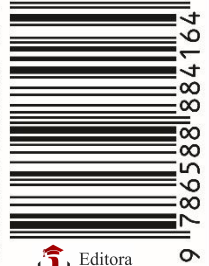


ISBN: 978-65-88884-16-4



9 786588 884164



DOI: 10.51161/editoraime/105

Saúde Pública:

princípios e práticas

I edição

Vandbergue Santos Pereira (Org.)
Bruno Nascimento da Silva (Org.)



Editora IME

**VANDBERGUE SANTOS PEREIRA
BRUNO NASCIMENTO DA SILVA**

SAÚDE PÚBLICA: PRINCÍPIOS E PRÁTICAS

ISBN: 978-65-88884-16-4

DOI: 10.51161/editoraime/105

I EDIÇÃO



Editora Chefe
Maria Aurea Soares de Oliveira



Organizadores
Vandbergue Santos Pereira
Bruno Nascimento da Silva

Diagramação
Michele Araújo Leite
Gabriel Silva de Oliveira

Corpo Editorial
Ana Emília Araújo De Oliveira
Anderson da Cunha Costa
Andreia Bulaty
Bibiana Wanderlei Flores
Bruna Aparecida Lisboa
Bruna Araújo de Sá
Carolina Ferreira Amorim
Cicera Kassiana Rodrigues Vieira
Cristiano Pereira Sena
Elenize Losso
Francisca Danily da Silva Oliveira
Francisco Thiago Paiva Paiva Monte
Jéssica Kelly Ramos Cordeiro
Jully Kalyanny Silva Santos
Luana Patricia Weizemann
Luciana Araújo dos Reis
Luzia Helena Silva Chaves Viana
Marcia Jordana Ferreira Macedo
Maria Aurea Soares de Oliveira
Pedro Victo Domingues Pereira
Priscila Barros Pereira
Tassiana Carvalho

Aplicam-se à matéria publicada neste periódico os termos de uma licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional, que permite o uso irrestrito, a distribuição e a reprodução em qualquer meio desde que a publicação original seja corretamente citada.

Os manuscritos submetidos na Editora IME foram avaliados através da revisão duplo cega, por meio de um corpo editorial com membros desta Editora, tendo sido aprovados com base em critérios originalidade, qualidade metodológica e rigor científico .

A Editora IME trabalha sempre considerando as políticas editoriais buscando garantir em todas as etapas do processo de publicação a integridade editorial priorizando a ciência aberta de forma que o acervo, dados e documentos científicos estejam livres para acesso ao público.

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Saúde pública [livro eletrônico] : princípios e práticas / organização Vandbergue dos Santos Pereira , Bruno Nascimento da Silva. --
1. ed. -- Fortaleza, CE : Instituto IME, 2022.
PDF.

Bibliografia.

ISBN 978-65-88884-16-4

1. Medicina e saúde 2. Multidisciplinaridade
3. Saúde pública 4. Sistema Único de Saúde (Brasil)
I. Pereira, Vandbergue dos Santos. II. Silva, Bruno Nascimento da.

23-144157

CDD-362.109

Índices para catálogo sistemático:

1. Saúde pública 362.109

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

PREFÁCIO

A saúde pública integra os sistemas de saúde, conceituando-se como uma ação coletiva de poderes para proteger, promover e melhorar a saúde dos indivíduos, comunidades e população. Essa área abrange a grande área da saúde em forma multidisciplinar, em todas as suas formas e direcionamentos.

Estudos na área da saúde pública mostram-se de grande importância, pois através desse tema consegue-se estabelecer as correlações entre diversos fatores que podem afetar a saúde humana, compreendendo os indicadores de saúde e buscando encontrar formas de dirimir os agravos, efetivando a melhora na qualidade de vida populacional.

Sendo assim, estabelecendo a unificação entre a área da saúde pública com a pesquisa científica, desenvolveu-se o presente e-book. Consistindo na formação do conhecimento, através da disseminação digital das informações a fim de quantificar e qualificar determinados fenômenos, como também classificar e apresentar dados, oferecendo o levantamento de hipóteses, que busquem elucidar novas técnicas, a fim de desenvolver estudos inovadores.

Essa coletânea foi criada a fim de expandir informações acerca de temas envoltos na área da saúde pública. Trazendo a exposição de pesquisas atuais e com assuntos inovadores nesse eixo, descrevendo também importantes práticas cotidianas realizada por profissionais do ramo, oferecendo análise e monitoramento de dados.

Esse material foi composto para que os leitores tenham acesso a informações precisas e fidedignas, proporcionando a corroboração de estudos, contribuindo para o desenvolvimento de reflexões e levantando pautas que merecem destaque, a fim de abrir caminhos para discussões, planejamento e implementação de ações para que se tenha melhor efetividade e resolutividade nos setores e ambientes da área da saúde pública. Através do lançamento dessa obra busca-se fomentar a democratização do conhecimento, pois estudos desenvolvidos somente tornam-se úteis a comunidade quando publicados e disseminados, ressaltando a priorização da ciência aberta, de forma que esse acervo, permaneçam livres para acesso ao público.

Maria Aurea Soares de Oliveira
Editora Chefe – Editora IME

SUMÁRIO

1	AÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA PARA CONTROLE DA EPIDEMIA DO TÁBAGISMO NO BRASIL.....	8
2	ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA MORTALIDADE NEONATAL TARDIA NO BRASIL ENTRE 2010 E 2019.....	17
3	DESAFIOS DA ENFERMAGEM ONCOLÓGICA NO CONTEXTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	29
4	PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA FEBRE CHIKUNGUNYA NO PERÍODO DE 2017 A 2020 EM MORRINHOS, CEARÁ.....	41
5	CENTRO DE REFERÊNCIA DE ATENDIMENTO À MULHER (GRAM) E A SEGURANÇA DA MULHER: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	51
6	PERFIL SOROLÓGICO PARA TOXOPLASMOSE EM GESTANTES TENDIDAS EM UM LABORATÓRIO DE TOLEDO, PARANÁ.....	61
7	REINCIDÊNCIA DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL COM ÊNFASE NO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA, PAPILOMAVIRUS HUMANO E SÍFILIS.....	69
8	PERFIL DA UTILIZAÇÃO DE ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO ESTEROIDAIS (AINES) EM UMA FARMÁCIA COMUNITÁRIA DO OESTE DO PARANÁ.....	82
9	DENGUE NO BRASIL: UMA ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DO PERÍODO COMPREENDIDO ENTRE 2014 E 2021.....	91
10	VITIMIZAÇÃO POLICIAL: OS DESAFIOS NO CUIDADO DA SAÚDE MENTAL.....	102
11	VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO ESTADO DO PARANÁ: CASOS NOTIFICADOS DE 2012 – 2021.....	111
12	DOENÇAS CRÔNICAS E FATORES ASSOCIADOS EM PESSOAS IDOSAS ATIVAS.....	123
13	SIGNIFICADO ATRIBUÍDO AO CUIDADO POR PESSOAS IDOSAS E SEUS CUIDADORES FAMILIARES.....	136
14	PREVALÊNCIA DE ANSIEDADE E FATORES ASSOCIADOS EM ADOLESCENTES: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	148
15	ZOONOSES EM ANIMAIS DOMÉSTICOS E O SEU MANEJO AMBIENTAL: EDUCAÇÃO AMBIENTAL CONTINUADA ATRAVÉS DOS MEIOS DE COMUNICAÇÃO E AMBIENTE VIRTUAL DE APRENDIZADO	166
16	RISCOS PSICOSSOCIAIS NO TRABALHO EM ALTURA: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS.....	176
17	DESMISTIFICANDO O IMAGINÁRIO SOCIAL A RESPEITO DA HANSENÍASE: VISÃO DA ENFERMAGEM.....	192
18	A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE.....	206
19	PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE EM SANTO ANTÔNIO DE JESUS – BAHIA – BRASIL, 2001 – 2018.....	216
20	O IMPACTO DA PANDEMIA COVID-19 NA SAÚDE MENTAL DOS INDIVÍDUOS E A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA HUMANIZAÇÃO DOS CASOS.....	227
21	A CONSCIÊNCIA DOS GASTOS SECUNDÁRIOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE MARINGÁ-PR.....	239
22	O PRODUTOR RURAL E A RELAÇÃO COM A TUBERCULOSE BOVINA NA REGIÃO DA SERRA GAÚCHA.....	251

23	PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE TUBERCULOSE, EM RESIDENTES DE SALVADOR-BA, NOTIFICADOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE 2016 A 2018.....	261
24	ATUAÇÃO DO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA NA IMPLEMENTAÇÃO DE ATIVIDADES COLETIVAS NO MUNICÍPIO DE BEZERROS-PE.....	271
25	REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE O DESCARTE POPULACIONAL DE MEDICAMENTOS: CONSCIENTIZAR A POPULAÇÃO PARA REDUZIR OS IMPACTOS AMBIENTAIS.....	284

Ações de saúde pública para controle da epidemia do tabagismo no Brasil

Bibiana Wanderlei Flores

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Santiago de Compostela
– C/ San Francisco s/n CP 15782 - Santiago de Compostela, Galicia, Espanha.

*Autor correspondente: Mestranda em Saúde Pública. Endereço para correspondência: Rua Bagé nº371 Bairro Silva, Sapucaia do Sul/RS - Brasil, cep: 93214-030. E-mail de contato: bibianaflores327@gmail.com.

Data de submissão: 26-02-2022

Data de aceite: 12-04-2022

Data de publicação: 23-05-2022



10.51161/editoraime/105/26



RESUMO

Introdução: Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o tabagismo é a principal causa de morte evitável em todo o mundo, responsável de 8 milhões de mortes anuais, é uma das maiores ameaças à saúde pública que o mundo já enfrentou. **Objetivo:** analisar a partir da literatura as ações em saúde pública para controle do tabagismo, identificando sua eficácia na redução do tabagismo no Brasil. **Material e Método:** Revisão bibliográfica utilizando as bases de dados eletrônicos: PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde, LILACS, BI-REME e SCIELO e uma busca manual em outras fontes de dados, com base nas referências citadas. **Resultado:** A busca resultou em 15 artigos e 2 informes que foram utilizados para fundamentação deste estudo. O Brasil é referência mundial no controle do tabagismo desenvolvendo ações por meio do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) criado em 1989 pelo Ministério da Saúde por meio do Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Conclusão:** Apesar do Brasil ser o maior exportador e o segundo maior produtor de tabaco do mundo as ações de combate ao tabagismo no país são eficazes, percebidas principalmente pela redução na prevalência de consumo do tabaco, e, conseqüentemente na mortalidade atribuída ao tabagismo. Todavia ainda há espaço para intensificação de ações já adotadas, especialmente no enfrentamento das novas tecnologias apresentadas pela indústria no sentido de atrair novos consumidores.

Palavras-chave: Políticas Públicas; Saúde Pública; Tabaco.

1 INTRODUÇÃO

O tabagismo é a principal causa de morte evitável em todo o mundo, responsável por 8 milhões de mortes anuais, é uma das maiores ameaças à saúde pública que o mundo já enfrentou (OPAS/OMS, 2022). O tabaco é um fator de risco para mortalidade prematura e incapacidade por doenças cardiovasculares, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), câncer, dentre outras (SÃO JOSÉ *et al.*, 2017). No Brasil morrem diariamente cerca de 450 pessoas em consequência do tabagismo (GIRALDO-OSORIO *et al.*, 2021).

A política de controle do tabagismo no Brasil avançou sobremaneira nos últimos 25 anos, com resultados positivos que refletem na redução da prevalência de uso de tabaco e, conseqüentemente, na diminuição da mortalidade por doenças associadas ao tabagismo no país (DA SILVA *et al.*, 2014). Toda e qualquer ação dirigida ao controle do tabagismo deve ter um foco muito além da dimensão do indivíduo, buscando abarcar tanto as variáveis sociais, políticas e econômicas que contribuem para que tantas pessoas ainda comecem a fumar quanto os fatores que aqueles que se tornaram dependentes param de fumar e se mantêm abstinentes (CAVALCANTE, 2005).

No Brasil o tabagismo é considerado problema de saúde pública e seu controle sistemático tem sido realizado desde 1989, quando o Ministério da Saúde (MS), por meio do INCA, criou o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (SILVA *et al.*, 2014). Os avanços no controle do tabagismo no Brasil podem ser verificados na redução da prevalência nas últimas décadas (PINTO *et al.*, 2015)

O relatório da OMS de 2019 revela que o Brasil foi o segundo país a implementar integralmente todas as medidas MPOWER – um plano de medidas da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco (CQCT) para reverter a epidemia do tabaco – em seu mais alto nível de execução (OMS, 2019). Embora o Brasil seja referência mundial no combate do tabagismo, com as políticas públicas de controle do tabaco em estágio avançado, o tabagismo ainda é considerado um grave problema de saúde pública e precisa ser combatido.

O Brasil dispõe de um robusto sistema de pesquisa e vigilância que possibilita a produção de estimativas nacionais e regionais sobre o uso do tabaco (INCA, 2021), entretanto, existem poucos estudos a nível nacional que analisem esses dados gerados e permitam avaliar a efetividade das ações de saúde pública no controle do tabagismo no país. Nesse sentido, este estudo tem como objetivo analisar a partir da literatura as ações em saúde pública para controle do tabagismo, identificando sua eficácia na redução do tabagismo no Brasil.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa a partir de uma pesquisa bibliográfica, desenvolvida através de material previamente elaborado. Esta metodologia baseia-se na técnica exploratória de análise do conteúdo de livros e artigos bibliográficos (GIL, 1999).

A revisão bibliográfica diz respeito ao conjunto de conhecimentos humanos reunidos nas obras, constituindo o ato de ler, selecionar, separar, organizar, e arquivar tópicos de in-

teresse para a pesquisa em pauta (FACHIN, 2001).

Para orientar este estudo, formulou-se a seguinte pergunta: quais os trabalhos científicos produzidos na literatura brasileira que abordam a temática de ações de saúde pública para controle do tabagismo no Brasil?

Nos meses de janeiro e fevereiro de 2022 foi realizada uma pesquisa a partir das bases de dados eletrônicas: PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde, LILACS, BIREME e SCIELO, utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (Decs) e do idioma inglês do Medical Subject-Headings (MeSH): “Public Policy” AND “Smoking” AND Brazil OR “Tobacco/therapy” OR “Tobacco Use Cessation Devices” AND Brazil OR “Tobacco Use Cessation/methods” AND Brazil, além disso realizamos uma busca manual em outras fontes de dados com base nas referências citadas.

A pesquisa permitiu identificar 51 artigos. A escolha dos artigos obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: artigos completos que atendam os critérios de busca, atemporal, considerando os artigos publicados em português, inglês e espanhol. Procedeu-se a leitura detalhada dos estudos, identificando 36 que não se enquadravam ou não obedeciam os critérios de inclusão, resultando 15 artigos, a partir da busca manual encontramos 2 informes que apresentavam dados relevantes para o desenho deste estudo, portanto foram incluídos como referências. As referências citadas nessas publicações também foram obtidas e consultadas na íntegra.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ações intersetoriais de controle do tabaco, como aumento de preços e impostos de cigarros, a promoção de ambientes livres de fumo e a adoção de advertências sobre os malefícios do tabagismo contribuíram para a expressiva redução da prevalência de fumantes nas últimas décadas. A implementação da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde no Brasil, a partir de 2006, contribuiu para a expansão e consolidação da política nacional (PORTES *et al.*, 2018).

Mesmo o controle do tabaco exigindo a implementação de políticas intersetoriais, não recebe o mesmo status de prioridade em todos os setores, a educação, por exemplo, tem suas próprias prioridades setoriais, permanecendo a questão do controle do tabagismo em segundo plano. Já a saúde trata o assunto como prioridade devido a sua afinidade com o tema (PORTES *et al.*, 2019).

A implementação da CQCT-OMS em todo o mundo favoreceu o fortalecimento das ações de controle do tabaco no Brasil. (Monteiro *et al.*, 2007). A CQCT é o primeiro tratado internacional de Saúde Pública, entrou em vigor em 27 de fevereiro de 2006, trata-se de um compromisso para proteger as populações da interferência indevida da indústria do tabaco (CORRÊA *et al.*, 2008; FAGUNDES *et al.*, 2014).

A CQCT é um instrumento legal pelo qual os países signatários se comprometem a implantar ações integradas sobre as mais variadas questões relacionadas ao controle do tabagismo no mundo, como regulação, banimento da publicidade, do patrocínio e da promoção de produtos de tabaco, proteção contra a exposição à fumaça ambiental do tabaco, promoção e cessação do tabagismo, criação de alternativas para a fumicultura, impostos, mercado ilegal de tabaco, etc. O Brasil, embora tenha sido o segundo país a assinar a Con-

venção em 16 de junho de 2003, foi o 100º país a ratificá-la em 03 de novembro de 2005 (CORRÊA *et al.*, 2008).

O marco legal representado pela CQCT-OMS tem sido o principal pilar e a estratégia propulsora do avanço das medidas de controle do tabagismo. Mas cabe ressaltar que, no Brasil, mesmo antes da ratificação, foram estabelecidas políticas governamentais coordenadas pelo Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA) e posteriormente pela Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CONIQ) (FIGUEIREDO *et al.*, 2017).

A partir da ratificação da CQCT-OMS pelo Brasil o termo Política Nacional de Controle do Tabaco (PNCT) passou a fazer referência ao conjunto de ações intersetoriais antitabagistas. A estruturação da política previamente à implementação da CQCT-OMS no país contribuiu para a sua continuidade e consolidação a rejeição social ao tabagismo no país (PORTES, MACHADO, & TURCI, 2018).

O Brasil é referência mundial no controle do tabagismo desenvolvendo ações por meio do PNCT (SILVA *et al.*, 2014). O objetivo geral do PNCT é reduzir a prevalência de usu-ários do tabaco no Brasil e a consequente morbimortalidade por doenças causadas pela sua exposição e consumo, através de ações descentralizadas. Para alcançar este objetivo são adotadas medidas destinadas à prevenção da iniciação do tabagismo e ações que objetivam aumentar o acesso da população fumante a métodos eficazes de cessação do tabagismo (INCA, 2022).

A América do Sul é o primeiro continente livre de tabaco em locais públicos, o Brasil, junto com Uruguai e Panamá, tem sido líder continental no controle do tabagismo; e segue implementando progressivamente políticas de controle do tabaco desde 1980 (GIRALDO--OSORIO *et al.*, 2021). Destaca-se pelas ações de redução da disponibilidade, controle de marketing e comercialização, atividades educativas nas escolas, atendimento na atenção primária à saúde a profissionais da área e à população em geral, proibição de consumo em locais públicos, entre outras ações que contribuíram para redução na prevalência do tabagismo no Brasil.

No Brasil existe ampla legislação de regulação de produtos do tabaco, consolidada por meio da Lei nº 12.546/2011 e regulamentada pelo Decreto presidencial nº 8.262/2014, que impede o fumo em lugares totalmente ou parcialmente fechados, também extingue os fumódromos e as propagandas comerciais de cigarros até mesmo nos pontos de venda (SÃO JOSÉ *et al.*, 2017). A promoção de ambientes livres da fumaça de tabaco representa uma das medidas de maior sucesso da política brasileira (PORTES; MACHADO; TURCI *et al.*, 2018).

Na década de 1960, observaram-se as primeiras iniciativas de controle do tabaco no Brasil, sendo elaborados projetos de lei visando a restrição da propaganda do tabaco e a impressão de advertências sobre os riscos à saúde (TEIXEIRA & JAQUES, 2011).

O território nacional destaca-se como o primeiro país a conseguir banir os descritores das embalagens de cigarro, o segundo a inserir os alertas com frases e imagens nos maços e um dos poucos a restringir a publicidade (SILVA *et al.*, 2014).

Uma medida estipulada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) por meio da resolução nº14, de 10 de abril de 2015, estabeleceu, a partir de 2016, a obrigatoriedade de advertências sanitárias em produtos fumígenos, de modo a ocupar 30% da parte

inferior da face frontal dos pacotes (BARRETO, 2018).

Dados da OMS indicam que cerca de 60% dos usuários de tabaco em todo o mundo querem parar, mas apenas 33% da população mundial tem acesso a serviços apropriados para parar de fumar (OMS, 2019).

Desde 2004, o tratamento de fumantes é ofertado na rede do SUS, principalmente através das unidades básicas de saúde (Portes, Machado, Turci, et al., 2018). Em relação as ações que envolvem o tratamento do fumante, a sua concretização tem como base a capacitação de profissionais da saúde de todos os níveis de atenção à saúde para o tratamento de fumantes (PORTES *et al.*, 2014). O tratamento do tabagismo no SUS é feito por meio da abordagem cognitivo-comportamental e apoio medicamentoso (goma de mascar, adesivo e antidepressivos) quando indicado (SILVA *et al.*, 2014).

Além dos tratamentos oferecidos pelo SUS, desde 2001 o Ministério da Saúde oferece um serviço por telefone de apoio ao fumante, atualmente correspondente ao “Disque Saúde 136” (PORTES, MACHADO, TURCI, *et al.*, 2018)

O Ministério da Saúde vem investindo esforços para articular nacionalmente ações de saúde pública abrangentes para o controle do tabagismo, e apesar de todas as dificuldades que o país enfrenta por ser um país produtor de tabaco, por ser um país em desenvolvimento, por ser o quinto maior país do mundo e o sexto mais populoso, os indicadores de prevalência de consumo de tabaco nos mostram o Brasil apresenta uma das políticas de controle do tabagismo que mais tem surtido efeito ao longo dos anos (CAVALCANTE, 2005; FIGUEIRÓ *et al.*, 2016).

O sucesso da política brasileira de controle do tabaco é evidenciado pela expressiva redução da prevalência de fumantes nas últimas décadas (PORTES, MACHADO, & TURCI, 2018). Essa redução é observada através dos inquéritos nacionais que vem sendo realizados no país desde 1989. A Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) 1989 apontou que 34,8% da população acima de 18 anos era fumante, e a última Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em 2019, aponta o percentual total de adultos fumantes em 12,6% (INCA, 2022). Estudos tem atribuído esses êxitos na redução da prevalência à liderança do Brasil no controle do tabagismo, promovendo ações educativas, preventivas, além de ações regulatórias (SÃO JOSÉ *et al.*, 2017).

4 CONCLUSÃO

Apesar do Brasil ser o maior exportador e o segundo maior produtor de tabaco do mundo os resultados deste estudo apontam a eficácia das ações de combate ao tabagismo no Brasil, percebidas principalmente pela redução na prevalência de consumo do tabaco nas últimas décadas. No Brasil existem poucos estudos sobre o tabagismo, principalmente no que tange a avaliação das políticas implantadas, a maioria estimam a prevalência ou a mortalidade atribuída, poucos realizam uma análise sobre as políticas públicas, mas a partir desses estudos conseguimos analisar a eficácia das ações.

Mesmo com o sucesso das ações de saúde pública no controle do tabagismo, evidenciado pela redução da prevalência do uso do tabaco, o tabagismo ainda é um grave problema de saúde pública, ainda há espaço para intensificação de ações já adotadas, principalmente no enfrentamento das novas tecnologias apresentadas pela indústria tabagista

para de atrair novos consumidores, como os cigarros eletrônicos, por exemplo.

As ações desenvolvidas por meio do PNCT deram ao Brasil um papel de destaque internacional no combate ao tabagismo. Mas, cabe ressaltar que o PNCT é uma política que envolve ações intersetoriais, o combate ao tabagismo não depende somente das ações de saúde pública, mas também de setores como a educação, o Legislativo e o Judiciário, principalmente no que tange as interferências da indústria tabagista e o comércio ilegal de cigarros, que são considerados atualmente os maiores desafios na luta contra o tabagismo no país.

A restrição da disponibilidade, controle de publicidade e comercialização, oferta de tratamento na atenção primária à saúde e criação de áreas livres de fumo são algumas ações de saúde pública que contribuíram para redução da prevalência do tabagismo nas últimas décadas, entretanto, estimativas periódicas de prevalência e de mortalidade atribuída ao tabagismo são essenciais para monitorar, reforçar e inovar as ações de saúde pública.

REFERÊNCIAS

BARRETO, I. F. (2018). Tabaco: a construção das políticas de controle sobre seu consumo no Brasil. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, 25(3), 797–815, 2018.

CAVALCANTE, T. M. (2005). O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Archives of Clinical Psychiatry** (São Paulo), 32(5), 283–300, 2005.

CORRÊA, P. C. R. P., BARRETO, S. M., & PASSOS, V. M. DE A. (2008). Métodos de estimativa da mortalidade atribuível ao tabagismo: uma revisão da literatura. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 17(1), 43–57, 2008.

DA SILVA, S. T., MARTINS, M. C., DE FARIA, F. R., & COTTA, R. M. M. Combate ao Tabagismo no Brasil: a importância estratégica das ações governamentais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(2), 539–552, 2014.

, SÃO JOSÉ, B. P., DE AMORIM CORRÊA, R., MALTA, D. C., DE AZEREDO PASSOS, V. M., FRANÇA, E. B., TEIXEIRA, R. A., & CAMARGOS, P. A. M. (2017). Mortalidade e incapacidade por doenças relacionadas à exposição ao tabaco no Brasil, 1990 a 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 20, 75–89, 2015.

FACHIN O. Fundamentos de Metodologia. 3.ed. São Paulo: Saraiva; 2001

FAGUNDES, L. G. DA S., MARTINS, M. DAS G., MAGALHÃES, E. M. DE S., PALMIÉRI, P. DE C. R., & JÚNIOR, S. I. DA S. (2014). Políticas de saúde para o controle do tabagismo na América Latina e Caribe: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(2), 499–510.

FIGUEIREDO, V. C., TURCI, S. R. B., & CAMACHO, L. A. B. (2017). Controle do tabaco no Brasil: avanços e desafios de uma política bem sucedida. **Cadernos de Saúde Pública**, 33, S4–S6, 2017.

FIGUEIRÓ, L. R., ZIULKOSKI, A. L., & DANTAS, D. C. M. (2016). Thirdhand smoke: when the danger is more than you can see or smell. **Cadernos de Saúde Pública**, 32(11), 2016.

GIL AC. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas; 1999.

GIRALDO-OSORIO I, A., DA SILVEIRA, R., IV, M., ALBURQUERQUE, P., IV, N., SANTIAGO-PÉREZ, I., REY, J., MOURINO, N., MONTES MARTINEZ I,V, A., RUANO-RAVINA, A., & PÉREZ-RIOS, M. (2021). Mortality attributed to tobacco consumption in Brazil, 2016. **Rev Bras Epidemiol**.

INCA- **Programa Nacional de Controle do Tabagismo** | INCA - Instituto Nacional de Câncer. (n.d.). Retrieved March 29, 2022.

INCA. **Dados e números da prevalência do tabagismo** - Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco | INCA - Instituto Nacional de Câncer. (n.d.). Retrieved March 29, 2022.

MONTEIRO, C. A., CAVALCANTE, T. M., MOURA, E. C., CLARO, R. M., CÉLIA, &, & SZWARCOWALD, L. (2007). **Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil** (1989-2003) .

PINTO, M. T., PICHON-RIVIERE, A., & BARDACH, A. (2015). Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. **Cadernos de Saúde Pública**, 31(6), 1283–1297.

PORTES, L. H., CAMPOS, E. M. S., TEIXEIRA, M. T. B., CAETANO, R., & RIBEIRO, L. C. (2014). Ações voltadas para o tabagismo: análise de sua implementação na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(2), 439–448.

PORTES, L. H., MACHADO, C. V., & SILVANA RUBANO BARRETTO TURCI. (2019). Coordenação governamental da Política de Controle do Tabaco no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 24(7), 2701–2714.

PORTES, L. H., MACHADO, C. V., TURCI, S. R. B., FIGUEIREDO, V. C., CAVALCANTE, T. M., & DA COSTA E SILVA, V. L. (2018). A Política de Controle do Tabaco no Brasil: um balanço de 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6), 1837–1848.

OMS- **Relatório da OMS sobre a Epidemia Global do Tabaco de 2019** | ACT BR. (n.d.). Retrieved March 29, 2022, from <https://actbr.org.br/oms-epidemia-tabaco-2019>

OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde. (n.d.). Retrieved March 29, 2022, from <https://www.paho.org/pt/node/4968>

TEIXEIRA, L. A., & JAQUES, T. A. (2011). Legislação e Controle do Tabaco no Brasil entre o Final do Século XX e Início do XXI. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 57(3), 295–304. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2011v57n3.658>

Análise epidemiológica da mortalidade neonatal tardia no Brasil entre 2010 e 2019

Isadora Caixeta da Silveira Ferreira

Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Instituto de Biologia, Uberlândia, Minas Gerais.

Ricardo Ferreira-Nunes*

Instituto de Educação Superior de Brasília (IESB), Curso de Farmácia, Brasília, Distrito Federal.

*Autor correspondente: Doutor em Ciências Farmacêuticas, SGAS Quadra 613/614 - Lotes 97 e 98 L2 Sul - Brasília - DF CEP: 70200-730; rikardo_nunes_2@hotmail.com.

Data de submissão: 03-02-2022

Data de aceite: 09-03-2022

Data de publicação: 20-05-2022



10.51161/editoraime/105/27



RESUMO

Introdução: A morte neonatal tardia é aquela que ocorre entre o 8º e o 28º dia de vida. Seu monitoramento revela a eficácia de políticas públicas de saúde, sobretudo para o público materno-infantil. Apesar do Brasil ter reduzido a taxa de mortalidade tardia nos últimos anos, esse declínio não ocorreu de maneira uniforme em todo o país. **Objetivo:** analisar as mortes neonatais tardias no Brasil no período de 2010 a 2019. **Métodos:** Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal e retrospectivo. Foram empregadas informações secundárias coletadas no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos e no Sistema de Informações sobre Mortalidade. As variáveis coletadas foram: (a) ao neonato: sexo, cor/raça, idade gestacional e peso ao nascer; (b) às mães: faixa etária e escolaridade, tipo de gestação e parto; e, (c) óbito: causa e local de ocorrência. **Resultados:** Houve uma redução estatisticamente significativa na mortalidade neonatal tardia entre 2010 e 2019, contudo ela não ocorreu de maneira homogênea em todas as regiões. Os neonatos mais acometidos foram do sexo masculino, brancos, prematuros e com baixo peso ao nascer. Os fatores de risco relacionados às mães foram: idade entre 20 e 29 anos, escolaridade de 8 a 11 anos, gravidez única e parto cesárea. As principais causas das mortes foram: infecções, malformações congênitas e doenças respiratórias. **Conclusões:** A divulgação desses dados epidemiológicos é fundamental para que os gestores possam desenvolver e direcionar políticas públicas de saúde para as regiões e grupos de risco mais necessitados.

Palavras-chave: Epidemiologia; Mortalidade Infantil Tardia; Mortalidade Neonatal; Políticas Públicas.

