

Saúde pública e saúde coletiva:

Núcleo de saberes e práticas



Bianca Nunes Pimentel
(Organizadora)

Atena
Editora
Ano 2022

Saúde pública e saúde coletiva:

Núcleo de saberes e práticas



Bianca Nunes Pimentel
(Organizadora)

Atena
Editora
Ano 2022

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Bruno Oliveira

Camila Alves de Cremo

Daphynny Pamplona

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial**Ciências Biológicas e da Saúde**

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás



Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto
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 Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Welma Emídio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco



Saúde pública e saúde coletiva: núcleo de saberes e práticas

Diagramação: Daphynny Pamplona
Correção: Maiara Ferreira
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizadora: Bianca Nunes Pimentel

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S255 Saúde pública e saúde coletiva: núcleo de saberes e práticas / Organizadora Bianca Nunes Pimentel. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-258-0155-1

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.551220205>

1. Saúde pública. 2. Saúde coletiva. I. Pimentel, Bianca Nunes (Organizadora). II. Título.

CDD 362.1

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

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



Atena
Editora
Ano 2022

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

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



DECLARAÇÃO DA EDITORA

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



APRESENTAÇÃO

No Brasil, desde a Constituição de 1988, a saúde é reconhecida como um direito social, de acesso igualitário, integral e universal. Saúde Pública é um termo designado para definir as decisões do Estado relacionadas aos problemas de saúde no nível da coletividade. A Saúde Coletiva, por sua vez, é uma construção social, a partir das necessidades e expectativas da própria população, considerando não apenas a ausência de doenças, mas também melhorias na qualidade de vida nos diferentes cenários humanos.

A saúde depende de um conjunto de múltiplos fatores que fornecem às pessoas condições essenciais à manutenção da própria vida e do seu bem-estar. Apesar de importantes para atingir esse “estado de bem-estar”, as medidas individuais são insuficientes, sendo imperativo a organização de setores preocupados com as decisões e medidas coletivas. Esses setores buscam conhecer e identificar as necessidades de saúde para seu melhor enfrentamento, considerando variáveis importantes como a cultura de cada região, sua política atual e a situação econômica. Além disso, demais setores e empresas podem influenciar no estado sanitário das comunidades, tais como saneamento, educação, trabalho, mobilidade urbana, segurança pública, bem como as mídias e as empresas de comunicação.

Dessa forma, o livro “Saúde Pública e Saúde Coletiva: núcleo de saberes e práticas” não tem a pretensão de esgotar o tema proposto, pelo contrário, é uma composição que visa fomentar novos debates, resultado de recortes atuais da saúde pública e saúde coletiva, a partir do olhar de profissionais de variadas formações com práticas e experiências plurais.

Como esta é uma obra construída por muitas mãos, expresso meu profundo reconhecimento e gratidão aos autores e autoras, das diversas instituições de ensino e pesquisa do país que, generosamente, compartilharam seus estudos compilados neste livro, bem como meu agradecimento à Atena Editora por disponibilizar sua equipe e plataforma para contribuir com a atualização da literatura científica em prol de melhorias na saúde dos brasileiros.

Boa leitura!

Bianca Nunes Pimentel

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

A IMPORTÂNCIA DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE NO PLANEJAMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE PÚBLICA

Rafael Francisco Teixeira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5512202051>

CAPÍTULO 2..... 9

A RELEVÂNCIA DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

João Felipe Tinto Silva

Rannatricia Sampaio Gomes

João Carlos Dias Filho

Maria Emanuele do Rego Santos

Cinara Lima Visgueira

Liliane Maria da Silva

Héverson Batista Ferreira

Camila Freire Albuquerque

Lyanne Isabelle Fonteneles Oliveira

Maria Clara Lima Silva

Joelma Maria dos Santos da Silva Apolinário

Geovana Maria Rodrigues de Sousa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5512202052>

CAPÍTULO 3..... 19

ADESÃO DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS ENTRE A EQUIPE ASSISTENCIAL NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Carina Galvan

Rosane Maria Sordi

Liege Segabinazzi Lunardi

Terezinha de Fátima Gorreis

Flávia Giendruczak da Silva

Andreia Tanara de Carvalho

Adelita Noro

Paula de Cezaro

Rozemy Magda Vieira Gonçalves

Ana Paula Narcizo Carcuchinski

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5512202053>

CAPÍTULO 4..... 25

ATIVIDADES DE EXTENSÃO ONLINE: UMA ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE AS PUERPERAS

Cari Corrêa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5512202054>

CAPÍTULO 5..... 27

ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:

ARTICULAÇÃO DAS ESPECIFICIDADES PROFISSIONAIS

Ágna Retyelly Sampaio de Souza
Ana Paula Pinheiro da Silva
Camilla Ytala Pinheiro Fernandes
Aline Muniz Cruz Tavares
Amanda Cordeiro de Oliveira Carvalho
Pedro Victor Landim Ribeiro
José Thiago Alves de Sousa
Yolanda Rakele Alves Leandro Furtado
Luciana Nunes de Sousa
Lis Maria Machado Ribeiro Bezerra

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5512202055>

CAPÍTULO 6..... 39

COVID-19 E A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM UMA CIDADE DO INTERIOR GAÚCHO

Sandra Maria de Mello Cardoso
Lucimara Sonaglio Rocha
Andressa Peripolli Rodrigues
Marieli Teresinha Krampe Machado
Margot Agathe Seiffert
Rita Fernanda Monteiro Fernandes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5512202056>

CAPÍTULO 7..... 50

EDUCAÇÃO PARA DIVERSIDADE CULTURAL E ÉTNICA NO TRABALHO EM SAÚDE: CURSOS SUPLEMENTARES NO CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS/UFPB

Rilva Lopes de Sousa-Muñoz
Gustavo Gomes Santiago
Maria Eduarda Gomes Rodrigues
Maria Eduarda Silva Dias

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5512202057>

CAPÍTULO 8..... 63

EDUCAÇÃO PERMANENTE: AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA PREVENÇÃO DA SÍFILIS

Mariana Brandalise
Míria Elisabete Bairros de Camargo
Marina Klein Becker
Ana Paula Lemes da Rosa
Italo Rottoli
Amanda Gevehr Guimarães
Rosane Sperb Mello
Aline Liares de Campos
Ana Clara Ribeiro Vargas
Leandro Abreu de Souza

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5512202058>

CAPÍTULO 9..... 77

INCAPACIDADES FÍSICAS NA HANSENÍASE: CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E REFLEXÃO ACERCA DOS DIREITOS HUMANOS

Danielly da Costa Rocha
Amanda Ramos de Brito
Fernanda Zambonin
Paulo Sérgio da Silva
Jackeline da Costa Maciel

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5512202059>

CAPÍTULO 10..... 102

INFLUÊNCIA DO PRECONCEITO NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA DE TRANSEXUAIS E TRAVESTIS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Tuanny Italla Marques da Silva Pereira
Lídice Lílian Santos Miranda
Aislany Warlla Nunes Luna
Bruna Leticia da Silva Melo
Fernanda Emilia Xavier de Souza
Maria Clara Campos de Sá
Mariana Pereira Gama
Marcelo Domingues de Faria

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.55122020510>

CAPÍTULO 11 113

INVISÍVEIS A CÉU ABERTO: DIREITOS EM SAÚDE DAS CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE RUA

Caroline Silva de Araujo Lima
Letícia Gomes Souto Maior
Jasminy Gonçalves Moreira
Ana Luísa Sena Morais Gratão
Maria Elisa Lolli Bordoni Silva
Glória Edeni Dias Pereira Amorim
Gabriel Neves de Oliveira
Giovana Nunes de Assunção
Lara Rafaela Rodrigues de Oliveira
Letícia de Oliveira Leandro
Ana Júlia Marques Ramos
Brenda Santos Silva
Júlia Beatriz Barros Silva Lima
Maria Eduarda Marques Ramos
Lana Francischetto
Sofia Lara Almeida pontes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.55122020511>

CAPÍTULO 12..... 124

CAMPANHA NACIONAL DE VERMINOSES: IMPACTO E ANÁLISE SOBRE AS INFECÇÕES POR GEO-HELMINTOS EM ESCOLARES NO MUNICÍPIO DE BELÉM,

ESTADO DO PARÁ, BRASIL

Sheila Paula da Costa Prestes
Ricardo José de Paula Souza
Martin Johannes Enk Guimarães

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.55122020512>

CAPÍTULO 13..... 137

PNEUMONIA: FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À VENTILAÇÃO MECÂNICA

Silvia Cristianne Nava Lopes
Aline Silva Andrade Costa
Érica Celestino Cordeiro
Júlio César Costa dos Santos
Pâmela Cirqueira Nunes
Rafayelle Maria Campos Balby
William Vieira Ferreira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.55122020513>

CAPÍTULO 14..... 143

O DIREITO À SAÚDE E OS DESAFIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Jade Ferreira Geraldes Iglesias
Jhonas Geraldo Peixoto Flauzino
Alexia Allis Rocha Lima
Ana Luiza Alves Fonseca Pellissaro
Ana Paula Dupuy Hermes
Beatriz Ramos Canato
Catarina Castro dos Santos
David Geraldo Ormond Junior
Ellen Diamonds
Fernanda Ribeiro Faria
Kamila Giovana Lacerda Villas Bôas Dechichi
Marcela Lara Albuquerque Ranulfo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.55122020514>

CAPÍTULO 15..... 147

O IMPACTO DA OBESIDADE NA MORBIMORTALIDADE DOS PACIENTES COM COVID-19: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Gabriel Andrade Borges
Victória César Monteiro
Arthur Sebba Rady Alberici
Daniel El Jaliss Schuh
Isabel Silva Araújo Borges
Júlia Pina Vieira dos Santos
Letícia de Matos Campos
Stella Vasques Resende
Valkíria César Monteiro
Victor Lenin Dias Melo
Elias Hanna

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.55122020515>

CAPÍTULO 16..... 154

O DESAFIO DA HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FRENTE ÀS FACES DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL

Ana Angélica Boneli Ferreira
Beatriz Davantel Klaus
Beatriz Silva Silvestre Santos
Brena Maria Almeida Araújo de Paula Pessoa
Brenna Kurt Reis de Moraes Rezende Dante Machado
Bruna Batista de Souza Gonçalves
Eduarda Becker
Ingrid Ribeiro Gonçalves
Keliani Santana da Silva
Larissa Georgia Rodrigues Florêncio
Nathália Carvalho de Almeida
Nathália de Almeida Barros Nascimento
Sheila Kussler Talgatti

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.55122020515>

CAPÍTULO 17..... 163

RELAÇÃO ENTRE CASOS DE SÍFILIS GESTACIONAL E GRAU DE ESCOLARIDADE NO BRASIL DE 2011-2020

Luis Pereira de Moraes
Mariana Bessa Leite
Andressa de Alencar Silva
Debora de Menezes Dantas
Francisco Junio Dias
Carla Mikevely de Sena Bastos
Alex de Souza Borges
Cícera Georgia Brito Milfont
Guilherme Maciel Honor de Brito
Paulo Ricardo Batista
Luana de Souza Alves
Isaac Moura Araújo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.55122020517>

CAPÍTULO 18..... 169

SABERES DE MULHERES SOBRE A INGESTÃO DO AÇÁI DURANTE O PERÍODO GESTACIONAL

Nayara Raissa Oliveira Lôbo
Jéssica Carneiro Fernandes
Sarah Bianca Trindade
Andriely Katrine Silva Monteiro
Luzilena de Sousa Prudêncio
Tatiana do Socorro dos Santos Calandrini
Rosilda Alves da Silva Isla Chamilco

Nely Dayse Santos da Mata

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.55122020518>

CAPÍTULO 19..... 182

USO DAS TECNOLOGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS DURANTE O TRABALHO DE PARTO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Rayssa Oliveira Ferreira Ribeiro Rodrigues

Karina Angélica Alvarenga Ribeiro

Maura Cristiane e Silva Figueira

Mayane Magalhães Santos

Michele Batiston Borsoi

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.55122020519>

CAPÍTULO 20..... 193

SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHADOR INFORMAL NO BRASIL

Edcarlos Souza Alencar Bezerra

Tháís Rocha Paes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.55122020520>

CAPÍTULO 21..... 201

TECNOLOGIAS DIGITAIS DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

João Matheus Ferreira do Nascimento

Danila Barros Bezerra Leal

Celina César Daniel

Alane da Silva Tôrres

Herbert Cavalcante Moura

Solange Tatielle Gomes

Michelly Moura Feijó

Tanise Finamor Ferreira Tonini

Michelle Marinho Ramos

Rômulo Rufino Alves Figueiredo

Renato Mendes dos Santos

Ana Karla Sousa de Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.55122020521>

CAPÍTULO 22..... 209

TOXICOLOGIA E SAÚDE: UM OLHAR SOBRE A PREVENÇÃO E O CUIDADO PARA INTOXICAÇÕES NO CARIRI

Carlos Henrique Angelim Macedo

Carlos Davi Bezerra Felipe

Wendell da Silva Sales

Thalles Aguiar Nobre

Luis Heustáquio Lima Carvalho Filho

Denise Fernandes de Moraes

Ricardo Avelino Moreira Maia Filho

Ana Gabriela Dos Santos

Daniel Bessa Mauricio
Christian Jose De Macedo
Tamyres Tavares Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.55122020522>

CAPÍTULO 23.....214

SALAS DE ESPERA SOBRE ATIVIDADE FÍSICA COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO À HIPERTENSÃO E DIABETES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Erivaldo Santos de Lima

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.55122020523>

SOBRE A ORGANIZADORA.....222

ÍNDICE REMISSIVO.....223

CAPÍTULO 1

A IMPORTÂNCIA DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE NO PLANEJAMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE PÚBLICA

Data de aceite: 01/04/2022

Rafael Francisco Teixeira

<http://lattes.cnpq.br/2531528759879696>

RESUMO: Introdução: Em um mundo cada dia mais tecnológico os sistemas de informação em saúde são importantes aliados para uma gestão mais eficiente do Sistema Único de Saúde (SUS) pois fornecem instrumentos importantes para a identificação, investigação e bloqueio de todas as doenças transmissíveis. Objetivo: Este estudo tem como objetivo demonstrar a importância dos sistemas de informação em saúde no monitoramento das doenças de interesse em saúde pública. Método: A escolha do método da pesquisa em questão é de natureza qualitativa e o caminho para alcançar a sua finalidade se deu a partir de um estudo bibliográfico, atrelado à experiência vivenciada pelo autor na respectiva área da saúde, podendo ao final gerar uma pesquisa-ação. Resultado: leva-se a considerar que a partir da política nacional de informação em saúde evidencia-se que os sistemas de informação em saúde passaram a se tornar essenciais na construção de políticas de atenção à saúde. Conclusão: As informações em saúde são parte elementares para a universalidade, integralidade e equidade nas políticas de atenção à saúde. A gestão integral destas informações pode gerar conhecimento e destina-se ao cidadão, ao trabalhador e ao gestor da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão em Saúde. Sistemas de informação em saúde. Saúde

Pública.

THE IMPORTANCE OF HEALTH INFORMATION SYSTEMS IN PLANNING PUBLIC HEALTH ACTIONS

ABSTRACT: Introduction: In an increasingly technological world, health information systems are important allies for a more efficient management of the Unified Health System (SUS) as they provide important tools for the identification, investigation and blocking of all communicable diseases. Objective: This study aims to demonstrate the importance of health information systems in monitoring diseases of interest in public health. Method: The choice of the research method in question is of a qualitative nature and the path to reach its purpose was based on a bibliographic study, linked to the experience of the author in the respective health area, and in the end, it can generate action research. Result: The result leads to consider that from the national health information policy, it is evident that health information systems have become essential in the construction of healthcare policies. Conclusion: Health information is an essential part of universality, comprehensiveness and equity in health care policies. The integral management of this information can generate knowledge and is aimed at the citizen, the worker and the health manager.

KEYWORDS: Health Management. Health information systems. Public health.

INTRODUÇÃO

Em um mundo cada dia mais tecnológico, os sistemas de informação em saúde são

importantes aliados para uma gestão mais eficiente do Sistema Único de Saúde (SUS), pois fornecem instrumentos importantes para a identificação, investigação e bloqueio de todas as doenças transmissíveis. Com isso, entende-se que a relevância no investimento da criação e manutenção dos sistemas de informação de interesse em saúde pública se faz presente em todos os aspectos para uma melhor avaliação dos condicionantes à saúde da população.

Atualmente, o SUS dispõe de diversos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), que são responsáveis pelo planejamento, avaliação, monitoramento e controle de agravos de interesse à saúde. Dentre eles, podemos citar o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informação Hospitalar (SIH), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), Sistema de Informação Nacional de Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI) e o Sistema de Informação de Vigilância epidemiológica de Doenças Diarreicas Agudas (SIVEP-DDA).

Os sistemas de informação instrumentalizam e apoiam a gestão do SUS, em todas as esferas, nos processos de planejamento, programação, regulação, controle, avaliação e auditoria (BRASIL, 2019a). Os sistemas de informação em saúde são instrumentos padronizados de monitoramento e coleta de dados, que tem como objetivo o fornecimento de informações para análise e melhor compreensão de importantes problemas de saúde da população, subsidiando a tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal (BRASIL, 2008).

A informação e a tecnologia da informação em saúde têm como esfera de intervenção tanto a consciência subjetiva do cidadão e o exercício do controle social, quanto o atendimento às complexas estratégias de decisão do gestor público de saúde, de desenvolvimento tecnocientífico e de articulação da saúde com as demais políticas sociais e econômicas do país (BRASIL, 2016).

Com base neste estudo pretende-se analisar o quão importante são os sistemas de informação para prevenção de possíveis epidemias, e que os dados ali presentes possam colaborar não só com a diminuição do índice de mortalidade infantil, mas também diminuir o índice de internação de jovens e adultos que são acometidos pelas doenças diarreicas agudas.

No setor da saúde, a informação subsidia o processo decisório, uma vez que auxilia no conhecimento sobre as condições de saúde, mortalidade e morbidade, fatores de risco, condições demográficas, entre outras (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

Segundo Siqueira (2005), um sistema de informação precisa de três matérias-primas: dado, informação e conhecimento. O dado é o elemento mais simples desse processo; a informação é composta de dados com significados para quem os vê; o conjunto de nosso aprendizado segundo algumas convenções, nossas experiências acumuladas e a percepção cognitiva transformarão em conhecimento uma dada realidade.

Diante deste contexto, surge como problematização deste estudo, o seguinte questionamento: Como está sendo a manutenção dos sistemas de informação em saúde? E como o investimento em política nacional de informação e informática em saúde poderá contribuir com o aprimoramento dos dados presentes nos sistemas de informação?

A partir destes fatores, destaca-se a importância da implementação, manutenção e continuidade dos sistemas de informação na monitorização das doenças diarreicas em todo o território nacional. Portanto, pode-se reduzir os números de morbimortalidade, bem como, os custos com internação necessários para tratar um paciente na média e alta complexidade acometido por esta doença e seus agravos.

Pelo exposto, este estudo tem como objetivo demonstrar a importância dos sistemas de informação em saúde no monitoramento das doenças diarreicas agudas, analisar a realidade atual dos sistemas de informação em saúde e identificar possíveis problemas nos sistemas.

MÉTODO

Esse artigo tem como finalidade analisar e demonstrar a importância dos sistemas de informação em saúde, para isso recorre a fontes bibliográficas a fim de encontrar subsídios que permitam nortear as discussões levantadas nesta pesquisa.

A escolha do método da pesquisa em questão é de natureza qualitativa e o caminho para alcançar a sua finalidade se deu a partir de um estudo bibliográfico, atrelado à experiência vivenciada pelo autor na respectiva área da saúde, podendo ao final gerar uma pesquisa-ação. Embora seja um estudo qualitativo, faz uso de dados quantitativos que visam elucidar a importância dessa temática para a sensibilização dos gestores na criação, manutenção e continuidade dos sistemas de informação em saúde.

Lakatos (1990) afirma que a pesquisa bibliográfica procura explicar um problema a partir das referências teóricas publicadas em artigos, livros, dissertações e teses. Pode ser realizada independentemente ou como parte da pesquisa descritiva ou experimental. Em ambos os casos, busca-se conhecer e analisar contribuições culturais ou científicas do passado sobre determinado assunto, tema, problema.

Para a seleção do material observou-se: literatura referente ao tema; artigos com os descritores “Doenças diarreicas”, “Política nacional de informação em saúde”, “Sistemas de informação em saúde”, “Saúde Pública”; disponibilizados em periódicos indexados, publicados e catalogados disponíveis nas bases de dados LILACS e SCIELO e os dispositivos legais, juntamente com os sistemas de informação a saúde do Departamento de Informática do Ministério da Saúde (DATASUS), que são: Sistema de informação de Mortalidade (SIM) (BRASIL, 2019d), Sistema de informação de Nacional de agravos Notificáveis (SINAN) (BRASIL, 2019e), Sistema informação de Nascidos Vivos (SINASC) (BRASIL, 2019f), Sistema de informação Hospitalar (SIH) (BRASIL, 2019g) e o Sistema de

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Política Nacional de Informação em Saúde

Os sistemas de informação em saúde são ferramentas imprescindíveis para o monitoramento epidemiológico e analisar os condicionantes que interferem na saúde da população. A política nacional de informação e informática em saúde vem para subsidiar processos de criação e difusão de conhecimentos sejam na área pública ou privada na gestão, organização da atenção à saúde e controle social.

Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), no Brasil definida pelo Ministério da Saúde (MS), tem como propósito: Promover o uso inovador, criativo e transformador da tecnologia da informação, para melhorar os processos de trabalho em saúde, resultando em um Sistema Nacional de Informação em Saúde articulado, que produza informações para os cidadãos, a gestão, a prática profissional, a geração de conhecimento e o controle social, garantindo ganhos de eficiência e qualidade mensuráveis através da ampliação de acesso, equidade, integralidade e humanização dos serviços e, assim, contribuindo para a melhoria da situação de saúde da população (BRASIL, 2016).

A Política Nacional de Informação em Saúde foi criada em 20 de maio de 2015, através da Portaria MS/GM 589, que tem como finalidade definir os princípios e as diretrizes a serem observados pelas entidades públicas e privadas de saúde no âmbito do SUS, e pelas entidades vinculadas ao Ministério da Saúde, para a melhoria da governança no uso da informação e informática e dos recursos de informática, visando à promoção do uso inovador, criativo e transformador da tecnologia da informação nos processos de trabalho em saúde (BRASIL 2016).

O Planejamento, o Controle e a Avaliação das Ações e Serviços de Saúde, buscam garantir os princípios e as diretrizes do SUS, e conseqüente melhoria das condições de saúde dos indivíduos e da coletividade (BRASIL, 2019c). Nesse cenário, usuários, profissionais e gestores, mas também prestadores de serviços de saúde, instituições de ensino e pesquisa e a sociedade civil organizada são parceiros estratégicos na produção e utilização da informação em saúde.

A demanda por informação em saúde vem aumentando os desafios inerentes à sua utilização para subsidiar a tomada de decisões no sistema de saúde brasileiro. Destaca-se aqui o fato de as avaliações do processo de trabalho em saúde, além de permitirem correções de trajetória, apresentarem um papel fundamental na capacitação de recursos humanos e na democratização do conhecimento (BROOK, 1996; VILLALBI, 2003).

A *avaliação em saúde* é o ato de apreensão das relações entre as necessidades de saúde e as práticas e técnicas de saúde, visando verificar a capacidade dessas práticas ou técnicas em responder às necessidades geradas no *processo saúde-doença*.

O processo de gestão de tecnologias em saúde implica em uma reflexão sobre o

princípio da equidade, visto que o SUS é um sistema hierarquizado, no qual a tomada de decisão para incorporação tecnológica envolve 27 unidades federativas e cerca de 5.600 municípios, com necessidades específicas e diferentes tetos financeiros. Agregado a isto a regionalização que é uma diretriz do SUS e um eixo estruturante do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. O que demonstra a complexidade do processo decisório entre e nas instâncias gestoras do SUS.

A Avaliação de Tecnologia em Saúde (ATS) pode ser conceituada como um processo contínuo de avaliação que visa o estudo sistemático das consequências clínicas, econômicas e sociais da utilização das tecnologias novas ou já existentes na saúde, desde a sua pesquisa e desenvolvimento até sua obsolescência (PANERAI; MOHR, 1989).

A avaliação em saúde, portanto, pode ser realizada em diferentes fases do ciclo de vida das tecnologias, desde o estágio inicial de difusão até a obsolescência e abandono.

Sistemas de Informação em Saúde

Alguns sistemas em informação são imprescindíveis para a identificação, monitoramento, planejamento de ações em saúde, pois são insumos para profissionais de saúde, gestores, e usuários, bem como servem também para subsidiar vigilância e atenção em saúde.

No entanto, a informação possibilita a dinamização da gestão ao criar mecanismos de acompanhamento financeiro, administrativo e epidemiológico das políticas públicas em saúde.

Um Sistema de informação em saúde é um conjunto de componentes que atuam de forma integrada, através de mecanismos de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária e oportuna para implementar processos de decisões no Sistema de Saúde. Seu propósito é selecionar dados pertinentes e transformá-los em informações para aqueles que planejam, financiam, provêm e avaliam os serviços de saúde.

A construção dos sistemas de informação em saúde necessita de um estudo baseado no enfoque epidemiológico, pois é essencial para a constituição de conhecimento sobre o *processo saúde doença* e os condicionantes relacionados a questões socioeconômicas, demográficas e ambientais.

Alguns sistemas de informação em saúde do DATASUS que auxiliam na instrumentalização das ações de atenção em saúde (Quadro 1).

Sistema de Informação em Saúde	Descrição do sistema
Sistema de Informação Ambulatorial (SIA)	É utilizado para consolidar os Boletins de Produção Ambulatorial (BPA) e Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), permitindo o repasse financeiro para estados e municípios segundo parâmetros orçamentários estipulados pelos gestores. A página para acesso é: http://sia.datasus.gov.br/ .
Sistema de Informação Hospitalar (SIH)	A finalidade do AIH (Sistema SIHSUS) é a de transcrever todos os atendimentos que provenientes de internações hospitalares que foram FINANCIADAS PELO SUS, e após o processamento, gerarem relatórios para os gestores que lhes possibilitem fazer os pagamentos dos estabelecimentos de saúde. A página para acesso é http://sih.datasus.gov.br/ .
Sistema de Informação Nacional de Agravos Notificáveis (SINAN)	SINAN tem por objetivo o registro e processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional, fornecendo informações para análise do perfil da morbidade e contribuindo, desta forma, para a tomada de decisões em nível municipal, estadual e federal. A página para acesso é http://sinan.datasus.gov.br/ .
Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)	Obter regularmente dados sobre mortalidade no País. A partir da criação do SIM foi possível a captação de dados sobre mortalidade, de forma abrangente, para subsidiar as diversas esferas de gestão na saúde pública. Com base nessas informações é possível realizar análises de situação, planejamento e avaliação das ações e programas na área. A página para acesso é http://sim.datasus.gov.br/ .
Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC)	O SINASC tem como instrumento padronizado de coleta de dados a Declaração de Nascido Vivo (DN), cuja emissão, a exemplo da DO, é de competência exclusiva do Ministério da Saúde. Tanto a emissão da DN como o seu registro em cartório serão realizados no município de ocorrência do nascimento. A página para acesso é http://sinasc.datasus.gov.br/ .

Quadro 1. Sistemas de informação em saúde do DATASUS.

Atualmente, ainda se verifica a falta de integração entre os diversos sistemas desenvolvidos, sérias dificuldades ou mesmo impossibilidade de desagregação dos dados até o nível local (entendido como a área de abrangência das Unidades de Saúde), problemas relativos à confiabilidade dos dados e uma baixa utilização das informações como subsídio ao processo de tomada de decisões em todos os níveis do SUS.

Desta forma, é de fundamental importância que haja um investimento maior nos sistemas de informação em saúde, e que pode ser realizado através de parcerias público privadas a fim de que possa se ter uma fidedignidade maior sobre os dados apresentados nos sistemas de informação em saúde. Sabendo-se que, pode ser levado em conta as formas que são inseridos os dados e por quem são. Contudo, muitas fichas e formulários utilizados para alimentar os sistemas de informação são em forma de papel e preenchidos por profissionais que muitas vezes não tiveram formação necessária ou capacitação para o preenchimento das mesmas, e isso acarreta incompletude dos dados presentes nos sistemas. Uma vez que os sistemas de informação em saúde têm a função de fornecer dados e informações referentes à saúde da população e os comportamentos das doenças.

CONCLUSÃO

A falta de investimento na elaboração, manutenção e continuidade nos sistemas de informação em saúde refletem, de diversas formas, como as equipes de saúde encaram os agravos em saúde, pois eles fornecem dados e permitem realizar uma análise mais detalhada sobre os condicionantes à saúde e o comportamento das doenças.

As políticas de informação e informática e gestão de tecnologias em saúde tende a estarem em consonância com as políticas públicas para que haja o investimento correto para manutenção e continuidade destes sistemas de informação, visto que, estamos em uma era tecnológica, e são importantes instrumentos para identificação do perfil epidemiológico da população e seus condicionantes em saúde.

Os sistemas de informação em saúde têm como objetivos principais instrumentalizar meios de identificação, monitoramento, investigação e controle de doenças de interesse da saúde pública. Esse tema está entrelaçado às políticas de gestão participativa e gestão das tecnologias em saúde, bem como, a manutenção das políticas públicas em saúde. É importante que haja o desenvolvimento, a incorporação e a utilização das tecnologias nos sistemas de informação em saúde, bem como a sustentabilidade, que estão inseridos em contextos epidemiológicos.

As informações em saúde são parte elementais para a universalidade, integralidade e equidade nas políticas de atenção à saúde. A gestão destas informações pode gerar conhecimento e destina-se ao cidadão, ao trabalhador e ao gestor da saúde. É importante ressaltar que esses dados devem ser abertos para que todos os cidadãos, como forma de participação popular, participem da programação de estratégias de atenção integral à saúde.

Portanto, conclui-se que as políticas de informação em saúde devem ser aprimoradas a fim de instrumentalizar a qualidade das informações em saúde e ter o acesso aberto e gratuito como parte do direito do indivíduo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Informações Estratégicas. **Sistemas de informação**. 2008. Disponível em < http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/svs/inf_sist_informacao.php > Acesso em 09 de março de 19.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistemas de informação em Saúde. **Gestão do SUS**. 2019a. Disponível em < <http://portalms.saude.gov.br/gestao-do-sus/programacao-regulacao-controle-e-financiamento-da-mac/sistemas-de-informacao-em-saude> > Acesso em 09 de março de 19.

BRASIL, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS. **Informações de Saúde**. 2019b. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php> [Acesso em 05 de julho de 2019]

BRASIL, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS. **Informações de Saúde, Sistema de Informações Ambulatoriais**. 2019c. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202&id=19122> [Acesso em 05 de julho de 2019]

BRASIL, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS. **Informações de Saúde, Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)**. 2019d. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def> [Acesso em 05 de julho de 2019]

BRASIL, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS. **Informações de Saúde, Sistema de Informações Nacional de Agravos Notificáveis (SINAN)**. 2019e. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=29878153> [Acesso em 05 de julho de 2019]

BRASIL, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS. **Informações de Saúde, Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)**. 2019f. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/catalogo/sinasc.htm>>. Acesso em: 29 mai. 2019]

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS. **Sistema de Informações Hospitalares (SIH)**. 2019g. Disponível em: < <http://www.datasus.gov.br/catalogo/sihsus.htm>>. Acesso em: 29 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Monitoramento do horizonte tecnológico em saúde no âmbito da Rebrats: proposta preliminar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Pnass : **Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL. Portaria MS/GM 589 de 20 de maio de 2015. **Institui a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde**. 2015b. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0589_20_05_2015.html [acesso em 04 de julho de 2019]

BROOK, R. H. et al. Measuring Quality of Care. **The New England Journal of Medicine**, Massachusetts, v. 335, n. 13, p. 966-970, Sept. 1996.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Mariana de Andrade. **Metodologia do trabalho científico**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1990.

PANERAI, R. B.; MOHR, J. P. **Applying technology assessment health care**. In: PANERAI, R. B.; MOHR, J. B. (org.). Health technology assessment methodologies for developing countries, Washington, D.C.: Pan American Health Organization, 1989. p. 9-23.

ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & saúde**. 6.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

SIQUEIRA, M.C. **Gestão estratégica da informação**. Rio de Janeiro: Brasport, 2005.

VILLALBI, J. R. et al. Evaluación de la atención primaria de salud. **Atención Primaria**, [S.l.], v.31, n. 6, p. 382-385, 2003.

CAPÍTULO 2

A RELEVÂNCIA DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Data de aceite: 01/04/2022

Data de Submissão: 08/03/2022

João Felipe Tinto Silva

Universidade Estácio de Sá – UNESA
Coroatá – Maranhão, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/1402379688346535>

Rannatricia Sampaio Gomes

Faculdade Ieducare – FIED/UNINTA
Tiangúá – Ceará, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/7516406394352322>

João Carlos Dias Filho

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
– UFRN
Caicó – Rio Grande do Norte, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/5661321169785875>

Maria Emanuele do Rego Santos

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
– UFRN
Caicó – Rio Grande do Norte, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/5661321169785875>

Cinara Lima Visgueira

Centro Universitário Santo Agostinho – UNIFSA
Teresina – Piauí, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/6812591325157313>

Liliane Maria da Silva

Universidade Federal de Pernambuco – UFPE
Recife – Pernambuco, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/9341886885107419>

Héverson Batista Ferreira

Universidade do Estado do Rio Grande do
Norte – UERN
Caicó – Rio Grande do Norte, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/9341886885107419>

Camila Freire Albuquerque

Escola de Enfermagem de Manaus – EEM/
UFAM
Manaus – Amazonas, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/8656504550435514>

Lyanne Isabelle Fonteneles Oliveira

Centro Universitário Santo Agostinho – UNIFSA
Teresina – Piauí, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-6816-519X>

Maria Clara Lima Silva

Centro Universitário Tabosa de Almeida –
ASCES-UNITA
Toritama – Pernambuco, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/3658295157410013>

Joelma Maria dos Santos da Silva Apolinário

Centro Universitário Maurício de Nassau –
UNINASSAU
Campina Grande – Paraíba, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/1461631150544515>

Geovana Maria Rodrigues de Sousa

Centro Universitário Santo Agostinho – UNIFSA
Teresina – Piauí, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/4629215898571892>

RESUMO: Introdução: O trabalho interdisciplinar das equipes de saúde possibilita a execução das tarefas, pelos integrantes da equipe, de forma horizontal, já que se dá mediante uma

integração multifatorial destes profissionais. Objetivo: Apresentar a relevância do trabalho interdisciplinar no Sistema Único de Saúde, mediante a Atenção Básica a organização da Estratégia Saúde da Família. Método: Trata-se de uma revisão integrativa realizada por meio da LILACS, MEDLINE e BDNF via BVS. Foram selecionados como critérios de inclusão: artigos completos disponíveis integralmente nas bases de dados elencadas, em idiomas português e inglês, com o recorte temporal de 2000 a 2021 relacionados com a temática. Sendo excluídos artigos incompletos, duplicados e que não atendiam ao tema proposto. Resultados e Discussão: Dos 229 artigos identificados inicialmente nas bases utilizadas, apenas 16 estudos foram incluídos na revisão, por atenderem aos critérios de inclusão Os estudos analisados evidenciam as ações em conjunto de todos os profissionais de saúde está associada às Redes de Atenção à Saúde, que são responsáveis pelas ações e serviços prestados pela ESF, além de organizar, em diferentes níveis de atenção, os fluxos de atendimentos e, assim, proporcionar um melhor acolhimento na Atenção Primária. Conclusão: O estudo conclui que a autonomia dos profissionais da saúde corrobora para um atendimento de confiança, com base no acolhimento de qualidade, prevenção e cura da população, o que garante a promoção em saúde da comunidade.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção primária à saúde. Equipe interdisciplinar de saúde. Estratégia saúde da família.

THE RELEVANCE OF INTERDISCIPLINARY WORK IN THE UNIFIED HEALTH SYSTEM

ABSTRACT: Introduction: The interdisciplinary work of health teams makes it possible for team members to perform tasks horizontally, as it takes place through a multifactorial integration of these professionals. Objective: To present the relevance of interdisciplinary work in the Unified Health System, through Primary Care and the organization of the Family Health Strategy. Method: This is an integrative review carried out through LILACS, MEDLINE and BDNF via VHL. The following inclusion criteria were selected: full articles available in full in the listed databases, in Portuguese and English, with a time frame from 2000 to 2021 related to the theme. Incomplete, duplicated articles that did not meet the proposed theme were excluded. Results and Discussion: Of the 229 articles initially identified in the bases used, only 16 studies were included in the review, as they met the inclusion criteria. The analyzed studies show that the joint actions of all health professionals are associated with Health Care Networks, who are responsible for the actions and services provided by the FHS, in addition to organizing, at different levels of care, the flows of care and, thus, providing a better reception in Primary Care. Conclusion: The study concludes that the autonomy of health professionals corroborates for a reliable service, based on quality reception, prevention and cure of the population, which guarantees the promotion of health in the community.

KEYWORDS: Primary health care. Interdisciplinary health team. Family health strategy.

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como função principal a organização da Atenção Básica, tornando o trabalho em equipe essencial para o funcionamento do Sistema

Único de Saúde (SUS). Dessa forma, mediante equipes multiprofissionais, a ESF deve ter como prioridades a expansão, consolidação e qualificação da Atenção Primária de Saúde (APS) (FACCHINI et al., 2018).

Assim, as relações interpessoais devem ser favorecidas por meio de reunião de diferentes profissionais, colaborando para a articulação de diferentes áreas e fazendo com que essa diversidade de informações se comunique e, conseqüentemente, proporcione os melhores cuidados para o paciente (PEREIRA et al., 2013).

O trabalho interdisciplinar possibilita a execução das tarefas, pelos integrantes da equipe, de forma horizontal, já que se dá mediante uma integração multifatorial dos profissionais. Neste sentido, observa-se maior autonomia e criatividade nas ações integradas nos serviços de saúde, refletindo em resultados satisfatórios. Assim, observam-se resultados cada vez mais efetivos e com execuções técnicas de excelência (BEZERRA et al., 2019).

Ressalte-se que, no trabalho multiprofissional, cada membro da equipe dará a contribuição atinente à sua área de atuação, em conjunto com as demais soluções apontadas pelos outros técnicos e viabilizando o sucesso almejado pela ESF, o que difere de um trabalho em equipe, já que neste existe uma proposta de solução única, que não será executada por nenhum dos profissionais isoladamente (SANTOS et al., 2016).

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é responsável pelo funcionamento de toda estrutura organizacional da ESF. Assim, além de oferecer serviços, também assegura a integralidade do atendimento. À vista disso, a organização na APS tem como objetivo oferecer um atendimento qualificado, resolutivo e preventivo no contexto social em que ela está inserida. Por isso, a atuação dos profissionais de saúde possibilita o desenvolvimento de ações, que visam intervir no âmbito individual e clínico, respeitando as particularidades do paciente (FIGUEIREDO, 2012).

O trabalho da equipe interdisciplinar tem como estratégia melhorar a qualidade da assistência, elevando a eficiência do atendimento prestado à população. Conseqüentemente, a especificidade e a autonomia de cada membro permitem o desenvolvimento de estratégias que proporcionam a liberdade nas decisões às necessidades de cada área adstrita (PEREIRA et al., 2013). A equipe deve ser composta por vários profissionais, sendo, no mínimo: médico da Saúde da Família ou médico generalista; Agentes Comunitários de Saúde (ACS); Enfermeiro especialista em Saúde da Família ou generalista; Auxiliar ou técnico de enfermagem. Além do mínimo necessário, a equipe pode incluir profissionais de saúde bucal, como cirurgião dentista ou técnico em saúde bucal (OLIVEIRA et al., 2017).

Cada equipe deve ser responsável por um número restrito da população, sendo recomendado uma média de 3.000 pessoas. Além disso, em cada microárea, o grau de vulnerabilidade precisa ser respeitado, ou seja, territórios com maior grau de vulnerabilidade devem possuir maior número de profissionais por paciente e, conseqüentemente, priorizar tais áreas desfavorecidas (OLIVEIRA et al., 2017).

O trabalho da equipe multiprofissional da ESF se tornou uma das principais ferramentas de intervenção na comunidade, tendo em vista que a equipe edifica as ações e metas a serem realizadas e, por isso, é de suma importância que todos os membros estejam engajados. Devido a essa peculiaridade, os profissionais devem compartilhar seus conhecimentos e discutir, por meio de reuniões, os planejamentos e suas execuções, realizando, sempre que necessário, mudanças nas atuações (FIGUEIREDO, 2012).

Assim, a modalidade de interação deve proporcionar integração da equipe, encurtando o distanciamento entre os membros, evitando, assim, a fragmentação das ações. Portanto, deve-se buscar o máximo de qualidade na comunicação, visto que esta é fundamental para consecução do objetivo traçado pela equipe de saúde (BEZERRA et al., 2019).

Além disso, a comunicação é importante para o planejamento das ações entre os diferentes membros da equipe, bem como da família do paciente, fortalecendo, assim, o vínculo e facilitando o acompanhamento da equipe com a participação dos familiares na reabilitação da saúde (PEREIRA et al., 2013).

Portanto, condutas intervencionistas, no âmbito biopsicossocial, são essenciais para exercer o trabalho multiprofissional, pois pode-se buscar o trabalho participativo entre a comunidade, respeitando a individualidade de cada pessoa (WARTHA et al., 2016).

O trabalho em equipe é de vital importância para um atendimento mais humanizado, atendendo aos princípios regidos pelo SUS de universalidade, integralidade, equidade, resolubilidade e humanização do atendimento, em conjunto à participação social. Com isso, torna-se possível o desenvolvimento de assistência à saúde digna e de confiança, que busque, além da cura, prevenção e acolhimento para todos (MEDEIROS et al., 2011).

Enfim, a ESF, por meio das equipes multiprofissionais, tem o objetivo de promover assistência integral à saúde, proporcionando, assim, qualidade de vida ao cidadão. Diante disso, cabem aos profissionais todas as estratégias e estruturas disponíveis para a realização da saúde. A execução desse estudo está diretamente ligada à necessidade de demonstrar a imprescindibilidade da equipe multidisciplinar nas ações em saúde (BEZERRA et al., 2019).

Pelo exposto, o objetivo deste estudo foi apresentar a relevância do trabalho interdisciplinar no Sistema Único de Saúde, mediante a Atenção Básica a organização da Estratégia Saúde da Família.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de caráter qualitativo, uma vez que é definida como um tipo de investigação voltada para o aspecto qualitativo de uma determinada questão, nesse caso, a percepção dos usuários acerca dos serviços de saúde pública no Brasil. A revisão de literatura permite aprofundar dentro de diversos autores e

referências, sobre os discursos e principais temas abordados (PEREIRA et al., 2018).

Para a elaboração da revisão foram seguidas as seis etapas: estabelecimento da hipótese ou questão norteadora, busca na literatura, categorização dos estudos, avaliação dos estudos, apresentação dos resultados e síntese do conhecimento/apresentação da revisão. No caso da presente pesquisa, a síntese dos resultados permite a incorporação de evidências, melhorando, desta forma, a assistência à saúde do público em questão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

O tema determinou a construção da estratégia PICO, que representa um acrônimo para Paciente ou Problema (P), Interesse (I) e Contexto (Co). A utilização dessa estratégia para formular a questão norteadora na condução de métodos de revisão possibilita a identificação de palavras-chave, auxiliando na identificação de estudos primários relevantes nas bases de dados pesquisada (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011). Assim, foi utilizada para a geração da questão norteadora desta revisão integrativa: “Qual a relevância do trabalho interdisciplinar no Sistema Único de Saúde, mediante a Atenção Básica a organização da Estratégia Saúde da Família?”.

Para a elaboração do presente trabalho, as buscas dos estudos foram realizadas através das bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências (LILACS), US National Library of Medicine (MEDLINE) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF), indexadas via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Os artigos foram coletados no período de janeiro a março de 2022. Foram utilizados os descritores: “Atenção Primária à Saúde”, “Equipe Interdisciplinar de Saúde”, “Estratégia Saúde da Família”, localizados na lista dos Descritores em Ciências da Saúde disponíveis no portal da Biblioteca Virtual em Saúde em (<http://decs.bvs.br/>). Tais descritores foram cruzados utilizando os operadores booleanos “AND” e “OR” para obtenção dos critérios de inclusão e exclusão.

Foram selecionados como critérios de inclusão: artigos completos disponíveis integralmente nas bases de dados elencadas, em idiomas português e inglês, com o recorte temporal de 2000 a 2021 relacionados com a temática. Sendo excluídos artigos incompletos, duplicados e que não atendiam ao tema proposto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentro dessas buscas foram encontrados 229 artigos, porém, após a exclusão de achados duplicados e incompletos, restringiram-se a 39 publicações. Ao final das análises, apenas 16 estudos foram incluídos na revisão, por atenderem aos critérios de inclusão e melhor se adequarem ao objetivo proposto, analisados conforme delineamento do estudo (Tabela 1).

Biblioteca Virtual	Bases de Dados	Artigos encontrados	Artigos excluídos	Artigos selecionados	CrITÉrios de Inclusão	CrITÉrios de exclusão
BVS	LILACS	139	131	08	Artigos completos disponíveis na íntegra, nos idiomas português e inglês e artigos dentro do recorte temporal de 2000 a 2021 publicadas dentro das bases de dados elencadas.	Artigos incompletos, duplicados e que não respondiam ao tema proposto.
	MEDLINE	22	19	03		
	BDEF	68	63	05		
	TOTAL	229	213	16		

Tabela 1. Distribuição das publicações selecionadas nas bases elencadas.

Fonte: Pesquisa realizada (2022).

Os resultados desse estudo revelam a importância da multidisciplinaridade no SUS, dando ênfase aos instrumentos de intervenção que visam respeitar a individualidade de cada paciente na atenção básica, por meio de estratégias que melhorem o acolhimento na ESF. Sendo alusivo aos princípios do SUS, o trabalho em equipe permite um envolvimento amplo entre profissionais, pacientes e familiares, traduzindo-se em um labor efetivo e de alta qualidade (PEREIRA et al., 2013).

Mendes et al. (2015) cita que a atuação do SUS é baseada nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, sendo o primeiro definido pelo direito de todos aos serviços de saúde, independentemente de características pessoais. Já o segundo princípio baseia-se na diminuição das desigualdades, visando as necessidades específicas de cada cidadão. Por fim, o princípio da integralidade tem como objetivos a prevenção, a promoção, o tratamento e a reabilitação da saúde do indivíduo.

Além disso, há também os princípios organizativos, dentre eles a regionalização e hierarquização, descentralização e comando único e participação popular. A regionalização e hierarquização possuem a função de organizar os serviços em níveis crescentes de complexidade, ou seja, das atividades mais simples até as mais difíceis (MATTOS, 2009).

Mattos (2009) relata que a descentralização é a capacidade de redistribuição de responsabilidade entre diferentes níveis de governo. Com a diminuição do poder em uma única entidade, os serviços são prestados com maior qualidade e, também, garante a fiscalização por parte da população. A participação popular visa a inclusão dos cidadãos no processo de saúde, por meio de reuniões com representantes de cada microrregião, criação de conselhos e conferências.

A atenção básica no Brasil tem um trabalho consolidado, de forma que vários aspectos da vida do indivíduo, a exemplo de educação, vacinação, estilo de vida,

alimentação, saúde mental e higiene são contemplados. Diante disso, o crescente acesso da população aos serviços fornecidos pelo SUS trouxe avanços significativos para a saúde geral da população, permitindo a manutenção do vínculo do profissional com o indivíduo e seus familiares (FACCHINI et al., 2018).

Dessa forma, para propiciar qualidade na assistência em nível primário de atenção à saúde, deve-se valorizar as relações interpessoais durante o processo de cuidado ao paciente. O acolhimento favorece essa ligação de confiança entre os usuários do SUS e a equipe de saúde, o que é fundamental para a humanização do atendimento (COSTA et al., 2014).

Por isso, Costa et al. (2014) indaga em seu estudo que a interdisciplinaridade proporciona a criação de um trabalho cooperativo que possibilita uma visão ampla concernente à prevenção e redução de risco de doenças. Ademais, torna-se essencial valorizar as relações interpessoais dos constituidores dessa equipe, visto que colaboram com a resolução de problemas na prática cotidiana.

A integração dos membros da equipe possibilita a troca de informações sobre os pacientes que são pertinentes para tomada de decisões, de acordo com a necessidade reconhecida pelos profissionais. Por conseguinte, cada membro possui um papel primordial na ESF, implementando condutas compatíveis com as dificuldades relatadas pela família e o paciente de maneira que satisfaçam suas necessidades, restabelecendo, assim, o vínculo (OLIVEIRA et al., 2006).

Segundo Oliveira et al. (2006), a interdisciplinaridade é essencial ao amparo do paciente e da sua família, uma vez que, no momento em que os membros da equipe conhecem a carência desses indivíduos, o trabalho realizado torna-se efetivo, pois todos participam da discussão, do planejamento e do acompanhamento do caso. Destaca-se que as experiências vivenciadas, no dia a dia da APS, permitem o desenvolvimento de maior qualidade na prática de saúde, possibilitando a construção de métodos benéficos e eficazes para a realidade das famílias, em seu contexto singular.

Para Pereira et al. (2013), as particularidades das distintas áreas de atuação permitem a articulação dos diferentes saberes o que amplia os olhares sobre uma determinada circunstância e expande as possibilidades de interferência no cuidado. Em função disso, há a necessidade de diversificar a divisão de trabalho a fim de atender às necessidades individuais das pessoas.

O trabalho dos profissionais que compõem a equipe da Unidade de Saúde é de extrema importância, pois possibilita maior cobertura e manutenção do serviço oferecido pela ESF. A atuação das equipes multidisciplinares nos serviços prestados proporciona efeitos positivos na população, pois o trabalho desempenhado pelas equipes permite maior orientação, prevenção de doenças e promoção da saúde, além de realizar ações de socialização entre a comunidade, práticas de lazer e de atividades físicas. Assim, o trabalho das equipes ajuda a solucionar os possíveis agravos, bem como direciona os

casos mais graves para unidades hospitalares especializadas, demonstrando que existe um atendimento preventivo, integrado e contínuo (TESSER et al., 2018).

Os agentes comunitários de saúde (ACS) auxiliam no planejamento de ações à saúde, trazendo as demandas do território para a ESF. Essa coleta de dados produz elementos para o acúmulo de conhecimento que auxilia no curso do planejamento de ações que ajudam no diagnóstico, tratamento, reabilitação e controle dos danos à comunidade. Assim, mediante a sua atuação, é possível alcançar melhorias na condição de saúde (PINHEIRO, 2014).

Pinheiro (2014) ainda relata que, além das ferramentas palpáveis, os ACS exercem função de assistência emocional, recurso fruto das articulações propostas pela ESF, que corrobora para o engajamento do tratamento dos pacientes. Assim, é evidenciada a importância da vinculação entre os agentes comunitários e a comunidade, como forma de favorecer a troca de informações entre a equipe, o que potencializa ações de cuidado no sistema de saúde, já que os agentes têm um olhar atento e próximo das necessidades da comunidade, possibilitando, por conseguinte, maior qualidade de vida.

O enfermeiro, em conjunto com o técnico de enfermagem, assiste as famílias cadastradas e cuida da saúde dos indivíduos por meio de ações coletivas que visam a prevenção, cura e reabilitação, bem como planeja e conduz a equipe na articulação de assistência direta à população. Dessa forma, esses profissionais executam intervenções no âmbito da saúde individual e do grupo de maneira humanizada reduzindo os agravos na comunidade (LOPES et al., 2020).

Similarmente, o médico atua prevenindo, diagnosticando e tratando doenças do grupo social, sendo responsável pelo acompanhamento terapêutico do usuário conforme protocolos e diretrizes propostas pelos gestores de ordem federal, estadual e municipal. Desse modo, cabe a ele elaborar o plano de cuidados para pessoas com doenças crônicas junto aos demais membros da equipe, além de encaminhar para outros serviços de atendimento, caso haja necessidade (PINTO et al., 2007).

Figueiredo (2012) conclui que a ação em conjunto de todos os profissionais de saúde está associada às Redes de Atenção à Saúde, que são responsáveis pelas ações e serviços prestados pela ESF, além de organizar, em diferentes níveis de atenção, os fluxos de atendimentos e, assim, proporcionar um melhor acolhimento na atenção primária.

CONCLUSÃO

A expansão da ESF teve um impacto relevante na sistematização da saúde, com o atendimento integrado que permite maior atenção e individualização dos pacientes, criando um forte laço entre família e profissionais de saúde e sendo essencial para o acompanhamento humanizado. Desta forma, a ESF permitiu a diminuição de desigualdades na saúde da população por meio de melhoria na equidade do acesso. Tal expansão fez com

que populações antes marginalizadas, como pessoas de menor renda, idosos e portadores de doenças crônicas estreitassem o vínculo com a UBS.

Por fim, o estudo demonstrou a importância da equipe multiprofissional no âmbito da ESF acerca de melhorias na qualidade, eficiência e humanização do serviço prestado. A autonomia dos profissionais da saúde corrobora para um atendimento de confiança, com base no acolhimento de qualidade, prevenção e cura da população, o que garante a promoção em saúde da comunidade. Dessa forma, os profissionais de saúde têm como objetivo promover assistência integral à saúde por meio de estratégias que proporcionem maior cobertura e manutenção dos serviços que são ofertados na ESF para a população e, com isso, melhorar a qualidade de vida de cada cidadão.

REFERÊNCIAS

- BEZERRA, R. K. C. et al. A importância do trabalho da equipe multiprofissional na estratégia na saúde da família e seus principais desafios. **Revista Expressão Católica Saúde**, v. 4, p. 8, 2019.
- COSTA, J. P. et al. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde Debate**, v. 38, p. 733, 2014.
- FACCHINI, L. A. et al. Qualidade da atenção primária à saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde Debate**, v. 42, p. 208, 2018.
- FIGUEIREDO, E. N. **A estratégia saúde da família na atenção básica do SUS**. São Paulo: UNIFESP, 2012.
- LOPES, O. C. A. et al. Competências dos enfermeiros na estratégia saúde da família. Escola Anna Nery: **Revista de Enfermagem**, v. 24, p. 1, 2020.
- MATTOS, R. A. Princípios do sistema único de saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface -Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 771, 2009.
- MEDEIROS, C. S. et al. O processo de (des)construção da multiprofissionalidade na atenção básica: limites e desafios à efetivação do trabalho em equipe na estratégia saúde da família em João Pessoa-PB. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 15, p. 319, 2011.
- MENDES, E. C. et al. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. **Saúde Debate**, v. 39, p. 881, 2015.
- OLIVEIRA, E.A. et al. Atendimento multidisciplinar ao paciente de atenção primária: desafios da integração multissetorial. **Revista Saúde em Foco**, v. 9, p. 122, 2017.
- OLIVEIRA, E. M. et al. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Revista Saúde Pública**, v. 40, p. 727, 2006.
- PEREIRA, R. C. A. et al. O trabalho multiprofissional na estratégia saúde da família: estudo sobre modalidades de equipes. **Interface**, v. 17, p. 327, 2013.

PINHEIRO, R. L. Funções do agente comunitário de saúde no trabalho com redes sociais. **Estudos de Psicologia**, v. 19, p. 48, 2014.

PINTO, D. M. et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 493-502., 2011.

SANTOS, R. R. et al. A influência do trabalho em equipe na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 18, p. 130, 2016.

TESSER, C. D. et al. Práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde brasileira. **Saúde Debate**, v. 42, p. 174, 2018.

WARTHA, C. et al. **Visão dos profissionais da estratégia saúde da família**: cuidado multiprofissional na saúde mental. Unoesc, p. 2, 2016.

CAPÍTULO 3

ADESÃO DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS ENTRE A EQUIPE ASSISTENCIAL NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Data de aceite: 01/04/2022

Ana Paula Narcizo Carcuchinski

Enfermeira do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Carina Galvan

Enfermeira do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Rosane Maria Sordi

Enfermeira do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Liege Segabinazzi Lunardi

Enfermeira do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Terezinha de Fátima Gorreis

Enfermeira do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Flávia Giendruczak da Silva

Enfermeira do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Andreia Tanara de Carvalho

Enfermeira do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Adelita Noro

Enfermeira do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Paula de Cezaro

Enfermeira do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Rozemy Magda Vieira Gonçalves

Enfermeira do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

RESUMO: Atualmente os serviços de saúde tratam como prioridade o tema da higienização das mãos. Embora seja a medida mais importante e reconhecida há muitos anos na prevenção e controle das infecções em todos os serviços de saúde, colocá-la em prática consiste em uma tarefa complexa e difícil. O objetivo deste estudo foi avaliar a adesão da higienização das mãos pela equipe assistencial na sala de recuperação pós-anestésica de uma instituição de saúde de Porto Alegre. É um estudo descritivo e quantitativo em base de dados secundários da instituição. Foram observadas 182 oportunidades de higienização das mãos, pela equipe do controle de infecção, considerando os cinco momentos preconizados pela Organização Mundial de Saúde. Neste estudo constatou-se que 72,00% realizaram a higiene corretamente, 0,53% realizaram incorretamente e 27,47% não realizaram. Diante dos resultados obtidos neste estudo, observa-se que apesar de ser um procedimento simples a higienização das mãos continuará sendo um desafio para todas as equipes de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Infecção hospitalar. Higienização das mãos. Equipe assistencial pós-anestésica.

ADHESION OF HAND HYGIENIZATION BETWEEN THE CARE TEAM IN THE POST-ANESTHETIC RECOVERY ROOM

ABSTRACT: Currently health services treat as priority the issue of hand hygiene. Although it is the most important and recognized for many years in the prevention and control of infection in all health services, putting it into practice is a complex and difficult exercise. The aim of this study was to assess compliance of hand hygiene by healthcare staff in the post anesthetic recovery room of a healthcare facility in Porto Alegre, southern Brazil. It is a descriptive and quantitative study on the database side of the institution. Were observed percent eighty-two opportunities for hand hygiene, the infection control team, considering the five times recommended by the World Health Organization this study we found that 72.00% were correctly hygiene, 0.53% had 27.47% did not perform incorrectly. Considering the results obtained in this study, it was observed that despite being simple hand hygiene remains a challenge for all health teams.

KEYWORDS: infection. Hand hygiene. Post anesthesia care team.

INTRODUÇÃO

As infecções hospitalares surgem por diversas razões e mecanismos que favorecem seu aparecimento. Um deles é a transmissão de microrganismos pelos profissionais da área da saúde, que atuam como vetores, direta ou indiretamente na transmissão de microrganismos patogênicos a pacientes vulneráveis (FELIX; MIYADAHIRA 2009). Para Koch (2007) as mesmas podem se manifestar após a internação do paciente ou mesmo após sua alta.

Atualmente, programas que enfocam a segurança nos cuidados do paciente nos serviços de saúde tratam como prioridade o tema higienização das mãos, a exemplo da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, uma iniciativa da Organização Mundial de Saúde (OMS), firmada com vários países, desde 2004. Em 2005, a OMS lançou um desafio global para melhoria dos serviços de saúde. O tópico escolhido para o primeiro desafio global para a segurança do paciente foi a infecção associada à assistência da saúde. A OMS considera que essas infecções ocorrem tanto em países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento. A ação chave nele prevista era promover a higienização das mãos na assistência à saúde em todo o mundo. Os especialistas consideram que a higienização das mãos é um problema vivido em hospitais, clínicas, sistemas de assistência à saúde, consultórios e postos de saúde.

A OMS preconiza que a higienização das mãos seja realizada em cinco momentos distintos:

- 1) Antes de entrar em contato com o paciente. Para que ocorra a proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos presentes nas mãos do profissional e que podem causar infecções.
- 2) Antes da realização de qualquer procedimento asséptico. Para que ocorra a

proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos das mãos do profissional para o paciente, incluindo os microrganismos do próprio paciente.

3) Após o risco de exposição a fluidos corporais e após a remoção de luvas. Servindo para a proteção do profissional e do ambiente de assistência imediatamente próximo ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.

4) Após o contato com o paciente, com as superfícies e objetos próximos a ele e ao sair do ambiente de assistência ao paciente. Isso serve para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo as superfícies e os objetos próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do próprio paciente.

5) Após tocar qualquer objeto, mobília e outras superfícies nas proximidades do paciente – mesmo sem ter tido contato com o paciente. Isto serve para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde.

Todo indivíduo, quando hospitalizado, fica suscetível a adquirir um quadro infeccioso, devido à baixa resistência que pode apresentar em seu diagnóstico e os microrganismos existentes no ambiente, é de suma importância que todo profissional da área da saúde seja responsável em impedir que os microrganismos se proliferem (SANTOS, 2008). Ainda, segundo esse autor, alguns fatores podem contribuir para o aumento do risco de infecção: fatores clínicos (feridas abertas, queimaduras, traumas e outros), técnicas terapêuticas (cateterismo vesical, traqueostomia, cirurgias, ventilação mecânicas, entre outras) e as mãos dos profissionais da saúde, se não forem higienizadas corretamente e na técnica.

Lavar as mãos antes dos procedimentos reside na mais importante profilaxia contra infecções hospitalares, que, associada a outras estratégias, representa medidas imprescindíveis para o controle de infecção no ambiente hospitalar (BRUNNER; SUDDARTH, 1990). Em 1847, Ignaz Philipp Semmelweis, médico húngaro, um dos pioneiros em controle de infecção hospitalar, descobriu que o simples ato de lavar as mãos com água e sabão e posteriormente em solução clorada, antes de entrar em contato direto com os pacientes, reduziu os índices de morte das parturientes pela febre puerperal. Na época, esse procedimento não foi bem aceito, nem entendido, e, passados mais de 150 anos, ainda presenciamos uma realidade não muito diferente, tendo em vista que ainda necessitamos mostrar a importância e a correlação dessa medida na prevenção das infecções hospitalares (BRASIL, 2009).

Apesar de todas as evidências mostrarem a importância das mãos na cadeia de transmissão das infecções hospitalares e os efeitos dos procedimentos de higienização da diminuição das taxas de infecção e de todas as campanhas educativas, os profissionais da saúde continuam ignorando este gesto e têm uma atitude passiva diante do problema.

MÉTODO

Um estudo descritivo e quantitativo realizado em base de dados secundários de uma instituição hospitalar foram obtidos através do banco de dados do Serviço de Controle de Infecção do Hospital, que realizou a coleta de dados através da observação da higienização das mãos da equipe assistencial (médicos, enfermeiros, nutricionistas, técnicos de enfermagem, técnicos da radiologia, técnicos do banco de sangue e fisioterapeutas) do centro de Recuperação pós-anestésica. A amostra foi de 182 oportunidades de higienização das mãos, seguindo os cinco momentos preconizados pela Organização Mundial de Saúde (WHO 2005). A observação foi realizada no turno matutino e vespertino, semanalmente por um período de 1 hora diária onde a equipe do controle de infecção do hospital esteve na sala de recuperação observando a equipe assistencial e coletando os dados.

A avaliação foi feita observando três critérios, higiene correta, higiene incorreta e não realização da higiene.

RESULTADOS

Foram observadas cento oitenta e duas oportunidades de higienização das mãos, pela equipe do controle de infecção considerando os cinco momentos preconizados pela Organização Mundial de Saúde

Observou-se através deste estudo que houve 21 oportunidades de higienização do profissional médico, sendo que destas 21 oportunidades, 85,7% foram realizadas corretamente e 14,3% não foram realizadas. O profissional enfermeiro teve 6 oportunidades, destas 66,7% foram realizadas corretamente e 33,3% não foram realizadas. O profissional Técnico de Enfermagem teve 145 oportunidades e destas 70,33% foram realizadas corretamente, 0,64% incorretamente e 29,03 não realizadas.

Os profissionais de Técnico de radiologia, técnico de laboratório e fisioterapeutas não tiveram oportunidades de higienização das mãos.

Neste estudo constatou-se que 72,00% realizaram a higiene corretamente, 0,53% realizaram incorretamente e 27,47% não realizaram.

DISCUSSÃO

Durante a rotina dos serviços de saúde a higienização das mãos deve ser realizada corretamente independentemente da técnica ou procedimento que o profissional executará a seguir. Diante dos resultados obtidos neste estudo, observa-se que apesar de ser um procedimento simples a higienização das mãos continuará sendo um desafio para todas as equipes de saúde, pois a resistência dos profissionais em realizá-la permanece. Talvez capacitações periódicas e advertências permanentes sobre isso possam melhorar esses aspectos.

A baixa adesão da equipe assistencial à higienização das mãos remete à reflexão

sobre o compromisso, a responsabilidade e a ética desses profissionais para com o cliente e com sua profissão. Como também a questão da segurança do usuário, um tema também muito polêmico. Mesmo conhecendo os danos que podem acarretar a não realização ou o não cumprimento da técnica recomendada para a higienização das mãos, os profissionais da área da saúde negligenciam o direito do cliente de receber uma assistência livre de danos secundários.

Em um trabalho recente, Loks et al. (2011) constataram a higienização correta das mãos em apenas 30,7% dos profissionais durante os procedimentos cirúrgicos e 31,7% nos procedimentos clínicos. O uso adequado de anti-sépticos no preparo das mãos para procedimentos cirúrgicos considerados indispensáveis foi deficiente em mais da metade dos profissionais (59,7%).

Fica claro que a adesão da higienização das mãos entre a equipe assistencial, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, ainda é insuficiente, com isso é necessário a especial atenção para o incentivo e a sensibilização dos profissionais da saúde sobre esta questão (CENI; KALINKE; PAGANINI, 2009). A técnica de lavagem das mãos raramente é adequada e, por isso, programas educacionais para aumentar a adesão dos profissionais de saúde são importantes (MARTINEZ; CAMPOS; NOGUEIRA, 2009).

CONCLUSÃO

A adesão da higienização das mãos, bem como a técnica de lavagem das mãos utilizada ainda são insuficientes. Todos devem estar conscientes da importância da higienização das mãos na assistência à saúde para a segurança e qualidade da atenção prestada.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos** / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2009. 105p.

BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. **Tratado de enfermagem** médico-cirúrgica. 6. ed. Rio de Janeiro Guanabara Koogan, v. 1 e 2, 1990.

CENI, C. M. G.; KALINKE, L. P.; PAGANINI, M. C. Higienização das mãos: um constante aliado na prevenção da infecção hospitalar. **Bol. Enferm.**, v. 2, p. 48-61, 2009.

FELIX C. C. P.; MIYADAHIRA, A. M. K. Avaliação da técnica de lavagem das mãos executada por alunos graduando do curso de graduação em enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. 1, p. 139-145, 2009.

KOCH, W. **Técnicas básicas de enfermagem**. 23 ed. Curitiba: Editora Florense. 2007. 143p.

LOCKS, L. et al. Qualidade da higienização das mãos de profissionais atuantes em unidades básicas de saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, n. 3, p. 569-575, 2011.

MARTINEZ, M. R.; CAMPOS, L. A. A. F.; NOGUEIRA, P. C. K. Adesão à técnica de lavagem de mãos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. Paul Pediatr.**, v. 27, n. 2, p. 179-185, 2009.

SANTOS, N. C. M. **Enfermagem na prevenção e controle de infecção hospitalar**. 3 ed. São Paulo: Érica, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Guidelines on hand hygiene in health care: a summary** Geneva, 2005.

CAPÍTULO 4

ATIVIDADES DE EXTENSÃO ONLINE: UMA ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE AS PUERPERAS

Data de aceite: 01/04/2022

Cari Corrêa

Universidade Feevale da cidade de Novo Hamburgo

INTRODUÇÃO

O período puerperal é uma fase de mudanças significativas na vida da mulher, principalmente pela sobreposição de papéis e modificações físicas, situação esta, que mostra a importância dos cuidados especiais à mulher tanto da família como dos profissionais da saúde. É marcado pela experiência de gerar, parir, cuidar e exige grande capacidade de adaptação da mulher. O projeto destina-se ao desenvolvimento de atividades interprofissionais voltadas à saúde da mulher no puerpério, contemplando os cursos de Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Psicologia, com ações educativas, preventivas e de promoção a saúde. As atividades, em tempos de pandemia estão sendo realizadas de forma remota, na plataforma virtual Blackboard através da ferramenta Collaborate. O papo com puérperas busca promover um espaço de troca de conhecimentos e empoderamento da mulher para a vivência do puerpério. OBJETIVO: Conhecer, sob a ótica das puérperas, o significado da participação no papo com

puérperas para a vivência da maternidade. MÉTODO: Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada através de uma entrevista com questão aberta, realizada on-line e gravada. Após transcrição, os dados foram organizados em unidades temáticas e analisados conforme os preceitos de Minayo (2011). Foram respeitados os aspectos éticos conforme resolução 466/12 do conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) Os resultados demonstram que as puérperas se beneficiaram dos conhecimentos sobre os cuidados com o bebê, salientando conhecimentos adquiridos sobre a não oferta de chazinho, cuidados com a higiene das roupas e banhos e Sentir-se cuidada expressando o seu sentimento do quanto se sentiu amparada em poder dividir as dores, dúvidas e sentimentos e motivada neste momento tão mágico e desafiador da maternidade. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Observou-se que, mesmo tendo sido realizadas falas em grupo, cada puérpera deu um enfoque diferente para o que refletiam as suas necessidades no momento o que reforça a importância de momentos para conversar e troca de conhecimentos dando voz as puérperas muitas vezes tão esquecidas.

PALAVRAS CHAVE: Puerpério; Educação em Saúde, Pandemia; Extensão Universitária.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 12, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.

MINAYO, M.C. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciência e Saúde Coletiva. n.17 v 3. 621-626. 2011

CAPÍTULO 5

ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ARTICULAÇÃO DAS ESPECIFICIDADES PROFISSIONAIS

Data de aceite: 01/04/2022

Data da submissão: 06/02/2022

Ágna Retyelly Sampaio de Souza

Universidade Regional do Cariri – URCA
Crato – Ceará, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/3895909030588759>

Ana Paula Pinheiro da Silva

Universidade Regional do Cariri – URCA
Crato – Ceará, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/4309835642253400>

Camilla Ytala Pinheiro Fernandes

Universidade Regional do Cariri – URCA
Crato – Ceará, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/0730561714931379>

Aline Muniz Cruz Tavares

Universidade Regional do Cariri – URCA
Crato – Ceará, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/2640403389305715>

Amanda Cordeiro de Oliveira Carvalho

Universidade Regional do Cariri – URCA
Crato – Ceará, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/3797683581282265>

Pedro Victor Landim Ribeiro

Universidade Regional do Cariri – URCA
Crato – Ceará, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/8105985953823589>

José Thiago Alves de Sousa

Universidade Regional do Cariri – URCA
Crato – Ceará, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/8062913385007952>

Yolanda Rakel Alves Leandro Furtado

Universidade Regional do Cariri – URCA
Crato – Ceará, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/2759091143447466>

Luciana Nunes de Sousa

Universidade Regional do Cariri – URCA
Crato – Ceará, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/6313378149286016>

Lis Maria Machado Ribeiro Bezerra

Universidade Regional do Cariri – URCA
Crato – Ceará, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/2359399936922133>

RESUMO: Introdução: A atenção primária à saúde (APS) é a porta de entrada da assistência à saúde no Brasil por meio da Estratégia de saúde da família (ESF), e garante acesso ao cuidado em todos os níveis, sendo amparado pela atuação dos diferentes autores no processo de promoção do cuidado. Objetivo: descrever a atuação e processo de formação continuada dos residentes na perspectiva multiprofissional. Método: revisão sistemática, de abordagem qualitativa e natureza descritiva, realizada por meio de uma contextualização analítica do processo e não simplesmente dos resultados de maneira isolada. Para a elaboração dos dados fez-se buscas no portal de Periódicos da Capes, a partir de palavras-chave como “residência multiprofissional”, “educação permanente em saúde” e “formação multiprofissional em saúde”. Utilizou-se como critério de inclusão artigos em português, visto que, pretende-se discutir a realidade brasileira, foram excluídas pesquisas

anteriores ao ano de 2017 por serem consideradas desatualizadas. Para coleta e análise de dados, utilizou-se da metodologia de Bardin (2011), disposta em três fases: pré-análise (leitura flutuante); exploração do material (leitura aprofundada), tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Resultados e Discussão: Em virtude da insuficiente disseminação das funções do profissional sanitário, os equipamentos de saúde, e a própria equipe multiprofissional, podem reproduzir limitações que dificultam o desenvolvimento de ações, sugerindo que o profissional deva ocupar-se apenas de fenômenos surgidos ou atribuídos à interação grupal. No entanto, a interdisciplinaridade essencial ao residente em Saúde Coletiva abre espaço ao reconhecimento de estratégias que permitam melhor avaliação da condição de saúde e melhor intervenção diante dos desafios. Conclusão: A presente revisão demonstrou o quão importante se faz o desempenho multiprofissional no âmbito assistencial para a orientação do modelo de saúde a partir da atenção primária, atribuindo uma maior inserção de práticas de cuidado à saúde dos usuários, dessa maneira, propiciando a melhora no prognóstico.

PALAVRAS-CHAVE: Residência Multiprofissional. Educação em Saúde. Saúde Coletiva.

MULTIPROFESSIONAL PERFORMANCE IN PRIMARY HEALTH CARE: ARTICULATION BETWEEN PROFESSIONAL CATEGORIES

ABSTRACT: Introduction: Primary health care is the beginning of healthcare in Brazil through the Family Health Strategy, and guarantees access to care at all levels, supported by the performance of different authors in the process of promoting care. Objective: to describe the performance and specialization process of residents in a multiprofessional perspective. Method: systematic review, with a qualitative approach and descriptive nature, carried out through an analysis of the process and not simply the results in isolation. For the elaboration of the data, searches were carried out on the Capes Journals portal, using keywords such as “multiprofessional residency”, “permanent health education” and “multi professional training in health”. the intention is to discuss the Brazilian reality, studies prior to the year 2017 were excluded as they were considered outdated. For data collection and analysis, the methodology of Bardin (2011) was used, through three phases: pre-analysis (surface reading); exploration of the material (complete reading), treatment of the results obtained and interpretation. Results and Discussion: Due to the insufficient dissemination of the health professional's functions, health equipment and the multiprofessional team itself may reproduce limitations that hinder the development of actions, suggesting that the professional should only deal with phenomena arising from or attributed to group interaction. Disciplinary essential to the Public Health resident opens space for the recognition of strategies that allow a better assessment of the health condition and better intervention in the face of challenges. Conclusion: The present review demonstrated how important multidisciplinary performance is in the care scope to guide the health model from primary care, attributing a greater insertion of care practices to the health of users, in this way, providing an improvement in the prognosis.

KEYWORDS: Multiprofessional Residency. Health Education. Collective Health.

INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde (APS) é a porta de entrada da assistência à saúde no Brasil por meio da Estratégia de saúde da família (ESF), e garante acesso ao cuidado em todos os níveis, com o pilar da produção desse cuidado sendo amparado pela atuação dos diferentes autores no processo de promoção do cuidado, gerando assim o fortalecimento da equipe multiprofissional (TESSER, 2018).

Desse modo, a construção de práticas voltadas para a promoção de ações que dialoguem com diferentes saberes, fortalece as condutas coletivas e o entendimento das relações de saúde-doença (COSTA, 2014), pois o trabalho multiprofissional constitui uma mudança no cenário da saúde, o qual rompe a visão individualista dos profissionais na assistência ao cuidado e possibilita um ambiente de novas experiências, inovações e avanços. Todavia, a ausência da articulação desses saberes e utilização das competências comuns e individuais emergem como um desafio na formação profissional (ARAÚJO, 2017).

Diante de tal desafio de processos de trabalho multiprofissional, a reorganização da formação inicial, torna-se imprescindível na extrapolação de currículo uniprofissional. Nesse contexto, práticas de educação interprofissional auxiliam na ruptura de matrizes curriculares ultrapassadas, possibilitando novos horizontes na esfera de uma sociedade emergente e dinâmica na saúde pública.

Nessa perspectiva da contemplação das necessidades à diversidade dos usuários que procuram por atendimento no sistema único de saúde (SUS), torna-se essencial que os profissionais de saúde se aperfeiçoem para a formação em serviço no SUS, de modo a trabalhar com o conceito ampliado de saúde, respeitando as diferenças dos atores envolvidos no plano de assistência e integrando práticas e saberes na fortificação da educação permanente em saúde (MENDES, 2010).

Entende-se como equipe multiprofissional em saúde, o trabalho coletivo que se exerce de maneira articulada no processo de promoção de saúde, bem como na avaliação e intervenção em casos clínicos (SILVA CUNHA et al., 2020). Para o delineamento deste estudo foram discutidas as especificidades de quatro categorias profissionais com atuação nas residências em saúde coletiva, sendo estas a enfermagem, nutrição, educação física e farmácia.

Nessa conjuntura, o objetivo deste estudo é descrever a atuação e processo de formação continuada dos residentes na perspectiva multiprofissional.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão de busca sistemática, com uma abordagem qualitativa e de natureza descritiva, realizada por meio de uma contextualização analítica do processo e não simplesmente dos resultados de maneira isolada (MINAYO, 2001), descrevendo as peculiaridades de determinada população e/ou fenômeno, relacionando-as com discussões

pautadas na literatura (GIL, 2008).

Visando atender aos objetivos propostos pelo presente estudo, a opção metodológica possui perspectiva voltada para expressar técnicas e métodos que exponham de maneira detalhada como se deu o processo de elaboração da pesquisa, considerando critérios e estratégias que possibilitem sempre eficácia e confiabilidade na informação (BARRETO; HONORATO, 1998).

Realizou-se uma busca em periódicos com temática similar ao desta pesquisa, a qual possibilitou reflexões de referenciais e hipóteses (OLIVEIRA, 2007). Para a elaboração dos dados fez-se buscas no portal de Periódicos da Capes, a partir de palavras-chave “residência multiprofissional”, “educação permanente em saúde” e “formação multiprofissional em saúde”. A escolha pelo portal em questão se deu pelo fato de o mesmo apresentar a maior compilação de dados que representam a realidade do cenário nacional.

Utilizou-se como critério de inclusão artigos em português, visto que, pretende-se discutir a realidade brasileira, e que descrevessem as especificidades e a articulação multiprofissional com ênfase na atuação dos residentes em saúde coletiva. Foram excluídas pesquisas antecedentes ao ano de 2017 por serem consideradas desatualizadas.

Para coleta e análise de dados utilizou-se da metodologia de Bardin (2011), disposta em três fases: pré-análise (leitura flutuante); exploração do material (leitura aprofundada) e Tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Inicialmente foram achados 15 artigos, após a leitura flutuante dos resumos restaram 11. Na filtragem final, a qual concerne à leitura completa dos estudos, restaram oito artigos. Por fim, foram incluídos seis artigos na revisão sistemática, os quais satisfazem todas as críticas de inserção e eliminação das particularidades estabelecidas.

O fluxograma a seguir apresenta a síntese do percurso metodológico com informações do processo de triagem dos artigos, como demonstrado abaixo, na figura 1.

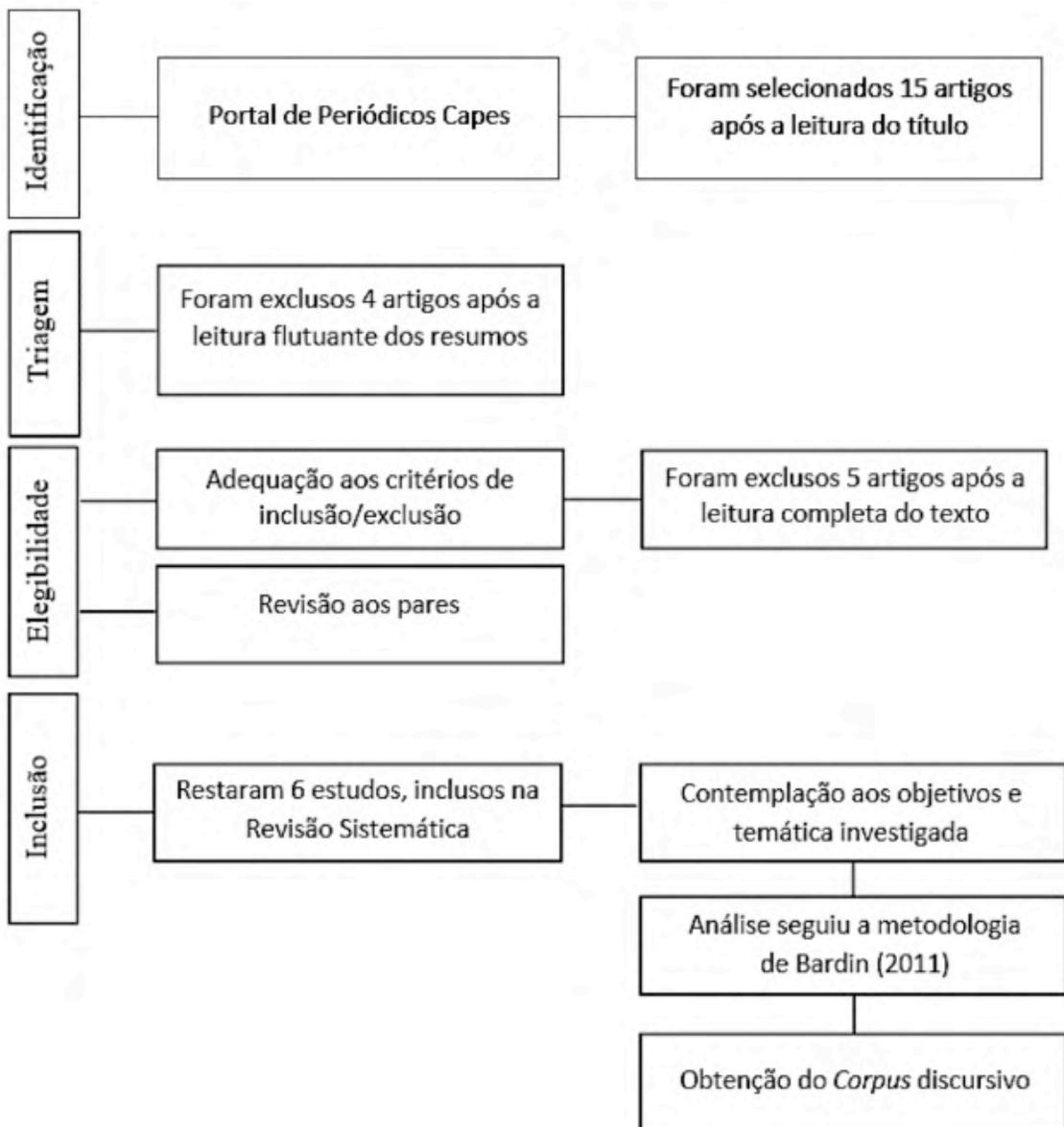


Figura 1. Fluxograma da seleção dos artigos.

Fonte: Elaboração própria, 2022.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todos os artigos foram selecionados segundo suas similaridades e agrupados em categorias como autores, título, objetivos e resultado, como disposto no quadro a seguir.

Autores (ano)	Título	Objetivos	Resultados
<p>Maria Clara Santana Maroja; José Jailson de Almeida Júnior; Claudianny Amorim Noronha</p> <p>(2020)</p>	<p>Os desafios da formação problematizadora para profissionais de saúde em um programa de residência multiprofissional</p>	<p>Refletir sobre as dificuldades e potencialidades na aplicação da Educação Problematizadora em um programa de residência multiprofissional em Saúde</p>	<p>O ciclo retroalimentado ação-reflexão-ação – capaz de potencializar o próprio processo educativo –, enquanto as limitações à proposta educacional problematizadora apresentaram-se relacionadas às contradições com os modelos formativos e práticos vigentes no campo da saúde</p>
<p>Gisela Maria M. Soares Arruda; Ivana Barreto; Ricardo Pontes; Francisco Loiola</p> <p>(2017)</p>	<p>Educação interprofissional na pós-graduação em saúde: dimensões pedagógicas interprofissionais em uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família</p>	<p>Analisar a proposta pedagógica do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (PRMSFC) da Escola de Saúde Pública do Ceará na perspectiva da Educação Interprofissional (EIP)</p>	<p>No processo de ensino-aprendizagem, capturou-se a potência da metodologia da tenda invertida, do método da roda e do papel do preceptor de campo no estímulo e apoio ao trabalho e à aprendizagem interprofissional. Dentre os desafios, encontram-se o processo de interiorização da educação permanente, a sustentabilidade financeira do PRMSFC e a dependência do processo formativo quanto à adesão dos atores envolvidos</p>
<p>Maria de Fátima Sousa Antero Machado; Lucas Dias Soares Machado; Samyra Paula Lustoza Xavier; Lucas Alves Lima; Maria Rosilene Cândido Moreira</p> <p>(2018)</p>	<p>Competências em promoção da saúde: o domínio parceria na residência multiprofissional em saúde</p>	<p>Conhecer como o domínio parceria manifesta-se nas ações de promoção da saúde realizadas na Residência Multiprofissional em Saúde da Família</p>	<p>As ações que promovem a integração ensino-serviço-comunidade possibilitam a constituição de espaços dialógicos entre universidades/instituições formadoras, instituições de saúde e comunidade. Nesse contexto, os preceptores da residência multiprofissional são fundamentais na constituição de parcerias e no fortalecimento das ações</p>
<p>Liliane Ribeiro Trindade; Jarbas da Silva Ziane Jenifer Harter; Leticia Silveira Cardoso</p> <p>(2020)</p>	<p>Residência integrada em saúde coletiva: intervenções para o cuidado multiprofissional</p>	<p>Compartilhar estratégias de intervenções realizadas por uma equipe de residentes para o cuidado multiprofissional em uma Estratégia Saúde da Família (ESF)</p>	<p>Os diferentes olhares da equipe multiprofissional a respeito de conduta assistencial agregam para a oferta do cuidado qualificado ao usuário e sua família, tornando-se um espaço para aprendizagem e reflexão do processo de trabalho na ESF</p>

<p>Naiara Gonçalves; Mateus Daniel Aragão Machado (2018)</p>	<p>A formação multiprofissional em saúde sob a ótica do residente</p>	<p>Descrever as atividades realizadas durante o exercício prático e teórico do curso</p>	<p>A interação entre os residentes multiprofissionais proporcionou um aprendizado em relação ao fazer coletivo, aumentando o respeito, valorização e conhecimento entre as profissões, contudo há falhas no cenário do campo de atuação como relacionamentos abusivos por parte de alguns preceptores.</p>
<p>Tamaria Monique Silva Guerra Maria Dalva Horácio da Costa (2017)</p>	<p>Formação Profissional da Equipe Multiprofissional em Saúde: a compreensão da intersectorialidade no contexto do SUS</p>	<p>Analisar a proposta de formação profissional da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) conferindo centralidade à: intersectorialidade, promoção da saúde, integralidade e formação continuada</p>	<p>Há desafios que permeiam a formação dos Programas de Residência Multiprofissional, que exige uma articulação e organização política de enfrentamento, este atrelado principalmente à carga horária exaustiva, que corresponde a 60 horas semanais, rebate diretamente no próprio fazer profissional, pois não possibilita ao Residente refletir sua prática e, com isso repensar suas intervenções, o que acarreta a formação de um profissional imediatista e tecnicista.</p>

Quadro 1. Artigos incluídos na revisão sistemática.

Fonte: elaboração própria, 2022.

A formação profissional em saúde no Brasil, nas últimas décadas, vem se estruturando a partir de diferentes discussões sociopolíticas, todas essas fundamentadas no compromisso com as demandas de saúde pública emergentes no país (BRASIL, 2018). Para Bernardo et al. (2020), a residência multiprofissional traz o principal desígnio do ensino e a formação de profissionais da saúde por meio da educação em serviço. Para tanto, promove a especialização dos profissionais com atribuições que requerem o exercício profissional vislumbrando o cuidado integral à saúde, envolvendo as pessoas, as comunidades, a gestão e a educação em saúde.

Desse modo, Santos, Mishima e Merhy (2018) compreendem que o processo de trabalho na ESF, adota um processo de trabalho integrado aos princípios da APS. O método é considerado dinâmico ao possibilitar mudanças no modo de produção, com a capacidade de movimentar as pessoas em seu núcleo operativo, visando a integralidade do cuidado.

A equipe de residentes multiprofissionais no âmbito da ESF, proporcionam o acesso do usuário ao serviço integral, rompendo o modelo de saúde biologicista e biomédico que gera atendimentos fragmentados e descontínuos, caracterizando a construção de uma assistência multiprofissional com o cuidado holístico. Para conformação do processo formativo na residência é necessário a imersão dos profissionais no bojo da comunidade,

para que, a partir da compreensão da realidade e do estabelecimento de vínculo com os usuários do serviço de saúde, os profissionais possam desenvolver ações que melhorem as condições de vida e saúde deles (MACHADO et al., 2022).

Calistro et al. (2021) citam que os territórios de atuação apresentam, além de características físicas, como a delimitação espacial, compreendendo toda a construção social de origem, aspectos históricos, demográficos, epidemiológicos, administrativos, tecnológicos, políticos, sociais, culturais e ambientais que o torna vivo, em constante construção. Vislumbra-se, portanto, um processo cíclico, bidimensional e de colaborações mútuas, onde as contribuições profissionais para o cuidado do indivíduo, da família e/ou da comunidade, reforçam e aperfeiçoam o próprio desenvolvimento desta prática (MACHADO et al., 2018).

Em virtude da insuficiente disseminação das funções do profissional sanitário, os equipamentos de saúde, e a própria equipe multiprofissional, podem reproduzir limitações que dificultam o desenvolvimento de ações, sugerindo que o profissional deva ocupar-se apenas de fenômenos surgidos ou atribuídos à interação grupal (MEDEIROS, 2018; COELHO; SILVA, 2021). No entanto, a interdisciplinaridade essencial ao residente em Saúde Coletiva abre espaço ao reconhecimento de estratégias que permitam melhor avaliação da condição de saúde e melhor intervenção diante dos desafios (COELHO; SILVA, 2021).

A presença de diferentes formações profissionais, bem como um alto grau de articulação entre os profissionais é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar de processo interdisciplinar, no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe. No entanto, é possível observar que quando se trata do trabalho realizado em conjunto com os profissionais dos serviços atuantes, emerge a dificuldade da prática multiprofissional (LIMA et al., 2018).

É notório que tal cenário de prática em serviço corrobora com os princípios e as diretrizes do SUS, associando o aprendizado à prática, de maneira a problematizar o modelo técnico-assistencial. Tal situação se fundamenta em um arcabouço teórico explicitado em diversas pesquisas científicas que apontam imprecisões quanto às definições de alguns termos, como em discussões e reflexões pedagógicas no âmbito de tutorias, preceptorias, entre outras (ARAÚJO et al., 2017).

Neste sentido, a Política de Educação e Desenvolvimento do SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004, propõe como um dos eixos de ação a formação de profissionais na área da Saúde na modalidade de Residências Multiprofissionais e Integradas, política aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em sua Resolução no 335, de 27 de novembro de 2003, já em 2021 surge o Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde

(PNFRS), o qual a partir de estudos sobre a temática e considerando também os resultados obtidos no financiamento das residências, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), resolveu ampliar sua atuação na formação e qualificação de especialistas no âmbito da saúde.

Esse marco histórico contribui para ampliação e valorização dos profissionais como robustecer o engajamento na oferta de equipes multiprofissionais de saúde. Por meio do PNFRS, é oportunizado aos residentes, docentes, tutores e preceptores cursos complementares, qualificação ou aprimoramento, incentivos, apoio institucional na gestão, os quais contribuirão na sistematização de mudanças mais substanciais no que tange, criação, reativação, reestruturação de processos de trabalhos diferenciados que venham a desenvolver ações permanentes de resolução de processos saúde-doenças aos usuários assistidos na atenção básica de saúde (BRASIL, 2021).

A partir do entendimento de que os processos de formação devem atuar junto ao quadrilátero da saúde, segundo Ceccim (2005), os elementos constitutivos para pensar/providenciar uma atuação multiprofissional sólida serão consolidados no compartilhamento do conhecimento, nas práticas em serviço, e, na participação dos usuários, tendo em vista os desafios da integralidade e da humanização (BRASIL, 2006).

CONCLUSÃO

A presente revisão demonstrou o quão importante se faz o desempenho multiprofissional no âmbito assistencial para a orientação do modelo de saúde a partir da atenção primária, atribuindo uma maior inserção de práticas de cuidado à saúde dos usuários, dessa maneira, propiciando a melhora no prognóstico.

Tendo em vista isso, torna-se evidente e essencial o trabalho multiprofissional para a saúde pública, uma vez que o mesmo possibilita o atendimento mais humano, acolhedor, menos medicalizado, atendendo aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), tais como universalidade, integralidade, equidade, resolubilidade, intersetorialidade, humanização do atendimento e participação social.

Nessa perspectiva, o trabalho em equipe é uma peça fundamental para o desenvolvimento dos atributos da Estratégia Saúde da Família e influi diretamente para a melhora na reorientação do modelo de atenção à saúde. De modo que, os profissionais reconheçam o trabalho do outro, atuem em um sistema de confiança e busquem, para além da articulação das ações, a interação comunicativa, incluindo a participação dos usuários e da comunidade na produção do cuidado.

Diante dos achados na literatura pode-se perceber que a formação proposta pela Residência multiprofissional traz consigo todos esses aspectos citados e mostra-se de suma importância para a atuação profissional de cada residente, pois através das competências atribuídas, os profissionais atuam de forma interligada para que o objetivo

principal das práticas de saúde seja alcançado: a saúde integral do indivíduo. Contudo, é possível identificar de forma nítida os percursos formativos pautados na formação em serviço, metodologias ativas e possibilidades de diálogos e reflexões em diversos espaços e temáticas. Portanto, estima-se que este estudo possa subsidiar novas pesquisas na área, contribuindo para a consolidação do trabalho em equipe nos serviços de saúde. Destaca-se a importância de se pesquisar, ainda mais, os processos interativos e intrínsecos ao trabalho em equipe.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Thaise Anataly Maria de et al. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**, v. 21, n. 62, pp. 601-613, 2017.

ARRUDA, Gisela Maria Melo Soares et al. Educação interprofissional na pós-graduação em saúde: dimensões pedagógicas interprofissionais em uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Tempus – Actas De Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, pp. 187-214, 2017.

BARDIN, Lawrence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARRETO, Alcyrus Vieira Pinto; HONORATO, Cezar Teixeira. **Manual de sobrevivência na selva acadêmica**. Rio de Janeiro: Objeto Direto, 1998.

BERNARDO, Mariana da Silva et al. Training and work process in Multiprofessional Residency in Health as innovative strategy. **Rev Bras Enferm**. v. 73; n. 6; e20190635, 2020.

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: experiências, avanços e desafios** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 414 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão do Trabalho em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 48 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 335, de 27 de novembro de 2003**. Afirma a aprovação da Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde e a estratégia de Pólos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde como instâncias locorregionais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 fev. 2004b.

- CALISTRO, Monyelle de Oliveira et al. Territorialization using georeferencing and stratification of the social vulnerability of families in Primary Care. **Cien Saude Colet.** v. 26; n. 6; pp. 2141-8, 2021.
- CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 16, 2005.
- COELHO, Ana Célia Rodrigues; SILVA, Maria Daniela Vieira da. Vivência em Saúde Coletiva pela Residência Multiprofissional da Escola de Saúde Pública do Ceará. In: Congresso Nacional de Inovações em Saúde – II CONAIS. 2021. **Anais** eletrônicos. Disponível em: <<https://doity.com.br/anais/conaiis/trabalho/198072>>. Acesso em: 28 de jan. 2022.
- COSTA, Juliana Pessoa et al. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde em debate**, v. 38, p. 733-743, 2014.
- GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. - São Paulo: Atlas, 2008.
- GUERRA, Tamarina Monique Silva; COSTA, Maria Dalva Horácio da. Formação Profissional da Equipe Multiprofissional em Saúde: a compreensão da intersectorialidade no contexto do SUS. **Textos & Contextos**, v. 16, n. 2, pp. 454-469, 2017.
- LIMA, Ana Paula Nascimento de et al. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: a percepção dos residentes de Saúde da Família. **Interdisciplinary Journal of Health Education**. v. 3; n. 1-2; pp. 1-9, 2018.
- MACHADO, Lucas Dias Soares et al. **Competências em promoção da saúde na residência**. Escola Anna Nery 26 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/Y6PGVjKt8d33C7WsvMTKnDS/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 28 de jan. 2022.
- MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al. Competências em promoção da saúde: o domínio da parceria na residência multiprofissional em saúde. **Rev Bras Promoç Saúde**. v. 31, n. 4; pp. 1-7, 2018.
- MACHADO, Maria de Fátima Sousa Antero et al. Competências em promoção da saúde: o domínio parceria na residência multiprofissional em saúde. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 31, n.4, pp. 1-7, 2018.
- MAROJA, Maria Clara Santana; ALMEIDA JÚNIOR, José Jailson de; NORONHA, Claudianny Amorim. Os desafios da formação problematizadora para profissionais de saúde em um programa de residência multiprofissional. **Interface**, v. 24, pp. 1-16, 2020.
- MATEUS, Naiara Gonçalves; MACHADO, Daniel Aragão. A formação multiprofissional em saúde sob a ótica do residente. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, [S. l.], v. 10, n. 2, p. 593–598, 2018.
- MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 15, n. 5, 2010.
- MINAYO, Maria Cecília de Sousa (org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

SANTOS, Debora de Souza; MISHIMA, Silvana Martins; MERHY, Emerson Elias. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciênc Saúde Colet**. v. 23; n. 3, 2018.

SILVA CUNHA, Thaynara Gabriella et al. Atuação da equipe multiprofissional em saúde, no cenário da pandemia por Covid 19. **Health Residencies Journal - HRJ**, n. 1, v. 2, pp. 1-22, 2020.

TESSER, Charles Dalcanale; NORMAN, Armando Henrique; VIDAL, Tiago Barra. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde em Debate [online]**, v. 42, n. especial, pp. 361-378, 2018.

TRINDADE, Liliane Ribeiro et al. Residência integrada em saúde coletiva: intervenções para o cuidado multiprofissional **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 8, p. e687986031, 2020.

CAPÍTULO 6

COVID-19 E A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM UMA CIDADE DO INTERIOR GAÚCHO

Data de aceite: 01/04/2022

Sandra Maria de Mello Cardoso

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha/ Campus Santo Ângelo
Santo Ângelo - Rio Grande do Sul, Brasil.

Lucimara Sonaglio Rocha

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha/ Campus Santo Ângelo
Santo Ângelo - Rio Grande do Sul, Brasil.

Andressa Peripolli Rodrigues

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha/ Campus Santo Ângelo
Santo Ângelo - Rio Grande do Sul, Brasil.

Marieli Teresinha Krampe Machado

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha/ Campus Santo Ângelo
Santo Ângelo - Rio Grande do Sul, Brasil.

Margot Agathe Seiffert

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha/ Campus Santo Ângelo
Santo Ângelo - Rio Grande do Sul, Brasil.

Rita Fernanda Monteiro Fernandes

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha/ Campus Santo Ângelo
Santo Ângelo - Rio Grande do Sul, Brasil.

RESUMO: Enquanto crescem diariamente os números de pessoas infectadas e de mortes causadas pelo novo coronavírus, o Brasil gradativamente para e a população adota as recomendações para conter a transmissão

da Covid-19, conscientiza-se da gravidade da situação e aprende sobre os possíveis impactos da pandemia que começou em dezembro de 2019 na China e chegou ao país em fevereiro de 2020. O objetivo geral deste estudo foi identificar como as instituições de saúde se organizaram frente à pandemia no município. E os objetivos específicos foram verificar quais os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) que foram usados na pandemia e verificar quais as dificuldades que encontraram nesse período. Foi uma pesquisa com abordagem qualitativa e descritiva. Os participantes foram profissionais da equipe de enfermagem. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas. A análise dos dados foi feita mediante análise do conteúdo das falas dos sujeitos. Foram respeitadas as diretrizes da Resolução 466/ 12. Nesse estudo foi possível perceber que as instituições de saúde se organizaram de alguma forma no início da pandemia, como por exemplo, aquisição de EPIs na medida do possível, providenciando protocolos e treinamentos. No entanto, se observou a necessidade de treinamentos práticos com maior frequência, bem como de apoio psicológico ou médico para os profissionais da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Equipe de enfermagem. Pandemia. Instituição de saúde.

COVID-19 AND THE PERFORMANCE OF NURSING PROFESSIONALS IN A CITY IN THE INTERIOR SOUTH

ABSTRACT: While the numbers of infected people and deaths caused by the new coronavirus grow daily, Brazil gradually stops and the

population adopts recommendations to contain the transmission of Covid-19, becomes aware of the seriousness of the situation and learns about the possible impacts of the pandemic that started in December 2019 in China and arrived in the country in February 2020. The general objective was to identify how health institutions organized themselves in the face of the pandemic in the municipality. And the specific objectives were to verify which Personal Protective Equipment (EPIs) was used in the pandemic and to verify what difficulties they encountered during this period. It was research with a qualitative and descriptive approach. The participants were professionals from the nursing team. Data were collected through semi-structured interviews. Data analysis was carried out by analyzing the content of the subjects' speeches. The guidelines of Resolution 466/12 were respected. In this study, it was possible to perceive that health institutions were somehow organized at the beginning of the pandemic, such as, for example, purchasing PPE as far as possible, providing protocols and training. However, there was a need for more frequent practical training as well as psychological or medical support for health professionals.

KEYWORDS: Nursing staff. Pandemic. Health institution.

INTRODUÇÃO

Os coronavírus causam infecções respiratórias e intestinais em humanos e animais e a maioria das infecções por coronavírus em humanos são causadas por espécies de baixa patogenicidade, levando ao desenvolvimento de sintomas do resfriado comum, no entanto, podem eventualmente levar a infecções graves em grupos de risco, idosos e crianças. Previamente a 2019, duas espécies de coronavírus altamente patogênicos e provenientes de animais (SARS e MERS) foram responsáveis por surtos de síndromes respiratórias agudas graves. Acerca da infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV), o espectro clínico não está descrito completamente e não se sabe o padrão de letalidade, mortalidade, infectividade e transmissibilidade. Ainda não há vacina ou medicamentos específicos disponíveis e, atualmente, o tratamento é de suporte e inespecífico. No entanto, uma forma de ajudar é orientar a Rede de Serviços de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) para atuação na identificação, notificação e manejo oportuno de casos suspeitos de Infecção Humana pelo Novo Coronavírus de modo a mitigar os riscos de transmissão sustentada no território nacional, fazendo com que a disseminação ocorra de forma mais lenta (BRASIL, 2020).

O Coronavírus, também conhecido como COVID-19, surgiu em Wuhan, China, desde o final de novembro de 2019. Desde então, está se espalhando em larga escala até hoje em todo o mundo. Atualmente, é reconhecida como a epidemia mais viral e grave do mundo nos últimos vinte anos, em comparação com o Ebola 2014, MERS 2012 e SARS 2003. Apesar de ainda estar no meio do surto, há uma necessidade urgente de entender o impacto da COVID-19 (CARR, 2020).

Enquanto crescem diariamente os números de pessoas infectadas e de mortes causadas pelo novo coronavírus, o Brasil gradativamente para e a população adota as

recomendações para conter a transmissão da Covid-19, conscientiza-se da gravidade da situação e aprende sobre os possíveis impactos da pandemia que começou em dezembro de 2019 na China e chegou ao país em fevereiro de 2020. Até 1º de abril de 2020, o vírus Sars-CoV-2 havia se espalhado por 180 países, com 926 mil casos registrados e 46 mil mortes. No Brasil, ocorreram até então 240 mortes e o número de casos chegou a 6,8 mil, dobrando em um ou dois dias e decuplicando em uma semana, com a possibilidade de aumentar ainda mais rapidamente a partir do final de abril ou início de maio, quando a temperatura cai e doenças respiratórias como a Covid-19 se propagam mais facilmente FIORAVANTI et al., 2020).

A epidemia está se espalhando no mundo em parte pela demora em testar os suspeitos, dar os resultados e isolá-los, e pela falha na proteção dos profissionais de saúde, o que está gerando disseminação também a partir dos serviços de saúde. Além disso, muitos contactantes não procuram os serviços de saúde, pois desenvolvem doença leve, o que dificulta a identificação de casos e controle da epidemia. A China está conseguindo bloquear a epidemia, provavelmente porque está identificando e isolando pelo menos 80% dos contactantes (SILVA, 2020).

A importância da discussão e adoção das recomendações oficiais para a preservação e manutenção do atendimento nos serviços públicos de saúde, a postura dos profissionais de saúde e da população frente ao surgimento de possíveis casos de novo coronavírus no país foram ressaltadas pelo coordenador do Núcleo de Epidemiologia e Vigilância em Saúde da Fiocruz Brasília (NEVS) (MAIEROVITCH, 2020). A implementação de precauções padrão constitui a principal medida de prevenção da transmissão entre pacientes e profissionais de saúde e deve ser adotada no cuidado de todos os pacientes.

Quando o profissional atuar em procedimentos com risco de geração de aerossol nos pacientes com infecção suspeita ou confirmada pelo novo coronavírus (2019-nCoV) deve utilizar a máscara de proteção respiratória (respirador particulado) com eficácia mínima na filtração de 95% de partículas de até 0,3 (tipo N95, N99, N100, PFF2 ou PFF3). A máscara deverá estar apropriadamente ajustada à face e nunca deve ser compartilhada entre profissionais.

As luvas de procedimentos não cirúrgicos devem ser utilizadas quando houver risco de contato das mãos do profissional com sangue, fluidos corporais, secreções, excreções, mucosas, pele não íntegra e artigos ou equipamentos contaminados, de forma a reduzir a possibilidade de transmissão do novo coronavírus (2019-nCoV) para o trabalhador de saúde, assim como de paciente para paciente por meio das mãos do profissional (BRASIL, 2020).

Os óculos de proteção ou protetores faciais devem ser utilizados quando houver risco de exposição do profissional a respingos de sangue, secreções corporais e excreções. Devem ser de uso exclusivo para cada profissional responsável pela assistência sendo necessária a higiene correta após o uso (BRASIL, 2020).

O capote ou avental deve ser impermeável e utilizado durante procedimentos onde há risco de respingos de sangue, fluidos corpóreos, secreções e excreções, a fim de evitar a contaminação da pele e roupa do profissional. Devem ser de mangas longas, punho de malha ou elástico e abertura posterior. Além disso, deve ser confeccionado com material de boa qualidade, não alergênico e resistente; proporcionar barreira antimicrobiana efetiva, permitir a execução de atividades com conforto e estar disponível em vários tamanhos. O capote ou avental sujo deve ser removido e descartado após a realização do procedimento e antes de sair do quarto do paciente ou da área de assistência. Após a remoção do capote deve-se imediatamente proceder a higiene das mãos para evitar a transmissão dos vírus para o profissional, pacientes e ambiente. Os profissionais de saúde que atuarem na assistência direta aos casos suspeitos ou confirmados devem ser organizados para trabalharem somente na área de isolamento, evitando circulação para outras áreas de assistência (BRASIL, 2020).

Os profissionais de enfermagem são, geralmente, os primeiros a identificar os pacientes com sintomas respiratórios, ou caso suspeito que apresente sintomas ou resultado laboratorial inconclusivo para 2019-nCoV. Dessa forma, essa pesquisa se justifica, pois todos os pacientes que buscarem os serviços de saúde (Atenção Primária à Saúde, Unidade de Pronto Atendimento, Pronto Socorro, Atendimento Pré-Hospitalar Móvel e Hospitais), deverão ser submetidos à triagem clínica, realizada pela equipe de enfermagem, que inclui reconhecer precocemente um caso suspeito e, se necessário, encaminhamento imediato do mesmo para uma área separada dos demais que contenha suprimentos de higiene respiratória e das mãos.

Assim, este estudo tem como objetivo geral identificar como as instituições se organizaram frente à pandemia no município e como objetivos específicos verificar quais os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) que foi usado durante a pandemia e verificar quais as dificuldades que encontraram no período da pandemia.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa e descritiva (MINAYO, 2010), realizada em ambientes de saúde de um município do interior gaúcho. Os participantes foram profissionais da equipe de enfermagem, de um município do interior gaúcho, que estão trabalhando nos ambientes de saúde, seja na atenção básica, Unidade de Pronto Atendimento (UPA), hospitalar ou Serviço Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Foram considerados como critérios de inclusão: estar trabalhando no período da pandemia. Como exclusão: estar afastado no período de coleta de dados. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas que foram realizadas em locais reservados. Para respeitar o anonimato dos sujeitos participantes, estes foram identificados por numeração, conforme a ordem de realização das entrevistas, acrescido de RH (para os que trabalham

em rede hospitalar), RB (para os que trabalham em rede básica), SM (SAMU) e UP (UPA). Nesse contexto, a técnica de investigação é composta por um número significativo de questões onde os sujeitos podem responder sem qualquer restrição e tem por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, expectativas, situações vivenciadas, etc. A análise dos dados foi feita mediante análise do conteúdo das falas dos sujeitos (MINAYO, 2010).

Para o desenvolvimento desta pesquisa foram respeitadas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos, da Resolução 466/ 12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Os sujeitos foram informados do objetivo do estudo, bem como o direito a participar ou não da presente pesquisa, e com livre decisão de desistir se assim o desejasse, não resultando de sua participação ou recusa, risco mínimo à sua condição de participante da pesquisa. Foi apresentado aos sujeitos antes de participar do estudo, um Termo Consentimento Livre e Esclarecido, sobre o objetivo da realização da pesquisa. Foi encaminhada ao secretário municipal de saúde e aos diretores dos hospitais a Declaração Da Instituição Coparticipante solicitando autorização para realização da mesma. Os dados só foram coletados após a aprovação pelo Comitê de Ética do Instituto Federal Farroupilha, sob parecer número 4.101.596.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos dez participantes, cinco foram técnicos em enfermagem e cinco enfermeiros. Quatro com atuação em hospitais, dois no SAMU, dois na UPA e dois em UB. A seguir, serão expostas as categorias obtidas no estudo bem como será realizada a discussão com a literatura.

Equipamento de proteção individual para enfrentamento da pandemia

O primeiro caso de Covid-19, no Brasil, foi notificado no dia 26 de fevereiro de 2020. Paciente ao retornar de uma viagem da China para São Paulo, após apresentar sintomas, foi imediatamente internado em um hospital privado após apresentar os sintomas. A partir dessa data, a vigilância entre as autoridades sanitárias foi intensificada, pois a disseminação do vírus SARS-COV-2 só aumentaria (ACOSTA et al., 2020). No dia 20 de março de 2020, foi publicado o Decreto legislativo nº 6, que reconheceu o estado de calamidade pública no país. O número de casos e óbitos notificados pelo Covid-19 disparou diariamente. Foram notificados 71.886 casos e 5.017 óbitos em abril, o que confere uma taxa de letalidade de 7,0% (ACOSTA et al., 2020). A preocupação com a proteção e infecção com os profissionais da saúde que estavam na linha de frente tornou-se iminente.

Para proteção e por ser um vírus de transmissão respiratória, o uso de equipamentos de proteção individual (EPI) ficou indispensável no enfrentamento desta pandemia. Investir

na aquisição e capacitação dos profissionais da área da saúde sobre o uso adequado e manejo desses equipamentos, bem como prestar cuidado ético e humanizado aos pacientes infectados tornou-se imprescindível. A técnica correta de paramentação e desparamentação é uma forma eficaz de evitar contaminação entre os profissionais da área da saúde (OLIVEIRA, 2020).

Os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) são essenciais em qualquer atividade dos ambientes de saúde. São os dispositivos de uso individual utilizados pelo trabalhador, destinados à proteção contra riscos capazes de ameaçar a sua segurança e a sua saúde. Todos os participantes dessa pesquisa relataram que suas instituições se organizaram no início de fevereiro para a pandemia, pois foi a partir do dia 19 de março que o município decretou estado de pandemia:

- “A partir de março mudamos a sala de espera, com distanciamento entre os pacientes...Trabalhamos com janelas e portas abertas (mesmo no inverno), com uso de EPIs.” (1, RB)

- “Tenda Covid.” (7, UPA)

-“...sempre houve preocupação em relação aos cuidados de prevenção.... e além de adotar os EPIs efetuamos exames de rotinas em todos.” (9, SAMU)

É dever da empresa oferecer todos os EPIs necessários, de acordo com a atividade a ser desempenhada pelo trabalhador. Um dos entrevistados (6, RH) relatou que a quantidade de EPIs oferecidos pela instituição é insuficiente nessa época em que a troca dos mesmos é constante. Nesse sentido, é importante que os serviços de saúde, além de fornecer EPIs em quantidade suficiente, realizem treinamento de todos os profissionais que terão ou podem ter contato com pessoas infectadas com o novo coronavírus:

-“ Protocolos, educação continuada e treinamentos.”(4, RH)

É necessário que treinamentos sobre a prática correta dos EPIs minimizem erros técnicos, pois o treinamento tradicionalmente utilizado, através de demonstrações da técnica, não garante que o profissional possa se paramentar e desparamentar de forma adequada (OLIVEIRA, 2020).

As medidas de prevenção e controle de infecção devem ser implementadas pelos profissionais que atuam nos serviços de saúde para evitar ou reduzir ao máximo a transmissão de microrganismos durante qualquer assistência à saúde realizada. Em relação ao fornecimento dos EPIs:

- “No início da pandemia eram restritos, utilizávamos as máscaras por mais dias, porém logo no primeiro mês recebemos em quantidade: máscaras, toucas, aventais, protetores faciais, óculos de proteção, luvas. Todos dentro do prazo de validade”. (1, RB).

- “Máscaras descartáveis à vontade, luvas. Máscaras PFF2 com troca a cada sete dias ou se necessário. Óculos de proteção e protetor facial.” (3, RH)

- “Máscaras PFF2, macacão, protetor facial, óculos de proteção, luvas.” (7, UPA)

- “Toucas, luvas de procedimento, avental, máscaras, óculos e protetor facial para

uso a cada atendimento.” (10, SAMU)

As precauções que os profissionais devem tomar se baseiam conforme a transmissão das patologias e no caso da COVID-19 as três principais vias são: transmissão por contato, transmissão por gotículas e transmissão por aerossóis (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2020).

O uso de máscara PFF2 é indicado na realização de cuidados aos pacientes com suspeita ou diagnóstico confirmado de COVID-19, nos procedimentos geradores aerossóis, como, por exemplo, na ventilação manual antes da intubação, coletas de secreções nasotraqueais, broncoscopias, entre outros. As luvas, para procedimentos não cirúrgicos, mas nas situações em que o profissional tenha contato com sangue ou secreções estão indicadas as luvas não estéreis, como precaução padrão (BRASIL, 2020).

Para o rosto está indicado o protetor facial (Face Shield) onde houver risco de exposição a respingos de sangue e secreções, devendo cobrir a frente e os lados do rosto. O avental descartável, também denominado capote, é um dos EPIs preconizados nas Precauções por Gotículas e Aerossóis e Contato e, está indicado para os profissionais da saúde no atendimento de caso suspeito ou confirmado do COVID-19. A touca deve ser produzida de material descartável e desprezada após o uso, sendo o último EPI a ser colocado, pois protege os lugares que serão tocados na hora da retirada do protetor facial, dos óculos de proteção e da máscara (BRASIL, 2020).

As dificuldades do profissional da enfermagem e as medidas para enfrentar o COVID-19

A transmissão do COVID-19 de pessoa para pessoa acontece por meio da auto inoculação do vírus em membranas mucosas (nariz, olhos ou boca), bem como pelo contato com superfícies inanimadas contaminadas. Uma das medidas mais importantes e ao mesmo tempo mais simples e menos onerosas para impedir a contaminação de pessoas é a lavagem das mãos (BRASIL, 2020). Nesse sentido, é importante que todos os profissionais, próprios ou terceirizados, sejam capacitados para a prevenção da transmissão de agentes infecciosos e treinados para uso correto dos EPI.

O Ministério da Saúde (MS) ofereceu capacitação a todos os profissionais da área da saúde no início da pandemia, através da Portaria 639, com o objetivo de atualizar os serviços de saúde com base nas evidências técnicas e científicas nacionais e/ou internacionais; evitar transmissão do vírus para profissionais de saúde e contatos próximos; orientar sobre a conduta frente aos contatos próximos, entre outros (BRASIL, 2020). Cinco dos participantes desta pesquisa afirmaram ter feito o treinamento oferecido pelo MS:

- “Para fortalecer e esclarecer orientações sobre manejo de pacientes sintomáticos e sobre uso de EPIs, que foi repassado à equipe.” (2, RB)

- “A capacitação foi extremamente importante para entender o vírus e frente à

pandemia qualificar melhor os cuidados prestados.”(9, SAMU)

No entanto, um desses cinco participantes afirmou que tinha feito, mas:

- “Não foi útil, aprendi no dia a dia.” (6, RH)

Outra pesquisa demonstrou que os profissionais que não praticam suas técnicas acabam tendo suas habilidades estagnadas ou com desvios nas mesmas com o passar do tempo (GONZALEZ, L.; KARDONG-EDGREN, 2017). Assim, é necessário realizar treinamentos que executem prática da técnica adequada entre todos os profissionais, para diminuir os erros técnicos e risco de contaminação (OLIVEIRA, 2020). Os profissionais que não realizaram a capacitação pelo MS afirmaram:

- “Foi realizado treinamentos na instituição.” (10, SAMU)

- “Tive bastante treinamento na instituição.” (7, UPA)

Uma das medidas para enfrentar a pandemia é a capacitação, que deve inclusive passar por uma revisão teórica. No entanto, o treinamento prático em serviço é o que vem a dar segurança aos profissionais no momento de realizar algum procedimento em uma situação de emergência, no sentido de se proteger e se paramentar de forma correta, bem como a higienização das mãos. Nesse sentido, a equipe toda precisa ser treinada e capacitada para estar alinhada e prestar um atendimento muito mais eficiente e seguro:

- “Faltou cursos e treinamento, dificultando o entendimento da doença.” (8, UPA)

Os profissionais da área da saúde são especialmente susceptíveis à infecção. No Brasil, assim como em outros países, muitos desses profissionais tiveram que ser afastados das suas atividades por terem adquirido a infecção e muitos morreram em consequência da COVID-19 (MEDEIROS, 2020).

Os profissionais de saúde na linha de frente da assistência dos casos de COVID-19 podem apresentar dificuldades na tomada de decisão e ansiedade, seja pelo risco de se infectar e transmitir aos seus familiares, seja pela perda de companheiros e amigos de trabalho. Ao serem indagados sobre suas reações sobre trabalhar na pandemia, relataram:

- “No começo foi assustador...” (7, UPA)

- “Medo, ansiedade, mas com o tempo e treinamentos foi passando.” (4, RH)

- “Fiquei com medo, receosa.” (5, RH)

- “Medo de transmitir para a família.” (8, UPA)

- “Tive medo.” (6, RH)

Além do risco de contrair a doença e de passar para seus familiares, os trabalhadores da área da saúde, muitas vezes se sentem frustrados por não conseguir salvar vidas, também precisam enfrentar dilemas éticos como, por exemplo, escolher o tratamento de alguns pacientes, em prejuízo de outros, num panorama de escassez de recursos. Esse cenário pode resultar em sofrimento e transtornos que poderá inclusive se apresentar após a pandemia (KANDRI, 2020; NOAL et al., 2020).

Em relação aos cuidados pessoais:

- “Quando chego em casa deixo os calçados pelo lado de fora, vou direto para o

banho, coloco as roupas para lavar. Só não uso máscara.” (8, UPA)

- “Tomar banho quando chego em casa. Calçados ficam do lado de fora da casa.” (10, SAMU)

- “Tomo banho no hospital com clorexidina, depois em casa tomo outro banho, lavo as roupas separadas das demais.” (RH, 5)

Enquanto todos os dias reforçam-se os apelos para que as pessoas fiquem em casa, os profissionais de saúde preparam-se para fazer exatamente o oposto, sendo eles, portanto, recursos mais preciosos e que exigem máximo de proteção e suporte no combate à pandemia.

Além disso, são passíveis de sofrer estigma inclusive entre familiares, pois podem ser “carregadores” do coronavírus. Por esse motivo, muitos optaram pelo afastamento do convívio familiar, indo morar sozinhos durante a pandemia, o que pode piorar o sentimento de solidão e o sofrimento psíquico velado.

Dessa forma, é importante que esses profissionais tenham uma assistência médica e apoio psicológico, bem como realizar testes diagnósticos nos sintomáticos com rapidez. Nesse estudo, todos os participantes já testaram mais de uma vez, e todos negataram para a COVID-19.

CONCLUSÃO

A doença chamada COVID-19 é potencialmente fatal e é altamente transmissível por gotículas e contato, principalmente em locais fechados e ambientes. Os profissionais de saúde são particularmente suscetíveis à infecção. Os grandes desafios são reorganizar o atendimento, ampliar leitos de unidade de terapia intensiva, abastecer com equipamentos de proteção individual e ter profissionais capacitados.

Nesse estudo foi possível perceber que as instituições de saúde se organizaram de alguma forma no início da pandemia, como por exemplo, instalar o distanciamento, tendas para atendimento para o COVID-19, aquisição de EPIs na medida do possível, providenciando protocolos e treinamentos. No entanto, se observou a necessidade de treinamentos práticos com maior frequência. Além disso, os profissionais têm ou tiveram medo de adquirir e passar a doença para seus familiares, necessitando de apoio psicológico ou médico.

Dessa forma, com a velocidade em que a doença avança e ainda com poucos recursos, há necessidade da adoção consciente das medidas de precaução frente à Covid-19, pois nesse cenário da pandemia, é importante o esforço colaborativo de todos: poder público, famílias e cidadãos.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, A. S. et al. **Panorama mundial e no Brasil, bases de biossegurança no cuidado do paciente com a Covid-19.** Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC. 2020. Acesso em 07/07/2020. Disponível em: <https://grupos.moodle.ufsc.br/enrol/index.php?id=1210>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Tratamento do Novo Coronavírus (2019-nCoV).** MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Brasília, DF, 2020.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Publicada no D.O.U. de 13/06/2013, Seção 1. p. 59.

CARR, D. **Sharing research data and findings relevant to the novel coronavirus (COVID-19) outbreak** [online]. Wellcome Trust. 2020 [viewed 12 March 2020]. Available from: <https://wellcome.ac.uk/press-release/sharing-research-data-and-findings-relevant-novel-coronavirus-covid-19-outbreak>

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (org.). **Implementing Safety Practices for Critical Infrastructure Workers Who May Have Had Exposure to a Person with Suspected or Confirmed COVID-19.** 2020. Acesso em 10/01/2021. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov>

FIORAVANTI, C. et al. Substantial undocumented infection facilitates the rapid dissemination of novel coronavirus (SARS-CoV2). **Science.** (on line). 16 mar. 2020. Acesso em 15/05/2020. Disponível em: <https://revistapesquisa.fapesp.br/2020/04/07/coronavirus-avanca-no-brasil/>

GONZALEZ, L.; KARDONG-EDGREN, S. Deliberate practice for mastery learning in nursing. **Clin Simulat Nurs**, v. 13, n. 1, p. 10-14, 2017. doi: 10.1016/j. Acesso em 12/12/2020. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/Deliberate-Practice-for-Mastery-Learning-in-Nursing-González-Kardong-Edgren/a4c5882c771a5f9e8b0070b6581c7f4673c43920>

KANDRI, M. R. E. Demandas e suporte de saúde mental em diferentes populações. **Guia de atenção psicossocial para o enfrentamento do Covid-19 no Amazonas.** Manaus. Amazônia. 2020. Acesso em 19/02/2021. Disponível em: http://www.saude.am.gov.br/docs/covid19/Arquivo_curso.pdf

MAIEROVITCH, C. **Fiocruz** Brasília, 2020. http://www.cofen.gov.br/pesquisador-destaca-prevencoes-dos-profissionais-de-saude-ao-coronavirus_77804.html.

MEDEIROS, E. A. S. A luta dos profissionais de saúde no enfrentamento da COVID-19. **Acta Paul. Enferm.**, v.33, São Paulo 2020. Epub May 11, 2020. Acesso em 10/02/2021. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002020000100202&script=sci_arttext

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento.** 12. ed. São Paulo, 2010.

NOAL, D. S. et al. Capacitação nacional emergencial em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19: um relato de experiência. **Saúde em debate.** 2020. Acesso em 15/02/2021. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/43909>.

OLIVEIRA, A.C; LUCAS T.C.; IQUIAPAZA R.A. **O que a pandemia da Covid-19 tem nos ensinado sobre adoção de medidas de precaução?** Texto Contexto Enferm [Internet]. 2020 [acesso ANO MÊS DIA]; 29:e20200106. Acesso em 18/02/2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0106>

OLIVEIRA, H. C. Equipamento de Proteção Individual na pandemia por coronavírus: treinamento com Prática Deliberada em Ciclos Rápidos. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 73, supl. 2, Brasília 2020. Epub 29-Jun-2020. Acesso em 05/02/2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020001400150&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.

SILVA, A. A. M. Sobre a possibilidade de interrupção da epidemia pelo coronavírus (COVID-19) com base nas melhores evidências científicas disponíveis. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 23 Rio de Janeiro 2020. Epub 16-Mar-2020. Acesso em 20/05/2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200021>

EDUCAÇÃO PARA DIVERSIDADE CULTURAL E ÉTNICA NO TRABALHO EM SAÚDE: CURSOS SUPLEMENTARES NO CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS/UFPB

Data de aceite: 01/04/2022

Rilva Lopes de Sousa-Muñoz

Universidade Federal da Paraíba – UFPB
João Pessoa - Paraíba, Brasil

Gustavo Gomes Santiago

Universidade Federal da Paraíba – UFPB
João Pessoa - Paraíba, Brasil

Maria Eduarda Gomes Rodrigues

Universidade Federal da Paraíba – UFPB
João Pessoa - Paraíba, Brasil

Maria Eduarda Silva Dias

Universidade Federal da Paraíba – UFPB
João Pessoa - Paraíba, Brasil

RESUMO: A competência cultural na educação médica é definida como um conjunto de atitudes, conhecimentos e habilidades necessários para os prestadores de cuidados interagir efetivamente com populações cultural e etnicamente diversas. Uma crescente atenção para os efeitos de disparidades raciais, étnicas e socioeconômicas no estado de saúde da população, assim como para a capacidade dos sistemas de fornecer cuidados a pacientes com diversos valores, crenças e comportamentos. Contudo, os cursos de graduação em medicina possuem, historicamente, pouco enfoque em questões relacionadas a essa competência. O presente artigo tem o objetivo de apresentar o relato de experiência de dois cursos ministrados na Universidade Federal da Paraíba (UFPB) durante períodos suplementares remotos. Os

métodos utilizados nos cursos foram videoaulas gravadas, discussões on-line, fóruns de discussão assíncrona e escrita colaborativa na ferramenta Wiki, utilizando, principalmente, as plataformas do Moodle Classes e Google Meet. Esses cursos, denominados “Estigma e Discriminação na Atenção à Saúde” e “Diversidade Cultural e Étnica na Medicina” possibilitaram discussões reflexivas sobre o preconceito, a discriminação e o estigma na área da saúde. Os objetivos instrucionais, competências e habilidades para os cursos possibilitaram o aprendizado por meio de metodologias ativas. Assim, os cursos forneceram uma introdução ao estudo da diversidade como cursos-pilotos para introdução da disciplina de Diversidade Cultural na Medicina, a ser inserida na nova grade nuclear do currículo de medicina da UFPB enfocando, de forma crítico-reflexiva, as características da discriminação e do estigma que podem permear o trabalho em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Diversidade cultural. Ensino remoto. Educação médica. Minorias sociais. Relato de experiência.

EDUCATION FOR CULTURAL AND ETHNIC DIVERSITY IN HEALTH WORK: SUPPLEMENTARY COURSES AT THE MEDICAL SCIENCE CENTER/UFPB

ABSTRACT: Cultural competence in medical education is defined as a set of attitudes, knowledge and skills necessary for caregivers to effectively interact with culturally and ethnically diverse populations. Growing attention to the effects of racial, ethnic, and socioeconomic disparities on the health status of the population, as well as the ability of systems to provide care

to patients with diverse values, beliefs, and behaviors. However, medical undergraduate courses have historically had little focus on issues related to this competence. This article aims to present the experience report of two courses taught at the Federal University of Paraíba (UFPB) during remote supplementary periods. The methods used in the courses were recorded video classes, online discussions, asynchronous discussion forums and collaborative writing in the Wiki tool, mainly using the Moodle Classes and Google Meet platforms. These courses, called “Stigma and Discrimination in Health Care” and “Cultural and Ethnic Diversity in Medicine” enabled reflective discussions on prejudice, discrimination and stigma in the health area. Instructional objectives, competencies and skills for the courses enabled learning through active methodologies. Thus, the courses provided an introduction to the study of diversity as pilot courses for the introduction of the discipline of Cultural Diversity in Medicine, to be inserted in the new core grid of the UFPB medicine curriculum, focusing, in a critical-reflexive way, on the characteristics of discrimination and stigma that can permeate health work.

KEYWORDS: Cultural diversity. Remote teaching. Medical Education. Social minorities. Experience report.

INTRODUÇÃO

O modelo de saúde atual apresenta desafios persistentes com competência cultural e disparidades raciais, de gênero e étnicas. A necessidade de abordar questões de diversidade cultural e étnica na educação profissional como um meio de melhorar a qualidade do atendimento nos serviços de saúde tem sido enfatizada de forma crescente no século XXI. A competência cultural na educação médica é definida como um conjunto de atitudes, conhecimentos e habilidades necessários para os prestadores de cuidados interagir efetivamente com populações cultural e etnicamente diversas (LENTING et al., 2019).

A implementação de currículos culturalmente competentes ainda é pequena nos cursos da área da saúde no Brasil. Acredita-se que o desenvolvimento desses materiais se beneficiaria de uma estrutura que fornecesse uma tradução prática de objetivos educacionais abstratos e que estivesse relacionada às competências subjacentes ao currículo médico em geral. Contudo, nos últimos anos, observou-se um aumento nos esforços para implementar tópicos de diversidade na educação médica, os quais também foram vistos nas reformas curriculares dos cursos de medicina, no sentido da elaboração de conteúdos que atendam à diversidade. Os sistemas de valores relacionados à saúde e ao bem-estar são influenciados pela formação cultural do paciente e por sua participação em grupos sociais diversos (MUNTINGA et al., 2016). À medida que cresce a consciência acerca da relação entre os fatores socioculturais que fundamentam crenças e práticas de saúde de pacientes e seus resultados de saúde, também cresce a necessidade de médicos competentes para fornecer cuidados adequados a pacientes de diferentes culturas e origens.

Os currículos de graduação em medicina geralmente têm objetivos de aprendizagem em três áreas de educação: conhecimentos e habilidades médicas, comunicação médico-paciente e reflexividade. A maior parte do conteúdo de diversidade diz respeito a conhecimentos e habilidades biomédicas. Foi dada atenção limitada às questões socioculturais como determinantes da saúde. Nos últimos anos, entretanto, instituições governamentais, bem como pesquisadores e especialistas em educação, determinaram que as escolas médicas abordassem questões de diversidade em seus currículos (BARBOZA; FELÍCIO, 2020; BOLLELA; MACHADO, 2010; MARCH, 2005).

As interseções de cultura, sexo/gênero e classe permaneceram praticamente sem abordagem. A capacidade de resposta à diversidade do currículo poderia ser melhorada por uma operacionalização da diversidade que vai além dos traços biomédicos de supostos grupos sociais homogêneos. Para Gomes (2007), o Ministério da Educação tem consciência da pluralidade de possibilidades de implementação curricular nos sistemas de ensino, por isso insiste em estabelecer o debate sobre essa questão, para dar conta da diversidade que há nas práticas de saúde e nas concepções teóricas defendidas por pesquisadores e estudiosos.

Este artigo relata uma experiência didático-pedagógica, no contexto do eixo humanístico, para o desenvolvimento de competência cultural na medicina. A experiência foi realizada na transição curricular, em virtude da reforma que se processará no próximo semestre letivo presencial na Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Foi ofertado, no período remoto 1, pelo Centro de Ciências Médicas (CCM), o Curso Livre “Estigma e Discriminação na Atenção à Saúde” e, no período remoto 2, o Curso Livre “Diversidade Cultural e Étnica na Medicina”, que está em fase final. Tais cursos forneceram uma introdução ao estudo da diversidade nos serviços de saúde, como cursos-piloto para introdução da disciplina de Diversidade Cultural na Medicina do novo currículo como componente da grade nuclear, enfocando, de forma crítico-reflexiva, as características da discriminação na área da saúde e as formas de se evitar o estigma por meio de palavras e ações na equipe de trabalho e nos serviços desse âmbito.

A formação de médicos em países pobres e em desenvolvimento representa um importante investimento social que deveria ser revertido para a melhoria da qualidade da atenção à saúde, embora diversos fatores tenham contribuído para que esse investimento social não chegue aos sistemas locais dessa área (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2013).

De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais, de 2001,

O perfil do formando egresso/profissional médico deve ser o de formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da

O corpo docente e os alunos devem demonstrar uma compreensão da maneira como as pessoas de diversas culturas e sistemas de crenças percebem saúde e doença e respondem a vários sintomas, doenças e tratamentos. Os estudantes de medicina devem aprender a reconhecer e abordar de forma adequada preconceitos de gênero e culturais na prestação de cuidados de saúde, considerando primeiro a saúde do paciente.

O profissional que se espera formar com a reforma curricular é um médico mais familiarizado a competências além do domínio exclusivamente técnico, para poder enfrentar adequadamente os problemas de saúde da população, nas esferas individual e coletiva, e não apenas no âmbito hospitalar. A demanda predominante, atualmente, é a de modelos baseados na interdisciplinaridade, que possam formar profissionais hábeis em abordar a complexidade dos problemas, a partir da “ação-reflexão-ação” em sua prática (BATISTA; BATISTA, 2004).

Embora os órgãos de acreditação de ensino de medicina ainda não exijam horas específicas para o treinamento de competência cultural dentro do currículo de graduação, eles estabelecem que o corpo docente deve fornecer instrução e conteúdo em seis domínios específicos: disparidades de saúde, estratégias comunitárias, preconceito, comunicação intercultural, utilização de intérprete, e autorreflexão (MOSS et al., 2019). O desenvolvimento do currículo e a pesquisa nesses domínios fornecem uma oportunidade para os alunos usarem suas diversas experiências, vozes e origens para contribuir com o projeto de sua própria educação. Além disso, esses requisitos definidos pelos organismos de acreditação atribuem aos alunos a responsabilidade de garantir que sejam cumpridos pela sua instituição e implementados no seu *campus*.

O projeto político pedagógico vigente na UFPB, prestes a ser reformulado, prevê, como uma das partes estruturantes do curso, o eixo ético-humanístico, com apresentação de temas relativos à bioética e demais humanidades, em consonância com a perspectiva de transversalidade. Em estudo documental, realizado com o objetivo de analisar o currículo posto em prática na UFPB a partir de 2007 e vigente até 2019, Simon (2012) observou que tal projeto político-pedagógico apresenta um caráter abrangente, mas fragmentado, contendo preceitos de saúde tanto mecanicistas quanto dialéticos, ou seja, um currículo híbrido, considerando-se que os eixos pedagógicos utilizam diferentes epistemologias e concepções político-ideológicas. Essa mudança não é apenas uma alteração programática, mas de paradigma, o que demanda a inclusão de novas atitudes por professores, alunos e gestores (AMORIM; ARAÚJO, 2013). Isso indica como é crítico o momento de revisão curricular. Para March et al. (2005), é necessário inovar, o que significa superar relações conservadoras e verticalizadas entre os diferentes agentes envolvidos no processo.

As disparidades nos resultados de saúde mental e física foram bem documentadas entre minorias, incluindo as raciais/étnicas e sexuais (BALSAM et al., 2011; SUE et al.,

2007). A teoria do estresse das minorias examina as maneiras pelas quais os estressores únicos vivenciados pelas populações oprimidas podem estar relacionados às disparidades de saúde mental. Tais estressores podem provocar estresse biológico crônico, além de poderem levar ao sofrimento psicológico e/ou influenciar o uso de serviços de saúde.

O estresse das minorias pode ocorrer de várias formas. Embora grande parte da literatura tenha se concentrado em eventos discriminatórios importantes, trabalhos mais recentes começaram a examinar as microagressões que ocorrem cotidianamente. Esse tipo de discriminação é caracterizado por abusos em relação a indivíduos minoritários na atenção à saúde, e que podem ser de natureza verbal ou não-verbal, intencional ou não intencional (SUE et al., 2007). É possível que tais microagressões não sejam percebidas como discriminatórias pelos perpetradores, os quais podem acreditar que suas ações são “inocentes”.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, elaborado no contexto dos cursos livres dos semestres suplementares remotos 1 e 2 da UFPB, no ano de 2020. Esses cursos foram oferecidos para todos os estudantes de medicina que tivessem interesse no estudo da complexa diversidade que existe na atenção à saúde.

A partir dos tópicos colocados nos cursos oferecidos, foram descritos, no presente relato de experiência, a fundamentação teórica, os objetivos de aprendizagem, os conteúdos e os métodos empregados. Os eixos norteadores para a construção dos cursos serviram de base para a elaboração do material, perpassando temas nas áreas temáticas e contemplando o referencial teórico a respeito. Para o propósito deste relato de experiência, foram seguidos os princípios que originaram a concepção dos planos de cursos descritos a partir do que preconiza Charaudeau (2014).

Os estudantes passaram a organizar suas ideias em torno dos principais conteúdos, identificando diferentes tipos de integração e fornecendo argumentos, a fim de apoiar suas opiniões sobre diversidade humana e de empregar uma gramática básica e complexa a partir das teorias críticas, do estigma, racial e social, da deficiência e da interseccionalidade, as quais fundamentaram a elaboração dos dois cursos livres, e que foram descritas em outra publicação (SOUSA-MUÑOZ, 2020).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos dois períodos remotos ocorridos na UFPB durante a pandemia de 2020, foram realizadas atividades semanais dos cursos livres “Estigma e Discriminação na Atenção à Saúde” (semestre 1) e “Diversidade Cultural e Étnica na Medicina” (semestre 2), cujos conteúdos e objetivos de aprendizagem estão apresentados nos Quadros 1 e 2.

As habilidades e competências do plano de curso para o primeiro curso livre (Estigma

e Discriminação na Atenção à Saúde) foram as seguintes: (a) habilidade de refletir e analisar a importância do estigma em relação às pessoas com sofrimento psíquico e as barreiras ao acesso à atenção em saúde com atendimento de qualidade; (b) aptidão para refletir sobre a desigualdade em saúde à luz dos Direitos Humanos; (c) capacidade de produzir reflexões críticas quanto ao estigma, ao preconceito, à discriminação e à desigualdade no direito à saúde de pessoas com HIV-Aids; (d) conhecimento de atitudes receptivas e de consciência social em relação aos direitos da pessoa com deficiência nos serviços de saúde; e (e) identificação dos meios pelos quais a discriminação relacionada ao peso e à idade pode ser expressa no contexto dos cuidados de saúde. As figuras 1 e 2 ilustram tópicos dos dois cursos no Moodle Classes.

No segundo curso livre (Diversidade Cultural e Étnica na Medicina), as habilidades e competências definidas no plano foram: (a) percepção e reflexão sobre a importância da diversidade cultural na prestação de serviços de saúde no Brasil; (b) compreensão do papel da oferta de assistência médica a pacientes com valores, crenças e comportamentos diversos, para atender às necessidades sociais, culturais e linguísticas voltadas às demandas dos seus usuários; (c) aquisição de conhecimentos sobre conflitos que surgem quando indivíduos de minorias sexuais e de gênero buscam acesso ao sistema de saúde heteronormativo; (d) capacidade de interpretação dos direitos humanos internacionais, regionais e nacionais, assim como da estrutura legal no que se refere à orientação sexual, identidade de gênero e saúde; (e) habilidade de refletir e analisar a importância do estigma em relação aos doentes mentais, assim como as barreiras ao acesso à atenção em saúde com atendimento de qualidade; e (f) capacidade de produzir reflexões críticas sobre a atualidade.