1 INTRODUÇÃO

A morte neonatal é aquela que ocorre nos primeiros 28 dias de vida. Quando registrada até o sétimo dia após o nascimento, considera-se morte neonatal precoce, ao passo que a tardia acontece entre o oitavo e o vigésimo oitavo dia de vida (PATHIRANA *et al.*, 2016). Notavelmente, a primeira semana de existência é o período mais crítico, sendo responsável por uma média de 75% das mortes (OZA *et al.*, 2015). A morte neonatal é um indicador de saúde, pois a partir de seus resultados é possível inferir sobre a saúde da população, principalmente acerca da assistência prestada durante a gestação, parto e puerpério e no primeiro mês de vida do recém-nascido (FREITAS; VIEGAS; ROMERO, 2021).

Nas últimas décadas, O Brasil deu grandes passos na redução da taxa de mortalidade neonatal (TxNEO) (VELOSO *et al.*, 2019), ou mortes neonatais por 1.000 nascidos vivos (WILLCOX *et al.*, 2020). Em 1990 a TxNEO brasileira era de 26 óbitos neonatais/1.000 nascidos vivos, enquanto em 2016 essa taxa foi 8. No entanto, é importante ressaltar que esse declínio não ocorreu de maneira uniforme em todo o país, uma vez que há diferenças regionais, predominantemente entre as regiões Norte/Nordeste e Sul/Sudeste. E, para compreender e minimizar essas discrepâncias, torna-se necessário o entendimento sobre os determinantes e os múltiplos fatores associados as mortes neonatais (VELOSO *et al.*, 2019).

No Brasil, as principais causas de mortes neonatais são: prematuridade (< 37 semanas gestacionais), baixo peso ao nascer (< 2.500 g), anomalias congênitas, asfixia e infecção (FREITAS; VIEGAS; ROMERO, 2021). A maioria dos óbitos neonatais precoces decorre de parto prematuro e complicações intraparto, por outro lado, grande parte das mortes neonatais tardias está associada a infecções (OZA *et al.*, 2015). E, a participação na infecção está relacionada, entre outras coisas, às condições de vida das famílias, como: assistência à saúde, saneamento básico e água tratada (GOLDENBERG; MCCLURE; SALEEM, 2018). Portanto, os cuidados neonatais não devem se limitar à primeira semana de vida (SANKAR *et al.*, 2016).

Considerando que o foco principal da maior parte dos estudos encontrados na literatura sobre mortalidade neonatal é a morte neonatal precoce e a escassez de estudos epidemiológicos nacionais recentes sobre mortalidade neonatal tardia no Brasil, o objetivo deste estudo foi analisar, anualmente e regionalmente, as mortes neonatais tardias no país em um período de 10 anos (2010 a 2019), suas causas básicas e as características socio-demográficas dos neonatos e de suas mães. Os dados obtidos podem fornecer informações atualizadas para que os gestores de saúde definam políticas e prioridades para reduzir os óbitos neonatais evitáveis no país.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal, retrospectivo, cuja análise foi pautada no quantitativo e fatores de risco associados aos óbitos neonatais tardios registrados em todo território nacional entre janeiro de 2010 e dezembro de 2019. Foram empregadas informações secundárias coletadas em outubro de 2021 no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), ambos

presentes na base de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), que é gerida pelo Ministério da Saúde. Vale ressaltar que a fonte de dados utilizada para suprir o SINASC e o SIM são, respectivamente, a Declaração de Nascidos Vivos (DNV) e a Declaração de Óbito (DO).

O levantamento dos fatores de risco associados aos óbitos neonatais tardios foi realizado no SIM, por meio da análise de variáveis associadas: 1) ao neonato: sexo, cor/raça, idade gestacional e peso ao nascer; 2) à mãe: faixa etária e escolaridade, tipo de gestação e parto; 3) ao óbito: causa de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) e local de ocorrência. Também foi coletado o total de óbitos neonatais tardios (7-27 dias), notificados por ano e região brasileira. No SINASC, foi obtido o total de nascidos vivos no Brasil entre 2010 e 2019, bem como a quantidade por ano e região brasileira. A TxNEO tardia foi quantificada pelo total de óbitos neonatais tardios na área e no período especificado dividido pelo total de nascidos vivos nessa mesma área e mesmo período, multiplicado por 1.000.

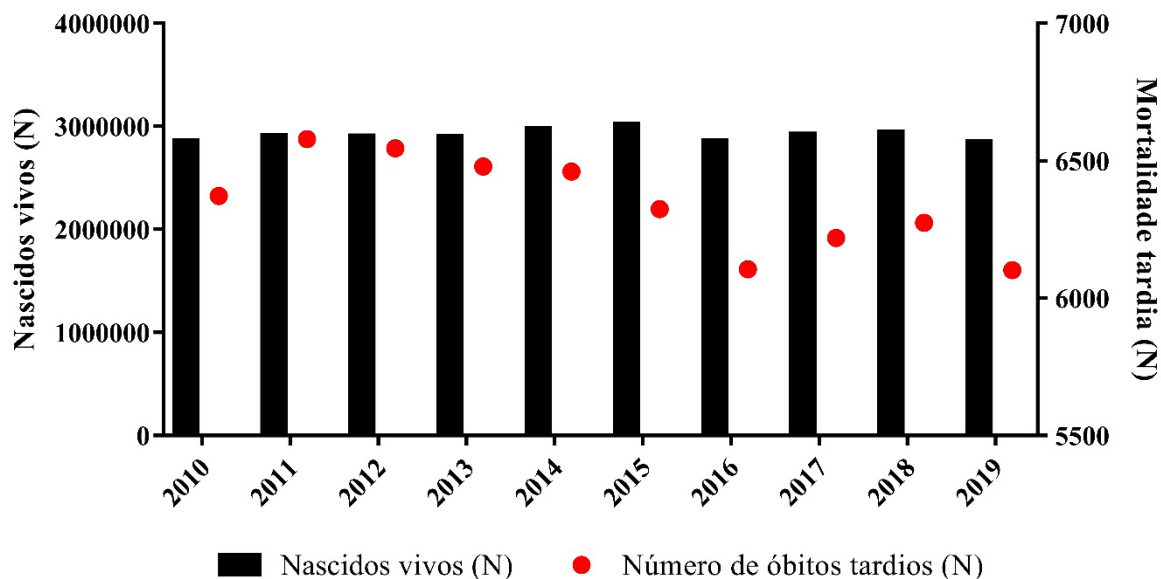
As variáveis com incompletude, dados ignorados ou em branco, superior a 20% foram excluídas do estudo. Não foram obtidos dados relacionados aos anos 2020 e 2021, pois os mesmos ainda não estavam disponíveis no momento da coleta. Considerando que este é um estudo com informações secundárias de domínio público e acesso irrestrito, segundo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde do Brasil n.º. 510, de 07 de abril de 2016, não se fez necessária a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Todavia, foi respeitada a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde do Brasil.

Para realização da análise dos dados, todas as informações coletadas foram inseridas em planilhas no programa Microsoft Excel® versão 2019. A princípio, foi realizada a análise descritiva por meio da frequência (N) e percentual (%) e posteriormente a análise estatística através do teste do Qui-quadrado de Pearson para avaliar a homogeneidade das categorias e a comparação entre os anos de 2010 e 2019, com nível de significância de 5%. O programa estatístico empregado foi o *GraphPad Prism*® versão 7.0. Para facilitar a compreensão dos resultados foram elaborados gráficos e tabelas.

3 RESULTADOS

No Brasil, entre 2010 e 2019, ocorreram 63.460 óbitos neonatais tardios. Os anos com maior e menor número de mortes foram 2011 (6.579/10,37%) e 2019 (6.102/9,62%), nessa ordem. Houve uma variação estatisticamente significativa no período estudado ($\chi^2=41,74$; $p<0,0001$) e uma redução estatisticamente significativa ($\chi^2=5,84$; $p<0,0156$) no número de óbitos entre 2010 e 2019 (gráfico 1).

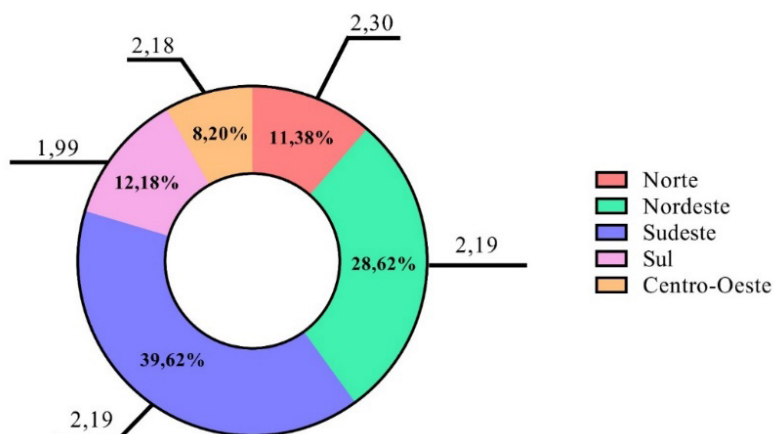
Gráfico 1. Número de nascidos vivos e mortalidade neonatal tardia no Brasil entre 2010 e 2019



Fonte: Autores, 2022.

A TxNEO tardia média do período analisado foi 2,18, sendo 2011 o ano com a taxa mais elevada, 2,26, e 2015 com a menor, 2,10. O Sudeste foi a região com maior número de mortes (25.143/39,62%) e o Centro-Oeste com o menor (5.204/8,20%). Entretanto, ao analisar a TxNEO tardia por regiões, verificou-se que o Sul apresentou a menor taxa, 1,99 mortes neonatais tardias/1.000 nascidos vivos, e o Norte a maior, 2,30, conforme consta no gráfico 2.

Gráfico 2. Número de mortes neonatais tardias (%) e taxa de mortalidade neonatal tardia por região brasileira entre 2010 e 2019.



Fonte: Autores, 2022.

A maioria dos óbitos tardios ocorreu em neonatos do sexo masculino (34.488/54,49%). E, a respeito da cor/raça dos acometidos, houve um predomínio de brancos (27.886/48,59%). Acerca da idade gestacional, observou-se que neonatos a termo,

≥ 37 semanas, morreram menos (16.817/30,50%), e grande parte dos óbitos tardios foi em neonatos prematuros, < 37 semanas (38.326/69,50%). Houve um maior número de mortes tardias (17.665/30,37%) em neonatos nascidos com extremo baixo peso, ≤ 999 gramas, e aqueles com peso entre 2.500kg a 2.999kg gramas morreram menos (7.355/12,64%), segundo os dados da tabela 1.

Tabela 1. Dados epidemiológicos acerca dos neonatos que faleceram entre o oitavo e vigésimo oitavo dia de vida no Brasil entre 2010 e 2019.

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	34.488	54,49
Feminino	28.806	45,51
Cor/Raça		
Branca	27.886	48,59
Parda	27.338	47,63
Preta	1.354	2,36
Indígena	714	1,24
Amarela	100	0,17
Tempo Gestacional (semanas)		
< 22	1.557	2,82
22 - 27	13.109	23,77
28 - 31	11.532	20,91
32 - 36	12.128	21,99
37 - 41	16.473	29,87
≥ 42	344	0,62
Peso ao Nascer (gramas)		
≤ 999	17.665	30,37
1.000 - 1.499	10.147	17,44
1.500 - 2.499	12.243	21,05
2.500 - 2.999	7.355	12,64
≥ 3.000	10.759	18,50

Fonte: Autores, 2022.

Verificou-se uma maior quantidade de mortes neonatais tardias em neonatos com mães com idade entre 20 e 29 anos (25.839/45,28%). Já aquelas com 40 anos ou mais foram associadas a um menor número de mortes neonatais (2.489/4,36%). A escolaridade materna entre 8 e 11 anos, foi relacionada a maior quantidade de mortes neonatais tardias (26.011/50,35%), entretanto, o percentual de incompletude dessa variável foi de 18,60%. A maioria das mortes neonatais tardias foi em neonatos de gestações únicas (53.099/89,77%), nascidos por cesariana (32.006/54,63%), conforme a tabela 2.

Tabela 2. Dados epidemiológicos sobre as mães dos neonatos que faleceram entre o oitavo e vigésimo oitavo dia de vida no Brasil entre 2010 e 2019.

Variáveis	N	%
Faixa etária (anos)		
< 10	3	0,01
10 - 19	12.131	21,26
20 - 29	25.839	45,28
30 - 39	16.601	29,09
≥ 40	2.489	4,36
Escolaridade (anos)		
Nenhuma	2.099	4,06
1 - 3	3.276	6,34
4 - 7	12.399	24,00
8 - 11	26.011	50,35
≥ 12	7.874	15,24
Tipo de Gravidez		
Única	53.099	89,77
Dupla	5.631	9,52
Tripla ou mais	419	0,71
Tipo de Parto		
Cesárea	32.006	54,63
Vaginal	26.584	45,37

Fonte: Autores, 2022

Grande parte das mortes neonatais tardias (60.193/94,89%) ocorreu em hospitais. E, as três principais causas das mortes foram: algumas afecções originadas no período perina-tal (45.415/71,56%), malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (14.145/22,29%) e doenças do aparelho respiratório (906/1,43%), respectivamente, de acordo com a tabela 3.

Tabela 3. Dados epidemiológicos relacionados aos óbitos neonatais tardios no Brasil entre 2010 e 2019.

Variáveis	N	%
Local de Ocorrência		
Hospital	60.193	94,89
Domicílio	2.064	3,25
Outro estabelecimento de saúde	621	0,98
Via pública	217	0,34

Variáveis	N	%
Outros	340	0,54
Causa Capítulo CID-10		
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	748	1,18
II. Neoplasias (tumores)	108	0,17
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	50	0,08
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	196	0,31
V. Transtornos mentais e comportamentais	1	0,00
VI. Doenças do sistema nervoso	188	0,3
VII. Doenças do olho e anexos	0	0,00
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	0,00
IX. Doenças do aparelho circulatório	110	0,17
X. Doenças do aparelho respiratório	906	1,43
XI. Doenças do aparelho digestivo	58	0,09
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	14	0,02
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	6	0,01
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	14	0,02
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	45.415	71,56
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	14.145	22,29
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	688	1,08
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	813	1,28

Fonte: Autores, 2022

4 DISCUSSÃO

Este estudo analisou as mudanças temporais e regionais nos óbitos neonatais tardios notificados no Brasil e identificou os principais fatores associados a elas. Houve redução sig-nificativa dos óbitos neonatais tardios no país entre 2010 e 2019 ($\chi^2=5,84$; $p<0,0156$). Nos últimos anos, o sucesso brasileiro na redução da mortalidade neonatal tem se destacado internacionalmente. E, esse declínio nas mortes neonatais tardias reafirma o compromisso do país em cumprir a meta dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) de reduzir a mortalidade infantil para 10 mortes por 1.000 nascidos vivos até 2030 (FREITAS; VIEGAS; ROMERO, 2021).

A TxNEO tardia diminuiu entre 2010 e 2019, com uma média de 2,18 óbitos neonatais tardios/1.000 nascidos vivos no período. Em 2010 essa taxa era de 2,6 (CALDAS et al., 2017), confirmando esse avanço. Essa tendência de queda já vinha acontecendo, como pode ser observado de 1997 a 2012, quando a TxNEO tardia caiu 21%, de 2,92 para 2,29 (RODRIGUES et al., 2016). No entanto, há heterogeneidade regional, com valores menores no Sul, 1,99, e maiores no Norte, 2,30, superando a média nacional observada. Esses dados sugerem que os incentivos governamentais e as políticas públicas atuais são insuficientes para igualar as métricas de saúde em cada região (OZA et al., 2015).

Neste estudo, os recém-nascidos do sexo masculino (34.488/54,49%) tiveram o maior número de óbitos entre 8 e 28 dias de vida. Resultados semelhantes foram encontrados em estudos anteriores (BERNARDINO et al., 2021; TEIXEIRA et al., 2019; VELOSO et al., 2019). Nesse contexto, vale destacar que em 2015 no Brasil, as chances de completar um ano de vida foram de 14,9 por 1.000 nascidos vivos para meninos e 12,7 para meninas. Os autores observam que essa diferença pode estar relacionada a aspectos fisiológicos que tornam os neonatos do sexo masculino mais suscetíveis a determinadas doenças, como diarreia, pneumonia e sangramento (ALVES; COELHO, 2021).

Em relação à raça/cor, o Brasil tem um histórico muito claro de exploração e discriminação que, entre outras consequências, gera disparidades socioeconômicas e de acesso à saúde. Portanto, a análise dessa variável pode indicar possíveis vulnerabilidades sociais e medir a efetividade das políticas públicas (CALDAS et al., 2017). Os resultados deste estudo constataram que a maioria dos óbitos neonatais tardios foi em brancos (27.886/48,59%) e pardos (27.338/47,63%). Por outro lado, um estudo nacional realizado entre 2007 e 2017, constatou que os neonatos indígenas a maior TxNEO (13,97), seguidos de brancos (9,42) e pardos (8,41) (BERNARDINO et al., 2021). Pode ser que, a maior TxNEO em indígenas se deva às piores condições de vida e maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde (TEIXEIRA et al., 2019).

Grande parte dos óbitos neonatais tardios ocorreu em nascidos a termo (16.473/29,87%) e com extremo baixo peso (17.665/30,37%). Mas, ao se considerar o total de prematuros, sem nenhuma subdivisão, eles foram maioria neste estudo, representando 69,49% do total. É bem conhecido que o baixo peso ao nascer está intimamente relacionado com a prematuridade, e ambos são determinantes da mortalidade neonatal, particularmente durante a primeira semana de vida. Associados à essas variáveis estão os baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico de muitas mulheres brasileiras, bem como cuidados materno-infantis inacessíveis e ineficazes (VELOSO et al., 2019).

Além dos fatores neonatais, é fundamental analisar aspectos relacionados às gestantes. No presente estudo, as mortes neonatais tardias foram elevadas entre filhos de mães com idade entre 20 e 29 anos (25.839/45,28%) e com escolaridade entre 8 e 11 anos (26.011/50,35%). Esses dados diferem de um estudo brasileiro anterior, que encontrou uma associação estatisticamente significativa entre idade materna, maior ou igual a 35 anos, e maior ocorrência de mortes neonatais (VELOSO et al., 2019). O envelhecimento ovariano e a baixa escolaridade, podem levar ao desenvolvimento de doenças, como diabetes mellitus e hipertensão arterial, que pode, conseqüentemente, aumentar a mortalidade neonatal (BERNARDINO et al., 2021).

As causas obstétricas também são fatores de risco para a mortalidade neonatal, para os quais, neste estudo foram verificadas o tipo de gestação e parto. Verificou-se que a maior parte das mortes neonatais tardias ocorreu em neonatos de gestações únicas (53.099/89,77%) e cesarianas (32.006/54,63%). Quando realizada corretamente, a cesárea tem efeito protetor contra a mortalidade neonatal, pois reduz a ocorrência de complicações, como: prematuridade, baixo peso ao nascer e asfixia (VELOSO et al., 2019). No entanto, acredita-se que ele tenha sido mais prevalente, visto que esse tipo de procedimento é amplamente praticado no Brasil, mesmo na ausência de indicação, representando em média 56% do total, maior que o valor recomendado, 15% (LEAL et al., 2018).

Embora os resultados deste estudo indiquem que os neonatos de gestações únicas morreram mais, esse achado não condiz com o descrito na literatura (DEMITTO et al., 2017; TEIXEIRA et al., 2019; VELOSO et al., 2019). As gestações múltiplas são conhecidas por maximizar o risco de prematuridade e baixo peso ao nascimento e, mencionados anteriormente, esses são os principais fatores de risco para a mortalidade neonatal (DEMITTO et al., 2017). O risco de morte para neonatos múltiplos pode ser até 12 vezes maior do que aqueles nascidos de gestações únicas (AGUIAR et al., 2020). Provavelmente o maior número de mortes neonatais por gestações únicas encontrado neste estudo ocorreu devido à taxa de gemelaridade no Brasil de aproximadamente 2,0% (GALLO; REIS; CORDEIRO, 2020).

De acordo com a CID-10, neste estudo, as três principais causas das mortes neonatais tardias foram: afecções originadas no período perinatal (45.415/71,56%), malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (14.145/22,29%) e doenças do aparelho respiratório (906/1,43%). Enquanto os óbitos neonatais precoces ocorrem predominantemente devido à prematuridade e complicações intraparto, as mortes neonatais tardias são causadas, sobretudo, por infecções. Logo, a redução da TxNEO tardia está associada com boas práticas de higiene, disponibilidade de água tratada e saneamento adequado (LOHELA et al., 2019).

Observa-se que a mortalidade neonatal tardia decorre de causas evitáveis, assim, este é um estudo muito relevante que pode contribuir significativamente para a melhoria da saúde materno-infantil brasileira. Por meio do levantamento de dados de uma década, ele apontou os avanços e os principais pontos a serem melhorados. Porém, por se tratar de um trabalho realizado a partir de informações secundárias, foram vistas algumas limitações, como: incompletude de variáveis e falta de inserção de dados no DATASUS. Ambas podem prejudicar o monitoramento da real situação de saúde em vários aspectos no Brasil.

5 CONCLUSÃO

Diante do exposto, conclui-se que entre 2010 e 2019 houve uma redução na mortalidade neonatal tardia no Brasil, bem como na TxNEO tardia média. Porém, discrepâncias regionais foram evidenciadas. Os mais acometidos foram neonatos do sexo masculino, brancos, prematuros e com extremo baixo peso. Os fatores de risco maternos foram: faixa etária entre 20 e 29 anos, escolaridade de 8 a 11 anos, gravidez única e parto cesárea. As principais causas das mortes foram: infecções, malformações congênitas e doenças respiratórias.

Considerando que a principal causa dos óbitos neonatais tardios foi infecção, sugere-se que a mortalidade neonatal tardia pode ser reduzida por meio de investimento em políticas públicas mais efetivas que busquem a melhoria da saúde materna e neonatal, com qualidade e eficiência dos serviços prestados e com consequente aumento em infraestrutura hospitalar e investimento de novas tecnologias que contribuam para os cuidados de prematuros, que é uma população frágil e que necessita de cuidado e atenção especiais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, L. K. DE et al. Fatores associados à doença renal crônica: inquérito epidemiológico

da Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, 2020.

ALVES, T. F.; COELHO, A. B. Mortalidade infantil e gênero no Brasil: uma investigação usando dados em painel. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 1259–1264, 19 abr. 2021.

BERNARDINO, F. B. S. et al. Tendência da mortalidade neonatal no Brasil de 2007 a 2017. **Ciência & Saúde Coletiva**, fev. 2021.

CALDAS, A. D. R. et al. Mortalidade infantil segundo cor ou raça com base no Censo Demo-gráfico de 2010 e nos sistemas nacionais de informação em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00046516, 7 ago. 2017.

DEMITTO, M. DE O. et al. Gestação de alto risco e fatores associados ao óbito neonatal*. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, 3 abr. 2017.

FREITAS, F. T. DE M.; VIEGAS, A. P. B.; ROMERO, G. A. S. Neonatal healthcare-associated infections in Brazil: systematic review and meta-analysis. **Archives of Public Health**, v. 79, 2021.

GALLO, B. C.; REIS, M. E. B. T. DOS; CORDEIRO, S. N. Individualização em Gêmeos: uma Revisão Integrativa. **Gerais : Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 13, n. 1, p. 1–10, jan. 2020.

GOLDENBERG, R. L.; MCCLURE, E. M.; SALEEM, S. Improving pregnancy outcomes in low- and middle-income countries. **Reproductive Health**, v. 15, n. Suppl 1, 2018.

LEAL, M. DO C. et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1915–1928, jun. 2018.

LOHELA, T. J. et al. Comparing socioeconomic inequalities between early neonatal mortality and facility delivery: Cross-sectional data from 72 low- and middle-income countries. **Scientific Reports**, v. 9, 2019.

OZA, S. et al. Neonatal cause-of-death estimates for the early and late neonatal periods for 194 countries: 2000–2013. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 93, n. 1, p. 19, 1 jan. 2015.

PATHIRANA, J. et al. Neonatal death: Case definition & guidelines for data collection, analysis, and presentation of immunization safety data. **Vaccine**, v. 34, n. 49, p. 6027, 1 dez. 2016.

RODRIGUES, N. C. P. et al. Evolução temporal e espacial das taxas de mortalidade materna e neonatal no Brasil, 1997-2012. **Jornal de Pediatria**, v. 92, p. 567–573, dez. 2016.

SANKAR, M. J. et al. When do newborns die? A systematic review of timing of overall and cause-specific neonatal deaths in developing countries. **Journal of Perinatology**, v. 36, n. 1, p. S1–S11, maio 2016.

TEIXEIRA, J. A. M. et al. Mortality on the first day of life: trends, causes of death and avoidability in eight Brazilian Federative Units, between 2010 and 2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 28, 18 fev. 2019.

VELOSO, F. C. S. et al. Analysis of neonatal mortality risk factors in Brazil: a systematic review and meta-analysis of observational studies. **Jornal de Pediatria**, v. 95, n. 5, p. 519–530, set. 2019.

WILLCOX, M. L. et al. Death audits and reviews for reducing maternal, perinatal and child mortality. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2020, n. 3, mar. 2020.

Desafios da enfermagem oncológica no contexto dos cuidados paliativos pediátricos: uma revisão integrativa

Raimundo Renato da Silva Neto

Enfermeiro. Especialista em Estratégia Saúde da Família. Faculdade Batista de Minas Gerais (FBMG).

Hugo Vinícius Campos de Moura

Enfermeiro. Residente em cancerologia da Secretaria Estadual de Saúde no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP-PE). Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

Isabel Cristina Sibalde Vanderley

Enfermeira. Mestre do Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

Weverton dos Santos

Enfermeiro. Especialista em Gestão em Saúde Pública, Faculdade Venda Nova do Imigrante (FAVENI),

*Autor correspondente: Especialista em Estratégia Saúde da Família. Faculdade Batista de Minas Gerais; E-mail: renatosneto@gmail.com

Data de submissão: 07-03-2022

Data de aceite: 31-03-2022

Data de publicação: 23-05-2022



10.51161/editoraime/105/30



RESUMO

Introdução: O tratamento oncológico infantil avançou. Cerca de 80% das crianças e adolescentes acometidos são curados com boa sobrevida. A garantia do sucesso do tratamento está relacionada ao diagnóstico precoce. Os cuidados paliativos acompanham todas as etapas por ser uma doença ameaçadora à vida e isso, continua sendo um desafio para os profissionais de enfermagem, por conta da formação curativista. **Objetivo:** Identificar evidências científicas disponíveis na literatura sobre os desafios da enfermagem oncológica no contexto dos cuidados paliativos pediátricos. **Método:** Elaborou-se uma revisão integrativa de artigos nos idiomas português, inglês, espanhol de forma atemporal. Na busca pela pergunta norteadora, utilizou-se a estratégia PICO. Assim, surgiu a seguinte pergunta norteadora: “Quais os desafios enfrentados pela enfermagem oncológica nos cuidados paliativos pediátricos?”. A coleta foi em janeiro de 2021 nas bases de dados Medline/Pubmed, LILACS, Web of Science, IBECs e BDEF. **Resultados:** Através dos descritores e palavras-chave e pós refinamento resultou em um total de 10 artigos. Foram Categorizados e classificados no nível IV de evidência. EUA, Brasil e Colômbia foram países que se destacaram nos estudos. O relato da relação de vínculo com paciente e família, carga emocional, conflitos éticos, morte e a sensação de incapacidade, foram citados como fatores desafiadores. **Conclusão:** Permitiu identificar que os profissionais de enfermagem, além de enfrentar uma exaustiva jornada de trabalho, precisam superar o impacto da carga emocional. Desta forma, destacando-se como peça fundamental para a prestação de um cuidado humanizado e acolhedor.

Palavras-chave: Criança; Cuidados Paliativos; Enfermagem Oncológica; Equipe de Enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

O câncer infanto juvenil (0 aos 19 anos), corresponde a um grupo de doenças que têm em comum à proliferação descontrolada de células anormais e que podem ocorrer em qualquer local do organismo. São predominantemente de natureza embrionária e, geralmente, afetam as células do sistema sanguíneo e os tecidos de sustentação. Nas últimas décadas, avanços no tratamento foram significativos, correspondendo a 80% das crianças e adolescentes que podem ser curados com boa sobrevida livre de doença, sendo que a garantia do sucesso do tratamento está relacionada ao diagnóstico precoce e tratamento em tempo oportuno (INCA, 2020).

No Brasil, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) para cada ano do triênio 2020-2022, estima-se 4.310 casos novos no sexo masculino e 4.150 para o sexo feminino, totalizando 8.460 casos. No sexo masculino tende a ser mais frequente na Região Sudeste (158,15/milhão), seguido pelas Regiões Sul (157,35/milhão), Centro-Oeste (121,69/milhão), Nordeste (121,70/milhão) e Norte (101,19/milhão). Para o sexo feminino, será na Região Sul (173,55/milhão), seguido pelas Regiões Sudeste (160,51/milhão), Centro-Oeste (149,26/ milhão), Nordeste (114,30/milhão) e Norte (85,89/milhão), (INCA, 2019).

A relevância destes dados na oncologia pediátrica insere tal problema como de saúde pública, tendo em vista que é a primeira causa de morte por doença nesta faixa etária. A Organização Mundial da Saúde (OMS), define cuidados paliativos como: “O cuidado Paliativo que objetiva promover a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento”. Desta forma, Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual da criança e família (WHO, 2017). Assim, entendendo as repercussões atreladas ao câncer, os cuidados paliativos devem ser implementados desde o momento do diagnóstico objetivando promover qualidade de vida, promoção da dignidade, respeito ao doente e família, na terminalidade da vida, na morte e no momento do luto.

As crianças submetidas ao tratamento oncológico demandam uma assistência humanizada, envolvendo um cuidado holístico, observando suas singularidades tratando não só os sintomas físicos, mas também da sua subjetividade. O tratamento ofertado a essa criança deve ser diferente do adulto, voltado para suas necessidades infantis (GUIMARÃES, 2018).

A Enfermagem insere-se neste contexto com a responsabilidade fundamental de reconhecer o seu papel na manutenção dos cuidados paliativos em crianças e adolescentes com câncer. Estabelecendo estratégias de cuidados paliativos de forma individual, centradas na criança e no adolescente, estabelecendo comunicação com a família e equipe, vislumbrando o cuidado integral (GUIMARÃES, 2016; RANALLO, 2018).

As respectivas ações de enfermagem em cuidados paliativos devem seguir os princípios desta especialidade de forma que começa no ato do diagnóstico juntamente ao cuidado curativo perpetuando-se durante todo o tratamento, no controle da dor e de todos os sintomas gerais apresentados. A criança com diagnóstico de câncer, necessita de qualidade de vida e uma forma para alcançar esse objetivo é o reconhecimento precoce, incorporando os cuidados paliativos oportunamente (RANALLO, 2018).

A humanização e cuidado são indissociáveis. O papel da equipe de enfermagem é fundamental para que, o paciente tenha um processo de recuperação mais rápido. Por tanto, a equipe deve trabalhar em conjunto e com o princípio básico de humanização, em cuidar bem do paciente, pois a sua competência refletirá no sucesso do seu bem-estar saudável (BAIRRO, 2017).

Assim, a constante busca pela excelência da assistência ao paciente enfermo culminou no surgimento do principal desafio da enfermagem: o incessante aprimoramento do cuidado especializado e tecnicista baseado em preceitos humanistas. Portanto, é necessário oferecer às crianças portadoras de neoplasias, um atendimento de enfermagem humano e com qualidade, vislumbrando diminuir os desgastes causados pelas enfermidades. Em síntese, é necessária uma abordagem qualificada e observa-se que o enfermeiro detém um papel singular, pela proximidade e tempo que fica ao lado deste paciente e sua família, exigindo preparo educacional e emocional (BARBOSA *et al.*, 2019).

Portanto, o objetivo deste trabalho é identificar evidências científicas disponíveis na literatura sobre os desafios da enfermagem oncológica no contexto dos cuidados paliativos pediátricos.

2 MATERIAL E MÉTODOS

O artigo de revisão integrativa permite um compêndio de construções científicas e a reunião de um conjunto de evidências, objetivando o aperfeiçoamento da atividade profissional. A está seguinte revisão, etapas foram percorridas para melhor descrever os resultados, sendo estas: identificação da temática e do problema de pesquisa; definição dos critérios de inclusão e exclusão; seleção dos estudos; categorização dos estudos encontrados; análise dos resultados e síntese dos conhecimentos apreendidos (MENDES, 2008).

No que tange ao desenvolvimento da questão norteadora, foi utilizado a estratégia mnemônica PICO (P: Crianças; I: Cuidados paliativos; C: Não se aplica; O: Desafios enfrentados pela equipe de enfermagem). A estratégia PICO, tem por finalidade auxiliar o que de fato a pergunta de pesquisa deve especificar (MARILENE, 2014). Logo, permitiu a formulação da seguinte pergunta norteadora: Quais os desafios da enfermagem oncológica inseridos no contexto dos cuidados paliativos pediátrico? Os estudos foram selecionados seguindo os seguintes critérios de inclusão: Artigos originais, nos idiomas português, inglês e espanhol, com profissionais de enfermagem oncológica em pediatria. Critérios de exclusão: Produções como teses, dissertações, capítulos de livros e revisões da literatura.

A coleta de dados ocorreu no período de 09 de janeiro ao dia 15 de janeiro de 2021 por dois juízes independentes nas respectivas bases de dados essenciais: Medline/Pubmed, LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Web of Science, IBECs (Cumulative Index to Nursing & Allied), BDENF (Base de dados de Enfermagem). Essa pesquisa foi viabilizada pelo uso dos descritores em ciências da saúde (DeCS) e do idioma inglês do Medical Subject-Headings (MeSH): Child OR Children OR Pediatrics OR “Child Health” OR “Children Health”, “Palliative Care”, “Oncology Nursing” OR Nursing OR “Nursing, Team” OR “Nurse Practitioners” OR “Nursing professional” e as palavras chaves: challenges OR challenge, sendo utilizado o cruzamento triplo e a combinação gerou um total de 1.706 publicações.

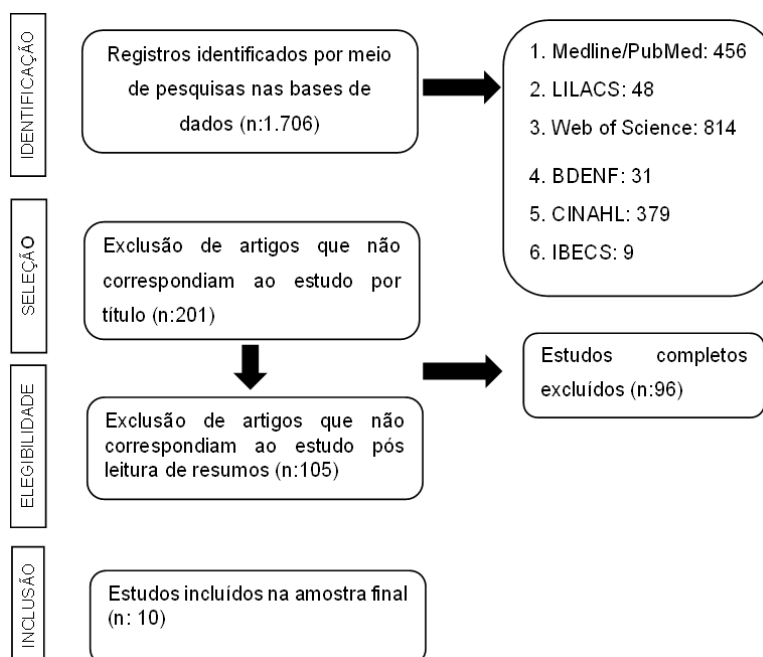
O rigor metodológico fora viabilizado pelo Critical Appraisal Skills Programm (CASP), este que divide os estudos nas respectivas categorias: boa qualidade metodológica (categoria A - 6 a 10 pontos) e qualidade metodológica satisfatória (categoria B – no mínimo 5 pontos) (MILTON, 2002). O nível de evidência também foi avaliado de acordo com Stleter *et al.*, de acordo com a seguinte categorização: I – estudos de metanálise de múltiplos estudos controlados e randomizados; nível II – estudos individuais com desenho experimental; nível III – estudos quase-experimentais, séries temporais ou caso-controle; nível IV – estudos descritivos (não experimentais ou abordagem qualitativa); nível V – relatos de caso ou de experiência; nível VI – opiniões de comitês de especialistas, incluindo interpretações de informações não baseadas em pesquisas, opiniões reguladoras ou legais.

O processamento dos dados utilizou o recurso do software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRaMuTeQ, versão 0.7 alpha 2). O IRaMuTeq trata-se de um programa informatizado ancorado ao software R que possibilita diferentes formas de análises estatísticas sobre corpus textuais. O corpus foi composto pela síntese dos artigos incluídos na revisão. O programa permite a realização da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que leva em consideração os Segmentos de Textos (ST) do corpus do estudo e o registro dos contextos das classes (CAMARGO, 2013).

3 RESULTADOS

Mediante busca criteriosa dos estudos por meio dos descritores e realizando um cruzamento triplo, foi constatado 1.706 artigos nas bases selecionadas. Para refinamento e filtração dos artigos foi realizado leitura dos títulos que se enquadravam com o objeto do estudo, restando 201 artigos. Após leitura por títulos, foi feita leitura criteriosa dos resumos e, alguns, não estando em acordo com a temática ou por simplesmente não responderem à questão norteadora, foram descartados, totalizando 105 publicações. Mediante leitura dos estudos na íntegra que resultou em um total de 10 artigos (Figura 1).

Figura 1: Fluxograma da seleção dos estudos, adaptado do Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses - PRISMA.

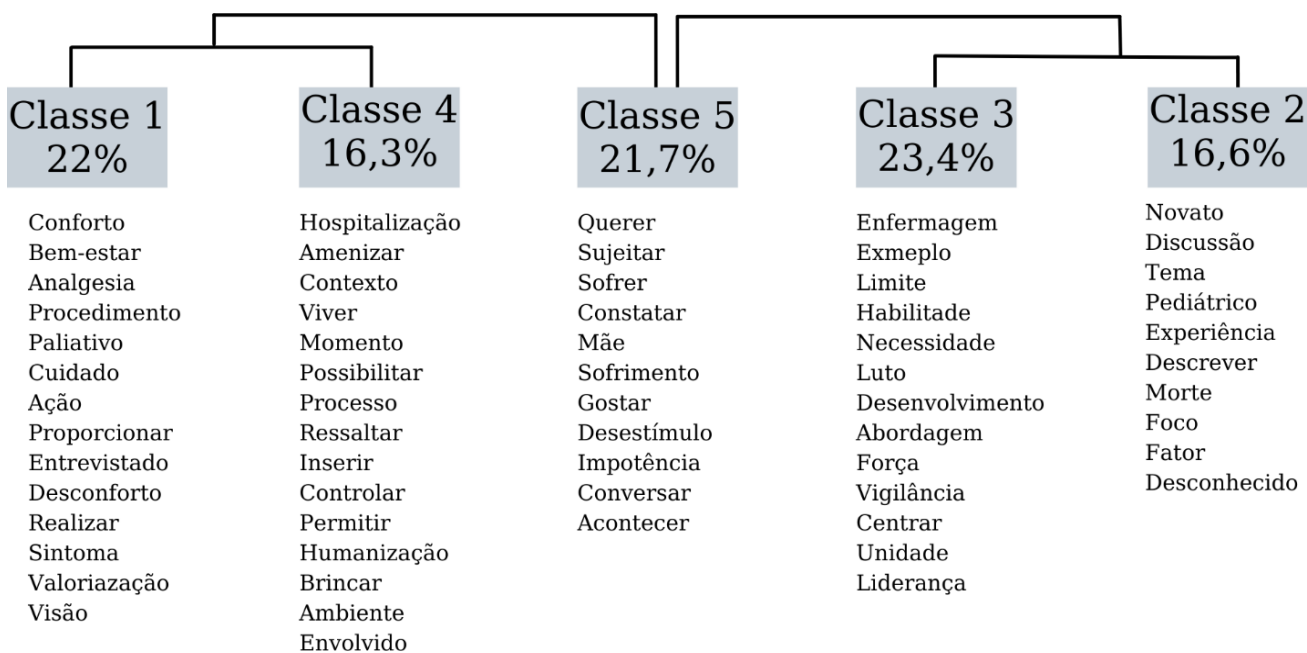


Todos os artigos mediante categorização estão no nível IV de evidência com estudos qualitativos. Foi feito um recorte atemporal e os resultados estavam na língua inglesa e em português, sendo dos Estados Unidos da América (EUA), Brasil e Colômbia. Objetivando melhor visualização foi desenvolvido um resumo dos artigos, descritos na tabela 1 e 2.

Tabela 01: Síntese dos estudos encontrados sobre desafios de enfermeiros diante dos cuidados paliativos na oncologia pediátrica.

ARTIGOS	PAÍS	OBJETIVOS
Oncology Nurse Managers' Perceptions of Palliative Care and End-of-Life Communication	Estados Unidos	Descrever a oncologia pediátrica através das perspectivas de enfermeiros com comunicação de final de vida.
Novice Nurses' Experiences With Palliative and End-of-Life Communication	Estados Unidos	Descreve enfermeiros novatos em oncologia pediátrica e suas experiências e perspectivas sobre Cuidados paliativos na comunicação com pacientes com câncer, seus pais e outros profissionais
Palliative Care in Oncology: Nurses' Experience in Caring for Children in The Final Stages of Life	Brasil	Investigar a experiência das enfermeiras no cuidado de crianças com câncer em cuidados paliativos em momentos finais de vida.
Develando el significado del proceso de duelo en enfermeras(os) pediátricas(os) que se enfrentan a la muerte de um paciente a causa del cáncer	Colômbia	Investigar o significado do luto em enfermeiras frente à morte de crianças com câncer.
Cuidados Paliativos à criança oncológica na situação do viver/morrer: A ótica do cuidar em enfermeira-gem.	Brasil	Conhecer a percepção do enfermeiro diante da criança com câncer sob cuidados paliativos; e discutir como essa percepção do enfermeiro interfere nos cuidados prestados à criança com câncer sob cuidados paliativos
Percepção de profissionais de enfermagem sobre os cuidados paliativos ao cliente oncológico pediátrico fora de possibilidade de cura: um estudo na abordagem fenomenológica das relações humanas	Brasil	Descrever a concepção dos enfermeiros acerca dos cuidados paliativos.
O enfermeiro e o cuidar da criança com câncer sem possibilidade de cura atual	Brasil	Analisar compreensivamente o cuidado do enfermeiro à criança hospitalizada portadora de doença oncológica fora de possibilidade de cura atual
A atuação do enfermeiro junto à criança com câncer: cuidados paliativos	Brasil	Conhecer a ação de cuidar do enfermeiro à criança com câncer em cuidados paliativos.

Figura 02: Dendograma da classificação hierárquica descendente do corpus sobre os desafios encontrados pelos enfermeiros com cuidados paliativos na oncologia pediátrica



O dendograma apresenta a delimitação do corpus em função da ocorrência e concorrência das palavras de maior relevância, subsidiando as seguintes classes: Classe 1: Informou que 22% do total dos ST's das Unidades de Contexto Elementares (UCE's) e foi nomeada como "Qualidade de vida"; a classe 2 trouxe uma contribuição de 16,6% do total de ST's, sendo nomeada como "Insegurança, desafios frente a morte"; a classe 3, "Cuidados de enfermagem" abrangeu 23,4% do total dos ST's; a classe 4, "humanização do cuidado" representou 16,3 % e por fim, a classe 5 trouxe uma contribuição de 20,2% , sendo denominada como "Comunicação".

Tabela 02: Descrição dos estudos referentes a seleção feita pela revisão segundo autor, ano de publicação, título do artigo, método e nível de evidência

Autores/Ano	Título	Método/Nível de Evidência
MONTGOMERY <i>et al.</i> , 2016	Communication During Palliative Care and End of Life. Perceptions of Experienced Pediatric Oncology Nurses	Estudo Multisite
SAWIN <i>et al.</i> , 2018	Oncology Nurse Managers' Perceptions of Palliative Care and End-of-Life Communication	Estudo qualitativo
FERGUSON <i>et al.</i> , 2015	Novice Nurses' Experiences With Palliative and End-of-Life Communication	Estudo qualitativo

Autores/Ano	Título	Método/Nível de Evidência
SANTOS, 2020	Palliative Care in Oncology: Nurses' Experience in Caring for Children in The Final Stages of Life	Estudo exploratório com abordagem qualitativa
VEGA, 2013	Develando el significado del proceso de duelo en enfermeras(os) pediátricas(os) que se enfrentan a la muerte de um paciente a causa del cáncer	Pesquisa qualitativa fenomenológica
AVANCI <i>et al.</i> , 2009	Cuidados Paliativos à criança oncológica na situação do viver/morrer: A ótica do cuidar em enfermagem.	Estudo qualitativo
LOPES <i>et al.</i> , 2007	A Percepção de profissionais de enfermagem sobre os cuidados paliativos ao cliente oncológico pediátrico fora de possibilidade de cura: um estudo na abordagem fenomenológica das relações humanas	Estudo qualitativo
MONTEIRO <i>et al.</i> , 2012	O enfermeiro e o cuidar da criança com câncer sem possibilidade de cura atual	Estudo qualitativo
MONTEIRO, 2014	A atuação do enfermeiro junto à criança com câncer: cuidados paliativos	Estudo qualitativo
TUANI <i>et al.</i> , 2017	Cuidado paliativo em oncologia pediátrica na formação do enfermeiro	Estudo qualitativo

4 DISCUSSÃO

A morte é um processo natural e comum no contexto da oncologia, embora comum, torna-se um desafio imposto aos profissionais da saúde. Os enfermeiros que trabalham na oncologia pediátrica são considerados uma forte rede de apoio para o binômio criança/família. Porém, as declarações evidenciadas nos estudos levantam fatores desafiadores, discutidos posteriormente através de classes.

Na classe 1, Qualidade de vida, aspectos como conforto, bem-estar, analgesia, procedimentos, cuidados paliativos, sintomas, desconforto e ações são palavras que demonstram inquietações por parte dos profissionais, sobretudo para garantir qualidade de vida nos momentos finais do paciente. Estudo realizado no Brasil, coloca um grupo de enfermeiros que destacam medidas de conforto, promoção da analgesia, valorização da espiritualidade e das necessidades biopsicossocial e a proximidade da família como medidas de promoção de uma assistência qualificada na terminalidade (AVANCI *et al.*, 2007). Desta forma promovem uma assistência humanizada de respeito e valor a vida, contemplando os envolvidos (SANTOS, 2015).

Sintomas como a dor são difíceis de manejar, porém necessário, diante disso os en-

fermeiros de diferentes regiões apontam medidas farmacológicas como alternativa para minimizar o sofrimento da criança e família, objetivando proporcionar conforto e diminuir a angústia e o sofrimento. Desta forma, destaca-se o enfermeiro neste cenário porque identifica a dor e junto com o doente consegue intervir precocemente minimizando o sofrimento (SAWIN *et al.*, 2019; SANTOS, 2015; AVANCI *et al.*, 2007; MONTEIRO *et al.*, 2012; MONTEIRO, 2014)

Na classe 2, “Insegurança, desafios frente a morte”, fatores como serem novatos, discussão, tema, pediátrico, experiência, descrever, morte, desconhecimento foram palavras abordadas e estão diretamente relacionados ao lidar com pacientes em cuidados paliativos, apresentando-se como um desafio para profissionais sem experiência ou sem especialização na área e mesmo aqueles com experiência relataram dificuldade para encarar esse momento. A comunicação foi um dos fatores mais desafiadores, pois, requer preparo e dialogar sobre final de vida com paciente e família. (SAWIN *et al.*, 2019).

Entretanto, para superar estes aspectos um dos estudos demonstra que é fundamental passar segurança para criança e família, através da assistência qualificada e humanizada, garantindo suporte total ao paciente, estes atos que por sua vez influenciam diretamente no tratamento da criança e faz com que o profissional contorne desafios, sobretudo vencendo os aspectos emocionais (MONTEIRO, 2012).

A classe 3, “cuidados de enfermagem”, trazem pontos como enfermagem, exemplo, limite, habilidade, necessidade, luto, desenvolvimento, abordagem, força, vigilância. Como o cuidado de enfermagem para crianças com câncer é uma complexa atividade, envolvendo incertezas relacionado à cura, causando frustrações referentes a expectativa para alcançar a cura e soma-se a isso a fragilidade diante da morte ou a sensação de que este momento está próximo, o que pode gerar uma sensação de desamparo para as crianças, famílias e toda equipe interdisciplinar. Porém, através do cuidado de forma holística e humanizado os estudos apontam que a presença ao lado destes atores e as ações adotando práticas não farmacológicas podem promover conforto e alívio do sofrimento, trazendo qualidade e respeito à vida (SANTOS, 2015).

A enfermagem é vista como uma unidade de apoio pelos pacientes e famílias nos cuidados em momentos finais da vida, acompanhando o processo do luto. Isso acontece tendo em vista o tempo que esses profissionais dedicam ao lado deste paciente. As crianças com câncer permanecem nas instituições hospitalares por uma longa temporada, fato promotor de vínculos o que é algo encarado de forma positiva, porém que também pode gerar desgaste emocional para os enfermeiros (AVANCI *et al.*, 2007).

Na classe 4, “humanização do cuidado”, hospitalização, ressaltar, inserir, humanização, brincar, ambiente, momento, possibilitar. Um estudo demonstrou que os enfermeiros prestam cuidados de acordo com as necessidades físicas e as necessidades psicológicas e sociais, incluindo personalização da assistência, promoção de cuidados, preparação de procedimentos e adoção de medidas para aliviar dor, sofrimento e desconforto, incluindo a família no processo de cuidar, com o objetivo de dar vida aos dias que essa criança tem aqui na terra (MONTEIRO, 2014).

Manter a criança em atividade, conservar as características essenciais e ver a necessidade naquele momento da criança mesmo em momentos de cuidados paliativos tem sido uma estratégia adotada pela enfermagem para manter a qualidade de vida, fugindo muitas

vezes das medidas medicamentosas, oferecendo o toque, o carinho de maneira subjetiva e o amor, objetivando tornar o ambiente humanizado (SAWIN *et al.*, 2019).

Estudos mostram também que a espiritualidade foi uma estratégia utilizada tanto pelos enfermeiros que se apoiam na fé para compreender a partida de um paciente como também incluir e respeitar a religiosidade da criança e família foi considerado um fator importante para dar força ao binômio família e paciente (SANTOS, 2015).

Na classe 5, “Comunicação”, termos como Querer, sofrimento, desestímulo, Impo-tência, conversar, Mãe, Acontecer. Estão diretamente relacionados com a comunicação de notícias difíceis que é uma situação desafiadora e angustiante para os profissionais da enfermagem, relatados em um estudo como fator gerador de tristeza, impotência e que estão relacionados a falta de capacitação para enfrentar a situação e dialogar com paciente e família. Um estudo realizado no Brasil demonstra que os enfermeiros acabam passando a responsabilidade desta comunicação para outros profissionais da equipe como médicos e psicólogos (MONTEIRO, 2014).

5 CONCLUSÃO

A revisão da literatura permitiu identificar que muitos cuidados de enfermagem são direcionados para promover conforto, objetivando garantir qualidade de vida nos momentos finais do doente. O controle da dor foi citado como uma das estratégias para promover conforto e o enfermeiro tem papel primordial porque identifica o momento exato, se antecipa e avalia se os opioides utilizados estão sendo eficientes.

Além disso, o profissional precisa ter alternativas, “abrindo mão” de medidas não farmacológicas, utilizando presença afetiva como o simples ato de segurar na mão do doente, dando carinho, ofertando desejos que satisfaçam os desejos do doente, respeitando os limites e vontades da família, tudo isso objetivando manter a essência do ser criança mesmo no momento da dor.

Trabalhar com pacientes em cuidados paliativos, sobretudo na oncologia pediátrica, requer responsabilidade e serenidade para encarar os múltiplos desafios que o ambiente da oncologia proporciona. O enfermeiro acompanha o paciente e família em todos os processos do tratamento oncológico, criando vínculo o que demanda conhecimento e um emocional equilibrado, visto que relatam grande sofrimento quando acompanham o processo do morrer e o luto desta família.

Mediante este contexto, é notória a responsabilidade social dos profissionais de enfermagem frente às necessidades da criança com câncer que além de enfrentar uma exaustiva carga de trabalho, precisam superar determinada carga emocional neste contexto. Em síntese, essa revisão permitiu demonstrar os desafios enfrentados pelos profissionais, destacando essa importante categoria como peça fundamental para a prestação de um cuidado humanizado, de valorização da vida e promoção de amor. Espera-se que este estudo auxilie os profissionais de saúde no planejamento de ações que melhorem sua qualidade de vida, atuação profissional e sobretudo, fortaleça a necessidade dos cuidados paliativos na oncologia pediátrica, estimulando o desenvolvimento de novos estudos nesta área.

REFERÊNCIAS

AVANCI, B. S.; CAROLINDO, F. M.; GÓES, F. G. B.; NETTO, N. P. C. Cuidados paliativos à criança oncológica na situação do viver/morrer: a ótica do cuidar em enfermagem. **Escola Anna Nery**. v13(4), 708–716.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. J.; IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**. 2013; 21(2): 513-18.

FERNANDES, M. A.; EVANGELISTA, C. B.; PLATEL, I. C.S.; LOPES, G. A. M. S.; RODRIGUES, F. A. Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. **Ciênc. saúde coletiva**, 18 (9) Set 2013.

GUIMARÃES, T. M.; SILVA, L. F.; SANTO, F. H. E.; MORAES, J. R. M. M. Cuidados paliativos em oncologia pediátrica na percepção dos acadêmicos de enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**; 20(2): 261-267, abr.-jun. 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/q7bshsbnMcML5FcjdQMrW8m/>>. Acesso em: 28 de març. de 2022.

HENDRICKS-FERGUSON, VERA. SAWIN, K. J.; MONTGOMERY, K. DUPREE, C.; PHILLIPS-SALIMI, C.R.; CARR, BARB.; HAASE, J. E. Novice Nurses' Experiences With Palliative and End-of-Life Communication. **Journal of Pediatric Oncology**, Jul-Aug 2015;32(4):240-52. doi: 10.1177/1043454214555196.

INCA. Instituto Nacional do Câncer Jose Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2020.

INCA. Instituto Nacional do Câncer Jose Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2019.

IBSENF. O sofrimento e a relação com pacientes oncológicos. [Internet]. **Instituto Brasileiro Sou Enfermagem**. São Luís, 10 de ago. de 2018. Disponível em: < <https://www.souenfermagem.com.br/noticias/o-sofrimento-e-a-relacao-com-pacientes-oncologicos/> >. Acesso em: 14 de mar. de 2022.

MONTEIRO, A. C. M.; RODRIGUES, B. M. R. D.; PACHECO, S. T. de A. O enfermeiro e o cuidar da criança com câncer sem possibilidade de cura atual. **Escola Anna Nery**. 16(4), 741–746, 2012.

MONTEIRO, A. C. M.; RODRIGUES, B. M. R. D.; PACHECO, S. T.A. A atuação do enfermeiro junto à criança com câncer: cuidados paliativos. **Revista Enfermagem UERJ**, 22(6), 2014.

MOHER *et al*., The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and

Meta-Analyses: **The PRISMA Statement**. PLoS Med. 2009; 6(7): e1000097.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria Galvão. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64.

MONTGOMERY, Kathleen; SAWIN, Kathleen; HENDRICKS-FERGUSON, Verna. Comunicação durante os cuidados paliativos e fim da vida. **Enfermagem em câncer**, V40 (2), E47 – E57. doi: 10.1097 / ncc.0000000000000363.

RANALDO, Lauren et al. Improving the quality of end-of-life care in pediatric oncology patients through the early implementation of palliative care. **J Pediatric Oncology** [Internet]. Nov/Dec 2017;34(6):374-380, 2017.

SANTOS, Cristina Mamédio da Costa; PIMENTA, Cibele Andruccioli de Mattos; NOBRE, Moacyr Roberto Cuce Nobre. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Rev Latino-am Enfermagem**. 15(3): 508-11, 2007.

SANTOS, Genáine de Fátima Alves Teixeira Fernandes *et al*,. Palliative Care in Oncology: Nurses' Experience in Caring for Children in The Final Stages of Life. **Rev Fun Care**. Online 2020. Jan./Dec. 12:689-695, 2020.

VEGA-VEGA, Paula *et al*,. Develando el significado del proceso de duelo en enfermeras(os) pediátricas(os) que se enfrentan a la muerte de un paciente a causa del câncer. **AQUICHAN**. Aquichan vol.13 no.1 Bogotá Jan./Apr. 2013.

World Health Organization. **Palliative Care** [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [cited 2017 Aug 18]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>>. Aces-so em: 28 de març. de 2022.

Worldwide Hospice Palliative Care Alliance. **Global Atlas of Palliative Care at the End of Life**. WHPCA. England. 2014.

Perfil epidemiológico da febre chikungunya no período de 2017 a 2020 em Morrinhos, Ceará

Stefannie Azevedo Marçal

Discente de Medicina, Centro Universitário INTA – UNINTA. R. Antônio Rodrigues Magalhães, 359 - Dom Expedito, Sobral - CE, 62050-100

Mateus Felipe Viescinski

Discente de Medicina, Centro Universitário INTA – UNINTA. R. Antônio Rodrigues Magalhães, 359 - Dom Expedito, Sobral - CE, 62050-100

Larissa Barbosa Gonçalves

Discente de Medicina, Centro Universitário INTA – UNINTA. R. Antônio Rodrigues Magalhães, 359 - Dom Expedito, Sobral - CE, 62050-100

Iule Moraes Amarante

Discente de Medicina, Centro Universitário INTA – UNINTA. R. Antônio Rodrigues Magalhães, 359 - Dom Expedito, Sobral - CE, 62050-100

Pedro Lucas Uchoa de Oliveira

Discente de Medicina, Centro Universitário INTA – UNINTA. R. Antônio Rodrigues Magalhães, 359 - Dom Expedito, Sobral - CE, 62050-100

Roberta Lomonte Lemos de Brito*

Docente no curso de Medicina e do Mestrado Acadêmico em Biotecnologia do Centro Universitário INTA – UNINTA, Sobral, CE; R. Antônio Rodrigues Magalhães, 359 - Dom Expedito, Sobral - CE, 62050-100

*Autor correspondente: Av. Cleto Ferreira da Ponte, 6661, Junco, 62030-595, Sobral Ceará. (88) 99765-1431; rllbrito.veterinaria@gmail.com.

Data de submissão: 30-04-2022

Data de aceite: 10-05-2022

Data de publicação: 10-06-2022

RESUMO

Introdução: A Febre Chikungunya é uma doença viral de ocorrência mundial e as principais espécies envolvidas na transmissão são: *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*. **Objetivo:** Avaliar o perfil epidemiológico da Febre do Chikungunya notificada no período de 2017 a 2020 em Morrinhos, CE. **Metodologia:** Trata-se de estudo epidemiológico quantitativo com dados secundários e de domínio público, nos quais as informações sobre os casos de Febre Chikungunya, em Morrinhos, Ceará, no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2020, foram recuperados no site do Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Conforme a resolução nº 510 de 2016 do Conselho Nacional de Saúde a pesquisa não precisou de aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** No período estudado foram notificados 136 casos de Febre Chikungunya, sendo que 81,62% deles ocorreram no ano de 2017; 26,47% em abril e 100,00% na zona rural. Segundo a variável pessoa, 63,24% (86/136) dos casos tiveram notificação no sexo feminino; 44,85% (61/136) na faixa etária de 20 a 39 anos; 56,52% (77/136) eram pardos e 47,06% (64/136) deles tiveram a escolaridade ignorada ou em branco. **Conclusão:** A Febre Chikungunya está presente em pessoas da zona rural de Morrinhos, Ceará, e ocorrência diminuiu com o avançar dos anos. Os meses com mais casos correspondem ao período chuvoso e a população mais suscetível é do sexo feminino, com idade entre 20 e 39 anos, parda e que não tiveram a escolaridade informada, o que sugere falha no preenchimento da ficha de notificação.

Palavras-chave: *Aedes* sp.. Arboviroses

1 INTRODUÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde (2015), a Febre Chikungunya é uma arbovirose causada por um RNA vírus, denominado vírus *Chikungunya* (CHIKV), pertencente à família *Togaviridae* e gênero *Alphavirus* (LEPARC-GOFFART et al., 2014; SILVA et al., 2020). Foi diagnosticada pela primeira vez no continente africano e sudeste asiático, em 1953 e tratou-se de uma doença infecciosa emergente. O primeiro surto da doença ocorreu na Tanzânia (TENUTA et al., 2018) e seu nome *Chikungunya* é derivado do Makonde, uma língua africana, e significa “aquele que se curva”, isto devido à artralgia incapacitante que ocasiona (HONÓRIO et al., 2015).

O vírus tem sido constantemente relacionado ao surgimento de epidemias de grande escala, em 2005, nas Ilhas Réunion, por exemplo, ocorreram 254 óbitos e um terço da população foi acometida pela doença. Em, 2007, na Itália, o vírus também se difundiu de maneira eficaz. A ocorrência da doença, oriunda de casos importados, tem sido notificada no Reino Unido, Bélgica, Espanha e Alemanha. Dessa forma, torna-se preocupante o atual cenário quando se trata de arboviroses, visto que as chances de uma possível epidemia em novos locais são grandes (MESSIAS et al., 2018).