Pode parecer que as competências descritas representam um esforço por uma situação ideal. Na verdade, acredita-se ser necessário almejar isso, a fim de garantir atendimento de alta qualidade e sem estereótipos. No entanto, essa situação é mais complexa, em termos de habilidades de comunicação e flexibilidade, pois, embora o futuro médico possa ter habilidades muito desenvolvidas a esse respeito, a prestação de cuidados sempre envolve interação com o paciente. Ambos são responsáveis pelo resultado da interação, mas o médico deve atuar dentro dos limites de sua profissão e organização.

Conteúdos	
Curso Livre “Estigma e Discriminação na Atenção à Saúde”	Curso Livre “Diversidade Cultural e Étnica na Medicina”

<ul style="list-style-type: none"> • Conceitos de estigma, desigualdade e diversidade na área da saúde; • O conceito de estigma como processo social; • Estigma, discriminação e doença mental; • HIV/Aids* - intersecções entre estigma, preconceito e discriminação na saúde; • Estigma, discriminação e deficiência; • Discriminação da comunidade LGBTQIA+** na atenção à saúde; • Ageísmo e estigma; • Racismo e discriminação nos cuidados de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Competência cultural, diversidade e saúde; • Modelos heteronormativos de prestação de cuidados em saúde; • Racismo e discriminação nos cuidados de saúde; • HIV/Aids*: intersecções entre estigma, preconceito e discriminação na saúde; • Saúde feminina e sociedade; • Estigma, discriminação e doença mental; • Ageísmo e saúde; • Violência de gênero no processo saúde-doença das mulheres; • Estigma, discriminação e deficiência; • Estigma social em tempos de pandemia de COVID-19***; • Estigma e discriminação relacionados à transexualidade; • Diversidade religiosa e espiritual na atenção à saúde; • Direito à saúde dos povos indígenas no Brasil.
--	---

Quadro 1 – Conteúdos programáticos dos cursos livres “Estigma e Discriminação na Atenção à Saúde” e “Diversidade Cultural e Étnica na Medicina”, Centro de Ciências Médicas, UFPB.

*HIV/Aids: Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; **LGBTQIA+: Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Transexuais, Queer, Intersexuais, Assexuais e +; ***COVID-19: Doença causada pelo SARS-CoV-2.

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Ao se observar de perto as competências culturais definidas, fica evidente que elas não são muito diferentes daquelas que todo médico já precisa possuir. A maior parte delas enfatiza um aspecto específico de uma competência genérica, o qual é fundamental ao lidar com pacientes de grupos étnicos e culturais diferentes (GREEN et al., 2017). A interação entre médicos e pacientes de minorias raciais e sexuais, por exemplo, amplia os problemas já existentes, embora as dificuldades de comunicação sejam mais evidentes quando o profissional não compreende os valores e as crenças dos usuários em toda sua diversidade. No entanto, isso não significa que tais problemas não existam com outros pacientes. Portanto, pode-se esperar que as competências culturais beneficiem os cuidados de saúde em geral (SEELEMAN et al., 2009).

Quanto aos conteúdos sobre diversidade em outras escolas de medicina, embora muitas faculdades tenham passado a incluir a educação transcultural nos cursos obrigatórios, há uma grande variabilidade no conteúdo e nas abordagens de ensino. Algumas escolas se concentram em informações culturais e menos em habilidades práticas, e muitas enfatizam menos preconceitos, estereótipos e disparidades (GREEN et al., 2017). Também há variabilidade no tempo de treinamento, com muitas escolas médicas enfatizando a competência cultural e o cuidado transcultural no primeiro ou no segundo ano, sem integração ao longo do continuum de seis anos (TERVALON, 2003; FLORES et al., 2000). Dada a falta de padronização, introduzir inovações curriculares nesse campo é um desafio.

A estrutura de competências pode ser interpretada como uma lista de objetivos educacionais, o que não significa que aqueles que “completaram” a lista sejam

culturalmente competentes. Não se considera que tal competência possua um fim em si mesma, mas que ela seja compreendida como um meio para prestar assistência de melhor qualidade e que, como qualquer outra competência médica, precisa de atenção contínua (LANTING et al., 2019). Dessa forma, o referencial se enquadra no conceito de prática reflexiva, cuja importância é cada vez mais reconhecida dentro da medicina, uma vez que ajuda profissionais e estudantes a entenderem situações complexas e permite que eles aprendam com a experiência.

Objetivos de Aprendizagem	
Curso Livre “Estigma e Discriminação na Atenção à Saúde”	Curso Livre “Diversidade Cultural e Étnica na Medicina”
<ul style="list-style-type: none"> • Ser capaz de refletir sobre disparidades na saúde que afetam de maneira diferente segmentos diversos da clientela de serviços de saúde; • Distinguir tipos de estigma e discriminação frequentes nos serviços de saúde; • Analisar o conceito de biopoder na determinação do que é “normal” e “correto”, ideologicamente motivado e institucionalmente discriminatório; • Conseguir analisar atitudes negativas entre estudantes de medicina em relação às pessoas que sofrem com doença mental, drogadição, HIV/Aids*, deficiências, obesidade, hanseníase e outras condições estigmatizadas; • Realizar, na perspectiva bioética, uma leitura analítica do Artigo 11 da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO**. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ser capaz de refletir sobre disparidades na saúde que afetam de maneira diferente alguns segmentos da população; • Obter uma visão crítica a respeito da diversidade de orientação sexual e de gênero no campo da medicina; • Ser capaz de comparar diferentes visões sobre um sistema de saúde culturalmente competente; • Adquirir uma compreensão das comunidades atendidas nas diversas regiões do país, assim como das influências culturais nas crenças e comportamentos individuais de saúde; • Analisar estratégias para identificar e abordar barreiras culturais ao acesso à saúde no Brasil na educação médica; • Adquirir a habilidade de refletir sobre a retórica do modelo social da deficiência e as suas explicações sociais.

Quadro 2 – Objetivos de aprendizagem dos cursos livres Estigma e Discriminação na Atenção à Saúde” e “Diversidade Cultural e Étnica na Medicina”, Centro de Ciências Médicas, UFPB

*HIV/Aids: Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; **UNESCO: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura.

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

TÓPICO 6: 12/07/20 a 18/07/20 -

- Discriminação de homossexuais, bissexuais e transgêneros (LGBT) na atenção à saúde

Orientações para os Estudos no Tópico 6

Caros alunos, nesta semana (Tópico 6), vamos ter as seguintes atividades:

- (1) Assistir ao vídeo: 20 minutos;
- (2) Ler o artigo: 1 hora;
- (3) Participar do Encontro Síncrono: 1 hora e meia - link a ser enviado na quinta, 1 hora antes da reunião - pelo grupo do WhatsApp.

- Neste tópico 6, não haverá Fórum nem Tarefa.

Qual é a diferença? [Vídeo]

Política Nacional de Saúde Integral LGBT: O que ocorre na prática sob o prisma de usuários (as) e profissionais de saúde

III TELERREUNIÃO: Desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde para LGBTQI+ - 16/07/20, 17h00

A sexualidade humana é um assunto que ainda tem pouca presença e pouco debate nos currículos e na educação continuada dos profissionais de saúde, e isso é ainda mais restrito quando envolve os cuidados específicos para a comunidade LGBTQI+ (lésbicas, gays, bissexuais, travestis, intersexuais e sinal de + para outras designações de gênero: transgêneros e Queer). Pesquisas sugerem que indivíduos LGBT enfrentam disparidades de saúde ligadas ao estigma social, discriminação e negação de seus direitos civis e humanos. Como se manifestam atitudes negativas dos profissionais de saúde em relação a gênero e minorias sexuais? Na telerreunião, vamos discutir como a discriminação e estigmatização continua a refletir as barreiras culturais e estruturais sistemáticas para alcançar a igualdade social e de saúde para essa população.

Figura 1 – Interface do Moodle na página principal do curso “Estigma e Discriminação na Atenção à Saúde” (CCM/UFPB)

Fonte: Moodle Classes acessado através do link <http://www.classes.sead.ufpb.br> – conteúdo elaborado pelos autores (2020).

MÓDULO 1: 09/09/2020 a 15/09/2020 - Profa. Rilva

- Competência cultural, diversidade e saúde

Orientações para os Estudos no Módulo 1

Caros alunos, nesta primeira semana (Módulo 1), vamos ter as seguintes atividades:

- (1) Assistir à videoaula – Competência Cultural, Diversidade e Saúde - 1 hora;
- (2) Ler o artigo – 45 minutos;
- (3) Assistir ao vídeo “Diversidade e Saúde” – 15 minutos
- (4) Participar da reunião on-line para discussão sobre o que foi explanado na videoaula 1, lido no artigo, relatando vivências e/ou comentando e interpretando o que leu – 1 hora
- (5) Postar sua auto-apresentação na “Sala do Cafezinho”.

Se tiverem dúvidas, postem no Fórum de Dúvidas (“Sala do Cafezinho”).

Boa semana a todos!...

Artigo: Competência Cultural: uma Resposta Necessária para Superar as Barreiras de Acesso à Saúde para Populações Minorizadas

Diversidade e Saúde

Competência cultural

Videoaula: Competência cultural, diversidade e saúde

Este vídeo contém uma apresentação introdutória sobre competência cultural na saúde para suscitar questões disparadoras na nossa discussão on-line agendada para o dia 09/09/20.

FÓRUM 1: Diversidade cultural, estigma e discriminação na atenção à saúde

TELERREUNIÃO - 09/09/20 - 8h00

O sistema de saúde brasileiro está assolado por desigualdades que têm um impacto significativo nas pessoas de grupos minoritários

<https://meet.google.com/erw-mdso-gzj>

Figura 2 – Interface do Moodle na página principal do curso “Diversidade Cultural e Étnica na Medicina” (CCM/UFPB).

Fonte: Moodle Classes acessado através do link <http://www.classes.sead.ufpb.br> – conteúdo elaborado pelos autores (2020).

Os métodos de ensino-aprendizagem empregados nos dois cursos foram atividades remotas, com videoaulas sobre os tópicos de discussão, rodas de conversa sobre o conteúdo visto nas videoaulas — entre alunos e professores — seguindo a lógica da sala de aula invertida, fóruns de discussão assíncrona no Moodle Classes, webconferências pelo Google Meet, leituras e escrita colaborativa na Wiki e pesquisas bibliográficas e de campo pela Internet.

O ambiente virtual de aprendizagem, o *Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment* (Moodle), acrônimo em inglês para “ambiente modular de aprendizagem dinâmica orientada a objetos”, é uma plataforma de ensino à distância que proporciona um ambiente colaborativo de aprendizagem, com ações educativas compartilhadas por meio da tecnologia, onde os participantes desenvolvem um processo de aprendizado colaborativo. Há diversos softwares de gerenciamento de aprendizado para cursos on-line que fornecem uma estrutura para que o conteúdo dos cursos seja entregue e monitorado, porém o Moodle possui código aberto, sendo suportado por uma comunidade global de desenvolvedores, além de ser altamente configurável. A interface deste sistema, utilizado na Universidade Federal da Paraíba de forma virtual, é apresentada em uma página do navegador, onde é disponibilizado o conteúdo do curso.

Os recursos usados para produção textual foram dois: o fórum e a ferramenta Wiki. O recurso fórum de comunicação é assíncrono, mas versátil, e todos podem ver o que os demais escrevem, ainda que não ao mesmo tempo (BIONDO, 2017). A colaboração nos fóruns fomentou a opinião compartilhada e criou um espaço para discussão sobre temas que fazem parte da vida dos alunos, em sua observação cotidiana de preconceitos, estigmas e discriminação sofridos por usuários de serviços de saúde. A Wiki, por sua vez, possibilitou a elaboração de um texto em grupos de vários participantes. Nela, todos podem editar e dar contribuições, constituindo uma experiência de aprendizagem colaborativa — com suas raízes no construtivismo social — baseada na ideia de que o conhecimento é uma construção conjunta entre indivíduos. Isso contribui para maior prática da escrita e estímulo à reflexão e à pesquisa para aprofundamento de ideias e conceitos. A produção de textos foi uma atividade redacional não mais como um bloco fechado, mas como um produto em constante construção.

Os encontros síncronos sob a forma de telerreunião foram realizados semanalmente, respeitando a duração das aulas (50 minutos), o horário e as disciplinas dos alunos e dos professores, tal qual nas aulas presenciais, nos componentes curriculares do eixo humanístico do currículo regular de medicina. Foram aulas geminadas (duas aulas em sequência), nas quais foi utilizado o Google Meet, uma ferramenta de videoconferência multiplataforma, uma vez que a instituição é parceira do Google Educação e os alunos dispunham de um e-mail institucional. Nele, é possível autorizar que apenas usuários com determinados e-mails acessem a reunião. O Google Meet também permitiu a gravação das videoconferências e o compartilhamento do vídeo com a turma após o encontro.

Entende-se que o relato dessa experiência foi circunscrito a um ambiente educacional específico e realizado em semestres suplementares remotos, enfocando a diversidade cultural na medicina e na saúde de uma forma geral, como forma de transição para a abertura da nova grade curricular do curso de graduação em medicina da UFPB. Trata-se, portanto, de uma experiência em um contexto educacional particular e em um momento igualmente especial, com o impacto dessa imersão emergencial no ensino on-line, adaptado pela UFPB e por muitas outras instituições. Espera-se que o resultado final, reconhecendo que levará algum tempo até que possa ser julgado, será o aumento do número de professores que acreditam na qualidade do aprendizado on-line e que almejam incorporar o melhor do que esse meio tem a oferecer ao seu ensino.

Acredita-se que tal estrutura pode ser complementada por professores e desenvolvedores de planos de ensino, em currículos que incluam a competência cultural como componente nuclear da grade, para examinar se todos esses aspectos da competência cultural estão recebendo atenção adequada e descobrir se há pontos subestimados da competência cultural na educação médica. A fim de avaliar a competência cultural dos estudantes de medicina, mais competências que as descritas precisam ser mais desenvolvidas. Por exemplo, elas podem ser expressas em termos de comportamento observável, e os docentes devem informar os alunos sobre o que se espera deles. No entanto, é preciso enfatizar que as competências derivam dos significados na prática e que a principal preocupação da educação deve ser facilitar a compreensão do estudante. Deseja-se que o plano e a experiência com os cursos livres descritos possam contribuir para o desenvolvimento de uma abordagem integrada da competência cultural nos currículos médicos.

CONCLUSÃO

Neste artigo, foi apresentado o relato de experiência de dois cursos livres no contexto da diversidade humana ofertados nos semestres suplementares remotos da UFPB no ano de 2020. As características dos cursos foram ajustadas a um momento de excepcionalidade institucional e constituíram, também, cursos de transição para novos componentes curriculares que serão introduzidos quando os semestres acadêmicos regulares forem retomados.

A medicina, como um campo que atende a diversas populações, exige que os estudantes aprendam a compreender a mentalidade de um paciente dentro de um contexto mais amplo de cultura, gênero, orientação sexual, crenças religiosas e realidades socioeconômicas. Estar consciente das disparidades de saúde e compreender as realidades políticas que as originam implica uma visão ampliada da formação acadêmica, partilhada entre docentes e estudantes.

Por fim, considera-se necessário buscar novas abordagens para a formação

profissional, as quais tenham potencial para mudar a prática médica, aproximando-a de uma medicina mais humana, política e socialmente, de modo que a formação profissional seja voltada para o trabalho no Sistema Único de Saúde e para o atendimento das reais necessidades de saúde da população.

REFERÊNCIAS

AMORIM, K. P. C.; ARAÚJO, E. M. Formação Ética e Humana no Curso de Medicina da UFRN: uma Análise Crítica. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, Brasília, v. 7, n. 1, p. 138-148, 2013. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/88e6/518243a13b1df27d0bd2a37393dc49c69007.pdf>. Acesso em: 29 out. 2020.

BALSAM, K. F. et al. Measuring multiple minority stress: the LGBT People of Color Microaggressions Scale. **Cultur. Divers. Ethni. Minor. Psychol.**, Washington, v. 17, n. 2, p. 163-174, 2011. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1037%2Fa0023244>. Acesso em: 29 out. 2020.

BARBOZA, J. S.; FELÍCIO, H. M. S. Humanidades Médicas e seu Lugar no Currículo: Opiniões dos Participantes do Cobem/2017. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, v. 44, n. 1, e028, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022020000100218. Acesso em: 29 out. 2020.

BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. **Docência em Saúde: Temas e Experiências**. São Paulo: Senac, 2004.

BIONDO, F. Construir conhecimentos linguísticos em fórum online: uma prática colaborativa. **Veredas**, v. 1, s. n., p. 40-59, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/veredas/article/view/28180>. Acesso em: 29 out. 2020.

BOLLELA, V. R.; MACHADO, J. L. M. O Currículo por Competências e sua Relação com as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Medicina. **Sci. in Health**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 126-42, 2010. Disponível em: http://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/new/revista_scienceinhealth/02_mai_o_ago_2010/science_126_142.pdf. Acesso em: 29 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº4 de 7 de novembro de 2001**. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Brasília: Diário Oficial da União, Seção 1, p.38, 9 nov. 2001.

BRASIL. Universidade Federal da Paraíba. Conselho Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão. **Projeto Político-Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina**. 2007. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>. Acesso em: 29 out. 2020.

CHARAUDEAU, P. **Linguagem e discurso: modos de organização**. Tradução de Angela M. S. Corrêa & Ida Lúcia Machado. 2. ed., 2. reimpr. São Paulo: Contexto, 2014. p. 57.

FLORES, G.; GEE, D.; KASTNER, B. The teaching of cultural issues in U.S. and Canadian medical schools. **Acad Med**, v. 75, s. n., p. 451-455, 2000.

GREEN, A. R. et al. Measuring Medical Students' Preparedness and Skills to Provide Cross-Cultural Care. **Health Equity**, v. 1, n. 1, p. 15-22, 2017.

GOMES N. L. et al. **Indagações sobre currículo: diversidade e currículo**. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Básica, 2007.

LANTING, K. et al. Culturally Competent in Medical Education: European Medical Teachers Self-Reported Preparedness and Training Needs to Teach Cultural Competence Topics and to Teach a Diverse Class. **MedEdPublish**, v. 8, n. 2, p.1-17, 2019. Disponível em: <https://www.mededpublish.org/manuscripts/2188>

MARCH, C. et al. Ampliando saberes e práticas sobre a formação em saúde: processos de inovação e caminhos para a transformação. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, B.; MATTOS, R. A. (Org.) **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ/ABRASCO, 2005.

MOSS, J. et al. Students Advocating for Diversity in Medical Education, **MedEdPublish**, v. 8, n. 3, p. 1-11, 2019. Disponível em: <https://www.mededpublish.org/manuscripts/2705>

MUNTINGA, M.E. et al. Toward diversity-responsive medical education: taking an intersectionality-based approach to a curriculum evaluation. **Adv. in Health Sci. Educ.**, Berlim, v. 21, s. n., p. 541–559, 2016. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10459-015-9650-9#citeas>. Acesso em: 29 out. 2020.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. **A formação médica: capacidade regulatória de estados nacionais e demanda dos sistemas de saúde**. Cad. RH saúde, Brasília, s. v., s. n., p. 87-98, 2013. Disponível em: http://www.obsnetims.org.br/uploaded/16_5_2013__0_A_formacao_medica.pdf. Acesso em: 29 out. 2020.

SEELEMAN, C.; SUURMOND, J.; STRONKS, K. Cultural competence: a conceptual framework for teaching and learning. **Med. Educ.**, Nova Iorque, v. 43, n. 3, p. 229-237, mar. 2009. Disponível em: . Acesso em: 29 out. 2020.

SIMON, E. **Saúde & Educação: o projeto político pedagógico do Curso de Medicina da Universidade Federal da Paraíba**. 2012. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.

SOUSA-MUÑOZ, R. L. **Cursos livres sobre diversidade na saúde: Fundamentação Teórica**. Semióblog Humanitas Website, 2020. Disponível em: <http://www.semioblog.website/2020/10/cursos-livres-sobre-diversidade-na.html>. Acesso em: 29 out. 2020.

SUE, D. W. et al. Racial microaggressions in everyday life: implications for clinical practice. **Am. Psychol.**, Washington, v. 62, n. 4, p. 271-86, 2007.

TERVALON, M. Components of culture in health for medical students' education. **Acad Med**. v. 78, s.n, p. :570–576, 2003.

CAPÍTULO 8

EDUCAÇÃO PERMANENTE: AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA PREVENÇÃO DA SÍFILIS

Data de aceite: 01/04/2022

Mariana Brandalise

<http://lattes.cnpq.br/2091809530759367>

Míria Elisabete Bairros de Camargo

<http://lattes.cnpq.br/4072704510387488>

Marina Klein Becker

<http://lattes.cnpq.br/2450991945105071>

Ana Paula Lemes da Rosa

Italo Rottoli

<http://lattes.cnpq.br/2601408803212557>

Amanda Gevehr Guimarães

<http://lattes.cnpq.br/8222214508429911>

Rosane Sperb Mello

<http://lattes.cnpq.br/0886203444252789>

Aline Liores de Campos

<http://lattes.cnpq.br/6042026204549099>

Ana Clara Ribeiro Vargas

<http://lattes.cnpq.br/9412149199422430>

Leandro Abreu de Souza

<http://lattes.cnpq.br/5353942147443538>

RESUMO: Introdução: Visto o papel dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) como um dos pilares para a comunicação e expansão do atendimento à comunidade, formando um elo com o serviço da Unidade Básica de Saúde, é relevante que estes se mantenham aptos a cumprir bem suas funções. Com esse objetivo

foram realizadas atividades de educação em saúde sobre sífilis adquirida, gestacional e congênita, organizada pelos acadêmicos bolsistas do PET/Interprofissionalidade em conjunto com seus preceptores e tutores. Objetivo: Avaliar a atividade educativa sobre prevenção da sífilis a partir do conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde antes e após a participação nas oficinas realizadas. Método: Trata-se de um estudo descritivo-quantitativo. A coleta de dados foi realizada por meio de dois questionários estruturados com 10 perguntas idênticas e aplicados como pré e pós-teste. Resultados: Foram realizadas seis oficinas de educação em saúde com ACSs do município de Canoas, durante o ano de 2019, totalizando duzentos e sessenta e cinco agentes comunitários de saúde presentes na pesquisa. Analisados os questionários aplicados, a fim de avaliar aumento, estabilidade ou declínio do conhecimento dos participantes. Foi calculado o percentual de acertos de cada questão, por agente e unidade de saúde. Para este dado foi utilizado como critério de inclusão considerados os agentes que realizaram a pré e pós avaliação. Na pré atividade tivemos um percentual de acertos de 87,3% e nos pós teste de 97% o que indica aumento no conhecimento. Para realização do comparativo foi utilizado o teste t para amostras pareadas, foi identificada diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Foram identificadas algumas dificuldades, como a delimitação de testes válidos, pois ocorreram respostas em branco ou apenas um dos testes respondidos e o não comparecimento dos Agentes por dificuldade de acesso, transporte,

distância, etc. Conclusão: A realização de atividades de educação permanente permite maior disseminação e acesso à informação aos usuários do sistema de saúde. São necessárias ações educativas com maior proximidade ao local de trabalho dos profissionais, assim, gerando menor evasão dos mesmos.

PALAVRAS-CHAVE: Agentes Comunitários de Saúde. Sífilis. Educação interprofissional.

PERMANENT EDUCATION: COMMUNITY HEALTH AGENTS IN THE PREVENTION OF SYPHILIS

ABSTRACT: Introduction: Given the role of Community Health Agents (CHA) as one of the pillars for the communication and expansion of service to the community, forming a link with the service of the Basic Health Unit, it is relevant that they remain able to fulfill their obligations well. functions. To this end, health education activities on acquired, gestational and congenital syphilis were carried out, organized by scholarship scholars from PET / Interprofessionality together with their preceptors and tutors. Objective: To evaluate the educational activity on syphilis prevention based on the knowledge of Community Health Agents before and after participating in the workshops. Methods: This is a descriptive-quantitative study. Data collection was carried out through two questionnaires structured with 10 identical questions and applied as pre and post-test. Results: Six health education workshops were carried out with CHAs in the municipality of Canoas, during 2019, totaling two hundred and sixty-five Community Health Agents present in the research. The applied questionnaires were analyzed in order to assess the increase, stability or decline of the participants' knowledge. The percentage of correct answers for each question was calculated, by agent and health unit. For this data, the agents who performed the pre and post evaluation were used as an inclusion criterion. In the pre-activity we had a percentage of correct answers of 87.3% and in the post-test of 97%, which indicates an increase in knowledge. To perform the comparison, the t test for paired samples was used, a statistically significant difference was identified between the groups. Some difficulties were identified, such as the delimitation of valid tests, since there were blank answers or only one of the tests answered and the non-attendance of the Agents due to difficulties in access, transportation, distance, etc. Conclusion: The performance of permanent education activities allows greater dissemination and access to information to users of the health system, who are served by Community Health Agents. Educational actions are needed with greater proximity to the professionals' workplace, thus generating less evasion.

KEYWORDS: Community Health Workers. Syphilis. Interprofessional Education.

INTRODUÇÃO

A educação permanente na área da saúde tem se mostrado como valioso instrumento transformador de realidades, pois esta estratégia possibilita a mudança de práticas cotidianas resultando em promoção de saúde e prevenção de doenças para toda a comunidade (GUANABARA et al., 2015). Revela-se como estratégia para promover melhorias das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e saúde coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes de fatores sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (BRASIL, 2017a).

A educação permanente é o conceito no campo da saúde que evidencia relações estruturais entre ensino e serviços, está baseada na aprendizagem significativa, reconhecendo o conhecimento e a experiência das pessoas, estabelecendo uma conexão entre a academia e a pedagogia das ações de saúde, a partir da problematização do processo de trabalho e da realidade (BRASIL, 2018).

Nessa perspectiva a educação permanente foi apontada como prática necessária e com periodicidade regular de realização, visando o fortalecimento das ações executadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (ROCHA; BEVILACQUA; BARLETTO 2015). À medida que este profissional participa de atividades de educação em saúde, seu desempenho profissional melhora e simultaneamente as demandas do território que está sob sua responsabilidade são atendidas com resolutividade.

O ACS é uma ponte entre o serviço e a comunidade, estabelecendo aproximações e desenvolvendo vínculos com a população do território atendido por ele. Dentre suas atribuições, a prática do cuidado individual, familiar e de grupos sociais, propõe intervenções que possam influenciar os processos saúde-doença individual, das coletividades e da própria comunidade. Essa articulação facilita o diálogo entre a equipe de saúde, a comunidade e os demais atores que buscam resolver os problemas identificados (BRASIL, 2017b).

Ao realizar o cadastramento das famílias em seu território, o ACS torna possível levantar os principais problemas de saúde das famílias, contribuindo para que os serviços de saúde possam oferecer uma atenção mais voltada para as demandas, respeitando os problemas de cada comunidade (SANTOS et al., 2011).

Entre os problemas de saúde conforme os dados disponibilizados pelo SINAN, entre os anos de 2013 a 2018 no município de Canoas/RS apresentou-se um quadro de aumento de sífilis em aproximadamente 397,4%, de acordo com as notificações (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2020).

Entre os anos de 2009 a 2016, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou o total de casos incidentes de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) curáveis em 376.4 milhões, sendo 6.3 milhões de casos de sífilis. No Brasil, no ano de 2019, observa-se que a sífilis adquirida teve sua taxa de detecção aumentada de 59,1 casos por 100.000 habitantes, em 2017, para 75,8 casos por 100.000 habitantes, em 2018. Também em 2018, a taxa de detecção de sífilis em gestantes foi de 21,4/1.000 nascidos vivos, a taxa de incidência de sífilis congênita foi de 9,0/1.000 nascidos vivos e taxa de mortalidade por sífilis congênita foi de 8,2/100.000 nascidos vivos (BRASIL, 2019).

A sífilis é uma doença infectocontagiosa de caráter sistêmico, curável e exclusiva do ser humano. Causada pelo *Treponema pallidum*, uma bactéria gram-negativa do grupo das espiroquetas (BRASIL, 2016). Sua transmissão pode ocorrer de forma sexual ou vertical. Pode apresentar várias manifestações clínicas em diferentes estágios: primário, secundário, latente e terciário, sendo o segundo a fase de maior possibilidade de transmissão da infecção (BRASIL, 2015). A doença é um importante agravo em saúde pública, pois além

de ser infectocontagiosa e de poder acometer o organismo de maneira severa quando não tratada, aumenta significativamente o risco de se contrair a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), uma vez que a entrada do vírus é facilitada pela presença das lesões sífilíticas (HORVATH, 2011; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). A sífilis é uma doença de notificação compulsória em todas as suas formas de apresentação (BRASIL, 2017c). A Atenção Primária em Saúde (APS) dispõe de ações planejadas pautadas nas necessidades do território atendido. E para tanto, o ACS é peça fundamental na execução de estratégias que buscam a redução dos casos de sífilis (BRASIL, 2017b).

Diante disso, os acadêmicos, preceptores e tutores que participam da equipe do PET/Saúde/Interprofissionalidade objetivando o compromisso com a integração ensino-serviço, desenvolveram uma ação de educação permanente no ano de 2019, sobre a sífilis, através de oficinas para a detecção, tratamento e prevenção da sífilis adquirida, sífilis gestacional e sífilis congênita, visando a aprendizagem compartilhada dos ACSs, além da oportunidade de contribuição de saberes e práticas, através de uma educação interprofissional valorizando o trabalho em equipe sustentado pela parceria e interdependência, vislumbrando a diminuição dos casos de sífilis no município de Canoas/RS, e assim contribuindo com promoção em saúde e melhora da qualidade de vida da população.

O desenvolvimento das oficinas sobre sífilis ocorreu de forma interativa e colaborativa, onde as práticas de diferentes categorias profissionais trabalharam em conjunto reforçando a importância do autocuidado, da autonomia das pessoas, famílias e comunidades, incluindo a valorização de competências e habilidades no desempenho de atribuições, bem como o reconhecimento dos ACS como protagonistas ativos, coprodutores de saúde e sujeitos potencialmente resolutivos nas demandas da comunidade.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo avaliar a atividade educativa sobre prevenção da sífilis a partir do conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde antes e após a participação nas oficinas realizadas pelos integrantes do PET/Interprofissionalidade Estratégias de controle na Atenção Básica do município de Canoas/RS no ano de 2019.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo-quantitativo, conduzido na cidade de Canoas, estado do Rio Grande do Sul, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Luterana do Brasil sob o parecer nº 3.578.265 e CAEE 20043219.8.0000.5349, o estudo foi precedido da aprovação do Núcleo Municipal de Educação em Saúde de Canoas/RS (NUMESC).

Esta pesquisa teve como público-alvo os Agentes Comunitários de Saúde - ACS - que fazem parte das equipes de Estratégia de Saúde da Família - ESF - distribuídos em 27 Unidades Básicas de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Canoas/RS, que participaram da atividade de educação em saúde, no período de setembro a dezembro de

2019.

A atividade de educação em saúde realizada foi sobre sífilis adquirida, gestacional e congênita, organizada pelos acadêmicos bolsistas do PET/Interprofissionalidade em conjunto com seus preceptores e tutores. A atividade educativa teve duração de três horas cada uma, em forma de oficina, após a apresentação dos participantes, os ACSs eram convidados a realizarem um pré-teste que continha questões sobre modos de transmissão da sífilis, agente causador, como prevenir-se, sobre o uso de preservativos, se a doença tem cura, se pode ter transmissão vertical-mãe-bebê, que deveria ser respondido a partir dos conhecimentos prévios de cada participante. Após a realização do pré-teste iniciava a oficina facilitada pelos petianos, preceptores e tutores, com um público em média de 53 ACSs. Durante a oficina, era trabalhado a história natural da sífilis, os números de casos de sífilis no município, a relevância da realização do teste rápido oferecido nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), a importância do tratamento, como notificar os casos positivos e, principalmente, a prevenção através do uso de preservativos. Utilizou-se como recursos pedagógicos balões, papel kraft, canetas coloridas, slides através do data-show e bombons com mensagens motivacionais. Após a oficina os ACSs eram convidados novamente a realizarem o pós-teste com as mesmas questões do pré-teste. Para o encerramento da oficina era feito um agradecimento e uma foto tipo self com todos os participantes.

Os ACSs foram convidados a participar da oficina pelos preceptores que fazem parte do PET/Interprofissionalidade. Foram realizadas um total de cinco oficinas. Das 28 UBSs de Canoas, participaram das oficinas os ACSs de 25 delas. Em relação a participação dos ACSs na pesquisa, os mesmos eram convidados no dia da oficina, pelos pesquisadores, aqueles que aceitaram participar assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido, perfazendo um total de 265 ACSs participantes.

As respostas do pré-teste e pós-teste foram colocadas em uma planilha do programa *Microsoft Excel 2010*, pelos acadêmicos petianos. Após os dados foram organizados em tabelas e gráficos e a seguir analisados.

RESULTADOS

Após a realização das oficinas de educação em saúde e análise dos questionários aplicados antes e depois de cada atividade, encontramos os resultados a seguir. No total, 265 ACS participaram da capacitação, a distribuição por UBS e as características dos mesmos quanto à idade e sexo está descrito na tabela 1. Pode-se observar uma predominância do sexo feminino 241 (90,9%), a idade variou de vinte e quatro a setenta e três anos com média de aproximadamente quarenta e cinco anos. A UBS com maior número de agentes participantes foi a UBS União (10,6%), composta por 28 ACS, seguida pela UBS Mathias Velho com 25 agentes (9,4%) e UBS Mato Grande e UBS Rio Branco com 24 agentes (9,1%).

Variáveis	n = 265	Frequência
Sexo		
Feminino	241	90,9%
Masculino	24	9,1%
Idade		
De 24 a 30 anos	21	7,9%
De 31 a 40 anos	67	25,3%
De 41 a 50 anos	87	32,85
De 51 a 60 anos	58	22,3%
De 61 a 73 anos	25	9,4%
Não informado	06	2,3%
UBS de Lotação		
União	28	10,6%
Mathias Velho	25	9,4%
Mato Grande	24	9,1%
Rio Branco	24	9,1%
CAIC	14	5,3%
Boa Saúde	13	4,9%
Natal	12	4,5%
Harmonia	12	4,5%
Praça América	11	4,2%
Niterói	10	3,8%
Cerne	09	3,4%
São Luiz	09	3,4%
Concoba	08	3,0%
Pedro Luiz	08	3,0%
Fátima	08	3,0%
Prata	07	2,6%
São Vicente	07	2,6%
São José	06	2,3%
Santo Operário	06	2,3%
Estância Velha	05	1,9%
Guajuviras	05	1,9%
Igara	05	1,9%
Olaria	05	1,9%
Central Park	04	1,4%

Tabela 1. Características dos Agentes Comunitários de Saúde e distribuição dos participantes da pesquisa por Unidade Básica de Saúde - Canoas/RS.

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Para avaliar o conhecimento dos agentes em relação à sífilis, foi aplicado um instrumento de pesquisa composto de dez questões a respeito do tema. Os resultados deste instrumento foram avaliados antes e após a atividade de educação permanente.

Foi verificado um aumento de respostas não informadas na segunda etapa de aplicação do instrumento de pesquisa em relação à primeira etapa. O Comparativo entre os resultados do instrumento pré e pós atividade de educação permanente está descrito na tabela 2.

Variáveis	Pré teste n = 265	Pós teste n = 265
A sífilis é transmitida por:		
Uma bactéria	122 (46%)	210 (79,2%)
Um vírus	118 (44,6%)	11 (4,2%)
Não respondeu	25 (9,4%)	44 (16,6%)
Na sua opinião o beijo pode transmitir Sífilis?		
Não	188 (70,9%)	199 (75,1%)
Sim	49 (18,5%)	18 (6,8%)
Não respondeu	28 (10,6%)	48 (18,1%)
Na sua opinião a Sífilis é sexualmente transmitida?		
Sim	242 (91,3%)	218 (82,3%)
Não	0 (0%)	0 (0%)
Não respondeu	23 (8,7%)	47 (17,7%)
Um casal onde um dos dois tem sífilis, o parceiro precisa de tratamento?		
Sim	234 (88,3%)	220 (83%)
Não	8 (3%)	1 (0,4%)
Não respondeu	23 (8,7%)	44 (16,6%)
A Sífilis pode ser transmitida de mãe para filho durante a gravidez?		
Sim	236 (89,1%)	218 (82,3%)
Não	8 (3%)	3 (1,1%)
Não respondeu	21 (7,9%)	44 (16,6%)
A Sífilis é transmitida através da amamentação?		
Não	175 (66%)	202 (76,2%)
Sim	64 (24,2%)	18 (6,8%)
Não respondeu	26 (9,8%)	45 (17%)

Baseado nos seus conhecimentos, uma pessoa pode se contaminar com Sífilis mais de uma vez?

Não	13 (4,9%)	0 (0%)
Sim	229 (86,4%)	220 (83%)
Não respondeu	23 (8,7%)	45 (17%)

A Sífilis tem cura?

Sim	198 (74,7%)	208 (78,5%)
Não	39 (14,7%)	5 (1,9%)
Não respondeu	28 (10,6%)	52 (19,6%)

Você acredita que o uso do anticoncepcional previne a contaminação por Sífilis?

Não	242 (91,4%)	213 (80,4%)
Sim	3 (1,1%)	7 (2,6%)
Não respondeu	20 (7,5%)	45 (17%)

Você acha que o uso de preservativos masculino (camisinha) ou feminino previnem a Sífilis?

Sim	240 (90,6%)	220 (83%)
Não	4 (1,5%)	0 (0%)
Não respondeu	21 (7,9%)	45 (17%)

Tabela 2. O Comparativo entre os resultados do instrumento pré e pós atividade de educação.

Resultados expressos através de análises de frequência

Fonte: Dados da pesquisa (2019)

A fim de avaliar aumento ou não do nível de conhecimento entre a pré e pós atividade foi calculado o percentual de acertos de cada questão, por agente e unidade de saúde. Para este dado foi utilizado como critério de inclusão considerando os agentes que realizaram a pré e pós avaliação na pré atividade tivemos um percentual de acertos maior após a atividade de educação em saúde (figura 1), o que indica aumento no conhecimento.

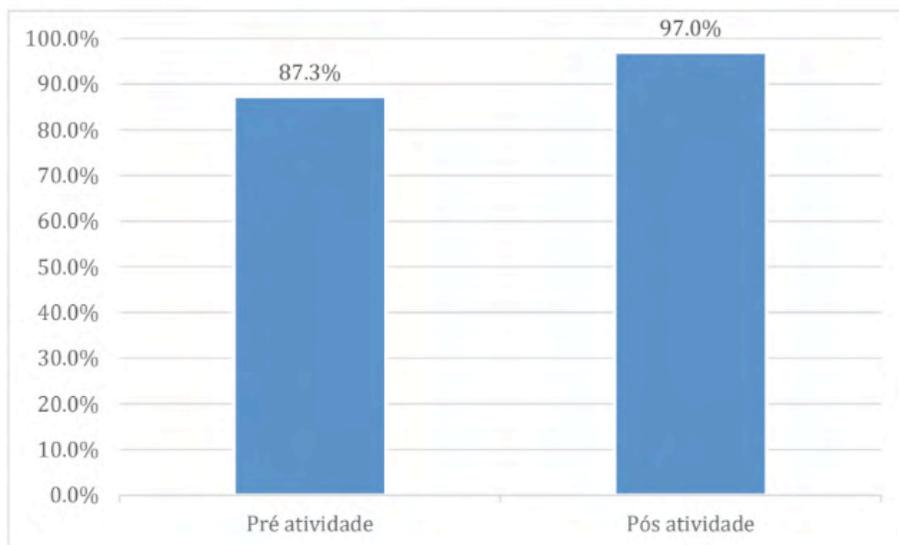


Figura 01: Comparativo do percentual de acertos na pré e pós atividade.

Para cada questão do instrumento de avaliação, foi realizado um comparativo por meio do teste t para amostras pareadas, identificando diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p = 0,02$).

A questão 01 foi onde localizamos o menor percentual de acertos durante a pré atividade. Essa questão questiona os agentes sobre o que é a sífilis. Na pré atividade o percentual de acertos foi de 50,2% e passou para 94,8% na pós atividade ($p = 0,01$).

Ressalta-se que na questão 09 (Você acredita que o uso do anticoncepcional previne a contaminação por Sífilis?) e questão 10 (Você acha que o uso de preservativos masculino “camisinha” ou feminino previnem a Sífilis?) não houve aumento significativo no percentual de acertos quando comparada a pré e pós atividade de educação permanente, mas foi verificado nestas questões um percentual de acertos na pré atividade já era bastante elevado todos acima de 95%.

Em relação ao nível de satisfação dos agentes em relação a atividade de educação em saúde foi verificado mais casos de satisfação do tipo excelente (37,7%) a figura 02 apresenta os demais resultados.

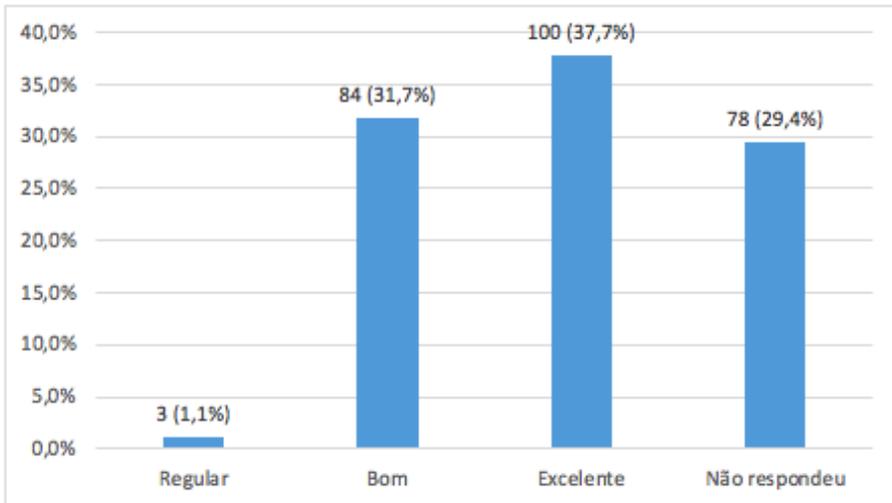


Figura 02: Nível de satisfação dos ACSs com a oficina sobre Prevenção de Sífilis

DISCUSSÃO

Avaliando os resultados, em geral eles mostram melhorias no conhecimento dos agentes comunitários de saúde na comparação entre o momento prévio e posterior à intervenção educacional realizada. Salienta-se que antes da capacitação os ACSs não apresentavam conhecimento satisfatório quanto à etiologia do diagnóstico da sífilis, uma vez que o nível de acertos inicial foi de 46%.

Essa mudança de visão sobre quem é o agente etiológico da sífilis impacta no quesito de reinfecção em que uma pessoa pode se contaminar com sífilis em que o número de acertos foi de 79,2%, o que mostra a necessidade de tratamento conjunto do paciente infectado e de seu parceiro para ocorrer a reinfecção, o que no caso das gestantes notificadas com sífilis, no Brasil, são comunicados pela própria gestante ou por um profissional de saúde (CUNHA et al., 2016). Não há trabalhos suficientes que avaliem a efetividade da comunicação do diagnóstico aos parceiros em relação a aspectos cruciais como a importância do tratamento mesmo em casos assintomáticos, a possibilidade de ocorrer reinfecção, bem como das consequências quando o tratamento não for realizado corretamente (CAVALCANTE et al., 2016). Essa dificuldade de abordagem aos parceiros pode ser um dos elementos importantes para a baixa adesão e grande número de falhas terapêuticas nestes usuários. Na maioria dos países europeus as ações de notificação de parceiros de pessoas com diagnósticos de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) são de responsabilidade dos profissionais de saúde (EUROPEAN CENTER FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL, 2013), o que poderia ser uma ação implantada no país.

Em um estudo realizado pela Rev. Rene - Universidade Federal do Ceará, é discutido que a adesão do parceiro sexual ao tratamento da sífilis perpassa por configuração

multifatorial. Dentre os fatores, é citado: grau de escolaridade; falta de conhecimento acerca da doença e de suas consequências, que por sua vez pode gerar conflitos, quando os parceiros associam a ocorrência à infidelidade da parceira; também o tipo de relacionamento que o casal mantém, quanto a se tratar de uma união estável ou não.

Considerando o comparativo entre os pré e o pós-teste do estudo, pode-se inferir como resultado positivo o aumento do percentual em relação ao conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde sobre sífilis. Este dado corrobora a relevância da educação permanente dos profissionais da saúde, em especial aos ACS foco deste trabalho. A resolutividade da Atenção Primária no atendimento das necessidades locais perpassa essa proposta pedagógica prevista na edição atual da Política Nacional de Atenção Básica com a finalidade de suporte para a resolução das demandas de saúde em cada território; assim como, dentre as atribuições do ACS, a busca ativa de doenças e agravos de notificação compulsória cujo rol contempla a sífilis adquirida, em gestante e congênita (BRASIL, 2017d).

Em estudo similar, a educação permanente foi apontada como prática necessária e com periodicidade regular de realização; visando o fortalecimento das ações executadas pelos ACSs, subsidiadas por uma capacitação contínua onde seja permitido o compartilhamento de saberes entre os membros da equipe (ROCHA; BEVILACQUA; BARLETTO, 2015). À medida que este profissional recebe capacitações, seu desempenho profissional melhora e simultaneamente as demandas do território que está sob sua responsabilidade são atendidas com resolutividade.

Neste sentido, as metodologias de educação permanente na área da saúde têm se mostrado como valioso instrumento transformador de realidades, pois esta estratégia possibilita a mudança de práticas cotidianas resultando em promoção de saúde e prevenção de doenças para toda a comunidade (ROCHA; BEVILACQUA; BARLETTO, 2015). Este processo de fortalecimento das ações na AB está ancorado por políticas que incentivam atividades educacionais que visam a integralidade do cuidado (BRASIL, 2018) contemplando ações interprofissionais e colaborativas como meio de oferecer uma assistência multidimensional e qualificada para população (BRASIL, 2010).

O desconhecimento sobre a transmissão de sífilis durante a amamentação ficou realçada pelo aumento do número de acertos no pós-teste. Este resultado demonstrou as dúvidas que ainda pairam sobre a continuidade da amamentação enquanto a mãe está infectada pela bactéria *T. pallidum*. Entretanto, protocolos e guidelines vigentes recomendam a continuidade da amamentação descartando a possibilidade de infecção do bebê, desde que não haja lesões na mama e os testes sejam realizados com frequência (LIVINGSTON et al., 2012).

As ações, embora tenham ocorrido em 6 datas diferentes, infelizmente atingiram apenas 80% do total de ACS do município, ou seja, do total de 338 ACS do município de Canoas, 265 participaram das capacitações. A dificuldade de reunir a todos os ACSs teve como entrave o deslocamento das suas Unidades de trabalho, sendo a unidade com

menor percentual de participação a unidade União que estaria em um quadrante diferente, até o local de realização das capacitações, visto que a maioria dos ACS não recebem vale transporte e não tiveram incentivo monetário por parte do município para a ação.

Dessa forma, acredita-se que seja necessária a realização de capacitações diretamente na Unidade de origem dos ACS, ou de locais próximos conforme disponível pela Secretaria de Saúde, para que possam ser capacitados em sua totalidade.

CONCLUSÃO

Considera-se de suma importância a educação permanente dos agentes comunitários de saúde, visto que são o principal elo entre a comunidade e os pacientes. Dessa forma, verifica-se que a ação trouxe um resultado positivo na aquisição de conhecimento dos agentes sobre a sífilis, o que possibilita uma maior disseminação de informação aos usuários do sistema de saúde. Conclui-se que é necessária a realização de atividades para todas as unidades conforme o quadrante de divisão do município, a fim de ter uma maior proximidade ao local de trabalho e gerar menor evasão de profissionais. Nota-se a importância da ação e da necessidade da realização para as demais categorias de profissionais que atendem nas UBS e ESF.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação Nº 4, de 28 de setembro de 2017**. 2017c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html Acesso em 03 junho 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. **Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. 2017b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em 24 de maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação Nº 2, de 28 de setembro de 2017**. 2017a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html Acesso em 03 de junho de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 120 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. **Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 52 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – DCCI. **Boletim Epidemiológico da Sífilis**. Out 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-sifilis-2019>. Acesso em 24 maio 2020.

CAVALCANTE, E. G. F. et al. Partner notification for sexually transmitted infections and perception of notified partners. **Rev Esc Enferm**, v. 50, p. 448-455, 2016.

CUNHA, A. C. B. et al. Diagnóstico de malformações congênitas: impactos sobre a saúde mental de gestantes. **Estud Psicol** (Campinas), v. 33, p. 601-611, 2016.

EUROPEAN CENTER FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL. **Public health benefits of partner notification for sexually transmitted infections and HIV**. Stockholm: European Center for Disease Prevention and Control; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do sistema único de sa.de (SUS). Diário Oficial da União. 22 Set 2017d. Disponível em https://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em: 07 de junho 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018**. Disponível em: <https://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/dezembro/13/Politica-Nacional-de-Educacao-Permanente-em-Saude.pdf> Acesso em 08 junho 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria interministerial nº 421, de 3 de março de 2010**. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. Disponível em http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri0421_03_03_2010.html Acesso em 08 junho 2020.

GUANABARA M. A. O. et al. Conhecimento e ações dos agentes comunitários de saúde para prevenção da sífilis congênita. **Rev enferm UFPE online**, Recife, v. 9, n. 4, p. 7995-8001, maio, 2015. DOI: 10.5205/revuol.6235-53495-1-RV.0904supl201503.

HORVATH, A. Biology and natural history of syphilis. In: GROSS, G.; TYRING, S. K. (Ed.). **Sexually transmitted infections and sexually transmitted diseases**. [S.l.]: Springer, 2011. p. 129-141.

LIVINGSTON A. et al. A Community Health Worker Home Visitation Project to Prevent Neonatal Deaths in Kenya. **J Trop Pediatr**, v. 59, n. 1, p. 64-66, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis**. Brasília, 2015.

ROCHA, N. H. N.; BEVILACQUA, P. D.; BARLETTO, M. Metodologias participativas e educação permanente na formação de agentes comunitários/as de saúde. **Trab. educ. Saúde**, v. 13, n. 3, p. 597-615, 2015. ISSN 1981-7746. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00056>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462015000300597&script=sci_abstract&lng=pt Acesso em 08 junho 2020.

SANTOS, K. T. et al. Agente comunitário de saúde: perfil adequado à realidade do Programa Saúde da Família? **Cien Saude Colet.**, v. 16, n. 1, p. 1023-1028, 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **TeleCondutas: Sífilis: versão digital 2020**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2020. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/teleconsultoria/0800-644-6543/#telecondutas-0800>. Acesso em: 03 junho 2020.

INCAPACIDADES FÍSICAS NA HANSENÍASE: CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E REFLEXÃO ACERCA DOS DIREITOS HUMANOS

Data de aceite: 01/04/2022

Danielly da Costa Rocha

Universidade Federal de Roraima, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-3674-0134>

Amanda Ramos de Brito

Universidade Federal de Roraima, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-9117-6110>

Fernanda Zambonin

Universidade Federal de Roraima, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-1137-2841>

Paulo Sérgio da Silva

<https://orcid.org/0000-0003-2746-2531>
Universidade Federal de Roraima, Brasil

Jackeline da Costa Maciel

Universidade Federal de Roraima, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-1147-6018>

RESUMO: A hanseníase é considerada uma doença milenar, porém ainda persiste como um problema de saúde pública no mundo. Um dos principais agravantes da doença é o seu alto poder incapacitante que acontece devido ao comprometimento nervoso, podendo ocasionar sequelas permanentes nos indivíduos afetados. Diante disso, o objetivo desse estudo foi descrever o perfil clínico das incapacidades físicas da hanseníase em pacientes atendidos em um centro de referência do extremo norte brasileiro e refletir sobre os direitos das pessoas atingidas pela hanseníase. Trata-se de uma pesquisa documental, quantitativa, descritiva e

transversal realizada em um centro de referência do estado de Roraima. A coleta de dados ocorreu através de duas etapas, utilizando as Fichas de Notificação Compulsória e o Formulário para Avaliação Neurológica Simplificada. Os dados coletados foram tabulados em planilhas eletrônicas do Microsoft Excel® 2010 e receberam tratamento estatístico por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences IBM* (SPSS IBM) versão 23.0. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com o parecer nº 2.833.718. Com relação ao perfil sociodemográfico da amostra, verificou uma maior frequência de pacientes do sexo masculino, na faixa etária economicamente ativa, da raça parda, com baixo grau de escolaridade, aposentados e trabalhadores do comércio/serviço. Constatou-se que a maioria apresentava algum tipo de deficiência associada à hanseníase no momento do diagnóstico e que a média de nervos afetados foi de $3,9 \pm 5,3$, resultando em comprometimentos principalmente nos membros inferiores. Diante destes dados apresentados, verifica-se que a amostra foi composta principalmente pela população marginalizada e com baixo nível socioeconômico, além do alto comprometimento resultantes das incapacidades física. Portanto, faz-se necessário que sejam respeitados os direitos humanos dos pacientes acometidos pela hanseníase, a citar o tratamento gratuito, o sigilo, à reabilitação, sobretudo em receber órteses e próteses, auxílio doença, aposentadoria por invalidez, benefício de prestação continuada, isenções tributárias, pensão especial decorrente de internação compulsória.

PALAVRAS-CHAVE: Direitos Humanos; Epidemiologia nos Serviços de Saúde; Hanseníase; Pessoa com Incapacidade Física.

ABSTRACT: Leprosy is considered an ancient disease, but it still persists as a public health problem in the world. One of the main aggravating factors of the disease is its high disabling power that happens due to nervous impairment, which can cause permanent sequelae in the affected individuals. Therefore, the objective of this study was to describe the clinical profile of leprosy physical disabilities in patients seen at a reference center in the extreme north of Brazil and to reflect on the rights of people affected by leprosy. It is a documentary, quantitative, descriptive and transversal research carried out in a reference center in the state of Roraima. Data collection took place in two stages, using the Compulsory Notification Sheets and the Simplified Neurological Assessment Form. The collected data were tabulated in Microsoft Excel® 2010 spreadsheets and received statistical treatment using the Statistical Package for the Social Sciences IBM (SPSS IBM) version 23.0. The research was approved by the Research Ethics Committee, under opinion nº. 2,833,718. Regarding the sociodemographic profile of the sample, there was a higher frequency of male patients, in the economically active age group, of the brown race, with a low level of education, retirees and trade / service workers. It was found that the majority had some type of deficiency associated with leprosy at the time of diagnosis and that the average of affected nerves was 3.9 ± 5.3 , resulting in impairment mainly in the lower limbs. Given these data presented, it appears that the sample was composed mainly of the marginalized population and with low socioeconomic status, in addition to the high impairment resulting from physical disabilities. Therefore, it is necessary to respect the human rights of patients affected by leprosy, to mention free treatment, confidentiality, rehabilitation, especially in receiving orthoses and prostheses, sickness benefits, disability retirement, benefit of continuous provision, exemptions tax, special pension resulting from compulsory hospitalization.

KEYWORDS: Human rights; Epidemiology in Health Services; Hansen's disease; Person with Physical Disability.

11 INTRODUÇÃO

Este capítulo descreve os resultados quantitativos obtidos a partir de uma pesquisa de campo realizada em um Centro de Referência na capital de Roraima, Boa Vista. Este estudo avaliou a adesão de pacientes em tratamento para hanseníase na referida unidade de saúde; porém, este não foi o único foco do estudo, uma vez que o mesmo procurou identificar a presença de complicações neurais e incapacidades físicas nos pacientes em acompanhamento no Centro de Referência. A realização desta pesquisa objetivou evidenciar a importância do diagnóstico precoce e, em especial, da adesão ao tratamento farmacológico para evitar danos neurológicos e físicos, pois a hanseníase é uma doença que tem cura. E, apesar da possibilidade de tratamento, muitos pacientes com hanseníase não são diagnosticados no início da doença ou ignoram os primeiros sinais e sintomas, buscando ajuda profissional apenas quando o quadro clínico se agrava. Além das sequelas geradas pela doença, o fator psicológico acaba influenciando fortemente na adesão ao

tratamento farmacológico. Ressalta-se que o paciente precisa, durante o tratamento, comparecer a unidade de saúde para receber a dose supervisionada do medicamento, mas muitos já apresentam sequelas e encontram-se também debilitados psicologicamente. Neste contexto, insere-se ainda o estigma social em relação à doença, dificultando a adesão do paciente, o qual precisa comparecer a unidade de saúde todos os meses enquanto durar o tratamento. Os resultados aqui apresentados apenas reforçam o que já existe na literatura sobre o tema, de que o Brasil e muitos outros países em todo o mundo ainda se encontram longe de atingir a meta estabelecida para 2020: um “mundo sem hanseníase”. Dessa forma, este estudo mostrou que aumentar a adesão ao tratamento farmacológico pode contribuir para a redução do grande quantitativo de pacientes com elevado número de sequelas e, assim, garantir a cura da doença, melhorando a qualidade de vida dos pacientes.

A opção em investigar o tema-problema Hanseníase posiciona profissionais da área da saúde em multivariados domínios do saber. Fala-se sobre a necessidade de fortalecimento dos diálogos interdisciplinares no plano da produção do cuidado em saúde, como forma de beneficiar as pessoas acometidas por esta doença.

O debate em torno da pessoa acometida pela hanseníase, por natureza é um fenômeno complexo, que corre pelo interior de análises minuciosas da fisiopatologia da doença, diagnóstico médico, modalidades de prevenção, tratamento e cura. Por não se esgotar em uma linguagem estritamente clínica, é oportuno destacar que sua compreensão no contexto do cuidado em saúde imbrica nos discursos do ser doente que vive em sociedade.

O esforço é para reconhecer a individualidade e elementos singulares da pessoa diagnosticada com hanseníase e localizar nela hábitos, crenças, costumes, valores e códigos culturais para obtenção de êxito no tratamento da hanseníase e ruptura do estigma social ainda tão presente em torno desta doença. Esses discursos preliminares sinalizam que a hanseníase é considerada um problema de saúde pública persistente, com elevada detecção no mundo, mesmo com as melhorias identificadas no seu controle (Monteiro et al., 2013).

Trata-se de uma problemática global onde mais de 213 mil novos casos foram registrados. A título de contextualização epidemiológica a Índia, Brasil e Indonésia, notificam mais de dez mil novos casos por ano e juntos representam 81% dos pacientes recém-diagnosticados e notificados mundialmente. O retrato da distribuição espacial da hanseníase aponta para o agravo predominante em países em desenvolvimento justificada pelas desigualdades sociais, econômicas, condições culturais, acesso a informações e aos serviços de saúde (Leano, Araújo, Rodrigues, Bueno & Lana, 2017; Sobrinho, Mathias, Gomes & Lincoln, 2007).

Especificamente, no continente americano, a hanseníase foi eliminada como problema saúde pública em quase todos os países, com exceção do Brasil (Organização

Pan-Americana de Saúde [OPAS], 2018), o qual representa 90% dos casos neste continente, equivalente a 151.764 casos novos diagnosticados entre 2012 e 2016 (Santana et al., 2018).

Nesse sentido, a vigilância e o monitoramento em saúde se firmam como palavras de ordem para o reconhecimento da distribuição epidemiológica da hanseníase. O coeficiente de detecção de casos com incapacidade física grau dois consiste em um precioso indicador para o monitoramento da meta de eliminação da hanseníase (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2016). O Brasil, neste indicador, apresentou taxa de 10,53 casos para cada um milhão de habitantes (Brasil, 2018a).

As análises por região no período de 2012-2017 sinalizam que o Centro-oeste (37,27/100 mil habitantes), Norte (34,26/100 mil habitantes) e Nordeste (20,58/ 100 mil habitantes) apresentam as maiores taxas médias gerais da doença. Em contrapartida, a regiões Sul (3,75 por 100 mil habitantes) e Sudeste (5,31 por 100 mil habitantes) apresentaram as menores taxas médias da doença (Brasil, 2018a, 2018b).

Isso demonstra a heterogeneidade na distribuição da doença e que ela se concentra em regiões mais desfavorecidas social e economicamente, além daquelas com grande extensão territorial (Monteiro, Mota, Melo, Alencar & Heukelbach, 2017). Diante deste panorama, a OMS passou a delinear metas para que os países chegassem a uma taxa de menos de um caso por dez mil habitantes (Ribeiro, Castillo, Silva & Oliveira, 2015).

Com objetivo de reduzir a carga de hanseníase em âmbito global e local, no ano de 2015, foi lançada a “Estratégia global para hanseníase 2016-2020: aceleração rumo a um mundo sem hanseníase”. Esse documento da OMS fundamenta-se nos seguintes pilares a serem objetivados nas práticas de saúde: fortalecer o controle, a coordenação e a parceria do governo; combater a hanseníase e suas complicações; combater a discriminação e promover a inclusão (OMS, 2016).

Olhar para estes objetivos com intuito de aplicá-los na região extremo norte do Brasil é uma oportunidade de intensificação de uma aposta científica que toca a construção de um sistema de saúde equitativo, integral e universal as necessidades de saúde apresentadas pelas pessoas afetadas pela hanseníase.

Baseado nessas acepções, o presente estudo adentra no espaço roraimense como forma de localizar pistas investigativas que ainda não tinham sido suscitadas para pensar a qualidade de vida, a cidadania e os direitos das pessoas acometidas pela hanseníase.

Neste particular, o estado de Roraima detectou 145 casos novos de hanseníase no ano de 2017, sendo o município de Boa Vista, detentor de 50% do total dos casos. Além disso, a capital de Roraima possui um coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase por 100.000 habitantes de 28,20, considerado muito alto pelo Ministério da Saúde (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil [DATASUS], 2018).

As sinalizações do Ministério da Saúde apontam uma situação considerada

alarmante, pois o estado foi considerado hiperendêmico para os casos detectados em menores de quinze anos de idade e muito alto para a taxa de detecção de novos casos, atestando; portanto, não somente o alto índice de acometimentos, como também manejos inapropriados da doença nos serviços de saúde ofertados (Brasil, 2016).

Cabe contextualizar: desde o ano de 2015, o estado de Roraima enfrenta desordenados deslocamentos de refugiados provenientes da Venezuela, país fronteiriço, que se encontra em crise humanitária (Simões, 2017). Isto não significa que a hanseníase seja importada ao estado por meio deste grupo populacional, no entanto há que se considerar na perspectiva do cuidado em saúde o acometimento da hanseníase estar condicionado ao contexto social e a vulnerabilidade das pessoas em seus diferentes ciclos da vida (Lopes & Rangel, 2014).

Nesse sentido, encaixa-se a população venezuelana imigrante, sobretudo as pessoas inseridas em condições precárias de trabalho, alimentação, saúde, moradia com uma forte tendência a aglomerações, seja nos espaços da vida ou em abrigos, constituindo uma população de risco para o desenvolvimento de diversos acometimentos em saúde e como de interesse nesta investigação, a hanseníase (Lopes & Rangel, 2014; Simões, 2017).

Situado a noção elementar que a hanseníase extrapola o nível biológico e se expande para compreensão de fenômenos de ordem social, econômica, epidemiológica e existenciais, como é o caso da imigração venezuelana no território de Roraima; docentes do curso de graduação em Enfermagem, pós-graduação *stricto sensu* em nível de mestrado profissional na área de Ciências da Saúde e enfermeiros se encontram para no plano coletivo pousar nas dimensões orgânicas que tocam o cuidado e os direitos de pessoas acometidas pela doença.

Diga-se que pensar em outras inquietações fora do corpo fisicamente acometido pela hanseníase, implica na compreensão da pessoa com novas lentes: a da produção do cuidado em saúde que se apresenta como uma lacuna do conhecimento quando se olha para os direitos das pessoas atingidas pela hanseníase no contexto de Roraima.

Com esse fio reflexivo, emergem os seguintes objetivos desta investigação: discutir no plano epidemiológico perfil clínico pacientes com hanseníase atendidos em um centro de referência do extremo norte brasileiro, com ênfase na descrição das incapacidades físicas e refletir sobre os direitos das pessoas atingidas pela hanseníase.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa documental, quantitativa, descritiva e transversal. O estudo foi realizado em um centro de referência para pessoas acometidas por hanseníase localizado na cidade de Boa Vista, capital do estado de Roraima. Esta unidade presta atendimentos ambulatoriais especializados e é a mais antiga instituição de saúde no estado.

Trata-se de um serviço de saúde referência a nível secundário para quinze municípios do estado, bem como para os países fronteiriços República Bolivariana da Venezuela e República Cooperativista da Guiana, além de assistir os Distritos Sanitários Especiais Indígenas Yanomami e Ye'Kuana (DSEI-Y) e Leste de Roraima (DSEI-L).

O Programa de Hanseníase, no centro de referência do estudo, atende pacientes referenciados das Unidades Básicas de Saúde de Boa Vista e demais municípios do estado. O acompanhamento a essa clientela é realizado por uma equipe multiprofissional, composta por dois médicos especialistas em hansenologia; um médico ortopedista que avalia a necessidade do procedimento cirúrgico para reabilitação; um fisioterapeuta que atua na prevenção e controle das incapacidades causadas pela enfermidade.

Além desses profissionais, o serviço conta com a presença de um enfermeiro e um técnico de enfermagem que atuam na orientação e entrega de medicamentos, bem como na administração da dose supervisionada, marcação de consulta para acompanhamento mensal e esclarecimento de possíveis dúvidas.

A população do estudo foi constituída por pacientes diagnosticados com hanseníase e acompanhados no referido centro de referência para pessoas acometidas com hanseníase. Em relação à amostra: foram incluídos pacientes notificados e com diagnóstico confirmado de hanseníase no período de janeiro de 2017 a maio de 2018.

Foram excluídos os casos suspeitos, casos confirmados acompanhados em outras unidades; pacientes indígenas; pacientes menores de 18 anos e pacientes que não apresentaram nenhuma avaliação neurológica simplificada e/ou registros de administração das doses supervisionadas no prontuário.

Para a produção dos dados da amostra, utilizou-se um instrumento elaborado para esse fim, sendo dividido em duas etapas. A primeira etapa se voltou para a coleta de dados da Ficha de Notificação Compulsória para Caso Confirmado de Hanseníase. Cabe sublinhar que o instrumento possui 43 tópicos a serem preenchidos, dividido entre campos obrigatórios, que são aqueles cujo o não preenchimento impossibilita a inclusão da notificação ou da investigação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação; e os campos essenciais são aqueles que, mesmo não sendo obrigatórios, registram dados necessários à investigação do caso ou ao cálculo de indicadores epidemiológicos ou operacionais (Brasil, 2016).

Os dados coletados na ficha de notificação e investigação foram sociodemográficos (nome, sexo, data de nascimento, idade, ocupação, raça/cor/etnia, grau de escolaridade, município de residência, bairro de residência) e clínicos (município de notificação, data do diagnóstico, número de contatos, número de lesões cutâneas, classificação operacional, forma clínica, número de nervos afetados, modo de entrada, modo de detecção, esquema terapêutico, baciloscopia).

Na segunda etapa foi realizada a coleta de dados dos prontuários, do Formulário para Avaliação Neurológica Simplificada (FANS) e de anotações complementares, bem

como os registros de consultas. O FANS é padronizado nacionalmente pelo Ministério da Saúde e preconiza-se sua aplicação, pelo menos, no momento do diagnóstico e da alta. O instrumento utiliza o Escore OMP (olhos, mãos e pés) que avalia cada incapacidade de forma isolada, possibilitando uma intervenção voltada ao problema e utiliza técnicas de inspeção, palpação, teste de força muscular e avaliação sensitiva (Brasil, 2017a).

No local em que foi realizado o estudo, os pacientes são avaliados pelo fisioterapeuta com experiência em avaliação dermatoneurológica e treinado para aplicar o formulário padronizado de modo a haver uma uniformização da técnica e registro da avaliação. Os dados coletados no FANS foram: principais nervos afetados, grau de incapacidade física no diagnóstico, grau de incapacidade física na última avaliação, alterações ocorridas no nariz, olhos, membro superior, membro inferior.

Os dados coletados foram tabulados em planilhas eletrônicas do Microsoft Excel® 2010. Além disso, receberam tratamento estatístico por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences IBM* (SPSS IBM) versão 23.0, através da análise descritiva dos dados, utilizando medidas de tendência central para as variáveis quantitativas (média e desvio padrão) e distribuição de frequência (simples e relativa) para variáveis qualitativas.

Para verificar se houve diferença significativa entre o GIF no diagnóstico e o GIF na última avaliação utilizou-se o Teste t Student para amostras pareadas, considerando significativo $p < 0,05$. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com o parecer nº 2.833.718, e todos os princípios de sigilo e confidencialidade previstos na resolução número 466/12 do Conselho Nacional de Saúde foram cumpridas.

3 | RESULTADOS

Os pacientes com hanseníase que realizaram tratamento no local da pesquisa no período compreendido entre janeiro de 2017 e maio de 2018 resultaram em um total de 82 pacientes. Porém, através dos critérios de inclusão e exclusão foi obtida uma amostra de 42 pacientes. Destes, 29 são do sexo masculino (69,0%) e 13 do sexo feminino (31,0%).

Quanto à idade, houve variação entre 18 e 85 anos e uma média de $48,5 \pm 16,2$ anos, sendo a faixa etária de 18 a 59 anos (66,7%) a mais afetada pela doença, sendo destes, $n=5$ (11,9%), correspondente aos pacientes entre 18 e 29 anos de idade. Pacientes com idade igual ou superior a 60 anos representaram 33,3% da amostra.

No que diz respeito à raça/cor, observou-se, que 81% dos pacientes são pardos. Quanto a escolaridade, a maioria dos pacientes possuem até 7 anos de estudo (59,5%), totalizando 25 pacientes, estando incluídos nesse grupo, 8 (19%) pacientes analfabetos, 14 (33,3%) com ensino fundamental incompleto e 3 (7,1%) com ensino fundamental completo demonstrando a prevalência da hanseníase entre indivíduos com baixo nível de escolaridade.