Acredita-se que essa zoonose se difundiu para o continente americano por meio do Caribe e o primeiro caso identificado no Brasil ocorreu em setembro de 2014, no estado do Amapá (LEPARC-GOFFART et al., 2014; HONÓRIO et al., 2015). Essa arbovirose possui como vetores as fêmeas infectadas com CHIKV dos mosquitos do gênero *Aedes*, especialmente *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus* (TENUTA et al., 2018), sendo que a espécie *Ae. aegypti* possui hábitos antropofílico, com caráter hematófago e na maioria das vezes é encontrado no interior de moradias, já *Ae. albopictus*, tem hábitos alimentares diversificados, dando preferência a locais externos (HONÓRIO et al., 2009).

Essa zoonose pode apresentar-se de três formas: aguda, subaguda e crônica. Pessoas assintomáticas ou com a forma aguda, contribuem para que a doença se propague de maneira mais intensa, desde que os mosquitos vetores estejam presentes e ativos no mesmo local destes. Os sintomas da fase crônica podem perdurar por meses a anos, podendo, inclusive, gerar complicações cardíacas e neurológicas. Indivíduos com menos de um ano ou maiores que 65 anos, bem como portadores de diabetes mellitus, hipertensão arterial, tuberculose e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) estão mais predispostos aos sintomas articulares crônicos (BRASIL, 2014).

O clima tropical, a grande densidade demográfica e, principalmente o abundante número de vetores e facilidade para manutenção de criatórios de mosquitos, juntamente com a ocorrência frequente de outras arboviroses, tais como a Dengue e Zika, são fatores que tornam o diagnóstico mais demorado e difícil em algumas regiões, além de potencializar o risco de um panorama epidêmico no Brasil (HONÓRIO et al., 2015). Desta forma, conhecer a epidemiologia de uma doença é fator crucial para tomada de decisões por parte de gestores de saúde e comunidade em geral. Sendo assim, o presente estudo teve como objetivo avaliar o perfil epidemiológico da Febre do Chikungunya notificada no período de 2017 a 2020 em Morrinhos, CE.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico quantitativo do tipo ecológico, realizado por meio de consulta de dados secundários e de domínio público no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) disponibilizados na página eletrônica do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). As informações referentes à Febre Chikungunya notificadas na cidade de Morrinhos, no estado do Ceará, foram recuperadas tendo como base o período de busca de janeiro de 2017 a dezembro de 2020.

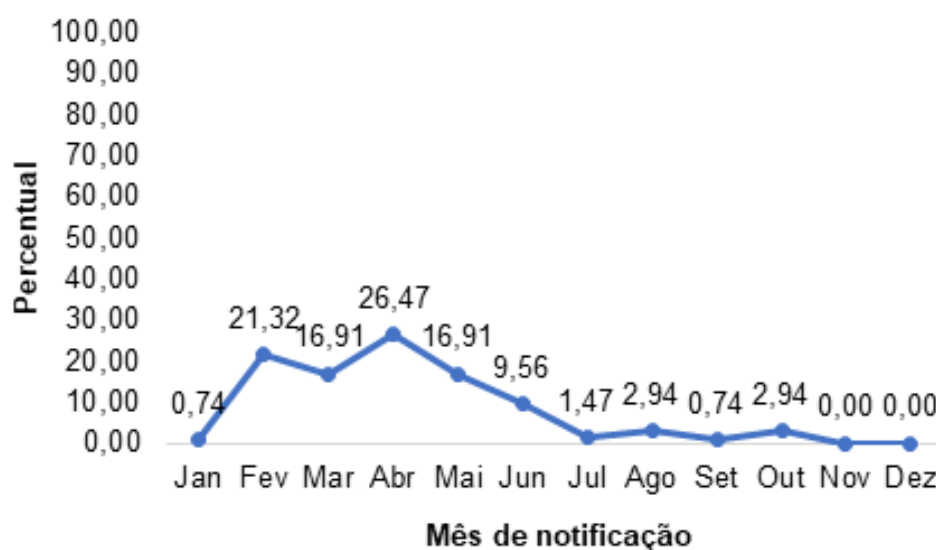
As variáveis estudadas foram referentes ao: tempo (ano e meses de notificação) espaço (zona de residência) e pessoa (sexo, idade, grupo étnico e escolaridade). Essas informações foram tabuladas em planilhas do programa Microsoft Excel® nas quais foram elaborados gráficos. Por se tratar de um estudo realizado exclusivamente com dados secundários e de domínio público, não foi necessária sua aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) ou Comissão Científica Local, conforme recomendações da Resolução nº 510 de 2016 do Conselho Nacional de Saúde.

3 RESULTADOS

Ao analisar os dados obtidos entre janeiro de 2017 e dezembro de 2020 em Morrinhos no Ceará, foi possível constatar que foram notificados 136 casos de Febre Chikungunya ao total. Sendo que 81,62% (111/136) deles ocorreram em 2017; 11,03% (15/136) em 2018; 5,88% (8/136) em 2019 e 1,47% (2/136) em 2020.

Segundo os meses de notificação, o que apresentou mais casos foi abril com 26,47% (36/136) das ocorrências (Gráfico 1). Quando os meses são agrupados em estação chuvosa (janeiro a junho) e seca (julho a dezembro), foi possível observar que 91,91% (125/136) dos casos ocorreram no período chuvoso.

Figura 1: Percentual de casos de Febre Chikungunya notificados de janeiro de 2017 a dezembro de 2020 em Morrinhos no Ceará, segundo os meses de notificação.

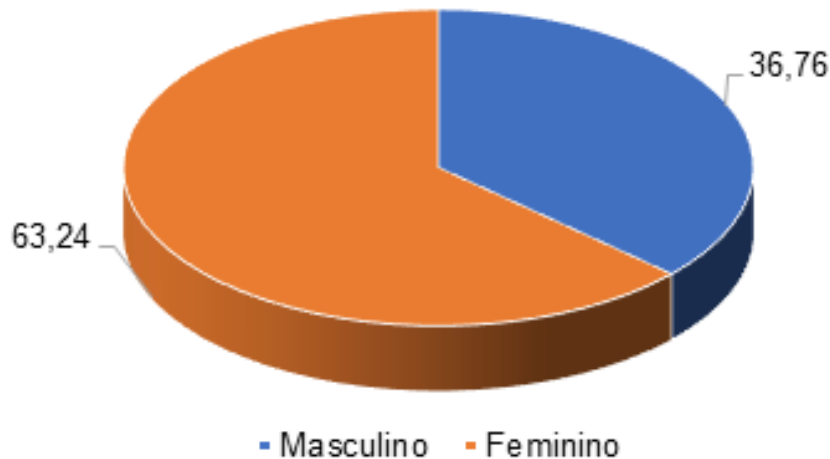


Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (2021).

Segundo a zona da residência, 100% (136/136) dos casos forma notificados na zona rural.

No que se refere ao gênero, 63,24% (86/136) dos casos ocorreram em pessoas que se autodeclaravam do sexo feminino (Gráfico 2).

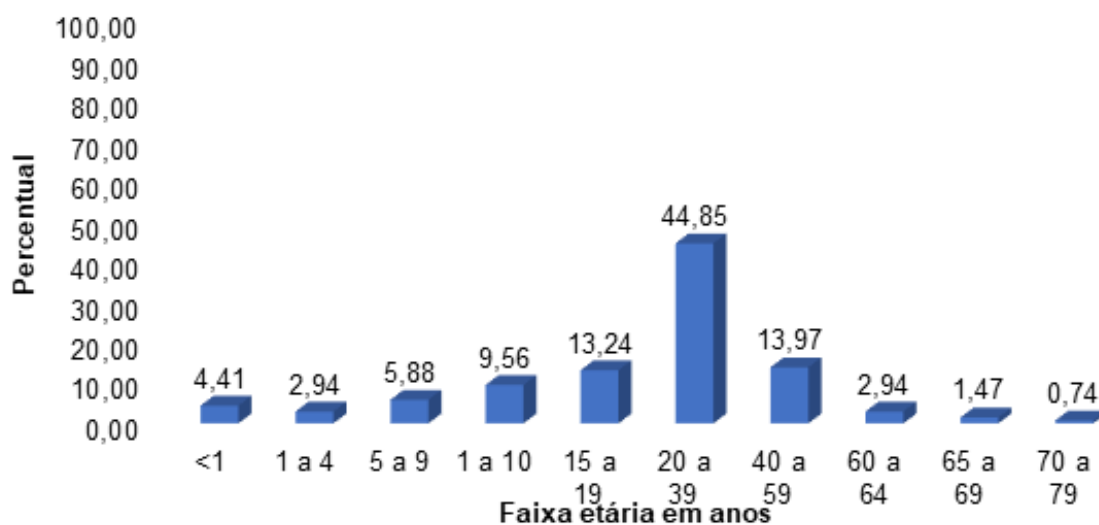
Figura 2: Percentual de casos de Febre Chikungunya notificados de janeiro de 2017 a dezembro de 2020 em Morrinhos no Ceará, segundo o sexo.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (2021)

De acordo com a faixa etária, foi possível observar que 44,85% (61/136) dos casos ocorreram em pessoas com 20 a 39 anos (Gráfico 3), com 58,82% (80/136) deles na população economicamente ativa.

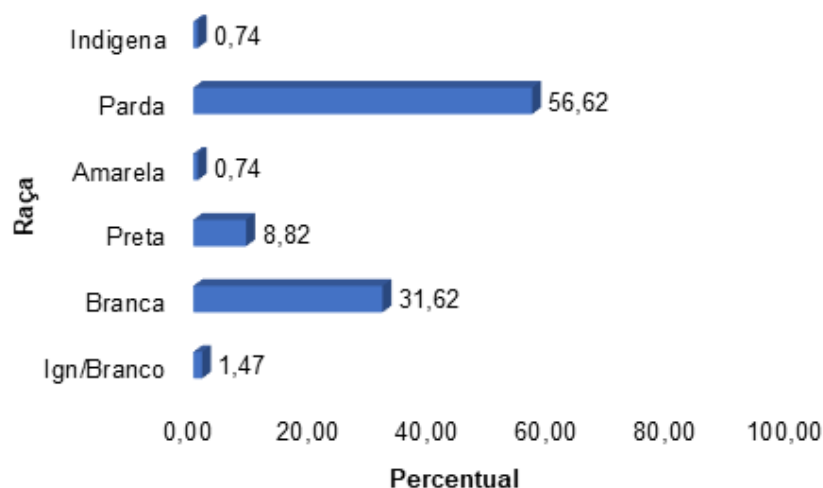
Figura 3: Percentual de casos de Febre Chikungunya notificados de janeiro de 2017 a dezembro de 2020 em Morrinhos no Ceará, segundo a faixa etária.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (2021)

No grupo étnico (Gráfico 4) foi possível observar que quem se autodeclarou como pardo representou 56,62% (77/136) das notificações.

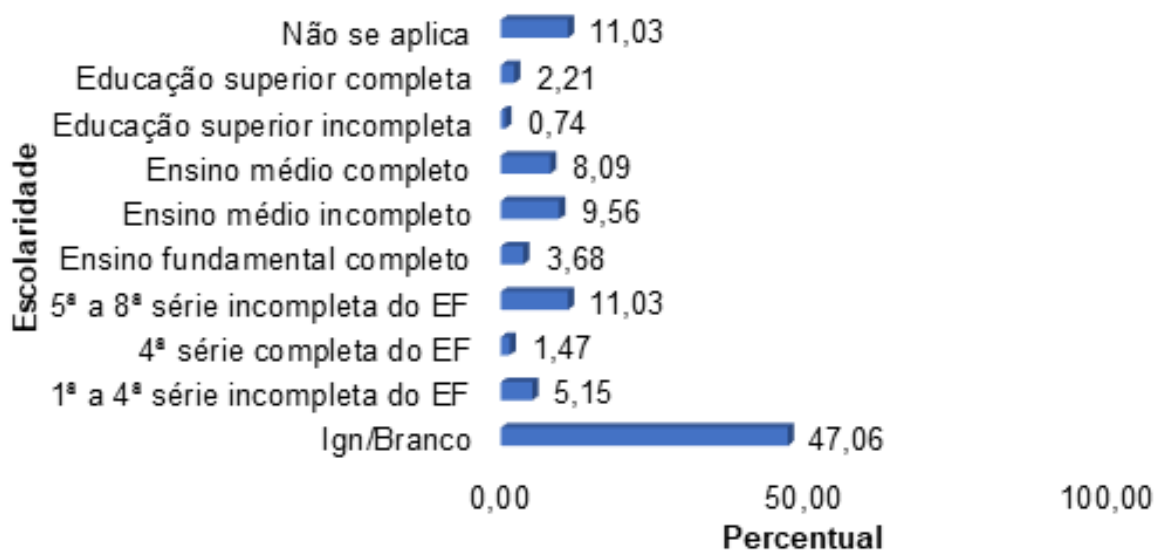
Figura 4: Percentual de casos de Febre Chikungunya notificados de janeiro de 2017 a dezembro de 2020 em Morrinhos no Ceará, segundo o grupo étnico.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (2021).

A maioria dos casos não teve o grau de escolaridade informado (Gráfico 5), seguido de não se aplica e escolaridade de 5^o a 8^o série incompleta do Ensino Fundamental ambas com 11,03% (15/136) das notificações.

Figura 5: Percentual de casos de Febre Chikungunya notificados de janeiro de 2017 a dezembro de 2020 em Morrinhos no Ceará, segundo o grau de escolaridade.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (2021). *EF: Ensino Fundamental.

4 DISCUSSÃO

Na cidade de Morrinhos, foi observado um maior número de casos de febre Chikungunya em 2017 e uma redução no decorrer dos anos estudados, isso provavelmente ocorreu devido à uma maior oferta em serviços de saúde, bem como uma possível estruturação da Vigilância Epidemiológica, conscientização da população a cerca da doença e suas formas de prevenção. Além disso, a maioria dos casos foi observada no período chuvoso, principalmente no mês de abril. Vale pontuar que o período das chuvas aumenta o número de reservatórios de água, indispensável para o ciclo biológico dos vetores, desta forma, o achado no presente estudo converge com o que é disposto na literatura (PEREIRA, 2018).

O fato de 100% dos casos no presente estudo terem ocorrido em residentes da zona rural diverge da literatura, a qual afirma que a maioria das notificações ocorre em pessoas da zona urbana, o que reforça tratar-se de uma arbovirose urbana. Visto que o surgimento de bairros que não possuem urbanização adequada e o aumento da urbanização facilitam a proliferação dos vetores e uma rápida transmissão da doença (HORTA *et al.*, 2013). Além disso, a maior disseminação da doença está diretamente ligada com a falta de saneamento básico (PEREIRA, 2018), o que provavelmente pode ter contribuído com a totalidade de casos na zona rural do município de Morrinhos, CE.

Segundo Silva *et al.*, (2018) os mosquitos possuem hábitos peridomiciliar e seu principal local de transmissão são: intradomiciliar e extradomiciliar. Isso pode ter colaborado com a maioria dos casos terem ocorrido no sexo feminino na população economicamente ativa de Morrinhos, CE, pois muitas mulheres participam de atividades ao ar livre e também possuem atividades domésticas ambas durante o dia.

Esses achados corroboram Ribeiro *et al.*, (2019), que afirmam que as mulheres permanecem a maior parte do tempo em domicílio se comparado aos homens e Vicente *et al.*, (2013) que comentam que em geral as arboviroses podem infectar ambos os gêneros, porém há uma maior ocorrência em mulheres. Tais dados também afirmam a média estadual, que mostra uma relação entre 1 homem para 1,6 mulheres infectadas. (CEARÁ, 2017).

Ademais, Gomes (2011) também propõe que as mulheres possuem uma maior preocupação com a saúde que os homens, o que faz com que elas procurem mais as unidades de saúde que eles. Oliveira *et al.*, (2015) afirma que pode também haver uma relação dos ideais advindos dos movimentos sanitário e feminista, que originaram o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o que proporciona a este gênero uma maior promoção na procura de serviços de saúde.

É necessário pontuar que a população economicamente foi mais acometida, porque proporcionalmente é a parcela da população brasileira que apresenta mais pessoas, isso não é diferente em Morrinhos, CE.

Quanto à predominância do grupo étnico pardo, a maioria das pessoas no Brasil se autodeclaram como pardas, mas também se faz necessária uma atenção sobre os determinantes sociais da saúde. Isto porque, muitas vezes a população parda/negra permanece em um status de descrédito social, tendo, diversas vezes, pouco acesso à saúde. Além disso, assim como afirma Lesser e Kitron (2016), arboviroses atingem de majoritariamente as camadas sociais menos favorecidas.

Os grupos que possuíram maiores percentuais de escolaridade informada foram: de 5° a 8° série incompleta do Ensino Fundamental e não se aplica (pode ser que as pessoas infectadas ainda não apresentavam idade para estar estudando), ambas com 11,03%. Para Oliveira et. at. (2015), a escolaridade influi diretamente na infecção por febre Chikungunya, isto se deve ao fato de que a população com pouca escolaridade ingressa mais cedo no mercado de trabalho, e os horários de funcionamento dos serviços de saúde chocam-se com os das atividades trabalhistas. Desse modo, isso também de certa forma pode contribuir para que a população economicamente ativa tenha mais dificuldade em procurar atendimento médico.

Além disso, em Morrinhos, foi possível observar que 47,06% dos infectados não tiveram a escolaridade informada, desta forma, pode-se sugerir que provavelmente houve uma falha na notificação ou no preenchimento da ficha de notificação. Isso de certa forma dificulta a avaliação do perfil epidemiológico das enfermidades ou até mesmo um diagnóstico impreciso dos casos.

5 CONCLUSÃO

No presente estudo foi realizado um estudo epidemiológico ecológico sobre a Febre Chikungunya, uma doença viral de transmissão vetorial, que teve como local de ocorrência dos casos a cidade de Morrinhos, Ceará. Após a análise dos dados referentes às variáveis de tempo, espaço e pessoa foi possível concluir que a ocorrência diminuiu com o passar dos anos, sendo o ano de 2020 o que apresentou menor número de casos.

Os meses com mais casos foram aqueles que no município estudado correspondem ao período chuvoso e a zona de residência com mais casos foi a rural. Segundo a variável pessoa, foi possível observar que no município a população mais suscetível pertencia ao sexo feminino, com idade entre 20 e 39 anos, grupo étnico pardo e que não tiveram a escolaridade informada, o que sugere falha no preenchimento da ficha de notificação, podendo esta ser considerada uma limitação do estudo, pois essa falta de informação dificultou a realização de análises mais fidedignas sobre o perfil epidemiológico dos casos.

Por fim, sabe-se que a erradicação da febre Chikungunya ainda está longe de ser uma realidade, visto a dependência de vários fatores, como hábitos do vetor, adaptação ao meio ambiente e às residências, falta de medidas de combate ao vetor em algumas regiões e poucas práticas educação em saúde, uso de repelentes, entre outros. Sendo necessário, portanto, a adoção de medidas de prevenção e controle executadas em conjunto pela comunidade, profissionais de saúde e poder público para evitar o surgimento de novos casos da doença.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Plano de contingência para à introdução do Vírus Chikungunya**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

CEARÁ, Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, **Núcleo de Vigilância Epidemiológica. Boletim Epidemiológico SE 39. 1-13. 2017.**

GOMES, A. F. **Análise espacial e temporal da relação entre dengue e variáveis meteorológicas na cidade do Rio de Janeiro no período de 2001 a 2009.** Dissertação (Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011. 49 f.

HONÓRIO, N. A.; CASTRO, M. G.; BARROS, F. S. M. D.; MAGALHÃES, M. D. A. F. M.; SABBROZA, P. C. The spatial distribution of *Aedes aegypti* and *Aedes albopictus* in a transition zone, Rio de Janeiro, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 1203-1214, 2009.

HONÓRIO, N. A.; CÂMARA, D. C. P.; CALVET, G. A.; BRASIL, P. Chikungunya: uma arbovirose em estabelecimento e expansão no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, p. 906-908, 2015.

HORTA, M.A.P.; FERREIRA, A. P.; OLIVEIRA, R. B.; WERMELINGER, E. D.; OLIVEIRA KER, F. T.; FERREIRA, A. C. N.; SOUSA CATITA, C. M. Os efeitos do crescimento urbano sobre a dengue. **Revista Brasileira Promoção da Saúde**. v. 26, n.4, p.539-547, 2013.

LEPARC-GOFFART, I.; NOUGAIREDE, A.; CASSADOU, S.; PRAT, C.; DE LAMBALLERIE, X. Chikungunya in the Americas. **The Lancet**, v. 383, p. 514, 2014.

LESSER, J.; KITRON, U. A geografia social do Zika no Brasil. **Revista Estudos Avançados**, v.30, n. 88, p. 167-175, 2016.

MESSIAS, N; TEIXEIRA, RAG; GOMES, C; SIQUEIRA JUNIOR, JB; COELHO, GE; OLIVEIRA, ESF. Febre chikungunya um desafio para o sistema de vigilância em saúde: revisão sistemática. **Revista Científica da Escola Estadual Saúde Pública de Goiás “Cândido Santiago”**. v. 4, n. 2, p.139-155, 2018.

OLIVEIRA, M. M.; DAHER, D. V.; SILVA, J. L. L.; ANDRADE, S. S. C. A. A saúde do homem em questão: busca por atendimento na atenção básica de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 273-278, 2015.

PEREIRA, E. D. A. **Análise espacial e temporal dos casos de febre de chikungunya no Maranhão, Brasil.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018. 137 f.

RIBEIRO, T. M.; RIOS, R. L.; SANTOS, C. M.; PALERMO, T. A. C. As arboviroses do município de Campos dos Goytacazes/RJ: do município ao paciente. **Perspectivas Online: Biológicas & Saúde**, v. 9, n. 31, p. 22-33, 2019.

SILVA, N. M.; TEIXEIRA, R. A. G.; CARDOSO, C. G.; SIQUEIRA JUNIOR, J. B.; COELHO, G. E.; OLIVEIRA, E. S. F. Vigilância de chikungunya no Brasil: desafios no contexto da Saúde Pública. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 27, n. 3, e2017127, p.1-10, 2018.

SILVA, M. B. A.; DE ALMEIDA, L. A. N.; DA SILVA NUNES, N. P.; FERREIRA, G. M. D. O. G.; DE MACEDO QUININO, L. R.; DE MIRANDA LOPES, K. A.; DA SILVA BRITO, M. I. B. Using the fast survey of the *Aedes aegypti* rate (LIRAA) as a monitoring tool of Chikungunya virus introduction in Recife. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 1, p. 936-954, 2020.

TENUTA, T. F.; FERREIRA, E.; DE ALMEIDA, M. M.; MATIAS, G.; FERREIRA, E.; MENOLLI, G. P. Complicações neurológicas por Chikungunya: relato de caso. **COORTE-REVISTA CIENTÍFICA**, n. 8, p. 39-43, 2018.

VICENTE, C. R.; LAUAR, J. C.; SANTOS, B. S.; COBE, V. M.; CERUTTI JUNIOR, C. Factors related to severe dengue during na epidemic in Vitória, state of Espírito Santo, Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Espírito Santo, v. 46, n. 5, p. 629-632, 2013.

Centro de Referência de Atendimento À Mulher (CRAM) e a segurança da mulher: Um Relato de Experiência

Ana Letícia Alves Tomé de Sousa

Bacharelado em Psicologia, Faculdade Uninta Itapipoca. Av. Anastácio Braga, 4888
Encruzilhada, Itapipoca - CE.

Antonia Hannastacya Nascimento Veras

Bacharelado em Psicologia, Faculdade Uninta Itapipoca. Av. Anastácio Braga, 4888
Encruzilhada, Itapipoca - CE.

Emanuel Marcos dos Santos Alves

Bacharelado em Psicologia, Faculdade Uninta Itapipoca. Av. Anastácio Braga, 4888
Encruzilhada, Itapipoca - CE.

Ana Priscila Barroso Araújo*

Docente do curso de Psicologia, Faculdade Uninta Itapipoca. Av. Anastácio Braga, 4888
Encruzilhada, Itapipoca - CE.

*Autor correspondente: Discente do curso de Psicologia, Av. Anastácio Braga, 4888
–Encruzilhada, Itapipoca - CE. (88) 2137-0279; anaprisila_araujo@yahoo.com.br.

RESUMO

Introdução: A violência contra a mulher é uma problemática que tem várias implicações em suas manifestações e sinais, que antecedem o próprio ato de agressão física. O Centro de Referência de Atendimento à Mulher – CRAM, é um equipamento voltado para a proteção e a promoção do bem-estar de mulheres que foram vítimas de violência. **Objetivo:** O presente artigo tem como objetivo discutir como a violência contra a mulher é percebida pelos profissionais de psicologia nos espaços de acolhimento, bem como sobre as intervenções realizadas nestes espaços. **Metodologia:** Para alcançar esse objetivo, realizou-se uma revisão narrativa da literatura de artigos de revistas, livros e cartilhas técnicas, bem como de observações realizadas em um CRAM de uma cidade no interior do Ceará. **Resultados:** Os resultados indicaram que a violência doméstica pode ser associada com a violência de gênero, definida como uma possível relação de poder entre o homem que desempenha um papel de autoridade, e a mulher como sendo submissa a esse suposto dominador. O machismo é um fenômeno que, muitas vezes, acontecem em atendimentos de equipamentos voltados para a segurança da mulher, sendo manifestado através de atitudes discriminatórias que julgam a credibilidade da fala de mulheres. **Conclusão:** Conclui-se que é importante que o CRAM tenha uma estrutura adequada e profissionais capacitados, para que os atendimentos sejam feitos e realizados com eficácia, possibilitando um espaço agradável e acolhedor, para as vítimas que buscam um atendimento no equipamento.

Palavras-chave: Androcentrismo; CRAM; Violência Doméstica.

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é um fenômeno considerado como um problema de saúde pública. Existem várias implicações para com as suas manifestações e sinais, que por muitas vezes antecedem a violência física. Um dos tipos de violência relacionado a mulher é a violência doméstica, que se caracteriza como atitudes ou omissões que infligem sofrimentos a mulher, sendo estes de natureza física ou psicológica, havendo também um sentimento de posseção de seus bens e um controle de suas atividades.

Para Alves (2005 apud MACHADO e GONÇALVES 2003, p.02), a violência doméstica consiste em qualquer ato ou omissão que cause sofrimentos psicológicos, morais, físicos ou patrimoniais de forma direta ou indireta ao indivíduo que resida com o agressor.

A violência doméstica pode ser associada com a violência de gênero, definida como uma possível relação de poder entre o homem que desempenha um papel de autoridade, e a mulher como sendo submissa a esse suposto dominador. É importante ressaltar que a violência é um componente que faz parte da história de vida de muitas mulheres, ocorrendo desde a infância por parte de familiares, especialmente do sexo masculino, e, posteriormente sendo reeditada pelo companheiro (BRASIL, 2013)

Existem centros especializados para o atendimento dessas mulheres vítimas de violência, que, conseqüentemente, tiveram os seus direitos violados. São conhecidos como Centro de Referência de Atendimento à Mulher (CRAM), que é um espaço destinado a acolher essas vítimas, disponibilizando um serviço adequado as demandas trazidas, onde serão ofertados serviços psicológicos e sociais, como também orientações e encaminhamentos jurídicos, para que haja uma superação da situação de violência. Essa atividade deve ser uma prática comprometida com a singularidade do sujeito, que necessita ser ouvido e respeitado em sua individualidade. O profissional que atende nesses centros, podendo ser (o) psicóloga (o) deve propiciar uma escuta atenta, oportunizando a emergência de significados (BRASIL, 2013)

Sendo assim, a atuação dos profissionais de psicologia no CRAM é relevante, e tem a sua devida importância para contribuir com a prevenção, como também na intervenção sobre as vulnerabilidades sociais trazidas pelas mulheres. Há a necessidade de um trabalho multidisciplinar nesses espaços, onde o psicólogo/a irá contribuir com o seu olhar profissional, para que sejam ofertados atendimentos que tenham como foco uma atenção integral a vítima de violência doméstica, para que esta possa ser escutada adequadamente e orientada conforme a sua demanda psicológica. Além disso, aponta-se para a importância da Psicologia na construção de espaços de organização social e familiar de modo a contribuir para a quebra dos ciclos de vulnerabilidade social, fortalecendo os vínculos, as redes de apoio social e a autonomia dos sujeitos (BRASIL, 2011, p. 12).

O presente artigo tem como objetivo discutir como a violência contra a mulher é percebida pelos profissionais de psicologia nos espaços de acolhimento, bem como sobre as intervenções realizadas nestes espaços.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Para a elaboração deste artigo, utilizamos o método de revisão narrativa de literatura, bem como de observações realizadas em um CRAM de uma cidade no interior do Ceará. A pergunta norteadora que dera partida a esta pesquisa fora: Como a violência contra a mulher é percebida pelos profissionais de psicologia nos espaços de acolhimento? Como as intervenções destinadas a estas mulheres são realizadas nestes espaços? Para esta questão, elencamos os descritores, “androcentrismo”, “CRAM” e “violência doméstica” para serem utilizados na busca nas bases de dados. Optamos por fazer uma busca combinada desses descritores, de forma a se ter um escopo mais fechado sobre o tema.

Utilizamos fontes bibliográficas que tratavam da temática geral do trabalho, como artigos de revistas e cartilhas técnicas que se relacionavam à temática proposta e, encontrados na base de dados eletrônica *Google Scholar*. Selecionamos esta base devido ao seu acesso livre, pela facilidade de uso e por possuir um acervo bastante amplo de periódicos e artigos indexados em seu banco de dados. Os critérios de inclusão adotados foram trabalhos publicados entre o ano de 2005 até 2021, com foco de pesquisa no Brasil, trabalhos na língua portuguesa, artigos, livros e cartilhas técnicas. Os critérios de exclusão adotados foram trabalhos publicados fora do período de tempo estipulado e, que não abordassem o tema da pesquisa.

Realizamos também uma pesquisa observacional não participante, no período de agosto de 2020 a dezembro de 2020, nas quais as informações coletadas e selecionadas foram analisadas a partir das teorias que abordam o tema, contribuindo assim, para este relato de experiência. A observação teve como foco a temática da violência doméstica, no CRAM enquanto estrutura e na questão do machismo estrutural no equipamento. Os textos foram selecionados, analisados e interpretados conforme o objetivo da pesquisa.

Foram observadas as implicações que as temáticas tinham no espaço, e em como possivelmente, elas teriam um impacto negativo no acolhimento e na orientação das mulheres que buscavam um atendimento. Tais informações, juntamente com os relatos observados, foram extremamente importantes para a compreensão do feminino nesses espaços, como também da violência de gênero que era parte da realidade do equipamento.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 Violência doméstica

A violência doméstica se manifesta diante de pequenos sinais, que muitas vezes são ignorados pela própria vítima. Estão presentes em palavras depreciativas proferidas por impulso ou em tom de brincadeira, nos momentos em que ela a mulher impedida de sair para certo lugar ou com certa roupa, acaba não possuindo controle sobre suas redes sociais, e é constantemente constrangida diante de amigos e familiares por seu agressor, entre outros fatores alarmantes. A violência psicológica abrange xingamentos, humilhações e desvalorizações, sendo, muitas vezes, mais difícil da vítima suportar do que a física (RAZERA, CENCI E FALCKE, 2014)

Ao receber uma vítima de violência no CRAM, as funcionárias são instruídas a acolhê-la da melhor forma possível, onde recomenda-se que nesse primeiro contato tenha uma predominância de profissionais do gênero feminino, para que o ambiente seja confortável para a mulher em situação de vulnerabilidade. Além de uma recepção acolhedora, as funcionárias fornecem escuta à vítima e a incentivam a denunciar o/a agressor/a. Durante a visita observacional, foi relatada a necessidade de que as mulheres teriam que se sentir confortáveis no equipamento, haja vista que o profissional de vigilância do equipamento era do sexo masculino, sendo assim foi feita uma tentativa de aquisição de uma profissional de vigilância do gênero feminina no espaço.

Além de uma recepção acolhedora à mulher vítima de violência, pode ser encaminhada ao departamento de polícia juntamente com a psicóloga ou assistente social do CRAM. Caso aceite realizar a denúncia, ela é informada e orientada a respeito de como seu caso irá proceder. Há a existência de casos em que o agressor desmoraliza a vítima em sua procura por um atendimento, algo que foi mencionado durante a entrevista.

Quando detectada a violência, as mulheres tendem a sofrer uma dualidade interior, questionando se realmente deverão realizar a denúncia ou se prosseguirão com suas vidas como se a violência não houvesse ocorrido, pois muitas vezes a vítima por medo, acaba desistindo de prestar a ocorrência. Vários motivos podem ser as causas da desistência, como ameaças de morte, muitas vezes não restritas somente a ela, como também sua família ou entes queridos.

Outro motivo que pode ser apontado para essa desistência da vítima a prestar a queixa, pode ser relacionada a dependência financeira da mulher com seu agressor, por medo de não conseguirem outras fontes de renda, permanecem nos lares que foram violentadas convivendo com a pessoa que violou seus direitos.

3.2 CRAM: Política e Estrutura

De acordo com a cartilha de Norma Técnica de Uniformização (2006) emitida e distribuída gratuitamente pela Secretaria Especial de Política para as Mulheres, que foi criada no ano de 2003 no intuito de auxiliar a presidência da República na formulação de políticas e campanhas educativas de caráter nacional, visando a igualdade de gênero e o combate à discriminação. Em parceria com grupos feministas e de outros movimentos sociais, a Secretaria desenvolveu o Plano Nacional de Políticas para Mulheres, que apoia ações de prevenção e combate à violência contra as mesmas. Assim como, o atendimento à mulher em qualquer situação de vulnerabilidade, fornecendo também as devidas orientações e atendimentos técnicos adequados.

Os Centros de Referência de Atendimento à Mulher – CRAM foram equipamentos criados através de políticas públicas, para intermediar e auxiliar no enfrentamento e combate da violência cometida contra as mulheres. Conforme Dos Santos (2021) o CRAM objetiva a promoção da quebra dos ciclos de violência enfrentados pelas mulheres, como também, auxilia na construção da cidadania através de ações globais e a partir da oferta de atendimentos interdisciplinares. Esses espaços foram criados para serem os articuladores existentes entre a rede de serviços de atendimento à mulher em alguma situação de vulnerabilidade.

Observou-se durante a visita realizada ao CRAM do interior do estado do Ceará, que

há uma insuficiência na sua equipe de profissionais, onde a estrutura atual não consegue fornecer o acompanhamento adequado a todas as demandas que a cidade possui, tanto no seu quadro de profissionais quanto em sua estrutura física.

O equipamento conta com uma estrutura com diversas falhas no teto, fazendo com que no período chuvoso haja um gotejamento no espaço. Os banheiros com sua estrutura comprometida, acabam impossibilitando um bom acolhimento dos usuários, e principalmente, das vítimas que fazem uso do mesmo, sendo necessário uma reforma. O equipamento também se mantém com uma mobília ultrapassada e com alguns móveis faltando, havendo a necessidade de aquisição de: um fogão, uma geladeira, novas mesas e cadeiras, novos aparelhos de ventilação.

Há também, a carência de um veículo próprio, para auxiliar na locomoção dos servidores e até mesmo das vítimas. Sendo que outro fator, é a falta de profissionais no local, pois o número presente é inferior ao estipulado para que ocorra um atendimento adequado às vítimas que chegarem ao local, bem como ao atendimento populacional da cidade. Atualmente o equipamento se encontra em estado de carência, com diversas demandas para atender, fazendo com que ocorra um comprometimento na eficiência das intervenções, em suas necessidades institucionais e serviços à comunidade.

Os serviços que são ofertados no CRAM devem elaborar diagnósticos preliminares a respeito da situação de violência, realizando encaminhamentos à rede de serviço, fazendo o acompanhamento dessa vítima, como também prestar atendimentos especializados que contemplem fenômenos e situações em que são cabíveis perspectivas psicológicas, jurídicas e sociais, como também, prestam orientações para as vítimas. (BRASIL, 2006)

O atendimento no CRAM às vítimas de violência é realizado em quatro fases: primeiro a vítima busca ajuda no equipamento, depois de receber o acolhimento necessário é fornecido a essa mulher orientações dos próximos passos a serem seguidos como os profissionais que ela terá contato posteriormente, em terceiro ocorre um atendimento aprofundado e em quarto se dá pelo encerramento do atendimento, pois a equipe manterá comunicação com os outros equipamentos da rede, como também realizando envios de relatórios periodicamente.

3.3 As implicações do patriarcado na violência contra a mulher

Algumas vítimas ao relatarem sobre a sua demanda no CRAM, podem se deparar com atitudes discriminatórias e machistas, que julgam a credibilidade de sua fala e colocam em dúvida alguns aspectos que são trazidos na característica de sofrimento psíquico. Muitas vezes, o profissional nem percebe o seu comportamento inadequado e inadmissível, onde a prevenção de que a vítima passe por mais sofrimento é um dos objetivos da atuação do equipamento na sociedade.

O machismo enquanto estrutura é um problema que surge através de uma ideologia patriarcal da qual vivemos e fazemos parte, onde o homem detém uma figura dominante, onde a racionalidade e a verdade de seus posicionamentos sempre são incontestáveis, sendo a fala de uma mulher, algo que vem para dissimular a sua verdade.

A concepção do masculino como sujeito da sexualidade e do feminino como

seu objeto é um valor de longa duração da cultura ocidental. Com base no patriarcalismo, o masculino é visto como o lugar da ação, da decisão, da chefia da rede de relações familiares e da paternidade (BALBINOTTI, 2018, pag. 248-249).

Coloca-se em questão a posição que o homem possui na sociedade, e em como o seu papel social tem espaço para certas atitudes que tendem a ser naturalizadas. Na qual, a palavra do homem sobre o que está sendo acusado pela mulher como uma situação de violência, possui uma atenção maior, e a palavra da mulher, possivelmente acaba por ser interpretada como uma tentativa de manipulação da fala dele.

No regime patriarcal, as mulheres são percebidas como seres inferiores e subordinadas aos homens, o que autoriza o controle dos corpos e da sexualidade feminina. Por muito tempo, as mulheres foram consideradas como propriedade dos homens; desde o nascimento, o pai detinha todos os poderes sobre sua filha, tais poderes seriam transferidos ao seu futuro esposo posteriormente (DOS SANTOS e MOREIRA, 2019, p. 392).

A palavra da mulher, muitas vezes, é distorcida fazendo com que o seu discurso tenha um lugar de fala pertencente ao delírio e a loucura, algo que vai causando mais sofrimento para a vítima, pois, a mesma quando vai em busca de ajuda em espaços de apoio, como o CRAM, é possível que esteja há muito tempo sofrendo com a violência, e ao se deparar com mais julgamento de sua fala e moral, acaba por não mais querer buscar um acolhimento profissional, que deve ser um local de segurança e não de mais violência. Todos os tipos de violência praticados contra a mulher têm como base as desigualdades entre homens e mulheres, bem como a manutenção e reprodução da ideologia de que há um domínio dos homens sobre elas (DOS SANTOS e MOREIRA, 2019, p. 402). São situações cotidianas que possuem esse lugar simbólico em nossos papéis sociais, e que os profissionais devem ter conhecimento deles para não serem também reprodutores de discursos similares.

Os profissionais que irão acolher essas mulheres em situações de vulnerabilidade, devem ter um preparo para conseguirem acolher e escutá-las de maneira adequada. Conhecer, e compreender que o machismo é uma problemática estrutural em nossa sociedade, é extremamente relevante para que não ocorram exclusões nos espaços de prevenção e promoção de saúde, que é o caso do CRAM. Foi observada na visita institucional que os discursos machistas faziam parte da realidade cotidiana do equipamento, algo que já tinha sido discutida a questão de que tais atitudes não eram admissíveis, e que havia um sentimento de incômodo por parte de atitudes dessa natureza, em um ambiente profissional.

De acordo com Batista, Pires e Lima (2021), há toda uma reivindicação de que as desigualdades entre gênero sejam desfeitas, através de perspectivas tanto femininas quanto masculinas. Quando há essa noção da existência dessa suposta dominação masculina, há a possibilidade de compreender o fenômeno trazido como demanda, e poder orientar melhor a vítima, para que ela seja capaz de recuperar a sua autonomia, para que a mesma possa conseguir sair da situação de violência.

A mulher enquanto vítima, irá falar sobre as suas queixas e sofrimento com uma pos-

tura mais passiva, reconhecendo em algumas situações que não há como se afastar da violência, por conta de sentimentos pessoais, por não ter uma estrutura que a receba e a proteja, por não acreditar que alguém acredite em sua palavra, ou ainda, por temer ainda mais julgamento e opressão. Dos Santos e Moreira (2019) apontam para como esse processo de dominação-submissão pode ser mal compreendido por quem está escutando-o. Compreendendo as masculinidades e as feminilidades como construções sociais, percebemos como o sexo biológico irá determinar a maneira como as diferenças, presentes nos corpos serão vistas e tratadas pelo contexto em que estão inseridas (p. 398)

O corpo da mulher na sociedade, as suas decisões e atitudes, sempre foram estigmatizados e alvo de discursos que oprimem cada vez mais a figura feminina nos espaços sociais, e quando há uma posição masculina por detrás deles, há uma desvalorização ainda maior do que é ser mulher e do ser feminino em um lugar onde o patriarcal é tido como modelo de liderança e dominação.

A masculinidade hegemônica se configura como um referencial normativo. Esta masculinidade incorpora a ideia de “honra” de ser homem, ancora a ideologia de que todos os homens devem se posicionar em relação a ela, como um ideal, e ainda, legitima a subordinação das mulheres aos homens. Esta masculinidade se apresenta como uma instância idealizada na cultura patriarcal (BATISTA, PIRES e LIMA, 2021, p. 24).

Reconhecer que esses espaços como o CRAM podem ser reprodutores de discursos dessa natureza, é um primeiro passo para ser possível o reconhecimento da necessidade de uma capacitação melhor sobre a temática da violência feminina, e em como os profissionais são importantes para quebrar esse ciclo de violência. Segundo Batista, Pires e Lima (2021) a discussão sobre a violência de gênero é importante para a aquisição de novas relações culturais voltadas para um processo educacional sobre a temática de gênero.

Pois, quando há o reconhecimento de um pensamento estigmatizado e estruturado socialmente, há a possibilidade de compreender a formação do processo e ser possível a desconstrução de sua ideologia.

No regime patriarcal, as mulheres são percebidas como seres inferiores e subordinadas aos homens, o que autoriza o controle dos corpos e da sexualidade feminina. Por muito tempo, as mulheres foram consideradas como propriedade dos homens; desde o nascimento, o pai detinha todos os poderes sobre sua filha, tais poderes seriam transferidos ao seu futuro esposo posteriormente.” (DOS SANTOS e MOREIRA, 2019, p. 392).

Ou seja, é possível que o acolhimento quando realizado de maneira incorreta, inclusive por profissionais do gênero feminino, acabem reproduzindo discursos machistas que acabam distanciando a vítima de seus direitos e garantias, na busca por um atendimento humanizado. Cada vez mais a desigualdade entre homens e mulheres era sustentada por estereótipos, preconceitos e hierarquia de valores (BALBINOTTI, 2018)

Portanto, mostra-se de grande relevância perceber esse fenômeno da violência con-

tra a mulher como uma problemática estrutural, que tem como base uma cultura patriarcal, possibilitando a compreensão das sutilezas com as quais, cotidianamente, agressões são naturalizadas, e passam a acontecer com mais frequência, repercutindo na mulher vítima de violência enquanto corpo e feminilidade.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo as informações discutidas no artigo, há uma importância de que a violência doméstica seja discutida nos espaços de promoção de saúde e bem-estar, a fim de que seja possibilitado o acesso ao conhecimento sobre este tema, e das intervenções cabíveis. Há muitas outras formas de proteger a mulher em situação de violência, sem a necessidade de que ela recorra apenas às delegacias.

Assim vale ressaltar, que é importante que o CRAM tenha uma estrutura adequada, para que os atendimentos sejam feitos e realizados com eficácia, possibilitando um espaço agradável e acolhedor, para as vítimas que buscam um atendimento no equipamento. Por esses motivos, é de suma importância que haja um fortalecimento do investimento destinado ao equipamento, para que continue havendo o enfrentamento e a prevenção da violência contra a mulher.

É cabível também que nestes espaços sejam realizadas discussões sobre atitudes sexistas, que possivelmente podem distanciar a vítima da busca por ajuda, justamente por ela não se sentir acolhida e segura nesses espaços de proteção e prevenção. O sexismo enquanto estrutura está presente em nossos discursos e atitudes, e quanto mais podermos perceber as suas manifestações mais possibilitaremos o combate à desigualdade das mulheres em nossa sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Cláudia. Violência doméstica. **Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Coimbra**, 2005.

BALBINOTTI, Izabele. A violência contra a mulher como expressão do patriarcado e do machismo. **Revista da ESMESC**, v. 25, n. 31, p. 239-264, 2018.

BATISTA, Kevin Samuel Alves; PIRES, Anderson Moraes; DE LIMA, Aluísio Ferreira. In: POR UM FAZER POLÍTICO SOBRE HOMENS E MASCULINIDADES. In: ROCHA, W. H. A, PIRES, A. M. GÊNERO E SEXUALIDADE: RESISTÊNCIAS DISSIDENTES NA CONTEMPORANEIDADE. Catu: **Bordô-Grená**, BA. 2021, pag. 23-39.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 5 de outubro de 1988. LEI Nº 13.266, de 05 de abril de 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2016/lei/l13266.htm. Acesso em 15 nov. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Nor-**

ma Técnica de Uniformização. Centros de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência. Brasília, DF, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Como os psicólogos e as psicólogas podem contribuir para avançar o Sistema Único de Assistência Social (SUAS): Informações para gestores e gestoras. Brasília, DF: CFP, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Política Pública (CREPOP). Referências técnicas para atuação de psicólogos (os) em Programas de Atenção à Mulher em situação de violência. Brasília. 2013.

DINIZ, Gláucia Ribeiro Starling; ANGELIM, Fábio Pereira. Violência doméstica. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 2, n. 1, p. 16-16, 2003

DOS SANTOS, Luciane Silva. REPRESENTAÇÕES DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES A PARTIR DOS ACOMPANHAMENTOS DO CENTRO DE REFERÊNCIA DE ATENDIMENTO-CRAM EM VALENCIA-BA. In: Simpósio Nacional de História, 31., 2021, Rio de Janeiro. **Anais ANPUH – Brasil**. São Paulo: Associação Nacional dos Professores Universitários de História, 2021

DOS SANTOS, Alyne Aparecida Oliveira; MOREIRA, Margareth Campos. Feminicídio: uma análise sobre a construção das masculinidades e a violência contra a mulher. **CADERNOS DE PSICOLOGIA**, v. 1, n. 2, 2019.

POLÍTICA NACIONAL DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretarias de políticas para as Mulheres – Presidência da República. Brasília, 2011. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>. Acesso em: 15 de novembro de 2021.

RAZERA, Josiane; CENCI, Cláudia Mara Bosetto; FALCKE, Denise. Violência doméstica e transgeracionalidade: um estudo de caso. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 6, n. 1, p. 47-51, 2014.

Perfil sorológico para toxoplasmose em gestantes atendidas em um laboratório de Toledo, Paraná

- Mariana Dalmagro^{a*}
- Bruna Aparecida Soares Fávaro^b
- Getulio Capello Tominc^c
- Emerson Luiz Botelho Lourenço^{a,c,d}
- Nathielle Miranda^b
- Jaqueline Hoscheid^{a,c}

^a Programa de Mestrado em Biotecnologia Aplicada à Agricultura, Universidade Paranaense-UNIPAR.

^b Curso de Farmácia, Universidade Paranaense - UNIPAR.

^c Programa de Mestrado Profissional em Plantas Medicinais e Fitoterápicos na Atenção Básica, Universidade Paranaense - UNIPAR.

^d Programa de Mestrado em Ciência Animal com Ênfase em Produtos Bioativos, Universidade Paranaense - UNIPAR.

*Autor correspondente: Mariana Dalmagro, Especialista em Farmacologia e Interações Medicamentosas, Praça Mascarenhas de Moraes, 4282 – Centro, Umuarama – PR; mariana.dal@edu.unipar.br.

Data de submissão: 08-04-2022

Data de aceite: 12-05-2022

Data de publicação: 20-06-2022

RESUMO

Introdução: A toxoplasmose é uma infecção causada pelo *Toxoplasma gondii*. Após o contágio, o organismo produz resposta imunológica, levando a imunidade. Para as mulheres, a imunidade é importante para futuras gestações, sendo que nesses casos não há risco de infectar o feto. O diagnóstico da infecção é feito por testes de pesquisas de anticorpo IgG e IgM contra o *T. gondii*. O antitoxoplasma IgM está presente na fase aguda da doença, enquanto o IgG é indicativo de exposição prévia ao parasita. **Objetivo:** Realizar um levantamento epidemiológico de toxoplasmose em gestantes em um laboratório localizado no município de Toledo, Paraná. **Metodologia:** Foram analisados laudos de gestantes que realizaram exames pré-natal em um laboratório de Toledo/PR, no período de janeiro a julho de 2019, via Sistema de Gestão Esmeralda Virtual. Avaliou-se o perfil sorológico para toxoplasmose e a idade gestacional. **Resultados:** Foram analisados 1130 laudos, apenas 39,73% das gestantes estavam imunes, e 59,73% susceptíveis a contrair a infecção. Apesar da alta porcentagem de susceptibilidade, menos de 15% das gestantes realizaram corretamente o acompanhamento trimestral de gestação, enquanto cerca de 85% não compareceram. Relacionado a idade gestacional, 50% das gestantes com IgM reagente estavam no terceiro trimestre gestacional, representando elevada taxa de transmissão para o feto. Apenas 1 gestante apresentou sororeatividade no primeiro trimestre, e apesar da transmissão nesse período ser menor, medidas preventivas devem ser iniciadas. **Conclusão:** Devido à alta prevalência de gestantes suscetíveis para toxoplasmose, destaca-se a importância da realização de medidas profiláticas e o acompanhamento pré-natal, com monitoramento trimestral correto.

Palavras-chave: Anticorpo; Feto; Imunidade; *Toxoplasma gondii*.

1 INTRODUÇÃO

A toxoplasmose é uma infecção causada pelo *Toxoplasma gondii*, um protozoário intracelular obrigatório, com uma distribuição cosmopolita. Este parasita tem como ciclo reprodutivo o gato, tornando-o seu hospedeiro definitivo, no entanto cães, suínos, ovinos e aves podem ser hospedeiros intermediários, além dos humanos (ATTIAS *et al.*, 2020).

A contaminação pelo *T. gondii* ocorre principalmente pela ingestão de alimentos e águas contaminadas por fezes de felinos, onde há a presença do oocisto deste protozoário, após a contaminação, o organismo produz resposta imunológica contra este patógeno, re-sultando na imunização do indivíduo (MATTA *et al.*, 2021).

Para as mulheres a imunidade contra este protozoário é importante, pois em uma futura gestação, não há risco de infectar o feto. Já em mulheres não imunizadas pode ocorrer transmissão vertical (da mãe para o feto), causando consequências no desenvolvimento fetal, que são graves principalmente em contaminações no primeiro trimestre gestacional (BARBOSA *et al.*, 2012). Como consequências da infecção, o feto pode apresentar danos neurológicos, microcefalia, hidrocefalia, problemas neuropsicomotores, e o mais comum, problemas relacionados à visão.

O diagnóstico da infecção ou imunidade materna é feito por meio do perfil sorológico, que consiste em testes de pesquisas de anticorpo IgG e IgM contra o *T. gondii*. O marcador sorológico mais utilizado é o anticorpo antitoxoplasma da classe IgM, uma imunoglobulina com estrutura pentamétrica que está presente na fase aguda da doença. Já o teste de avi-dez do anticorpo IgG, é um teste complementar, utilizado para indicar a exposição prévia do paciente ao parasita (SASAI; PRADIPTA; YAMAMOTO, 2018).

As recomendações para a triagem da doença diferem de acordo com o país ou região pela distribuição geográfica do patógeno, porém, para as gestantes, é imprescindível que sejam realizados testes sorológicos trimestralmente, a fim de se verificar a soroconversão, evitando a transmissão vertical e futuros prejuízos à saúde do feto (BIGNA *et al.*, 2020).

O tratamento para toxoplasmose gestacional deve ser instituído tão logo houver com-provação laboratorial (FALLAHI *et al.*, 2018). O medicamento espiramicina é indicado em quadros de infecção aguda no primeiro trimestre de gestação, por atravessar a barreira pla-centária, e assim não oferecer risco iatrogênico para o feto.

A partir de 18 semanas da idade gestacional, é indicado o esquema tríplice para tratamento de infecções agudas, composto pela combinação de sulfadiazina, pirimetamina, e ácido folínico. A associação deve ser evitada no primeiro trimestre da gravidez, devido ao potencial teratogênico da pirimetamina (FRENKEL, 2002).

Visto que a identificação das pacientes susceptíveis permite avaliar a magnitude do problema populacional, reduzir a ocorrência de infecções agudas e a transmissão vertical, fornecendo substrato para futuras estratégias preventivas, o manejo clínico e epidemiológico da infecção por *T. gondii* em gestantes foi avaliado em um Laboratório de Análises Clínicas, em Toledo- PR.

2 MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo foi de caráter quantitativo e descritivo, analisando laudos de gestantes que fizeram acompanhamento pré-natal, em um laboratório de análises clínicas no município de Toledo-PR. Realizou-se um estudo do tipo transversal, que tem por objetivo avaliar a prevalência em uma população definida, por meio de análises individuais de laudos sem ter qualquer contato com o paciente.

Todos os dados coletados foram autorizados pela chefe do laboratório de análises clínicas da Unipar – Toledo por meio do termo de fiel depositário assinado por Edylaine Monteiro Guidi.

Por se tratar de uma parasitose que proporciona maiores prejuízos para recém-nascidos, a população de gestantes foi selecionada. O laboratório no qual realizou-se a pesquisa é um laboratório que atende boa parte das demandas do Sistema Único de Saúde do município.

As variáveis analisadas foram, o período gestacional e a ausência ou presença de anticorpos anti-*T. gondii* das classes IgG ou IgM, em gestantes que realizaram os exames nos meses de janeiro a julho de 2019.

Os dados foram coletados via Sistema de Gestão Esmeralda Virtual, por análise de 1130 laudos obtidos de gestantes que realizaram o acompanhamento pré-natal, por meio de exames laboratoriais/sorológicos. Os dados obtidos foram categorizados em: IgG reagente/IgM não reagente (gestante imune), IgG não reagente / IgM não reagente (gestante suscetível), IgG reagente ou não / IgM reagente (gestante com possível infecção ativa). Em seguida estes foram computados em planilha de Excel e quantificados.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterizada como uma parasitose de ampla distribuição geográfica, a toxoplasmose apresenta diferentes formas de transmissão, porém em uma toxoplasmose gestacional o parasito pode alcançar o feto (toxoplasmose congênita) e causar manifestações clínicas imediatas ou tardias, e até mesmo inviabilidade fetal justificando, portanto, a solicitação de testes para anticorpos anti-*T. gondii* em gestantes em todos os trimestres gestacionais (SOUZA et al., 2016; LIMA; LODOEN, 2019).

Visto que não existe vacina e o tratamento é parcialmente eficaz, deve-se enfatizar que a educação em saúde é a única estratégia apropriada para se reduzir os riscos de exposição e prevenir a toxoplasmose na gestante (BIGNA et al., 2020).

Adicionalmente, dados encontrados demonstraram que no Brasil a incidência de *T. gondii* pode variar entre 56,4 e 91,6% em mulheres grávidas, dados esses que podem ter relação com a cultura do País e seus hábitos higiênicos. Nos Estados Unidos a soro prevalência é baixa em mulheres grávidas e em idade fértil (JONES et al., 2018), no entanto estudos que foram realizados na América Central e do Sul relataram alta soro prevalência por contato prévio com *T. gondii* (DUBEY; JONES, 2008; BIGNA et al., 2020).

Foram analisados 1130 laudos, porém somente 160 gestantes, o que representa menos de 15%, fizeram corretamente o acompanhamento nos três trimestres de gestação, e 960 gestantes, representando cerca de 85%, não compareceram para realizar o acompanhamento correto dos três trimestres. Foram encontradas 6 gestantes com sorologia de infecção para IgM ativa durante a gravidez (Tabela 1), e que mesmo assim não

realizaram o acompanhamento correto, fato que pode ter sido decorrente de falhas na comunicação entre a unidade básica de saúde e a gestante, ou ainda, a gestante pode ter optado pela troca de laboratório para coleta e acompanhamento gestacional.

Tabela 1 – Perfil sorológico para toxoplasmose em gestantes em um laboratório de análises clínicas de Toledo, Paraná.

Perfil Sorológico		%
Susceptibilidade	675	59,73%
Imunidade	449	39,73%
Infecção ativa	6	0,53%
Total	1130	100%

Fonte: Própria autora

Resultados semelhantes já foram relatados em uma pesquisa realizada em 2007, onde foi constatado que 2,5% das gestantes apresentaram IgM reagente, indicando possível infecção ativa ou até mesmo indeterminado para toxoplasmose, e aproximadamente 75% não compareceram para exame confirmatório (MARGONATO et al., 2007). Fatores relevantes que podem ter favorecido a evasão são os empecilhos deslocamento até o ponto de coleta, ou ainda o tempo de espera por atendimento. Cabe ressaltar que a maioria dos casos, 80 a 90% dos casos de toxoplasmose são assintomáticas (BRANCO; ARAÚJO; FALAVIGNA-GUILHERME, 2012) e a gestante, por falta de conhecimento, preocupa-se com os danos que esta parasitose pode causar.

Esses problemas poderiam ser solucionados por meio da implantação de protocolos, que indicasse a verificação de retorno da gestante imediatamente após a detecção de níveis de IgM reagente, bem como maior ênfase em medidas preventivas e medidas educativas para toda a população (MARGONATO et al., 2007).

De acordo com dados tabelados, 59,73% estavam susceptíveis a contraírem a infecção, valor superior à estudos anteriores (Quadro 1) em outros municípios brasileiros, e que intensificam a necessidade de manter esta população informada sobre os métodos preventivos e educação sanitária, como lavar bem as mãos antes de manipular os alimentos, não ingerir carnes mal passadas, higienizar corretamente verduras, hortaliças e frutas, evitar o contato com fezes de gato, não consumir leites e derivados crus ou não pasteurizados, e usar sempre água tratada ou fervida (STELZER et al., 2019; SHAPIRO et al., 2019).

Quadro 1 – Perfil sorológico para toxoplasmose em gestantes em diferentes municípios brasileiros

Município	Susceptibilidade	Imunidade	Infecção ativa	Referência
Recife - PE	22,5%	74,7%	2,8%	FEITOSA et al., 2008.
Jesuítas - PR	40,0%	60,6%	0,0%	BITTENCOURT et al., 2012.
Palotina - PR	39,1%	59,8%	1,1%	BITTENCOURT et al., 2012.
Caxias - MA	22,1%	77,9%	0,9%	CÂMARA; SILVA; CASTRO 2015.

Fonte: Própria autora

Nesse contexto um estudo realizado no município de Maringá, Paraná, relatou que dentre as gestantes, 42,08% afirmaram consumir carne crua, 13,63% afirmaram consumir leite *in natura* e apenas 16,23% relataram ter recebido informações sobre prevenção da toxoplasmose durante a gestação, dados extremamente preocupantes, mostrando a ineficácia dos programas preventivos que deveriam ampla e repetidamente conscientizar sobre os fatores de risco e a necessidade de mudanças de hábitos de vida (BRANCO; ARAÚJO; FALAVIGNA-GUILHERME, 2012).

Como pode ser observado na Tabela 2, 50% das gestantes com infecção ativa (IgM reagente) se encontravam no terceiro trimestre gestacional, enquanto uma gestante (16,66%) apresentou sororreatividade no primeiro trimestre de gravidez. Estudos tem demonstrado que a transmissão vertical durante a gestação tem o risco praticamente restrito às primo--infecções, e as mulheres que apresentam soropositividade antes da gravidez não infectam seus fetos (SANTANA; ANDRADE; MORON, 2003). Além disso, a idade gestacional da in-fecção materna é o que determina o risco da transmissão e o quadro clínico apresentado pela criança, sendo que, quanto mais precoce for a gestação, maior é a probabilidade de sequelas graves ao nascimento (DUNN *et al.*, 1999).

Tabela 2 – Associação entre a infecção ativa para toxoplasmose e idade gestacional em um laboratório de análises clínicas de Toledo, Paraná.

Idade Gestacional	Total de gestantes IgM reagente
Até 14 semanas	1
15 a 28 semanas	2
29 a 42 semanas	3
Total	6

Fonte: Própria autora

Foi estabelecido que a taxa de transmissão ao feto durante a primeira infecção é de 25%, 54% e 65% no primeiro, segundo e terceiro trimestre, respectivamente (FEREZIN; BERTOLINI; DEMARCHI, 2013). Ou seja, a infecção no primeiro trimestre é mais grave ao recém-nascido, embora menos frequente, e acarreta desde o abortamento até a Síndrome da Toxoplasmose Congênita (BRASIL, 2006).