No que concerne à ocupação, os pacientes que exerciam atividades remuneradas

foram agrupados em subcategorias conforme a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) (Brasil, 2010). Nesse sentido, observou-se maior predomínio entre os aposentados (26,2%), em seguida, tiveram representações mais significativas os trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio (21,4%), autônomos (14,3%), trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca (11,9%), do lar (9,5%), trabalhadores da produção de bens e serviços industriais (9,5%). Todos estes dados podem ser evidenciados na Tabela 1.

Variáveis	M±DP	n	%
Sexo			
Masculino		29	69,0
Feminino		13	31,0
Média de idade em anos	48,5±16,2		
Faixa etária			
18 a 59 anos		28	66,7
≥ 60 anos		14	33,3
Raça			
Parda		34	81,0
Branca		4	9,5
Afrodescendente		2	4,8
Não Informado		2	4,8
Escolaridade (anos de estudo)			
Até 7 anos de estudo		25	59,5
≥ 8 anos de estudo		16	38,1
Não Informado		1	2,4
Ocupação			
Aposentado		11	26,2
Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio*		9	21,4
Autônomos		6	14,3
Trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca*		5	11,9
Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais*		4	9,5
Do lar		4	9,5
Operadores de máquinas*		1	2,4
Técnicos de nível médio*		1	2,4
Membros das forças armadas, policiais e bombeiros*		1	2,4

Tabela 1 - Características sociodemográficas pacientes com hanseníase acompanhados em um centro de referência. Boa Vista - Roraima, 2020.

*Conforme a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO, 2010). M: média; DP: desvio padrão.

Fonte: autores, 2020.

No que tange ao GIF dos pacientes avaliados, um total de 40,5% (n=17) apresentaram algum tipo de deficiência associada à hanseníase no momento do diagnóstico (GIF 1 e

GIF 2). Foi observado que em 6 (14,3%) pacientes não foi feita a avaliação do GIF no diagnóstico ou esta informação não estava disponível nos prontuários dos mesmos, destes, 4 foram classificados com GIF 0 e 2 foram classificados com GIF 2, na última avaliação, demonstrando os ameaças que cercam a negligência desta avaliação inicial como ilustrado na Tabela 2.

Variáveis	n	%
GIF no Diagnóstico		
Grau 0	19	45,2
Grau 1	12	28,6
Grau 2	5	11,9
Não realizada	6	14,3
GIF na Última Avaliação		
Grau 0	21	50,0
Grau 1	11	26,2
Grau 2	10	23,0
Não realizada	0	0,0

Tabela 2 - Grau de Incapacidade Física (GIF) no diagnóstico e na última avaliação em pacientes com hanseníase atendidos em um centro de referência. Boa Vista – Roraima, 2020.

Fonte: autores, 2020.

A Tabela 3 diz respeito às incapacidades físicas, ao comparar o Grau de Incapacidade Física (GIF). Verificou-se no diagnóstico a média de 0,61 e na última avaliação de 0,75, um acréscimo de 0,14, entretanto não foi encontrada significância estatística ($p=0,169$) para esta evolução.

Variável	Média	Teste t de Student	p-valor*
GIF no Diagnóstico	0,61	0,706	0,169
GIF na Última Avaliação	0,75		

Tabela 3 - Comparação entre as médias do Grau de Incapacidade Física (GIF) no Diagnóstico e na Última Avaliação em pacientes com hanseníase atendidos em um centro de referência. Boa Vista – Roraima, 2020.

*Foi aplicado o teste t Student para amostras pareadas

Fonte: autores, 2020.

Em relação aos principais tipos de alterações identificadas nos pacientes desta pesquisa, observou-se que, com base nos dados contidos na Ficha de Avaliação Neurológica Simplificada (FANS) 95,2% (n=40) desses pacientes apresentam alterações nos membros inferiores (MMII) e 69% (n=29) nos membros superiores (MMSS), sendo pés e mãos os mais afetados. Foi verificado também que 33,3% (n=14) apresentaram alterações na face (Tabela 4). Ressalta-se que grande parte dos pacientes apresentaram

concomitantes alterações em mais de um membro, conforme ilustrado na Tabela 4.

Variáveis	n	%
Alterações em Membros Inferiores (MMII)	40	95,2
Alterações em Membros Superiores (MMSS)	29	69,0
Alterações na Face (olhos e nariz)	14	33,3
Reações hansênicas		
Nenhuma	30	71,4
Tipo 1	10	23,8
Tipo 2	2	4,8

Tabela 4 - Características das Incapacidades físicas de acordo com a Avaliação Neurológica Simplificada e ocorrência de reações hansênicas em pacientes com hanseníase atendidos em um centro de referência. Boa Vista - Roraima, 2020.

Fonte: autores, 2020.

Ao estratificar as complicações neurais por sítio corporal (Tabela 5), observou-se que as principais manifestações foram: sensibilidade diminuída (83,3%) e ferida (19%) nos pés; sensibilidade diminuída (35,7%) e garra móvel (9,5%) nas mãos; diminuição da acuidade visual (23,8%) e catarata (14,3%) nos olhos; ferida (9,5%) e reabsorção (7,1%) no nariz. No geral, sobressaiu-se a diminuição da sensibilidade, caracterizando a alteração mais representada neste estudo.

Sítio corporal	n	%
Olhos		
Diminuição da sensibilidade	3	7,1
Catarata*	6	14,3
Diminuição da acuidade visual*	10	23,8
Nariz		
Reabsorção	3	7,1
Ferida	4	9,5
Perfuração do septo	1	2,4
Mãos		
Garra móvel	4	9,5
Garra rígida	1	2,4
Reabsorção	2	4,8
Ferida	2	4,8
Sensibilidade diminuída	15	35,7
Pés		
Garra móvel	1	2,4
Reabsorção	1	2,4
Ferida	8	19
Sensibilidade diminuída	35	83,3

Tabela 5 - Principais complicações neurais por sítio corporal dos pacientes com hanseníase que foram atendidos em um centro de referência. Boa Vista - Roraima, 2020.

*Registros da avaliação neurológica simplificada, no entanto, não ficou clara a associação com a hanseníase, sendo possível se tratar de uma alteração anterior a doença.

Fonte: autores, 2020.

A Tabela 6, o comprometimento neural cuja média de nervos afetados foi de $3,9 \pm 5,3$ ($M \pm DP$), e o nervo mais acometido no momento do diagnóstico foi o nervo ulnar ($n=25$, 59,5%), seguido do nervo fibular ($n=22$, 52,4%). Nestes nervos foram encontradas as maiores frequências de alterações nos quesitos palpação do nervo (espessamento, dor e choque) e avaliação da força (diminuição e paralisia).

Nervos	M±DP	n	%
Nervos afetados	3,9 ± 5,3		
Ramos neurais superiores			
Ulnar		25	59,5
Mediano		5	11,9
Radial		4	9,5
Ramos neurais inferiores			
Fibular		22	52,4
Tibial		15	35,7

Tabela 6 - Principais nervos afetados em pacientes com hanseníase atendidos em um centro de referência. Boa Vista - Roraima, 2020.

*M ± DP: M= média; DP: desvio padrão.

Fonte: autores, 2020.

4 | DISCUSSÃO

De saída, é oportuno trazer à tona discussões que tocam elementos conceituais da hanseníase. Amplamente conhecida pela denominação de “lepra”, a hanseníase é considerada uma das mais antigas doenças que afetam a sociedade (Marinho, Nardi, Coutinho & Sime, 2015; Queiroz, 1997; Savassi, 2010). Detém uma aterrorizante imagem na história e na memória da humanidade, pois desde os mais antigos relatos é considerada como um mal contagioso, incurável e incapacitante, levando ao confinamento e exclusão das pessoas acometidas (Nunes, Oliveira & Vieira, 2011).

Causada pelo *Mycobacterium leprae* (ML) um bacilo álcool-ácido resistente e fracamente gram-positivo pertencente à família *Mycobacteriaceae*, ordem *Actinomycetales*, classe *Schizomycetes*. O ML é um patógeno intracelular obrigatório e apresenta afinidade pelas células neurais, especificamente as células de Schwann (Ribeiro & Lana, 2015), por esta razão possui acometimento dermatoneurológico, com lesões cutâneas e nos nervos periféricos, principalmente, nos olhos, membros superiores e membros inferiores (Araújo et al., 2014; Ribeiro et al., 2015) como manchas hipocrômicas, infiltrações, nódulos, entre outros (Brasil, 2002).

De modo geral, o comprometimento de receptores nervosos, responsáveis pela sensibilidade tátil, estímulo doloroso e visão, torna essa população mais vulnerável a acidentes, feridas, queimaduras e, inclusive, amputações, resultando em danos psicológicos

e sociais, que interferem na qualidade de vida (Seshadri, Khaitan, Khanna & Sagar, 2015).

As neuropatias hansênicas envolvem principalmente os nervos periféricos localizados na face (trigêmeo e facial), nos braços (radial, ulnar e mediano) e nas pernas (fibular e tibial) conforme a Figura 3 (Brasil, 2017a).

Na face a lesão do ramo zigomático causa paralisia da musculatura orbicular, impossibilitando oclusão das pálpebras, levando ao lagoftalmo. Nos membros superiores (MMSS) a lesão do nervo radial, o menos acometido entre eles, leva à perda da extensão de dedos e punho, causando deformidade em “mão caída”. No nervo ulnar acarreta a paralisia dos músculos interósseos e lumbricais do quarto e quinto dedos da mão, que conduzem ao desequilíbrio da flexão e extensão dos dedos, assim, a falange proximal é hiperextendida e os flexores profundos flexionam exageradamente as falanges distais resultando na mão em garra. O nervo mediano, pode ser acometido na região do punho, ocasionando a paralisia dos músculos ténares, com perda da oposição do polegar (Brasil, 2017b).

Observa-se que a hanseníase apresenta um alto poder incapacitante devido ao comprometimento nervoso, podendo ocasionar sequelas permanentes (Ribeiro & Lana, 2015). Estimativas sugerem que entre dois a três milhões de indivíduos tenham algum grau de comprometimento físico como resultado desta enfermidade. Cerca de 20% dos indivíduos recém-diagnosticados com hanseníase e/ou em tratamento apresentam algum grau de incapacidade física e sofrimento psicossocial e 23% irão desenvolvê-las mesmo após a alta; estes necessitarão de intervenções na reabilitação e cuidados médicos permanentes (Santana et al., 2018; Taglietti & Peres, 2013; Uchôa, Brito, Santana, Soares & Silva, 2017). Atrelado a isso, as incapacidades físicas geradas pela hanseníase acometem, principalmente, indivíduos na fase economicamente produtiva da vida e esse fator tem grande importância social e econômica, já que interfere na atividade laboral e na vida social (Araújo et al., 2014).

À luz dos resultados as formulações produzidas em Boa Vista trazem à tona discussões epidemiológicas e caracterizações da hanseníase e das incapacidades físicas desencadeadas pela mesma no território de Roraima. Verificou-se uma maior frequência do acometimento de hanseníase no sexo masculino. Sobre isso, a OMS afirma que os homens são mais frequentemente afetados pela hanseníase quando comparado às mulheres. Estudos realizados no Brasil também corroboram com essas informações e com os resultados obtidos nesta pesquisa (Abraçado, Cunha & Xavier, 2015; Chichava, 2010; Farias et al., 2015; Monteiro et al., 2013; Santana et al., 2018).

O boletim epidemiológico de casos novos de hanseníase no Brasil, no período de 2012 a 2016, mostrou que de 151.764 casos novos notificados, 84.447 (55,6%) ocorreram no sexo masculino, confirmando que se trata de uma realidade nacional (Brasil, 2018a).

Faz-se necessário, portanto, ter uma maior atenção em relação à saúde do homem. Em contrapartida, os estudos de Ribeiro e Lana (2015) e Uchôa et al. (2017), demonstraram maior detecção da hanseníase no sexo feminino; porém, os homens obtiveram mais

diagnósticos de grau de incapacidade física 2 no momento do diagnóstico, configurando uma detecção mais tardia.

Dessa forma, é crível que os homens estejam mais expostos aos riscos à saúde do que as mulheres, devido ao estilo de vida, fatores biológicos, econômicos e culturais (Chichava, 2010; Simpson, Fonsêca & Santos, 2010; Abreu & Portela, 2015), tornando-os mais suscetíveis a infecções por doenças transmissíveis (Correa, Ivo & Honer, 2006).

No diz respeito à idade, os resultados desta investigação foram similares a outras pesquisas, evidenciado que a hanseníase afeta em maiores proporções jovens e adultos, que são os indivíduos em “idade produtiva”, ou seja, a população economicamente ativa (Aquino, Caldas, Silva & Costa, 2003; Ignotti, Andrade, Sabrosa & Araújo, 2001; Nardi, Paschoal, Neto & Zanetta, 2012; Sousa et al., 2013). Estes fatos implicam em perdas econômicas, as quais geram mais pobreza e exclusão social, já que a hanseníase pode levar às incapacidades físicas e, conseqüentemente, ao afastamento desses pacientes de suas atividades laborais.

Outrossim, apesar da menor representação da população idosa neste estudo (33,3%), no que se refere ao GIF 1 e GIF 2, 36% e 50%, respectivamente, correspondiam aos pacientes maiores de 60 anos de idade. Fato importante, quando se leva em consideração que independente da hanseníase, as limitações e deficiências são mais frequentes conforme a idade progride (Nardi et al., 2012). Dessa forma, uma vez acometidos pela hanseníase, estes indivíduos têm grandes chances de demandarem cuidados futuros, o que exige dos profissionais o planejamento de ações neste sentido.

Predominou neste estudo a raça parda. O último boletim epidemiológico divulgado em 2018 pela Secretaria de Vigilância em Saúde confirmou esta tendência de maiores índices de adoecimento de hanseníase na cor parda, dos quais 58,9% dos casos notificados em todo o território brasileiro, correspondiam a esta categoria (Brasil, 2018a).

Ao considerar a definição de população negra, que de acordo com as especificações do Estatuto da Igualdade Racial (Lei nº 12.288/2010), é “o conjunto de pessoas que se autodeclararam pretas e pardas, conforme o quesito cor ou raça usado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)”, e que as categorias de raça e cor utilizadas pelo IBGE são as mesmas utilizadas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan); no presente estudo, a população negra somou 85,8% dos casos notificados. Prevalência também observada nacionalmente, e que reporta ao contexto histórico no Brasil, de que este grupo representa a maior parte da população do país, além de ser o que mais sofre com as desigualdades sociais (Brasil, 2018a).

Quanto a escolaridade, a prevalência de pacientes com baixo nível de escolaridade, foi encontrada por outros autores (Abraçado et al. 2015; Chichava, 2010; Monteiro et al., 2013; Nardi et al., 2012; Ribeiro & Lana, 2015; Santana et al., 2018; Santos et al., 2017), demonstrando que grande parte dos pacientes acometidos pela hanseníase tem baixa escolaridade, evidenciando ainda a relação entre o nível de instrução e o acometimento

pelo GIF 2 (Monteiro et al., 2013; Nardi et al., 2012; Ribeiro & Lana, 2015).

Foi ressaltado ainda o baixo nível de escolaridade como um determinante social que influencia fortemente para o crescimento da hanseníase; e, a necessidade de ações contínuas relacionadas à educação em saúde, especialmente, ao autocuidado (Brasil, 2018a). O baixo nível de instrução pressupõe condições de pobreza, vulnerabilidade e difícil acesso aos serviços de saúde (Ribeiro & Lana, 2015) e, compromete o entendimento da doença, quanto aos sinais iniciais e a importância do diagnóstico precoce e tratamento para prevenção de incapacidades físicas (Abraçado et al., 2015; Sousa et al., 2013).

Este fator deve ser observado, pois, como descrito, a baixa escolaridade tem forte relação com condições precárias de saneamento básico, moradia, higiene, nutrição e acesso aos serviços de saúde, fatores que determinam a manutenção da cadeia de transmissão da hanseníase. Isto requer dos profissionais de saúde atenção não somente à doença e ao tratamento, mas, também às ações preventivas promovendo momentos em que portador, família e comunidade possam compartilhar e sanar suas dúvidas.

No que concerne à ocupação, observou-se predomínio entre os aposentados, em seguida, tiveram representações mais significativas os trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio, autônomos, trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca, do lar, trabalhadores da produção de bens e serviços industriais.

Quando se leva em consideração o poder incapacitante da hanseníase, estes pacientes poderão corresponder, futuramente, a uma população de inativos; ou, caso consigam permanecer desenvolvendo atividades trabalhistas, precisarão ser inseridos em atividades compatíveis a suas limitações, e a depender, sujeitados a uma renda mensal diminuída (Ribeiro & Lana, 2015).

Ressalta-se sobre este tópico a situação de vulnerabilidade a qual estes indivíduos estão incluídos e as sequelas debilitantes que a hanseníase pode deixar, visto o aparecimento de lesões, principalmente, nos olhos, nariz, braços e pernas, que são áreas expostas e essenciais para o desenvolvimento de atividades; além, do sofrimento mental causado pela doença, quando seus portadores enfrentam situações de preconceito e segregação.

As deformidades físicas constituem as principais causas de estigma social e isolamento de pessoas com hanseníase, elas afetam os mecanismos de defesa, bem como a capacidade de sentir dor, a visão e o tato, comprometendo a qualidade de vida destas pessoas (Brasil, 2018a).

Em todas as formas de hanseníase há acometimento do ML nos nervos (Buna et al., 2015), causando desmielinização nas células de Schwann, associada principalmente à perda da sensibilidade, e este fenômeno pode ocorrer antes mesmo do organismo perceber a presença do bacilo (Tragliete & Peres, 2013). Acredita-se, ainda, que este comprometimento neural ocorra, principalmente, antes do diagnóstico (Meima, Gebre, Desta & Habbema, 2001).

O ML pode acometer os nervos periféricos desde as terminações cutâneas até os troncos nervosos, causando neuropatias clinicamente mistas, derivadas do comprometimento de fibras nervosas sensitivas, motoras e autonômicas (Barbosa, Mello, Pires, Margarida & Silva, 2016; Santos et al., 2017). Nas alterações sensitivas, é corrompida, inicialmente, a sensibilidade térmica, seguida da redução (e até perda) das sensibilidades dolorosa e tátil (Brasil, 2008; Uchôa et al., 2017). As alterações motoras levam a paralisias ou paresias, fraqueza e atrofia muscular.

Já nas fibras nervosas autonômicas, pele seca e presença de fissuras em consequência da diminuição das secreções que dão suporte à flexibilidade e textura da pele (Buna et al., 2015). Essas disfunções, frequentemente, estão acompanhadas de dor intensa, hipersensibilidade dos nervos, déficit motor e sensitivo e, edema. Tais alterações tornam essa população mais vulnerável a acidentes, feridas, queimaduras e, inclusive, amputações, resultando em danos psicológicos e sociais, que interferem na qualidade de vida (Seshadri et al., 2015).

No que tange ao GIF dos pacientes avaliados, um total de 40,5% (n=17) apresentaram algum tipo de deficiência associada à hanseníase no momento do diagnóstico (GIF 1 e GIF 2). Correa et al. (2006), Ramos e Souto (2010), Arantes et al. (2010), Nardi et al. (2012), Uchôa et al. (2017) também observaram resultados similares. Observa-se, que os danos neurais observados no diagnóstico inicial em pacientes com hanseníase representam prognóstico ruim, pois implicam na ocorrência de incapacidades físicas e mostram a importância da realização do diagnóstico precoce na prevenção dessas incapacidades. Vale a pena ressaltar que apenas a realização do diagnóstico não impedirá a ocorrência desses problemas físicos, sendo necessária a realização do tratamento medicamentoso, bem como a adesão do paciente ao mesmo.

Em relação aos principais tipos de alterações identificadas nos pacientes desta pesquisa, observou-se que, com base nos dados contidos na Ficha de Avaliação Neurológica Simplificada (FANS) 95,2% (n=40) desses pacientes apresentam alterações nos membros inferiores (MMII) e 69% (n=29) nos membros superiores (MMSS), sendo pés e mãos os mais afetados. Foi verificado também que 33,3% (n=14) apresentaram alterações na face. Ressalta-se que grande parte dos pacientes apresentaram alterações em mais de um membro.

As incapacidades físicas da hanseníase também podem ser produzidas por episódios reacionais sucessivos, que consistem em reações inflamatórias exacerbadas em resposta a disfunções do sistema imunológico. Estes podem ocorrer antes do diagnóstico, durante ou após o tratamento farmacológico (Brasil, 2017b; Santana et al., 2018).

Com relação à ocorrência de episódios reacionais, a maioria dos pacientes não apresentou reações hansênicas no período do tratamento. No entanto, foi verificado que a reação reversa ou tipo 1 ocorreu em 10 (23,1%) pacientes. Esta se caracteriza pelo aparecimento de novas lesões na pele, mudanças na coloração, infiltração, dor e edema

nas lesões pré-existentes. Sobre a reação de eritema nodoso ou tipo 2, que se caracteriza pela presença de nódulos dolorosos na pele, febre e dor acentuada nas articulações, houve o registro apenas para 2 (4,8%) pacientes.

Reconhece-se que a reação tipo 1 é a mais incapacitante, no entanto a reação tipo 2 é a mais frequente (Brasil, 2017b), fato oposto aos resultados deste estudo. A falta de padronização de protocolos para a avaliação pode dificultar a classificação e o cuidado de pacientes que exibem reações hansênicas, abrindo precedentes para a progressão do grau de incapacidade física (Monteiro et al., 2013). De modo geral, estes quadros agudos de dor, febre e novas lesões também se tornam responsáveis por interferências nas atividades diárias e laborais desses pacientes.

Para Araújo e colaboradores (2014), uma das explicações para as alterações nasais é a clofazimina, medicamento utilizado na PQT, que tem como efeito colateral o ressecamento de mucosas e pele. Considera-se também ser a mucosa nasal a principal via de transmissão do ML e que, muitas vezes, a lesão nasal surge antes do acometimento em outras regiões (Kil et al., 2012).

Essas lesões no nariz têm grandes repercussões tanto físicas quanto emocionais; as físicas podem interferir na função respiratória do paciente e alterar a estética corporal; e as emocionais, por estarem intimamente ligadas ao estigma, podem afetar o desenvolvimento das atividades laborais e diárias dos pacientes (Santana et al., 2018).⁴⁹

Em relação às complicações nos olhos, um total de dez pacientes apresentou diminuição da acuidade visual; porém, verificou-se que o registro dessa informação não era realizado em todos os pacientes. Além disso, nos casos em que se considerou a diminuição da acuidade visual e catarata, não se pode confirmar a real associação com as sequelas da hanseníase, já que foram considerados apenas os registros da avaliação neurológica simplificada e não foi localizado nenhum parecer de um oftalmologista.

Este fato retrata a necessidade de uma avaliação mais criteriosa dos pacientes com hanseníase e a importância da assistência de uma equipe interdisciplinar no diagnóstico e rastreamento de necessidades humanas. Sobre isto, em estudo retrospectivo, concluiu-se que a maioria dos pacientes nunca haviam sido avaliados quanto a problemas oculares ou sequer o reconhecimento destes problemas o que reforça a importância da avaliação (Kil et al., 2012).

A maior frequência do acometimento nos pés é relatada em outros estudos (Aquino et al., 2003; Kil et al., 2012; Oliveira & Macedo, 2012). Esse menor destaque de lesões nas mãos, pode ser justificado pela percepção mais precoce e também pelo melhor autocuidado dispensado a essa região, quando comparado aos pés (Araújo et al., 2014). Por outro lado, os pés padecem mais dos impactos da deambulação que, por consequência, têm a marcha comprometida e o desenvolvimento de feridas plantares (Kil et al., 2012).

Com relação ao comprometimento neural, o nervo mais acometido no momento do diagnóstico foi o nervo ulnar, seguido do nervo fibular. Em estudo, também realizado

em um centro de referência, no município de Uberlândia-MG, observou-se uma média de 2,5 nervos afetados no momento do diagnóstico. Essa investigação também verificou uma redução na média de comprometimentos após alta por cura (Santana, et al., 2018).

No estudo de Silva e colaboradores (2019), encontrou-se uma associação estatística ($p < 0,05$) para os pacientes com mais de três nervos acometidos, com dezessete vezes mais chances de desenvolverem incapacidades físicas. A comparação destes dados demonstra as diferentes realidades em que a hanseníase está inserida, sendo subsidiários para dirigir as ações de cuidar específicas como forma de evitar sequelas graves pelo comprometimento neural, além de alcançar à cura e reabilitação de alterações que são inevitáveis na doença, as neuropatias.

As neurites estão presentes em todas as formas clínicas da hanseníase, sendo assim, o comprometimento neural é um fator importante na instalação das incapacidades físicas da hanseníase (Kil et al, 2012; Pimentel, Borges, Sarno, Nery & Gonçalves, 2003), mas pode ser evitado se estas complicações forem identificadas e tratadas precocemente (Araújo et al., 2014).

Ademais, o maior acometimento do nervo ulnar pode ser explicado por sua maior exposição a traumas e compressões, já que está localizado mais superficialmente, ocasionando reação inflamatória, fibrose e, por consequência, isquemia local (Leite et al., 2010). Dessa forma é imperativo o exame físico criterioso desses troncos nervosos, visto a grande importância que a lesão destes nervos tem para o desenvolvimento de deficiências.

A avaliação neurológica da hanseníase inclui a história do paciente, ocupação e atividades diárias, queixas; e, o exame físico, que inclui os critérios do FANS: palpação dos nervos, teste da força muscular, inspeção e o teste da sensibilidade dos principais nervos afetados (Brasil, 2017a; 2017b).

Especificamente na palpação dos nervos, ao considerar o acometimento dos ramos neurais avaliados, observou-se que o espessamento das estruturas nervosas foi a principal alteração. Pimentel et al. (2003), também observaram que a maioria dos pacientes exibiam espessamento e/ou dor nos nervos no começo do tratamento.

Isso vai ao encontro do que está listado por Kumar, Girdhar & Girdhar (2004), quando descrevem que dois terços dos casos de hanseníase já exibem certo grau de espessamento de pelo menos um nervo no momento do diagnóstico. De modo geral, quanto à ocorrência de espessamento, choque e dor nos nervos, os ramos ulnar e fibular foram os mais afetados.

No que se refere à avaliação da força dos nervos foi possível observar a diminuição e até mesmo a paralisia, e que estas alterações também estiveram mais presentes no nervo ulnar e no nervo fibular. Esta diminuição ou perda da força motora acarreta grandes prejuízos a estes indivíduos e até mesmo o afastamento do convívio social, pois os torna, de certa forma débeis, para a realização de determinadas atividades manuais, somado ao fato do acometimento de nervos vitais para a mobilidade e atividade.

Em se tratando da inspeção, que é a busca por alterações resultantes da hanseníase, visíveis (Santana et al., 2018); constatou-se alterações que estão entre as mais graves. Nas mãos, a mão em garra, que resulta da lesão do nervo ulnar, leva ao desequilíbrio da flexão e extensão dos dedos. E nos pés, as feridas constituem complicações secundárias, pois decorrem do comprometimento sensitivo e motor, também denominadas de úlceras plantares (Brasil, 2017b).

No que diz respeito avaliação da sensibilidade, esta foi a principal alteração encontrada nos membros superiores e inferiores dos participantes envolvidos na pesquisa. A perda da sensibilidade funcional é considerada o déficit mais importante na neuropatia hanseníase. Isso porque, durante a evolução natural da hanseníase, ocorrem inicialmente as alterações da sensibilidade. Primeiro a térmica, que segue a hiperestesia, depois hipoestesia e por fim anestesia. E seguida, perde-se progressivamente a sensibilidade dolorosa e, por último, a tátil. Posteriormente, surgem os estágios mais avançados da manifestação clínica, no qual encontramos o comprometimento neural (Araújo et al., 2014).

Vale frisar, os diversos contextos em que a perda da sensibilidade está inserida e que implicações ela traz aos portadores. Como os resultados apresentados por Ramos e Souto (2010), que relataram em seu trabalho que a maior frequência de diminuição da sensibilidade entre os pacientes que relataram trabalhos manuais, nos que apresentavam algum tipo de comprometimento neural e naqueles com GIF 2 na alta.

Dessa forma, observa-se uma experiência de veemente insegurança, ao passo que estes indivíduos, quando comparados aqueles com pele normal, estão mais vulneráveis a ferimentos e, pior que isso, lesões sobre lesões, que não cicatrizam, tornando-as um campo fértil para proliferação de microrganismos. Estes pacientes certamente precisarão de intervenções com orientações para a readaptação sensorial, além daquelas relacionadas aos cuidados gerais com a pele: higiene e secagem adequada, além de curativos diários.

Pensar nos cuidados em saúde direcionados para os pacientes acometidos por hanseníase em sua natureza é desafiador. Isso porque além os profissionais de saúde a partir de uma linguagem comum além de olharem para as necessidades físicas do corpo acometido por uma doença precisam entender o potencial estigmatizante da doença e seu impacto nas atividades de vida diária das pessoas doentes ou em reabilitação.

Dessa forma, olha-se para o ser acometido pela hanseníase com respeito e a cima de tudo buscando à garantia dos direitos humanos, sobretudo quando percorrem os serviços de saúde à procura de cuidado. Nesse aspecto, cabe uma pausa para refletir no plano das discussões sobre os direitos das pessoas diagnosticadas por hanseníase.

No plano macropolítico, a Constituição Brasileira declara como direitos sociais e fundamentais do ser humano: educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia, transporte, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância, assistência aos desamparados (Constituição do Brasil, 1988).

Estando estritamente ligado ao direito à vida, à dignidade humana e à qualidade de

vida, o direito humano à saúde tem valor indispensável para o exercício de outros direitos fundamentais (Ramos & Esquivel, 2015). Porquanto, não basta a assistência médica, pois o cuidado em saúde resulta também das condições de vida do indivíduo, família e comunidade (Teixeira, 2017).

Assim, conforme afirmado na Constituição Brasileira e reafirmado na Lei orgânica de saúde número 8080 (1990): “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

No que diz respeito a pessoa acometida pela hanseníase, Teixeira (2017) relacionou como fundamental o tratamento gratuito, o sigilo, à reabilitação, sobretudo em receber órteses e próteses, auxílio doença, aposentadoria por invalidez, benefício de prestação continuada, isenções tributárias, pensão especial decorrente de internação compulsória.

O expressivo poder incapacitante e as rigorosas deformidades da hanseníase tornam fundamental a reabilitação da pessoa atingida pela doença (Brasil, 2017a). O artigo 89 da Lei 8.213 (1991) dispõe o direito de reabilitação para a pessoa parcialmente ou totalmente incapacitada para o trabalho, por meio da reeducação e readaptação profissional e social. E, conforme disposto nesta Lei, a reabilitação profissional compreende o fornecimento e manutenção gratuitos de prótese, órtese e instrumentos para auxílio da locomoção.

A Lei 8742 (1993) em seu artigo 20, estabelece os direitos de caráter retributivo, devido somente aos que contribuam para a previdência social. O auxílio doença, é o benefício assegurado ao indivíduo que ficar incapaz por mais de 15 dias consecutivos para suas atividades laborais e diárias; no entanto, é temporário. Já a aposentadoria por invalidez é o direito assegurado àqueles que a incapacidade para o trabalho é permanente, ou seja, não havendo condições para reabilitação e capacidade para suprir as necessidades mínimas para sua sobrevivência.

Sabe-se que durante vários anos a segregação da pessoa atingida pela hanseníase foi considerada como forma de controle da doença (Castro & Watanabe, 2009). Desta forma, a Lei 11.520 de 18 de dezembro de 2007, trata da pensão especial decorrente de internação compulsória concedida às pessoas que em decorrência da hanseníase submetidas a isolamento e internação compulsória.

Diferente dos direitos, que são bens e vantagens estabelecidos na Constituição e Leis que os disciplinam; as garantias são ferramentas, de via judicial, pra o exercício do direito. Usadas no momento em que os direitos não são espontaneamente assegurados (Lenza, 2012).

O texto constitucional, aborda em seu artigo quinto que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade”; e que “a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou

ameaça ao direito (XXXV).

Nesse sentido, as pessoas, que apresentam seus direitos transgredidos ou ameaçados, podem fazer uso da justiça em busca dos seus interesses (Cury, 2005; Teixeira, 2017). De modo inclusivo, os atingidos pela hanseníase, podem buscar a reparação de contingentes danos morais e materiais sofridos pela enfermidade.

Com base nas discussões postas, e com a certeza que o às dimensões do cuidado em saúde, direito e cidadania as pessoas acometidas pela hanseníase não se esgotam neste ensaio, realiza-se uma pausa para (in)conclusões que tocam o fortalecimento de práticas e saberes (inter)profissionais e disciplinares como forma de beneficiar as pessoas do hoje e do amanhã que buscam cuidados específicos na rede SUS.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos achados da pesquisa, verificou-se que a população mais atingida pela hanseníase são homens, na faixa etária economicamente ativa, da raça parda, com baixo grau de escolaridade, aposentados e trabalhadores do serviço e comércio. Constatou-se, ainda, um elevado grau de incapacidades físicas já no diagnóstico da hanseníase, além de uma média de cerca de quatro nervos afetados por paciente, os quais resultaram em comprometimento principalmente nos membros inferiores e superiores.

Diante desse cenário, verifica-se que a pausa nas formulações científicas deixa a certeza que existem muitas inquietações sobre os cuidados produzidos em saúde os direitos constitucionais da pessoa diagnosticada com hanseníase, sobretudo quando se olha para região extremo norte do Brasil, de maneira peculiar o estado de Roraima.

Ao ser assumido os riscos de produção de reflexões situadas no campo biológico, epidemiológico, social e do direito humano, foram constatados como rotas de fuga para implementação de práticas de cuidar resolutivas junto a prevenção, promoção, tratamento, cura e reabilitação da pessoa acometida por hanseníase o diálogo interdisciplinar.

Fala-se de um potente encontro de saberes que sejam capazes de decodificar a natureza da hanseníase, seus códigos culturais para o restabelecimento do fluxo vital das pessoas por ela acometidas. Nessa perspectiva, coloca-se em relevo conclusivo a missão do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan) que destaca a necessidade de a doença ser compreendida no plano social como um acometimento de saúde que possui tratamento e cura, eliminando assim toda forma de estigma produzida em torno da doença.

Assim, acredita-se que as formulações postas possam contribuir com os processos de cuidar realizados pelos profissionais de saúde, além de beneficiar o desenvolvimento de práticas interprofissionais capazes de considerar dimensões existenciais, clínicas e espaciais nos diversos contextos do SUS onde transitam pessoas saudáveis e acometidas por hanseníase.

REFERÊNCIAS

Abraçado, M. F. S., Cunha, M. H. C. M. & Xavier, M.B. (2015). Adesão ao tratamento de hanseníase em pacientes com episódios reacionais hansênicos em uma unidade de referência. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, 6(2), 23-28.

Abreu, W. A. & Portela, N. L. C. (2015). Fatores associados à não adesão ao tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica. **Revista Interdisciplinar**, 8(3), 50-60.

Aquino, D. M. C., Caldas, A. J. M., Silva, A. A. M. & Costa, J. M. L. (2003). Perfil dos pacientes com hanseníase em área hiperendêmica da Amazônia do Maranhão, Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, 36(1), 57-64.

Arantes, C. K., Garcia, M. L. R., Filipe, M. S., Nardi, S. M. T., Lutz, A. & Paschoal, V. D. (2010). Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da hanseníase. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 19(2), 155-164.

Araújo, A. E. R., Aquino, D. M. C., Goulart, I. M. B., Pereira, S. R. F. Figueiredo, I. A., Serra, H. O., Fonseca, P. C. A. & Caldas, A. J. M. (2014). Complicações neurais e incapacidades em hanseníase em capital do nordeste brasileiro com alta endemicidade. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 17(4), 899-910.

Barbosa, F. P. S., Mello, I. F., Pires, J. C. B., Margarida, T. C. & Silva, J. L. R., Jr. (2016). Incapacidades neurológicas provocadas pela hanseníase em uma unidade de saúde do município de Anápolis-GO, entre 2011 e 2013, **Revista Educação e Saúde**, 4(2), 03-10.

Brasil. (2002). **Guia para o controle da hanseníase**, Secretaria de Políticas de Saúde. (1a ed.), Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica.

Brasil. (2008). **Manual de Prevenção de incapacidades - Cadernos de prevenção e reabilitação em hanseníase**, n. 1. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2010). **Classificação Brasileira de Ocupações: CBO – 2010**. (3a ed). Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego.

Brasil. (2016). **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2017a). **Guia prático sobre a hanseníase** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2017b). **Guia de Vigilância em Saúde: volume único** [recurso eletrônico]. (2a ed.). Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2018a). **Boletim Epidemiológico: Caracterização da situação epidemiológica da hanseníase e diferenças por sexo, Brasil, 2012-2016**. Brasília: Secretaria de Vigilância Epidemiológica, Ministério da Saúde, 49(4), 2-10.

Brasil. (2018b). **Registro ativo: número e percentual, Casos novos de hanseníase: número, coeficiente e percentual, faixa etária, classificação operacional, sexo, grau de incapacidade, contatos examinados, por estados e regiões**. Brasil, Portal Saúde, Ministério da Saúde. Recuperado em 20 agosto, 2019, de <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/julho/13/Registro-ativo-numero-e-percentual-por-estados-e-regioes-Brasil-2017.pdf>.

Buna, A.T.M., Rocha, F. C. G., Alves, E. M., Granja, F. B. C., Sousa, D. J. & Silva, M. G. P. (2015). Incapacidades físicas nos pacientes com hanseníase cadastrados em uma unidade de saúde de São Luís – MA. **Revista Interdisciplinar**, 8(1), 115-122.

Castro, S. M. S. & Watanabe H. A. W. (2009). Isolamento compulsório de portadores de hanseníase: memória de idosos. **Histciensude-Manguinhos**, 16(2), 449-87.

Chichava, O. A. (2010). **Fatores associados à baixa adesão ao tratamento da hanseníase em pacientes de 78 municípios do estado do Tocantins**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Departamento de Saúde Comunitária, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil. Disponível: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/1345>.

Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Senado Federal, Secretaria Especial de Informática. Brasília: DF. Recuperado em 01 fevereiro, 2020, de www.senado.gov.br/atividade/const/con1988con1988_05.10.1988/con1988.pdf

Correa, C. M. J., Ivo, M. L. & Honer, M. R. (2006). Incapacidades em sujeitos com hanseníase em um centro de referência do centro-oeste brasileiro entre 2000-2002. **Hansenologia Internationalis**, 31(2), 21-8.

Cury, L. T. (2005) **Direito fundamental à saúde: evolução, normatização e efetividade**. Rio de Janeiro: Lúmen Júris.

Departamento Nacional de Informática do Sistema Único de Saúde. **Casos de Hanseníase (SINAN)**. Recuperado em 26 abril, 2018, de <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=31032752>.

Farias, C. R. S., Fregonesi, C. E. P. T., Corazza, D. A. G., Andrade, D. M., Mantovani, D. T., Silva, R., J. & Mantovani, A. M. (2015). Grau de incapacidade física de portadores de hanseníase: estudo de coorte retrospectivo. **Arquivo Ciências da Saúde**, 22(4), 58-62.

Ignotti, E., Andrade, V. L. G., Sabrosa, P. C. & Araújo, A. J. G. (2001). Estudo da adesão ao tratamento da hanseníase no município de Duque de Caxias-Rio de Janeiro. **Hansenologia Internationalis**, 26(11), 23-30.

Kil, A. K., Silvestre, C. M., Kaminice, L. M., Quintino, L. B., Lima, L. B., Paranhos, M. B., Voss, T. H., Cunha, A. C. S., Mainenti, D. A. M. & Goulart, I. M. B. (2012). Deficiências e Incapacidades por Hanseníase: avaliação clínica e epidemiológica dos pacientes atendidos em um Centro de Referência Nacional do Brasil. **Hansenologia Internationalis**, 31(1),25-33.

Kumar, A., Girdhar, A. & Girdhar, B. K. (2004). Nerve thickening in leprosy patients and risk of paralytic deformities: a field based study in Agra, India. **Leprosy Review**, 75(2), 134-42.

Leano, H. A. M., Araújo, K. M. F. A., Rodrigues, R. N., Bueno, I. C. & Lana, F. C. F. (2017). Indicadores relacionados a incapacidade física e diagnóstico de hanseníase. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, 18(6), 832-839.

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de (1990). **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências** [Internet]. Casa Civil, Subchefia para assuntos jurídicos. Brasília, DF. Recuperado em 01 fevereiro, 2020, de www.planalto.gov.br/ccivil/03/leis/L8080.htm

Lei nº8.213, de 14 de julho de 1991 (1991). **Dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social e das outras providências** [Internet]. Casa Civil, Subchefia para assuntos jurídicos. Brasília: DF. Recuperado em 01 fevereiro, 2020, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm.

Lei nº8742, de 07 de dezembro de 1993 (1993). **Dispõe sobre a organização da Assistência Social e das outras providências** [Internet]. Casa Civil, Subchefia para assuntos jurídicos. Brasília: DF. Recuperado em 01 fevereiro, 2020, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742.htm.

Lei nº 11.520, de 18 de setembro de 2007 (2007). **Dispõe sobre a concessão de pensão especial às pessoas atingidas pela hanseníase que foram submetidas a isolamento e internação compulsórios** [Internet]. Casa Civil, Subchefia para assuntos jurídicos. Brasília: DF. Recuperado em 01 fevereiro, 2020, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/l11520.htm.

Leite, S. N., Barros, A. R. S. B., Fonseca, M. C. R., Andrade, T. A. M., Foss, N. T. & Frade, M. A. C. (2010). Avaliação sensitiva de hansenianos pelos monofilamentos semmes-weinstein em serviço terciário de fisioterapia. **Hansenologia Internationalis**, 35(2), 9-16.

Lenza, P. (2012). **Direito constitucional esquematizado**. (16a ed., p. 957-1071) São Paulo: Saraiva.

Lopes, V. A. S. & RangeL, E. M. (2014). Hanseníase e vulnerabilidade social: uma análise do perfil socioeconômico de usuários em tratamento irregular. **Saúde e Debate**, 38(103), 817-829.

Marinho, F. D., Nardi, S. M. T., Coutinho, G. C. & Sime, M. M. (2015). Hanseníase em Criança e Adolescente. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde*, 3(2), 95-105.

Meima, A., Gebre, S., Desta, K. & Habbema, J. D. (2001). Dynamics of impairment during and after 5 treatment: the AMFES cohort. **Leprosy Review**, 72(2), 158-70.

Monteiro, L. D., Alencar, C. H. M., Barbosa, J. C., Braga, K. P., Castro, M. D. & Heukelbach, J. (2013). Incapacidades físicas em pessoas acometidas pela hanseníase no período pós-alta da poliquimioterapia em um município no Norte do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 29(5), 909-920.

Monteiro, L. D., Mota, R. M. S., Melo, F. R. M., Alencar, C. H. & Heukelbach, J. (2017). Determinantes sociais da hanseníase em um estado hiperendêmico da região Norte do Brasil. **Revista Saúde Pública**, 51(70), 1-11.

Nardi, S. M. T., Paschoal, V. D., Neto, F. C. & Zanetta, D. M. (2012). Deficiências após a alta medicamentosa da hanseníase: prevalência e distribuição espacial. **Revista Saúde Pública**, 46(6), 969-977.

Nunes, J. M., Oliveira, E. N. V. & Vieira, N. F. (2011). Hanseníase: conhecimentos e mudanças na vida das pessoas atingidas. **Ciência Saúde Coletiva**, 16(1), 1311-1318.

Oliveira, F. F. L. & Macedo, L. C. (2012). Perfil epidemiológico dos portadores de hanseníase em um município da região centro-oeste do Paraná. **Revista Saúde e Biologia**, 7(1), 45-51.

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2016). **Estratégia global para hanseníase 2016-2020: aceleração rumo a um mundo sem hanseníase**. Genebra: Organização Mundial da Saúde.

Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). (2017). **OPAS/OMS colabora com Brasil para livrar país da hanseníase**. Recuperado em 11, novembro, 2018, de https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5474:opas-oms-colabora-com-brasil-para-livrar-pais-da-hanseniae&Itemid=812.

Pimentel, M. I. F., Borges, E., Sarno, E. N., Nery, J. A. C. & Gonçalves, R. R. (2003). O exame neurológico inicial na hanseníase multibacilar: correlação entre a presença de nervos afetados com incapacidades presentes no diagnóstico e com a ocorrência de neurites francas. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, 78(5), 561-568.

Queiroz, M. S. (1997). A endemia hanseniana: **uma perspectiva multidisciplinar** [versão eletrônica]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

Ramos, J. M. H. & Souto, F. J. D. (2010). Incapacidade pós-tratamento em pacientes hansenianos em Várzea Grande, Estado de Mato Grosso. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, 43(3), 293-297.

Ramos, J. G. G. & Esquivel, C. L. W. (2015). O direito à saúde como direito humano fundamental: breves considerações a respeito do seu formato legal à sua eficácia social. **Ciências Sociais Aplicadas em Revista - UNIOESTE/MCR**, 15(28), 9-40.

Ribeiro, G.C. & Lana, F.C.F. (2015). Incapacidades físicas em hanseníase: caracterização, fatores relacionados e evolução. **Cogitare Enfermagem**, 20(3), 496-503.

Ribeiro, M. D. A., Castillo, I. S., Silva, J. C. A. & Oliveira, S. B. (2015). A visão do profissional enfermeiro sobre o tratamento da hanseníase na atenção básica. **Revista Brasileira de Promoção à Saúde**, 30(2), 221-228.

Santana, E.M.F., Brito, K. K. G., Nogueira, J. A., Leadbal, O. D. C. P., Costa, M. M. L., Silva, M. A., & Soares, J. G. O., (2015). Deficiências e incapacidades na hanseníase: do diagnóstico à alta por cura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 20(15), 11p. Recuperado em 07 novembro, 2018, de <https://doi.org/10.5216/ree.v20.50436>.

Santos, D. F., Mendonça, M. R., Antunes, D. E., Sabino, E. F. P., Pereira, R., C., Goulart, L. R. & Goulart, I. M. B., (2017). Revisiting primary neural leprosy: Clinical, serological, molecular, and neurophysiological aspects. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, 11(11),1-14.

Savassi, L. C. M. (2010). **Hanseníase: políticas públicas e qualidade de vida de pacientes e seus cuidadores**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde), Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, MG, Brasil. Disponível: http://www.cpqrr.fiocruz.br/texto-completo/d_48.pdf

Seshadri, D., Khaitan, B. K., Khanna, N. & Sagar, R. (2015). Dehabilitation in the era of elimination and rehabilitation: a study of 100 leprosy patients from a tertiary care hospital in India. **Leprosy Review**, 86(1), 62-74.

Silva J. S. R., Palmeira, I. P., Sá, A. M. M., Nogueira, L. M. V. & Ferreira, A. M. R. (2019). Variáveis clínicas associadas ao grau de incapacidade física na hanseníase. **Revista Cuidarte**, 10(1).

Simões, G. F. (2017). **Venezuelanos em Roraima: características e perfis da migração venezuelana para o Brasil**. In CIERCO, T. Fluxos migratórios e refugiados na atualidade. Rio de Janeiro: Fundação Konrad Adenauer Stiftung, 45-56.

Simpson, C. A., Fonsêca, L. C. T. & Santos, V. R. C. (2010). Perfil do doente de hanseníase no estado da Paraíba. **Hansenologia Internationalis**, 35(2), 33-40.

Sobrinho, R.A.S., Mathias, T. A. F., Gomes, E. A. & Lincoln, P. B. (2007). Avaliação do grau de incapacidade em hanseníase: uma estratégia para sensibilização e capacitação da equipe de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 15(6).

Sousa, A. A., Oliveira, F. J. F., Costa, A. C. P. J., Neto, M. S., Cavalcante, E. F. O. & Ferreira, A. G. N. (2013). Adesão ao tratamento da hanseníase por pacientes acompanhados em unidades básicas de saúde de Imperatriz – MA. **Sanare**, 12(1), 06-12.

Taglietti, M. & Peres, C. P. A. **Avaliação do grau de incapacidade física de indivíduos com sequelas de hanseníase que encontram-se em atendimento em centro de reabilitação física**. FIEP BULLETIN, 83(Edição especial) 3p.

Teixeira, R. M. (2017). **Direitos e garantias da pessoa atingida pela hanseníase**. Dissertação de mestrado, Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina, Botucatu, Brasil. Disponível: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/149890>.

Uchôa, R. E. M. N., Brito, K. K. G., Santana, E. M. F., Soares, V. L. & Silva, M. A. Perfil clínico e incapacidades físicas em pacientes com hanseníase. **Revista de enfermagem UFPE**, 11(3), 1464-1472.

CAPÍTULO 10

INFLUÊNCIA DO PRECONCEITO NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA DE TRANSEXUAIS E TRAVESTIS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Data de aceite: 01/04/2022

Data de submissão: 08/03/2022

Tuanny Italla Marques da Silva Pereira

Secretaria Estadual de Saúde – SES-PE
Salgueiro – Pernambuco
<https://orcid.org/0000-0002-4654-1756>

Lídice Lílian Santos Miranda

Escola de Saúde Pública da Bahia – ESPBA
Baixa Grande – Bahia
<https://orcid.org/0000-0002-6014-1791>

Aislany Warlla Nunes Luna

Universidade Federal do Vale do São Francisco
– UNIVASF
Petrolina – Pernambuco
<https://orcid.org/0000-0003-3798-2805>

Bruna Leticia da Silva Melo

Universidade Federal do Vale do São Francisco
– UNIVASF
Petrolina – Pernambuco
<https://orcid.org/0000-0001-8585-8468>

Fernanda Emilia Xavier de Souza

Universidade Federal do Vale do São Francisco
– UNIVASF
Petrolina – Pernambuco
<https://orcid.org/0000-0001-7055-375X>

Maria Clara Campos de Sá

Universidade Federal do Vale do São Francisco
– UNIVASF
Petrolina – Pernambuco
<https://orcid.org/0000-0002-3874-2558>

Mariana Pereira Gama

Universidade Federal do Vale do São Francisco
– UNIVASF
Petrolina – Pernambuco
<https://orcid.org/0000-0002-9100-7325>

Marcelo Domingues de Faria

Universidade Federal do Vale do São Francisco
– UNIVASF
Petrolina – Pernambuco
<https://orcid.org/0000-0002-3558-9842>

RESUMO: O estudo objetivou analisar como o preconceito influencia no processo saúde-doença de transexuais e travestis. Trata-se de revisão integrativa de literatura que utilizou as bases de dados SciELO, LILACS e MEDLINE e os descritores “Preconceito de gênero”, “Transexualidade”, “Travestilidade”, “Trabalhadores de saúde” e “Assistência à saúde”. A busca ocorreu entre março e abril de 2019 e incluiu publicações de 2009 a 2019. Dentre as 1.177 publicações encontradas, selecionaram-se 13 pelos critérios de inclusão e exclusão. Observou-se que o processo de feminilização corporal, atrelado aos transexuais/travestis que se identificam como mulheres, leva a realização de procedimentos estéticos que podem ocasionar problemas de saúde. Este processo de mudança corporal deve ser acompanhado por profissionais capacitados, porém, muitos transexuais/travestis evitam usar os serviços de saúde devido ao preconceito. Atitudes como desrespeito ao uso do nome social e violência podem afetar a saúde deste público e levar à evasão dos serviços de saúde.

Isso influencia na qualidade da assistência, fazendo com que muitos procurem serviços clandestinos. O preconceito, portanto, influencia no processo saúde-doença de transexuais/travestis, proporcionando o desenvolvimento de problemas de saúde e diminuindo a procura pelos serviços. Daí a importância da atuação dos profissionais de saúde junto a essa parcela da população.

PALAVRAS-CHAVE: Transexualidade. Travestilidade. Saúde. Preconceito. Assistência à saúde.

INFLUENCE OF THE PREJUDICE ON THE HEALTH-DISEASE PROCESS FROM TRANSSEXUALS AND TRANSVESTITES: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: The study aimed to analyze how the prejudice affects the health-disease process from transsexuals and transvestites. It is an integrative literature review that used the databases SciELO, LILACS and MEDLINE and some descriptors about “Gender Prejudice”, “Transsexuality”, “Transvestitilly”, “Health Workers” and “Health Care”. The research occurred in March and April 2019 and it included publications from 2009 to 2019. Among the 1,177 publications found, 13 were selected by the inclusion and exclusion criteria. It was observed that the process of corporal feminization, linked to transsexuals/transvestites who identify themselves as women, leads to the performance of aesthetic procedures that it can lead them into some health problems. This process of bodily change must be accompanied by trained professionals, however, many transsexuals/transvestites avoid to use some health services because of the prejudice. Attitudes such as disrespect about their social name and violence can affect the health of this public and lead them to the avoidance of health services. These actions influence the quality of care, causing many to seek clandestine services. Prejudice, therefore, influences the health-disease process of transsexuals/transvestites, providing the development of health problems and reducing the demand for services. Thus all those stuffs surrounding them, it becomes important the inclusion of health professionals working with this part of the population.

KEYWORDS: Transsexuality. Transvestitilly. Health. Prejudice. Health Assistance.

INTRODUÇÃO

A constante diferenciação de modelos de expressões de sexualidade e identidade de gênero existente na sociedade contribui significativamente ao surgimento de diferentes formas de preconceitos. Àquilo que se apresenta contrário ao que o senso comum estabelece como ideal acaba sendo considerada anormalidade (LIMA; SOUZA; DANTAS, 2016). Esta questão de anormalidade é abordada por Bento e Pelúcio (2012), quando se fala em “transtornos de gênero”. A diferença sexual dos corpos é considerada um fenômeno natural, normal, ou se nasce homem ou se nasce mulher. Todos aqueles cuja identidade de gênero apresenta-se diferente do sexo biológico precisariam de tratamento, representando assim a patologização do gênero.

Esse fenômeno faz com que *Gays*, *lésbicas*, *bissexuais*, *travestis* e *transexuais*

(LGBT) sofrem diariamente discriminação e violação de direitos fundamentais, sendo vítimas de diversas formas de violência, como a física, sexual, psicológica e, até mesmo, a negação do acesso à saúde (LIMA; SOUZA; DANTAS, 2016).

Incluídos no grupo LGBT, os transexuais e travestis possuem identidades de gênero diferentes daquelas conferidas pelos padrões heteronormativos presentes na sociedade, ou seja, são pessoas que nascem, a partir de seu genital, de forma diferente da qual se identificam. Assim, a busca pela transformação do corpo, característica entre transexuais e travestis, pode gerar sérias consequências à saúde. São diversos os procedimentos estéticos realizados, muitos clandestinamente, sem qualquer qualidade e segurança na assistência. Aplicação de hormônios, cirurgias plásticas, depilação à *laser* e uso de silicone industrial, são alguns exemplos (PINTO et al., 2017; ALMEIDA; VASCONCELLOS, 2018).

Devido aos padrões culturais estipularem identidades transgêneras como desviantes e inferiores, os transexuais e travestis acabam apresentando dificuldade de acesso ao mercado de trabalho formal, sendo vítimas de exclusão e marginalização social. Apresentam-se como grupo estigmatizado, dificultando o acesso às políticas públicas, educação e trabalho dignos. Por este motivo, muitos ingressam no universo da prostituição, buscando uma forma de sobrevivência, o que justifica a associação frequente dos mesmos à prostituição. No Brasil, estima-se que cerca de 90% das mulheres travestis e transexuais se prostituem, apesar de não haver dados oficiais. Muitos deles consideram este meio de subsistência um “mal necessário”, um trabalho rentável, mesmo com os riscos inerentes à profissão, principalmente o aumento do preconceito (PINTO et al., 2017; ALMEIDA; VASCONCELLOS, 2018; SANTANA; DUTRA; SALUM, 2016).

Destarte, as diferentes formas de preconceito e discriminação podem influenciar negativamente no processo saúde-doença deste grupo. Dentre os principais problemas de saúde enfrentados pelos transexuais e travestis, encontram-se o sofrimento psíquico, ideação suicida, violência, uso abusivo de álcool, cigarro e outras drogas e altas taxas de infecções sexualmente transmissíveis – ISTs -, acarretando maior demanda pelos serviços de saúde (PINTO et al., 2017; SANTANA; DUTRA; SALUM, 2016).

Diante da problemática, o Ministério da Saúde formulou, em 2011, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT), objetivando promover a saúde integral desta população, eliminando a discriminação e o preconceito e contribuindo à diminuição das desigualdades. Apresenta, ainda, algumas diretrizes norteadoras, dentre as quais, vale destacar a inclusão da temática de identidade sexual e orientação de gênero do público LGBT nos processos de educação permanente dos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2011).

No que se refere ao acesso à saúde, a PNSI-LGBT reconhece os efeitos da exclusão no processo saúde-doença e que todas as formas de discriminação devem ser consideradas na determinação social de sofrimento e doença. Além disto, esta política evidencia que os problemas de saúde da população LGBT são bem mais complexos e suas

demandas são numerosas (BRASIL, 2011).

Nessa perspectiva, sabe-se que a discriminação apresenta-se como determinante social na saúde de transexuais e travestis e que este público possui especificidades, as quais devem ser consideradas durante a assistência prestada nos serviços de saúde, ocorrendo de maneira individualizada, pautada na singularidade do sujeito, de forma a evitar a procura por atendimentos de serviços clandestinos, os quais, invariavelmente, são precários e podem oferecer riscos à saúde (FERREIRA; PEDROSA; NASCIMENTO, 2018). Além do mais, fica evidente a importância da participação dos profissionais de saúde no reconhecimento dos riscos a que este público está exposto, assim como no processo de efetivação das políticas públicas existentes para melhorar a qualidade da assistência.

Sendo assim, o presente estudo teve o objetivo de analisar, através de revisão de estudos existentes na literatura, como o preconceito pode influenciar no processo saúde-doença de transexuais e travestis.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura que utilizou como bases de dados para busca de artigos científicos a *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE). Como descritores foram utilizados: “Preconceito de gênero”, “Transexualidade”, “Travestilidade”, “Trabalhadores de saúde” e “Assistência à saúde”. A busca ocorreu nos meses de março e abril de 2019, sendo que as publicações selecionadas para a elaboração do estudo foram aquelas publicadas entre os anos de 2009 e 2019. A escolha por este intervalo de tempo se deu devido ser necessária uma análise temporal mais antiga sobre a temática, uma vez que ocorreram transformações legais e sociais neste período.

Como critérios de inclusão foram utilizados artigos científicos publicados em português e inglês, disponíveis em versão completa e publicados no período de 2009 a 2019, além de dispositivos legais do Ministério da Saúde. Já, dentre os critérios de exclusão estão artigos duplicados, capítulos de livros, revisões de literatura, dissertações e teses.

Após a busca dos artigos e seleção inicial, foi realizada a leitura dos resumos e aplicados os critérios de inclusão e exclusão. Os estudos selecionados foram lidos na íntegra, por meio de leitura exploratória, e os dados obtidos foram armazenados em planilhas do programa *Microsoft Excel* para posterior análise.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Mediante busca inicial nas bases de dados, foram obtidas 1.177 publicações. Após a leitura dos resumos e da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, selecionaram-se

13 publicações, as quais estão listadas no Quadro 1.

A amostra foi composta por 12 artigos científicos (10 em português e 2 em inglês) e 1 Portaria do Ministério da Saúde. Com relação ao ano de publicação, observou-se que a maioria dos artigos se encontra publicados mais recentemente, fato que pode ser explicado pela criação da PNSI-LGBT, em 2011. Esta política foi uma grande conquista para a saúde do público LGBT, e pode ter ampliado a quantidade de estudos realizados voltados para a temática.

TÍTULO	AUTORES	ANO	PARTICIPANTES	LOCAL
“Tudo é sempre de muito!”: produção de saúde entre travestis e transexuais	Sampaio, J. V. Germano, I. M. P.	2017	Duas travestis e duas transexuais + diário de campo	Fortaleza – CE
Transexuais: transpondo barreiras no mercado de trabalho em São Paulo?	Almeida, C. B. Vasconcelos, V. A.	2018	Entidades com atuação específica junto à população transexual e travesti	São Paulo – SP
Situações de violência contra travestis e transexuais em um município do nordeste brasileiro	Silva, G. W. S. Souza, E. F. L. Sena, R. C. F. Moura, I. B. L. Sobreira, M. V. S. Miranda, F. A. N.	2016	16 Travestis e transexuais	Cajazeiras – PB
Silicone líquido industrial para transformar o corpo: prevalência e fatores associados ao seu uso entre travestis e mulheres transexuais em São Paulo, Brasil	Pinto, T. P. Teixeira, F. B. Barros, C. R. S. Martins, R. B. Saggese, G. S. R. Barros, D. D. Veras, M. A. S. M.	2017	576 Travestis e transexuais	Sete municípios do Estado de São Paulo
Health, disability and quality of life among trans people in Sweden—a web-based survey	Zeluf, G. Dhejne, C. Orre, C. Mannheimer, L. N. Deogan, C. Höijer, J. Thorson, A. E.	2016	796 Pessoas trans e travestis	Suécia
Diversidade sexual e relações profissionais: concepções de médicos e enfermeiros	Vitiritti, B. Andrade, S. M. O. Peres, J. E. C.	2016	14 Médicos e enfermeiros	Campo Grande – MS

Atenção integral à saúde da população LGBT: Experiência de educação em saúde com agentes comunitários na atenção básica	Albuquerque, M. R. T. C. Botelho, N. M. Rodrigues, C. C. P.	2019	5 ACS	Ananindeua – PA
Representações sociais de universitários sobre a pessoa travesti	Porcino, C. A. Coelho, M. T. A. D. Oliveira, J. F.	2018	243 Estudantes de saúde	Salvador – BA
Vivências de travestis no acesso ao SUS	Ferreira, B. O. Nascimento, E. F. Pedrosa, J. I. S. Monte, L. M. I.	2017	6 Travestis	Teresina – PI
Itinerários terapêuticos de travestis da região central do Rio Grande do Sul, Brasil	Souza, M. H. T. Signorelli, M. C. Coviello, D. M. Pereira, P. P. G.	2014	49 Travestis	Santa Maria – RS
Mundo-Vida Travesti: abordagem fenomenológica das travestilidades	Davi, E. H. D. Bruns, M. A. T.	2015	3 Travestis	Cidade do interior do Estado de Minas Gerais
A first step in addressing medical education curriculum gaps in lesbian-, gay-, bisexual-, and transgender-related content: The University of Louisville Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health Certificate Program	Sawning, S. Steinbock, S. Croley, R. Combs, R. Shaw, A. Ganzel, T.	2017	39 Estudantes de medicina	EUA
PORTARIA Nº 2.836, DE 1º DE DEZEMBRO DE 2011 (Institui a PNSI-LGBT)	Ministério da Saúde	2011	NÃO SE APLICA	NÃO SE APLICA

Quadro 1. Organização dos estudos publicados acerca da influência do preconceito no processo saúde-doença de transexuais e travestis, de acordo com título, autores, ano de publicação, participantes do estudo e local de estudo.

Em estudo realizado em Fortaleza – CE (SAMPAIO; GERMANO, 2017), com a participação de travestis e transexuais que frequentavam um hospital público da cidade – onde existe um ambulatório para o acompanhamento de pessoas que querem realizar o processo transexualizador – constatou-se que, para os participantes, o significado de saúde encontra-se atrelado ao processo de feminilização corporal (os participantes da pesquisa se identificavam como mulheres), mesmo que, para isto, fosse necessária a realização de

procedimentos que podem ser prejudiciais à saúde, como a aplicação de silicone industrial e o uso indiscriminado de hormônios. Com relação ao uso de silicone industrial, observou-se que os participantes conheciam os possíveis riscos, mas não deixavam de fazer uso da substância. O uso frequente do silicone industrial pode ser explicado pelo fato de o mesmo dar forma arredondada aos seios, coxas e quadril, contribuindo ao desenvolvimento de corpos com contornos mais femininos. Além disso, o efeito ocorre de forma imediata e não influencia no desempenho sexual.

Segundo estudo realizado por Pinto et al. (2017) com travestis e transexuais em sete municípios do Estado de São Paulo, a prevalência do uso de silicone industrial foi de 49%, sendo a média de idade para a primeira aplicação aos 22 anos. Já, em relação às intercorrências devido ao uso, aproximadamente 43% dos participantes informaram a ocorrência de problemas de saúde. Desta forma, observou-se elevada prevalência do uso da substância, assim como de problemas decorrentes da aplicação. Isto indica que a prática do uso de silicone industrial é um desafio para a saúde pública.

Quanto ao uso de hormônios, na pesquisa de Sampaio e Germano (2017), foram citados por travestis e transexuais como elementos “mágicos” para conseguir o corpo ideal. De acordo com os relatos dos participantes, não existe prescrição única, mas recomenda-se entre este público que o uso nunca seja em dosagens pequenas. Isto contraria as orientações médicas, que costumam provocar efeitos de forma mais lenta e gradual, porém segura. Mesmo com a oportunidade de conseguir a prescrição médica para o uso de hormônios, a mesma acaba sendo recusada, devido à demora na obtenção de resultados.

Todo esse processo de mudança corporal deveria ser acompanhado por profissionais de saúde capacitados e ocorrer de forma segura, sem prejuízos à saúde do indivíduo. Mas o que ocorre é que, na maioria das vezes, como mostra a maior parte dos estudos aqui apresentados, este público prefere evitar o uso dos serviços públicos de saúde. O principal motivo para essa atitude é o receio do preconceito e da discriminação.

Num estudo realizado em Teresina – PI (FERREIRA et al., 2017), o qual teve como objetivo analisar e compreender as vivências de travestis acerca da atenção à saúde no SUS, a discriminação foi citada por todos os participantes da pesquisa, evidenciando que o sistema de saúde ainda reflete uma visão heteronormativa da sociedade. Ressalta-se, ainda, que a discriminação nos serviços de saúde pode contribuir para que os transexuais e travestis busquem atendimento em serviços clandestinos precários de modificação corporal, aumentando a vulnerabilidade deste grupo e mostrando que o preconceito pode afetar o processo saúde-doença desta população.

Essa evasão dos transexuais e travestis nos serviços de saúde é abordada no estudo de Souza et al. (2014). Nele, foram entrevistados 49 travestis em Santa Maria (RS), constatando-se que, nas poucas ocasiões em que procuraram o serviço, o mesmo não atingiu as suas expectativas, sendo considerado inadequado. É importante destacar que a principal questão relatada como incômodo foi o não uso do nome social. Apesar da

legislação já conceder o direito à identificação pelo nome social, foi possível perceber que os serviços ainda não seguem essa prerrogativa.

A insatisfação com os serviços de saúde também foi relatada em estudo realizado com pessoas trans e travestis na Suécia, quando, ao realizarem autoavaliação de saúde e qualidade de vida, um quinto dos participantes relatou saúde ruim, principalmente, por experiências negativas e falta de acesso ao reconhecimento legal de gênero (ZELUF et al., 2016).

Sendo assim, quando os transexuais e travestis sofrem qualquer forma de discriminação em serviços de saúde, é comum que não se sintam à vontade nestes lugares, tornando-se fragilizados. Este fato, muitas vezes, pode ocorrer devido à assistência prestada pelos próprios profissionais dos serviços de saúde, sendo que possíveis atitudes preconceituosas nos discursos destes profissionais podem ocasionar o afastamento tanto de transexuais e travestis quanto do público LGBT (FERREIRA et al., 2017).

De acordo com Vitiritti, Andrade e Peres (2016), num estudo que envolveu a participação de médicos e enfermeiros dos serviços de saúde de Campo Grande (MS), quando abordados sobre a assistência prestada ao público LGBT, os participantes relataram maior aceitação nos dias atuais, mesmo com a existência do preconceito, principalmente voltado aos travestis. Para os profissionais de saúde, a travestilidade ainda é algo que assusta a sociedade e possui estigma de violência e marginalização. Além disso, o preconceito foi citado como algo sutil, encontrando-se mascarado por piadas ou comentários reservados. Ainda foi possível constatar a existência de um estereótipo carregado da imagem dos travestis nas falas dos profissionais. Percebeu-se que a travestilidade encontra-se associada à prostituição, sendo os travestis identificados como indivíduos que chamam bastante atenção, por conta de serem extravagantes e com posturas ousadas e “ímorais”.

Este público enfrenta muitas barreiras quando se fala em mercado de trabalho, devido, principalmente, à estigmatização que os envolve. Segundo Almeida e Vasconcellos (2018), os cinco principais desafios enfrentados por travestis e transexuais no município de São Paulo, a partir da perspectiva das entidades que atuam junto aos mesmos, são: o preconceito e a transfobia; a documentação; o uso de banheiro, vestiário e uniforme; a baixa escolaridade; e a linguagem corporal e verbal.

Diante dessas dificuldades de inserção no mercado formal de trabalho, muitos acabam entrando no universo da prostituição. Apesar de apresentar-se como forma de subsistência, a prostituição traz para este público um sentimento imobilizador: o medo. O perigo é algo que está constantemente presente nas ruas. A violência, por exemplo, é muito frequente. Há casos de diversos objetos arremessados contra os travestis, como pedras, garrafas com urina e até ácidos (DAVI; BRUNS, 2015).

Seja qual for o tipo de violência, a mesma apresenta-se como realidade imposta aos transexuais e travestis, principalmente na prostituição. Numa pesquisa com travestis e

transexuais no município de Cajazeiras – PB (SILVA et al., 2016), a qual teve como objetivo analisar as situações de violência contra estes grupos, verificou-se que 75% dos sujeitos já haviam sofrido algum tipo de violência. Em relação à tipologia, a maioria foi do tipo verbal (91,96%), seguido da psicológica (58,33%) e da física (33,33%). Algumas, inclusive, ocorreram dentro de serviços de saúde.

Diante do contexto apresentado, quando comparado com a população heterossexual, tem-se que o público LGBT está mais propenso a desenvolver problemas físicos, psíquicos e emocionais, como transtornos de humor e ansiedade, abuso de álcool e drogas e desordens de autoimagem. Necessitam, assim, de assistência de qualidade, prestada por profissionais dos serviços de saúde (ALBUQUERQUE; BOTELHO; RODRIGUES, 2019).

No que tange ao conhecimento dos profissionais de saúde sobre a temática LGBT, percebeu-se, em estudo realizado com agentes comunitários de saúde (ACS) em Ananindeua – (PA), que o tema é ausente nas discussões entre as equipes, principalmente na atenção básica, a qual é a porta de entrada do usuário no SUS (ALBUQUERQUE; BOTELHO; RODRIGUES, 2019). Sendo assim, é preciso a construção de estratégias que busquem discutir as peculiaridades da prevenção, promoção e assistência à saúde deste grupo, a fim de melhorar a qualidade do atendimento.

Embora já existam diversas iniciativas que proporcionam discussão sobre o tema, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População LGBT, que preconiza a discussão da temática no âmbito da saúde, principalmente no processo de educação permanente dos profissionais, o tema permanece estigmatizado e pouco debatido (BRASIL, 2011). Neste sentido, com o objetivo de capacitar os profissionais de saúde para o atendimento qualificado e humanizado à população LGBT, foi lançado, em 2015, outra ferramenta para a capacitação dos profissionais de saúde: o curso a distância intitulado “Política de Saúde LGBT”, um marco entre os cursos da Universidade Aberta do SUS – UNA-SUS (FERREIRA et al., 2017).

A falta de familiaridade dos profissionais de saúde com o tema, observada no presente estudo, pode estar inserida desde o momento da formação destes profissionais na graduação. De acordo com o estudo de Porcino, Coelho e Oliveira (2018), realizado com graduandos em saúde de uma universidade de Salvador (BA), os estudantes refletiram em suas respostas que não conseguem diferenciar termos como orientação sexual e identidade de gênero, os quais são essenciais quando se trabalha transexualidade e travestilidade. Apesar disto, o preconceito foi caracterizado como o principal elemento enfrentado por transexuais e travestis, fato que evidencia a influência do mesmo no processo saúde-doença.

Outro estudo que também aborda a temática LGBT e, conseqüentemente, os transexuais e travestis, dentro de cursos de graduação, foi realizado por Sawning et al. (2017), nos Estados Unidos da América. Nele, estudantes de medicina tiveram seus conhecimentos sobre a temática avaliados num desenho pré-teste/pós-teste, a fim

de investigar a atitude dos mesmos antes e após a participação em um programa de capacitação LGBT. Diante dos resultados, observou-se que os participantes responderam corretamente a 69% ou menos das questões no início do estudo. Esta pontuação aumentou significativamente após a capacitação.

Desta forma, foi possível constatar que os profissionais de saúde possuem papel essencial na assistência à saúde de transexuais e travestis. Atitudes preconceituosas e falta de conhecimento sobre as particularidades deste grupo podem prejudicar a qualidade do atendimento prestado. Tanto o preconceito, quanto outros fatores apresentados neste estudo podem influenciar negativamente no processo saúde-doença de transexuais e travestis e, para amenizar isto, é necessário que os profissionais dos serviços de saúde estejam devidamente preparados para atender este grupo. E isto pode ocorrer pela realização de cursos de capacitação durante o processo de educação permanente e, também, através da inclusão da temática durante a formação acadêmica dos mesmos.

CONCLUSÃO

O preconceito, portanto, pode influenciar de diversas formas no processo saúde-doença de transexuais e travestis, e pode ocasionar sérios problemas de saúde como transtornos de humor e ansiedade, uso de álcool e drogas, problemas relacionados à violência e distúrbios de autoimagem. Pode, também, estar associado ao estigma de marginalização deste grupo, uma vez que o mesmo, muitas vezes, é excluído do mercado formal de trabalho e acaba buscando outras formas de subsistência, como a prostituição. Quando praticado pelos profissionais de saúde, o preconceito pode provocar o afastamento de transexuais e travestis dos serviços de saúde, causando prejuízo às suas demandas e os levando à procura por serviços clandestinos. A aplicação de silicone industrial e o uso inadequado de hormônios são muito frequentes e costumam causar consequências graves para a saúde deste grupo.

Destarte, os profissionais de saúde possuem papel essencial na promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos entre transexuais e travestis. É necessário que eles sejam capacitados para atender este público e conheçam suas peculiaridades e principais problemas de saúde que podem acometê-los. Além disso, o atendimento humanizado, livre de qualquer forma de preconceito e pautado nos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde – SUS (universalidade, integralidade e equidade) contribui para a prestação de uma assistência de qualidade.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. R. T. C.; BOTELHO, N. M.; RODRIGUES, C. C. P. Atenção integral à saúde da população LGBT: Experiência de educação em saúde com agentes comunitários na atenção básica. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 1758, 2019.

- ALMEIDA, C. B.; VASCONCELLOS, V. A. Transexuais: transpondo barreiras no mercado de trabalho em São Paulo? **Revista Direito GV**, v. 14, n. 2, p. 302-333, 2018.
- BENTO, B.; PELÚCIO, L. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. **Estudos Feministas**, v. 20, n. 2, p. 256, 2012.
- BRASIL. Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT)**. Diário Oficial da União, 2011.
- DAVI, E. H. D.; BRUNS, M. A. T. Mundo-Vida Travesti: Abordagem Fenomenológica das Travestilidades. **Trends in Psychology / Temas em Psicologia**, v. 23, n. 3, p. 521-533, 2015.
- FERREIRA, B. O.; NASCIMENTO, E. F.; PEDROSA, J. I. S.; MONTE, L. M. I. Vivências de travestis no acesso ao SUS. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 1023-1038, 2017.
- FERREIRA, B. O.; PEDROSA, J. I. S.; NASCIMENTO, E. F. Diversidade de gênero e acesso ao Sistema Único de Saúde. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 31, n. 1, p. 1-10, 2018.
- LIMA, M. D. A.; SOUZA, A. S.; DANTAS, M. F. Os desafios à garantia de direitos da população LGBT no Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista INTERFACES**, v. 3, n. 11, p. 119-125, 2016.
- PINTO, T. P.; TEIXEIRA, F. B.; BARROS, C. R. S.; MARTINS, R. B.; SAGGESE, G. S. R.; BARROS, D. D.; VERAS, M. A. S. M. Silicone líquido industrial para transformar o corpo: prevalência e fatores associados ao seu uso entre travestis e mulheres transexuais em São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 7:e00113316, 2017.
- PORCINO, C. A.; COELHO, M. T. A. D.; OLIVEIRA, J. F. Representações sociais de universitários sobre a pessoa travesti. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 27, n. 2, p. 481-494, 2018.
- SAMPAIO, J. V.; GERMANO, I. M. P. “Tudo é sempre de muito!”: produção de saúde entre travestis e transexuais. **Estudos Feministas**, v. 25, n. 2, p. 562, 2017.
- SANTANA, J. C. B.; DUTRA, B. S.; SALUM, G. B. Vivências de travestis sobre a prostituição em um município do interior de Minas Gerais. **Revista Norte Mineira de Enfermagem**, v. 5, n. 2, p. 108-126, 2016.
- SAWNING, S.; STEINBOCK, S.; CROLEY, R.; COMBS, R.; SHAW, A.; GANZEL, T. A First Step in Addressing Medical Education Curriculum Gaps in Lesbian-, Gay-, Bisexual-, and Transgender-Related Content: The University of Louisville Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health Certificate Program. **Education for Health**, v. 30, n. 2, p. 108-114, 2017.
- SILVA, G. W. S.; SOUZA, E. F. L.; SENA, R. C. F.; MOURA, I. B. L.; SOBREIRA, M. V. S.; MIRANDA, F. A. N. Situações de violência contra travestis e transexuais em um município do nordeste brasileiro. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 37, n. 2:e56407, 2016.
- SOUZA, M. H. T.; SIGNORELLI, M. C.; COVIELLO, D. M.; PEREIRA, P. P.G. Itinerários terapêuticos de travestis da região central do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 7, p. 2277-2286, 2014.
- VITIRITTI, B.; ANDRADE, S. M. O.; PERES, J. E. C. Diversidade Sexual e Relações Profissionais: Concepções de Médicos e Enfermeiros. **Trends in Psychology / Temas em Psicologia**, v. 24, n. 4, p. 1389-1405, 2016.
- ZELUF, G.; DHEJNE, C.; ORRE, C.; MANNHEIMER, L. N.; DEOGAN, C.; HÖIJER, J.; THORSON, A. E. Health, disability and quality of life among trans people in Sweden—a web-based survey. **BMC Public Health**, v. 16:903, 2016.

CAPÍTULO 11

INVISÍVEIS A CÉU ABERTO: DIREITOS EM SAÚDE DAS CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE RUA

Data de aceite: 01/04/2022

Caroline Silva de Araujo Lima

Faculdade Dinâmica Vale do Piranga – FADIP
Ponte Nova – MG

Letícia Gomes Souto Maior

Unipê
João Pessoa – PB

Jasminy Gonçalves Moreira

Universidade Nove de Julho
São Bernardo do Campo – São Paulo

Ana Luísa Sena Morais Gratão

Uniatenas Paracatu
Paracatu – Minas Gerais

Maria Elisa Lolli Bordoni Silva

Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga –
FADIP
Ponte Nova – Minas Gerais

Glória Edeni Dias Pereira Amorim

Universidade de Rio Verde / Faculdade de
Medicina de Formosa
Formosa – Goiás

Gabriel Neves de Oliveira

Unicerrado
Goiatuba – Goiás

Giovana Nunes de Assunção

Universidade Potiguar
Natal – Rio Grande do Norte

Lara Rafaela Rodrigues de Oliveira

Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga –
FADIP
Ponte Nova – Minas Gerais

Letícia de Oliveira Leandro

UNIFACISA
Campina Grande – Paraíba

Ana Júlia Marques Ramos

Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga-
FADIP
Ponte Nova – Minas Gerais

Brenda Santos Silva

Faculdade Maurício De Nassau
Recife – Pernambuco

Júlia Beatriz Barros Silva Lima

Universidade CEUMA
São Luís – MA

Maria Eduarda Marques Ramos

Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga –
FADIP
Ponte Nova – Minas Gerais

Lana Francischetto

Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga –
FADIP
Ponte Nova- Minas Gerais

Sofia Lara Almeida pontes

Unipê
João pessoa – Paraíba

RESUMO: O presente artigo visa analisar os direitos em saúde da criança e do adolescente em situação de rua, frente aos institutos jurídicos existentes no ordenamento pátrio, em especial, no que se refere ao direito e acesso à saúde. Nessa senda, tem-se que as crianças e os adolescentes por si só, são hipossuficientes,

carecendo de proteção e cuidados especiais, bem como gozando de legislação específica para a proteção de seus direitos. À vista disso, foram analisados artigos originais, encontrados em plataformas eletrônicas de dados, como Scielo e Google Acadêmico, consagrando uma pesquisa bibliográfica e documental. Como resultado, aferiu-se a necessidade de efetivação dos dispositivos legais existentes, melhor capacitação dos profissionais de saúde e diminuição das desigualdades a fim de proporcionar iguais oportunidades às crianças e aos adolescentes, independente da classe social, cor ou gênero.

PALAVRAS-CHAVE: Crianças em situação de rua. Saúde. Direito. ECA.

INVISIBLE IN OPEN SKY: HEALTH RIGHTS OF CHILDREN IN STREET SITUATIONS

ABSTRACT: This article aims to analyze the health rights of children and adolescents living on the streets, facing the legal institutes existing in the Brazilian legal system, especially with regard to the right and access to health. In this path, we have that children and adolescents by themselves, are under-sufficient, needing protection and special care, as well as enjoying specific legislation for the protection of their rights. In view of this, original articles were analyzed, found in electronic data platforms such as Scielo and Google Acadêmico, consecrating a bibliographic and documental research. As a result, the need to enforce the existing legal provisions, better training of health professionals and reduction of inequalities in order to provide equal opportunities for children and adolescents, regardless of social class, color or gender, was assessed.

KEYWORDS: Homeless children. Health. Law. ECA.

INTRODUÇÃO

No Brasil, país extremamente populoso e com problemas econômicos e sociais graves, existe uma alta taxa de pessoas em situação de rua, sendo um importante contraponto a escassez de políticas públicas e legislação específica no que diz respeito a essa parcela da população, principalmente às crianças e adolescentes, que vivem diariamente sob risco, devido à extrema vulnerabilidade e ausência de assistência básica em saúde.

Diante disso, o presente artigo possui como foco especial, a abordagem dos direitos das crianças e dos adolescentes e a aplicação desses direitos àqueles que se encontram em situação de rua, considerando ainda, os desafios enfrentados, tendo em vista a limitação a sua formação, ao lazer, à educação e à saúde que, por muitas vezes, ficam às margens da sociedade, sem nenhuma atenção estatal, quando na verdade deveriam ser tratadas com dignidade, principalmente num momento tão delicado da formação da vida humana.

Nessa senda, as pessoas às margens da sociedade são as que mais sofrem com a ineficácia do estado e de suas políticas públicas, apesar de existir uma Política Nacional específica para a população em situação de rua. Conforme veremos a seguir, o Decreto nº 7.053/09 assegura à população em situação de rua acesso amplo, simplificado e seguro aos

serviços e programas que integram as diversas políticas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda.

Destarte, em 13 de julho de 1990 foi publicado o Estatuto da Criança e do Adolescente, trazendo enfoque de proteção integral para as crianças e adolescentes, sem qualquer distinção de raça, cor ou classe social, sendo, portanto, reconhecidos como sujeitos de direito.

Diante disso, há uma preocupação para o cuidado da criança e do adolescente, em especial, ao considerar as fragilidades de autodefesa e carência de proteção, demandando a presença de outras pessoas e até mesmo de defensores para a garantia dos direitos assegurados pela lei.

Sendo assim, tem-se que as crianças e os adolescentes estão, por si só, em uma condição especial de desenvolvimento humano que, requerem atenção e proteção particulares, devendo os Entes Federados, a sociedade, a família e muitas vezes, os profissionais de saúde, dedicarem especial cuidado à condição especial de desenvolvimento imposta à eles.

À vista disso, é que o presente estudo tem o objetivo de analisar o que vem sendo feito para implementar ações efetivas de atenção às crianças e aos adolescentes em situação de rua, em razão do crescimento substancial da população brasileira e, principalmente da população de rua. Será analisado quanto à importância da assistência do Sistema Único de Saúde (SUS) no atendimento às crianças e aos adolescentes em situação de rua, demonstrando como as políticas públicas podem ajudar na assistência e promover o desenvolvimento com dignidade e saúde do feto, além da saúde das gestantes que se encontram em vulnerabilidade social.

MÉTODO

A presente pesquisa se trata de uma pesquisa bibliográfica documental, onde foram utilizadas plataformas eletrônicas de dados acadêmicos, como Scielo, Google Acadêmico e PubMed, para realizar a busca de artigos originais, a respeito do cuidado da criança e do adolescente em situação de rua e seu direito à saúde, bem como quais os direitos inerentes a eles e quais as formas de proteção positivadas no atual ordenamento jurídico a fim de sanar as vulnerabilidades existentes.

RESULTADOS

População de rua e as crianças e adolescentes

De acordo com Vieira, Bezerra e Rosa (2004) “(...) a condição de morador de rua expõe o sujeito ao enfrentamento de carências de toda ordem, além de exigir que ao mesmo tempo ele se adapte a outras referências de vida social bastante distinta daquelas

anteriormente vividas (...)”, sendo obrigado a desenvolver novas formas de subsistência e sobrevivência diária, uma vez que para superar as barreiras impostas pela sociedade e satisfazer suas necessidades, exige uma adaptação diante da vulnerabilidade social vivenciada.

Nesse sentido, a Secretaria de Assistência Social de São Paulo – SAS/FIPE conceitua as pessoas em situação de rua da seguinte forma:

Todas as pessoas que não têm moradia e que pernoitam nos logradouros da cidade - praças, calçadas, marquises, jardins, baixos de viadutos - ou casarões abandonados, mocós, cemitérios, carcaças de veículos, terrenos baldios ou depósitos de papelão e sucata. (...) Foram igualmente considerados moradores de rua aquelas pessoas ou famílias que, também sem moradia, pernoitam em albergues ou abrigos, sejam eles mantidos pelo poder público ou privados (São Paulo; FIPE, 2000, p. 05).

É grande e variado os tipos de grupos de pessoas que se encontram em situação de rua, como: desempregados, egressos do sistema penitenciário, imigrantes, entre outros, fazendo parte dos numerosos índices de pessoas vivendo o cotidiano das ruas. Ressalte-se ainda, a existência dos “trecheiros”, que seriam pessoas que transitam de uma cidade para a outra, sem local fixo, caminhando pelas estradas, pedindo carona ou com passagens concedidas pelas entidades assistenciais, sem grandes destinos.

À propósito, essa população apresenta características específicas ao desempenharem funções para a busca da sobrevivência, por meio de trabalhos temporários, incluindo dentre as atividades diárias, recolhimento de materiais recicláveis, “flanelinhas” /guardador de carro, “bicos” no setor de construção civil, limpezas em carros e serviços gerais, além de malabarismos ou venda de balas e doces em sinais de trânsito.

Essas pessoas que vivem na rua e fazem dela seu espaço de sobrevivência colocam em evidência um processo de vulnerabilidade social vivenciado por muitas famílias em nosso país, marcando ainda mais as desigualdades e má distribuição de renda que fazem parte da estrutura social brasileira, trazendo miséria, fome, abandono e violência.

As pessoas em situação de rua possuem o direito constitucional de serem cidadãos integrais, titulares de direitos e deveres, se fazendo necessário a implementação de políticas públicas dentro de um panorama interdisciplinar e acessível, instituída em uma base assistencialista.

A população de rua, se encontra nessas condições por diversos motivos, dentre eles questões de violência doméstica, desamparo familiar, uso de drogas, estupro, alcoolismo, insanidade mental, entres outros fatores que levam as pessoas às ruas, além daquelas que optaram de livre e espontânea vontade por estar sob essas condições.

Importante ressaltar que as pessoas que vivem em situação de rua apontam as relações sexuais como algo bom, mas o fato de estarem nas ruas limitam as manifestações de afeto, prevalecendo tratamentos agressivos e ríspidos, conforme aduz Medeiros em seu livro:

Geralmente as meninas sonham com um grande amor que será capaz de mudar suas vidas e, quando estão envolvidas com algum menino, vivem intensamente aquelas experiências. Os meninos também almejam uma relação afetiva sólida, como o casamento, mas a escolha da futura noiva incidirá entre aquelas que não estão nas ruas, pois estas são para casar e as que estão nas ruas não servem para o casamento (Medeiros et al., 2001, p. 39).

Assim, tem-se que as crianças e os adolescentes que moram nas ruas estão completamente desprotegidas de qualquer tipo de amparo, expostas a práticas que sequer consentem, como uso de bebidas alcoólicas, uso de drogas, e a desproteção de um responsável, por muitas vezes já serem órfãs, deixando-as ainda mais vulneráveis.

Com isso, é nítido a carência das crianças e adolescentes, se sobrepondo ainda mais em situação de rua, representando um risco ao futuro e uma afronta à dignidade da pessoa humana, reforçando a marginalidade e a pobreza, uma vez que a crescer “na rua” reforça a precariedade das condições de vida e acesso aos serviços básicos de saúde e educação, aumentando ainda mais os fatores de risco para essa parcela da população.

Nesta baila, o estigma do preconceito com as pessoas em situação de rua, em especial, com as crianças e adolescentes, onde expressões como “vagabundo” e “ladrãozinho” são ainda mais comuns, exemplificando o quanto esses sujeitos estão apagados da sociedade, sendo reproduzidos pela mídia discursos de aversão a essa parcela da população vulnerável.

Dos direitos da criança e do adolescente

A Constituição Federal de 1988 fez a inserção, de um novo escopo da política social a fim de concretizar princípios fundamentais como base da seguridade social, estabelecendo o dever do Estado de assegurá-los, ou seja, é um dever dos Entes Federados (União, Estados, Município e Distrito Federal), garantir a aplicação e efetivação dos princípios de universalidade, equidade e integralidade de ações.

Nessa monta, o SUS foi protagonista ao assumir o papel de garantidor dos princípios constitucionais e dos princípios existentes na Lei 8.080/90, ampliando a visão de saúde e reconhecendo a necessidade do acesso à saúde de forma universal, integral e igualitária.

Não obstante, enfrentando dificuldades encontradas no SUS, os direitos das crianças e dos adolescentes têm evoluído ao longo dos anos, ocupando um importante espaço em pautas políticas e acadêmicas, ultrapassando esferas de preconceitos na contramão do progresso.

O processo de descentralização ampliou o contato do SUS com a realidade social existente em nosso país, se tornando um sistema complexo ao colocar na mão dos gestores de saúde os desafios do atual sistema e a busca na superação da fragmentação das políticas e programas de saúde, além de outros sérios problemas como o subfinanciamento

do SUS, precarização do trabalho, baixo investimento na qualificação, pouca articulação da saúde com outras políticas públicas, falta de investimentos em capacitação profissional.

Assim, para ultrapassar esses desafios, o Ministério da Saúde junto a outros órgãos e Conselhos criaram o Pacto pela Saúde, que se trata de um marco na organização do planejamento do SUS, bem como no financiamento e gestão do SUS, com a construção de consensos e delegação de responsabilidades, definindo as atribuições e confirmando a autonomia dos entes federados, conforme dita a Carta Magna.

Dessa forma, é fundamental que a saúde seja incluída como setor estratégico, nas políticas e programas do país, em que pese, na saúde voltada para grupos específicos da população, conforme necessidade e demandas existentes.

Lado outro, temos que as crianças e os adolescentes, são uma parte da população dotada de vulnerabilidades, suscetíveis a diversos fatores de riscos que podem prejudicar a saúde física e mental. Tendo em vista essa vulnerabilidade, a saúde deve se estruturar para atender essa mencionada demanda, como por exemplo, com a prevenção de agravos e enfermidades resultantes do uso abusivo de álcool e de outras drogas e dos problemas resultantes de violências.

Assim, é necessário uma rede integrada e engajada com o bem estar da criança e do adolescente, a fim de ver a efetivação de sensíveis princípios constitucionais em plena execução, produzindo saúde para esse grupo, com a ciência de que as demandas vão muito além das ações do setor da saúde.

Por conseguinte, para se ver a garantia dos direitos constitucionais, é necessário que outros órgãos, sejam eles de fiscalização ou de execução e, até mesmo a sociedade, ingressem com uma posição ativa na reivindicação dos direitos assegurados por lei.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) foi elaborado na sequência, após a publicação da Constituição Federal de 1988, trazendo em seu texto legal, algumas especificidades sobre a saúde no que diz respeito à criança e ao adolescente, expressando como o poder público, por meio dos Entes Federados, deve garantir a concretização do direito à saúde, criando políticas preventivas e restaurativas, conforme dita o artigo 7º da Lei 8.069/90:

Art. 7º A criança e o adolescente têm direito à proteção, à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência (BRASIL, 1990).

À vista da norma exposta, infere-se que a saúde é vista não só como ausência de agravos ou doenças, mas também como um fator de desenvolvimento humano, ou seja, um fator que permite garantir ao cidadão a dignidade de se viver em paz e harmonia.

Na sequência, o ECA expressa a necessidade de políticas públicas e programas que permitam o crescimento humano das crianças e dos adolescentes. Nesse sentido, exemplificando tal afirmação é que o artigo 9º da Lei 8.069/90, impõe como “dever do poder

público, das instituições e dos empregadores, a propiciação das condições adequadas ao aleitamento materno, inclusive aos filhos de mães submetidas a medida privativa de liberdade.”

Logo, a tutela do Estado quanto às crianças e aos adolescentes, se inicia antes mesmo do nascimento, e vai até a fase final da adolescência, com o objetivo de garantir a esses uma vida digna e o acesso universal, igualitário e integral aos serviços de saúde, bem como aos demais serviços necessários para o bom desenvolvimento humano e permissão da dignidade, paz e harmonia.

A saúde integral e um novo olhar para as crianças e adolescentes

A integração dos diversos setores de saúde, bem como das unidades de saúde, por meio de protocolos e troca de informações, permitiu a organização de uma ferramenta básica no esforço de ofertar serviços fundamentais e possibilitar o acesso de todos à saúde, permitindo a melhoria na qualidade de vida das pessoas, vistas como um todo, atendendo assim, as suas necessidades.

À vista disso, os valores, atitudes, hábitos e comportamentos que marcam a vida de crianças e adolescentes, ainda se encontra em processo de formação, de modo que, os valores e o comportamento de amigos e familiares, bem como de *influencers* e pessoas famosas, ganham importância crescente na medida em que surge um natural distanciamento dos pais na contramão do amadurecimento dos filhos.

Tão somente, a sociedade exige muito cedo do indivíduo ainda em crescimento, sem condição de formar opinião sólida sobre assuntos relevantes de sua própria vida, a se posicionar e possuir grandes responsabilidades, sem ajuda dos elementos necessários que compõem esse processo de amadurecimento para a tomada de decisões.

Nessa monta, veículos de comunicação em massa, indústria de entretenimento, sistemas políticos, grupos religiosos, exercem relevante papel de influenciadores no modo de vida e de pensamento das crianças e dos adolescentes. Por outro lado, há uma grande importância para o desenvolvimento desses jovens, o acesso à educação formal, aos serviços de saúde (saúde mental, muitas vezes), atividades recreativas, desenvolvimento vocacional e oportunidades de trabalho.

Destarte, com frequência, as desigualdades sociais, a pobreza e o preconceito limitam crianças e adolescentes a obter a mencionada educação formal, adicionando ainda, os fatores de risco que essa parcela da população sofre, como a violência física, as ameaças do mundo do crime, distúrbios sociais, além do desejo de experimentar algo novo, que na maioria das vezes é prejudicial ao bom desenvolvimento e contrário à boa conduta.

Os fatores de risco, envolvem questões biológicas, sociais, psicológicas, socioeconômicas, raciais, culturais étnicas e religiosas, impactando no aumento ou na diminuição da vulnerabilidade existente nesse grupo populacional, bem como, impacta

na proteção fornecida às crianças e aos adolescentes, frente a necessidade de acesso à saúde, principalmente em situações específicas que não há garantia integral dos direitos à cidadania¹ ou dos princípios fundamentais garantidos pela Constituição.

Os fatores de vulnerabilidade são heterogêneos no espaço geográfico, ou seja, variam de acordo com o território e, variam até mesmo no âmbito de cada município, dentro de um mesmo lugar. Logo, os bairros mais pobres são marcas da falta de oportunidades, de opções para lazer e cultura, inexistência de espaços para a prática esportiva e convívio social, de modo que, essas desigualdades afetam as diferentes dimensões da vida social das crianças e dos adolescentes, em especial em relação à saúde, incluindo a saúde sexual e a saúde reprodutiva, ao uso abusivo de álcool e outras drogas, violências e outros agravos à saúde².

Nesse contexto, é que o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento das crianças e dos adolescentes não é tão valorizado nos serviços de saúde como fator de prevenção e proteção de doenças resultantes de hábitos não saudáveis como o uso do tabaco, drogas ou agravos devido a violências.

As transformações ao longo do crescimento das crianças e dos adolescentes, tem como padrão uma mudança de comportamento social e muitas vezes sexual, tendo em vista o início dessa fase da vida estar sendo despertada cada vez mais cedo.

Logo, investir em saúde para essa parcela da população, é garantir qualidade de vida, energia, inovação, mão de obra, evitando violências, tomadas de decisões equivocadas, falta de expectativa de vida e outros agravados, devendo o Estado, portanto, garantir os direitos das crianças e dos adolescentes, como medida essencial para o futuro e desenvolvimento do país e para o crescimento desses jovens de forma sadia e positiva.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, no atual ordenamento jurídico, foi positivada a Constituição Cidadã que estabelece os princípios fundamentais a serem seguidos pelo Estado Democrático de Direito, possuindo atributo de imperativo legal. Logo, os direitos previstos na Carta Magna são convertidos em direitos subjetivos, cabendo aos Entes Federados a tutela desses direitos, de modo que, caso não sejam aplicados de forma efetiva, poderá o cidadão recorrer ao judiciário para ter o seu direito alcançado.

À propósito, diante da pesquisa realizada, permitiu-se inferir que o direito à saúde é fundamental no crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente em situação de rua, estando tal direito garantido pela Constituição Federal e pelo próprio

1 Em 2001, apenas 41,3% dos jovens viviam em famílias com renda familiar per capita acima de 1 salário mínimo, sendo que 12,2% (4,2 milhões) viviam em famílias com renda per capita de até ¼ de salário mínimo. Em 2001, mais da metade dos jovens entre 15 e 24 anos não estudava e apenas 42% chegava ao Ensino Médio. De outro lado, a histórica desigualdade racial no Brasil ocasiona uma maior vulnerabilidade de adolescentes e jovens negros em relação à saúde, à educação e ao mercado de trabalho (Instituto Cidadania, 2002).

2 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens, 2005. Aprovada em 2006 pelo Conselho Nacional de Saúde. No prelo.

ECA, estabelecendo o dever do Estado de efetivar o referido direito. Insta dizer que o reflexo da aplicação do direito à saúde de forma efetiva atinge as mais diversas esferas da vida da criança e do adolescente, não apenas diminuindo agravos, prevenindo e tratando doenças, mas também auxiliando no bom desenvolvimento humano, na diminuição de desigualdades, no aumento da expectativa de vida e planos para o futuro, bem como nas tomadas de decisões.

Destarte, o direito à saúde da criança e do adolescente, estabelecido nos diplomas legais pós Constituição Federal, como a Lei 8.080/90 e a Lei 8.069/90, que trata do SUS e do ECA, respectivamente, assumiram o papel de garantir as mais complexas vertentes do direito à saúde em se tratando da criança e do adolescente.

O presente artigo expõe um tema que deve ser constantemente debatido no âmbito acadêmico, social e político, buscando sempre a aprimoração dos dispositivos legais existentes e o melhor atendimento da realidade fática vivenciada pelas crianças e pelos adolescentes, alcançando assim, a aplicação prática da norma de forma efetiva e condizente com a vida real dos tutelados, promovendo a igualdade formal e material.

Em notas conclusivas, as crianças e adolescentes em situação de rua devem ser acompanhadas de perto, servida de serviços de saúde, serviços assistenciais e até mesmo acompanhamento mental, a fim de que se concretize uma mudança em sua realidade, acrescentando um maior cuidado e a sensação de proteção social, construindo estratégias efetivas de fomento e promoção da conscientização dos direitos que elas possuem, assegurando a aplicação de princípios constitucionais, como a dignidade da pessoa humana e direitos como acesso à educação, à saúde, à moradia, a não violência, à igualdade, retornando para elas novas oportunidades e uma nova faísca de esperança de que a vida pode mudar para melhor, juntamente a de seus bebês.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MAGISTRADOS, PROMOTORES DE JUSTIÇA E DEFENSORES PÚBLICOS DA INFÂNCIA E DA JUVENTUDE. São Paulo. Disponível em: <<http://www.abmp.org.br/acervo.php?b=3>>. Acesso em 13 ago 2021.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jan. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa de conhecimento sobre atitudes e práticas na população brasileira**, 2004. Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Balanco da Saúde**: janeiro de 2003 a junho de 2005. Brasília, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Aids/DST ano IV, nº 01**; julho a dezembro de 2006 e janeiro a junho de 2007. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis**: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília, 2008a. (Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde, v. 08)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais**: pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília, 2006b. (Série Pactos pela Saúde, v. 1)

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Um olhar sobre o jovem no Brasil**. Brasília, 2008b.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. **Apelação Cível nº 70018489146**. Apelante: Município de Caxias do Sul. Apelado: Ministério Público. Interessado: Estado do Rio Grande do Sul. Relator: Desembargador Luiz Felipe Brasil dos Santos. 13 de junho de 2007. Disponível em: < <http://www1.tjrs.jus.br/site/>>.

DEL-CAMPO, E. A.; OLIVEIRA, T. C. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2009. 443 p.

DURKHEIM, E. **O suicídio**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1982.

GALDINO, F. Custo dos Direitos. In: TORRES, Ricardo Lob (org.). **Legitimação dos Direitos Humanos**. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.

IHERING, R. **A luta pelo direito**. São Paulo: Martin Claret, 2008. 96 p.

ISHIDA, V. K. Estatuto da Criança e do Adolescente: Doutrina e jurisprudência. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2008. 507 p.

MITIDIERO, D. **Processo Civil e Estado Constitucional**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2007. 109 p.

NETO, O. C.; MOREIRA, M. R. A concretização de políticas públicas em direção à prevenção da violência estrutural. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, pp. 33-52, 1999.

OLIVEIRA, G. N. **O Projeto Terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde**. São Paulo: Hucitec, 2008. PORTELA, V.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. **Redução das desigualdades no período de uma geração**: igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais: relatório final. Lisboa: OMS; 2010

PORTELA, A. V. **Gravidez na Adolescência**. Brasília. No prelo.

SAMPAIO, D. **Ninguém Morre Sozinho**: o adolescente e o suicídio. Lisboa: Editorial Caminho, 1991.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria Municipal de Assistência Social; FIPE - FUNDAÇÃO INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS. **Censo dos moradores de rua da cidade de São Paulo**: relatório executivo. São Paulo, 2000.

SEGUNDO, R. **Construindo a relação entre o direito da criança e do adolescente e o direito orçamentário**. 27 de novembro de 2003. Disponível em: <<http://jus.uol.com.br/revista/texto/4541/construindo-a-relacao-entre-o-direito-da-crianca-e-do-adolescente-e-o-direito-orcamentario>>.

TEIXEIRA, M. B. et al. **Os invisibilizados da cidade**: o estigma da População em Situação de Rua no Rio de Janeiro. Saúde em Debate [online]. v. 43, n. spe7 [Acesso 26 Julho 2020], pp. 92-101

VENTURA, M. **Direitos Reprodutivos no Brasil**. São Paulo: [s.n.], 2002.

VIEIRA, M. A. C.; BEZERRA, E. M. R.; ROSA, C. M. M. **População de rua: quem é, como vive, como é vista**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

WASELFISZ, J. **Mapa da Violência dos Municípios Brasileiros**: Sumário Executivo. Brasília: UNESCO, 2008.

WASELFISZ, J. **Relatório de Desenvolvimento Juvenil**. Brasília: Ministério da Ciência e Tecnologia, 2007.

CAMPANHA NACIONAL DE VERMINOSES: IMPACTO E ANÁLISE SOBRE AS INFECÇÕES POR GEO-HELMINTOS EM ESCOLARES NO MUNICÍPIO DE BELÉM, ESTADO DO PARÁ, BRASIL

Data de aceite: 01/04/2022

Sheila Paula da Costa Prestes

<http://lattes.cnpq.br/3545131474859159>

Ricardo José de Paula Souza

<http://lattes.cnpq.br/4082971128842907>

Martin Johannes Enk Guimarães

<http://lattes.cnpq.br/1169309283832476>

RESUMO: Visando ao fortalecimento das ações de vigilância das geohelmintíases, o Ministério da Saúde propõe desde 2013, a realização da Campanha Nacional dos Geo-helmintos que preconiza o tratamento preventivo e coletivo com um comprimido de Albendazol de 400mg em crianças de cinco a 14 anos das escolas públicas dos municípios brasileiros. O objetivo deste estudo foi determinar o perfil epidemiológico das infecções por geo-helmintos nos escolares abrangidos pela Campanha Nacional de Verminoses no município de Belém, Pará em 2016. Tratou-se de um estudo descritivo, documental, de abordagem quantitativa utilizando dados secundários de resultados de exames de fezes antes, um mês e doze meses após tratamento, obtidos do Sistema de Informação do Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose (SISPCE) disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde (SESMA) do estado do Pará. Os participantes foram alunos de cinco a 14 anos da rede pública de ensino fundamental do Distrito Administrativo do Guamá (DAGUA), abrangidos e tratados como preconizado pela

campanha com um comprimido de Albendazol de 400mg. Os achados neste estudo mostraram que crianças com idade entre cinco a 9 anos são as mais acometidas pelos geo-helmintos e que os escolares do sexo masculino, uma vez tratados e curados para as geo-helmintíases estes têm três vezes mais chances de se reinfectarem após um ano. No presente estudo confirmamos que a campanha nacional de geo-helmintíases é uma importante estratégia capaz de controlar as infecções por geo-helmintos, já que consegue curar as infecções por *Ascaris lumbricoides*. No entanto, uma única dose de albendazol mostra pouca eficácia para as infecções por *T. trichiura* nos escolares.

PALAVRAS-CHAVE: Geo-helmintos; verminoses; escolares; belém

1 | INTRODUÇÃO

As geo-helmintíases pertencem a um grupo de infecções que são causadas por *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiuria* e os ancilostomídeos *Ancylostoma duodenale* e *Necator americanus*. A característica em comum desses parasitas é ter parte de seu ciclo de vida desenvolvida no solo ¹.

Um dos grupos populacionais mais afetados pelos geo-helmintos são crianças em idade escolar na faixa etária de cinco a 14 anos ². Essa maior vulnerabilidade se deve em parte pelo contínuo contato contaminado e seus hábitos higiênicos, que muitas vezes não são os mais adequados ³.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem como objetivo o controle das geohelmintíases e consequente redução significativa de sua importância como problema de saúde pública até o ano de 2020 ⁴. Para o enfrentamento dos geohelminthos podem ser alcançados por ações estratégicas que visam a prevenção, o controle e a redução da carga destas infecções ³.

O Ministério da Saúde (MS) em consonância com a OMS propõe desde 2013 a Campanha Nacional de Geo-helminthos (CNGH) que preconiza a redução da carga parasitária por meio do tratamento com um comprimido de Albendazol de 400 mg em escolares do ensino público fundamental na faixa etária de cinco a 14 anos ¹.

Estima-se que a prevalência de geohelminthos no Brasil varie de 2% a 36%, podendo alcançar 70% na população escolar, principalmente nos municípios com baixo índice de desenvolvimento humano.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e a oferta de serviços de saneamento básico são essenciais para a definição dos municípios brasileiros com atendimento prioritário para a realização da campanha ^{1,3}.

Para o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) o estado do Pará apresenta o pior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) entre todos os estados da região norte e ocupa um dos cinco mais baixos IDH do Brasil ⁵.

A região Norte do Brasil onde se localiza o estado do Pará apresenta a pior situação de tratamento de esgoto entre todas as regiões, onde 67% do total de esgoto gerado não recebe qualquer tipo de tratamento e desta forma, é lançado diretamente nos corpos d'água ⁶. A única solução definitiva para eliminar as geohelmintíases é a melhoria nas condições ambientais, porém obras de saneamento demandam tempo e alto investimento. Desta forma, a administração de medicações anti-helmínticas durante as campanhas é priorizada como uma medida de controle rápido das morbidades resultantes das infecções por geohelminthos ⁷.

O MS estipula que é de competência específica municipal avaliar a situação epidemiológica da campanha dos geohelminthos, uma vez que, o objetivo principal é a redução da carga parasitária dos alunos ⁸. No entanto, há escassez de informações para se quantificar a correta redução da carga parasitária e cura dos alunos antes e depois da realização da campanha na escola, uma vez que, o relatório de acompanhamento da campanha apenas informa o número bruto de escolares tratados e o alcance da campanha.

Neste sentido, o presente trabalho teve o objetivo de determinar o perfil epidemiológico das infecções por geohelminthos nos escolares abrangidos pela Campanha Nacional de Verminoses no município de Belém, Pará em 2016.

2 | MÉTODOS

Considerações éticas

O estudo seguiu a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS. Assim, o presente projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Evandro Chagas (IEC) e está aprovado pelo parecer nº 68851817.1.0000.0019. E todos os alunos positivos para geo-helmintíases e/ou esquistossomose mansoni foram devidamente tratados conforme as recomendações do Ministério da Saúde.

Desenho do estudo

Estudo epidemiológico do tipo descritivo, retrospectivo e de abordagem quantitativa.

Área de estudo

Entre os oito distritos administrativos que Belém possui, o Distrito Administrativo do Guamá (DAGUA) foi estrategicamente selecionado para este estudo, por concentrar o maior número de escolas e escolares envolvidos na campanha e também por registrar no Sistema de Informação do Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose (SISPCE) uma das maiores taxas de positividade de verminoses em sua população. http://www.belem.pa.gov.br/codem_mapas/Mapas_PDF/Distritos/A0/DAGUA.pdf, acessado em 25/jan/2018; <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pa/belem.html>, acessado em 25/jan/2018.

Dentro deste contexto, as escolas selecionadas por conveniência para este trabalho foram as escolas municipais de ensino Edson Luiz, Silvio Nascimento, Nestor Nonato e Honorato Filgueiras. <http://geocartografiadigital.blogspot.com/2013/05/cartografia-dos-distritos.html>. Acessado em 25/jan/2018. A figura 1 permite a visualização da localização de Belém, Pará, do distrito DAGUA e as escolas selecionadas para este estudo.

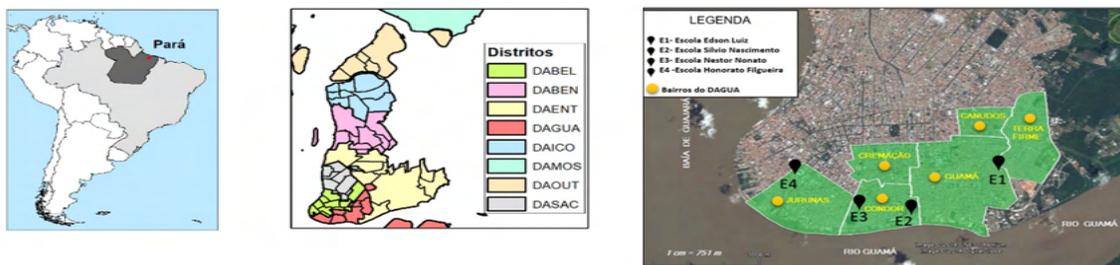


Figura 1 – Localização de Belém, Pará, do distrito DAGUA e as escolas selecionadas para este estudo.

Fonte: CODEM, IBGE, 2018; GUSMÃO, 2017.

População de estudo

A população de estudo foi composta por alunos de cinco a 14 anos abrangidos pela campanha dos geo-helmintos no ano de 2016 em quatro escolas do Distrito Administrativo do Guamá (DAGUA). Foram consideradas as variáveis demográficas sexo (masculino; feminino) e faixa etária (em anos: cinco a 14 anos). Os exames nos quais eram ignorados os dados sobre sexo/faixa etária foram desconsiderados para este estudo. A variável presença ou ausência de geo-helmintos nos resultados nos exames parasitológico de fezes dos alunos foi também avaliada.

O número dos participantes foi definido de acordo com o cálculo do tamanho da amostra para o estudo de proporções/prevalência com um grau de confiança de 97,5%. O tamanho da população total foi de 910 alunos com uma taxa de positividade de acordo com o Inquérito Nacional de Prevalência e Geo-helmintoses (INPEG) de 20% e uma taxa de positividade estimada entre 30 e 40%, resultando em uma população amostral de 297 alunos. Foram coletados dados do SISPCE referentes aos resultados de três exames coproparasitológicos, sendo: o primeiro realizado no dia 1, onde ocorreu o 1º exame de fezes mais o tratamento com um comprimido de albendazol de 400mg, o segundo realizado trinta dias após o tratamento e o terceiro efetivado 365 depois do tratamento.

Os dados contidos no SISPCE foram baseados em resultados de exames parasitológico de fezes utilizando-se o método de Kato-Katz. <https://www.bio.fiocruz.br/images/stories/manual-helm-teste-1.pdf>, acessado em 27/jan/2018. Os técnicos do PCE coletaram três amostras de fezes de cada aluno e destas, foi preparada uma lâmina de cada amostra. Totalizando três lâminas por aluno.

Análise estatística

Foram consideradas as variáveis demográficas sexo (masculino; feminino) e faixa etária (em anos: cinco a 14 anos). Os dados obtidos dos exames coproparasitológicos dos alunos foram analisados utilizando-se os softwares Microsoft Excel e OpenEpi 2007. http://www.openepi.com/Menu/OE_Menu.htm, acessado em 02/fev/2018. As associações entre as variáveis foram verificadas pelo teste qui-quadrado. Em todos os testes estatísticos considerou-se o intervalo de confiança de 95% (IC95%). A significância estatística foi fixada em $p < 0,05$.

A definição da prevalência (P) para cada fase da pesquisa foi calculada a partir da seguinte fórmula:

$$P = \frac{\text{Nº de alunos positivos para geo helmintos}}{\text{Nº de alunos participantes}}$$

A taxa de cura (TC) após o tratamento de 30 dias foi determinada a partir da seguinte fórmula:

$$TC = \frac{\text{Nº de alunos positivos no 1º exame, tratados e negativos no 2º exame}}{\text{Nº de alunos positivos no 1º exame}}$$

A taxa de reinfeção (TR) pelos geo-helmintos um ano após o tratamento foi definida a partir da fórmula:

$$TR = \frac{\text{Nº de alunos positivos no 1º exame, tratados e negativos no 2º exame e positivos no 3º exame}}{\text{Nº de alunos positivos no 1º exame, tratados e curados no 2º exame}}$$

A taxa de infecção por casos novos (TICN) de geo-helmintíases um ano após o tratamento foi calculada a partir da fórmula:

$$TICN = \frac{\text{Nº de alunos negativos no 1º exame, tratados e negativos no 2º exame e positivos no 3º exame}}{\text{Nº de alunos negativos no 1º exame e tratados}}$$

3 I RESULTADOS

A população estudada nas quatro escolas foi composta por 308 escolares. Destes, 166 (53,90%) pertenciam ao sexo masculino e 142 (46,10%) escolares pertenciam ao sexo feminino. Na fase pré-tratamento observamos que 167 (54,23%) dos alunos estavam infectados por geo-helmintos e destes 55,42% (92/166) eram do sexo masculino e 52,81% (75/142) do sexo feminino. Considerando a faixa etária, a prevalência de geo-helmintos foi de 54,70% (122/223) nos escolares de 5 a 9 anos e de 52,95% (45/85) nos escolares de 10 a 14 anos. Em todos os casos, nenhuma diferença estatisticamente significativa foi encontrada.

Resultados colhidos 30 dias pós-tratamento mostraram que dos 167 alunos inicialmente infectados, 40,11% (67/167) obtiveram cura e 59,89% (100/167) ainda permaneciam infectados, indicando uma redução de 40,13% na taxa de infecção. Em ambos os gêneros foi registrado queda da prevalência de geo-helmintos, entretanto escolares do sexo feminino obtiveram diminuições de 41,33% e alunos do sexo masculino 39,13%, sem diferença estatística. Quanto a faixa etária, a redução da prevalência foi estatisticamente maior nos escolares de 10 a 14 anos com uma diminuição de 55,58% quando comparado a faixa etária de cinco a 9 anos com uma redução de 34,43%.

No pós-tratamento de 365 dias foi detectado 45,45% (140/308) crianças positivas para geo-helmintos, destas 26,86% (18/67) provenientes de reinfeção, 32,46% (100/308) de infecções permanentes e 15,60% (22/141) de novos casos da doença. Entre os indivíduos do sexo masculino 48,19% foram infetados por geo-helmintos e do sexo feminino 42,25%. Quanto a faixa etária, 48,43% dos alunos de cinco a 09 anos e 37,62% dos escolares de 10 a 14 anos apresentaram infecções por geo-helmintos. No entanto, não foi encontrada nenhuma diferença estatisticamente significativa. A tabela 1 permite a visualização da presença ou ausência de geo-helmintos em cada fase da pesquisa de acordo com o sexo e faixa etária.

PREVALENCIA DE GEO-HELMINTOS NA POPULAÇÃO ESTUDADA NO PRÉ E PÓS- TRATAMENTO DE 30 E 365 DIAS

Variáveis	Pré-T						Pós-T30 ^{**}						Pós-T365 ^{**}					
	n ^{***}	Presença		Ausência		Valor p	Presença		Ausência		Valor p	Presença		Ausência		Valor p		
		n	%	n	%		n	%	n	%		n	%	n	%			
Sexo						0,646					0,608					0,298		
Masculino	166	92	55,42	74	44,58		56	33,73	110	66,27		80	48,19	86	51,81			
Feminino	142	75	52,81	67	47,19		44	30,98	98	69,02		60	42,25	82	57,75			
Faixa etária						0,781					0,038					0,089		
5 - 9 anos	223	122	54,70	101	45,30		80	35,87	143	64,13		108	48,43	115	106,46			
10 - 14 anos	85	45	52,95	40	47,05		20	23,52	65	76,48		32	37,64	53	51,57			
Total	308	167	54,23	141	45,77		100	32,47	208	67,53		140	45,45	168	54,55			

* Pré-T: pré-tratamento
 ** Pós-T30: pós-tratamento de 30 dias
 *** População total estudada

Tabela 1 - Presença ou ausência de geo-helmintos em cada fase da pesquisa de acordo com o sexo e faixa etária.

Após o tratamento de 30 dias com o Albendazol de 400 mg, os escolares do sexo feminino obtiveram os maiores percentuais de cura de 41,13% enquanto as do sexo masculino apresentaram 39,13% de cura, não havendo diferença estatisticamente significativa. Ao analisar a relação entre faixa etária e cura pós-tratamento de 30 dias, observou-se que os escolares com idade de cinco a 9 anos obtiveram uma taxa de cura de 34,71% e um risco maior de 1,43 de ficarem infectados do que escolares da faixa etária de 10 a 14 anos com uma taxa de cura de 54,34% e essa diferença se mostrou estatisticamente significativa. A tabela 2 mostra os percentuais de cura dos escolares após o tratamento de 30 dias com o Albendazol.

Variáveis	Infectados no Pré-T N	Curados no Pós-T30 n	Cura %	Valor p [*]	RR ^{**}	IC ^{***} 95%
Sexo				0,772		
Masculino	92	36	39,13		1,03	(0,80-1,33)
Feminino	75	31	41,33		1,00	
Faixa Etária				0,020		
5 - 9 anos	121	42	34,71		1,43	(1,00 - 2,00)
10 - 14 anos	46	25	54,34		1,00	
Total	167	67	40,11			

* Teste qui-quadrado
 ** Risco Relativo
 *** Intervalo de Confiança de 95%

Tabela 2 - Percentuais de cura dos escolares infectados após o tratamento de 30 dias com o Albendazol.

Na fase pré-tratamento, a maior percentual das infecções foi ocasionado por mono-infecções de *T. trichiura* com 121 casos (72,45%), seguido por 25 casos (14,98%) pela

co-infecção (*T. trichiura* / *A. lumbricoides*) e por *A. lumbricoides* com 21 casos (12,57%). A infecção por *T. trichiura* atingiu mais escolares do sexo feminino 74,67% (56/75) e com idade entre cinco a 9 anos 72,95% (89/122). Quanto a infecção por *A. lumbricoides*, esta foi mais presente nos indivíduos do sexo feminino 13,33% (10/75), na idade de 10 a 14 anos 17,78% (08/45). A co-infecção *T. trichiura* e *A. lumbricoides* afetou mais os escolares do sexo masculino 17,40% (16/92) e na idade entre cinco a 9 anos 16,40% (20/122).

No pós-tratamento de 30 dias, somente as mono-infecções por *T. trichiura* foram encontradas, uma vez que, todos os casos de *A. lumbricoides* registrados no pré-tratamento obtiveram cura. Foi observado ainda, que 17 dos 25 casos de co-infecções achadas no pré-tratamento migraram para os casos de mono-infecções por *T. trichiura* no pós-tratamento de 30 dias e os oito casos restantes tiveram cura.

No pós-tratamento de 365 dias, o geo-helminto de maior ocorrência foi *T. trichiura* com 119 casos, correspondendo a 85% das mono-infecções e este esteve mais presente nos indivíduos do sexo feminino 88,33% (53/60) e na faixa etária de 10 a 14 anos com 87,50% (28/32) dos casos. As co-infecções por *T. trichiura* e *A. lumbricoides* foram as mais que mais afetaram crianças do sexo masculino com 12,50% (10/80) casos e na faixa etária de cinco a 9 anos com 11,11% (12/108) dos casos.

Em todos os casos, se manteve $p > 0,05$. O tipo de geo-helminto detectado nos exames dos escolares no pré e pós-tratamento de 30 e 365 dias de acordo com o sexo e faixa etária pode ser visualizado na TABELA 3.

Espécies de geo-helminthos encontrados nos exames no pré e pós-tratamento de 30 e 365 dias													
Variáveis			n*	<i>T. trichiura</i>		<i>A. lumbricoides</i>		Ancilostomídeos		<i>T. trichiura</i> + <i>A. lumbricoides</i>		<i>T. trichiura</i> + Ancilostomídeos	
				n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
PRÉ-T	Sexo	Masculino	92	65	70,65	11	11,95	-	-	16	17,40	-	-
		Feminino	75	56	74,67	10	13,33	-	-	09	12,00	-	-
	Faixa etária	5-9 anos	122	89	72,95	13	10,65	-	-	20	16,40	-	-
		10-14 anos	45	32	71,11	08	17,78	-	-	05	11,11	-	-
		Total	167	121	72,45	21	12,57	-	-	25	14,98	-	-
PÓS-T30	Sexo	Masculino	56	56	100,00	-	-	-	-	-	-	-	-
		Feminino	44	44	100,00	-	-	-	-	-	-	-	-
	Faixa etária	5-9 anos	80	80	100,00	-	-	-	-	-	-	-	-
		10-14 anos	20	20	100,00	-	-	-	-	-	-	-	-
		Total	100	100	100,00	-	-	-	-	-	-	-	-
PÓS-T365	Sexo	Masculino	80	66	82,50	01	1,25	02	2,50	10	12,50	01	1,25
		Feminino	60	53	88,33	02	3,33	-	-	04	6,67	01	1,67
	Faixa etária	5-9 anos	108	91	84,26	02	1,85	01	0,92	12	11,11	02	1,86
		10-14 anos	32	28	87,50	01	3,12	01	3,12	02	6,26	-	-
		Total	140	119	85,00	03	2,14	02	1,43	14	10,00	02	1,43

Sinal convencional utilizado: - Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento
*Número de alunos infectados com geo-helminthos em cada etapa da pesquisa

Tabela 3 - Geo-helminthos encontrados de acordo com o tipo de infecção parasitária.

A análise de associação entre a variável sexo e a reinfecção por geo-helminthos

demonstrou que os escolares do sexo masculino apresentam maior risco de se reinfectarem (RR = 3,01) quando comparados com àqueles do sexo feminino. Ao analisar a relação entre a faixa etária e reinfeção ($p > 0,05$). As reinfeções detectadas no pós-tratamento de 365 dias podem ser visualizadas na tabela 4.

Variáveis	n de curados no pós-T30	n infectados no pós-T365	%	Reinfecção		
				Valor p*	RR**	IC*** 95% ^c
Sexo				0,009		
Masculino	36	14	38,88		3,01	(1,10 – 8,20)
Feminino	31	04	12,90		1,00	
Faixa Etária				0,239		
5 – 9 anos	42	10	23,80		0,74	(0,33 - 1,63)
10 – 14 anos	25	08	32,00		1,00	
Total	67	18	26,86			

* Valor p = Teste Qui-quadrado

** RR = Risco Relativo

***IC 95% = Intervalo de confiança de 95%

Tabela 4 - Reinfeções detectadas no pós-tratamento de 365 dias.

Para as infecções permanentes, observou-se que aqueles escolares com idade de cinco a 9 anos possuem um risco maior de permanecerem infectados durante um ano (RR = 1,52) do que aqueles da faixa etária de 10 a 14 anos. Em relação ao sexo dos escolares, se manteve $p > 0,05$.

Os casos novos de infecção por geo-helmintos estiveram presentes em 15,60% (22/141) dos alunos. Esta taxa de infecção por casos novos no pós-tratamento de 365 dias foi de 17,91% (12/67) em escolares do sexo feminino e de 13,51% (10/74) para o sexo masculino. Estas novas infecções estiveram presentes em 17,82% (18/101) das crianças entre cinco a 9 anos e 10% (04/40) naqueles de 10 a 14 anos. Não foi observado diferença estatisticamente significativa.

4 | DISCUSSÃO

De uma forma geral, estudos epidemiológicos abordando a ocorrência de geo-helmintíases em crianças nas grandes cidades metropolitanas da região Norte do Brasil ainda são escassos e desatualizados. Uma base com informações insuficientes sobre a doença pode limitar as secretarias de saúde na elaboração de medidas efetivas de controle.

Este é o primeiro estudo quantitativo que analisou a prevalência dos geo-helmintos em escolares antes e depois da execução da campanha em Belém, Pará. Muito embora,

este estudo tenha se limitado a analisar 1,14% da população escolar, destacamos que essa porcentagem analisada, constituiu uma amostra representativa dos 26.965 alunos examinados durante a quarta edição da campanha em Belém, Pará.

Os resultados inicialmente obtidos neste estudo mostram uma prevalência de 54,23% para geo-helmintos em escolares de cinco a 14 anos em Belém. Esses dados assemelham-se aos resultados encontrados em crianças de escolas primárias na Índia em 2015 onde a prevalência encontrada foi de 54,50% ⁹.

Vale ressaltar, que as instituições de ensino público envolvidas neste estudo e possivelmente, o local de moradia dos alunos participantes estão localizadas em torno da bacia hidrográfica do Tucunduba que tem quase 40% de sua área alagável e ocupação desordenada e precariedade na infraestrutura de saneamento ambiental ¹⁰. Esses múltiplos fatores, podem explicar a elevada prevalência de crianças infectadas por, pelo menos, uma espécie de geo-helminto. Em um estudo realizado sobre as doenças de veiculação hídrica, identificou que além de geo-helmintoses a esquistossomose também é de grande ocorrência nos moradores desta bacia ¹¹.

Em um ambiente carente de serviços de saneamento básico, as crianças em idade escolar, são as que mais sofrem com a infecção por geo-helmintos quando comparadas a outros grupos etários ¹². Este público é o mais acometido por ser comum o desenvolvimento de suas atividades ao ar livre e, ainda, pela contínua exposição ao solo e água contaminados e higiene corporal inadequada ¹³.

No que concerne ao gênero das crianças pesquisadas neste estudo, os escolares do sexo masculino foram os mais afetados pelos geo-helmintos no pré-tratamento e pós tratamento de 30 e 365 dias, são eles que também concentram a maior carga parasitária para qualquer tipo de geo-helminto, apresentam um risco três vezes maior de reinfecção quando comparados ao sexo feminino.

Esta diferença entre os sexos pode estar associada aos padrões comportamentais dos gêneros envolvidos, crianças do gênero masculino preferem brincar em ambientes fora de sua residência o que pode conferir um grau de exposição maior a um ambiente contaminado ¹⁴.

No tocante faixa etária, as crianças com idade compreendida entre cinco a 09 anos são as que mais sofrem com as infecções por geo-helmintos, já que são elas que apresentaram os maiores percentuais de infecção para os geo-helmintoses no pré e pós-tratamento de 30 e 365 dias, uma vez tratadas, possuem as menores chances de cura em relação as crianças de cinco a 14 anos, bem como, apresentam um risco significativo de se manterem infectadas permanentemente durante um ano quando comparados as crianças mais velhas.

Este fato associado as faixas etárias pode ser explicado que nesta fase de desenvolvimento de cinco a nove anos, as crianças ainda estão aprendendo a importância dos hábitos de higiene e levam com certa frequência objetos ou partes do corpo

contaminados à boca ¹⁵. Espera-se que crianças maiores com idade entre 10 a 14 anos tenham informações de higiene pessoal mais fortalecidas e um sistema imunológico mais eficiente em comparação com as crianças mais novas ¹⁶.

A predominância de escolares monoparasitados em relação aos biparasitados todas as fases deste estudo também foi observada em outras pesquisas com crianças em fase escolar ^{17,18,16}. A dominância do monoparasitismo pode ocorrer quando parasitas que ocupam o mesmo hospedeiro competem gerando a exclusão de uma das espécies ¹⁹.

O geo-helminto de maior recorrência encontrado foi o *T. trichiura*. Esses achados corroboram com resultados encontrados uma comunidade ribeirinha no estado do Pará onde 80% das crianças com idade de zero a 14 anos estavam infectadas por *T. trichiura* ²⁰. Entre municípios Paraenses que participaram do Inquérito Nacional de Prevalência da Esquistossomose mansoni e Geo-helmintoses (2010/2015), o *T. trichiura* foi o geo-helminto mais encontrado entre os escolares examinados ³.

Quanto ao *Ascaris lumbricoides*, era de se esperar que fossem encontradas prevalências semelhantes ou superiores ao *T. trichiura* em função de possuem mecanismos de transmissão semelhantes, entretanto, contrariando estudos que afirmam ser esse helminto o mais encontrado em todas as regiões brasileiras ^{21,22}, as infecções por *A. lumbricoides* identificadas no pré (12,57%) e pós-tratamento de 365 dias (2,14%) ficaram bem abaixo daquelas registradas por *T. trichiura* com (72,45%) no pré e (85%) no pós-tratamento de 365 dias.

Nos resultados obtidos no pós-tratamento de 30 dias observamos que o tratamento anual com uma dose albendazol é capaz de curar os alunos para a ascariíase o que não ocorre para a tricuriíase. Esta pode ser, uma possível explicação para que as infecções ocasionadas por *T. trichiura* fossem superiores à aquelas causadas por *A. lumbricoides*.

O fato de a maior parte das crianças andarem descalças poderia ser um fator contributivo para as infecções por ancilostomídeos, no entanto, estes foram de menor prevalência encontrados neste estudo. A ancilostomíase é mais comum nas zonas rurais onde a predominância do solo arenoso propicia um melhor desenvolvimento das larvas dos ancilostomídeos ²³.

Nosso estudo permite supor que, uma dose de 400 mg de albendazol quando administrado em dose única em intervalo de 365 dias é insuficientemente capaz de conter o avanço dos geo-helmintos em um ambiente carente de saneamento básico. Uma única dose do albendazol mostrou pouca eficácia para as infecções por *T. trichiura*. Nossos achados mostram que no pós-tratamento de 30 dias que apenas 21 (17,35%) dos 121 alunos infectados no pré-tratamento por *T. trichiura* ficaram curados.

Os resultados dos exames de fezes indicaram que com uma única dose de albendazol a prevalência dos geo-helmintos inicialmente registrada de 54,23% caiu para 32,47% no pós-tratamento de 30 dias, contudo, após a suspensão da medicação, a prevalência foi se restabelecendo a patamares próximos ao inicialmente encontrados chegando a 45,45% no

pós-tratamento de 365 dias. De fato, estudos mostraram que a prevalência e a intensidade da infecção podem retornar aos níveis basais ligeiramente após a cessação da medicação²⁴.

Uma possível explicação para rápido reestabelecimento da prevalência nos permite a supor que pouca ou nenhuma atividade de intervenção de saneamento básico foi realizada no período estudado. Este fator também pode ter influenciado na detecção de casos novos, reinfecções e infecções permanentes observadas no pós-tratamento de 365 dias.

Outros estudos demonstram que as infecções por geo-helminhos se reestabelecem rapidamente após a interrupção da medicação antiparasitária, caso as condições de saneamento não sejam efetivas^{25, 26}.

Conclui-se que uma única dose de albendazol tem eficácia reduzida contra *T. trichiura* e que este mesmo fármaco não consegue eliminar os vermes imaturos e também não previne a reinfecção. Nosso estudo indica que a Campanha Nacional realizada em Belém, Pará poderá ter resultados mais expressivos na redução da carga parasitária dos alunos, caso adote um regime de tratamento com albendazol com frequência bianual.

AGRADECIMENTOS

Ao Instituto Evandro Chagas/PA. Ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia e Vigilância em Saúde IEC/PA.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Instituto Evandro Chagas/PA e Secretaria Municipal de Saúde de Belém, Pará.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Vigilância a Saúde. Guia prático para operacionalização da Campanha Nacional de Hanseníase, Verminoses, Tracoma e Esquistossomose. Brasília. 2017
2. Organização Mundial de Saúde. 2017. Integrating neglected tropical diseases into global health and development: fourth, WHO report n neglected tropical diseases. http://www.who.int/neglected_diseases/resources/9789241565448/en/. (Acessado em 18/ mai/ 2017).
3. Katz, Naftale. Inquérito Nacional de Prevalência da Esquistossomose mansoni e Geo-helminthoses/ Naftale Katz. – Belo Horizonte: CPqRR, 2018. 76p. <http://www2.datasus.gov.br/datasus/index.php?area=0208>. (Acessado em 20/abr/2018).
4. Organização Mundial da Saúde. Soil-transmitted helminthiasis: eliminating soil-transmitted helminthiasis as a public health problem in children: progress report 2001-2010 and strategic plan 2011–2020. Geneva: World Health Organization. 2012. http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503129_eng.pdf. (Acessado em 27/fev/2017).

5. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. 2010. Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil. <http://www.portalfederativo.gov.br/noticias/destaques/pnud>. (Acessado em 21/jun/2017).
6. Agência Nacional de Água. Atlas Esgotos. Despoluição de Bacias Hidrográficas. 2017. <http://www.ana.gov.br> (Acessado em 20/abr/2018).
7. Organização Mundial de Saúde. Helminth control in school age children: a guide for managers of control programmes, second edition. 2011. Disponível em: http://www.who.int/neglected_diseases/resources/9789241548267/en/. (Acessado em 22/abr/2018).
8. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Vigilância a Saúde. Guia prático para operacionalização da Campanha Nacional de Hanseníase, Verminoses, Tracoma e Esquistossomose. Brasília. 2016.
9. Ganguly S, Barkataki S, Karmakar S, Sanga P, Boopathi K, Kanagasabai K, Kamaraj P, Chowdhury P, Sarkar R, Raj D, James L, Dutta S, Sehgal R, Jha P, Murhekar M. High prevalence of soil-transmitted helminth infections among primary school children, Uttar Pradesh, India, 2015. *Journal List. Infect Dis Poverty*. V6. 2017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5632835/>. (Acessado em 18/ mai/ 2017).
10. Cristo LA, Luz LM. Morfologia e uso do solo na Bacia urbana do Tucunduba, Belém, Pará. 2014. *Revista brasileira de geografia física v.7. n° 03*. <http://www.ufpe/rbgfe>. (Acessado em 22/abr/2018).
11. Mitozo A, Diniz A. A análise da vulnerabilidade de aquíferos e do zoneamento do município de Belém-PA - estudo de caso em bairros prioritários para implantação de saneamento básico. 2017. FENASAN, 2017. <https://www.tratamentodeagua.com.br/wp-content/uploads/2017/12/IV-318.pdf> (Acessado em 21/ jun/2017).
12. Organização Mundial de Saúde. Deworming for health and development: report of the third global meeting of the partners for parasite control. 2004. Guide for managers of control programmes, second edition. 2011. http://www.who.int/neglected_diseases/resources/9789241548267/en/. (Acessado em 22/ abr/2018).
13. Ministério da Saúde. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Informe Técnico da Campanha Nacional de Hanseníase e Geo-helminthiases. 2013. <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/ dezembro/22/Informe-Tecnico-e-Operacional.pdf>. (Acessado em 12/ jan/ 2017).
14. Pereira C. Fatores de risco das enteroparasitoses de escolares públicos da Bahia. **Saúde.com**, [S.l.], v. 10, n. 3, p. 245-253, ago. 2014. ISSN 1809-0761. Disponível em: <<http://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/309>>. Acesso em 11/mar/2018.
15. Vasconcelos IAB, Oliveira JW, Cabral FRF, Coutinho HDM, Menezes IRA. Prevalência de parasitoses intestinais entre crianças de 4-12 anos no Crato, Estado do Ceará: um problema recorrente de saúde pública. *Acta Sci Health Sci*. 2011 jan-jun;33(1):35-41.
16. Banhos EF, Rocha JAM, Pimentel ML, Batista ETM, Silva LM. Prevalence and risk factors for intestinal parasite infections in schoolchildren, in the city of Santarém, Pará State, Brazil. 2017. https://www.researchgate.net/publication/321738642_Prevalence_and_risk_factors_for_intestinal_parasite_infections_in_schoolchildren_in_the_city_of_Santarem_Para_State_Brazil. *ABCS Health Sci*. 2017; 42(3):137-142. (Acessado em 28/jan/2018).

17. Sampaio LS. Prevalência de enteroparasitoses em crianças residentes na área de ressaca do tacacá. Macapá: ed. UNIFAP, 2014.
18. Santos VJ. Modelo de processo participativo de enquadramento aplicado a bacias hidrográficas urbanas: bacia do Tucunduba – PA. 2010. UFFA. Disponível em: <http://www.ufpa.br/ppgec/data/producaocientifica/Veronica.pdf> (Acessado em 12/ jan/ 2017).
19. Felício VP. Fatores associados à prevalência de enteroparasitoses em crianças de 0 a 4 anos do município de Patos de Minas, MG. 2007. Trabalho de Dissertação. Faculdade de Franca. <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp100095.pdf>. (Acessado em 21/jun/2017).
20. Gomes Km, Sarges Es, Cerqueira Le, Brito Mt, Melo MF, Ribeiro CH, Souza FG. Anaemia and parasitic infections in riverside community of the Brazilian Amazon. Comunicação Breve/Short Communication. <http://www.rbac.org.br/wp-content/uploads/2017/04/RBAC-vol-48-4-2016-ref.-428.pdf>. RBAC. 2016;48(4):389-93. (Acessado em 22/abr/2018).
21. Fonseca EO, Teixeira MG, Barreto MI, Carmo EH, Costa MC. Prevalência e fatores associados às geo-helmintíases em crianças residentes em municípios com baixo IDH no Norte e Nordeste brasileiros. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(1):143-152, jan., 2010.
22. Castro TG, Nunes MS, Conde WI, Muniz PT, Cardoso MA. Anemia e deficiência de ferro em pré-escolares da Amazônia Ocidental brasileira: prevalência e fatores associados. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2011, vol.27, n.1, pp.131-142. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000100014>. (Acessado em 21/jun/2017).
23. Reis ER. Ancilostomíase e outras Parasitoses Intestinais na Região dos Carnaubais: Estudo Transversal no Município de Nossa Senhora de Nazaré, Piauí. Instituto Oswaldo Cruz, Pós Graduação em Medicina Tropical. 2015. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14738>. (Acessado em 12/ jan/ 2017).
24. Al-Mekhlafi M, Anuar S, Al-Zabedi E, Al-Maktari M, Ak-Mahdy M, Ahmed A, et al. Does vitamin A supplementation protect schoolchildren from acquiring soil-transmitted helminthiasis? A randomized controlled trial. 2014. *Parasites & Vectors* 2014 7:367.
25. Jia T, Melville S, Utzinger J, King C, Zhou X. Soil-transmitted helminth reinfection after drug treatment: a systematic review and meta-analysis. 2012. *PLoS Negl Trop Dis*. 2012; 6(5):e1621. doi: 10.1371/journal.pntd.0001621. Epub 2012 May 8.
26. Ziegelbauer K, Speich B, Mausezahl D, Bos R, Keiser J, Utzinger J. Effect of Sanitation on Soil-Transmitted Helminth Infection: Systematic Review and Meta-Analysis. 2012 Jan;9(1):e1001162. doi: 10.1371/journal.pmed.1001162. Epub 2012 Jan 24.