Já as infecções no último trimestre, possuem maior probabilidade de atingir o feto, porém o recém-nascido pode ser assintomático ou apresentar, principalmente, ausência de ganho de peso. É importante ressaltar que em 65% à 85% dos casos ocorre a evolução para problemas oftalmológicos (BRASIL, 2006). Assim vista a gravidade da doença congênita, torna-se fundamental o início do pré-natal no primeiro trimestre da gestação, possibilitando a identificação precoce dos casos agudos de toxoplasmose gestacional (FALLAHI *et al.*, 2018).

4 CONCLUSÃO

A infecção por *T. gondii* está associada a grande morbidade durante a gestação, portanto medidas profiláticas e o acompanhamento pré-natal são de grande valia para reduzir

os casos de infecção congênita por este parasita. O estudo transversal permitiu observar a alta prevalência de gestantes suscetíveis para toxoplasmose em um laboratório localizado no município de Toledo. Contudo, apesar da alta susceptibilidade, a maioria das gestantes realizou corretamente o acompanhamento trimestral.

Assim, espera-se por meio deste estudo, conscientizar a população sobre a relevância das medidas preventivas e da promoção da saúde pública no Brasil frente a esta doença de grande importância epidemiológica.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BARBOSA, B. F. *et al.* A Enrofloxacin é capaz de controlar a infecção por *Toxoplasma gondii* em modelos experimentais *in vitro* e *in vivo*. **Parasitologia veterinária**, v. 8, p. 44-55, 2012.
- BITTENCOURT, B. F. H. L. *et al.* Soroepidemiologia da toxoplasmose em gestantes a partir da implantação do Programa de Vigilância da Toxoplasmose Adquirida e Congênita em municípios da região oeste do Paraná. **Revista Brasileira Ginecológica Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, 2012.
- BRANCO, B. H. M.; ARAÚJO, S. M.; FALAVIGNA-GUILHERME, A. L. Prevenção primária da toxoplasmose: conhecimento e atitudes de profissionais de saúde e gestantes do serviço público de Maringá, estado do Paraná. **Ciência Médica**, Porto Alegre, v. 22, n. 4, p. 185-190, 2012.
- CÂMARA, T. J.; SILVA, G. M.; CASTRO, M. A. Prevalência de toxoplasmose em gestantes atendidas em dois centros de referência em uma cidade do Nordeste, Brasil. **Revista Ginecológica Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, 2015.
- DUBEY, J. P.; JONES, J. L. Infecção por *Toxoplasma gondii* e humanos ne animais nos Estados Unidos. **Int J Parasitol**, v. 38, n. 12, p. 57-78, 2008.
- FEITOSA, P. A. M. *et al.* Perfil sorológico para toxoplasmose em gestantes atendidas em maternidade. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 54, n. 3, 2008.
- FEREZIN, R. I.; BERTOLINI, D. A.; DEMARCHI, I. G. Prevalência de sorologia positiva para HIV, hepatite B, toxoplasmose e rubéola em gestantes da região noroeste do estado do Paraná. **Revista Brasileira Ginecológica Obstetrícia**, v. 35, n. 2, p. 66-70, 2013.
- FRENKEL, J. K. **Toxoplasmose.** In: VERONESI, R. Focaccia eds. Tratado de Infectologia, São Paulo: Guanabara Koogan, p. 1310-1324. 2002.

MARGONATO, B. F. et al. Toxoplasmose na gestação: diagnóstico, tratamento e importância de protocolo clínico. **Revista Saúde Materna Infantil**, Recife, v. 7, p. 381-386, 2007.

SANTANA, R. M.; ANDRADE, F. M.; MORON, A. F. Infecções TORCH e gravidez. In: Prado FC, Ramos J, Ribeiro do Valle J, editores. **Atualização terapêutica**. Artes Médicas. São Paulo, 21 ed., p. 1-2, 2003.

SOUZA, A. F. et al. **Perfis sorológicos para toxoplasmose de pacientes atendidos em um laboratório de Goiânia, Goiás. Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 48, n. 4, p. 337-40, 2016.

DUNN, D. et al. Mother-to-child transmission of toxoplasmosis: Risk estimates for clinical counseling. **Lancet**, v. 353, n. 9167, p. 1829-1833, 1999.

BIGNA, J. J. et al. Soroprevalência global, regional e nacional de *Toxoplasma gondii* em mulheres grávidas: uma revisão sistemática, modelagem e meta-análise. **Representante Científico**, v. 10, n. 12102, 2020.

FALLAHI, S. et al. Revisão atualizada da literatura sobre distúrbios materno-fetais e reprodutivos da infecção por *Toxoplasma gondii*. **J. Gynecol. Obs. Zumbir. Reproduzir**, v. 47, n. 3, p. 133-140, 2018.

JONES, J. L. et al. Infecção por *Toxoplasma gondii* nos Estados Unidos, 2011-2014. **The American Journal of Tropical Medicine and Higiene**, v. 98, n. 2, p. 551-557, 2018.

SHAPIRO, K. et al. Transmissão ambiental de *Toxoplasma gondii*: Oocistos na água, solo e alimentos. **Food and Waterborne Parasitology**, v. 15, p. e00049, 2019.

LIMA, T. S.; LODOEN, M. B. Mecanismos de evasão imune inata humana por *Toxoplasma gondii*. **Fronteiras em microbiologia celular e de infecção**, v. 9, p. 103, 2019.

SASAI, M.; PRADIPTA, A.; YAMAMOTO, M. Respostas imunes do hospedeiro ao *Toxoplasma gondii*. **International Immunology**, v. 30, n. 3, p. 113-119, 2018.

STELZER, S. et al. Infecção por *Toxoplasma gondii* e toxoplasmose em animais de fazenda: fatores de risco e impacto econômico. **Food and Waterborne Parasitology**, v. 15, p. e00037, 2019.

ATTIAS, M. et al. O ciclo de vida do *Toxoplasma gondii* revisado usando animações. **Vetores de parasitas**, v. 13, n. 1, p. 588, 2020.

MATTA, S. K. et al. Infecção por *Toxoplasma gondii* e suas implicações no sistema nervoso central. **Nat Rev Microbiol**, v. 19, p. 467-480, 2021.

Reincidência de infecções sexualmente transmissíveis no Brasil com ênfase no vírus da imunodeficiência humana, papilomavirus humano e sífilis

■ Mariana Dalmagro ^{a*}

■ Guilherme Donadel ^b

■ Mariana Balzan ^c

■ Jaqueline Hoscheid ^d

■ Daniela de Cássia Faglioni Boleta-Ceranto ^e

■ Giuliana Zardeto ^f

^a Programa de Mestrado em Biotecnologia Aplicada à Agricultura, Universidade Paranaense - UNIPAR.

^b Programa de Doutorado em Ciência Animal com Ênfase em Produtos Bioativos, Universidade Paranaense - UNIPAR.

^c Curso de Biomedicina, Universidade Paranaense - UNIPAR.

^d Programa de Mestrado em Biotecnologia Aplicada à Agricultura, Universidade Paranaense - UNIPAR. Programa de Mestrado Profissional em Plantas Medicinais e Fitoterápicos na Atenção Básica, Universidade Paranaense - UNIPAR.

^e Programa de Mestrado Profissional em Plantas Medicinais e Fitoterápicos na Atenção Básica, Universidade Paranaense - UNIPAR.

^f Laboratório de pesquisa pré-clínica de produtos naturais, Universidade Paranaense - UNIPAR.

*Autor correspondente: Mariana Dalmagro, Especialista em Farmacologia e Interações Medicamentosas, Praça Mascarenhas de Moraes, 4282 – Centro, Umuarama – PR, 87502-210; mariana.dal@edu.unipar.br.

Data de submissão: 08-04-2022

Data de aceite: 05-05-2022

Data de publicação: 22-06-2022

RESUMO

Introdução: As infecções sexualmente transmissíveis (IST's) são causadas por mais de 30 agentes etiológicos e são transmitidas, por exemplo, através da relação sexual sem proteção. O aumento de IST's nos últimos anos denota baixo conhecimento sobre essas doenças, indicando necessidade de mais informações preventivas. **Objetivo:** Promover um levantamento bibliográfico das infecções sexualmente transmissíveis com ênfase no vírus da imunodeficiência humana, papilomavírus humano e sífilis. **Metodologia:** Foi realizada uma pesquisa na base de dados Google acadêmico, do período de 2011 a 2021, nos idiomas de português e inglês, com ênfase no vírus da imunodeficiência humana, papilomavírus humano e sífilis. **Resultados:** No Brasil, cerca de 920 mil pessoas vivem com o vírus da imunodeficiência humana (HIV), sendo que até outubro de 2020, 708 mil pessoas estavam em tratamento com antirretrovirais, disponíveis na rede pública. O Papilomavírus humano (HPV) tem apresentado prevalência crescente na sociedade. Foram diagnosticadas mais de 500 mil mulheres com HPV no ano de 2020, e aproximadamente 342 mil óbitos. Com relação à Sífilis, no mês de setembro de 2020, no Brasil, foram enviados aos estados 5,5 milhões de testes de triagem para a rede pública, sendo registrados 115.371 casos de sífilis adquirida, 61.441 de sífilis em gestantes e 22.065 de sífilis congênita com 186 óbitos. **Conclusão:** Enfatiza-se a importância da utilização de métodos para evitar as IST's. Além disso, cabe aos profissionais da área da saúde instruir os pacientes a fim de reduzirem as barreiras e aumentar a conscientização. Neste sentido, mais estudos acerca destes assuntos devem ser realizados.

Palavras-chave: Educação em saúde; Infecções; HIV; HPV; DST.

1 INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) são causadas por mais de 30 agentes etiológicos, dentre esses encontramos espécies bacterianas (*Neisseria gonorrhoeae*, *Clamídia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma genitalium*, *Treponema pallidum*, *Haemophilus ducreyi*); fúngicas (*Candida spp*) e protozoárias (*Trichomonas vaginalis*), e são transmitidas de diversas maneiras: por meio do contato sexual (oral, vaginal, anal) sem uso de preservativos masculino ou feminino com indivíduo infectado, por transmissão vertical (durante a gestação, parto ou amamentação), por compartilhamento de seringas para uso injetável de drogas, por compartilhamento de brinquedos sexuais, por contato direto com lesões (mesmo que não seja pela via sexual) e por meio da transfusão de sangue, eventualmente (BRASIL, 2015).

As IST's estão entre as doenças mais comuns em todo o mundo, sendo consideradas um problema de saúde pública. Dentre as consequências que estas trazem à saúde e à vida das pessoas, a principal é o impacto sobre a saúde reprodutiva e infantil, o qual contribui diretamente para a infertilidade, complicações durante a gravidez e o parto, e, além disso, facilitam a transmissão sexual do vírus da imunodeficiência humana (HIV), e, em casos ex-tremos, podem levar à morte fetal (WHO, 2016).

Segundo dados de prevalência do período de 2009 a 2016, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou aproximadamente 376,4 milhões de casos incidentes de IST, considerados curáveis. O crescente número de casos tem mostrado a persistência dos agravos, que apesar de evitáveis, ainda continuam a desafiar os sistemas de saúde (DOMINGUES *et al.*, 2021).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde propõe acelerar a eliminação das epidemias do vírus da imunodeficiência humana (HIV), e das IST como problemas de Saúde Pública na Região das Américas, até o ano de 2030 por meio do Plano de Ação para Prevenção e Controle do HIV/IST (2016-2021) (OPAS; OMS, 2016).

As IST's (Infecções sexualmente transmissíveis) referidas HIV (vírus da imunodeficiência humana), HPV (papilomavirus humano) e Sífilis foram escolhidas, pois se tratam das IST's que tem maior índice de mortalidade dentre as que mais acometem a população brasileira. Neste sentido, o objetivo do presente estudo foi realizar um levantamento bibliográfico das infecções sexualmente transmissíveis com ênfase no vírus da imunodeficiência humana, papilomavírus humano e sífilis.

2 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento deste trabalho foi realizado um estudo descritivo de revisão da literatura, onde de acordo com Gil (2008, p.50) “é desenvolvido a partir de material já elaborado, constituído de livros e artigos científicos”, assim, foi selecionado artigos e trabalhos de vários autores consagrados para estruturação, desenvolvimento e discussão do mesmo.

Do ponto de vista metodológico, o presente estudo promoveu uma discussão histo-

riográfica, direcionado a uma análise qualitativa, a fim de enriquecer o corpo textual com ideias ricas e concretas, publicadas nos últimos dez anos, com pensamentos que consigam romper a questão do tempo e se manter como atual por muito tempo, para que futuramente possa servir de inspiração a novos estudos que queiram utilizar o presente trabalho como referencial teórico para suas novas pesquisas e abordagens.

Para a presente pesquisa foi realizada uma busca bibliográfica nas bases de dados Google Acadêmico® e PubMed® (*United States National Library of Medicine*), compreendendo um intervalo de publicação entre os anos de 2015 a 2021, nos idiomas de inglês e português. As palavras-chaves utilizadas no decorrer da pesquisa foram: Educação; Infecções; Prevenção; Saúde, IST's (Infecções sexualmente transmissíveis). Como se trata de uma revisão bibliográfica, não foram realizadas as análises qualis capes dos artigos pesquisados. O critério para a seleção foi baseado na relevância temática, onde foram selecionados artigos para fundamentação teórica básica e complementar.

3 RESULTADOS

Para os resultados do presente estudo foram encontrados 50 artigos entre os anos de 2015 até 2022, sendo somente utilizados 20 deles no aprofundamento do estudo. As IST's é um tema atual e de extrema importância. Neste sentido, os resultados do presente estudo demonstram o aumento dessas infecções em destaques nos últimos anos no Brasil.

É importante destacar que em consonância com organismos internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a comunidade científica e outros países e como o Brasil por meio do Departamento de Saúde, passou-se a utilizar o termo "Infecções Sexualmente Transmissíveis" (IST's) em vez de "DST's", "DST". O novo nome é uma das revisões da estrutura regimental do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015).

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) que mais acometem a população brasileira são: HIV/AIDS, Sífilis, HPV, Gonorreia, Herpes genital, Hepatites B e C (MI-RANDA *et al.*, 2021).

É muito importante estar atento às manifestações clínicas das IST's no corpo humano, pois quando não tratadas aumentam o risco de câncer cervical, pênis e ânus, além disso, podem causar infertilidade em homens e mulheres, e, durante a gravidez, causar aborto ou parto prematuro e, complicações ao nascer (ARRUDA; MIRANDA 2022).

Existem vários fatores negativos associados à atenção às IST's, nomeadamente, a falta de informação sobre quais sejam as infecções e a necessidade de tratamento, a discriminação a respeito das doenças sexualmente transmissíveis, a falta de acesso aos serviços, bem como, a ausência de testes realizados durante as consultas médicas (GENZ *et al.*, 2017).

Uma das medidas adotadas pelo governo para reduzir a incidência de doenças sexualmente transmissíveis, principalmente em relação à transmissão direta da sífilis e do HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), é a disponibilização de testes rápido, realizar diagnóstico precoce e tratamento adequado (BRASIL, 2022a).

No Brasil, dentro do Plano Integrado de Saúde, a Estratégia Saúde da Família (ESF) introduziu uma nova forma de reforma da política de saúde, que pode ser considerada como

um conjunto de ações individuais e comprovadas, destinadas a promover e prevenir doenças e proteger a saúde, tratamento e manutenção dos pacientes que são acometidos por tais doenças (FRANCISCO; GODOI, 2021).

3.1 SÍFILIS

A sífilis é uma doença sexualmente transmissível causada pelo *Treponema pallidum*, uma bactéria gram-negativa, pertencente ao grupo das espiroquetas, que apresenta evolução sistemática, curável e persistente (BRASIL, 2022b).

O período de incubação dessa bactéria é de três semanas, podendo chegar até aos 40 anos após a contaminação, a sua via de transmissão é por meio da relação sexual, podendo ser anal ao oral, transfusão de sangue, da mãe para o feto em mulheres grávidas, ou quando ocorre contato direto com o sangue do indivíduo contaminado, e caso a mesma não seja tratada pode a vir afetar os sistemas cardiovascular, neurológico e ósseo (VICENTE *et al.*, 2020).

As IST's são consideradas um problema de saúde pública, devido à sua alta incidência. A cada novo boletim da OMS surge cerca de 12 milhões de novos casos de sífilis no mundo e mais prevalentes em países em desenvolvimento (OPAS; OMS, 2016). Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), 5,6 milhões de pessoas são infectadas com sífilis a cada ano. No Brasil, a Secretaria de Saúde identifica a doença como um desafio de saúde pública, no qual deve investir e promover políticas públicas de educação e conscientização.

No Brasil, em 2018, a taxa de mortalidade era de 3,9 por 100.000 de nascidos vivos, o que equivale a 112 casos de sífilis em recém-nascidos e estes, foi dado coeficiente de 4,6 para a região Nordeste, com 39 óbitos. Com base nesses dados, confirma-se que a sífilis é uma IST de ampla magnitude. Conforme dados do Ministério da Saúde (2020), de janeiro a junho de 2020, foram registrados 49 mil ocorrências de sífilis adquirida, o que corresponde à média de 8,2 mil casos por mês, sinalizando queda de 36% em comparação com o que foi informado em 2019 (BRASIL, 2020a).

A sífilis durante a gravidez pode ser evitada de ser transmitida para o bebê por meio de práticas de rotina na assistência obstétrica durante o pré-natal, reconhecendo que o diagnóstico precoce e o tratamento da gestante são as formas mais simples e eficazes de prevenção da doença (DOMINGUES *et al.*, 2021).

Assim, para o tratamento da sífilis, a droga de primeira escolha é a penicilina. O Departamento de Saúde considera: Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhões UI em cada glúteo). Para casos de sífilis tardia, a duração deve ser maior: Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas. Frente a um indivíduo com sorologia reagente confirmada em que não é possível inferir a duração da infecção, caracteriza-se como sífilis latente tardia cujo esquema de tratamento se dá com 3 séries de 2.400.000 UI totalizando 7.200.000 UI de penicilina benzatina (BRASIL, 2018a).

O Sistema Único de Saúde (SUS) oferta testagem e tratamento gratuito para a sífilis, inclusive durante o pré-natal. A pasta realiza a compra centralizada e distribuição de insumos de diagnóstico e tratamento (testes rápidos, penicilina benzatina e cristalina). Somente no mês de setembro de 2020, foram enviados aos estados 5,5 milhões de testes rápidos de

sífilis e 900 mil frascos-ampolas de penicilina benzatina (para tratamento da sífilis adquirida e sífilis em gestantes) e 42,7 mil frascos-ampolas de penicilina (BRASIL, 2020a).

Diante do exposto, é importante que tanto gestores, dentre eles, os governantes e os responsáveis técnicos da saúde pública, quanto profissionais de saúde abordem a problemática da sífilis e desenvolvam estratégias educativas, como estratégias para melhoria da qualidade da assistência, prevenção e controle da doença (LAZARINI; BARBOSA, 2017).

3.2 VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV)

O HIV é um retrovírus da família dos Retroviridae, do gênero *Lentivirus*, que possui duas cepas biológicas, HIV-1 e HIV-2. O HIV-1 e o HIV-2 são dois subtipos diferentes do vírus do HIV, embora causem a mesma doença e se transmitam da mesma forma, apresentam algumas diferenças importantes, especialmente na sua taxa de transmissão e na forma como evolui a doença (ARAÚJO; NASCIMENTO-DIAS, 2021).

O HIV-1, descoberto primeiramente é mais predominante mundialmente, portanto, mais comum. O HIV-2, mais frequente em países da África Ocidental, possui menos partículas virais, portanto, menos patogênico. É possível um infectado com HIV-1 se infectar também com o subtipo HIV-2. Ambos são direcionados ao linfócito T CD4, um tipo de célula imune produzida pela glândula timo. Essa célula é responsável por organizar e regular a resposta imune, pois é capaz de memorizar os tipos de microrganismos que já infectam o corpo e, assim, pode detectá-los e destruí-los (ARAÚJO; NASCIMENTO-DIAS, 2021; MORRILLO; CARRASCO; MEYER, 2018).

Quando infecta uma pessoa, o vírus se liga à parte da membrana que envolve o linfócito TCD4 e o ataca para se replicar. Ele altera o DNA dos linfócitos para fazer cópias do vírus. Após a recorrência, ele decompõe o linfócito, o elimina e se liga a outros para continuar sua replicação. À medida que a infecção progride, o sistema imunológico se enfraquece e se torna menos capaz de combater outras doenças infecciosas (MSD, 2021).

Esse retrovírus tem ação lenta e pode permanecer inativo por anos, ou seja, sem sintomas de um sistema imunológico soropositivo. No entanto, mesmo sem contrair a doença, uma pessoa infectada pode transmiti-la para outras pessoas. Ao se replicar e destruir os linfócitos T CD4, o vírus paralisa o sistema imunológico, permitindo o desenvolvimento de outras infecções, chamadas infecções oportunistas, ou seja, o surgimento da AIDS (Síndrome da imunodeficiência humana) (MSD, 2021). Contagens de células TCD4+ e carga viral (CV) servem como parâmetros para monitorar a saúde dos pacientes que utilizam a terapia antirretroviral (TARV) (ZANCANARO *et al.*, 2017).

A AIDS pode ser transmitida por contato sexual, compartilhamento de agulhas, seringas e outros objetos perfurocortantes, ou transfusão de sangue e hemoderivados, de mãe para filho durante a gravidez, parto e amamentação. Esta doença começou sendo endêmica, e seus efeitos já mataram mais de 35 milhões de pessoas desde a sua descoberta em 1981. Apenas em 2017, 940 mil pessoas morreram de causas relacionadas ao HIV e 1,8 milhão foram infectadas pelo vírus, o que equivale a 5 mil novos casos por dia (MSF, 2018).

Em 2019, foram diagnosticados 41.919 novos casos de HIV e 37.308 casos de AIDS. O Ministério da Saúde estima que cerca de 10 mil casos de AIDS foram evitados no país, no período de 2015 a 2019 através das políticas públicas implementadas para a prevenção

e profilaxia das mesmas. A maior concentração de casos de AIDS está entre os jovens, de 25 a 39 anos, de ambos os sexos, com 492,8 mil registros. Os casos nessa faixa etária correspondem a 52,4% dos casos do sexo masculino e, entre as mulheres, a 48,4% do total de casos registrados (BRASIL, 2020b).

No Brasil, cerca de 920 mil pessoas vivem com HIV. Dessas, 89% foram diagnosticadas, 77% fazem tratamento com antirretroviral e 94% das pessoas em tratamento não transmite o HIV por via sexual por terem atingido carga viral indetectável. Em 2020, até outubro, cerca de 708 mil pessoas estavam em tratamento antirretroviral. Em 2018 eram 593.594 pessoas em tratamento (BRASIL, 2020b).

O diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV pode ser feito de forma mais direta: cultura e isolamento viral, detecção de antígenos do HIV e métodos de detecção de ácido nucléico do HIV (DNA e RNA). Os métodos indiretos, que recebem anticorpos contra o HIV: ELISA (ensaio imunoenzimático), imunofluorescência indireta e Western blot, os métodos indiretos são os de maior sensibilidade (BRASIL, 2018b).

Cabe ressaltar, ainda, que não existe cura para a AIDS, mas uma adesão estrita aos regimes antirretrovirais (ARVs), como por exemplo, Atazanavir, Lamivudina, Abacavir, dentre outros, pode retardar significativamente o progresso da doença, bem como, prevenir infecções secundárias e complicações. Além disso, o acompanhamento correto e o uso dos medicamentos pode fazer com que um indivíduo viva a sua vida normalmente, e ainda, em muitos casos, tornarem o vírus intransmissível (BRASIL, 2017a).

No Brasil, o indivíduo diagnosticado como soropositivo para o HIV é submetido, inicialmente, à avaliação laboratorial para determinar seu estado imunológico. Solicitam-se exames de linfometria TCD4+ e a quantificação do RNA (carga viral). Consultas regulares são realizadas para monitorar a evolução clínica do paciente por meio desses exames, que são repetidos três a quatro vezes por ano, segundo preconizadas pelo Ministério da Saúde. O acompanhamento médico da infecção pelo HIV é essencial tanto para quem não apresenta sintomas, quanto para quem já exibe algum sinal da doença (ZANCANARO *et al.*, 2017).

3.3 PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV)

O Papilomavírus Humano (HPV) é um vírus isolado da família dos Papillomaviridae, gênero *Papillomavirus*, de forma icosaédrica e capsídeo, composto por 72 capsômeros que encerram o DNA do genoma da hélice, com 8.000 bases básicas. O genoma do HPV possui uma região de controle, uma região de alto controle (URR), onde ocorre a replicação viral e contém sítios de ligação para ativação e supressão da transcrição viral. Existem também regiões codificantes, com circuitos de leitura abertos, frames de leitura aberta (ORF), incorporando geneticamente proteínas que são produzidas precocemente (E) e tardias (L) (DOORBAR *et al.*, 2016; EGAWA; GRIFFIN; DOORBAR, 2015; GUPTA; MANIA-PRAMANIK, 2019).

O HPV é o agente etiológico de uma das doenças mais sexualmente transmissíveis, que tem apresentado prevalência crescente na sociedade. Além disso, apresenta grande potencial para a saúde pública atual, pois é considerada uma das principais causas do câncer do colo do útero, sendo encontrada em 90% desses cânceres, em todo o mundo. De acordo com dados encontrados, estima-se que 70% de todos os cânceres cervicais no mundo são causados por HPV tipos 16 e 18 (SARAIYA *et al.*, 2015; SOUSA *et al.*, 2021).

As cepas de HPV são definidas com base na sequência genética da região L1 e podem ser classificadas em mais de 150 subtipos, de acordo com sua homologia, classificados como de baixo risco de HPV oncogênico, que são 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 72, 73 e 81 - os tipos 6 e 11 são os tipos mais comuns de verrugas, e aqueles com maior risco oncogênico, dos quais são selecionados 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68 e 82. Dentre estes, os genes 16 e 18 são de grande preocupação, os quais, se persistentes, têm potencial para desenvolver lesões cervicais avançadas e, conseqüentemente, câncer cervical (BARROS; MOREIRA; MENEZES, 2021; TEIXEIRA *et al.*, 2018).

A transmissão do HPV ocorre pelo contato direto com a pele ou mucosa, infiltração de células metaplásicas ou células basais do epitélio escamoso, principalmente por ato sexual sem proteção, e pode ser transmitida por outros meios, como material compartilhado, por exemplo. A transmissão direta é baixa, em torno de 2,8%, e sua principal complicação é a papilomatose recorrente em adolescentes (BRINGEL; BRINGEL; BARROS, 2021).

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 72 mil mulheres foram diagnosticadas com câncer de colo do útero e quase 34 mil morreram pela doença nas Américas em 2018. As taxas de mortalidade por câncer de colo do útero são 3 vezes maiores na América Latina e no Caribe do que na América do Norte. Em 2018, foram 570 mil novos casos (84% dos novos casos no mundo). Nos últimos anos, aproximadamente 311 mil mulheres morreram de câncer de colo do útero; sendo cerca de 90% dessas mortes em países de baixa e média renda (OPAS; OMS, 2020).

Com esses números o câncer de colo do útero é o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres, sendo responsável por 311 mil óbitos por ano (OPAS; OMS, 2021). O mesmo trata-se da quarta causa mais frequente de morte por câncer em mulheres (IARC, 2020). No Brasil, em 2020, são esperados 16.710 casos novos, com um risco estimado de 15,38 casos a cada 100 mil mulheres. É a terceira localização primária de incidência e a quarta de mortalidade por câncer em mulheres no país, sem considerar tumores de pele não melanoma (INCA, 2019).

A partir de 2014, o Ministério da Saúde ampliou o Calendário Nacional de Vacinação, com a introdução da vacina quadrivalente contra HPV de tipos 6 e 11 (baixo risco oncogênico) e 16 e 18 (alto risco oncogênico). A vacina profilática contra o HPV deve ser uma prioridade para o SUS (Sistema Único de Saúde), considerando-se seus benefícios relacionados à imunogenicidade, eficácia e segurança para a saúde da população. Meninas com idade entre 9 e 14 anos e meninos entre 11 e 14 anos podem receber a vacina de forma gratuita em qualquer unidade de saúde, com duas doses ao ano, sendo a segunda seis meses após a primeira (INCA, 2021).

A vacina novevalente, Gardasil 9, foi licenciada pelo Food and Drug Administration (FDA) nos Estados Unidos e produzida pelo laboratório MSD no ano de 2014. Em 2017 no Brasil, a mesma foi aprovada pela ANVISA para pessoas entre 9 e 26 anos e em 2021 foi estendida para mulheres de até 45 anos. A vacina tem ampla cobertura contra 09 cepas do HPV (HU, 2017; ANVISA, 2017).

Pesquisas desenvolvidas pelo Merck Sharp & Dohme Corp determinaram 97% de eficácia na prevenção de câncer de colo do útero, da vulva e cânceres vaginais causados pelos cinco tipos adicionais de HPV (31, 33, 45, 52, e 58). Além disso, o Gardasil 9 é tão eficaz como Gardasil (quadrivalente) para a prevenção de doenças causadas pelos quatro tipos de

HPV compartilhados (6, 11, 16 e 18) com base em respostas de anticorpos semelhantes em participantes de estudos clínicos (HU, 2017).

Estudos relatam que a vacina possui maior eficácia em adolescentes vacinadas ou vacinados antes do primeiro contato sexual, com produção de anticorpos dez vezes maior que a encontrada na infecção naturalmente adquirida no período de dois anos. A vacinação contra o HPV não leva a mudanças de comportamento sexual entre adolescentes. Os profissionais de saúde devem indicar a vacinação e promover o aumento da cobertura vacinal no país (GOGGIN *et al.*, 2018).

A fase inicial do câncer cervical é geralmente assintomática e pode ser diagnosticada após a triagem de rotina ou exame pélvico. Os sintomas incluem sangramento vaginal pós-coito ou anormal. Um corrimento vaginal profuso e fétido também pode ser sintoma, mas raramente está presente isoladamente. A tríade de edema em membros inferiores, dor no flanco e ciática sugere invasão da parede lateral pélvica (CRUZ, 2021).

A citologia oncótica tem limitações significativas. Baseiam-se na interpretação subjetiva de alterações morfológicas presentes em amostras cervicais que devem ser coletadas com atenção adequada às células de amostragem da zona de transformação. Além disso, a natureza altamente repetitiva do trabalho de rastrear muitos esfregaços leva à fadiga, que invariavelmente causa erros na interpretação. Portanto, a prevenção primária do câncer de colo de útero é agora possível através da imunização com vacinas HPV altamente eficazes e a prevenção secundária ganhou força com o advento do teste sensível de HPV DNA para melhorar os programas tradicionais de citologia Papanicolau (CRUZ, 2021).