PNEUMONIA: FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À VENTILAÇÃO MECÂNICA

Data de aceite: 01/04/2022

Silvia Cristianne Nava Lopes

Universidade Federal do Maranhão – UFMA
São Luís – Maranhão, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/9073367725386475>

Aline Silva Andrade Costa

Universidade Federal do Maranhão – UFMA
São Luís – Maranhão, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/5216660064449463>

Érica Celestino Cordeiro

Universidade Ceuma
São Luís – Maranhão, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/9527606216187129>

Júlio César Costa dos Santos

Universidade Federal do Maranhão – UFMA
São Luís – Maranhão, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/1296721812419720>

Pâmela Cirqueira Nunes

Faculdade Santa Terezinha – CEST
São Luís – Maranhão, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/2219125017578554>

Rafayelle Maria Campos Balby

Universidade Ceuma
São Luís – Maranhão, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/9165454972527949>

Willian Vieira Ferreira

Universidade Federal do Maranhão – UFMA
São Luís – Maranhão, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/3689641350719406>

as Unidades de Terapia Intensivas, torna-se favorável à propagação de infecções, entre elas, a Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica, gerando custos no atendimento e tratamento, além de aumentar o tempo de internação dos pacientes. A ventilação mecânica é o principal fator de risco ao seu desenvolvimento. Os objetivos do estudo são: identificar os fatores de risco para Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica em pacientes adultos internados em Unidades de Terapia Intensiva e descrever as medidas preventivas e de controle desta patologia. Método: Trata-se de uma pesquisa bibliográfica mediante busca eletrônica na base de dados do SCIELO (Scientific Electronic Library On Line) utilizando os descritores: fatores de risco, pneumonia, ventilação mecânica e Unidade de Terapia Intensiva. Foram selecionadas 04 publicações. Também foram utilizados 02 livros para que a coleta de dados fosse a mais completa possível. Concluímos que a Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica ocorre devido à diminuição das defesas pulmonares dos pacientes em uso da ventilação mecânica invasiva. Além disso, a idade avançada, imobilidade pelo estado de coma, a utilização de sondas gastrointestinais, o estado nutricional ruim e aspiração do condensado contaminado dos circuitos do ventilador utilizado, também foram apontados como fatores de riscos associados a esta patologia. Finalmente, a higiene das mãos dos profissionais de saúde e oral do paciente, a prevenção da broncoaspiração e a elevação da cabeceira de 30 a 45° são as principais medidas preventivas e de controle desta patologia.

PALAVRAS-CHAVE: Fatores de Risco.

RESUMO: O ambiente hospitalar, especialmente

PNEUMONIA: RISK FACTORS ASSOCIATED WITH MECHANICAL VENTILATION

ABSTRACT: The hospital environment, especially the Intensive Care Unit, becomes favorable to the spread of infections, including the Ventilator Associated Pneumonia, generating costs in care and treatment, and increasing the length of stay of patients. Mechanical ventilation is the main risk factor for its development. The objectives of the study are to identify the main risk factors for Ventilator Associated Pneumonia in adult patients admitted to intensive care units and describe the preventive and control measures of this disease. Method: This is a literature through electronic search in SCIELO database (Scientific Electronic Library Online) using the risk factors descriptors, pneumonia, mechanical ventilation and Intensive Care Unit. 04 publications were selected. We also used 02 books so that data collection was as complete as possible. We conclude that the Ventilator Associated Pneumonia occurs because of reduced pulmonary defenses of patients on invasive mechanical ventilation. In addition, advanced age, coma by immobility, use of gastrointestinal probes, bad nutritional state and condensate aspiration of contaminated ventilator circuits were also identified as risk factors associated with this disease. Finally, the hand hygiene of healthcare professionals and patient's oral, prevention of aspiration and the elevation of 30 to 45 head are the main preventive and control measures of this disease.

KEYWORDS: Risk Factors. Pneumonia. Mechanical Ventilation. Intensive Care Unit.

INTRODUÇÃO

De acordo com Fernandes e colaboradores (2000), a pneumonia é a resposta inflamatória do hospedeiro à invasão e multiplicação incontrolada dos microrganismos nas vias aéreas distais, ocorrendo quando um germe particularmente virulento ou um grande inóculo alcança os espaços inferiores vencendo os mecanismos de defesas locais, produzindo um exsudato inflamatório que confere a característica purulenta ao escarro.

É importante destacar que as pneumonias são divididas em pneumonias adquiridas na comunidade e as pneumonias nosocomiais. A pneumonia adquirida na comunidade é definida como uma infecção que acontece com qualquer pessoa que vive numa determinada comunidade e que se desenvolve fora dos hospitais (FERNANDES; FERNANDES; RIBEIRO FILHO, 2000).

No que concerne à pneumonia nasocomial ou pneumonia relacionada à assistência hospitalar, tendo em vista as diversas formas de apresentação e fatores de risco, Fernandes e colaboradores (2000) as descrevem da seguinte maneira:

a) **Pneumonia Adquirida no Hospital (PAH):** ocorre depois de 48 horas da admissão no hospital, geralmente tratada na unidade de internação, que não tem como motivo a intubação orotraqueal ou a Ventilação Mecânica (VM). A PAH é subdividida conforme o tempo decorrido desde o momento da admissão do paciente no estabelecimento hospitalar até o aparecimento dos primeiros sintomas. Assim, pode ser *precoce* (acometimento

até o quarto dia da internação) ou *tardia* (com acometimento depois de cinco dias da hospitalização).

b) *Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAVM)*: é aquela que tem o surgimento em 48 a 72 horas depois da intubação orotraqueal e utilização da VM invasiva. A PAVM também pode ser classificada como *precoce* (com surgimento até o quarto dia de intubação e do início da VM) e *tardia* (que é aquela com surgimento depois do quinto dia da intubação e VM).

Vale ressaltar que a PAVM é uma das infecções hospitalares mais incidentes nas UTI's, com taxas que variam de 9,0% a 40,0% das infecções adquiridas, com mortalidade variando de 20,0% a 50,0% (pacientes sem co-morbidades) e de 60,0% a 100,0% em pacientes com co-morbidades. Portanto, encontra-se como um dos efeitos adversos mais temíveis no ambiente de UTI, constituindo um grave problema de saúde pública e um grande desafio aos gestores de unidades hospitalares público/privadas, exigindo medidas efetivas de prevenção e controle (ANVISA, 2009).

A suspeita da presença de PAVM decorre do aparecimento de um novo infiltrado pulmonar, ou o aumento de um infiltrado prévio na radiografia de tórax, juntamente com a presença de sinais clínicos de febre e secreção purulenta e alterações laboratoriais (leucocitose e leucopenia). Entretanto, não existe nenhum teste padrão ouro para o diagnóstico da PAVM e nenhum método específico para a exclusão da infecção pulmonar nos pacientes que são ventilados mecanicamente e que apresentam febre e síndrome de disfunção orgânica múltipla (TARANTINO, 2008).

Devido à relevância do tema, reforça-se a urgência em conhecer os fatores de risco da PAVM em pacientes adultos internados em UTI. Neste sentido, o objetivo principal desta pesquisa é identificar os principais fatores associados à PAVM em pacientes adultos internados em UTI's. Como objetivo secundário, nos propomos a descrever as principais medidas preventivas e de controle para PAVM.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica sobre os fatores de risco para pneumonia associados à ventilação mecânica em pacientes adultos internados em UTI. Segundo Medeiros (2000), a pesquisa bibliográfica constitui-se em fonte secundária, tendo como objetivo adquirir informações sobre um assunto de relevante interesse.

Para a elaboração do estudo, seguiu-se o percurso metodológico sugerido por Marconi e Lakatos (2000), que consiste nos seguintes passos: escolha do tema, elaboração do plano de trabalho, identificação, localização, fichamento, análise, interpretação e redação. A busca dos artigos foi realizada mediante busca eletrônica na base de dados do SCIELO (*Scientific Electronic Library On Line*), com os seguintes descritores: fatores de risco, pneumonia, ventilação mecânica e UTI.

Foram localizadas 07 publicações. Tais artigos pertencem aos seguintes periódicos: 03 artigos da Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 01 artigo da Revista Ciência e Saúde Coletiva, 01 artigo do Jornal Brasileiro de Pneumologia, 01 artigo da Revista Brasileira de Clínica Médica e 01 artigo da Revista Associação Médica Brasileira.

Os artigos localizados foram submetidos aos seguintes critérios de inclusão: aqueles que tivessem como assunto principal a pneumonia associada à ventilação mecânica em adultos e que estivessem disponíveis com texto completo em português. Das 07 publicações, 04 foram selecionadas para concluir este estudo. Também foram utilizados 02 livros, além de documentos oficiais da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para que a coleta de dados fosse a mais completa possível. A análise se fez pela construção subjetiva, conforme os focos apresentados nos estudos selecionados sobre o tema.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com a literatura, o mecanismo da pneumonia está relacionado com a perda da proteção das vias aéreas, que favorece o aumento dos microorganismos exógenos e endógenos. Para Silva (2011), os pacientes intubados e em VM em UTI's por tempo superior a 48 horas têm, cerca de 6 a 21 vezes maior chance de desenvolverem a PAVM.

Os artigos selecionados apontaram que a VM é o principal fator predisponente ao desenvolvimento da PAVM, visto que os tubos traqueais reduzem a eficácia dos mecanismos de defesa naturais das vias aéreas superiores e pulmonares, permitindo o acesso de microorganismos ao trato respiratório inferior. Associados ao seu uso são necessários determinados procedimentos que, por sua vez, se não forem bem desenvolvidos, podem contribuir ainda mais para seu desenvolvimento, como por exemplo, a aspiração traqueal (ALMEIDA; RODRIGUES, 2010; CARVALHO, 2006; LOPES; LOPEZ, 2009; POMBO; SILVA, 2011).

Com relação aos demais fatores associados à PAVM, a pesquisa apontou que há um consenso nas publicações selecionadas da base de dados do SCIELO. Neste contexto, os principais fatores de risco citados são: idade avançada; imobilidade pelo estado de coma, trauma ou cirurgias; intubação e reintubação traqueal quando necessário; condições imunitárias defasadas; uso de drogas imunodepressoras; choque; alta gravidade da doença; antecedência de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC); longo tempo de ventilação mecânica sendo superior a sete dias; aspiração do condensado contaminado dos circuitos do ventilador utilizado; estado nutricional ruim; colonização gástrica e aspiração da mesma e o pH gástrico sendo maior que 4; utilização de sondas gastrointestinais; posição supina com a permanência da cabeceira da cama inferior a 30 graus e; mãos dos profissionais de saúde contaminadas (ALMEIDA; RODRIGUES, 2010; CARVALHO, 2006; LOPES; LOPEZ, 2009; POMBO; SILVA, 2011).

Também há um consenso nas publicações com referência às estratégias que deverão

ser adotadas nas UTI's visando a redução dos casos de PAVM em pacientes adultos, quais sejam: 1) Higiene das mãos dos profissionais de saúde e da cavidade oral do paciente; 2) A elevação da cabeceira do leito entre 30° a 45° (sendo exceção os casos em que há alguma contraindicação de sua prática) é um cuidado que previne a broncoaspiração, contribui para um aumento no volume corrente ventilatório e diminui os casos de atelectasia, facilitando as áreas pulmonares a serem ventiladas; 3) Cuidados com a aspiração endotraqueal e circuito ventilatório. É sugerido que juntamente com o procedimento de aspiração, seja verificado a pressão do cuff, sendo recomendado a manutenção pressórica entre 20 a 30 cm H₂O e; 4) Avaliação diária do paciente para a possibilidade de extubação (ALMEIDA; RODRIGUES, 2010; CARVALHO, 2006; LOPES; LOPEZ, 2009; POMBO; SILVA, 2011).

CONCLUSÃO

Concluimos que a PAVM é uma infecção pulmonar que ocorre devido à diminuição das defesas pulmonares nos pacientes em uso da VM invasiva nas UTI's. Além disso, a idade avançada, imobilidade pelo estado de coma, utilização de sondas gastrointestinais, estado nutricional ruim e aspiração do condensado contaminado dos circuitos do ventilador utilizado também foram apontados como fatores de riscos associados a esta patologia.

São consideradas medidas preventivas necessárias a prevenção e controle da PAVM: a higiene das mãos dos profissionais de saúde e oral do paciente, a prevenção da broncoaspiração de secreções juntamente com a elevação da cabeceira de 30 a 45° e cuidados com a aspiração endotraqueal, circuito ventilatório e controle da pressão do cuff.

Neste sentido, o conhecimento dos fatores de risco associados à PAVM, bem como das suas medidas preventivas são importantes para o esclarecimento dos profissionais que lidam com esses pacientes gravemente enfermos e suas famílias. Vale ressaltar que alguns desses fatores podem ser potencialmente evitados, diminuindo a prevalência de PAVM e sua letalidade nas UTI's.

REFERÊNCIAS

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Trato Respiratório: critérios nacionais de infecções relacionadas à assistência à saúde**. Setembro, 2009.

CARVALHO, Carlos Roberto Ribeiro de. Pneumonia associada à ventilação mecânica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 32, n. 4, São Paulo: jul/Ago, 2006.

FERNANDES, A.T.; FERNANDES, M.O.V.; RIBEIRO FILHO, N. **Infecção hospitalar e suas interfaces na área de saúde**. São Paulo: Atheneu. 2000, p.516-54.

LOPES, F.M.; LÓPEZ, M.F. Impacto do sistema de aspiração traqueal aberto e fechado na incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 21, n. 01, p. 80-88, 2009.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6ª edição. São Paulo: Atlas, 2009.

MEDEIROS, J. B. **Redação científica**: a prática de fichamento, resumo, resenha. 4ª edição. São Paulo: Atlas, 2000.

POMBO, C.M.N.; ALMEIDA, P.C.; RODRIGUES, J. L. N. Conhecimento dos profissionais de saúde na Unidade de Terapia Intensiva sobre prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, supl.1. Rio de Janeiro: jun., 2010.

SILVA, R.M. Pneumonia associada à ventilação mecânica: fatores de risco. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v. 9, n. 1, p.5-10; 2011.

TARANTINO, A.B. et al. **Doenças pulmonares**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

CAPÍTULO 14

O DIREITO À SAÚDE E OS DESAFIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Data de aceite: 01/04/2022

Jade Ferreira Galdes Iglesias

Faculdade de Medicina São Leopoldo Mandic –
SLMANDIC
Campinas – São Paulo, Brasil

Jhonas Geraldo Peixoto Flauzino

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande
do Sul – PUCRS
Porto Alegre – Rio Grande do Sul, Brasil

Alexia Allis Rocha Lima

Faculdade de Medicina São Leopoldo Mandic –
SLMANDIC
Campinas – São Paulo, Brasil

Ana Luiza Alves Fonseca Pellissaro

Universidade José do Rosário Vellano –
UNIFENAS
Belo Horizonte – Minas Gerais, Brasil

Ana Paula Dupuy Hermes

Centro Universitário do Planalto Central
Apparecido dos Santos – UNICEPLAC Brasília,
Distrito Federal, Brasil

Beatriz Ramos Canato

Faculdade de Medicina de São José do Rio
Preto – FACERES
São José do Rio Preto – São Paulo, Brasil

Catarina Castro dos Santos

Universidade José do Rosário Vellano –
UNIFENAS
Belo Horizonte – Minas Gerais, Brasil

David Geraldo Ormond Junior

Faculdade de Medicina de Indaituba – UNIMAX
Indaituba – São Paulo, Brasil

Ellen Diamonds

Faculdade Ciências Médicas – FCMMG
Belo Horizonte – Minas Gerais, Brasil

Fernanda Ribeiro Faria

Faculdade de Medicina de Minas Gerais –
FAMINAS-BH
Belo Horizonte – Minas Gerais, Brasil

Kamila Giovana Lacerda Villas Bôas Dechichi

Universidade José do Rosário Vellano –
UNIFENAS
Belo Horizonte – Minas Gerais, Brasil

Marcela Lara Albuquerque Ranulfo

Universidade Cidade de S. Paulo – UNICID
São Paulo – São Paulo, Brasil

RESUMO: O Brasil criou um dos maiores sistemas públicos de Saúde do mundo, que atende 80% da sua população. As reivindicações de diversos setores da sociedade, no final dos anos 80, resultaram numa constituição de 1988 que sobreleva o Direito à Saúde ao “status” de cláusula pétrea. Apesar dos avanços nas últimas três décadas, o sistema público de saúde enfrenta desafios como o subfinanciamento e os reflexos da COVID-19.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema Único de Saúde. Desafios. Direito à saúde.

THE RIGHT TO HEALTH AND THE CHALLENGES OF THE UNIFIED HEALTH SYSTEM

ABSTRACT: Brazil has created one of the largest public health systems in the world, which serves 80% of its population. The claims of various sectors of society, in the late 1980s, resulted in a 1988 constitution that elevates the Right to Health to the “status” of an indelible clause. Despite advances in the last three decades, the public health system faces challenges such as underfunding and the consequences of COVID-19.

KEYWORDS: Unified Health System. Challenges. Right to Health.

INTRODUÇÃO

Promulgada em outubro de 1988, a Carta Magna - em vigor - defendeu a saúde como “direito social” (Art. 6 da CRFB), qualificando-a como “direito de todos e dever do Estado” (Art. 196 CRFB). Recentemente, em uma adição ao texto original, assegurou que “todo brasileiro em situação de vulnerabilidade social terá direito a uma renda básica familiar, garantida pelo poder público em programa de transferência de renda” (FLAUZINO, 2022).

Sérgio Arouca (2013) ensina que a chamada Reforma Sanitária começou a se desenvolver durante a oposição à ditadura, crescendo em estrutura dentro das universidades, sindicatos e organizações de serviços regionais. O resultado foi a “fixação constitucional”, por meio de emenda popular, da natureza da saúde no Brasil; “dever do Estado e direito do cidadão” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2019).

Com esse tratamento diferenciado orientado pela Constituição em favor da saúde, qualquer cidadão pode requerer em juízo a condenação do Estado, em obrigação de fazer a prestação da saúde (FLAUZINO, 2022).

O legislador, quando tornou o direito à saúde uma cláusula pétrea, outorgou ao cidadão a possibilidade de buscar perante o poder judiciário o direito de ter acesso a diversos procedimentos de saúde, como cirurgias, tratamento de câncer, solicitação de medicamentos específicos e outros (FLAUZINO, 2022).

A CONSTITUCIONALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE E SUAS IMPLICAÇÕES

Com a sua constitucionalização, o direito à saúde passou a ter proteção jurídica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Seus efeitos vão desde o direito de o cidadão obter uma prestação pública eficiente, com atendimento especializado, até à inserção da agenda das políticas públicas um programa pautado na questão da saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2019).

O Brasil foi um dos primeiros países a prever, na legislação, o acesso universal à saúde, mas nenhum governo garantiu o financiamento necessário para que o art 196 da CRFB fosse cumprida. Os resultados são conhecidos pela população: as longas filas de espera e, por vezes, o mau atendimento (CONNASS, 2019).

Apesar da sua relevância, o tema financeiro foi revisto tardiamente, na lei Complementar n.141/2012, que, dentre outras coisas, dispõe sobre valores mínimos a serem aplicados anualmente à saúde. Essa norma prevê critérios específicos de distribuição dos recursos de transferências (BRASIL, 2012).

DESAFIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A primeira questão a ser tratada, é quais são as dificuldades enfrentadas pelo SUS? Na verdade, não é o sistema como um todo que apresenta dificuldades. Contudo, não se pode afirmar que o sistema seja ruim. Claramente existem dificuldades, mas alguns aspectos preventivos são efetivamente satisfatórios (COELHO, 2017).

Atualmente, temos mais investimentos em recursos de doenças do que em ações básicas de saúde, que são a prevenção das doenças. Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), o problema se trata de uma deficiência crônica de saúde pública no Brasil (ALMEIDA, 2013).

O que na realidade fragiliza o SUS diante à opinião pública é o acesso aos recursos básicos, como remédios, procedimentos de baixa e média complexidade, exames, consultas com médicos especializados e internações. Quanto ao acesso pelos usuários, esses são excessivamente desiguais, quando se compara o SUS à saúde suplementar (COELHO, 2017).

Em um país desigual, esse sistema ainda consegue realizar impressionantes marcos. Como campanhas de vacinação, procedimentos ambulatoriais, internações e entre tantos outros feitos. Porém o SUS tem como sua principal dificuldade os subfinanciamentos e a má gestão dos recursos disponíveis (LIMA, 2013).

CONCLUSÃO

Todos nós utilizamos o SUS. Ele está presente na vida de todos para além da oferta de ações assistenciais em postos de saúde e hospitais. Naturalmente, o sistema possui desafios complexos, mas a sua história é um exemplo da força das instituições e do que pessoas comuns podem construir quando partilham de um plano comum. A reforma sanitária foi um marco histórico, que inspirou o legislador da Constituição Federal de 1988. E essa, alterou profundamente a temática da saúde, qualificando-a como direito de todos e dever do Estado. Tendo como efeito prático o direito de o cidadão exigir do Estado o fornecimento deste direito a contento, especialmente porque o texto Constitucional sobreleva à saúde ao status de cláusula pétrea (Art. 60, parágrafo 4º, da Constituição Federal), e que a Lei Federal nº 8.080/90 veio para complementar e dar efetividade às normas do poder constituinte originário.

REFERÊNCIAS

AROUCA, S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. **Editora FIOCRUZ**, v. 7, n. 2, p. 268-269, 2017.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 25 jan. 2022.

BRASIL. **Constituição Federal reconhece a saúde como direito fundamental**. 5 out. 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/constituicao-30-anos/textos/constituicao-federal-reconhece-saude-como-direito-fundamental>. Acesso em: 5 mar. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS, 2003. 248p.

BRASIL. **Emenda constitucional nº 103, de 12 de novembro de 2019**. 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc103.htm. Acesso em: 21 fev. 2022.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141. 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 21 fev. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 25 jan. 2022

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). CD 32 – **Os desafios da Gestão do Trabalho nas Secretarias Estaduais de Saúde** [...]. 29 out. 2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/cadernoconass-documenta-n-32/>. Acesso em: 06 fev. 2022

FLAUZINO, J. G. P.; ANGELINI, C. F. R. O direito à saúde e a legislação brasileira: uma análise a partir da Constituição Federal de 1988 e lei orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 3, p. e9957, 10 mar. 2022

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O SUS no seu município garantindo saúde para todos**. 2012. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVSMS). Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_municipio_garantindo_saude.pdf. Acesso em: 06 fev. 2022.

CAPÍTULO 15

O IMPACTO DA OBESIDADE NA MORBIMORTALIDADE DOS PACIENTES COM COVID-19: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Data de aceite: 01/04/2022

Data de submissão: 24/02/2022

Gabriel Andrade Borges

Universidade Evangélica de Anápolis –
UniEVANGÉLICA
Anápolis – Goiás, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/4603697240629512>

Victória César Monteiro

Universidade Evangélica de Anápolis –
UniEVANGÉLICA
Anápolis – Goiás, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/932032099131323>

Arthur Sebba Rady Alberici

Universidade Evangélica de Anápolis –
UniEVANGÉLICA
Anápolis – Goiás, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/2809750530746813>

Daniel El Jaliss Schuh

Universidade Evangélica de Anápolis –
UniEVANGÉLICA
Anápolis – Goiás, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/0312304973317038>

Isabel Silva Araújo Borges

Universidade Evangélica de Anápolis –
UniEVANGÉLICA
Anápolis – Goiás, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/5418511613023923>

Júlia Pina Vieira dos Santos

Universidade Evangélica de Anápolis –
UniEVANGÉLICA
Anápolis – Goiás, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/1898667362756750>

Letícia de Matos Campos

Universidade Evangélica de Anápolis –
UniEVANGÉLICA
Anápolis – Goiás, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/5474330209335297>

Stella Vasques Resende

Universidade de Uberaba – UNIUBE
Uberaba – Minas-Gerais, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/0360949379257655>

Valkíria César Monteiro

Universidade de Uberaba – UNIUBE
Uberaba – Minas-Gerais, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/8691963789053501>

Victor Lenin Dias Melo

Universidade de Uberaba – UNIUBE
Uberaba – Minas-Gerais, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/7295467835255329>

Elias Hanna

Universidade Evangélica de Anápolis –
UniEVANGÉLICA
Anápolis – Goiás, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/0767936293021355>

RESUMO: A obesidade é uma doença metabólica cuja incidência aumenta gradualmente. Diante do impacto da pandemia da obesidade, junto à pandemia do SARS-CoV-2, o presente estudo tem como objetivo compreender como o comprometimento metabólico da obesidade impacta na morbimortalidade da COVID-19 e sobrecarrega os sistemas de saúde no mundo. Neste estudo, foi feita uma revisão integrativa a partir de estudos científicos encontrados

nas plataformas Public Medline (Pubmed) e Scientific Eletronic Library Online (SciELO). As buscas foram realizadas com os descritores: “Obesity”, “Diabetes” e “SARS-CoV-2”. Foram selecionados relatos de caso, artigos originais, artigos de revisão e estudo de coorte prospectiva publicados entre os anos de 2020 a 2021, na língua inglesa e portuguesa, de acordo com relevância temática. Os estudos evidenciaram que pacientes com SARS-CoV-2 apresentavam maior risco de internação hospitalar quando obesos e que a mortalidade por coronavírus é aproximadamente 10 vezes maior em países de população acima do peso. Os estudos demonstraram que a obesidade é um fator de risco independente para a morbimortalidade por COVID-19. Observou-se que a obesidade em pacientes com COVID-19 esteve associada à necessidade de oxigenioterapia, cuidados intensivos, ventilação mecânica, maior tempo para a extubação e mortalidade. Os estudos sugeriram que essa relação se dá provavelmente pelo estado inflamatório de baixo grau característica da obesidade e sugerem que o paciente obeso tem uma resposta imunológica menos satisfatória ao SARS-CoV2. Essa relação sugere que o tratamento prévio da obesidade pode ser muito eficaz na superação da COVID-19 grave, melhorando o prognóstico desses pacientes e reduzindo chances de internação hospitalar. Quanto à saúde pública, um país de indivíduos previamente hígidos, saudáveis e ativos é um país com população com menos riscos de morbimortalidade a eventuais pandemias, menor demanda de internações hospitalares, consequentemente com melhor gestão de recursos da saúde pública e diminuição da incidência de doenças preveníveis.

PALAVRAS-CHAVE: Obesidade. COVID-19. SARS-CoV2. Diabetes.

THE IMPACT OF OBESITY ON THE MORBIMORTALITY OF PATIENTS WITH COVID-19: A LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Obesity is a metabolic disease whose incidence gradually increases. Given the impact of the obesity pandemic, together with the SARS-CoV-2 pandemic, the present study aims to understand how the metabolic impairment of obesity impacts the morbidity and mortality of COVID-19 and overloads health systems in the world. In this study, an integrative review was carried out based on scientific studies found on the Public Medline (Pubmed) and Scientific Electronic Library Online (SciELO) platforms. The searches were carried out with the descriptors: “Obesity”, “Diabetes” and “SARS-CoV-2”. Case reports, original articles, review articles and prospective cohort studies published between 2020 and 2021, in English and Portuguese, were selected according to thematic relevance. Studies have shown that patients with SARS-CoV-2 had a higher risk of hospitalization when obese and that mortality from coronavirus is approximately 10 times higher in countries with an overweight population. Studies have shown that obesity is an independent risk factor for COVID-19 morbidity and mortality. It was observed that obesity in patients with COVID-19 was associated with the need for oxygen therapy, intensive care, mechanical ventilation, longer time to extubation and mortality. The studies suggested that this relationship is probably due to the low-grade inflammatory state characteristic of obesity and suggest that the obese patient has a less satisfactory immune response to SARS-CoV2. This relationship suggests that the previous treatment of obesity can be very effective in overcoming severe COVID-19, improving the prognosis of these patients and reducing the chances of hospitalization. Regarding public health, a country with previously healthy, healthy and active individuals is a country with a

population with less risk of morbidity and mortality from eventual pandemics, less demand for hospital admissions, consequently with better management of public health resources and a decrease in the incidence of diseases preventable.

KEYWORDS: Obesity. COVID-19. SARS-CoV2. Diabetes.

INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença metabólica que tem sua incidência aumentada em todo ocidente de forma gradual, ano após ano. A doença, que não vinha recebendo a atenção necessária como problema grave de saúde pública, voltou a ser debatida e combatida com intensidade após a pandemia do Novo Coronavírus, e após diversos estudos comprovarem que o sedentarismo e maus hábitos alimentares e de vida estão diretamente ligados à superlotação dos leitos de UTI e ao colapso da saúde pública no Brasil e no mundo.

A obesidade é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um acúmulo anormal ou excessivo de gordura corporal que pode atingir graus capazes de afetar a saúde. Dessa forma, é considerada umas das doenças mais graves da atualidade e que cresce em ritmo acelerado. Estimativas apontam que em 2025 2,3 bilhões de adultos no mundo estejam acima do peso, deste total 700 milhões com índice de massa corporal (IMC) acima de 30, ou seja, com obesidade. A obesidade está relacionada a um risco aumentado para inúmeras doenças como hipertensão, Diabetes Mellitus (DM) e doenças cardiovasculares.

A SARS-Cov2 é uma síndrome respiratória aguda grave causada pelo Coronavírus-2, causador da COVID-19, que é uma doença transmitida predominantemente por meio de gotículas respiratórias. Além disso, sua gravidade varia de assintomática, leve autolimitada semelhante a uma gripe, pneumonia fulminante, insuficiência respiratória e até a morte.

Vários estudos têm demonstrado relações entre a fisiopatologia da obesidade, da hiperglicemia e da DM descontrolada com o agravamento do desfecho clínico de pacientes infectados pelo SARS-CoV2. A explicação se dá pela correlata fisiopatologia dos pacientes com precário controle glicêmico e estado de inflamação crônica da obesidade, com o comportamento do coronavírus pró-inflamatório, causando comprometimentos clínicos sistêmicos, sobretudo pulmonar, renal e cardíaco. Dessa forma, este estudo pretende reunir evidências da literatura vigente que esclareçam a relação de morbimortalidade entre a obesidade e a COVID-19.

Tendo em vista o grande impacto da pandemia da obesidade, junto à pandemia do SARS-CoV-2, o presente estudo tem como objetivo compreender como o comprometimento metabólico provocado pela obesidade impacta na morbimortalidade da COVID-19 e na sobrecarga dos sistemas de saúde no Brasil e no mundo.

MÉTODO

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura a partir de estudos científicos encontrados nas plataformas do Public Medline (Pubmed) e Scientific Eletronic Library Online (SciELO). As buscas foram realizadas com os descritores: “Obesity”, “COVID-19”, “Diabetes” e “SARS-CoV-2”. Foram selecionados relatos de caso, artigos originais, artigos de revisão e estudo de coorte prospectiva publicados entre os anos de 2020 a 2021, na língua inglesa e língua portuguesa, selecionados de acordo com a relevância temática.

RESULTADOS

Dentre os estudos analisados, o estudo de coorte estadunidense de Petrilli et al. (2020), evidenciou que pacientes com SARS-CoV-2 apresentavam maior risco de internação hospitalar se estivessem obesos. Dos 5.279 pacientes com COVID-19 incluídos na pesquisa, 2.741 (51,9%) foram internados e o risco de óbito foi maior para qualquer aumento no IMC. Em consonância a isso, o Relatório “Covid-19 e a obesidade: O Atlas 2021”, apresentado pela Federação Mundial de Obesidade, constatou que a taxa de mortalidade por coronavírus é aproximadamente 10 vezes maior em países onde a população está acima do peso. Logo, em regiões onde a população encontra-se com peso aumentado há maior risco de se ter mais internações por COVID-19 e consequente lotação dos serviços de saúde.

No estudo de Cândido et al. (2021), foi relatado um caso em que o paciente apresentava IMC = 36,1 (obesidade grau II) e foi observada exacerbação dos sinais e sintomas nos três primeiros dias de internação hospitalar, enquanto os exames laboratoriais evidenciaram um processo inflamatório mais exacerbado também durante os três primeiros dias de internação. Relato, que somado a milhares de casos, sugerem o aumento da morbidade da COVID-19 quando associada à obesidade.

O estudo de Bolsoni-Lopes et al. (2021) mostrou que a obesidade é um fator de risco independente para a morbidade e mortalidade por COVID-19. Dados internacionais da pesquisa mostram a alta frequência da obesidade entre os pacientes graves internados em terapia intensiva por SARS-CoV-2. Em dados do Reino Unido, essa frequência foi de até 72% dos pacientes. Enquanto no Brasil, a obesidade é a principal comorbidade associada aos óbitos em pessoas com menos de 60 anos. Segundo o estudo, o risco de agravos e de morte por COVID-19 é até quatro vezes maior em pessoas com obesidade.

Outro estudo realizado por Simonnet et al. (2020) demonstrou que 85% dos pacientes com IMC \geq 40kg/m² (obesidade) acometidos por SARS-CoV-2 necessitam de ventilação mecânica invasiva, enquanto apenas 47% daqueles com IMC menor que 25kg/m² (não obesos) apresentaram necessidade dessa intervenção. Além disso, segundo o estudo de Silva et al. (2021) a obesidade em pacientes com COVID-19 esteve associada

à necessidade de suporte de oxigênio, cuidados intensivos, ventilação mecânica invasiva, maior tempo para a extubação e mortalidade. Esses dados mostram a maior dependência de suporte avançado dos pacientes com obesidade, com maior tempo de internação em UTI necessário, corroborando para a superlotação dos leitos.

No estudo de Stefan et al. (2021), foi avaliada a morbidade e mortalidade em pacientes infectados com SARS-CoV-2, analisando-se as comorbidades e fatores de risco associados. Os dados sugerem que a obesidade visceral e a hiperglicemia na faixa de não diabéticos e diabéticos também podem ser importantes fatores de risco independentes para o desenvolvimento de COVID-19 grave. Foi observado também que, como a obesidade e o diabetes mellitus prejudicam o desenvolvimento da memória imunológica (por exemplo, após a vacinação contra a gripe), não se pode excluir que a obesidade e a hiperglicemia também possam afetar negativamente a eficiência de uma vacina SARS-CoV-2.

Outro estudo que reforça essa correlação foi o de Andrade et al. (2021), em que se justifica o pior prognóstico e necessidade de tratamento intensivo do paciente com COVID-19, associado à DM descontrolada e a obesidade, em decorrência das alterações fisiopatológicas correlatas a ambas comorbidades. Essas alterações incluem: des controle glicêmico e inflamação crônica característica de pacientes obesos e diabéticos, comprometimento respiratório e aumento na expressão de receptores de ligação à cápsula viral, as quais em conjunto favorecem um pior desfecho clínico. De forma adicional, foi observado que o estrito controle glicêmico em pacientes diabéticos é importante fator de proteção para o desenvolvimento da COVID-19 grave, uma vez que, dos pacientes contaminados analisados, aqueles que tiveram como desfecho clínico o óbito apresentaram maiores valores de glicemia em jejum.

O estudo de Huang et al. (2020) evidenciou que pacientes com obesidade com IMC elevado têm algum vínculo epidemiológico com os efeitos graves da doença, provavelmente pelo estado inflamatório de baixo grau a que estão propensos previamente pela liberação de citocinas -TNF α , IL-1, IL-6 -secretadas pelo tecido adiposo. Essa condição faz com que o paciente obeso tenha uma resposta imunológica menos satisfatória ao SARS-CoV2 que os pacientes sem comorbidades de modo geral, acarretando piora do curso clínico da doença, com maiores chances de comprometimentos cardiovascular, pulmonar e renal.

E a consequência desse processo inflamatório é demonstrada pelo estudo de Ellulu et al. (2017), há aumento da hipóxia e isquemia dos tecidos, o que vai acarretar um estresse oxidativo provocando um aumento da secreção das proteínas inflamatórias e de radicais de oxigênio que vão piorar a fisiologia intracelular. Dessa forma, essa condição pró-inflamatória também prejudica o paciente lesando os tecidos e sistemas, além de dificultar o combate à infecção.

Vários dos estudos apresentados ressaltaram que a obesidade é um fator de risco de morbimortalidade para COVID-19 e outras doenças cardiovasculares e metabólicas, e que a obesidade é uma doença evitável a partir dos hábitos de vida, alimentação e

exercícios físicos e tem tratamento, devendo estar na agenda das estratégias de saúde pública de cada país.

DISCUSSÃO

A relação entre obesidade e maior morbimortalidade por SARS-Cov-2 deve-se, principalmente, pelas alterações metabólicas apresentadas pelo paciente obeso, como estado inflamatório subclínico, hipertensão e hiperglicemia, que expõem o paciente a comorbidades que também são fatores de risco para a COVID-19, como desordens cardiometabólicas.

Além da obesidade, foi evidenciado que o precário controle glicêmico dos pacientes diabéticos e a hiperglicemia em não diabéticos estão associados a um pior prognóstico dos pacientes com COVID-19, dadas as semelhanças fisiopatológicas que essas condições impõem ao paciente em seus sistemas imunológico, cardiovascular e metabólico em geral, devido às alterações pró-inflamatórias que essas comorbidades causam.

Essa relação sugere que o tratamento da obesidade e de complicações cardiometabólicas podem ser muito eficazes na superação da infecção aguda por SARS-CoV-2, melhorando o prognóstico desses pacientes e reduzindo suas chances de internação hospitalar, reduzindo assim a superlotação do sistema de saúde pública e privada. E os resultados comparados entre pacientes com obesidade e não obesos sugere que a morbimortalidade na população sem obesidade é significativamente menor.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a obesidade e o comprometimento cardiometabólico tem grande impacto na morbimortalidade por COVID-19 e, faz-se necessário que programas nacionais e internacionais no nível político e no setor de saúde pública, bem como o financiamento de novas pesquisas projetadas, inclua o tratamento e prevenção da obesidade também nas estratégias de combate à pandemia.

A obesidade é uma doença evitável a partir da melhora dos hábitos de vida, alimentação e exercícios físicos e tem tratamento. Além de ser fator de risco independente para morbimortalidade em casos de COVID-19, a obesidade é fator de risco para diversas doenças cardiovasculares e metabólicas que são causas de óbito no Brasil e no mundo.

No âmbito da saúde pública, um país de indivíduos previamente hígidos, saudáveis e ativos é um país com uma população com menos riscos de morbimortalidade a eventuais pandemias, com uma menor demanda de internações hospitalares e gastos públicos, consequentemente com melhor gestão de recursos da saúde pública e diminuição da incidência de doenças preveníveis.

REFERÊNCIAS

BOLSONI-LOPES, A.; FURIERI, L. B.; ALONSO-VALE, M. I. C. Obesidade e a covid-19: uma reflexão sobre a relação entre as pandemias. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, 2021. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200216>

CÂNDIDO, J. A. B. et al. Obesidade em paciente com prognóstico de gravidade para Covid-19. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, p. e459101019121-e459101019121, 2021. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i10.19121>

DE ANDRADE, A. F. et al. O impacto da obesidade e do diabetes mellitus no desfecho clínico de pacientes portadores de Covid-19: uma revisão integrativa. **Revista de Medicina**, v. 100, n. 3, p. 269-278, 2021. doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v100i3p269-278>

ELLULU, M. S.; PATIMAH, I.; KHAZA'AI, H. Obesity and inflammation: the linking mechanism and the complications. **Arch Med Sci.**, v. 13, n. 4, p. 851-863, 2017. 10.5114/aoms.2016.58928. doi: <https://dx.doi.org/10.5114/aoms.2016.58928>

FEDERAÇÃO MUNDIAL DE OBESIDADE. **Covid-19 e a obesidade: O Atlas 2021**. 2021. Disponível em: http://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof-files/2722_WOF_-_COVID-19_and_Obesity-The_2021_Atlas_WEB.pdf. Acesso em 20 de fevereiro de 2022.

HUANG, C., WANG, Y., LI, X., et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. **Lancet**, v. 395, n. 10223, p. 497-506. 2020. 10.1016/S0140-6736(20)30183-5. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5)

PETRILLI, C. M. et al. Factors associated with hospital admission and critical illness among 5279 people with coronavirus disease 2019 in New York City: prospective cohort study. **BMJ**, v. 369, 2020. doi: <https://dx.doi.org/10.1136/bmj.m1966>

SILVA, G. M. et al. Obesidade como fator agravante da COVID-19 em adultos hospitalizados: revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, 2021. doi: <http://dx.doi.org/10.37689/actaape/2021AR02321>

SIMONNET, A., CHETBOUN M., POISSY J. et al. High prevalence of obesity in severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 (SARS-CoV-2) requiring invasive mechanical ventilation. **Obesity** (Silver Spring), v. 28, n. 7, p. 1195-1199, 2020. doi: <https://doi.org/10.1002/oby.22831>

STEFAN, N., BIRKENFELD, A. L., SCHULZE, M. B. Global pandemics interconnected- obesity, impaired metabolic health and COVID-19. **Nature Reviews Endocrinology**, p. 1-15, 2021. doi: <https://doi.org/10.1038/s41574-020-00462-1>

CAPÍTULO 16

O DESAFIO DA HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FRENTE ÀS FACES DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL

Data de aceite: 01/04/2022

Ana Angélica Boneli Ferreira

Universidade Nove de Julho Uninove
Guarulhos – São Paulo, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/7004137216614259>

Beatriz Davantel Klaus

Centro universitário de Maringá – Unicesumar
Maringá – Paraná, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/9022857617638318>

Beatriz Silva Silvestre Santos

Universidade de Ribeirão Preto
Guarujá – São Paulo, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/7167077890249584>

Brena Maria Almeida Araújo de Paula Pessoa

Centro universitário Christus
Fortaleza – Ceará, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/6077648839962294>

Brenna Kurt Reis de Moraes Rezende Dante Machado

Centro de Ensino Superior de Ilhéus – CESUPI
Ilhéus – Bahia, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/2071328190579895>

Bruna Batista de Souza Gonçalves

Faculdade de Medicina de Campos
Campos dos Goytacazes – Rio de Janeiro,
Brasil
<http://lattes.cnpq.br/1161484267449289>

Eduarda Becker

Universidade do Vale do Taquari – Univates
Lajeado – Rio Grande do Sul, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/0169318999976643>

Ingrid Ribeiro Gonçalves

Centro Universitário do Norte – Uninorte
Manaus – Amazonas, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/9670029143669024>

Keliani Santana da Silva

Sulamérica Faculdade
Luís Eduardo Magalhães – Bahia, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/4084436674059189>

Larissa Georgia Rodrigues Florêncio

Faculdade Integrada Tiradentes – FITS
Jaboatão dos Guararapes – Pernambuco,
Brasil
<http://lattes.cnpq.br/5882821170214667>

Nathália Carvalho de Almeida

Universidade José do Rosário Vellano
Belo Horizonte – Minas Gerais, Brasil

Nathália de Almeida Barros Nascimento

Faculdade Integrada Tiradentes – FITS
Jaboatão dos Guararapes – Pernambuco,
Brasil
<http://lattes.cnpq.br/2072014705804734>

Sheila Kussler Talgatti

Universidade Federal Fluminense – UFF
Niterói – Rio de Janeiro, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/8384352353814656>

RESUMO: Este artigo buscou revisar e verificar as principais evidências científicas sobre a violência obstétrica na literatura. Trata-se de uma revisão bibliográfica em que são analisadas desde a violência obstétrica do século XX até os dias atuais. Diante desse cenário, as primeiras políticas públicas no Brasil surgiram 20 anos após tais movimentos. Atualmente, 1 a 4 mulheres é

vítima de violência obstétrica, desde não poder ser acompanhada, manobras de Kristeller, episiotomia e ocitocina de rotina, procedimentos dolorosos sem consentimento, negligência e falta de analgesia. Além da epidemia de cesáreas, que ultrapassa significativamente a meta preconizada pela OMS, revelando a perda do sentido inicial de ser uma alternativa segura em situações de risco para um procedimento de rotina. Finalmente, salienta-se inferir a necessidade de promover uma assistência mais adequada com procedimentos mais regularizados, proporcionando um ambiente mais seguro para as mulheres. Ademais, é necessário um compromisso maior dos profissionais de saúde e instituições para promover os direitos das mulheres, torná-lo de maior relevância e, dessa forma, garantir um parto acolhedor e humano.

PALAVRAS-CHAVE: Humanização da Assistência. Violência Obstétrica. Direitos Sexuais e Reprodutivos. Parto humanizado.

THE CHALLENGE OF HUMANIZING CARE IN THE FACE OF OBSTETRIC VIOLENCE IN BRAZIL

ABSTRACT: This article sought to review and verify the main scientific evidence on obstetric violence in the literature. This is a literature review in which are analyzed from obstetric violence in the twentieth century to the present day. Given this scenario, the first public policies in Brazil emerged 20 years after such movements. Currently, 1 to 4 women are victims of obstetric violence, from not being able to be accompanied, Kristeller maneuvers, routine episiotomy and oxytocin, painful procedures without consent, negligence, and lack of analgesia. Besides the epidemic of cesarean sections, which significantly exceeds the goal recommended by the WHO, revealing the loss of the initial sense of being a safe alternative in situations of risk for a routine procedure. Finally, it is emphasized to infer the need to promote a more adequate assistance with more regularized procedures, providing a safer environment for women. Moreover, a greater commitment from health professionals and institutions is needed to promote women's rights, to make it more relevant and thus ensure a welcoming and humane birth.

KEYWORDS: Humanization of Assistance. Obstetric Violence. Sexual and Reproductive Rights. Humanized Childbirth.

INTRODUÇÃO

As situações de abuso, desrespeito, maus tratos e negligência ainda são recorrentes e vivenciadas pelas gestantes em trabalho de parto. É possível que essas situações ocorram em qualquer momento da gestação, entretanto, é no trabalho de parto que a gestante se encontra mais fragilizada e necessita de cuidados específicos e de um ambiente acolhedor (PEREIRA et al., 2016).

Ademais, tal assunto tornou-se relevante somente na segunda década do século XXI com mostras artísticas, documentários e influência artística e midiática, ações no judiciário, investigação parlamentar e como um novo conjunto de ações de saúde pública, entretanto, a sua relevância como um problema de saúde pública somente foi respaldada pela recente afirmação da Organização Mundial da Saúde (OMS) intitulada "Prevenção e

eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde” e com o estabelecimento dos Hospitais Amigo da Mãe e da Criança (DINIZ et al., 2014).

Nesse contexto, a saúde atravessa um momento voltado à reflexão. Surgindo cada vez mais debates acerca da humanização em saúde, e como a violência obstétrica está sendo mais discutida. Assim, a violência dentro dos serviços se tornou algo tão cotidiano que a humanização da saúde nasce como demanda social pelo respeito aos direitos da população e como política pública que busca atuar sobre essa violência (PEREIRA et al., 2016).

Diante dessa perspectiva, a violência sofrida pelas gestantes quando buscam os serviços de saúde é um problema sério e está longe de ser pontual. Ou seja, tal questão se coloca em todos os níveis de atenção à saúde, atingindo todo o território nacional, abrangendo instituições públicas e privadas (PEREIRA et al., 2016; DINIZ et al., 2014).

Segundo Sens e Stamm (2019), muitos profissionais não consideram algumas práticas violentas, facilitando que certas condutas sejam aceitáveis ou necessárias, contribuindo para a perpetuação da violência obstétrica. De acordo com Leal et al. (2014), responsável pelo estudo Nascer Brasil, constatou-se a incidência de posição de litotomia (92%), a manobra de Kristeller (37%) e episiotomia (56%), a maioria dessas intervenções aplicadas em gestações de risco habitual, comprovando o papel de repetição de rotina e não configurando-se como exceção de comportamento. Tais procedimentos, geralmente, consistem como protocolos dos serviços de assistência, não ocorrendo por motivo de equipes mal instruídas (SENS, STAMM, 2019).

Sendo assim, buscando possibilitar reflexões e explorar outras perspectivas que auxiliem a diminuição da violência obstétrica no Brasil, este estudo, objetivou mostrar as principais evidências científicas sobre a violência obstétrica na literatura.

RESULTADOS

Abordagens históricas sobre o parto no Brasil

De acordo com Barrera e Moretti-Pires (2021), com o processo de cientificação e medicalização pelo qual passou a sociedade no século XX, o corpo grávido e o momento do parto foram retirados do universo de cuidados e saberes femininos “tradicionais” e transformados em assuntos médicos. Nesse contexto, quase 90% dos partos passaram a ser realizados em hospitais e com o uso de tecnologias com o objetivo de “iniciar, intensificar, regular e monitorar o parto”. Por isso, é importante ressaltar que a violência no parto envolve questões médicas, institucionais, históricas, culturais, sociais e legais (ZANARDO et al., 2016).

Segundo Diniz et al. (2015), no Brasil, o problema passou a ser discutido em trabalhos feministas acadêmicos, como a obra Espelho de Vênus, do Grupo Ceres (1981), que foi pioneiro e descrevia o parto institucionalizado como uma vivência violenta. No final

da década de 1980, surgiu o movimento social pela humanização do parto e do nascimento, que teve como base as propostas realizadas pela OMS em 1985 que estimulavam o parto vaginal, a amamentação logo após o parto, o alojamento conjunto da mãe e do recém-nascido e a presença de acompanhante durante o processo, além da diminuição de intervenções consideradas desnecessárias.

Ademais, nesse mesmo período, também houve o crescimento da Medicina Baseada em Evidências, que foi incorporada pelo Movimento pela Humanização do Parto para fortalecer sua crítica em relação à medicina tradicional que utiliza concepções culturalmente consideradas ultrapassadas e para que a concepção de humanização possa ser legitimada (ZANARDO et al., 2016).

De acordo com Azeredo e Schraiber (2021), o Programa de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) foi o primeiro programa governamental da Secretaria da Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde, com duração entre os anos de 2000 e 2002, e antecedeu a Política Nacional de Humanização (PNH) de 2003. Tais documentos destacam os avanços no sistema de saúde, todavia apontam diversos desafios, como a fragmentação do processo de trabalho, dificuldade de interação entre as equipes, despreparo para lidar com a dimensão subjetiva e desrespeito aos direitos dos usuários.

Deve-se ressaltar que outros documentos também foram relevantes para os avanços relacionados aos direitos reprodutivos das mulheres. No tocante à legislação sobre acompanhante no parto, a Lei nº 11.108/2005 representou um marco na trajetória dos pleitos no campo da assistência obstétrica e esse direito foi consolidado por meio de Portaria Ministeriais, como a de nº 2418/2005, que regulamentou a presença de acompanhante autorizando pagamento de despesas com acomodação e alimentação (SILVA; SIQUEIRA, 2020).

Dessa forma, observa-se que a assistência que viola os direitos básicos das mulheres está enraizada no país no modelo de parto vigente, e é crescente pela falta de fiscalizações nas instituições pelo sistema de saúde e pela formação insatisfatória de alguns profissionais (ORSO et al., 2021). Ademais, diversos documentos oficiais do Ministério da Saúde reconhecem que a construção social do ser masculino e do ser feminino está essencialmente vinculada a relações de poder desiguais entre homens e mulheres que interferem de maneira relevante na vida e na saúde das mulheres, tornando-as mais vulneráveis ao sofrimento, ao adoecimento e à morte (BARRERA; MORETTI-PIRES, 2021).

Epidemiologia

A violência obstétrica, tende a ser naturalizada, banalizada a ponto da mulher não se reconhecer como vítima, pois a naturalização é uma característica do cotidiano (DELFINO, 2016, p.3). Essa banalização da violência contra a mulher no trabalho de parto, evidencia a falta de conhecimento da mulher sobre seu corpo e seus direitos, sendo violentada desde

a chegada ao hospital, até a alta médica. Segundo resultado de estudos, a maior parte das mulheres “vivenciou experiências de descaso e desrespeito, e algumas já esperavam sofrer algum tipo de maltrato antes mesmo do atendimento” (AGUIAR; D’OLIVEIRA, 2011 apud MUNIZ; BARBOSA, 2012, p.5).

De acordo com a Fundação Perseu Abramo, 1 em cada 4 mulheres é vítima de violência obstétrica. O parto é um momento de fragilidade da mulher, onde precisa de apoio e atenção. A Lei federal 11.108/2005 conhecida como Lei do Acompanhante, determina que os serviços de saúde do SUS, sejam obrigados a permitir à gestante o direito de um acompanhante durante todo o período de parto, sendo uma pessoa de sua escolha. Porém, segundo a pesquisa Nascer Brasil, apenas 19% das gestantes tiveram acompanhantes no período de pré-parto, parto e pós parto.

À vista disso, sabe-se que estas violências ao corpo e psicológico da mulher, podem causar iatrogenias tanto para a parturiente como para a criança. Um dos procedimentos mais utilizados, é a episiotomia, que segundo estudo do Nascer Brasil, mais de 56% das mulheres tiveram o corte realizado. A episiotomia, pode causar iatrogenias graves como infecção no local do corte e lesão nos músculos da região genital.

Durante o trabalho de parto, são utilizados procedimentos com o intuito de acelerar o parto, todavia em contrário as evidências científicas. Segundo estudo de pesquisa Nascer Brasil, 36% das parturientes sofreram manobra de Kristeller, 40% junto de soro com ocitocina, causando dores extremamente fortes para induzir o parto e ainda 92% das gestantes durante o trabalho de parto ficaram em posição litotômica, prejudicando a saída da criança e causando dores maiores à parturiente.

Ademais, o índice de cesarianas ultrapassa o limite de apenas 15% proposto pela OMS, partos cesarianos quando necessários, salvam a vida de mulheres e bebês e reduz a morbidade materno-neonatal. Entretanto, no Brasil, partos cesarianos no setor privado ocorrem em 80% dos partos realizados no ambiente hospitalar, ultrapassando o SUS, com cerca de 40% de cesáreas realizadas.

Ademais, pesquisas epidemiológicas mostram que crianças nascidas de parto cesariano em comparação com parto vaginal têm maiores riscos de desenvolver obesidade, asma e diabetes tipo 1. Esse excesso de procedimentos cirúrgicos ocorre devido o parto no Brasil ser centralizado na medicalização da assistência, afastando-se de uma assistência humanizada e focada no bem estar do paciente.

Fisiologia do Parto

O parto consiste em uma sequência de contrações uterinas rítmicas, contínuas e involuntárias que geram uma dilatação do colo do útero (CARVALHO et al., 2009).

Nesse contexto, o trabalho de parto inicia-se a partir dessas contrações uterinas, as quais possuem uma variável intensidade. As contrações são capazes de amolecer o

colo do útero, que começa a se dilatar. Portanto, conforme o parto se desenvolve essas contrações aumentam para que todo o processo ocorra conforme o esperado. Além disso, durante a gestação o útero se torna maior e mais alongado devido ao crescimento do feto (CARVALHO et al., 2009).

Para Carvalho et al. (2009), o principal responsável por estimular as contrações uterinas na mãe é uma cadeia de produção de hormônios fetais. Primeiramente, o hormônio liberador de corticotrofina é secretado pelo hipotálamo da criança. Logo após, ele aciona a produção de adrenocorticotrofina (ACTH) pela hipófise, o qual promove a secreção de cortisol pelo córtex da glândula suprarrenal e, assim, o cortisol assume um papel importante na síntese dos estrógenos.

Na fase final da gestação a placenta começa a produzir estrogênio que influencia diretamente o músculo uterino. Em suma, as contrações uterinas acontecem devido aos esteróides. Todavia, a dor que é ocasionada pelo parto surge em virtude da ativação do sistema nervoso que é provocada pelo medo e ansiedade da mãe, gerando assim uma tensão no útero (CARVALHO et al., 2009).

Sabe-se que há três fases do parto, a primeira fase consiste no início do trabalho de parto até a dilatação por completa do colo do útero, essa fase contém dois períodos: latente e ativo. No período latente as contrações se tornam mais ordenadas, não há muito desconforto para a mãe. Assim como, no período ativo o colo torna-se completamente dilatado e o feto localiza-se na pelve média. A segunda fase consiste na dilatação total do colo e no desprendimento do feto. A terceira fase se inicia após o lactente ser retirado e se finda após a placenta ser retirada (CARVALHO et al., 2009).

A Epidemia de Cesarianas no Brasil

No Brasil, a pesquisa Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privados verificou que uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência durante o parto, desde gritos, procedimentos dolorosos sem consentimento ou informação, falta de analgesia e até negligência. Na pesquisa Nascer no Brasil, inquérito nacional realizado com 23.940 puérperas, identificou-se excesso de intervenções no parto e nascimento, apontando um modelo assistencial marcado por intervenções desnecessárias e muitas vezes prejudiciais, expondo mulheres e crianças a iatrogenias (LANSKY et al., 2019).

A literatura científica traz uma reflexão onde cita que a violência obstétrica sobre a utilização de serviços de saúde é uma preocupação, na medida em que a qualidade da assistência afeta a experiência de parir das mulheres, a experiência de nascer das crianças e a cultura da sociedade sobre o nascimento, e pode comprometer a credibilidade dos serviços de atenção ao parto.

No estudo de JUNGES (2020), a escolaridade pode influenciar na forma como as parturientes são orientadas sobre o trabalho de parto e parto pelos profissionais de saúde:

aquelas com menor grau de escolaridade recebem menos informações. Outros estudos sobre os fatores associados à violência obstétrica mostraram que as gestantes que não possuem ensino médio completo, têm maiores chances de serem submetidas a pelo menos uma das práticas consideradas desnecessárias, prejudiciais ou ineficazes no parto. As mulheres com maior grau de instrução procuram ter acesso às informações sobre o parto e práticas seguras e, assim, questionam os profissionais, desencorajando procedimentos contra indicados ou potencialmente danosos.

Ao comparar as vias de parto no Brasil, entre os anos 2008 e 2016, percebe-se que apenas no ano de 2008 o parto natural foi predominante a cesariana, com uma diferença de quase 100 mil casos e, em todos os anos subsequentes, a cesárea prevaleceu com diferenças importantes variando entre 300 mil e 400 mil casos, isto mesmo com a implantação de importantes planos de ação, como é o caso do projeto Parto Adequado, lançado em 2015 e que em 18 meses evitou a realização de 10 mil operações desnecessárias, evidenciando resultados transformacionais, mas reforçando a necessidade de empenho contínuo para impactar no atual cenário nacional (SILVA, 2019).

Para SILVA (2019), a cesariana é uma das cirurgias mais comuns no mundo atual. Sabe-se que a operação, em seus primórdios, foi o recurso encontrado para salvar as vidas dos fetos vivos cujas mães estavam mortas ou prestes a morrer. Porém, com o surgimento de novas técnicas cirúrgicas, da anestesia, dos recursos farmacológicos e a melhora nos métodos de antisepsia, a cesárea deixou de significar obrigatoriamente a morte da mãe, tornando-se uma alternativa relativamente segura para casos específicos em que a gestante e o feto encontravam-se em situações de risco.

Humanização do Parto

Um estudo realizado por Trajano e Barreto (2021) demonstra que a violência obstétrica está enraizada em questões de gênero, estando a mulher atrelada a condição histórica de inferioridade na sociedade. Dessa forma, acontecem abusos físicos, psicológicos e verbais, diante da fragilidade do momento do parto e do reforço da autoridade médica. Sem controle do seu próprio corpo, ficam mais suscetíveis a intervenções.

Nesse mesmo estudo, 55% das entrevistadas relataram abuso físico, que são descritos como: manobra de Kristeller, episiotomia, toques vaginais sem consentimento; 40% sofreram abuso psicológico, por meio da ameaça de abandono e culpabilização; 45% referem abuso verbal, com elevação de tom de voz, agressividade, frases de menosprezo, entre outros; 10% identificaram restrição de movimentação e posição do parto.

O Movimento pela Humanização do Parto surgiu no final da década de 1980, como crítica à transformação do parto como evento médico hegemônico, patológico, que necessita de intervenções e medicalização, deixando de ser tratado como um evento natural, social, vinculado à sexualidade feminina e à família. Utilizando-se de propostas realizadas pela

OMS, o movimento incorporou os achados de Medicina Baseada em Evidências e sugere um modelo de prática a ser preconizada, buscando não só o parto como evento fisiológico, mas também o resgate do empoderamento da mulher em sua totalidade (ZANARDO et al., 2016).

Para Leal et al. (2019), a garantia do bem-estar, autonomia e protagonismo da gestante são essenciais para uma melhor assistência ao trabalho de parto. Dessa forma, refere como fundamentais ao manejo do parto: evitar intervenções desnecessárias, como episiotomia, manobra de Kristeller, utilização de cateter venoso periférico e restrição ao leito em posição litotômica. Além disso, cita atitudes benéficas como presença de acompanhante, analgesia, assistência da enfermagem e estímulo à deambulação.

Nesse contexto, Junges e Brüggemann (2019) identificam a participação do acompanhante no pré-natal e trabalho de parto como um dos maiores fatores de apoio emocional, sendo a dor minimizada pela presença da pessoa que encoraja e tranquiliza a gestante. Ademais, a ambientação das salas de parto também é citada como uma forma de acolhimento, devendo ser repensadas, uma vez que apresentam aspecto frio, com campos e instrumentos cirúrgicos, podendo acabar levando a uma atitude passiva da gestante e do acompanhante.

O Ministério da Saúde criou políticas a fim de evitar uma maior ocorrência da violência obstétrica, identificando os direitos das gestantes de forma a garantir sua cidadania e um parto humanizado. No entanto, devido ao abismo existente com a realidade, é necessário que as mulheres se conscientizem e se informem acerca de seus direitos e exijam quando necessário for. Ademais, é imprescindível a formação de profissionais que compreendam a mulher em sua totalidade, habilitados a prestar uma assistência humanizada e de qualidade (PEREIRA et al., 2016).

Por fim, é válido ressaltar que o parto é um evento social que integra a vivência reprodutiva de homens e mulheres, representando um processo singular, uma experiência especial no universo do casal, que envolve também suas famílias e a comunidade. Portanto, o cuidado recebido nesse evento pode repercutir positivamente ou de maneira negativa na experiência reprodutiva da mulher, do recém-nascido, do homem e na forma como a parturição é percebida por eles, pela família e pela comunidade. Nesse sentido, é fundamental que as práticas assistenciais sejam debatidas, de forma a promover mudanças na forma do nascer, visando reduzir intervenções desnecessárias e garantir os direitos das mulheres.

CONCLUSÃO

A revisão integrativa da literatura permitiu inferir a necessidade de promover um entorno de saúde mais adequado tanto para as gestantes como para os profissionais, a fim de que os procedimentos sejam mais regularizados, claros e organizados, proporcionando

um ambiente mais seguro. É visível que grande parte das mulheres se adaptam ao ambiente no qual vão ter seu filho, e com isso, para evitar as dores e sair rapidamente daquele local, acabam cedendo às intervenções muitas vezes desnecessárias que podem ser perigosas ou prejudiciais para sua saúde e para o bebê.

É imprescindível que haja um maior compromisso por parte dos profissionais da saúde e das instituições formadoras na busca por soluções que visem a promoção dos direitos das mulheres. Ademais, um maior empoderamento das mulheres e suas famílias a fim de desnaturalizar a violência obstétrica são de extrema importância, para que esse termo deixe de ser atribuído a um atendimento adequado e de qualidade.

Concluimos que a violência obstétrica precisa se tornar um assunto com mais relevância, para que todas as mulheres tenham informações e conhecimento de seus direitos para garantir uma assistência digna no momento de vulnerabilidade, tornando então o parto acolhedor e mais humano.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CARVALHO, F. A. M.; ORIÁ, M. O. B, et al. Significado do trabalho de parto: a perspectiva dos acadêmicos de enfermagem. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 6, p. 767-772, dez. 2009.

JUNGES, C. F.; BRÜGGEMANN, O. M. Factors associated with support provided to women during childbirth by companions in public maternity hospitals. **Texto & Contexto - Enfermagem** [online], v. 29. 2020. [Acesso 17 Fevereiro 2022], e20180239. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0239>>. Epub 14 Dez 2020. ISSN 1980-265X. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0239>.

LEAL, M. do C. et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 35, n. 7, 2019. [Acesso 17 Fevereiro 2022], e00223018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00223018>>. Epub 22 Jul 2019. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00223018>.

PEREIRA, J. S. et al. Violência obstétrica: ofensa à dignidade humana. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 15, p. 103-108, 2016. Disponível em: <http://www.mastereditora.com.br/periodico/20160604_094136.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2022.

TRAJANO, A. R.; BARRETO, E. A. Violência obstétrica na visão de profissionais de saúde: a questão de gênero como definidora da assistência ao parto. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online], v. 25, 2021. [Acesso 17 Fevereiro 2022], e200689. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/interface.200689>>. Epub 17 Set 2021. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/interface.200689>.

ZANARDO, G. L. P. et al. Violência obstétrica no brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade** [online], v. 29, 2017. [Acesso 17 Fevereiro 2022], e155043. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29i155043>>. Epub 10 Jul 2017. ISSN 1807-0310. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29i155043>.

CAPÍTULO 17

RELAÇÃO ENTRE CASOS DE SÍFILIS GESTACIONAL E GRAU DE ESCOLARIDADE NO BRASIL DE 2011-2020

Data de aceite: 01/04/2022

Data de submissão: 07/02/2022

Luis Pereira de Moraes

Universidade Estadual do Ceará – UECE
Fortaleza – Ceará, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/3425970032144286>

Mariana Bessa Leite

Universidade Federal de Campina Grande –
UFCG
Cajazeiras – Paraíba, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/5462857856605658>

Andressa de Alencar Silva

Universidade Estadual do Ceará – UECE
Fortaleza – Ceará, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/3144511152006306>

Debora de Menezes Dantas

Universidade Regional do Cariri – URCA
Crato – Ceará, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/0572266448650050>

Francisco Junio Dias

Universidade Regional do Cariri – URCA
Crato – Ceará, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/0446219818134281>

Carla Mikevely de Sena Bastos

Universidade Regional do Cariri – URCA
Crato – Ceará, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/4048670242745052>

Alex de Souza Borges

Universidade Regional do Cariri – URCA
Crato – Ceará, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/1812623592556034>

Cícera Georgia Brito Milfont

Universidade Regional do Cariri – URCA
Crato – Ceará, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/22254715868788490>

Guilherme Maciel Honor de Brito

Universidade Regional do Cariri – URCA
Crato – Ceará, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/8143325544434884>

Paulo Ricardo Batista

Universidade Regional do Cariri – URCA
Crato – Ceará, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/3536014746979224>

Luana de Souza Alves

Universidade Regional do Cariri – URCA
Crato – Ceará, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/0254449582989447>

Isaac Moura Araújo

Universidade Regional do Cariri – URCA
Crato – Ceará, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/4804278307317640>

RESUMO: Este estudo tem por objetivo analisar a relação da sífilis gestacional com o grau de escolaridade das gestantes no Brasil de 2011 a 2020. Trata-se de um estudo retrospectivo, com abordagem quantitativa, realizado a partir de dados secundários acerca da porcentagem de sífilis gestacional relacionado ao grau de escolaridade notificados nos anos de 2011 a 2020 pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde, disponibilizada pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Ao analisar os índices de sífilis

gestacional no Brasil, comparando com o grau de escolaridade da gestante, de 2011 a 2020, foi possível observar que há uma correlação entre os casos de sífilis gestacional e o nível de escolaridade. Sendo a porcentagem mais elevada em gestantes com ensino fundamental incompleto de 6º ao 9º ano com uma média nos últimos dez anos de 19,72% e ensino médio completo de 16,44%. Diante do exposto, ficou evidente que a sífilis gestacional está atrelada ao nível de escolaridade das gestantes, onde provavelmente a contaminação se dá por falta de conhecimento das formas de prevenção ou tratamento.

PALAVRAS-CHAVE: Sífilis. Escolaridade. Conhecimento.

RELATIONSHIP BETWEEN CASES OF GESTATIONAL SYPHILIS AND LEVEL OF EDUCATION IN BRAZIL 2011-2020

ABSTRACT: This study aims to analyze the relationship between gestational syphilis and the level of education of pregnant women in Brazil from 2011 to 2020. This is a retrospective study, with a quantitative approach, carried out from secondary data on the percentage of gestational syphilis related to the level of education reported in the years 2011 to 2020 by the Information System of Notifiable Diseases of the Ministry of Health, made available by the Department of Informatics of the Unified Health System. schooling of the pregnant woman, from 2011 to 2020, it was possible to observe that there is a correlation between the cases of gestational syphilis and the level of schooling. Being the highest percentage in pregnant women with incomplete elementary school from 6th to 9th grade with an average in the last ten years of 19.72% and complete high school (16.44%). In view of the above, it was evident that gestational syphilis is linked to the level of education of pregnant women, where contamination is probably due to lack of knowledge of forms of prevention or treatment.

KEYWORDS: Syphilis. Education. Knowledge.

INTRODUÇÃO

As infecções sexualmente transmissíveis (IST's) tem se tornado um grave problema de saúde pública mundial, causando infertilidade, sequelas, morte (materna ou fetal), além de trazerem complicações para a gestação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), entre os anos de 2009 e 2016 foram constatados 376,4 milhões de casos de IST's curáveis, dentre elas, a sífilis com 6,3 milhões de casos e incidência de 0,5% entre homens e mulheres (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

A sífilis é uma infecção bacteriana, seu agente etiológico é o *Treponema pallidum*, que pode ser transmitido por via sexual, transfusão sanguínea ou por transmissão vertical, quando a mãe infectada e não tratada ou não realiza o esquema de tratamento de forma adequada, transmite para o feto (CAMPOS et al., 2010).