Neste sentido, se o paciente não possuir o acesso às vacinas, por não estarem no grupo ao qual é disponibilizado pelo SUS ou chegar a contrair, o tratamento para o HPV possui o objetivo eliminar as verrugas, podendo variar de acordo com a quantidade, local em que aparecem e formatos, sendo importante que o tratamento seja feito de acordo com a orientação do ginecologista ou urologista (GOGGIN *et al.*, 2018).

De acordo com as características das verrugas do HPV, o médico pode recomendar o uso de remédios em forma de pomada, remédios (Podofilox, o Ácido tricloroacético, Imiquimode, Interferon). Em alguns casos por crioterapia (congelamento da verruga por nitrogênio líquido), tratamento com laser ou realização de cirurgia nos casos em que as verrugas sangram, são muito grandes e não desaparecem com o uso de remédios (GOGGIN *et al.*, 2018).

4 CONCLUSÃO

Conclui-se que formas silenciosas destas infecções e a ausência de tratamento repercutem em continuidade da cadeia de transmissão e gastos para o estado em serviços de alta complexidade no tratamento avançado destas doenças, como as hospitalizações e cirurgias, afetando de maneira completa a qualidade de vida destes indivíduos bem como, indiretamente, a população brasileira.

Mediante isso, é notória a importância do diagnóstico precoce para que haja um tratamento adequado em tempo hábil e quebra da cadeia de transmissão. Para isso, o serviço de saúde deve estar estruturado em rede, de forma que todos os setores se comuniquem e direcionem a pessoa infectada ao local de tratamento e acompanhamento, de forma rápida e eficaz. Neste sentido, é de extrema necessidade a educação sexual em escolas, nas co-

munidades e para toda a população, a fim da conscientização da população em geral sobre as infecções sexualmente transmissíveis, suas formas de prevenção e o tratamento correto. Seguindo essa linha de raciocínio, mais estudos acerca do assunto tornam-se necessários.

Por fim, é esperado que o trabalho cumpra o seu papel e insira o leitor acerca de tema que é um assunto bastante polarizado na sociedade contemporânea. Após isso, é pretendido trazer essas ideias ao debate com o auxílio de periódicos da área que fazem um estudo minucioso e cientificamente relevante, para que no futuro, o presente trabalho possa ser colocado na mesma mesa dos especialistas e, possa servir, também, como inspiração a novos estudos que queiram trazer uma nova abordagem e possam utilizar este trabalho como referencial teórico.

REFERÊNCIAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Registrada vacina do HPV contra 9 subtipos do vírus. Distrito Federal, 2017. Disponível em: <http://antigo.anvisa.gov.br>.

ARAÚJO, R. S.; NASCIMENTO-DIAS, B. L. UMA BREVE SÍNTESE DO CENÁRIO ATUAL DOS MEDICAMENTOS E TERAPIAS ANTIRRETROVIRAIS PARA O COMBATE AO HIV NO BRASIL. **RECIMA21-Revista Científica Multidisciplinar-ISSN 2675-6218**, v. 2, n. 3, p. 36-50, 2021.

ARRUDA, S. S.; MIRANDA, J. C. Vida sexual e HPV: avaliação do nível de conhecimento de um grupo de estudantes da rede pública de ensino de Miracema (RJ). **Research, Society and Development**, v. 11, n. 3, p. e31711326521-e31711326521, 2022.

BARROS, T. S.; MOREIRA, P. S.; MENEZES, A. PAPILOMA VÍRUS HUMANO E A CITOLOGIA ANAL. **Caderno de Publicações Univag**, n. 11, 2021.

BRASIL, República Federativa do. 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: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica: manual para a equipe multiprofissional. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais**. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais.** Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b.

BRASIL. Ministério da saúde, **Secretaria de vigilância à saúde.** Boletim epidemiológico de HIV/Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-hivaids-2020>

BRASIL. Ministério da saúde, **Secretaria de vigilância à saúde.** Boletim epidemiológico de Sífilis. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-sifilis-2020>.

BRINGEL, K. A.; BRINGEL, K. M. A.; BARROS, C. R. S. Fatores associados à infecção pelo HPV entre mulheres vivendo com HIV. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 4, p. 17802-17819, 2021.

CRUZ, F. C. L. **Avaliação da toxicidade hematológica da quimiorradioterapia com cisplatina versus cisplatina com gencitabina em pacientes com câncer de colo de útero com estadiamento IIB a IVA.** (Dissertação). Mestre em Ciências. Fundação Antônio Prudente em Parceria com a Santa Casa de Misericórdia de Maceió, 2021.

DOMINGUES, C. S. B. *et al.* Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, 2021.

DOORBAR, J. *et al.* Human papillomavirus molecular biology and disease association. **Reviews in medical virology**, v. 25, p. 2–23, 2016.

EGAWA, N.; GRIFFIN, H.; DOORBAR, J. Human Papillomaviruses; Epithelial Tropisms, and the Development of Neoplasia. **Viruses**, v. 7, p. 3863-3890, 2015.

FRANCISCO, E. A. C. S.; GODOI, S. Transversalidade de gênero: política pública de saúde para mulheres. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 5, p. 50331-50343, 2021.

GENZ, N. *et al.* Doenças Sexualmente Transmissíveis: conhecimento e comportamento sexual de adolescentes. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 2, p. 01-12, 2017.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de pesquisa Social.** 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOGGIN, P. *et al.* Baixa prevalência de infecções por HPV do tipo vacina em mulheres jovens após a implementação de uma vacinação escolar e de recuperação em Quebec, Canadá. **Vacinas humanas & imunoterapêutica**, v. 14, n. 1, p. 118-123, 2018.

GUPTA, S.; MANIA-PRAMANIK, S. Molecular mechanisms in progression of HPV-associated cervical carcinogenesis. **Journal of Biomedical Science**, v. 26, n. 50, 2019.

HU. Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU). Projeto HPV. **Vacina nonavalente contra o HPV é aprovada nos EUA**. Santa Catarina, 2017. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/setores/projetohpv/2017/12/28/vacina-nonavalente-contra-o-hpv-e-aprovada-nos-eua/>.

INCA. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Estimativa 2020: incidência do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil>.

INCA. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Prevenção do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-do-colo-do-utero/acoes-de-controle/prevencao>.

IARC. INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC). **Cancer today**. Lyon: WHO, 2020. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/today/home>.

LAZARINI, F.M.; BARBOSA, D. A. Intervenção educativa na Atenção Primária para a prevenção da sífilis congênita. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, p. e2845, 2017.

MIRANDA, A. E. *et al.* Políticas públicas em infecções sexualmente transmissíveis no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, 2021.

MORILLO, C. C. E.; CARRASCO, R. A. L.; MEYER, J. C. A. Dinâmica de HIV e posterior AIDS uma variante ao modelo de Anderson & Medley. **Biomatemática, Campinas**, v. 28, p. 39-48, 2018.

MSD. Manual de Saúde. **Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)**. Manual Merck de informação médica: saúde para a família, 2021. Disponível em: <https://www.msmanuals>.

MSF. Médicos sem fronteiras (MSF). **Desde a sua descoberta, em 1981, o HIV/Aids matou mais de 35 milhões de pessoas**. Rio de Janeiro, Médicos sem fronteiras, 2018. Disponível em: <https://www.msf.org.br/o-quefazemos/atividadesmedicas/hivaids/?playlist=295237c&video=d-dd8121>.

OPAS; OMS **Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS)**. Plano de ação para a prevenção e o controle do HIV e de infecções sexualmente transmissíveis. Washington, D.C.: OPAS, OMS; 2016. p. 401. 2016.

OPAS; OMS Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS). **HPV e câncer do colo do útero**. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/hpv-e-cancer-do-colo-do-utero>.

OPAS; OMS Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS). **Estado brasileiro de Pernambuco e OPAS lançam programa para prevenir e tratar câncer de colo de útero**. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org>.

SARAIYA, M. *et al.* US assessment of HPV types in cancers: implications for current and 9-valent HPV vaccines. infection detected by hybrid capture II: correlation with morphological findings. **Journal of the National Cancer Institute**, v. 107, n. 6, p. 1-12, 2015.

SOUSA, B. N. *et al.* AS CAUSAS, PREVENÇÃO E TRATAMENTOS DO CÂNCER NO COLO DO ÚTERO: UMA REVISÃO DA LITERATURA. **RECISATEC-REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA-ISSN 2763-8405**, v. 1, n. 3, p. e1329-e1329, 2021.

TEIXEIRA, M. F. *et al.* High risk human papillomavirus prevalence and genotype distribution among women infected with HIV in Manaus, Amazonas. **Virology Journal**, v. 15, n. 36, p. 1, 2018.

VICENTE, R. C. A. *et al.* Conhecimento dos adolescentes sobre as infecções sexualmente transmissíveis. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 10, p. 82001-82012, 2020.

WHO. World Health Organization (WHO). **Global health sector strategy on sexually transmitted infections 2016-2021: towards ending STIs**. Geneva: World Health Organization; 2016.

ZANCANARO, V. *et al.* O papel dos medicamentos no controle da carga viral e de células cd4 em pacientes com HIV de uma cidade do meio-oeste de Santa Catarina. **Revista Univap**, v. 23, n. 43, p. 34-43, 2017.

Perfil da utilização de anti-inflamatórios não esteroidais (AINES) em uma Farmácia comunitária do Oeste do Paraná

- Mariana Dalmagro^{a*}
- Radamés José Fritola^b
- Guilherme Donadel^d
- Getulio Capello Tominc^c
- Jaqueline Hoscheid^{a,c}
- Emerson Luiz Botelho Lourenço^{a,c,d}

^a Programa de Mestrado em Biotecnologia Aplicada à Agricultura, Universidade Paranaense - UNIPAR.

^b Curso de Farmácia, Universidade Paranaense - UNIPAR.

^c Programa de Mestrado Profissional em Plantas Medicinais e Fitoterápicos na Atenção Básica, Universidade Paranaense - UNIPAR.

^d Programa de Mestrado e Doutorado em Ciência Animal com Ênfase em Produtos Bioativos, Universidade Paranaense - UNIPAR.

*Autor correspondente: Mariana Dalmagro, Especialista em Farmacologia e Interações Medicamentosas, Praça Mascarenhas de Moraes, 4282 – Centro, Umuarama – PR, 87502-210; mariana.dal@edu.unipar.br.

Data de submissão: 08-04-2022

Data de aceite: 10-05-2022

Data de publicação: 22-06-2022



10.51161/editoraime/105/41



RESUMO

Introdução: Os medicamentos anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) pertencem a uma classe de fármacos amplamente prescritos em todo o mundo, sendo no Brasil, os mais utilizados por automedicação. A automedicação tem se tornado um hábito comum na vida das pessoas, tanto pelo pouco conhecimento dos efeitos colaterais, quanto pelas condições financeiras necessárias para uma consulta médica. No entanto, pacientes desconsideram os riscos de efeitos colaterais devido ao uso incorreto desses medicamentos. **Objetivo:** abordar o perfil de utilização de AINEs, com prescrição, com associação a outros fármacos e sem prescrição médica, em uma farmácia comunitária do Oeste do Paraná. **Metodologia:** A pesquisa foi realizada no período de abril a junho de 2020, onde os indivíduos participantes eram maiores de 18 anos. Os dados foram colhidos no sistema de automação da farmácia. **Resultados:** No período avaliado, 398 pessoas compraram medicamento com receita médica, 150 com receita odontológica, 2000 sem prescrição, e 800 por indicação do balconista da farmácia. Dentre os pacientes com receita, 70% apresentavam associação a outros fármacos. Já aqueles que compraram sem prescrição, 70% não quiseram qualquer orientação farmacêutica e outros 20% aceitaram orientação farmacêutica, porém relataram que não as seguiriam; somente 10% disseram que seguiriam as orientações repassadas. Os principais efeitos colaterais relatados pelos indivíduos foram: náuseas, tonturas, dores no estômago e insônia. **Conclusão:** O farmacêutico possui um papel fundamental na avaliação do paciente, uma vez que ele é o profissional capacitado a dispensar corretamente os medicamentos, e a prestar orientações adequadas sobre o uso consciente e correto.

Palavras-chave: Analgésico; Antitérmico; Automedicação; Farmacêutico; Orientação farmacêutica.

1 INTRODUÇÃO

A inflamação é um mecanismo de defesa que visa suprimir o motivo inicial da lesão tecidual e seus efeitos, agindo por meio de uma resposta vascular e celular. Mecanicamente, é uma resposta caracterizada por vasodilatação local transitória, permeabilidade capilar aumentada, abundante em infiltração de leucócitos e células fagocíticas (REGINATO; SILVA; BAUERMANN, 2015). Em algumas situações, esta resposta pode ser excessiva, originando efeitos adversos sem nenhum benefício e causar dor, rubor, calor, edema e perda de função, se fazendo necessário o uso de anti-inflamatórios (GERMOLEC *et al.*, 2018).

O efeito inibitório da ciclo-oxigenase (COX) durante a inflamação é necessário para aliviar a dor, para isso são utilizados fármacos inibidores seletivos da COX. A enzima COX é responsável por catalisar o ácido araquidônico (AA) em prostaglandinas (PG) e tromboxanos (DANTAS, 2019). Os medicamentos anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) são uma classe de fármacos amplamente prescritos em todo mundo, devido as propriedades anti-inflamatória e analgésica. Agem inibindo a síntese de PG, através da inativação das isoenzimas denominadas ciclo-oxigenases: COX-1 (fisiológica) e COX -2 (induzível). Durante o processo inflamatório, a atuação da enzima COX- 1 se eleva em até três vezes e a atuação da COX-2 se eleva até vinte vezes. Recentemente foi isolada uma nova isoforma, a COX-3, encontrada nos tecidos encefálico e cardíaco, porém esta não demonstra qualquer atividade sobre as PG (KAUR *et al.*, 2018).

No Brasil, os AINEs são considerados como a classe de fármacos mais utilizada por automedicação, em razão de contemplar alguns medicamentos isentos de prescrição (MIP), bem como devido as funções analgésica, antitérmica e anti-inflamatória que a classe apresenta, sendo utilizados para tratar os mais variados tipos de dores agudas e crônicas, leves e moderadas, febre alta, e para combater processos inflamatórios (SILVA; DUARTE; RAIMUNDO, 2016).

Outro fator preponderante para a automedicação está relacionado a baixa condição financeira de uma parcela da população, que em muitos casos não tem acesso a uma consulta médica (KO, 2018) e carece de conhecimento sobre os problemas relacionados ao uso indiscriminado e incorreto de AINEs, como por exemplo, reações de hipersensibilidade, interações com outros medicamentos, nefrotoxicidade e elevação da pressão arterial, além de sangramento gástrico, ulceração, disfunção renal e hepatotoxicidade para os anti-inflamatórios não seletivos à COX-2 (BALI; OHRI; DEB, 2012).

Segundo Balbino (2011), a partir do momento em que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) passou a controlar a comercialização de antibacterianos através da RDC 20/2011, pôde-se observar um crescimento no consumo de AINES, sendo o uso na maioria das vezes incorreto. O mesmo autor afirmou que as pessoas estariam substituindo os antibacterianos por anti-inflamatórios na espera de que ambos apresentassem o mesmo efeito terapêutico, sem conhecer os perigos desta atitude.

O farmacêutico é de fundamental importância na orientação ao paciente sobre a real necessidade do uso destes fármacos, a instrução do uso correto, e orientação quanto ao encaminhamento médico quando necessário (OLIVEIRA *et al.*, 2020). Diante do exposto, este estudo analisou o perfil da utilização de AINES por pacientes de uma farmácia comunitária

localizada no Oeste do Paraná, Brasil.

2 METODOLOGIA

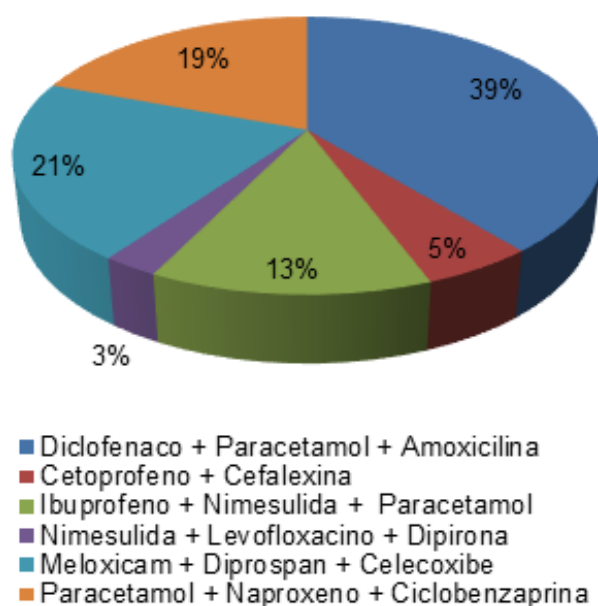
O levantamento de dados foi realizado em uma farmácia comunitária no centro da cidade de Assis Chateaubriand, localizada no oeste do Paraná, Brasil, no período de abril a junho de 2020. Foi relatado a prevalência da venda de AINEs com e sem prescrição, isolado ou associado a outros fármacos.

Os dados foram colhidos mediante análise do relatório diário de vendas emitido pelo sistema de automação da farmácia, e pela observação de vendas e atendimentos realizada pelos funcionários da farmácia. Foram consideradas todas as vendas que continham AINEs realizadas para pacientes maiores de 18 anos, de ambos os sexos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período avaliado, 398 pessoas (12%) compraram medicamento com receita médica, 150 pessoas (4%) com receita odontológica, 2000 pessoas (60%) sem prescrição, e 800 pessoas (24%) por indicação do balconista da farmácia. Assim, nota-se que uma grande taxa de automedicação e indicação por balconistas, que pode estar associada ao fato destes medicamentos se tratar de MIP (SOUSA JUNIOR *et al.*, 2020). Dentre os pacientes que compraram com prescrição médica ou odontológica, 70% apresentaram associação a outros fármacos. As principais associações estão representadas na Figura 1.

Figura 1 – Levantamento de associações medicamentosas observadas em receituários médicos e odontológicos em uma farmácia comunitária do Oeste do Paraná.

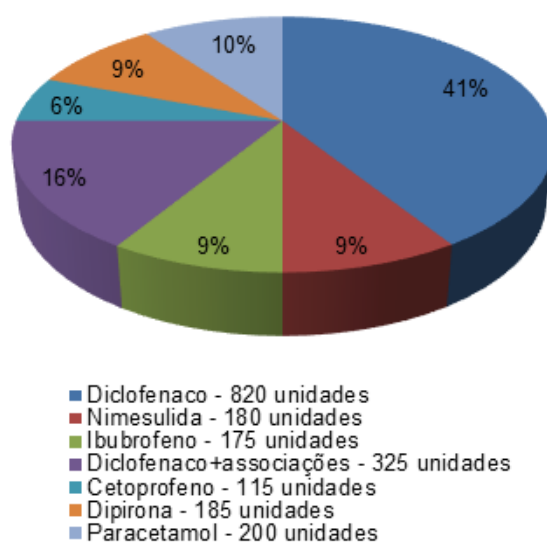


Fonte: Próprio autor

A associação de Paracetamol à Diclofenaco e Amoxicilina foi observada em 150 receituários, representando 39% do total de associações. A associação entre medicamentos de classes distintas pode causar reações de hipersensibilidade e interações medicamentosas, além de alguns efeitos colaterais como dores de estômago, respiratórios, cardiovasculares, ósseo, hematológicos e problemas renais como a glomerulonefrite, causando acúmulo de ureia ou potássio, e provocando vários danos à saúde. Outro problema seria elevação da pressão arterial e retenção de líquido pelo organismo podendo até causar falência renal (LIMA *et al.*, 2020).

AINES como Cetoprofeno, Ibuprofeno e Naproxeno encontra-se na lista de MIP de 2003 e são encontrados com facilidade em drogarias de todo o Brasil. Tal circunstância é favorável para a automedicação, atitude esta insegura, porém comum entre a população (PINHEIRO; WANNMACHER, 2010).

Conforme observado na Figura 2, dentre os AINES comercializados sem prescrição, o Diclofenaco foi o grande campeão de vendas, seguido do Diclofenaco + associações (Cafeína + Paracetamol + Carisoprodo). Ambos os medicamentos são de venda livre, tarjados e sem retenção de receita, e foram adquiridos principalmente por pacientes que relataram apresentar dor de garganta e dor nas costas (Tabela 1).



Fonte: Próprio autor.

Tabela 1 – Motivos relatados pelos pacientes para a aquisição e utilização de AINES em uma farmácia comunitária do Oeste do Paraná.

Motivo	Medicamento	Número de pacientes	% de pacientes
Dores nas costas	Diclofenaco + associações	880	44
Dor e febre	Dipirona/Paracetamol	628	31
Dores de garganta e no corpo	Nimesulida/Ibuprofeno/Cetoprofeno	410	21
Dor de dente	Paracetamol/Nimesulida/Ibuprofeno	82	4

Fonte: Próprio autor.

Estes resultados corroboram com achados anteriores onde foi relatado que o Diclofenaco, derivado do ácido fenilacético, foi a droga anti-inflamatória mais consumida no Brasil,

usado no tratamento de dores inflamatórias de origem reumática ou não reumática (ISSY; SAKATA, 2009). Efeitos adversos associados ao uso deste fármaco são comuns, 20 a 50% dos pacientes tem náuseas, diarreia, dor epigástrica, sangramento, úlceras ou perfuração da parede intestinal (OGA *et al.*, 2008).

Dipirona e Paracetamol, foram os medicamentos adquiridos principalmente pelos efeitos antitérmico e analgésico. Nimesulida, Ibuprofeno e Cetoprofeno também demonstraram grande consumo, 180, 175 e 115 unidades, respectivamente, os quais foram principalmente utilizados pela população em quadros de dores de garganta e no corpo. Nimesulida é um medicamento inibidor seletivo da COX-2, e tem ação anti-inflamatória, sendo suas principais indicações em inflamações osteoarticulares e musculoesquelético. Porém este fármaco não é indicado para pacientes com distúrbio hepático, disfunção renal grave, distúrbios graves de coagulação, pacientes com úlceras no trato gastrointestinal e lactantes (ARAÚJO *et al.*, 2010).

Já o Ibuprofeno, derivado do ácido propiônico, é indicado para quadros de dor leve e moderada, doenças inflamatórias e reumatismo, febre e dor de cabeça (CLARK *et al.*, 2013). Corroborando com o uso realizado pela população. O efeito tóxico mais comum do Ibuprofeno são distúrbios gastrointestinais, este impacto atinge 30% dos pacientes, sendo caracterizado por sangramento ou ativação da úlcera péptica, além de desconforto gastrointestinal simples (OGA *et al.*, 2008). Em situações de overdose pode haver convulsões, coma, insuficiência renal e parada cardiopulmonar (OLSON, 2013).

Destaca-se aqui uma população que se automedica, sabendo qual medicamento desejam comprar e para qual patologia utilizar, desconsiderando os efeitos adversos do medicamento como, dores de estomago, náuseas, vômito, tontura, entre outros. O próprio paciente está inclinado a esta situação porque busca uma solução rápida para o problema, e porque acredita que o medicamento pode curar todas as doenças, sem considerar que essa atitude irá prejudicar sua saúde. Além disso, ainda há dificuldade de acesso aos serviços de saúde, fator que aliado às propagandas de medicamentos isentos de prescrição, estimula a automedicação (FERREIRA; TERRA JUNIOR, 2018).

Dentre as pessoas que compraram sem prescrição, 70% não quiseram qualquer orientação farmacêutica, outros 20% aceitaram uma orientação sobre o uso correto, efeitos colaterais e interações medicamentosas, porém relataram que não as seguiriam, e somente 10% disseram que seguiriam a orientação.

As pessoas que não aceitaram a orientação farmacêutica alegaram que já sabiam como utilizar corretamente o medicamento e suas interações, muitos estavam com pressa e diziam já estarem acostumados a tomar o medicamento. Aqueles que ouviram a orientação sobre efeitos colaterais, interações, uso correto e associação a outros fármacos, alegaram o consumo dos medicamentos somente na presença de sintomas, e suspensão da utilização após melhora, justificando-se quanto a continuidade do uso.

Observou-se que após conversa com o profissional do estabelecimento farmacêutico, os pacientes que aceitaram orientação farmacêutica, utilizavam os medicamentos em horários errados, ou associações com outros medicamentos sem as devidas precauções, como por exemplo: AINES com anti-hipertensivos e sem proteção gástrica. Assim, muitos relataram efeitos colaterais como náuseas, tonturas, dores no estômago, insônia e perda de apetite.

Os AINES podem interagir com muitas drogas. Estes diminuem o efeito de quase os diuréticos devido ao estímulo à reabsorção de sódio. O impacto é pequeno, mas em alguns casos deve se pausar o uso do anti-inflamatório ou trocar o diurético. Com relação aos corticóides, os AINES podem aumentar o sangramento e úlceras gastrointestinais, pela redução da proteção da mucosa estomacal. Adicionalmente, interagem com Varfarina e drogas antiplaquetárias, potencializando o efeito de anticoagulantes, e aumentam o tempo de protombina em pacientes que usam dicumarínicos (BARROS; BARROS, 2010; ISSY; SAKATA, 2008).

A facilidade de acesso aos MIP também favorece o uso diário da medicação, especificamente nas dores crônicas. No entanto, o uso diário destes anti-inflamatórios pode acarretar em várias complicações como úlceras, sangramento gástrico, gastrite e perfuração intestinal, visto que o mecanismo de ação destes fármacos normalmente está relacionado a inibição da COX1, impedindo os efeitos gastroprotetores (PAZ; RALPH, 2020).

Assim, enfatiza-se o serviço prestado pelo profissional farmacêutico à população, responsável por orientar sobre o uso adequado dos medicamentos tanto prescritos pelo médico ou não, os possíveis efeitos colaterais e toxicidade (SANTOS; BEZERRA; MARTINS, 2020). Ele é o elo entre o médico e o paciente, reduzindo a prática de automedicação, comum na população. Mostra-se um profissional essencial para a terapia medicamentosa adequada e educação dos pacientes para o uso racional de medicamentos, com o objetivo de reduzir a automedicação (VALE, 2018).

4 CONCLUSÃO

Por contemplar alguns medicamentos isentos de prescrição, bem como devido as funções analgésica, antitérmica e anti-inflamatória que apresentam, os medicamentos anti-inflamatórios não esteroides (AINES) são considerados a classe de fármacos mais utilizada por automedicação no Brasil. Devido ao fácil acesso, parte da população costuma utilizar estes medicamentos sem orientação profissional, desconsiderando os possíveis efeitos colaterais.

Verificou-se, no período avaliado, que uma parcela significativa da população faz uso de AINES sem prescrição, e não demonstra interesse em receber orientação farmacêutica, desconsiderando os males causados pelo uso incorreto destes fármacos e das associações medicamentosas. O AINE mais consumido foi o diclofenaco, utilizado principalmente por pacientes que relataram dores de garganta e nas costas. Já a associação mais frequente foi Paracetamol com Diclofenaco e Amoxicilina.

Assim, espera-se por meio deste estudo, conscientizar a população sobre o papel fundamental do farmacêutico na avaliação do paciente antes da compra, uma vez que ele é um dos profissionais capacitados a dispensar corretamente os medicamentos, e a oferecer a orientação adequada sobre seu uso consciente e correto.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, F. A. C. *et al.* Analgesia preemptiva em cirurgia de terceiros molares inferiores:

análise comparativa entre codaten e a nimesulida, estudo piloto. **Revista de Cirurgia e Traumatologia BucoMaxilo-Facial**, v. 10, n. 1, p. 55-62, 2010.

BALBINO, C. A. Antiinflamatórios: uma compreensão total. **Revista Pharmacia Brasileira**, n. 81, 2011.

BALI, A.; OHRI, R.; DEB, P. K. Estudos de síntese, avaliação e docking de derivados de 3-alcoxi-4-metanossulfonamido acetofenona como agentes anti-inflamatórios não ulcerogênicos. **Revista Europeia de Química Medicinal**, v. 49, p. 397-405, 2012.

BARROS, E.; BARROS, H. M. T. **Riscos do uso indiscriminado de anti-inflamatórios não esteroidais**. Medicamentos na prática clínica. 1 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DANTAS, Kácia Delane Oliveira. PERFIL DE VENDAS DE MEDICAMENTOS ANTIINFLAMATÓRIOS EM FARMÁCIAS COMUNITÁRIAS NO MUNICÍPIO DE CAICÓ – RN. Orientadora: Maria Emília da Silva Menezes. TCC (Graduação) – Curso de Farmácia, Universidade Federal de Campina Grande, 2019. Disponível em: [Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da UFCG: Perfil de vendas de medicamentos anti-inflamatórios em farmácias comunitárias no município de Caicó-RN.](#)

FERREIRA, R. L.; TERRA JÚNIOR, A. T. **Estudo sobre a automedicação, o uso irracional de medicamentos e o papel do farmacêutico na sua prevenção**. 2018.

GERMOLEC, D. R. *et al.* Markers of inflammation. **Teste de Imunotoxicidade**, v. 1803, p. 57-79, 2018.

ISSY, A. M.; SAKATA, R. K; **Riscos do uso indiscriminado de anti-inflamatórios não esteroidais**. Fármacos para tratamento da dor; São Paulo: Manole, 2008.

KAUR, A. *et al.* Síntese, avaliação biológica e estudo de docking de derivados de N-(2-(3,4,5-trimetoxibenzil)benzoxazol-5-il)benzamida como inibidor seletivo de COX-2 e agentes anti-inflamatórios. **Bioorganic Chemistry**, v. 81, p. 191-202, 2018.

KO, Lynkon Tin Yang. A EVOLUÇÃO DO MERCADO DE ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO ESTEROIDIAIS (AINES) E O PAPEL DO FARMACÊUTICO FRENTE À AUTOMEDICAÇÃO. Orientadora: Cristina Northfleet de Albuquerque. TCC (Graduação) – Curso de Farmácia, Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo, 2018.

LIMA, C. P. *et al.* Avaliação farmacêutica dos riscos do uso dos anti-inflamatórios não esteroidais. **Unisanta Health Science**, v. 4, n. 1, p. 1-20, 2020.

OGA, S. *et al.* **Fundamentos em Toxicologia**. 3 ed. Atheneu, 2008.

OLIVEIRA, J. C. et al. Levantamento dos serviços farmacêuticos oferecidos pelas farmácias e farmácias do Município de Toledo, Estado do Paraná, Brasil. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 9, n. 9, p. e983998116-e983998116, 2020.

OLSON, K. **Riscos do uso indiscriminado de anti-inflamatórios não esteroidais**. Manual de Toxicologia clínica. 6 ed. Artmed, 2013.

PAZ, A. S.; RALPH, A. C. L. O Papel da Atenção Farmacêutica no uso indiscriminado de An-ti-Inflamatórios não esteroides (AINES). **Revista Expressão Da Estácio**, v. 3, 2020.