A sífilis adquirida apresenta três estágios, a primária que se caracteriza pelo aparecimento de múltiplas lesões nos órgãos genitais e linfadenopatia regional em até 12 semanas após o contágio; a secundária que se desenvolve entre 6 e 8 semanas após o quadro primário apresentando sintomas como cefaleias, febre e manifestações maculopapulares generalizadas. Quando não tratada corretamente, o *T. pallidum* pode

permanecer no organismo por muitos anos, levando ao seu estágio terciário com o aparecimento de lesões cardíacas, neurológicas, viscerais e ósseas (HORVÁTH, 2011).

A sífilis durante a gestação pode levar à sífilis congênita estando associada a complicações perinatais (PADOVANI; DE OLIVEIRA; PELLOSO, 2018), como morte fetal, morte neonatal, prematuridade e baixo peso ao nascer (MOREIRA et al., 2017; TAYLOR et al., 2016). Estudos anteriores demonstraram que o baixo grau de escolaridade é considerado um fator importante para risco de exposição às infecções sexualmente transmissíveis, e leva também a uma baixa adesão aos tratamentos, devido a um limitado entendimento/conhecimento da importância das medidas de prevenção (CAVALCANTE; PEREIRA; CASTRO, 2017).

Dessa maneira, investigar a relação dessa infecção em mulheres gestantes quanto ao nível de escolaridade se torna essencial. Portanto, o objetivo deste estudo foi analisar a relação da sífilis gestacional com o grau de escolaridade das gestantes no Brasil de 2011 a 2020.

MÉTODO

Trata-se de um estudo retrospectivo, com abordagem quantitativa, realizado a partir de dados secundários acerca da porcentagem de sífilis gestacional relacionado ao grau de escolaridade notificados nos anos de 2011 a 2020 pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde, disponibilizada pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). A coleta de dados ocorreu em maio de 2021. Foi utilizado o software *Excel* versão 2010 para Windows®, no qual foi realizada a análise descritiva dos dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao analisar os índices de sífilis gestacional no Brasil, comparando com o grau de escolaridade da gestante, de 2011 a 2020 (Tabela 1), foi possível observar que há uma provável correlação entre os casos de sífilis gestacional e o nível de escolaridade.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Analfabeto	1,3	1	0,8	0,8	0,6	0,6	1,1	0,8	0,4	0,3
1ª a 4ª série incompleta	8,6	8,2	6,8	6,2	5,8	5	4,2	4	3,4	3,4
4ª série completa	6,1	5,5	4,4	4,3	4	3,7	3,4	3,1	3,1	3,1
5ª a 8ª série incompleta	22	21,3	20,5	20,8	19,9	20,1	19,5	18,8	17,6	16,7
Fundamental Completo	8,9	9,4	9,2	9	9,7	9,7	10	10	9,9	9,8
Médio Incompleto	9,7	10,9	12,3	12,7	13,9	14,5	15,1	14,8	15,3	15,8
Médio Completo	11,2	11,9	13,7	14,7	15,3	16,2	18,2	19,3	20,8	23,1
Superior Incompleto	0,7	0,8	0,9	1	1,2	1,2	1,5	1,4	1,5	1,6
Superior Completo	0,5	0,6	0,7	0,8	0,8	0,9	1,1	1,1	1,2	1,4
Não se aplica	-	0	0	0	-	0,1	0	0	0	0,1
Ignorado	31	30,5	30,8	29,6	28,9	28	26	26,6	26,7	24,8

Tabela 1. Dados referentes ao grau de escolaridade de gestantes acometidas por sífilis no período de 2011 - 2020 no Brasil. Fonte: Departamento de informática do SUS - DATASUS.

A porcentagem mais elevada foi em gestantes com ensino fundamental incompleto, de 6º ao 9º ano, com uma média nos últimos dez anos de 19,72%, seguido de ensino médio completo (16,44%), médio incompleto (13,50%), superior incompleto (1,18%) e superior completo (0,91%) (Figura 1), contudo 28,29% dos casos nos últimos cinco anos não apresentaram informações de escolaridade.

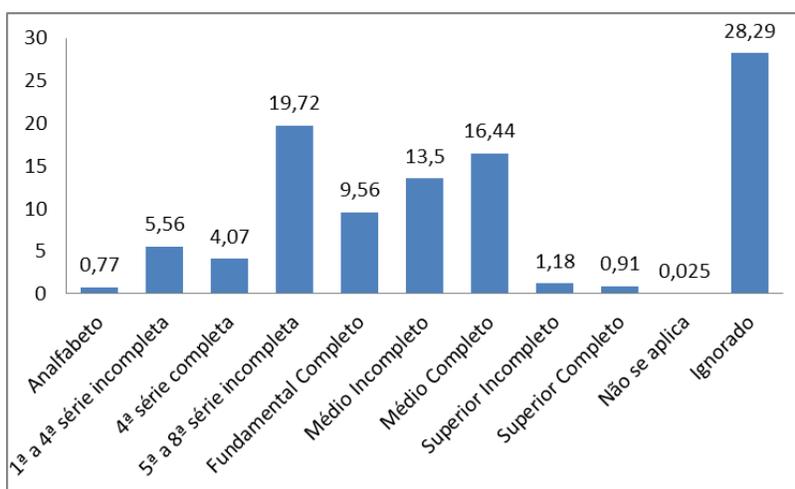


Figura 1. Média, em porcentagem, dos casos de sífilis gestacional em decorrência do grau de escolaridade de 2011 a 2020.

Corroborando com nossos achados Cavalcante, Pereira e Castro (2017), demonstraram que das 116 gestantes com sífilis, 76,0% possuíam escolaridade de Ensino Fundamental incompleto a Ensino Médio completo. Enquanto que de 2007 a 2014, 48% dos casos de sífilis congênita estavam correlacionados com ensino médio incompleto ou completo.

Nonato, Melo e Guimarães, 2015, quando analisaram os fatores relacionados à sífilis congênita em Belo Horizonte - MG, entre os anos de 2010-2013, observou-se que a baixa escolaridade estava diretamente associada aos casos da doença, ou seja, 74,1% dos casos apresentavam valores ≤ 8 anos de estudos.

Outro dado muito importante a ser destacado, é que apesar de o grau de escolaridade ser um campo de preenchimento obrigatório no instrumento de coleta de dados de notificação compulsória, essa informação acaba sendo negligenciada e não coletada, podemos comprovar esse ocorrido quando observamos que dos casos de sífilis gestacional no período de 2011 a 2020, 28,29% aparecem como ignorado, ressaltando assim a importância de contemplar todas as informações que estão nas fichas de notificação compulsória.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, ficou evidente que a sífilis gestacional está atrelada ao nível de escolaridade das gestantes, onde provavelmente a contaminação se dá por falta de conhecimento das formas de prevenção ou tratamento.

REFERÊNCIAS

CAMPOS, A. L. A. et al. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravo sem controle. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 9, p. 1747–1755, 2010.

CAVALCANTE, P. A. DE M.; PEREIRA, R. B. DE L.; CASTRO, J. G. D. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. **Epidemiologia e serviços de saúde : revista do Sistema Único de Saúde do Brasil**, v. 26, n. 2, p. 255–264, 2017.

HORVÁTH, A. Biology and Natural History of Syphilis. In: GROSS, G. E.; TYRING, S. K. (Eds.). **Sexually Transmitted Infections and Sexually Transmitted Diseases**. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2011. p. 129–141.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico de Sífilis**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2021>>. Acesso em: 24 jan. 2022.

MOREIRA, K. F. A. et al. Profile of notified cases of congenital syphilis. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 10, 2017.

NONATO, S. M.; MELO, A. P. S.; GUIMARÃES, M. D. C. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 4, p. 681–694, 2015.

PADOVANI, C.; DE OLIVEIRA, R. R.; PELLOSO, S. M. Syphilis in during pregnancy: Association of maternal and perinatal characteristics in a region of southern Brazil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, 2018.

TAYLOR, M. M. et al. Estimating benzathine penicillin need for the treatment of pregnant women diagnosed with syphilis during antenatal care in high-morbidity countries. **PLoS ONE**, v. 11, n. 7, p. 1–15, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **More than 1 million new curable sexually transmitted infections every day**. Disponível em: <<https://www.who.int/news/item/06-06-2019-more-than-1-million-new-curable-sexually-transmitted-infections-every-day>>. Acesso em: 24 jan. 2022.

SABERES DE MULHERES SOBRE A INGESTÃO DO AÇAÍ DURANTE O PERÍODO GESTACIONAL

Data de aceite: 01/04/2022

Data de Submissão: 08/03/2022

Nely Dayse Santos da Mata

Universidade Federal do Amapá – UNIFAP

Macapá – Amapá, Brasil

<http://lattes.cnpq.br/0529429570261510>

Nayara Raissa Oliveira Lôbo

Universidade Federal do Amapá – UNIFAP

Macapá – Amapá, Brasil

<http://lattes.cnpq.br/6811933272806455>

Jéssica Carneiro Fernandes

Universidade Federal do Amapá – UNIFAP

Macapá – Amapá, Brasil

<https://orcid.org/0000-0001-6756-0588>

Sarah Bianca Trindade

Universidade Federal do Amapá – UNIFAP

Macapá – Amapá, Brasil

<http://lattes.cnpq.br/4405468880183784>

Andriely Katrine Silva Monteiro

Universidade Federal do Amapá – UNIFAP

Macapá – Amapá, Brasil

<http://lattes.cnpq.br/7751239751130650>

Luzilena de Sousa Prudêncio

Universidade Federal do Amapá – UNIFAP

Macapá – Amapá, Brasil

<http://lattes.cnpq.br/9530554407871026>

Tatiana do Socorro dos Santos Calandrini

Universidade Federal do Amapá – UNIFAP

Macapá – Amapá, Brasil

<http://lattes.cnpq.br/9646872750954617>

Rosilda Alves da Silva Isla Chamilco

Universidade Federal do Amapá – UNIFAP

Macapá – Amapá, Brasil

<http://lattes.cnpq.br/9442494320910487>

RESUMO: O conhecimento das gestantes sobre os riscos e benefícios pode influenciar e mudar a escolha sobre o consumo dos alimentos. Além disso, esse entendimento pode ser atribuído a significados, experiências, riscos e benefícios. O costume e percepção acerca do açaí é de extrema relevância, pois o fruto constitui a base alimentar da população residente da região norte do Brasil. Objetivo: analisar saberes de grávidas sobre a ingestão do suco do açaí durante o período gestacional Método: trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. O estudo foi realizado na unidade de saúde Policlínica da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP). Participaram do estudo, quatorze mulheres grávidas que realizam o pré-natal na Policlínica, com idade acima de 18 anos. O projeto foi aprovado pelo CEP, sob o número do: 2.932.855. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, sendo coletada no período de novembro de 2019. Resultados: Originaram-se três categorias. Categoria 1: O saber da gestante e suas práticas alimentares. Essa categoria identifica o saber das gestantes sobre quais alimentos elas consideram benéficos e maléficis durante o período gravídico. Categoria 2: Mitos e verdades sobre o consumo do açaí sob a ótica das gestantes. Esta categoria buscou conhecer os mitos, crenças, conhecimentos acerca da

ingestão do suco do açaí na gestação. Categoria 3: Identidade sociocultural do consumo do açaí pelas grávidas. Ocorreu a descrição da combinação da ingestão do suco do açaí com outros alimentos no período gravídico. Conclusão: O açaí é considerado símbolo valoroso e afetivo para as gestantes, pois constitui a base alimentar destas e de suas famílias, além de ser o que as agrada o paladar e estar associado às suas formas de exprimir costumes e hábitos dentro do contexto social em que vivem.

PALAVRAS-CHAVE: Saber. Percepção. Mulheres. Gestação. Açaí.

WOMEN'S KNOWLEDGE ABOUT AÇAÍ INTAKE DURING THE PREGNANCY

ABSTRACT: Pregnant women's knowledge about the risks and benefits can influence and change their choice about food consumption. Furthermore, this understanding can be attributed to meanings, experiences, risks, and benefits. The custom and perception of açaí is extremely relevant, since the fruit is the staple food of the population living in the northern region of Brazil. Objective: To analyze pregnant women's knowledge about the açaí juice intake during pregnancy. Method: It is a descriptive study with a qualitative approach. The study was carried out at the Polyclinic Health Unit of the Federal University of Amapá (UNIFAP). Fourteen pregnant women, over the age of 18, who had prenatal care at the Polyclinic, participated in the study. The project was approved by the CEP, under number 2.932.855. The instrument used for data collection was the semi-structured interview, collected during November 2019. Results: Three categories emerged. Category 1: Pregnant women's knowledge and their eating practices. This category identifies the knowledge of pregnant women about which foods they consider beneficial and harmful during pregnancy. Category 2: Myths and truths about the açaí consumption from pregnant women's perspective. This category sought to know the myths, beliefs, and knowledge about the intake of açaí juice during pregnancy. Category 3: Sociocultural identity of açaí consumption by pregnant women. The description of the combination of the ingestion of açaí juice with other foods during pregnancy occurred. Conclusion: Açaí is considered a valuable and affectionate symbol for pregnant women because it constitutes their and their family food basis, besides being what pleases their palate and being associated with their ways of expressing customs and habits within the social context in which they live.

KEYWORDS: Knowledge. Perception. Women. Pregnancy. Açaí.

INTRODUÇÃO

A gestação é uma fase muito importante na vida da mulher, pois é um período onde ocorrem profundas alterações fisiológicas que marcam significativamente seu corpo, preparando-o para acolher, nutrir e trazer à vida um novo ser, e por isso requer alguns cuidados especiais. De acordo com Costa et al., (2010), as alterações fisiológicas ocorridas durante a gravidez podem gerar sentimentos como medo, dúvidas, angústias ou simplesmente curiosidade em relação ao que é saudável ou não para o binômio mãe-bebê.

Algumas mulheres nessa fase da vida podem possuir noções equivocadas sobre o que consumir durante a gestação e mudam seus hábitos alimentares adicionando ou

excluindo itens da dieta (PINHEIRO; SEABRA, 2008). Nesse sentido, a escolha pelos alimentos está associada aos saberes da gestante, sendo o processo de percepção extremamente subjetivo e intimamente ligado à cultura, valores, crenças e ambiente. Além disso, esse entendimento pode ser atribuído a significados, experiências, riscos e benefícios. É relevante também considerar a situação socioeconômica e demográfica das gestantes para relacionar as suas percepções à disponibilidade dos alimentos, nível de conhecimento e condições financeiras (BAIÃO; DESLANDES, 2008, 2010; JUNGES et al., 2014; SANTOS; SALAY, 2014).

Diante disto, o conhecimento das gestantes sobre os riscos e benefícios pode influenciar e mudar a escolha sobre o consumo ou não do açaí, fruto que é base alimentar de grande parte da população da região Norte, o que inclui o Amapá. O hábito de consumir o suco do açaí atravessa gerações, é considerado uma herança cultural dos povos indígenas e se mostra muito forte até os dias atuais na população, principalmente em povos ribeirinhos. O fruto possui alto valor nutricional, é rico em vitaminas, minerais, ácidos graxos, carboidratos e proteínas, além de substâncias anti-inflamatórias e antioxidantes (MENEZES et al., 2008; SOUZA et al., 2011; ALBIERO et al., 2012; NASCIMENTO; GUERRA, 2016).

Dito isto, é importante entender a percepção de riscos e benefícios das gestantes como consumidoras para compreender e explicar suas escolhas alimentares. Ter o conhecimento sobre os benefícios dos valores funcionais do suco do açaí, assim como os riscos de associações a certos alimentos, pode ajudar a orientar as gestantes, uma vez que se faz necessária uma adequação na alimentação destas, visto que seu estado nutricional pode afetar o resultado da gravidez (BERTIN et al., 2006). O enfermeiro pode atuar com orientações e com concepção de saberes e percepções das gestantes sobre o que é mais saudável para ser consumido durante a gestação.

Durante o período de aulas práticas da disciplina Enfermagem Materno Infantil na Atenção Básica, do Curso de Bacharelado em Enfermagem, as pesquisadoras deste estudo, identificaram que as grávidas, realizando consultas de pré-natal, faziam a ingesta diária, em grande quantidade, do suco do açaí. O exposto despertou o interesse em investigar o motivo para prioridade do consumo desse alimento, bem como os saberes sobre riscos e benefícios da ingestão do suco de açaí durante a gestação.

A esfera cultural das mulheres grávidas é munida de crenças e valores, que foram construídas ao longo das gerações e constituem a base de práticas para cuidar dos alimentos ingeridos pelas mesmas, dando total autonomia às parturientes sobre a sua saúde materna, assim como a saúde do feto (HERNANDEZ; ROLDAN, 2010). Os saberes populares relacionados às práticas alimentares das gestantes assumem, muitas vezes, esse protagonismo nos autocuidados realizados no período gravídico. Esse condicionante é representado de acordo com a cultura de cada indivíduo (JUNGES et al., 2014).

No Amapá, por uma questão cultural de alimentação, a polpa do açaí é consumida

muitas vezes acompanhada de alimentos como carnes vermelhas, açúcar, farinha de mandioca, camarão, peixe frito e outros, alimentos caracterizados pelo alto teor de sódio, lipídios e/ou carboidratos, que podem promover o aumento de peso, obesidade e distúrbios metabólicos, constituindo o aparecimento de intercorrências na gravidez e influenciando as condições de saúde maternas e fetais.

Diante desse contexto surge a seguinte questão norteadora: quais os saberes de grávidas sobre a ingestão do suco do açaí durante a gestação? Neste sentido, o objetivo deste estudo foi analisar saberes de grávidas sobre a ingestão do suco do açaí durante o período gestacional.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada na unidade de saúde Policlínica/UNIFAP, localizada no município de Macapá, capital do estado do Amapá/Brasil. As participantes foram abordadas nas dependências da unidade, sendo que participaram do estudo, quatorze mulheres grávidas. A amostra foi intencional e por conveniência, considerou-se o método da saturação, em que se observa que as respostas não apresentam novidades a esclarecer o fenômeno pesquisado (MINAYO, 2017). Os critérios de inclusão foram estar realizando o pré-natal, com idade acima de 18 anos e consumidora do suco do fruto açaí.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, no período de novembro de 2019, constando de duas etapas: a primeira com perguntas diretas voltadas para as características socioeconômicas e a segunda com perguntas abertas sobre a temática do estudo.

As entrevistas foram extraídas na íntegra e transcritas para o programa computacional *Word* para posterior análise de conteúdo. As narrativas foram verificadas por meio de leitura analítica e categorizadas de acordo com a semelhança temática e textual como proposto por Bardin (2015).

O rigor metodológico foi garantido por meio da utilização dos princípios de credibilidade, confiabilidade, confirmabilidade e transferibilidade (LINCOLN; GUBA, 1991). Nesse sentido, para a confiabilidade do estudo, houve a inserção do pesquisador no contexto dos participantes; as transcrições das entrevistas foram enviadas aos participantes do estudo para que fossem validadas, propiciando credibilidade; a codificação dos dados foi realizada por dois pesquisadores com auditoria de um terceiro, para a confirmabilidade dos dados; adotou-se uma posição reflexiva entre os pesquisadores, com vistas à transferibilidade dos dados e buscou-se o conhecimento da forma em que os enfermeiros vivenciaram e se adaptaram ao fenômeno da segurança do paciente, com o propósito de obter informações que possibilitem a transferência dos resultados para outros contextos.

O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade

Federal do Amapá/BR, sob o número: 2.932.855, datado de 17 de julho de 2018 em conformidade com as normas vigentes expressas na Resolução 466/2012 (BRASIL, 2013).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após serem cumpridas as etapas de coleta e análise de dados, que neste estudo refere-se à análise de conteúdo proposta por Bardin (2015), chega o momento de delinear o perfil dos participantes. A análise dos dados possibilitou a identificação de três categorias temáticas: o saber da gestante e suas práticas alimentares; mitos e verdades sobre o consumo do açaí sob a ótica das gestantes; identidade sociocultural do consumo do açaí pelas grávidas.

Em relação à idade das participantes, oito tinham entre 20 a 29 anos, quatro tinham entre 31 a 39 anos, e duas tinham 18 anos. Doze participantes disseram ter um companheiro e estar em uma união estável. Treze participantes declararam-se pardas e somente uma declarou-se preta. Em relação à escolaridade, oito participantes possuem ensino médio completo, duas com ensino superior incompleto, duas com ensino superior completo, uma ensino médio completo e uma ensino médio incompleto.

Quanto ao tipo de casa, oito participantes declararam morar em casa de alvenaria, quatro em casa de madeira e duas em uma casa mista de madeira e alvenaria. Treze participantes afirmaram possuir casa própria. Das quatorze, metade disse possuir casa com 1 a 4 cômodos, e a outra metade 5 a 6 cômodos. Quando questionadas sobre com quantas pessoas dividiam suas moradias, sete responderam dividir a casa entre 5 a 9 pessoas, e outras sete entre 2 a 4 pessoas.

Quanto à presença de água encanada nas moradias, doze participantes afirmaram possuir. Dez comentaram que a fossa de suas casas era do tipo seca, sendo as outras quatro do tipo céu aberto. No que se refere ao lixo coletado pela prefeitura, treze participantes informaram coleta regular.

Com relação à renda própria das participantes, dez disseram que possuíam. Sobre a renda total de todos que moram na mesma casa com elas, sete relataram que equivalia a um pouco mais de um salário mínimo, três recebiam apenas um salário mínimo, outras três participantes disseram que o total de suas rendas equivalia entre dois a quatro salários mínimos. Quanto ao recebimento de benefícios do governo, sete participantes deste estudo afirmaram receber, dentre elas, uma tinha como renda total apenas o benefício Bolsa Família.

Categoria 1: o saber da gestante e suas práticas alimentares

A alimentação tem grande relação com a sobrevivência e a saúde do ser humano, sendo caracterizada como influente na vida de um indivíduo e tida como um dos elementos determinantes da qualidade de vida. O estado nutricional e o adequado ganho de peso

para a gestante são fatores primordiais para a gravidez, bem como para a manutenção da saúde, a longo prazo do binômio mãe e filho (NOMURA, 2012)

A narrativa das participantes abaixo corrobora com ideia defendida ao citar:

“Ah, já ouvi falar por parte dos médicos, quando eu venho me consultar, sobre a alimentação que temos que comer para não prejudicar a nossa saúde e a do bebê, assim, a gente tem que comer uma alimentação que sustente, né?! Porque mesmo que a mulher não goste, tem que comer que vai fazer bem, e ganha peso para desenvolver seu filho na barriga” (G1);

“[...] tem alimentos que às vezes eu não gosto, mas a gente tem que ingerir, porque faz bem à saúde, principalmente quando a gente está nessa fase de gestação.” (G9).

Percebe-se que as participantes têm ciência da necessidade de uma boa alimentação durante o período gravídico, demonstrando preocupação voltada principalmente para saúde e bem-estar da criança que está se desenvolvendo.

Em vista disto, os hábitos alimentares das gestantes podem ser relacionados aos seus saberes, podendo ser identificados desde as práticas sobre como o alimento deve ser preparado até a forma como ele é ou quando deve ser consumido, trazendo um aspecto subjetivo que identifica a cultura, a memória familiar, a religião e a condição social, dando forma a essa vivência do dia a dia. O ato de se alimentar, então, é mediado não só por questões nutricionais, mas também culturais, econômicas e emocionais, como podemos identificar na narrativa seguinte:

“Bom, para falar a verdade eu não sei quando eu comecei a tomar açaí. Na minha família todo mundo é apaixonado, tomam desde sempre e todo dia! Sempre teve na nossa casa, lá no interior.... Então não sei, mas comecei bem bebezinha [...] e hoje eu não consigo ficar sem o açaí. Sem ele a comida não entra, fica tudo ruim, embola na boca se não tiver ele do lado. Ele me faz bem, sempre fez!” (G4).

Atualmente, percebe-se um acesso maior a diversos tipos de alimentos, assim como às informações, ações de saúde e serviços, se comparado a décadas anteriores. Todavia, essa disponibilidade não está associada necessariamente a uma melhora no padrão alimentar das gestantes. Percebe-se, também, as mudanças alimentares baseadas no aumento do consumo de alimentos industrializados e uma redução no consumo de alimentos in natura. Essa realidade vem remodelando o padrão tradicional alimentar brasileiro. A sociedade tem dado maior espaço a alimentos ricos em gordura e açúcar ou ultraprocessados (OLIVEIRA; GLACILIANO, 2013).

Essas mudanças e práticas alimentares contemporâneas podem ser expressas pelas gestantes através do desequilíbrio de sua alimentação, do fácil acesso à informação e produtos, da palatabilidade, além da cultura, da condição financeira e do contexto social ao qual essa mulher está inserida, que interferem nas decisões de aquisição e consumo e do que é bom ou não para a sua saúde (GOMES, 2019).

Podemos observar nas narrativas das participantes:

“Refrigerante, salgados, frituras, pizza... tudo que é gostoso!” (G9);

“Eu sei que tem que tomar (o açaí) com comida, tipo arroz e feijão, frango, mas eu gosto mesmo é com mortadela e charque frito, uhum!” (G13).

Quando questionadas sobre seu entendimento acerca dos alimentos bons e ruins para o período gravídico, demonstraram, em sua maioria, deter algum conhecimento comum do que poderia ser consumido ou evitado na gestação, gerando um perfil das suas escolhas alimentares. Citaram como alimentos saudáveis as frutas, os legumes e as proteínas de origem animal como o frango, o peixe e a carne bovina, e acreditam que esses alimentos devem estar mais presentes em suas dietas.

É importante promover o incentivo de consumo diário de alimentos in natura, no mínimo três porções de legumes e verduras, e três porções ou mais de frutas (BRASIL, 2012). Em tempo disso, consideraram importante evitar alimentos com alto teor de carboidratos, de gordura e os industrializados por não fazerem bem para si e para o bebê.

Em contrapartida, um elemento revelou-se frequente durante as respostas: orientações dadas às gestantes quanto a opções saudáveis de ingerir mais líquidos, como sucos naturais, caldos, sopas e cozidos feitos com legumes, raízes, proteína animal e ingredientes naturais. Essas indicações, que são saberes populares ou de conhecimento comum, surgem na narrativa de uma participante:

“As comidas que pode comer durante a gravidez é suco natural da fruta... minha avó, que sempre dá conselho, gosta de falar que caldo é bom, que solta o leite [...] ela gosta de fazer galinha de quintal com caldo, e peixe cozido também. Tem que tomar bem líquido, né...” (G13).

Nota-se a manifestação cultural transmitida através da fala, que gera o conhecimento da participante sobre um alimento, carregado de significados que caracterizam a mulher e a sociedade em que convive. Os hábitos alimentares incluem os fatores antropológicos, culturais, socioeconômicos e psicológicos que cada pessoa carrega ao longo da vida no contexto de convivência (TORAL, SLATER, 2007).

A transmissão de saberes pode ser identificada com a narrativa da participante:

“Mamãe não deixa eu comer muita goiaba na gravidez, porque ela diz que causa prisão de ventre, aí atrapalha (o bebê). Aí, ela não gosta que eu misture fruta, ela fala que faz mal também. Eu gosto muito de tomar o suco do açaí, mas tenho medo, daí prefiro evitar, né...” (G12).

As participantes expressam uma forte confiança nesses saberes repassados de avó para neta e/ou de mãe para filha, fazendo com que as mesmas até deixem de consumir os alimentos não recomendados pelos familiares, reforçando que o ato de se alimentar pode sofrer influência de diversos fatores de ordem histórica, social, cultural e econômica (TORAL, SLATER, 2007).

As orientações prestadas às gestantes demonstraram surtir efeito, uma vez que as

mesmas disseram estar seguindo as recomendações. Fica evidente que essas informações transmitidas durante as consultas de enfermagem podem influenciar nas escolhas e decisões que a mulher tomará em relação a sua alimentação e sobre quais alimentos ela irá ou não consumir, ajudando na manutenção de sua saúde.

Categoria 2: mitos e verdades sobre o consumo do açaí sob a ótica das gestantes

A alimentação pertence a um conjunto de práticas dotadas de valor cognitivo e simbólico que define qualidades e propriedades, determinando o alimento como indicado ou contraindicado em ciclos da vida específicos, como a gravidez, e definem simbolicamente a posição social do indivíduo (MARQUES et al., 2011, JUNGLES; RESSEL; MONTICELLI, 2011).

Dito isto, os hábitos alimentares fazem parte de um sistema cultural repleto de símbolos, significados e classificações, de modo que nenhum alimento está livre das associações culturais que a sociedade lhes atribui. Essas associações podem apresentar-se em forma de mitos e tabus. Mitos “são representação de fatos ou personagens reais, exagerada pela imaginação popular, pela tradição, que é a transmissão oral de lendas, fatos, etc., de idade em idade, geração em geração”. (LAHOS; PRETTO; PASTORE, 2016).

Os tabus e mitos, mesmo não tendo comprovação científica, podem fazer com que a gestante se prive de consumir nutrientes essenciais para o seu sustento, assim como pode afetar de forma negativa o consumo diário de proteína, reduzir a energia, podendo até interferir na produção de leite, que consiste em uma das principais preocupações das mesmas (LAHOS; PRETTO; PASTORE, 2016). Dessa forma, crenças e mitos alimentares podem ser determinantes na presença ou ausência da manutenção da saúde e qualidade de vida das gestantes e seus filhos.

Apesar das suas propriedades constatadas cientificamente e de todos os benefícios que o açaí pode promover enquanto alimento, nota-se, a partir dos discursos das participantes, que o seu consumo não se dá em razão desses benefícios, mas sim pelo hábito de consumi-lo que se passa de geração em geração.

Como podemos observar na narrativa desta participante como iniciou o consumo do suco do açaí:

“Não lembro a idade exata, que iniciei a tomar, mas acredito que seja desde muito criancinha. Eu sou do Pará, comecei a tomar lá. São costumes da região norte, que passa de geração em geração. Quando eu comecei a tomar a gente morava no interior, então, era batido os caroços da fruta lá mesmo, fresquinho. A minha família mesmo que batia, no caso, os meus avós. E, como meu pai e minha mãe sempre falam, a primeira batida era pra mim [...] não tinha batedeira lá, então era feito da maneira antiga mesmo, amassado na mão!” (G9).

A participante explica como começou a consumir o suco do açaí e logo se detecta o

fator cultural regional, quando a mesma comenta sobre ter iniciado ainda criança. Mostra, também, que o açaí consistia em um alimento que seus pais e avós não só consumiam como também participavam do manejo, e que esse manejo era antigo e tradicional: amassar os caroços com as próprias mãos para se obter a polpa ou suco.

Uma questão importante foi citada pelas participantes demonstrando suas percepções de risco em relação ao consumo do suco do açaí: a Doença de Chagas. Percepção de risco é a resposta cognitiva e afetiva das pessoas a uma situação no qual alguma coisa de valor esteja sob ameaça. Essa percepção pode influenciar o comportamento dos indivíduos, inclusive afetar negativamente a possível compra de um bem ou serviço. A percepção de risco do consumidor pode variar, dependendo da pessoa, do produto, da situação e da cultura. O grau de risco percebido também pode variar e depende do consumidor (SANTOS, 2012).

A percepção de risco das participantes aponta a Doença de Chagas como um possível malefício, um risco de se ingerir o suco do açaí. Oito entrevistas mencionam a doença e apontam diversas fontes desse saber: algumas gestantes obtiveram conhecimento através de meios de comunicação, como a televisão, outras relatam conhecê-la em razão de alguém da família já ter adquirido o mal. A percepção como resposta cognitiva do consumidor fica clara quando:

“Eu já ouvi falar sobre aquela Doença de Chagas. Até um tempo aí a gente ficou com medo de tomar, porque a gente viu no jornal as notícias. A gente ficou meio receoso de tomar açaí.” (G3);

“Eu fiquei com medo de tomar açaí na gravidez porque, recentemente, né, começou essa doença do açaí aí... deu vontade de parar, mas eu não consigo parar de tomar.” (G4);

No decorrer dos discursos é possível observar que as gestantes, apesar de ter o conhecimento e percepção de risco sobre a doença, preferem não parar de consumir o açaí. O grau de risco e de informações de cada uma é diferente, mas a atitude final, vista como o resultado influenciado pela percepção de risco, é a mesma, ainda que com receio, elas continuam tomando o suco de açaí com a mesma frequência.

Se tratando dos hábitos alimentares na região Amazônica, com enfoque nas comunidades ribeirinhas, inclui-se uma série de mitos e tabus decorrentes, em parte, da miscigenação cultural (indígena, negra e colonizadores portugueses) ocorrida na formação desta população (LAHOS; PRETTO; PASTORE, 2016). Durante o período gravídico esses mitos e tabus tendem a se intensificar, sendo comum as orientações, indicações e restrições alimentares, oriundas na maioria das vezes por avós e mães, caracterizando os saberes repassados de geração para geração.

Identificou-se que, no decorrer das respostas, um mito é citado com frequência pelas participantes: O açaí promove o aumento da produção de leite. Nas narrativas, o mito mostra-se valorizado:

“Eu já escutei falar que o açaí é bom para a mulher grávida porque dá leite” (G6);

“Minha avó e minha mãe sempre falavam que quando você está grávida e também de resguardo (quarentena), tomar açaí dá bastante leite para o bebê” (G10);

“Já falaram que a gente tomando açaí vai dar bastante leite pra sustentar o bebê, aí é assim. Eu acho que ele faz bem para saúde, a modo que pra mim sim” (G11).

Tal percepção é considerada um mito pelo fato de não haver nenhuma evidência científica que comprove alguma propriedade ou composição do açaí que promova a produção láctea. O que se encontra nas literaturas são orientações quanto às boas práticas de alimentação saudável durante a gestação, que incluem o consumo de líquidos, bem como os alimentos que contenham líquidos, como benéficos para o período gravídico

Categoria 3: identidade sociocultural do consumo do açaí pelas grávidas

O consumo de alimentos e os modos de se alimentar podem ser influenciados por questões fisiológicas e emocionais, pela cultura, pela situação socioeconômica, e nem sempre vão estar de acordo com o conhecimento científico em nutrição (BALÃO; DESLANDES, 2010).

O hábito alimentar é uma característica de um grupo e, através da família, a criança inicia a socialização alimentar. Ainda assim, há algumas circunstâncias na vida em que devem ser feitas adequações dessa alimentação, independentemente dos hábitos ou características do grupo, como no caso de doenças ou em períodos importantes na vida de uma mulher que é gestar uma criança.

À vista disso, as participantes deste estudo, possuem características próprias da região norte do país, a exemplo da seguinte narrativa:

“Tomo açaí acho que desde quando eu era bebezinha, saí do leite (materno) e já fui para o açaí! Isso era lá na terra de onde eu sou, lá no interior do estado do Pará. A gente tinha uma plantação, a minha avó plantava e as minhas tias batem os caroços da fruta, e lá já tinha a máquina (batedeira). Todo mundo tomava o açaí, era na hora do almoço e na hora da janta... e eu continuei tomando assim, duas vezes por dia!” (G7).

Observa-se na narrativa da participante que mesmo no período da gestação, onde há a necessidade de uma alimentação adequada e mais equilibrada, os seus costumes e cultura prevalecem, já que a mesma comenta que faz a ingestão do suco do açaí todos os dias pelo fato de ser um hábito seu e de sua família por gerações.

O antropólogo culturalista Lévi-Strauss, ao se referir sobre a compreensão social da alimentação, diz que toda sociedade tem pontos fortes empíricos que as caracterizam, não só na culinária (PEREIRA, 2013).

A culinária do amapaense é uma tradição herdada dos povos indígenas amazônicos, que tem na base de sua dieta alimentos encontrados tanto na fauna quanto na flora da região, como o açaí, a mandioca (em forma de farinha d'água e seca), beijus ou tapioca (goma e farinha), caças, pescados, raízes, e até mesmo a não utilização de sal ou açúcar nos alimentos.

O açaí é um fruto típico da região e hábito consagrado para alguns, que vem sendo passado por gerações e já está vinculado à identidade amapaense. O suco da fruta ocupa atualmente papel fundamental na alimentação da população regional e pode-se dizer que é um alimento de consumo diário e tradicional, principalmente dos ribeirinhos. E o Brasil é o maior consumidor, produtor e exportador do fruto açaí (MENEZES; TORRES; SRUR, 2008)

Ainda sobre os alimentos que surgiram nas respostas das participantes como acompanhamentos para o suco do açaí, destacam-se: frango, peixe, carne (charque), mortadela, calabresa, toscana. Apesar de poder associar a cultura da pesca e caça como herança cultural indígena, é notável a introdução dos alimentos industrializados, principalmente dos ultraprocessados, ligando-se à necessidade de rapidez e praticidade no cotidiano. São carnes enlatadas, baratas, de fácil acesso e longo período de armazenamento.

Na configuração da vida contemporânea os alimentos ultraprocessados foram ressignificados social e culturalmente, integrando-se ao hábito como “alimentos básicos” (OLIVEIRA; GLACILIANO, 2013). Observa-se nas narrativas abaixo:

“Gosto de tomar o açaí com mortadela, calabresa, ovo, o que tiver para fritar. Às vezes eu faço uma misturada com esses alimentos” (G7);

“Eu tomo (o açaí) com farinha d'água e com charque, camarão ou qualquer outra coisa salgada.” (G8).

Seu consumo expressa, também, adequação econômica ligada às necessidades de classe e transformações no gosto que distinguem os diferentes grupos. Visto que o açaí é um fruto muito energético, saudável e possui diversos nutrientes essenciais para a saúde, é importante se atentar para a forma como ele é consumido, pois os alimentos associados a ele que foram identificados ao longo das entrevistas são potencialmente nocivos à saúde da gestante e do feto.

CONCLUSÃO

Os resultados evidenciaram que as práticas alimentares na gestação das participantes do estudo encontram-se atreladas às suas crenças, tabus, saberes repassados de geração para geração e devem ser, portanto, respeitados e levados em consideração.

Identificou-se entre as gestantes um senso comum, que se mostrou um conhecimento pertinente e adequado, levando em consideração as orientações feitas pelo Ministério da Saúde em relação aos alimentos considerados benéficos e maléficos para o período gestacional, tanto para a nutriz quanto para a criança. Contudo, apesar dessa

compreensão sobre os alimentos, algumas participantes ainda possuem hábitos pouco saudáveis, que estão associados à cultura das mesmas, mas também às suas condições socioeconômicas, por isso a importância de conhecer seus saberes.

Quanto ao fruto açaí, é considerado símbolo valoroso e afetuoso para as gestantes, pois constitui a base alimentar destas e de suas famílias, além de ser agradável ao paladar e estar associado às suas formas de exprimir costumes e hábitos dentro do contexto social em que vivem. A maioria das participantes aponta o açaí como um alimento benéfico a ser consumido na gestação, sendo que os mitos e verdades quanto ao consumo do açaí estão associados à compreensão que as gestantes possuem sobre o fruto, e tem como principal fonte de conhecimento seus ancestrais que representa respeito e confiança, influenciam nas escolhas dos alimentos.

Em se tratando da transmissão da doença de Chagas, por meio do consumo da polpa do açaí, que por sinal destacamos pouco conhecimento por parte das mulheres a forma de transmissão, as mesmas apontaram como um risco em consumi-lo, no entanto, não foi motivo de parar de ingeri-lo. Essa atitude justifica-se pelo sentimento positivo que elas têm pelo fruto.

Adicionalmente, faz-se necessário conhecer saberes de populações com hábitos diferenciados, com a finalidade de favorecer o direcionamento das ações de saúde, para proporcionar redução de morbidades durante o período gestatório a iniciar com boas práticas alimentares aproveitando os recursos locais de uma comunidade.

REFERÊNCIAS

ALBIERO, D. et al. Proposta conceitual de colhedoras autopropelidas de açaí (*Euterpe oleracea* Mart.) para a região amazônica. **Rev. Ciênc. Agron.**, v. 43, n. 2, Jun 2012. <https://doi.org/10.1590/S1806-66902012000200023>

BAIÃO, M. R., DESLANDES, S. F. Alimentação na gestação e puerpério. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 19, n. 2, p. 245-253, mar./abr., 2006.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 7 ed. Lisboa: Edições 70, 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos - **Cadernos de Atenção Básica**, nº 32. Brasília-DF, 2012.

BERTIN, R. L. et al. Métodos de avaliação do consumo alimentar de gestantes: uma revisão. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 6, n. 4, Recife, 2006.

COSTA, E. S. et al. Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 86-93, abr./jun.2010.

- GOMES, C. B. et al. Hábitos alimentares das gestantes brasileiras: revisão integrativa da literatura. *Ciênc. saúde colet.*, v. 24, n. 6, Jun 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.14702017>
- HERNANDEZ, I. R.; ROLDAN, M. C. B. La alimentación de la gestante adolescente: el cambio favorable. **Avances en Enfermería**, Bogotá, v. 28, n. 1, p. 83-95, June-2010.
- JUNGES, C. F.; RESSEL, L. B.; MONTICELLI, M. Entre desejos e possibilidades: práticas alimentares de gestantes em uma comunidade urbana no sul do Brasil. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 382-902, Abr-Jun, 2014.
- LAHOS, N. T.; PRETTO, A. D. B; PASTORE, C. A. Mitos e crenças acerca do aleitamento materno no estado do Rio Grande do Sul (Brasil). **Nutr. clín. diet. hosp.**, v. 36, n. 4, pg. 27-33, 2016.
- LINCOLN Y. S.; GUBA, E.G. **Naturalistic inquiry**. 1ª ed. New York: Sage; 1991. 416 p.
- MARQUES E. S. et al. Representações sociais sobre a alimentação da nutriz. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 10, p. 4267-4274, Oct. 2011.
- MENEZES, E. M. S.; TORRES, A. T.; SRUR, A. U. S. Valor nutricional da polpa de açaí (*Euterpe oleracea* Mart) liofilizada. **Acta Amaz.**, Manaus, v. 38, n. 2, p. 311-316, Mar. 2008.
- MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Rev Pesqui Qual** [Internet]. 2017 [cited 2021 Jan 11];5(7):1-12. Available from: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>
- NASCIMENTO, E. C., GUERRA, G. A. D. Do avortado ao comprado: práticas alimentares e a segurança alimentar da comunidade quilombola do baixo Acaraqui, Abaetetuba, Pará. **Bol. Mus. Para. Emílio Goeldi. Cienc. Hum.**, v. 11, n. 1, Jan-Apr 2016. <https://doi.org/10.1590/1981.81222016000100012>
- NOMURA, R. M.Y. et.al. Influência do estado nutricional materno, ganho de peso e consumo energético sobre o crescimento fetal, em gestações de alto risco. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, v. 34, n. 3, Mar 2012. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032012000300003>
- OLIVEIRA, A. C. M.; GRACILIANO, N. G. Síndrome hipertensiva da gravidez e diabetes mellitus gestacional em uma maternidade pública de uma capital do Nordeste brasileiro, 2013: prevalência e fatores associados. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 3, p. 441-451, Jul-Set, 2015.
- PEREIRA, A. M. Hábitos Alimentares: Uma Reflexão Histórica. **Revista Nutricias**, n.18. Porto, Portugal, 2013.
- PINHEIRO, J. SEABRA, D. Alteração dos hábitos alimentares durante a gravidez. **Acta Médica Portuguesa**, v. 21, n. 2, p. 149-160, 2008.
- SANTOS, G. F; SALAY, E. Afeto e percepção de riscos e benefícios à saúde de indivíduos em relação ao açaí, município de Coarí, Amazonas. **Acta Amazônica**, Manaus, v. 44, n. 3, p. 329-334, Set. 2014.
- SANTOS, G. F. **Afeto, viés otimista e percepção de consumidores sobre riscos e benefícios à saúde relacionados ao consumo de açaí (Euterpe precatoria)**. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Engenharia de Alimentos. Campinas, SP, 2012.
- SOUZA, M. O. et al. Açaí (*Euterpe oleraceae* Martius): chemical composition and bioactivity. **Revista Nutrire**: Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição, São Paulo, SP, v. 36, n. 2, p. 161-169, ago. 2011.
- TORAL, N., SLATER, B. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. **Cien Saude Colet**, v. 12, n. 6, p. 1641-1650, 2007.

USO DAS TECNOLOGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS DURANTE O TRABALHO DE PARTO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Data de aceite: 01/04/2022

Data de submissão: 08/03/2022

Rayssa Oliveira Ferreira Ribeiro Rodrigues

Centro Universitário Unigran Capital
Campo Grande – Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/8017851311340707>

Karina Angélica Alvarenga Ribeiro

Centro Universitário Unigran Capital
Campo Grande – Mato Grosso do Sul

Maura Cristiane e Silva Figueira

Centro Universitário Unigran Capital
Campo Grande – Mato Grosso do Sul

Mayane Magalhães Santos

Centro Universitário Unigran Capital
Campo Grande – Mato Grosso do Sul

Michele Batiston Borsoi

Centro Universitário Unigran Capital
Campo Grande – Mato Grosso do Sul

RESUMO: Introdução: As tecnologias não farmacológicas são métodos não invasivos, usados no trabalho de parto para reduzir a percepção da parturiente através de estratégias como banhos de imersão, massagens e o balanço de quadril que visam a naturalidade do momento do parto. Objetivos: buscar na literatura brasileira evidências sobre o uso das tecnologias não farmacológicas na percepção das parturientes. Método: trata-se de uma revisão integrativa da literatura. A pesquisa foi realizada com busca

em base de dados online no portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e foram utilizadas a Base de dados em Enfermagem (BDENF) e a Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Resultados: foram encontrados dez artigos nas bases de dados que respondessem à questão de pesquisa e a partir disso foi realizado a discussão em categorias temáticas, sendo elas: uso das tecnologias não farmacológicas sob a visão da parturiente com o total de seis artigos analisados e; a atuação da enfermagem na percepção da parturiente com quatro artigos analisados. Conclusão: conclui-se que o nível de conhecimento das parturientes sobre as tecnologias não farmacológicas é baixo e o método mais utilizado e mais bem classificado por elas, como eficaz no alívio da dor e relaxamento é o banho morno. Ficou evidente que as enfermeiras são muito valorizadas pelas parturientes no trabalho de parto e parto e a necessidade de explorar essa temática nas graduações.

PALAVRAS-CHAVE: Trabalho de Parto. Dor do parto. Enfermagem Obstétrica.

USE OF NON-PHARMACOLOGICAL TECHNOLOGIES DURING LABOR: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Introduction: Non-pharmacological technologies are non-invasive methods used in labor to reduce the perception of the parturient through strategies such as immersion baths, massages and hip swing that aim at the naturalness of the moment of delivery. Objectives: search the Brazilian literature for evidence on the use of non-pharmacological technologies in the

perception of parturient women. Method: this is an integrative literature review. The research was carried out by searching the online database on the Virtual Health Library (VHL) portal and the Nursing Database (BDENF) and Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS) were used. Results: ten articles were found in the databases that answered the research question and from there, the discussion was held in thematic categories, namely: Use of non-pharmacological technologies under the parturient's view with a total of six articles analyzed and The performance of nursing in the parturient's perception with four analyzed articles. Conclusions: it is concluded that the level of knowledge of parturients about non-pharmacological Technologies is low and the method most used and best rated by them, as effective in relieving pain and relaxation, is the warm bath. It was evident that nurses are highly valued by parturient women in labor and delivery and the need to explore this theme in graduations.

KEYWORDS: Labor Obstetric. Labor Pain. Obstetric Nursing.

INTRODUÇÃO

As tecnologias não farmacológicas são consideradas métodos não invasivos, usados como uma estratégia no trabalho de parto para reduzir a dor sentida pela parturiente. Essas habilidades são usadas para tornar o parto mais natural possível e assim, reduzir as intervenções, diminuir as cesáreas desnecessárias e a administração de fármacos desnecessários (AZEVEDO et al., 2019)

Historicamente o parto significa algo intolerável e fisicamente doloroso, sendo assim, “dar à luz” é um sinônimo para as mulheres que conseguem passar por isso. Consequentemente, muitas gestantes temem o parto natural desde o dia que descobrem a gravidez e encontram na cesárea e nas intervenções farmacológicas um caminho de fuga, que é frequentemente solicitado e praticado na obstetrícia moderna e tem se tornado um problema de saúde pública (RUANO et al., 2007).

Segundo o Ministério da Saúde as mulheres são expostas a grandes taxas de intervenções desnecessárias, dentre elas a episiotomia, uso de ocitocina e a cesária, por exemplo. Reforçam que essas intervenções devem ser utilizadas apenas quando houver necessidade. A assistência ao nascimento tem como base um caráter individual, muito além do adoecimento ou a morte, o número excessivo de intervenções acaba não considerando os aspectos emocionais e culturais envolvidos nesse processo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Tendo em mente que os países mais desenvolvidos priorizam o parto natural, pelo surgimento de novas evidências científicas que promovem o resgate das características naturais e fisiológicas do parto e nascimento; torna-se evidente que a equipe de assistência no parto deve realizar ações para diminuir o nível de estresse, dor e ansiedade da mulher durante o trabalho de parto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Para tanto, o desenvolvimento dessa pesquisa se justifica-se pensando nos

benefícios que as tecnologias não farmacológicas de alívio de dor refletem na hora do parto, onde mesmo com os avanços e evidências científicas, a hospitalização e a cultura pró-cesárea estão fixadas na nossa sociedade, ocasionando problemas na sistematização da assistência à gestante, desrespeitando e excluindo a mulher no momento do parto em relação a sua própria autonomia, para tanto a questão de pesquisa desenvolvida neste trabalho foi: “Como as parturientes percebem o uso das tecnologias não farmacológicas no trabalho de parto?”.

Desta forma, o presente estudo tem como objetivo buscar na literatura brasileira evidências sobre o uso das tecnologias não farmacológicas na percepção das parturientes.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que buscou alcançar os objetivos da questão de pesquisa: “Como as parturientes percebem o uso das tecnologias não farmacológicas no trabalho de parto?”.

A pesquisa foi realizada com busca em base de dados online no portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e foram utilizadas a Base de dados em Enfermagem (BDENF) e a Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Os critérios de inclusão são: textos completos que respondam à questão de pergunta do estudo; os períodos foram os últimos cinco anos, de 2016 a 2021; O idioma selecionado foi o português. E com critério de exclusão: dissertações, resumos e anais de evento e textos completos fora do corte temporal em inglês e espanhol;

A busca foi realizada no mês de março de 2021 em duas etapas: na primeira foi realizada a associação dos descritores com o operador booleano “and” no portal BVS; na segunda etapa a busca e avaliação, através da leitura do título e resumos para elencar os estudos escolhidos, seguindo os itens de inclusão e exclusão, descartando os estudos que não estavam relacionados com o objetivo do trabalho.

Para a busca dos artigos foram selecionados os descritores que estão inseridos nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Trabalho de Parto; Dor do parto e Enfermagem Obstétrica, foram utilizados o operador booleano AND. As associações ficaram: “dor do parto” and “enfermagem obstétrica” and “Trabalho de parto”. E o passo a passo da busca realizada para selecionar os artigos foi esquematizado no fluxograma apresentado na Figura 1.

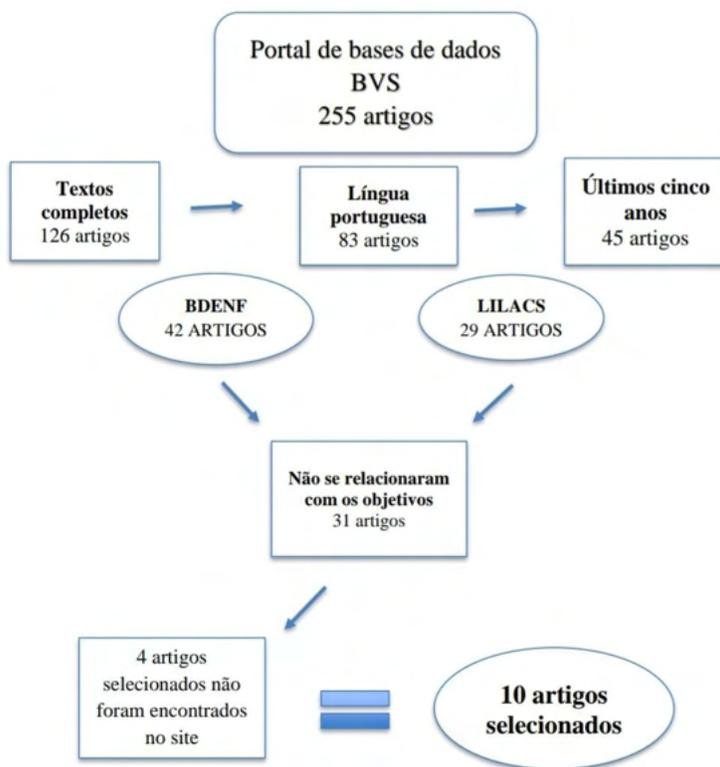


Figura 1. Fluxograma de seleção e exclusão dos artigos da revisão integrativa, Campo Grande- MS, 2021.

RESULTADOS

Após as associações de descritores, foram encontrados 255 artigos no Portal de Bases de Dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram encontrados um total de 45 artigos, sendo 42 artigos da Base de dados em Enfermagem (BDENF) e 29 artigos da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e excluídos 39 artigos por não estarem de acordo com a temática proposta, pois os estudos falavam sobre violência obstétrica, parto de alto risco, que não relataram o olhar das mulheres sobre as tecnologias não farmacológicas e não estavam relacionados com o objetivo do trabalho e quatro artigos que foram selecionados não estavam mais disponíveis no site. A análise desses revelou que somente dez atendiam aos critérios de inclusão estabelecidos para a responder à questão norteadora da pesquisa sendo dez artigos na Base de dados em Enfermagem (BDENF) e cinco artigos na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

Dentre dez artigos contemplados para este estudo, constatou-se que 100% dos

artigos têm como autores profissionais da enfermagem, porém 40% deles são enfermeiras obstetras. Ademais, as pesquisas foram realizadas em sua maioria em 2 regiões diferentes: nordeste com a liderança das publicações com percentual de 60% e o Sudeste com o percentual de 40%.

Diante disso, os artigos que constituíram essa amostra do estudo foram analisados de acordo com as variáveis: ordem, título do artigo, autor principal, ano, objetivos e resultados; conforme exposto no Quadro 1.

Título do artigo	Autor principal e ano	Objetivos	Resultados
Conhecimento de puérperas sobre boas práticas em centro de parto	SILVA Elias de Almeida, et al., 2021	Analisar o conhecimento das puérperas acerca das boas práticas realizadas por enfermeiros na assistência ao parto e nascimento.	Evidenciou-se que as puérperas têm conhecimento quanto às posições que promovem maior conforto durante o trabalho de parto e parto, bem como o direito a se ter um acompanhante. Revelou-se, porém, o conhecimento reduzido no que se refere às práticas não farmacológicas para o alívio da dor.
Vivência de mulheres em trabalho de parto com o uso de essências florais	LARA, Sônia Regina Godinho, et al., 2020	O estudo descreve a vivência de mulheres submetidas ao uso de essências florais como terapia não farmacológica para o alívio da dor e ansiedade durante o trabalho de parto.	Constatou-se que os efeitos da terapia floral, atuam em sinergia, na redução dos sintomas de estresse-medotensão, além do aumento do bem-estar emocional proporcionando às parturientes a oportunidade de protagonizar o seu próprio trabalho de parto e parto.
Trabalho de parto e o parto: compreensão de mulheres e desvelamento da solicitude como possibilidade assistencial	SALIMENA, Anna Maria Oliveira, et al., 2019	Compreender os significados e desvelar os sentidos do vivido do trabalho de parto e parto.	Da análise compreensiva emergiu a unidade de significado no processo de parturição: que o soro aumenta a dor, o chuveiro ajuda e ao ser escutada se fortalece. A hermenêutica hedeggeriana desvelou os sentidos de estar-com ser-de-possibilidades, a solicitude substitutivo-dominadora e a solicitude antecipativo-liberatória
Enfermeiras obstétricas no processo de parturição: percepção das mulheres	LIMA, Margarete Maria, et al., 2020	Conhecer a percepção das mulheres sobre a assistência no trabalho de parto, parto e nascimento realizada por enfermeiras obstétricas em um hospital público.	Ressaltou-se a importância da atuação da enfermeira obstétrica no cuidado humanizado e respeitoso durante o trabalho de parto, destacando seu papel no estímulo ao uso dos métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto, além da oferta de apoio emocional.

Contentamento de puérperas assistidas por enfermeiros obstetras	RIBEIRO, José Francisco, et al., 2018	Avaliar os cuidados e a satisfação de puérperas assistidas por enfermeiros obstetras em um Centro de Parto Normal.	100% das parturientes destacaram os cuidados para resguardar sua intimidade, o ensinamento de botar força para facilitar a expulsão do bebê e a importância do acompanhante no transcorrer do parto como muito importantes; 91% relataram que sempre receberam informação a respeito do processo parturitivo; 95,7% enfatizaram a importância de estratégias não farmacológicas para acelerar o parto e diminuir a dor e 95,7% mostraram-se satisfeitas com os cuidados prestados pelo enfermeiro obstetra e a equipe de Enfermagem durante o trabalho de parto.
Tecnologias não invasivas de cuidado: percepção das puérperas	PEREIRA, Pedro Samuel Lima, et al., 2018	Analisar a satisfação de puérperas acerca das tecnologias não invasivas de cuidados a elas prestados	Percebeu-se a satisfação das puérperas em relação aos cuidados prestados aliviando a dor, proporcionando bem-estar e diminuindo o tempo de espera durante o trabalho de parto.
Percepção de puérperas sobre a posição vertical no parto	SOUSA, Joelma Lacerda, et al., 2018	Descrever a percepção de puérperas acerca da posição vertical adotada no trabalho de parto e parto.	Emergiram quatro categorias: tipo de conhecimento das mulheres sobre as posições verticais; percepção da presença da enfermeira obstetra no processo de parturição como incentivo às posições verticais; recordações da vivência de partos em outras posições; e percepções das puérperas sobre o parto na posição vertical.
A vivência de adolescentes assistidas por enfermeiros obstetras durante o processo de Parturição	LIMA, Priscilla Cavalcante, et al., 2017	Descrever a vivência de adolescentes durante o processo de parturição e a atuação da enfermagem obstétrica com base nos depoimentos das adolescentes e discutir à luz da literatura pertinente.	Permitiu identificar o aflorar de sentimentos e sensações das adolescentes no processo parturitivo como a dor e a satisfação de ver o filho e a inserção de tecnologias não invasivas de alívio da dor utilizadas pelos enfermeiros obstetras.
Satisfação das puérperas atendidas em um centro de parto normal	SOARES, Yndiara Kássia da Cunha, et al., 2017	Analisar a satisfação das puérperas atendidas em um Centro de Parto Normal.	Constatou-se satisfação das puérperas com a assistência recebida, sobretudo pelo apoio contínuo das enfermeiras obstetras, uso de tecnologias não invasivas para alívio da dor, estímulo à autonomia e direito à acompanhante. Enaltecem ainda o ambiente por ser privativo, seguro e calmo
Estratégias não farmacológicas para o alívio da dor no trabalho de parto: efetividade sob a ótica da parturiente	HANUM, Samira dos Passos, et al., 2017	Identificar métodos não farmacológicos empregados para o alívio da dor durante o trabalho de parto, bem como sua eficácia segundo a percepção de puérperas.	Foram aplicados 103 questionários. A taxa de uso dos métodos não farmacológicos foi de 81,6% (84), tendo o banho morno como o método mais utilizado pelas parturientes durante o trabalho de parto.

Quadro 1. Artigos científicos incluídos na pesquisa. Campo Grande, MS, 2021.

Fonte: Autora.

DISCUSSÃO

A descrição dos estudos é mostrada de acordo com os temas que se convergem a responder à questão de pesquisa. Assim, este estudo apresenta seus resultados para discussão em categorias, no intuito de verificar qual o olhar das parturientes sobre o uso dos métodos não farmacológicos durante o trabalho de parto. Identificou-se expressões e situações em maior grau de frequência nos artigos que sintetizam as categorias para este estudo, sendo elas: Uso das tecnologias não farmacológicas sob a visão da parturiente com o total de seis artigos analisados e a atuação da enfermagem na percepção da parturiente com quatro artigos analisados.

Uso das tecnologias não farmacológicas sob a visão da parturiente

As puérperas conhecem as posições de conforto e o direito a acompanhante, porém foi identificado que 74,5% de 204 puérperas não sabiam o que eram os métodos não farmacológicos para alívio da dor, pois não relacionaram os cuidados recebidos com esses métodos, mesmo tendo utilizados os mesmos durante o trabalho de parto, revelando que os conhecimentos sobre esses métodos são deficientes. E assim fica evidente que além de oferecer e executar as tecnologias não farmacológicas, a equipe de enfermagem deve explicar quais são os seus objetivos e promover o protagonismo da mulher no parto (SILVA, 2021).

O uso corriqueiro da ocitocina, comumente chamado pelas mulheres de “soro”, ainda é usado com frequência no âmbito hospitalar. Essa prática se define, no sentido do ser-parturiente, como solicitude substitutivo-dominadora, onde os profissionais tomam as decisões sem a participação da parturiente. Já as tecnologias não farmacológicas são definidas como a solicitude antecipativo-liberatória, onde a mulher não é substituída e pode ser livre durante o processo do parto, o profissional possibilita a escolha de aderir ou não aos métodos e todas as decisões, consolidando a importância dessa definição priorizando essas tecnologias durante todo o trabalho de parto (SALIMENA, 2019).

Destaca-se ainda que as pacientes consideram as tecnologias não farmacológicas de alívio da dor como importantes, as quais predominam banho quente e massagem lombossacral que permite diminuir o desconforto e aceleram o trabalho de parto. Essa técnica tem predominância pela equipe de enfermagem. Contudo, foi observado que 70,5% dos casos não foram ofertados a massagem, que deve ao fato de ser uma técnica de tempo prolongado e disposição de um profissional para ela, portanto o comprometimento da equipe (PEREIRA, 2018).

A técnica mais utilizada e melhor qualificada foi o banho morno (84,5%), sendo relatada como relaxante e auxiliando na diminuição do estresse. E a técnica menos utilizada foi o movimento de balanço do quadril (2,4%), o que está relacionado a desinformação e pouca oferta pelos profissionais; 95,2% relataram melhora após a aplicação dos métodos

não farmacológicos (HANUM, 2017).

Ainda sobre o estudo supracitado, demonstrou que durante o pré-natal menos da metade das puérperas não obtiveram orientações sobre o trabalho de parto (33%) e mais da metade não foram informadas sobre as tecnologias não farmacológicas (76%), mesmo sendo recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), demonstrando a dificuldade na comunicação assertiva nos níveis de saúde.

Mesmo a maioria das mulheres não tendo conhecimento sobre a liberdade de diferentes posições no parto e a necessidade do seu manejo para coibir o uso de ferramentas farmacológicas, observou-se que dentre as percepções elas identificaram como positiva a utilização dos métodos como alívio da dor (SOUSA, 2018).

Outro ponto demonstrado no artigo como inerente dessas técnicas está associado ao enfermeiro obstetra, que foi apontado como o profissional que orienta e auxilia a mulher a se sentir protagonista e livre no seu parto. Profissional reconhecido pelo seu domínio no conhecimento pela assistência humanizada (SOUSA, 2018).

O uso das essências florais também foi citado nos estudos, eles proporcionam controle emocional, relaxamento, coragem e autonomia na parturiente, refletindo na satisfação do trabalho de parto. Em 58% das mulheres houve percepção do seu efeito, consequentemente reduzindo as ações intervencionistas e proporcionando o protagonismo da mulher (LARA, 2020).

A atuação da enfermagem na percepção da parturiente

A atuação da enfermeira obstétrica ficou em evidente destaque para a satisfação das puérperas, pois a assistência realizada foi de respeito à mulher, ofertando palavras de apoio, orientações sobre o parto estimulando a sua independência e sobretudo as tecnologias não farmacológicas para o alívio da dor, ficando claro que a enfermagem obstétrica precisa de autonomia para executar os métodos e desempenhar a assistência fundamentada em evidência (SOARES, 2017).

Através da assistência humanizada e qualificada da enfermagem, desenvolvem-se sentimentos de confiança e bem-estar nas parturientes, fica evidenciado na pesquisa que quando existe um bom relacionamento entre a equipe de enfermagem e a parturiente há mais receptividade, proporcionando estabilidade emocional durante o trabalho de parto (RIBEIRO, 2018).

Para as puérperas adolescentes, os aspectos mais importantes foram: o acompanhante, a atenção e respeito passados pelos profissionais ao darem informações e a compreensão dos sentimentos do momento (LIMA, 2017). Ainda sobre esse estudo, a aproximação do profissional enfermeiro com a mulher reflete na participação ativa no trabalho de parto e adesão aos métodos não farmacológicos. Ficando claro que assistir com dignidade a parturiente, sua família e o bebê é um dever dos enfermeiros e, para

isso, é preciso que a instituição e os profissionais tenham atitudes éticas e solícitas para transformar o espaço em um lugar acolhedor.

Quanto à atuação da enfermeira obstétrica, na visão das parturientes, destaca-se o apoio emocional oferecido como atendimento humanizado. Concluíram que a enfermagem obstétrica na assistência ao parto é fundamental para reconfigurar o modelo predominante e tradicional de assistência obstétrica no Brasil, considerando a necessidade de um olhar novo sobre o processo parturitivo, entendendo-o como experiência fisiológica (LIMA, 2020).

CONCLUSÃO

A percepção das parturientes pelo uso das ferramentas não farmacológicas no parto contribui para identificar quais métodos são mais bem classificados na experiência das mesmas, refletindo na evolução da assistência de enfermagem direcionada à mulher no trabalho de parto.

Este estudo evidenciou que o nível de conhecimento das parturientes sobre as tecnologias não farmacológicas é baixo, apesar de utilizá-las no momento do parto, ficando evidente que a educação sobre os métodos não é praticada desde o momento do pré-natal, apesar da recomendação da OMS.

E a partir disso fica claro que para se obter visibilidade é preciso que os profissionais verbalizem sobre os benefícios e objetivos da utilização dos métodos não invasivos para que além de alívio da dor as parturientes entendam e conheçam esses métodos como ciência e tecnologia no cuidado e depois disso o aprendizado seja disseminado.

Evidenciou-se ainda que a tecnologia mais utilizada e melhor classificada pelas parturientes, como eficaz no alívio da dor e relaxamento, é o banho morno, sendo possível através dele diminuir o tempo do trabalho de parto e promover a autonomia da parturiente, tornando a mulher protagonista do seu parto. E por meio deles podemos reorganizar o método de cuidado obstétrico.

Outro ponto a considerar está pela valorização das parturientes em relação à enfermagem, que são muito valorizadas pelas parturientes no trabalho de parto e parto, destacando-se o uso das tecnologias não farmacológicas, o apoio emocional e a influência das decisões da mulher, refletindo no sentimento de liberdade. Apesar de serem tecnologias simples para serem aplicadas, ainda se revelam fragilidades no que se refere a assistência, levando em consideração o comprometimento da equipe, o tempo e a disposição aplicados pelos profissionais.

Fica subentendido no estudo a necessidade de explorar essa temática nas graduações, tendo as universidades esse papel de ressignificar a assistência humanizada sem o uso dos métodos invasivos na formação dos profissionais de enfermagem, estimulando o apoio a enfermagem obstétrica não só com saberes técnicos, mas também humanizados.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, L. DA S.; FETTERMANN, F.A.; BORDIGNON, J.; DA ROSA, A.B.; COSTA, S.; DONADUZZI, D.S. DA S. Métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto: vivências de enfermeiras obstétricas. **Vivências**, v. 16, n. 30, p. 115-125, 11 dez. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS. DEPARTAMENTO DE GESTÃO E INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida**. Versão eletrônica, Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 15/02/2021

GAYESKI, M.E.; BRÜGGEMANN O.M. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 774-82, Florianópolis, out/dez. 2010.

HANUM S.P.; MATTOS D.V.; MATÃO M.E.L.; MARTINS C.A. Estratégias não farmacológicas para o alívio da dor no trabalho de parto: efetividade sob a ótica da parturiente. **Rev enferm UFPE online**, v. 11 n. 8 p. 3303-9, Recife, ago. 2017.

LARA S.R.G.; MAGATON A.P.F.S.; CESAR M.B.N.; GABRIELLONI M.C.; BARBIERI M. Vivência de mulheres em trabalho de parto com o uso de essências florais. **Rev Fun Care Online**, v. 12, p. 162-168, jan/dez. 2020.

LIMA M.M.; Ribeiro L.N.; Costa R.; Monguilhot J.J. DA C.; Gomes I. E. M. Enfermeiras obstétricas no processo de parturição: percepção das mulheres. **Rev enferm UERJ**, v.22, p. 1-7, Rio de Janeiro, out. 2020.

LIMA P.C.; CAVALCANTE M.F.A.; MELO S.S.S.; FEITOSA V.C.; GOUVELA M.T. DE O. A Vivência de adolescentes assistidas por enfermeiros obstetras durante o processo de parturição. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 7, p. 1-10, 2017.

PEREIRA P.S.L.; GOMES I.S.; RIBEIRO I.A.P.; MORAIS J. DA C.; GOUVEIA M.T. DE O.; NASCIMENTO M.V.F.; NETO F.F.M.; SALES I.M.M. Tecnologias não invasivas de cuidado: percepção das puérperas. **Rev enferm UFPE online**, v. 12, n. 8, p. 2129-36, Recife, ago. 2018.

RIBEIRO J.F.; OLIVEIRA K.S. DE; LIRA J.A.C.; CHAGAS D.C.; BRANCA S.B.P.; LIMA F.F.; GALVÃO T.C. DAS C.P.; COELHO D.M.M. Contentamento de puérperas assistidas por enfermeiros obstetras. **Rev enferm UFPE online**, v.12, n.9, p.2269-75 Recife, set. 2018.

RUANO R.; PROHASKA C.; TAVARES A.L.; ZUGAIB M. Dor do parto - sofrimento ou necessidade? **Revista Assoc Med Bras**, v. 53, n. 5, p. 384, 2007.

SALIMENA A.M.O.; PAULA M.B.M.; SOUZA I.E.O.; QUEIROZ A.B.A.; AMORIM T.V.; MELO M.C.S.C. Trabalho de parto e o parto: compreensão de mulheres e desvelamento da solicitude como possibilidade assistencial. **REME – Rev Min Enferm**, v. 23, p. 1-7, 2019.

SILVA E.A.; PEREIRA A.M.M.; DANTAS S.L.C.; SOARES P.R.A.L.; MELO L.P.T.; COSTA N.; PAIVA A. DE M.G.; TORRES J.D.M. Conhecimento de puérperas sobre boas práticas em centro de parto. **Rev enferm UFPE online**, v.14, p.1-14, 2021.

SOARES C.B.; HOGA A.K.; PEDUZZ, M.; SANGALETI C.; YONEKURA T.; SILVA D.R.A.D. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 48, p. 335-45, 2014.

SOARES Y.K.C.; MELO S.S.S.; GUIMARÃES T.M.M.; FEITOSA V.C.; GOUVEIA T. DE O. Satisfação das puérperas atendidas em um centro de parto normal. **Rev enferm UFPE on line**, v.11, n.11, p.4563-73, Recife, nov. 2017.

SOUSA J.L.; SILVA I.P.; GONÇALVES L.R.R.; NERY I.S.; GOMES I.S.; SOUSA L.F.C. Percepção de puérperas sobre a posição vertical no parto. **Rev baiana enferm**, v. 32, p.1-10, 2018.

CAPÍTULO 20

SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHADOR INFORMAL NO BRASIL

Data de aceite: 01/04/2022

Edcarlos Souza Alencar Bezerra

<http://lattes.cnpq.br/6733725359001616>

Thaís Rocha Paes

<http://lattes.cnpq.br/5703745422090011>

RESUMO: O emprego informal ocupa um papel crucial de sobrevivência para trabalhadores excluídos do setor formal, tornando-se a única forma para os trabalhadores com baixas qualificações em escapar da pobreza. O Trabalho informal tem conotações que diferem completamente do trabalho formal, já que trabalhadores informais não recebem um salário mensal, mas é pago por acordos contratuais não formais, de modo que não existe qualquer vínculo empregatício entre a empresa e o prestador de serviços. O trabalhador informal é submetido a cargas horárias excessivas e trabalhos insalubres justamente por não haver uma lei que os proteja, por não haver entidades que defendam seus direitos. Não existe qualquer amparo, por parte do Estado, em favor dos trabalhadores informais, e como consequência, são excluídos de direitos à programas de saúde do trabalhador, instituições que defendam seus direitos, e sindicatos. Também não são obrigados a usar equipamentos de proteção, de modo que existem muitos incidentes envolvendo trabalhadores informais, além de doenças laborais. São pessoas submetidas a todo o tipo de vulnerabilidade, sejam elas sociais, econômicas, de assistência social, cujos riscos

são despercebidos aos olhos das autoridades.

PALAVRAS-CHAVE: Trabalho informal. Saúde do trabalhador. Segurança.

HEALTH AND SAFETY OF THE INFORMAL WORKER IN BRAZIL

ABSTRACT: Informal employment plays a crucial survival role for workers excluded from the formal sector, becoming the only way for low-skilled workers to escape poverty. Informal work has connotations that are completely different from formal work, as informal workers do not receive a monthly salary, but are paid by non-formal contractual agreements, so that there is no employment relationship between the company and the service provider. Informal workers are subjected to excessive workloads and unhealthy work precisely because there is no law to protect them, because there are no entities that defend their rights. There is no support, on the part of the State, in favor of informal workers, and as a consequence, they are excluded from rights to worker health programs, institutions that defend their rights, and unions. They are also not required to wear protective equipment, so there are many incidents involving informal workers, in addition to occupational illnesses. They are people subjected to all types of vulnerability, whether social, economic, social assistance, whose risks are unnoticed in the eyes of the authorities.

KEYWORDS: Informal work. Worker's health. Safety.

INTRODUÇÃO

Pessoas em situação de vulnerabilidade econômica estão nas estatísticas de

trabalhadores informais, sendo empregos de baixa qualidade, baixa proteção governamental e social e uma maior incerteza em sua renda. O emprego informal ocupa um papel crucial de sobrevivência para trabalhadores excluídos do setor formal, tornando-se a única forma para os trabalhadores com baixas qualificações em escapar da pobreza.

O mercado de trabalho do Brasil é uma mistura de empresas e trabalhadores formais e informais. Cerca de metade dos trabalhadores e empresas são informais, pois não estão registrados no governo para receber benefícios do trabalhador (FGTS) e menos ainda têm direito a indenização por lesões ou qualquer auxílio do governo em caso de desemprego. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no último trimestre de 2019, os trabalhadores informais brasileiros se configuram em 41%.

Os serviços de saúde ocupacional e a legislação de apoio requerem reorientação, revisão e fortalecimento para responder a esta realidade. Frequentemente, medidas preventivas básicas, incluindo educação e treinamento para saúde e segurança, acabam ficando em segundo plano e sua integridade física passa a ficar comprometida, inclusive por seu baixo grau de instrução.

Os trabalhadores informais incluem mulheres, crianças, feirantes, vendedores ambulantes, serviços de aplicativos e, em geral, não estão cobertos pela legislação e não possuem acesso a serviços de saúde ocupacional. Portanto, a prática da saúde e segurança ocupacional resguarda em grande maioria apenas os trabalhadores formais, em locais de trabalho formais.

Na atualidade, a Segurança do Trabalho ocupa um grau de importância relevante para empregadores e governo. Figura como uma das grandes preocupações por estar relacionada com a vida dos cidadãos e com as questões de ordem financeira e do crescimento econômico do país. Ela é regida pelas NR's – Normas Regulamentadoras, que possuem força de Lei, pela Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA, cujo papel é o de fiscalizar o cumprimento destas normas. Paralelo à CIPA, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes – SIPAT, auxilia com o trabalho de orientação e reflexão do trabalhador.

Trabalho informal é uma relação de trabalho que não segue as leis trabalhistas no que tange ao recolhimento de impostos, portanto, se não são pagos impostos o profissional perde garantias em coberturas de seguro social, tendo que arcar com pagamentos por fora do acordo (OIT, 2013).

O Trabalho informal tem conotações que diferem completamente do trabalho formal: quem pertence aos 127 milhões de empregados informais, somente na América Latina, segundo a OIT (2013), não recebe um salário mensal, mas é pago por acordos contratuais não formais, de modo que não existe qualquer vínculo empregatício entre a empresa e o prestador de serviços. Quem administra a mão de obra é o próprio empregado, que por sua vez, dá o preço que acredita ser justo pela prestação de serviços. Outra diferença é a não contribuição desses profissionais com a segurança social, pois ganham apenas o suficiente

para o autoconsumo (KREIN; CARDOSO; BIAVASCHI; TEXEIRA, 2013).

De acordo com Costa (2010), a principal marca da informalidade são as condições precárias de trabalho e vida, o que vem a negar os princípios básicos e fundamentais do cidadão: o direito de ter segurança social e do Estado quando não puder mais trabalhar, ou quando for impedido de prestar serviços por questões de invalidez. Esse contexto só faz crescer as desigualdades sociais e aumenta o número de pessoas em situações de miséria e risco social.

O cenário dessa informalidade se concentra, na sua maioria, em países desenvolvidos, e em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. As características desse cenário descrevem como relações autoritárias, onde sobressai a inexistência de qualquer segurança em relação à assistência médica, melhoras na qualidade de vida, ascensão social, boa alimentação e acesso aos bens de consumo. Ademais, não existe uma jornada de trabalho definida e de acordo com as leis trabalhistas, levando o profissional a longas jornadas de trabalho (MATSUO, 2009).

Em relação à evolução do setor informal no Brasil, em 1990, em plena instituição das ideias neoliberais no país, tem-se essa década como o marco dessa modalidade trabalhista, ou pelo menos o período que marcou o início de uma nova configuração das relações de trabalho em solo brasileiro. Com a reestruturação da política econômica no país, o resultado foi uma maior autonomia para que as empresas pudessem contratar pessoas, sem ter qualquer responsabilidade com a segurança da mesma, oferecendo salários precários e condições precárias de trabalho. Nesse bojo, encontrava-se por volta de 3,3 milhões de postos de trabalho que entraram para a informalidade (COSTA, 2010).

Para a maior parcela dos trabalhadores que foram demitidos de seus postos, o serviço informal é visto como uma saída para a permanência no mercado de trabalho. As pessoas foram buscar sua fonte de sobrevivência no mercado informal, representando uma oportunidade para fugir da mendicância e da fome. Com isso, muitas modalidades de trabalhos surgiram: “Vendedores ambulantes, vigias de carro nas ruas, catadores de lixo, *outdoors* humanos ambulantes, trabalhadores domésticos casuais, dentre tantas outras” (COSTA, 2010).

Por não trabalhar uma política de inserção de novos postos de trabalhos formais, e não criar regras que ofereçam segurança para os empregados informais, a América Latina e Caraíbas foram tratadas pela OIT como as regiões onde mais existem desigualdades sociais em escala mundial. Essa realidade não deixa de ser um problema a ser enfrentado, já que nessas regiões está a maior parte da população inserida no mercado informal. A resposta disso, é o aumento do nível de pobreza dessas pessoas, um entrave para o desenvolvimento sustentável (OIT, 2013).

Compactuando com essa análise, Sobral e Freitas (2010) relatam que existem uma influência nos estratos sociais, quando o mercado informal se expande sem um controle do governo, expondo esses profissionais a riscos e danos de saúde, submetidos a sofrerem

doenças laborais ou acidentes. Esse contexto coloca muitas famílias em posições sociais desfavoráveis, sem poder qualificar as pessoas como cidadãos, compartilhando as mesmas condições insalubres de trabalho e sem possuir perspectiva de ascensão social e melhora na qualidade de vida.

Pelo exposto, o objetivo do presente capítulo foi analisar os desdobramentos das atividades informais para a vida e a segurança dos trabalhadores que vivem do mercado informal, levantando dados em artigos já publicados, entre 1990 a 2020. Tendo por escopo o que foi dito sobre o trabalho informal, é de suma importância o aumento e o interesse de estudos que revisem o que já foi escrito sobre o assunto e contribua, apresentando novas informações sobre o mercado informal e provocando repercussões no mundo acadêmico para que mais pesquisadores queiram contribuir para melhorar o cenário e a vida dos trabalhadores que vivem na informalidade. Este artigo pretende levar ao conhecimento público a realidade dos trabalhadores informais, incentivando os gestores a buscarem políticas públicas que possam legalizar esses postos de trabalho e que ofereçam a esse setor específico melhores condições e segurança.

DESENVOLVIMENTO

Situação do trabalho informal no Brasil

Dos artigos publicados sobre o tema escolhido, nove (53%) foram feitos no Brasil; três (17,6%) na Colômbia; dois (11,7%) na Índia. Um em Honduras, um no Peru e um nos Estados Unidos, cujas contribuições desses países são consideradas insuficientes com apenas (5,8%). Todos os estudos escolhidos estavam em consonância com as normas éticas e legais quando se trata de pesquisas com humanos.

Acerca da metodologia usada nos artigos pesquisados no presente estudo, foi observado que 59% deles seguiu a técnica da observação; 23,2% empregaram a metodologia do tipo descritiva e exploratória; 11,8% usaram a metodologia somente descritiva e 5,9% usaram o método etnográfico. Sobre os apontamentos que abordaram sobre as situações de saúde dos trabalhadores informais, 82,3% apresentaram problemas de saúde relacionados com dores musculares, problemas na coluna cervical, lordoses, escolioses, sendo a principal queixa dos pesquisados. Dores nas pernas, nos braços, na coluna, problemas nos ligamentos dos joelhos, inchaço nos pés foram reclamações recorrentes, além de relatos sobre transtornos mentais. Dos estudos escolhidos, 35,2% das pessoas analisadas falaram sobre problemas de saúde mental, tais como: stress, ansiedade, insônia, alcoolismo, perda da auto estima, sensação de inferioridade, insegurança, desamparo.

As características de ordem socioeconômica emergem em grande parte das publicações analisadas. O nível de escolaridade é expresso em 12 (70,5%) artigos. Dos 17 artigos publicados sobre o assunto em questão, nove (53%) foram desenvolvidos no Brasil; três (17,6%) foram desenvolvidos na Colômbia; dois (11,7%) foram desenvolvidos na Índia.

Honduras, Peru e Estados Unidos da América foram cenários de estudo de uma pesquisa apenas, ou seja, cada um desses países contribui com (5,8%) do total de estudos incluídos na presente revisão.

Quanto ao ano de publicação, o estudo levantou artigos de 1990 a 2014. Contudo, não houve nenhum artigo publicado até o ano de 2001. Em 2002 foi publicado apenas um artigo e em 2004 foram dois artigos. Entre os anos de 2007 e 2013 foram publicados 14 artigos. Em relação à metodologia empregada nos artigos analisados neste estudo, percebeu-se que dez (59%) estudos são observacionais; quatro (23,2%) são de cunho descritivo e exploratório; dois (11,8%) são descritivos e um (5,9%) estudo etnográfico. De acordo com os dados referentes às condições de saúde dos trabalhadores informais, ilustrados pelos estudos analisados, observou-se que dos 17 artigos, 14 (82,3%) apresentaram problemas osteomusculares como uns dos principais problemas de saúde entre os sujeitos de pesquisa. A presença de dores nas pernas, braços, ombros, costas, coluna, joelhos e tendinites foram frequentes. Da mesma forma, constatou-se que os trabalhadores informais sofrem problemas de ordem psíquica. Dos 17 estudos, seis (35,2%) apontaram problemas relacionados à saúde mental dos sujeitos avaliados, entre eles: estresse, ansiedade, insônia, alcoolismo, perda da auto estima, sensação de inferioridade, insegurança e desamparo.

Os fatores de cunho econômico são tratados por boa parte dos artigos, tornando relevantes as disparidades entre pessoas que possuem um trabalho formal e as que não possuem. Quanto à questão relativa à formação dos trabalhadores informais, 70,5% dos artigos trouxeram uma abordagem e 92% deles relacionaram a pobreza desses trabalhadores com o baixo nível de escolaridade.

Quando se pensa na questão do tempo, o problema da informalidade no Brasil não esteve presente em estudos entre os anos 1990 a 2001, o que aduz que ainda não havia um olhar sobre o assunto, uma vez que o marco do mercado informal se iniciou com o advento do neoliberalismo disseminando suas ideias nas relações de trabalho no país, em 1990. O evento do mercado informal foi aumentando à medida em que as mudanças econômicas foram implantadas, durante o período. No entanto, as mudanças foram gradativas, e em 2002 foi publicado um estudo sobre o assunto. A partir de 2009 os estudos sobre o mercado informal ganharam notoriedade, pois abordavam uma questão de ordem social sobre a saúde dessa parcela de trabalhadores. Somente neste ano foram 12 artigos publicados, os quais despertaram o interesse acadêmico sobre a questão.

Dos artigos observados, nota-se uma abordagem sobre doenças que acometem as pessoas que trabalham informalmente, como dores lombares, problemas na coluna cervical, dores em membros como pernas e joelhos, problemas nas mãos por movimentos repetitivos, cansaço físico. Todas essas reclamações são consequências de trabalhos esforçados e com carga horária excessiva, com mais de 60 horas semanais. Os autores que abordaram essas questões foram: Alencar et al. (2009); Ballesteros et al. (2012);

Gangopadhyay e Das (2012); Lakhani (2004); Rosa e Matos (2010).

O trabalhador informal é submetido a cargas horárias excessivas e trabalhos insalubres justamente por não haver uma lei que os proteja, por não haver entidades que defendam seus direitos. De acordo com Vigil et al. (2007), muitas doenças que acometem esses trabalhadores são resultados de os mesmos serem submetidos a sobrecargas, a serem obrigados a realizarem trabalhos manuais que exigem o transporte de produtos pesados, de cargas excessivas, de modo que, por não haver uma regulamentação adequada, essas pessoas estão expostas a todo tipo de exploração por parte do contratante.

Além das doenças relacionadas com o transporte de cargas pesadas por parte dos trabalhadores informais, também existem as doenças mentais, que ocorrem em menor proporção, mas que acometem trabalhadores informais e por isso são de grande importância. Os problemas mentais e transtornos surgem por causa de suas preocupações com toda sorte de necessidades que não conseguem suprir: a falta de uma renda fixa, que causa a necessidade de cargas horárias em demasia para compensar o tempo sem trabalho; incapacidade de oferecer à família uma situação de vida melhor, pois as rendas não ultrapassam os dois salários mínimos; sentimento de impotência e inferioridade; péssimas condições de vida, habitando em lugares sem saneamento básico, sem infraestrutura adequada (GANGOPADHYAY; DAS, 2012; LAKHANI, 2004).

CONCLUSÃO

Este capítulo abordou a questão do trabalho informal no Brasil, analisando a questão da saúde e segurança desses trabalhadores e a falta de uma política pública que regulamente esse nicho de mercado e conceda direitos a esses profissionais.

Concluiu-se, após a análise da literatura escolhida, que essa parcela da população é submetida a todo tipo de exploração e trabalhos insalubres, com remuneração que não consegue suprir nem as necessidades básicas dessas pessoas. A submissão a jornadas de trabalho excessivas, que provocam várias doenças físicas e psíquicas, além de aumentar a desigualdade social. Foi observado que existem muitos países que permitem o mercado informal, mas que a maioria está concentrada na América Latina, Índia, Honduras ou nos EUA.

Em relação à segurança do trabalhador, inexistente uma legislação que proteja essas pessoas da exploração de empresas e pessoas que os contratam sem qualquer direito, apenas pagando pelo serviço contratado, exigindo uma carga excessiva de trabalho e sem o pagamento de impostos ou seguridade social que possa amparar esses trabalhadores em momentos de doenças ou invalidez. Há uma relação estreita entre o tipo de trabalho desempenhado e os problemas de saúde relatados pelas pessoas que fizeram parte das pesquisas. Com frequência, há relatos e queixas de dores lombares, dores na coluna, nos braços e joelhos, devido à sobrecarga a que são submetidos.

Foi observado, pelos artigos escolhidos, que não existe qualquer amparo, por parte do Estado, em favor dos trabalhadores informais, e como consequência, são excluídos de direitos à programas de saúde do trabalhador, instituições que defendem seus direitos, e sindicatos. Também não são obrigados a usar equipamentos de proteção, de modo que existem muitos incidentes envolvendo trabalhadores informais, além de doenças laborais. São pessoas submetidas a todo o tipo de vulnerabilidade, sejam elas sociais, econômicas ou de assistência social, cujos riscos são despercebidos aos olhos das autoridades.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, Maria do Carmo Baracho; CARDOSO, Cintia Carolini Orlandini; ANTUNES, Maria Cristina. Condições de trabalho e sintomas relacionados à saúde de catadores de materiais recicláveis em Curitiba. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 20, n. 1, p. 36-42, 2009.

ALMEIDA, Jane Rabelo et al. Efeito da idade sobre a qualidade de vida e saúde dos catadores de materiais recicláveis de uma associação em Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 2169-2179, 2009.

BELTRÃO, Myrian Matsuo Affonso. **Trabalho informal e desemprego: desigualdades sociais**. 2009. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

COSTA, Márcia da Silva. Trabalho informal: um problema estrutural básico no entendimento das desigualdades na sociedade brasileira. **Caderno Crh**, v. 23, p. 171-190, 2010.

GANGOPADHYAY, Somnath; DAS, Tamal. An ergonomic study on the onset of mental fatigue among the load handling workers of a central market area in Kolkata. **Work**, v. 41, n. Supplement 1, p. 2467-2471, 2012.

JAIMES, Claudia Patricia Ardila; AMAYA, Reynaldo Mauricio Rodríguez. Condiciones de salud y laborales de la población trabajadora informal en situación de desplazamiento de Bucaramanga, Colombia. **Investigaciones Andina**, v. 15, n. 26, p. 628-639, 2013.

KREIN, José Dari. **Regulação do trabalho e instituições públicas**. 2018.

LABORAL, OIT Panorama. **Oficina regional de la OIT para América Latina y el Caribe**. version web pdf, 2009.

LAKHANI, Ram. Occupational health of women construction workers in the unorganised sector. **Journal of Health management**, v. 6, n. 2, p. 187-200, 2004.

LENIS BALLESTEROS, Viviana; LÓPEZ ARANGO, Yolanda Lucía; CUADROS URREGO, Yicenia Milena. Condições de saúde e trabalho informal em recuperadores ambientais da área rural de Medellín, Colômbia, 2008. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 5, p. 866-874, 2012.

MILÍAN, Lino Carménate; RIVERA, María Félix; CHÉVEZ, Federico Moncada. Pobreza, salud y trabajo em cultivadores de tabaco en el valle de jamastrán, el paraíso, Honduras. **Rev. Med Hondur**, v. 79, n. 4, p. 191-196, 2011.

OSPINA DÍAZ, J. U. A. N.; MANRIQUE ABRIL, Fred Gustavo; GUÍO GARZÓN, José Alfredo. Salud y trabajo: minería artesanal del carbón en Paipa, Colombia. **Avances en enfermería**, v. 28, n. 1, p. 107-115, 2010.

PORTO, Marcelo Firpo de Souza et al. Lixo, trabalho e saúde: um estudo de caso com catadores em um aterro metropolitano no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 1503-1514, 2004.

PRAZERES, Taísa Junqueira; NAVARRO, Vera Lucia. Na costura do sapato, o desmanche das operárias: estudo das condições de trabalho e saúde das pespontadeiras da indústria de calçados de Franca, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 1930-1938, 2011.

PROSENEWICZ, Ivania; LIPPI, Umberto Gazi. Acesso aos serviços de saúde, condições de saúde e exposição aos fatores de risco: percepção dos pescadores ribeirinhos do Rio Machado de Ji-Paraná, RO. **Saúde e Sociedade**, v. 21, p. 219-231, 2012.

ROSA, Márcia Ferreira Mendes; MATTOS, Ubirajara Aluizio de Oliveira. A saúde e os riscos dos pescadores e catadores de caranguejo da Baía de Guanabara. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1543-1552, 2010.

SANTOS, Manoel Antônio dos; HORMANEZ, Marília. Atitude frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem: revisão da produção científica da última década. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2757-2768, 2013.

SOBRAL, André; FREITAS, Carlos Machado de. Modelo de organização de indicadores para operacionalização dos determinantes socioambientais da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 19, p. 35-47, 2010.

VIGIL, Liliana et al. Salud ocupacional del trabajo de estiba: los trabajadores de mercados mayoristas de Huancayo, 2006. **Revista Peruana de medicina experimental y salud pública**, v. 24, n. 4, p. 336-342, 2007.

CAPÍTULO 21

TECNOLOGIAS DIGITAIS DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Data de aceite: 01/04/2022

Data de submissão: 07/02/2022

João Matheus Ferreira do Nascimento

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí, Brasil
<https://lattes.cnpq.br/0056815417912117>

Danila Barros Bezerra Leal

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí, Brasil
<https://lattes.cnpq.br/1312103274565912>

Celina César Daniel

Universidade Estadual do Piauí – UFPI
Picos – Piauí, Brasil
<https://lattes.cnpq.br/9872351692671644>

Alane da Silva Tôrres

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí, Brasil
<https://lattes.cnpq.br/9152447121651165>

Herbert Cavalcante Moura

Centro Universitário Santo Agostinho
Teresina – Piauí, Brasil
<https://lattes.cnpq.br/272118146225108>

Solange Tatielle Gomes

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/6792422414684076>

Michelly Moura Feijó

Universidade de Pernambuco – UFPE
Recife – Pernambuco, Brasil
<https://lattes.cnpq.br/7292341324109542>

Tanise Finamor Ferreira Tonini

Universidade Federal de Santa Maria – UFSM
Santa Maria – Rio Grande do Sul, Brasil
<https://lattes.cnpq.br/0453027273164299>

Michelle Marinho Ramos

Faculdade Ademar Rosado – FAR
Picos – Piauí, Brasil
<https://lattes.cnpq.br/3202714945549193>

Rômulo Rufino Alves Figueiredo

Universidade Federal de Pernambuco – UFPE
Recife – Pernambuco, Brasil

Renato Mendes dos Santos

Universidade Federal do Delta do Parnaíba –
UFDFPar
Programa de Pós-Graduação em Biotecnologia
- PPGBIOTEC
Picos – Piauí, Brasil
<https://lattes.cnpq.br/5968145207506181>

Ana Karla Sousa de Oliveira

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí, Brasil
<https://lattes.cnpq.br/4617221929643754>

RESUMO: A partir da questão norteadora: “Seriam as TDICs capazes de contribuir com a assistência em saúde mental no âmbito da atenção básica?”, objetivou-se identificar na literatura científica a relação entre o uso de tecnologias da informação e comunicação em saúde para a educação e cuidado em saúde mental na atenção básica. O método utilizado foi o de revisão integrativa da literatura, desenvolvido em uma sequência de seis etapas: identificação

do tema e seleção da questão norteadora; identificação dos estudos; estabelecimento de critérios de elegibilidade; análise dos estudos, extração e interpretação dos resultados; apresentação e síntese do conhecimento da revisão. Ao final do cruzamento dos descritores nas plataformas e bases de dados, e aplicados os critérios de elegibilidade, totalizaram-se nove artigos para análise. A execução de tecnologias na atenção básica emerge como uma mudança e quebra de paradigmas, levando aos indivíduos não apenas a execução de procedimentos de cuidado em saúde mental, mas também, e principalmente, a facilitação de meios para que mantenham a adesão, envolvimento e comprometimento com as ferramentas de participação, compreensão e propagação acerca dos processos que envolvem a saúde mental. Em relação à incorporação das TDICs, foi encontrado que mais da metade das equipes da AB avaliadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) encontram-se em nível médio de incorporação, atestando assim o déficit e a dificuldade para com a capacitação e aplicação das TDICs na Atenção Básica no Brasil. Assim, é evidente que as TDICs, além de propagar as informações no cuidado em saúde mental, também podem contribuir positivamente com a assistência e serviços prestados na atenção básica e unidades de saúde mental.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental. Tecnologia da Informação. Comunicação em Saúde. Educação em Saúde. Atenção Primária à Saúde.

DIGITAL INFORMATION AND COMMUNICATION TECHNOLOGIES FOR MENTAL HEALTH EDUCATION IN PRIMARY CARE

ABSTRACT: Based on the guiding question: “Would TDICs be able to contribute to mental health care in the context of primary care?”, the objective was to identify in the scientific literature, the relationship between the use of information and communication technologies in health for the education and mental health care in primary care. The method used was the integrative literature review, developed in a sequence of six steps: Identification of the theme and selection of the guiding question, Identification of studies, Establishment of eligibility criteria, Analysis of studies, Extraction and interpretation of results and presentation and synthesis of review knowledge. At the end of crossing the descriptors on the platforms and databases, and applying the eligibility criteria, a total of nine articles were analyzed. The implementation of technologies in primary care emerges as a change and breaking of paradigms, leading individuals not only to perform mental health care procedures, but also, and mainly, to facilitate means for them to maintain adherence, involvement and commitment. with the tools of participation, understanding and propagation about the processes that involve mental health. Regarding the incorporation of TDICs, it was found that more than half of the AB teams evaluated by the National Program for the Improvement of Access and Quality of Primary Care (PMAQ) are at a medium level of incorporation, thus attesting to the deficit and difficulty towards the training and application of TDICs in Primary Care in Brazil. Thus, it is evident that TDICs, in addition to disseminating information in mental health care, can also contribute positively to the assistance and services provided in primary care and mental health units.

KEYWORDS: Mental Health. Information Technology. Health Communication. Health Education. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB) se compreende como um importante nível de atendimento para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), responsável por cumprir um conjunto de ações estratégicas referentes à promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e acompanhamento, de maneira integral e que fortaleça a situação de saúde dos usuários e os determinantes e condicionantes de saúde dos grupos populacionais (BRASIL, 2015).

Apesar de bem consolidada pelas políticas que a ordenam como a principal porta de entrada para o SUS, responsável por gerenciar e coordenar o seguimento do cuidado em outros níveis, juntamente com os demais serviços de atenção da Rede, ainda demonstra fragilidades relacionadas à consolidação prática das suas atividades organizacionais, técnicas e logísticas, principalmente no que se refere aos arranjos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), que além da responsabilidade e capacitação necessária para orquestrá-la de maneira efetiva, requer o compromisso da participação política-administrativa municipal, estadual e federal para construir esse processo de atenção em forma de rede, trabalhando para enfrentar as necessidades em face às novas estratégias de cuidado e atenção (BANDEIRA; CAMPOS; GONÇALVES, 2019).

No âmbito desses atendimentos em Redes, emerge a atenção voltada para a saúde mental, que se estabelece como um espaço comunicacional e intersetorial próprio denominado Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que afirma as competências que a AB deve dominar, juntamente com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sobre o manejo do sofrimento psíquico, objetivando a produção de sujeitos sociais, promovendo a melhoria da qualidade de vida e acompanhamento familiar, sob uma vertente de regionalização, integralidade e humanização do cuidado, sendo necessário para tanto, uma devida educação disposta pelas equipes dos serviços (ROTOLI et al., 2019).

No entanto, esta operação também pode demonstrar algumas fragilidades, seja pela AB não conseguir acompanhar o paciente dentre as outras unidades da RAPS de modo concomitante, ou da própria Rede de atenção em promover a integração do paciente, família e sociedade em seu tratamento, onde muitas vezes esta falha se deve aos obstáculos tidos entre os serviços em manter a comunicação, um alicerce para com a integração da RAPS e as funções de matriciamento da AB, ou para com a própria população adjacente em não conhecer seus direitos de usuários e a importância da utilização dos serviços (SARZANA et al., 2021). Assim, compreende-se que tais obstáculos se perpetuem pela falta de habilidades comunicacionais entre os serviços, equipes e a comunidade.

É nessa lacuna que se destacam as Tecnologias Digitais da Informação e Comunicação em Saúde (TDICs) no âmbito da Saúde, consideradas como recursos tecnológicos digitais utilizados na assistência a pacientes, monitoramento dos indicadores de saúde, rastreamento de doenças e para pesquisas, capazes de garantir com eficácia o

estabelecimento de uma comunicação efetiva para a prevenção de riscos, proteção do cuidado e indicativo de qualidade da assistência, não apenas para o paciente, mas para a organização dos serviços de saúde (ROCHA et al., 2020).

De acordo com Lima et al. (2015), o uso desses recursos tecnológicos proporciona autonomia e responsabilidade pela aquisição do próprio conhecimento, seja em qualquer sentido, principalmente na saúde. Além de possibilitar essa construção, os ambientes virtuais ainda auxiliam no âmbito da educação em saúde, seja na modalidade presencial, na semipresencial ou na educação a distância (EAD).

Em face ao exposto, levantou-se o seguinte questionamento: “Seriam as TDICs capazes de contribuir com a assistência em saúde mental no âmbito da atenção básica?”. Assim, objetivou-se identificar na literatura científica, as contribuições do uso de tecnologias da informação e comunicação em saúde para a assistência em saúde mental na atenção básica, tendo como recorte a realidade brasileira.

MÉTODO

O método utilizado foi o de revisão integrativa da literatura, desenvolvido em uma sequência de seis etapas, orientadas pelo estudo de Botelho, Cunha e Macedo (2011), ilustradas pela Figura 1 e descritas em sequência.



Figura 1. Passos para a revisão integrativa da literatura, 2022.

Fonte: próprios autores.

A 1ª etapa – Identificação do tema e seleção da questão norteadora: a escolha da temática de educação em saúde mental na AB e o uso de TDICs, se deu pela relevância observada em se trabalhar o uso de tecnologias para tratar fragilidades presentes no atendimento nesse nível de atenção, gerando a questão norteadora “Seriam as TDICs capazes de contribuir com a assistência em saúde mental no âmbito da atenção básica?”.

A 2ª etapa – Identificação dos estudos: se deu pela busca através de termos-chave disponíveis nos Descritores de Ciências da Saúde (DeCS) e o cruzamento deste com o operador *booleano* AND e OR, nas bases de dados MEDLINE e LILACS via plataforma *online* da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) da seguinte maneira: Tecnologia da Informação OR Comunicação em Saúde AND Saúde Mental AND Atenção Primária à Saúde.

A 3ª etapa – Estabelecimento de critérios de elegibilidade: considerou-se como elegíveis artigos completos disponíveis na íntegra, nos idiomas português, inglês e espanhol, com recorte temporal dos últimos 5 anos, excluindo artigos duplicados, que não se enquadram em tais critérios ou que não correspondem ao escopo da pesquisa.

A 4ª etapa – Análise dos estudos: realizada através de uma leitura criteriosa dos títulos e resumos dos estudos identificados na plataforma, sendo feita em paralelo por quatro dos autores, a fim de favorecer a sondagem de artigos que realmente integrassem a temática e os critérios estabelecidos e confirmasse a análise para a posterior leitura dos textos completos.

A 5ª etapa – Extração e interpretação dos resultados: se deu pela leitura completa dos artigos, com foco direcionado aos principais resultados das pesquisas que se relacionasse ao tema proposto.

A 6ª etapa – Apresentação e síntese do conhecimento da revisão: com a discussão que deriva da correlação entre os principais achados na literatura, as informações foram caracterizadas em tópicos, correspondeu-se a última etapa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O cruzamento dos descritores na plataforma possibilitou a identificação inicial de 102 artigos, que após aplicação dos critérios de elegibilidade estabelecidos, resultaram em uma amostra de 28 estudos, que foram analisados criteriosamente pelos autores, perfazendo um total de 09 (nove) artigos para compor a presente pesquisa, por se encaixarem mais diretamente com a temática estabelecida.

No estudo de Pinto et al. (2017) evidenciou-se que as TDICs, como sites e redes sociais de compartilhamento de informações entre profissionais, mensagens de texto e vídeos, websites e plataformas de cursos *on-line* disponibilizados aos profissionais de saúde da AB, são um ótimo meio de obtenção e propagação de informações no cuidado à saúde mental, além de proporcionar a aproximação do paciente para com a equipe. Porém, a falta de domínio dos profissionais ou desencontro à disposição dessas tecnologias

demonstra o quão importante se faz buscar explorar os vastos recursos oferecidos pelas TDICs. Os autores ainda relatam que o uso de tecnologias de informação em saúde mental como meios eficientes para propagação de educação nesta área.

Segundo Cardoso, Silva e Santos (2021), que buscaram evidenciar a aplicabilidade das TDICs na AB, mais de 55% de todos os achados na literatura corroboram para a afirmação dos benefícios do uso de TDICs nos processos de estruturação do processo de trabalho na saúde, destacando a necessidade de romper com as antigas práticas organizacionais dos modelos tradicionais biomédicos que ainda influenciam o fazer em saúde, para que as novas práticas adotadas sejam eficazes.

Tal perspectiva vai ao encontro à análise de Silva et al. (2017) que apreenderam os relatos de usuários da AB de que se sentem mais acolhidos e se mantinham participativos e socializam os conhecimentos adquiridos mediante as tecnologias de informação e educação, como o desenvolvimento de vínculo terapêutico e a implementação de práticas integrativas como a medicina tradicional chinesa, a homeopatia, além da escuta acolhedora realizada pela equipe profissional.

Em relação à incorporação das TDICs, foi encontrado que metade das equipes avaliadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) encontram-se em nível médio de incorporação e apenas pouco mais de 10% possuem nível alto de incorporação, atestando assim o déficit e a dificuldade para com a capacitação e aplicação das TDICs na AB no Brasil (SANTOS et al., 2017).

Pode-se encontrar o relato do sucesso no tratamento do sofrimento psiquiátrico relatado em um estudo que identificou que cai por terra o pensamento de que a evolução é permeada através somente de medicamentos, revelando-se que a capacitação de profissionais direcionados para o uso de TDICs influenciam beneficentemente na melhora e sucesso do processo (CAMPOS; BEZERRA; JORGE, 2018).

O estudo de Carlotto e Câmara, desenvolvido com o objetivo de identificar a relação entre as dimensões do tecno-estresse em profissionais que utilizam TDICs em instituições de trabalho na região de Porto Alegre, expõe uma perspectiva que se contrapõe às vantagens apontadas nos estudos anteriores ao destacar que o uso das TDICs afeta uma forma de tecno-estresse e gera atenção para o cuidado em saúde mental, pois esse fenômeno é um estado psicológico negativo frente ao uso de TDICs como uma forma de ameaça futura, se cada indivíduo vai conseguir alcançar cada nova evolução tecnológica, bem como os recursos disponíveis para tal equiparação. Nessa direção, Santos et al. (2018) dão destaque às críticas que trazem o uso das tecnologias apenas como objeto simplista e de uso equivocado, não atingindo a completude das ações em saúde de maneira eficaz.

As dificuldades postas à incorporação das TDICs no cotidiano do cuidado na AB também são expostas por Nogueira e Brito (2017), segundo os quais muitas fragilidades no âmbito do atendimento da RAPS se relacionam com a impossibilidade da participação de todos os profissionais no processo de planejamento do cuidar, parte da responsabilidade

pela própria organização do serviço que não possui espaço suficiente para reflexões no processo de trabalho, juntamente com as grandes demandas de cuidado em saúde que promovem um trabalho técnico que reproduz práticas hegemônicas e pouco tempo para a incorporação de novas estratégias para o atendimento das demandas no território.

Desta forma, os autores partem da experiência de implementação de dispositivos que ensaiam uma comunicação entre as equipes para a construção de fluxos de atendimento na RAPS, mostrando-se como uma importante tecnologia que contribui para a efetividade do trabalho em saúde mental, por meio do fortalecimento da comunicação entre o Matriciamento e a implementação de tecnologias leves entre a própria equipe para a construção do Projeto Terapêutico Singular (ROCHA et al., 2021).

Esse pressuposto permite a produção do cuidado sem ser preciso acionar serviços mais elevados na hierarquia assistencial, além disso, as TDICs contribuíram para a ruptura de processos instituídos, transformando mudanças na formação e na atuação dos profissionais de saúde de maneira efetiva através da integração ensino-serviço-comunidade (NOGUEIRA; BRITO, 2017;

CONCLUSÃO

Com isso, é evidente que as TDICs além de propagar as informações no cuidado em saúde mental, melhorando, dessa forma, a comunicação e conexão da equipe com os pacientes, também podem contribuir positivamente com a assistência e serviços prestados na AB e unidades de saúde mental. Para além disso, os estudos contidos neste trabalho, evidenciaram a importância do uso das TDICs nos tratamentos de pacientes com sofrimento psíquico, contrapondo a ideia recorrente de que somente o tratamento nos moldes tradicionais traria resultados positivos.

No entanto, a implementação das TDICs é um desafio, visto a resistência de alguns serviços que ainda se utilizam de métodos de organizações tradicionais biomédico hegemônico, demandando assim uma capacitação interna para utilização das mesmas, cumprindo destacar que, embora os artigos analisados não tenham apontado questões sobre a disponibilidade das TDICs para os usuários, compreende-se que esta seja uma questão relevante a ser pensada para a adequada e plena introdução desses recursos na assistência e na educação em saúde mental. É observado também, que as TDICs podem apresentar um aspecto negativo frente ao estado psicológico do seu usuário, seja profissional ou paciente, caracterizado como tecno-estresse.

Tendo em consideração o que foi dito, o uso das TDICs pode ser feito de modo moderado junto com as formas mais tradicionais de organização, como um cenário de transição para um modelo mais tecnológico, a fim de que seja possível o uso das TDICs de forma mais integral, visto que estas possibilitam melhora na eficiência dos processos e na qualidade da assistência.

REFERÊNCIAS

- BANDEIRA, F. J. S.; CAMPOS, A. C. V.; GONÇALVES, L. H. T. Rede de Atenção: Fragilidades no Processo de Implementação na Perspectiva de Especialistas em Gestão da Atenção Primária. **Enferm. Foco**, v. 10, n. 2, p. 24-29, 2019.
- BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Rev. Eletrônica Gestão e Sociedade [Internet]**. v. 5, n. 11, p. 121-136, 2011.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>.
- CAMPOS, D. B.; BEZERRA, I. C.; JORGE, M. S. B. Tecnologias do cuidado em saúde mental: práticas e processos da Atenção Primária. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, n. 5, p. 2228-2236, 2018.
- CARDOSO, R. N.; SILVA, R. S.; SANTOS, D. M. S. Tecnologias da informação e comunicação: ferramentas essenciais para a atenção primária a saúde. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 1, p. 2691-2706, 2021.
- CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. O tecnoestresse em trabalhadores que atuam com tecnologia de informação e comunicação. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 30, n. 2, p. 308-317, 2010.
- LIMA, A. R. S.; SAEGER, M. M. M. T.; MORAIS, J. J. S.; ANDRADE, T.S. Moodle como apoio ao ensino presencial: um estudo junto aos discentes de ciências contábeis da UFPB sobre esta metodologia de ensino. *Educação, Gestão e Sociedade: Revista da Faculdade Eça de Queirós*, v. 5, n. 18, p. 1-19, 2015.
- NOGUEIRA, F. J. D.; BRITO, F. G. Diálogos entre saúde mental na atenção básica: relato de experiência do Pet-Saúde no município de Parnaíba – PI. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 12, n. 2, p. 374-387, 2017.
- PINTO, A. C. S. et al. Uso de tecnologias da informação e comunicação na educação em saúde de adolescentes: revisão integrativa. **Rev. Enferm. UFPE online**, v. 11, n. 2, p. 634-644, 2017.
- ROCHA, G. A. et al. Comunicação efetiva para segurança do paciente e o uso de tecnologias da informação em saúde. **Rev. Enfermagem Atual in Derme**, v. 93, n. 31, p. 1-11, 2020.
- ROCHA, S. P. et al. Saúde mental na adolescência: Construção e validação de uma tecnologia educacional para promoção da saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 74, n. 5, e20201023, 2021.
- ROTOLI, A. et al. Saúde Mental na Atenção Primária: desafios para a resolutividade das ações. **Esc. Anna Nery**, v. 23, n. 2, p. 1-9, 2019.
- SANTOS, A. F. et al. Incorporação de tecnologias de informação e comunicação e qualidade na atenção básica em saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 5, p. 1-14, 2017.
- SANTOS, P. D. S. et al. Capacitação do familiar cuidador com a aplicação da Tecnologia Educativa em Saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, n. 3, p. 1202-1210, 2018.
- SARZANA, M. B. G. et al. Fortalecendo a Articulação da Rede de Atenção Psicossocial Municipal sob a perspectiva interdisciplinar. **Cogitare enferm**. v. 26, e71272, 2021.
- SILVA, C. C. S. et al. Burnout e tecnologias em saúde no contexto da enfermagem na Atenção Primária à Saúde. **Esc. Ana Nery**, v. 21, n. 2, p. 1-7, 2017.

CAPÍTULO 22

TOXICOLOGIA E SAÚDE: UM OLHAR SOBRE A PREVENÇÃO E O CUIDADO PARA INTOXICAÇÕES NO CARIRI

Data de aceite: 01/04/2022

Data de submissão: 08/03/2022

Carlos Henrique Angelim Macedo

Universidade Federal do Cariri – UFCA
Faculdade de Medicina
Barbalha – Ceará, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/6148640714377138>

Carlos Davi Bezerra Felipe

Universidade Federal do Cariri – UFCA
Faculdade de Medicina
Barbalha – Ceará, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/8581679953389096>

Wendell da Silva Sales

Universidade Federal do Cariri – UFCA
Faculdade de Medicina
Barbalha – Ceará, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/5749042488871823>

Thalles Aguiar Nobre

Universidade Federal do Cariri – UFCA
Faculdade de Medicina
Barbalha – Ceará, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/2610022829790967>

Luis Heustácio Lima Carvalho Filho

Universidade Federal do Cariri – UFCA
Faculdade de Medicina
Barbalha – Ceará, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/5086396996552797>

Denise Fernandes de Moraes

Universidade Federal do Cariri – UFCA
Faculdade de Medicina
Barbalha – Ceará, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/5238602051732013>

Ricardo Avelino Moreira Maia Filho

Universidade Federal do Cariri – UFCA
Faculdade de Medicina
Barbalha – Ceará, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/0036284062692839>

Ana Gabriela Dos Santos

Universidade Federal do Cariri – UFCA
Faculdade de Medicina
Barbalha – Ceará, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/1525848933586014>

Daniel Bessa Mauricio

Universidade Federal do Cariri – UFCA
Faculdade de Medicina
Barbalha – Ceará, Brasil

Christian Jose De Macedo

Universidade Federal do Cariri – UFCA
Faculdade de Medicina
Barbalha – Ceará, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/8448893505758550>

Tamyres Tavares Santos

Faculdade Estácio de Alagoinhas
Alagoinhas – Bahia, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/0465484040788327>

RESUMO: A pandemia do novo coronavírus desencadeou uma série de mudanças em diversos setores da sociedade, tanto no Brasil como no mundo. Diante desse cenário, e sob a perspectiva da promoção de saúde, através da propagação de conhecimentos, buscando atender as recomendações dos órgãos de saúde no combate a pandemia, foi idealizado o Projeto de Prevenção e Orientação Para Intoxicações no

Cariri, desenvolvido por meio das redes digitais de comunicação. Com isso, foi percebido que a educação em saúde feita por meio de material digital tem um grande potencial, apesar das atividades de cunho prático ficarem prejudicadas. Com efeito, esse esforço visa relatar a experiência da extensão em tempos de pandemia, por meio da internet, realçando a importância das novas tecnologias de comunicação como aliadas na democratização do conhecimento.

PALAVRAS-CHAVE: Toxicologia. Intoxicação. Extensão.

TOXICOLOGY AND HEALTH: A LOOK AT PREVENTION AND CARE FOR POISONING IN CARIRI

ABSTRACT: The new coronavirus pandemic triggered a series of changes in various sectors of society, both in Brazil and in the world. In view of this scenario, and from the perspective of health promotion, through the propagation of knowledge, seeking to meet the recommendations of health bodies in the fight against the pandemic, the Project for Prevention and Guidance for Poisoning in Cariri, developed through the networks communication digital. With this, it was noticed that health education through digital material has great potential, despite the practical activities being harmed. In fact, this effort aims to report the experience of extension in times of a pandemic, through the internet, highlighting the importance of new communication technologies as allies in the democratization of knowledge.

KEYWORDS: Toxicology. Intoxication. Extension.

INTRODUÇÃO

A pandemia do novo coronavírus desencadeou uma série de mudanças em diversos setores da sociedade, tanto no Brasil como no mundo. Isso posto, fez-se necessário a implementação de medidas que reduzissem a intensidade de disseminação do vírus, sendo o isolamento social a de maior impacto no cotidiano da população. Nesse sentido, para adotar as recomendações dos órgãos de saúde diante do enfrentamento contra a COVID-19, o processo educacional precisou ser adaptado para se encaixar nas novas necessidades do corpo social, sendo, agora, o ambiente virtual o palco de quase todas as relações de ensino-aprendizagem.

De fato, é válido ressaltar que, apesar dos desafios impostos por essa nova realidade, observa-se um grande potencial para inovações na área da educação, evidenciando o quanto as tecnologias digitais podem ser ferramentas valiosas no processo de ensino-aprendizagem em todos os níveis de ensino. Sob esse prisma, a concepção de educação em saúde está atrelada aos conceitos de educação e de saúde, sendo tradicionalmente compreendida como transmissão de informações em saúde, com o uso de tecnologias mais avançadas ou não (SALCI et al., 2013).

Diante disso, o Projeto de Prevenção e Orientação Para Intoxicações no Cariri, busca, através das redes de interações sociais, projetar para a sociedade o conhecimento médico a respeito dos riscos da utilização de agrotóxicos, abordando temáticas de

prevenção e de condições clínicas das intoxicações por essas substâncias, visando promover uma interação virtual com a sociedade em geral, por meio da divulgação de materiais educativos. Com efeito, esse esforço visa relatar a experiência da extensão em tempos de pandemia, por meio das redes sociais, e frisar a importância das tecnologias como aliadas no processo de educação e democratização da informação.

MÉTODO

O projeto de Prevenção e Orientação Para Intoxicações no Cariri foi idealizado por alunos da Universidade Federal do Cariri e realiza, semanalmente, postagens de materiais informativos na sua página do Instagram (@intoxicacariri). Esse material é confeccionado no aplicativo Canva, o qual proporciona templates que podem ser manejados de acordo com o conteúdo que se queira abordar. Ainda, foi realizada uma série de vídeos em que cada membro do projeto produziu uma pequena videoaula, as quais foram disponibilizadas na ferramenta do IGTV no Instagram. Essas videoaulas foram apresentadas em slides no programa PowerPoint e gravadas pelo programa OBS Studio. Além disso, foi criado um canal no YouTube (Intoxiagro Cariri) para a divulgação desse material, a fim de que um público maior conseguisse ter acesso a essa produção. Todo o conteúdo produzido e postado fica disponível na página para que possa ser visto a qualquer momento, basta entrar no perfil do projeto ou acessar o canal no YouTube.

RESULTADOS

Analisando o período de 16 de abril a 16 de outubro, foram realizadas 34 publicações na página do Instagram. Essas postagens obtiveram um total de 280 curtidas e de 104 visualizações nas videoaulas, figuras 1 e 2. No canal do YouTube foram publicados 04 vídeos, sendo o primeiro deles publicado a cerca de um mês, os quais obtiveram um total de visualizações aproximadamente 3,7 vezes menor do que aqueles postados no Instagram.



Figura 1: Captura de tela da página do projeto de prevenção e orientação para intoxicações no cariri no Instagram.

Fonte: Instagram (2020).



Figura 2. Captura de tela das videoaulas postadas no IGTV do Instagram do projeto.

Fonte: Instagram (2020).

Thomas (2017), concluiu que o Instagram é uma importante ferramenta para a disseminação de informações e orientações em saúde, e que cabe aos profissionais de saúde se capacitarem para a sua utilização. Contudo, apesar de um grande número de pessoas ainda não fazerem parte do mundo digital, a participação em comunidades virtuais têm se tornando um hábito na vida das pessoas, e cresce mais a cada dia que passa.

Dessa forma, percebe-se que o Instagram tem um grande potencial como ferramenta no processo de ensino-aprendizagem, e que no contexto da nossa atividade, obteve-se um alcance mais significativo do que quando comparado à outra plataforma utilizada, sendo, portanto, a nossa principal ferramenta de disseminação de conteúdo.

CONCLUSÃO

Portanto, frente a pandemia da COVID-19, fez-se necessário uma adaptação do Projeto de Prevenção e Orientação Para Intoxicações no Cariri, fazendo uso das redes sociais para a realização das atividades, assim, foi constatado que o Instagram se fez mais efetivo no quesito alcance de público quando comparado ao YouTube, mostrando-se uma ferramenta importante no processo de educação à distância. Contudo, cabe destacar que essa nova realidade, que nos demandou uma adaptação das atividades, deixa a desejar no que se refere às atividades de cunho prático, as quais compunham grande monta do nosso planejamento inicial.

REFERÊNCIAS

SALCI, M. A., et al. Educação em Saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto contexto - enferm.** [online]. v. 22, p 225, 2013.

THOMAS, L. S. O instagram como ferramenta para educação em saúde. **6ª Congresso Internacional em Saúde**, v. 1, p. 2, 2017.

SALAS DE ESPERA SOBRE ATIVIDADE FÍSICA COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO À HIPERTENSÃO E DIABETES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Data de aceite: 01/04/2022

Data de submissão: 17/02/2022

Erivaldo Santos de Lima

Universidade Estadual de Ciências da Saúde
de Alagoas – UNCISAL
Maceió – Alagoas, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/3491188653752398>

RESUMO: A educação em saúde pode ser definida como uma prática que objetiva a indução de mudanças de hábitos sejam individuais ou coletivos, a partir de metodologias dialógicas e pautadas na horizontalidade de saberes. Objetiva-se relatar a experiência da realização de atividades de educação em saúde para o enfrentamento da hipertensão e a diabetes no âmbito da atenção básica em uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Maceió, Alagoas. Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência. A partir das demandas identificadas no território de atuação realizou-se um planejamento trimestral e com base nele foram realizadas duas salas de espera com a temática da atividade física no contexto da hipertensão e diabetes, além disso, foi elaborado um pôster para distribuição no momento das atividades educativas. Durante as intervenções observou-se diversos aspectos que vão de encontro com preceitos da Política Nacional de Atenção Básica. A vivência aqui relatada convida profissionais de saúde, gestores, instituições de ensino da área de saúde e toda a comunidade para refletirem

sobre as potencialidades e os desafios no enfrentamento da hipertensão e diabetes em nível de densidade tecnológica primária.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Educação em Saúde. Doenças Crônicas não Transmissíveis.

WAITING ROOMS ABOUT PHYSICAL ACTIVITY AS A STRATEGY FOR COPING HYPERTENSION AND DIABETES IN PRIMARY HEALTH CARE

ABSTRACT: Health education can be defined as a practice that aims to induce changes in habits, whether individual or collective, based on dialogic methodologies and based on the horizontality of knowledge. The objective is to report the experience of carrying out health education activities to face hypertension and diabetes in the context of primary care in a Basic Health Unit in the city of Maceió, Alagoas. This is a descriptive study of the experience report type. Based on the demands identified in the territory of operation, a quarterly planning was carried out and based on it, two waiting rooms were carried out with the theme of physical activity in the context of hypertension and diabetes, in addition, a folder was prepared for distribution at the time of educational activities. During the interventions, several aspects were observed that go against the precepts of the National Policy of Primary Care. The experience reported here invites health professionals, managers, educational institutions in the health area and the entire community to reflect on the potential and challenges in dealing with hypertension and diabetes at a level of

primary technological density.

KEYWORDS: Primary Health Care. Health Education. Noncommunicable Diseases.

INTRODUÇÃO

No contexto epidemiológico o mundo passou por inúmeras transformações. Passou-se de um período caracterizado pela fome, pandemias e, conseqüentemente, a baixa expectativa ao nascer, para um momento de incremento populacional e aumento da expectativa de vida. Assim, verifica-se no atual cenário uma população mais exposta aos fatores de risco para o desenvolvimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como, por exemplo, a hipertensão arterial e a diabetes mellitus (DUARTE; BARRETO, 2012; LEAL CORTEZ et al., 2019).

Para Prata (1992, p. 174) "(...) No Brasil, a particularidade da observada transição epidemiológica traz para consideração importantes componentes sócio-econômicos, culturais, demográficos e ambientais", nesse sentido, investir em ações de saúde que favoreçam a adoção de hábitos de vida saudáveis contribuem para o enfrentamento de problemas como a hipertensão e a diabetes.

De acordo com os dados da pesquisa VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) do Ministério da Saúde, 24,5% da população brasileira está hipertensa e 7% diabética (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). Para além da adoção de hábitos de vida saudáveis, Stopa et al. (2018) defendem a atuação intersetorial no enfrentamento das DCNT e a criação de políticas públicas que pensem em ambientes saudáveis.

O nível de densidade tecnológica primária em saúde, ou atenção básica, como é comumente chamada, desenvolve suas ações com foco na promoção e prevenção da saúde, considerando o território e os seus modos de vida no processo de saúde-doença-cuidado. Dentre as atribuições dos profissionais atuantes na atenção básica estão as atividades de educação em saúde (BRASIL, 2017).

A educação em saúde pode ser definida como uma prática que objetiva a indução de mudanças de hábitos, sejam individuais ou coletivos, a partir de metodologias dialógicas e pautadas na horizontalidade de saberes (FIGUEIREDO; RODRIGUES-NETO; LEITE, 2010; FALKENBERG et al., 2014).

Nesse contexto, objetiva-se relatar a experiência da realização de atividades de educação em saúde para o enfrentamento da hipertensão e a diabetes no âmbito da atenção básica em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da cidade de Maceió, Alagoas.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência. De acordo com Cavalcante e Lima (2012, p. 96) “O relato de experiência é uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações que abordam uma situação vivenciada no âmbito profissional de interesse da comunidade científica”.

As ações abaixo descritas foram realizadas após a identificação de demandas a partir da elaboração de um diagnóstico situacional de saúde e ocorreram no contexto de atuação enquanto Profissional de Saúde Residente de uma Unidade Básica de Saúde do II Distrito Sanitário de Maceió, Alagoas - do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL).

O diagnóstico situacional de saúde é um importante instrumento de gestão no âmbito da atenção básica, uma vez que descreve os principais problemas socio sanitários do território, seja por meio da observação ativa *in loco*, entrevistas com líderes comunitários, a partir de dados secundários ou em decorrência da união destes métodos (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Durante a coleta, análise dos dados e observação cotidiana na UBS verificou-se uma significativa prevalência de pessoas com hipertensão e diabetes, além disso, uma grande quantidade de usuários que desconheciam o diagnóstico de hipertensão/diabetes ou que os dados não foram informados no cadastro individual no e-SUS Atenção Básica - fonte de coleta de dados secundária consultada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante da realidade observada realizou-se um planejamento trimestral para os meses de abril, maio e junho conforme abaixo descrito no Quadro 1.

Tema central
Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)
Eixos específicos
Hipertensão e diabetes (aspectos gerais e atuação nos fatores de risco modificáveis: tabagismo; inatividade física; alimentação saudável; uso abusivo de álcool).
Ações específicas
Salas de espera; Participação do grupo de exercício físico do Profissional de Educação Física do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB); Visitas domiciliares para rastreamento de hipertensos e diabéticos (escuta de demandas; orientações, aferição e convite para consultas de rotina na UBS).
Articulações necessárias
Direção (apresentar para ciência e apoio em todas as etapas - recursos gerais); Coordenação de Enfermagem (apresentar para ciência e apoio operacional) e Agentes Comunitários de Saúde (operacionalização - levantamento dos hipertensos e diabéticos sem frequência regular na UBS).
Operacionalização
Mês 1 (Abril) - Realização de salas de espera com foco em hipertensão e diabetes (aspectos gerais); Mês 2 (Maio) - Realização de salas de espera com foco em hipertensão e diabetes (ênfase no fator modificável inatividade física). Mês 3 (Junho) - Realização de salas de espera com foco em hipertensão e diabetes (ênfase nos fatores modificáveis: uso excessivo de álcool e tabaco; alimentação com foco em desnutrição e obesidade).

Quadro 1. Planejamento trimestral.

Fonte: o autor, 2021.

Após o planejamento trimestral realizou-se a programação das salas de espera conforme abaixo apresentado no Quadro 2 (referente ao mês de maio).

Tema central
Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)
Tema específico
Inatividade física com foco em hipertensão e diabetes
Metodologia
Conversa semi-estruturada
Duração estimada
15min
Pontos a serem abordados
Inatividade física e malefícios para a saúde (foco na hipertensão e diabetes); Benefícios gerais da atividade física e o exercício físico; Dicas de atividades físicas/exercícios que poderiam ser feitos em casa.

Quadro 2. Plano das salas de espera do mês de maio.

Fonte: o autor, 2021.

Além disso, foi desenvolvido um pôster (Figura 1) para ser distribuído nas salas de espera. O recurso educacional foi disponibilizado na plataforma EduCAPES.



Figura 1. Fôlder utilizado nas salas de espera.

Fonte: Lima (2021).

As salas de espera foram realizadas em dois momentos e dias distintos com a participação de outros profissionais (Cirurgião Dentista e Psicóloga). A duração média de cada intervenção foi de 15 minutos.

Durante esses momentos alguns pontos chamaram a atenção, a citar, a ambiência da UBS que pouco favoreceu o desenvolvimento de estratégias metodológicas menos hierarquizadas, visto a dificuldade de dispor as cadeiras em círculo e de se posicionar de forma que o profissional de saúde não ficasse de costas para algum usuário.

Além disso, o modelo de sala de espera por si só parece hierarquizado, já que, implica em uma figura de emissor e um receptor de informações; a população se dispersou com facilidade, visto que, estavam aguardando serem chamadas para o atendimento; os fluxos da UBS parecem não favorecer a prática da educação em saúde nas salas de espera.

De acordo com a Política Nacional de Humanização - PNH, a ambiência trata-se de “Criar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Para tal, a PNH sinaliza a importância de a comunidade em conjunto com os profissionais de saúde participarem das discussões referentes ao planejamento arquitetônico dos serviços em que atuam/utilizam. Segundo Ribeiro (2014) um ambiente não acolhedor, como, por exemplo, sem uma ambiência adequada dificulta os processos de trabalho das equipes de saúde.

Em relação à percepção de hierarquização de saberes nas salas de espera, a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS) traz algumas contribuições sobre a comunicação entre profissionais e usuários dos serviços. Dentre os princípios da PNEPS está o diálogo que implica em encontro de saberes, consideração da subjetividade daquilo que o outro traz com respeito e empatia (BRASIL, 2013).

No contexto das salas de espera, vislumbra-se algumas ações que poderiam ir ao encontro do que traz a PNEPS, como, por exemplo, a disposição de cadeiras em formato de roda para que todos se vejam no mesmo nível, o não uso do jaleco, a utilização de termos mais próximos da linguagem falada pela comunidade, a adoção de posturas acolhedoras - o falar, o ouvir, o se impor, a interação com o meio como um todo.

Registra-se ainda a impressão de que as salas de espera não faziam parte dos processos de trabalho das equipes atuantes na UBS. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica é atribuição comum de todos os profissionais a realização de atividades educativas em saúde (BRASIL, 2017).

CONCLUSÃO

O presente capítulo descreveu a experiência de um Profissional de Saúde Residente frente à realização de atividades educativas em saúde no contexto das Doenças Crônicas

Não Transmissíveis, em uma Unidade Básica de Saúde do II Distrito Sanitário da cidade de Maceió - AL.

A vivência aqui relatada convida profissionais de saúde, gestores, instituições de ensino da área de saúde e toda a comunidade para refletirem sobre as potencialidades e os desafios no enfrentamento da hipertensão e diabetes em nível de densidade tecnológica primária, para que juntos possam traçar estratégias equitativas, pautadas na integralidade do cuidado e executadas na perspectiva de horizontalidade de saberes.

Sugere-se que mais experiências como essas e em outros contextos regionais sejam compartilhadas para que sirvam como referência e como culminância dos processos de trabalho na atenção básica.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 27 Jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS), 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 20 Ago. 2021.

CAVALCANTE, Bruna Luana de Lima; LIMA, Uirassú Tupinambá Silva de. Relato de experiência de uma estudante de Enfermagem em um consultório especializado em tratamento de feridas. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 2, n. 1, p. 94-103, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3447/2832>. Acesso em: 28 jul. 2021.

DUARTE, Elisabeth Carmen; BARRETO, Sandhi Maria. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, p. 529-532, 2012.

FALKENBERG, Mirian Benites et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & saúde coletiva**, v. 19, p. 847-852, 2014.

FARIA, Horácio Pereira de; CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde. 2018. Belo Horizonte**: Nescon/UFMG, 2018. 98p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/moduloplanejamento-avaliacao-saude.pdf>. Acesso em: 28 de jul. 2021.

FIGUEIREDO, Maria Fernanda Santos; RODRIGUES-NETO, João Felício; LEITE, Maísa Tavares Souza. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 1, p. 117-121, 2010.

LEAL CORTEZ, Antônio Carlos et al. Aspectos gerais sobre a transição demográfica e epidemiológica da população brasileira. **Enfermagem Brasil**, v. 18, n. 5, 2019.

LIMA, Erivaldo Santos de. Fôlder - **Atividade física para prevenção/control de hipertensão arterial e diabetes**. Portal eduCapes. 2021. Disponível em: <https://educapes.capes.gov.br/handle/capes/599398>. Acesso em: 17 jul. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Humanização** - HumanizaSUS. 2015. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus>. Acesso em: 06 jul. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **VIGITEL Brasil 2019** - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. 2020. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf. Acesso em: 17 jul. 2021.

PRATA, Pedro Reginaldo. A transição epidemiológica no Brasil. **Cadernos de saúde pública**, v. 8, p. 168-175, 1992.

RIBEIRO, Juliana Pires. **Acessibilidade e ambiência na atenção básica à saúde do estado de Goiás**. 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/4183/5/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20-%20Juliana%20Pires%20Ribeiro%20-%202014.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2021.

STOPA, Sheila Rizzato et al. Prevalência da hipertensão arterial, do diabetes mellitus e da adesão às medidas comportamentais no Município de São Paulo, Brasil, 2003-2015. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, 2018.

SOBRE A ORGANIZADORA

BIANCA NUNES PIMENTEL - Possui graduação em Fonoaudiologia (2014) pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Em 2017 obteve seu Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana pela UFSM, na linha de pesquisa Audição e Equilíbrio: Avaliação, Habilitação e Reabilitação, aplicado à investigação de aspectos otoneurológicos no Acidente Vascular Cerebral e seu Doutorado, em 2022, na mesma linha de pesquisa, aplicado à Avaliação e Reabilitação Vestibular no Traumatismo Cranioencefálico. Especializou-se em Epidemiologia (2020) e em Saúde Coletiva (2020) pela União Brasileira de Faculdades (UniBF), desenvolvendo trabalhos sobre os aspectos epidemiológicos do Traumatismo Cranioencefálico. Atuou como Professora Substituta ministrando as disciplinas de Avaliação e Reabilitação do Equilíbrio; Linguagem e Desenvolvimento Humano; Biossegurança e Ética; Fonoaudiologia e Saúde Coletiva; Práticas Clínicas em Fonoaudiologia Hospitalar; Políticas Públicas em Saúde e Educação junto ao Departamento de Fonoaudiologia, Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria. Tem experiência em Fonoaudiologia, Audiologia e Saúde Coletiva. Atualmente, a autora tem se dedicado à Otoneurologia e Saúde Pública, com publicações em livros e periódicos em Ciências da Saúde.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Atenção básica 10, 12, 13, 14, 17, 35, 42, 66, 73, 74, 75, 97, 100, 107, 110, 111, 171, 180, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 208, 214, 215, 216, 219, 220, 221

Atenção primária 10, 11, 13, 16, 17, 18, 27, 28, 29, 35, 37, 38, 42, 66, 73, 202, 205, 208, 214

Atividade física 214, 217, 221

C

Covid-19 39, 40, 41, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 56, 143, 144, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 210, 213

Crianças em situação de rua 113, 114

D

Diabetes mellitus 149, 151, 153, 181, 215, 221

Direito à saúde 55, 56, 100, 115, 118, 120, 121, 143, 144, 146

Discriminação 50, 52, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 80, 104, 105, 108, 109

Diversidade cultural 50, 51, 52, 54, 55, 56, 57, 58, 60

Doenças crônicas não transmissíveis 215, 217, 219

E

Educação em saúde 25, 33, 63, 65, 66, 67, 70, 71, 90, 107, 111, 201, 204, 205, 207, 208, 210, 213, 214, 215, 219, 220

Educação permanente 27, 29, 30, 32, 34, 36, 37, 63, 64, 65, 66, 69, 71, 73, 74, 75, 104, 110, 111

Enfermagem 9, 11, 13, 16, 17, 18, 22, 23, 24, 25, 29, 39, 42, 43, 45, 81, 82, 98, 100, 101, 112, 153, 161, 162, 167, 168, 171, 176, 181, 182, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 200, 208, 217, 220, 221

Episiotomia 155, 156, 158, 160, 161, 183

Equipe multiprofissional 12, 17, 28, 29, 32, 33, 34, 37, 38, 82

Estatuto da Criança e do Adolescente 115, 118, 122

Estigma 47, 50, 52, 54, 55, 56, 57, 58, 79, 90, 92, 96, 109, 111, 117, 123

Estratégia saúde da família 10, 12, 13, 17, 18, 32, 35

G

Grau de escolaridade 73, 77, 82, 96, 159, 163, 164, 165, 166, 167

H

Hanseníase 57, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 134, 135

Higienização das mãos 19, 20, 22, 23, 24, 46

Humanização 4, 12, 15, 17, 35, 154, 155, 156, 157, 160, 203, 219, 221

I

Incapacidade física 78, 80, 83, 85, 88, 89, 92, 98, 100, 101

Intoxicações 209, 210, 211, 212, 213

M

Microrganismos 20, 21, 44, 94, 138

Moradia 81, 90, 94, 115, 116, 121, 132

Morbimortalidade 3, 121, 147, 148, 149, 151, 152

O

Obesidade 57, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 158, 172, 217

P

Pandemia 25, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 49, 54, 56, 147, 149, 152, 209, 210, 211, 213

Período gestacional 169, 172, 179

Pneumonia 137, 138, 139, 140, 141, 142, 149

Práticas alimentares 169, 171, 173, 174, 179, 180, 181

Preconceito 50, 53, 55, 56, 90, 102, 103, 104, 105, 107, 108, 109, 110, 111, 117, 119

Puérperas 2, 10, 12, 14, 15, 16, 17, 19, 21, 23, 24, 25, 41, 44, 45, 52, 63, 64, 66, 67, 72, 73, 74, 75, 79, 82, 90, 91, 96, 97, 110, 111, 118, 120, 122, 125, 137, 139, 141, 142, 145, 152, 155, 159, 164, 165, 167, 186, 187, 188, 189, 191, 192, 194, 203, 204, 209, 210, 211, 212, 213, 215, 221

R

Residência multiprofissional 27, 28, 30, 32, 33, 35, 36, 37, 216

S

Salas de espera 214, 217, 218, 219

Saúde do trabalhador 193, 199

Saúde mental 15, 18, 48, 53, 54, 75, 119, 196, 197, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208

Sífilis 63, 64, 65, 66, 67, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 163, 164, 165, 166, 167

Sistemas de informação em saúde 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7

Sistema único de saúde 1, 2, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 17, 29, 35, 40, 61, 80, 98, 111, 112, 115, 143, 145, 146, 163, 165, 167, 203, 220

T

Tecnologias digitais da informação 201, 203

Tecnologias não farmacológicas 182, 183, 184, 188, 189, 190

Trabalho de parto 155, 157, 158, 159, 161, 162, 182, 183, 184, 186, 187, 188, 189, 190, 191

Trabalho informal 193, 194, 196, 198, 199

Transexuais 56, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112

Travestilidade 102, 103, 105, 109, 110

V

Ventilação mecânica 137, 138, 139, 140, 141, 142, 148, 150, 151

Violência obstétrica 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162

Saúde pública e saúde coletiva:

Núcleo de saberes e práticas



 www.atenaeditora.com.br
 contato@atenaeditora.com.br
 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
 www.facebook.com/atenaeditora.com.br


Ano 2022

Saúde pública e saúde coletiva:

Núcleo de saberes e práticas



 www.atenaeditora.com.br
 contato@atenaeditora.com.br
 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
 www.facebook.com/atenaeditora.com.br


Ano 2022