PINHEIRO, R. M.; WANNMACHER, L. Uso racional de anti-inflamatórios não esteroides. **Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde, organizador. Uso racional de medicamentos: temas selecionados**. Brasília: Editora MS, p. 41-50, 2012.

REGINATO, F. Z.; SILVA, A. R. H.; BAUERMAN, L. F. Avaliação do uso de flavonoides no tratamento da inflamação. **Revista Cubana de Farmácia**, v. 49, n. 3, p. 569-586, 2015.

SANTOS, L. S. S.; BEZERRA, J. C. M.; MARTINS, G. V. F. Atenção farmacêutica na adesão ao tratamento farmacológico de idosos que fazem uso da polifarmácia. **Anais do VII CIEH, Campina Grande: Realize Editora**, 2020.

SILVA, F. A.; DUARTE, H. K. O. S.; RAIMUNDO, R. J. S. E Estudo sobre automedicação no uso de anti-inflamatórios não esteroides na cidade de Valparaíso – Goiás. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 9, n.5, p. 142-153, 2016.

SOUSA JUNIOR, F. G. A. *et al.* Avaliação da prática da automedicação com anti-inflamatórios não esteroidais em uma Instituição de Ensino Superior. **Referências em Saúde da Faculdade Estácio de Sá de Goiás-RRS-FESGO**, v. 3, n. 2, 2020.

VALE, B. N. As responsabilidades do farmacêutico na prescrição farmacêutica. **Revista Ce-reus**, v. 10, n. 3, p. 179-201, 2018.

Dengue no Brasil: Uma análise epidemiológica do período compreendido entre 2014 e 2021

Ursula Raianny Lacerda da Silva

Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Cariri – UFCA. R. Divino Salvador, 284
Alto do Rosário, Barbalha - CE, 63180-000

Vitória Régia Oliveira Almeida

Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Cariri – UFCA. R. Divino Salvador, 284
Alto do Rosário, Barbalha - CE, 63180-000

Larissa Gonçalves Ribeiro

Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Cariri – UFCA. R. Divino Salvador, 284
Alto do Rosário, Barbalha - CE, 63180-000

Jeully Pereira Pires

Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Cariri – UFCA. R. Divino Salvador, 284
Alto do Rosário, Barbalha - CE, 63180-000

*Autor correspondente: Ursula Raianny Lacerda da Silva. Especialista Lato Sensu. Rua Madre Ana Couto, 132 – José Geraldo da Cruz, Juazeiro do Norte – CE, 63033240;
E-mail de contato: ursula.silva@aluno.ufca.edu.br.

Data de submissão: 08-04-2022

Data de aceite: 10-05-2022

Data de publicação: 07-07-2022



10.51161/editoraime/105/48



RESUMO

Introdução: A dengue é uma doença causada por um RNA vírus cuja transmissão se dá pelo mosquito *Aedes Aegypti*. Nas últimas décadas, verificou-se o crescimento no número de novos casos no Brasil e no mundo. **Objetivo:** avaliar a evolução epidemiológica da dengue no Brasil entre 2014 e 2021 e identificar as regiões com maior incidência, bem como compreender o comportamento sazonal da doença. **Métodos:** Realizou-se um estudo des-critivo a partir de dados extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Utilizou-se técnicas de estatística descritiva e inferência estatística para analisar as informações coletadas. **Resultados:** Evidenciou-se que nos anos de 2017 e 2018 houve redução expressiva no número de casos e óbitos por dengue em todo o Brasil, com exceção dos estados da região Centro-Oeste que, ao longo de toda a série histórica, permaneceram com taxas de incidência crescentes e muito superiores à média nacional. Observou-se também que a incidência de casos foi maior no outono do que no verão em grande parte dos estados brasileiros. **Conclusões:** Os dados demonstraram particular dificuldade dos estados da região Centro-Oeste no controle da doença, o que evidencia a necessidade de reavaliação das medidas de prevenção nessas localidades. Constatou-se também que o outono apresentou incidências elevadas, maiores até do que as taxas observadas no verão em algumas regiões do país, chamando a atenção para a necessidade de ampliação das medidas de controle do mosquito vetor para a referida estação.

Palavras-chave: Dengue; Epidemiologia; *Aedes aegypti*; Sazonalidade.

1 INTRODUÇÃO

A dengue é uma arbovirose causada por um vírus de RNA da família *Flaviviridae* e gênero *Flavivirus*. Possui 4 sorotipos conhecidos: DENV 1, DENV 2, DENV 3 e DENV 4, apresentando como transmissor o mosquito *Aedes aegypti*, que tem preferência por áreas urbanas e de elevada densidade populacional para sua proliferação (CAVALLI *et al.*, 2019). Uma variedade de condições externas demonstrou afetar a transmissão da dengue como a precipitação, temperatura e padrões climáticos sazonais que convergem para a propagação da doença, desenvolvimento e vida útil dos mosquitos transmissores (KOPLEWITZ *et al.*, 2022).

Nas últimas décadas a incidência de dengue têm crescido de forma substancial. Estima-se que 390 milhões de pessoas sejam infectadas por ano, entre os quais 96 milhões manifestam-se clinicamente. Apresenta-se frequentemente na Ásia, cerca de 70% dos casos totais. Além disso, muitas vezes a doença é subnotificada e confundida com outros tipos de infecção (BHATT *et al.*, 2013; WAGGONER *et al.*, 2016). Entre 2000 e 2015 os casos de morte afetaram principalmente a população mais jovem. Hoje a dengue está presente em 100 países e durante a pandemia do COVID-19 pressionou os serviços de saúde ao redor mundo. Desse modo, recomenda-se o fortalecimento das redes de prevenção, controle, diagnóstico efetivo e educação em saúde para que favoreçam o combate a esta infecção (WHO, 2022).

Há relatos de epidemias de dengue no Brasil desde 1846, mas foi em 1986 que ela re-emergiu e rapidamente se espalhou pelo país (DUQUE, 2022). Em termos de saúde pública, ela tem se tornado preocupante desde o início do século XX, agravando-se com a chegada da Febre Amarela, Zika Vírus e da Febre Chikungunya no Brasil, uma vez que o *Aedes* é o transmissor comum de todas elas (CAVALLI *et al.*, 2019). Entretanto, com a ascensão da pandemia de COVID-19, é possível que tenha havido subnotificação dos casos de dengue devido ao aumento do número de casos de infecções por Sars-Cov-2. Na capital sergipana, no ano de 2020, foram confirmados apenas 912 casos, contrastando com 2019, ano no qual esse número chegou a 3442 (NASCIMENTO *et al.*, 2021).

Durante as primeiras nove semanas epidemiológicas de 2022 foram registrados no Brasil cerca de 128.379 casos prováveis de dengue, expressando um aumento de 35,4% quando posto em paralelo com o mesmo período de 2021 (BRASIL, 2022a). Tal alta pode estar associada a vários fatores, entre eles o não cumprimento das medidas profiláticas, dentre as quais estão: o combate à proliferação do vetor (erradicando criadouros, com a proteção e vedação dos reservatórios), bem como o uso de repelentes, mosquiteiros e roupas longas. Outrossim, há uma vacina em estudo pelo Instituto Butantan utilizando vírus atenuados cultivados em células Vero do macaco verde africano, que se encontra no ensaio clínico de estágio três de desenvolvimento, sendo ele a fase final de testes (BUTANTAN, 2021).

Diante do contexto exposto, este trabalho tem como objetivo analisar as estatísticas de dengue no Brasil no período compreendido entre 2014 e 2021, de modo a identificar padrões de sazonalidade e as regiões e estados com maiores incidências. Afinal, compreender o cenário epidemiológico da doença e identificar se as medidas de prevenção e controle adotadas estão surtindo os efeitos desejados é fundamental para orientar o planejamento

das ações em saúde pública.

2 MATERIAL E MÉTODOS

As informações necessárias para alimentar as análises propostas neste estudo foram extraídas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, através do portal DataSus (dados de 2014 a 2020) (TABNET – DATASUS, 2013) e dos Boletins Epidemiológicos da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (dados de 2020-2021) (BRASIL, 2021; BRASIL, 2020).

Os trabalhos de estatística descritiva consistiram na construção de gráficos representativos das séries históricas de incidência de dengue, estratificada por estados e regiões no período de 2014 a 2021, e de óbitos por dengue no Brasil entre 2014 e 2020. O ano de 2021 não foi incluído no gráfico de óbitos devido à dificuldade de obter registros discriminados por região no referido ano.

No que diz respeito à inferência estatística, para a série histórica compreendida entre 2014 e 2020, avaliou-se o impacto da sazonalidade na incidência de dengue para as regiões do Brasil. Realizou-se a busca de casos estratificada por semana epidemiológica e sua distribuição de acordo com as quatro estações do ano. Os dados de 2021 não foram incluídos nesta análise devido à ausência de registros de incidência discriminadas por semana epidemiológica. O teste não paramétrico de Mann Whitney foi adotado para avaliar a significância das diferenças observadas no número de casos da doença entre as estações do ano para o período compreendido entre 2014 e 2020. Segundo este método, quando as duas distribuições têm a mesma condição de assimetria, o teste pode ser utilizado para comparar as medianas dos dois grupos e quando as duas distribuições têm comportamento simétrico, a comparação pode ser feita para as médias. Os requisitos necessários para a aplicação desse teste foram atendidos, tendo em vista que os pares de séries de dados confrontados pertenciam a populações independentes e que cada uma delas tinha um tamanho amostral maior que 10 (TRIOLA E IOSSI, 2018).

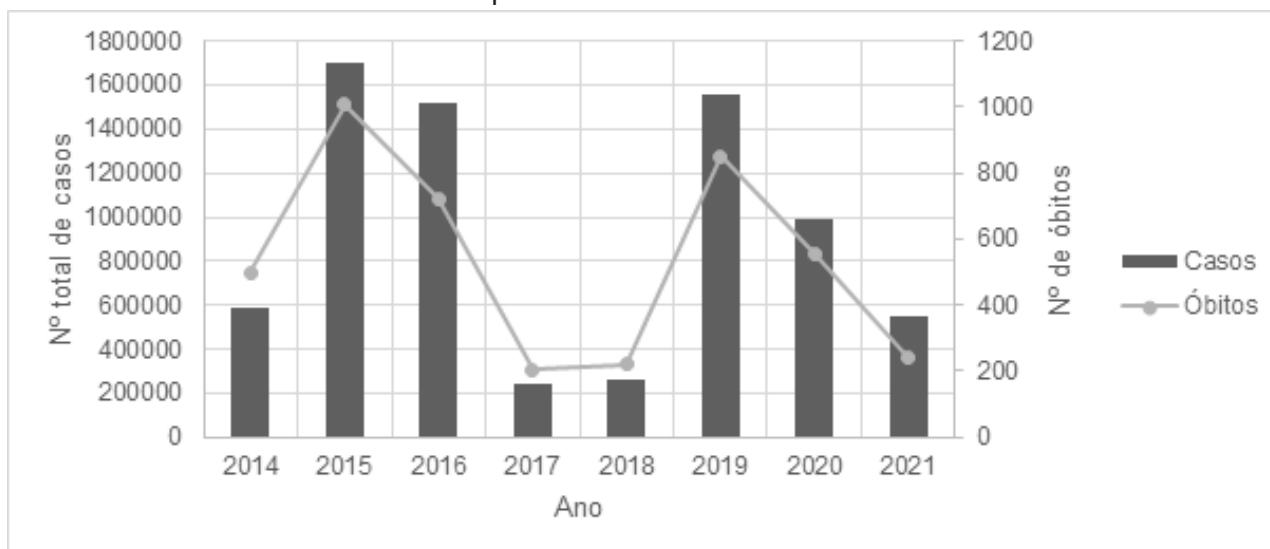
O tratamento dos dados tanto para a análise de Estatística Descritiva quanto para as hipóteses testadas pelas técnicas de Inferência Estatística foi realizado utilizando-se as ferramentas *BioEstat – Versão 5.3* (AYRES et al., 2007), *Microsoft Excel* (2016) e *Statistics Kingdom*.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Figura 01 mostra a série histórica com o número total de casos de dengue e óbitos decorrentes desse agravo por ano. É possível observar uma redução acentuada nos anos de 2017 e 2018 tanto no número total de casos quanto na quantidade de óbitos. A redução na incidência de dengue observada nos anos de 2020 e 2021 pode estar relacionada aos efeitos da pandemia de Sars-Cov-2. A literatura sugere que o redirecionamento dos recursos em saúde pública para o combate da COVID-19 provavelmente resultou em expressiva subnotificação dos casos de dengue (BORRE *et al.*, 2022; LEANDRO *et al.*, 2020). Outro fator que pode ter contribuído foi o próprio receio da população em contaminar-se com o

novo coronavírus, o que reduziu a procura por serviços de saúde de maneira geral (SILVA et al., 2021). Contudo, o escopo e desenho deste estudo não permitem inferir uma conclusão precisa sobre o ocorrido, limitando-se a levantar hipóteses que possam orientar estudos *a posteriori*.

Figura 01 – Casos de dengue e óbitos relacionados à doença no Brasil, compreendendo o período de 2014 a 2021



As Figuras 02 e 03, apresentam as incidências de dengue (casos por 100.000 habitantes) e de óbitos por dengue (mortes por 10.000.000 habitantes), respectivamente, estratificadas por região e ano. Percebe-se que em todos os anos das séries históricas, a região Centro-Oeste apresentou taxas de incidência e mortalidade mais elevadas que as outras regiões. Em 2020, a região Sul teve aumento expressivo no número de casos e óbitos, o que pode ser indicativo da ocorrência de um surto da doença no referido ano. O mesmo pode ser dito da região Sudeste nos anos de 2015, 2016 e 2019.

Figura 02 – Incidência de dengue por região do país e ano

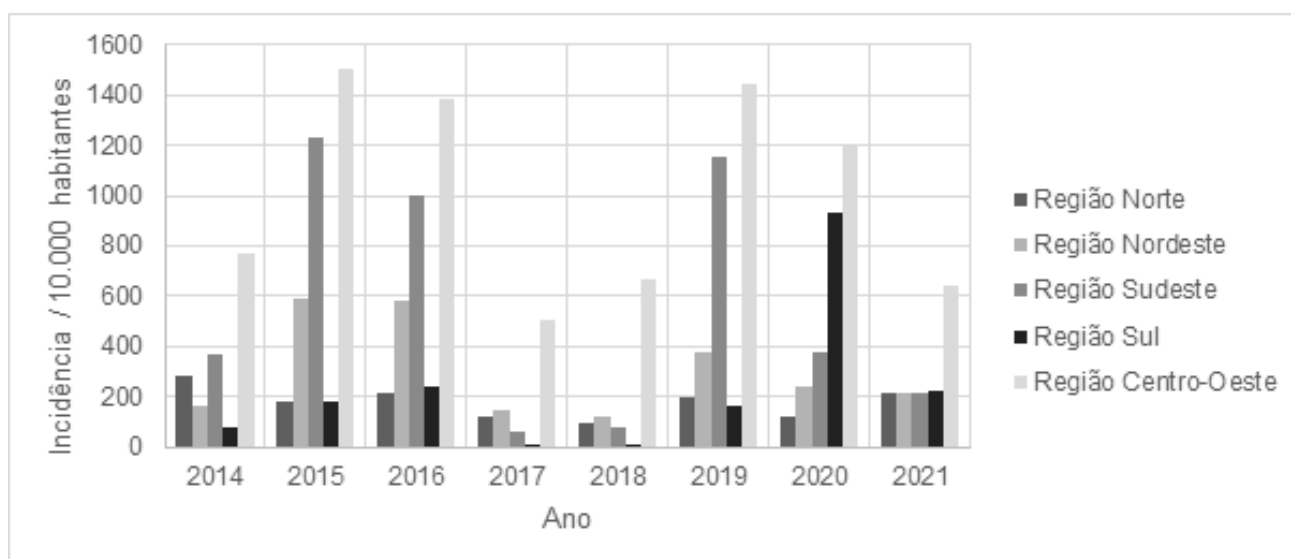
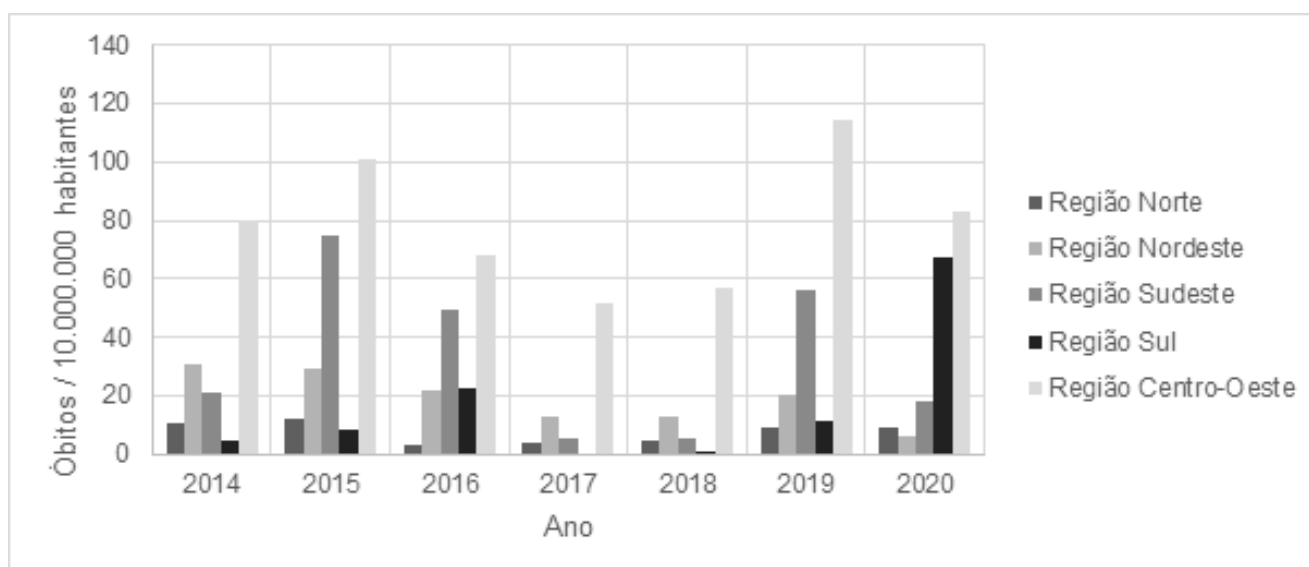


Figura 03 – Óbitos por dengue estratificado pelas regiões do país e ano

No Brasil, o início das estações do ano é marcado pelos fenômenos de solstício (verão e inverno) e equinócio (primavera e outono), determinados pela posição da Terra em sua órbita em torno do Sol e por sua inclinação em torno de seu próprio eixo de rotação (BRASIL, 2022b). Estas estações estão compreendidas da seguinte maneira: outono (20 de março a 20 ou 21 de junho), inverno (20 ou 21 de junho a 22 ou 23 de setembro), primavera (22 ou 23 de setembro a 21 ou 22 de dezembro) e verão (21 ou 22 de dezembro a 20 de março) (CPTEC/INPE, 2022; IAG-USP, 2020; CPMET – UFPEL, 2021). Em particular, embora existam apenas duas estações do ano na tradição nordestina (chuvosa e seca), a região segue a mesma distribuição de estações do ano que as demais regiões do país (PERNAMBUCO, 2020). Para a análise de sazonalidade, foi inicialmente realizada a divisão das semanas epidemiológicas conforme a estação do ano representada na Tabela 01. Os dados desses períodos para cada ano foram então compilados e utilizados para alimentar o Teste de Mann Whitney, cujos resultados estão discriminados na Tabela 02. A Figura 04 mostra a distribuição acumulada de casos de dengue no período entre 2014 e 2020, de acordo com a semana epidemiológica.

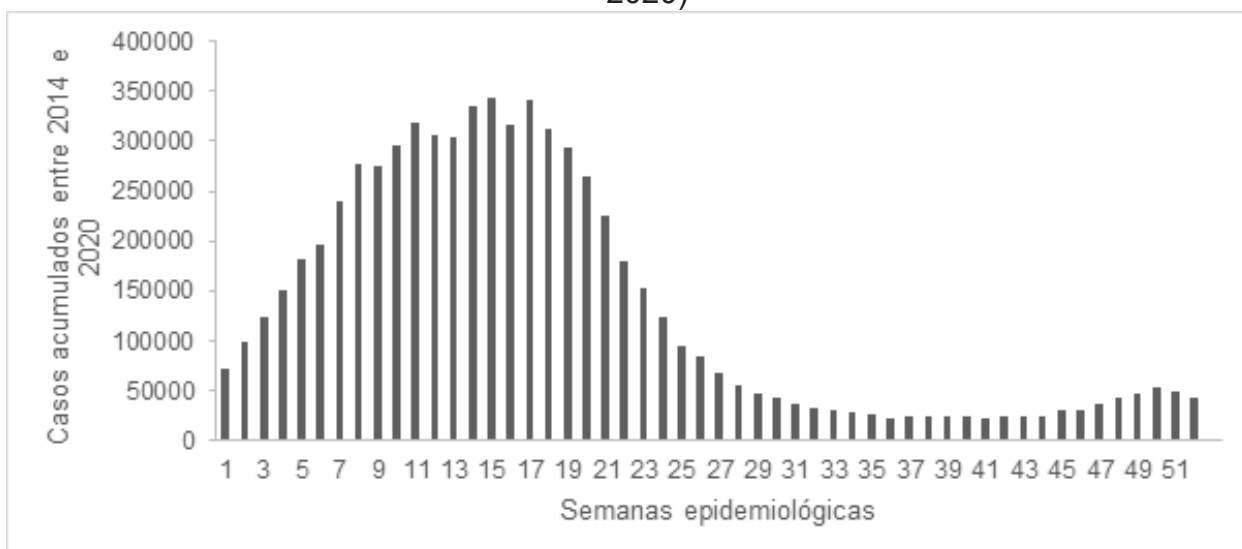
Tabela 01 – Divisão das semanas epidemiológicas de acordo com a estação do ano

Estação do ano	Semanas epidemiológicas
Verão	52-12
Outono	13-25
Inverno	26-38
Primavera	39-51

Tabela 02 – Testes de Mann Whitney para a mediana do número de casos de dengue, considerando os dados do período de 2014 a 2020

Teste de Mann Whitney				
Região Norte	Verão	Outono	Inverno	Primavera
Tamanho da amostra	93	92	91	91
Mediana (Md)	908	529,5	190	310
Assimetria	Positiva		Positiva	
H ₀	Md (verão) ≤ Md (outono)		Md (inverno) ≥ Md (primavera)	
H ₁	Md (verão) > Md (outono)		Md (inverno) < Md (primavera)	
Nível de significância	0,05		0,05	
P-valor	< 0,0001		< 0,0001	
Região Nordeste	Verão	Outono	Inverno	Primavera
Tamanho da amostra	93	91	91	91
Mediana (Md)	1702	4886	1864	850
Assimetria	Positiva		Positiva	
H ₀	Md (verão) ≥ Md (outono)		Md (inverno) ≤ Md (primavera)	
H ₁	Md (verão) < Md (outono)		Md (inverno) > Md (primavera)	
Nível de significância	0,05		0,05	
P-valor	< 0,0001		< 0,0001	
Região Sudeste	Verão	Outono	Inverno	Primavera
Tamanho da amostra	93	91	91	91
Mediana (Md)	6702	11335	910	981
Assimetria	Positiva		Positiva	
H ₀	Md (verão) = Md (outono)		Md (inverno) = Md (primavera)	
H ₁	Md (verão) ≠ Md (outono)		Md (inverno) ≠ Md (primavera)	
Nível de significância	0,05		0,05	
P-valor	0,1012		0,9921	
Região Sul	Verão	Outono	Inverno	Primavera
Tamanho da amostra	93	91	91	91
Mediana (Md)	460	1232	71	81
Assimetria	Positiva		Positiva	
H ₀	Md (verão) = Md (outono)		Md (inverno) = Md (primavera)	
H ₁	Md (verão) ≠ Md (outono)		Md (inverno) < Md (primavera)	
Nível de significância	0,05		0,05	
P-valor	0,5171		0,01388	
Região Centro-Oeste	Verão	Outono	Inverno	Primavera
Tamanho da amostra	93	91	91	91
Mediana (Md)	3834	4646	809	821
Assimetria	Positiva		Positiva	
H ₀	Md (verão) ≥ Md (outono)		Md (inverno) = Md (primavera)	
H ₁	Md (verão) < Md (outono)		Md (inverno) ≠ Md (primavera)	
Nível de significância	0,05		0,05	
P-valor	0,0183		0,5631	

Figura 04 – Casos acumulados de dengue por semana epidemiológica no Brasil (2014 – 2020)



As regiões Nordeste e Centro-Oeste apresentaram maior mediana de casos de dengue nos períodos correspondentes ao outono ($p < 0,0001$ e $p = 0,0183$, respectivamente). A Região Norte foi a única que apresentou maior mediana de casos no verão ($p < 0,0001$). No Sul e Sudeste não se observou diferença estatisticamente significativa entre as medianas do verão e outono ($p = 0,1012$ e $p = 0,5171$, respectivamente). O mesmo foi observado quando se avaliou a diferença nas medianas do inverno e primavera das regiões Sudeste e Centro-Oeste ($p = 0,9921$ e $p = 0,5631$, respectivamente). O Nordeste foi a única região que teve a primavera como estação do ano com menor mediana de casos ($p < 0,0001$). As regiões Norte e Sul tiveram menor mediana de casos nos períodos correspondentes ao inverno ($p < 0,0001$ e $p = 0,01388$, respectivamente). Para todas as regiões, as medianas foram maiores no verão e outono quando comparadas com o inverno e o verão.

Chamou atenção a elevada incidência de casos na estação correspondente ao outono. Analisando-se os dados de todos os estados brasileiros, o outono foi a estação do ano com maior número de casos da série histórica (3287163 contra 2579734 no verão), sendo a mediana de casos do verão significativamente inferior à do outono ($p = 0,003$). Esse dado sugere que as medidas de controle do vetor, normalmente intensificadas durante o verão (CRMV-SP, 2021), deveriam ser ampliadas nas semanas epidemiológicas correspondentes ao outono, tendo em vista que este último também representa um período do ano crítico para a doença.

As oscilações observadas na incidência de dengue podem ser atribuídas a múltiplos elementos. Estudos apontaram para uma relação entre temperaturas elevadas e aumento no número de casos de dengue (ASHBY *et al.*, 2017; FERREIRA, CHIARAVALLI NETO, MONDINI, 2018). Ainda há controvérsias sobre os efeitos da pluviosidade na incidência de dengue (ASHBY *et al.*, 2017; FERREIRA, CHIARAVALLI NETO, MONDINI, 2018; CRUZ, 2021). Entretanto, a negligência no que diz respeito às medidas de controle do vetor da doença figura entre os principais fatores que contribuem para o aumento no número de casos. O descarte inadequado de resíduos sólidos, além da existência de grande número de residências sem coleta de lixo mostraram-se como importantes condicionantes socioambientais responsáveis pelo surgimento de criadouros do mosquito e elevação nas taxas de incidência

da doença (ALMEIDA e SILVA, 2018).

Nesse sentido, é de suma importância a compreensão do cenário epidemiológico da doença para identificar se as medidas de prevenção e controle adotadas estão surtindo os efeitos desejados. Os resultados aqui obtidos evidenciaram que, embora muitos avanços tenham sido feitos no combate à dengue, alguns estados, sobretudo na região Centro-Oeste, ainda encontram sérias dificuldades no enfrentamento da doença e controle do mosquito vetor.

4 CONCLUSÃO

Em toda a série histórica considerada neste estudo, a região Centro-Oeste apresentou, dentre as demais do país, as maiores taxas de incidência e mortalidade da doença, o que demonstra particular dificuldade dos estados dessa região no controle da doença e evidencia a necessidade de reavaliação das medidas de prevenção da infecção nessas localidades. A partir da análise dos dados foi possível observar que, considerando todos os estados do Brasil, a estação do ano com maior número de casos foi o outono. Tal achado aponta para a necessidade de estender a intensificação das medidas de controle do mosquito vetor para a referida estação, não as restringindo apenas ao verão, como ocorre em muitos municípios. Através da revisão de literatura, observou-se relação entre altas temperaturas e o número de casos, porém não foi possível inferir uma associação entre pluviosidade e aumento incidência. Outrossim, é importante salientar a ligação entre saneamento básico e a referida arbovirose, visto que locais carentes apresentam maiores focos de proliferação do vetor, fato que contribui diretamente para o crescimento dos níveis de infecção.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C.; SILVA, R. Análise da ocorrência dos casos de dengue e sua relação com as condições socioambientais em espaços urbanos: os casos de João Pessoa, Cabedelo e Bayeux, no estado da Paraíba – Brasil. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, 2 mar. 2018.

ASHBY, J. et al. Niche Modeling of Dengue Fever Using Remotely Sensed Environmental Factors and Boosted Regression Trees. **Remote Sensing**, v. 9, n. 4, p. 328, 30 mar. 2017.

AYRES, M. et al. BioEstat. Belém: BioEstat, 2007.

BHATT, S. et al. The global distribution and burden of dengue. **Nature**, v. 496, n. 7446, p. 504–507, abr. 2013.

BORRE, F. et al. Impact of the COVID-19 Pandemic on Infectious Diseases in Brazil: A Case Study on Dengue Infections. **Epidemiologia**, v. 3, n. 1, p. 97–115, 2 mar. 2022.

BRASIL. Outono de 2022 começa no próximo dia 20, às 12h33. In: **Observatório Nacional do ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações**. 18 mar. 2022b. Disponível em: <ht-

[tps://www.gov.br/observatorio/pt-br/assuntos/noticias/outono-de-2022-comeca-no-proximo-dia-20-as-12h33](https://www.gov.br/observatorio/pt-br/assuntos/noticias/outono-de-2022-comeca-no-proximo-dia-20-as-12h33)>. Acesso em: 19 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. **Boletim epidemiológico** v.51, n.16. Brasília, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. **Boletim epidemiológico** v.52, n.10. Brasília, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. **Boletim epidemiológico** v.53, n.9. Brasília, 2022a.

CAVALLI, F. S. et al. Controlling the Vector *Aedes Aegypti* and Handling Dengue Fever Bearing Patients / Controle do Vetor *Aedes Aegypti* e Manejo dos Pacientes com Dengue. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 11, n. 5, p. 1333, 4 out. 2019.

CPMET - UFPEL. Estações do ano. In: **Centro de Pesquisas e Previsões Meteorológicas**. 2022. Disponível em: <<https://wp.ufpel.edu.br/cppmet/estacoes-do-ano/>>. Acesso em: 19 mar. 2022.

CPTEC/INPE. Estações do Ano. In: **Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais**. 2022. Disponível em: <<https://clima1.cptec.inpe.br/estacoes/>>. Acesso em: 19 mar. 2022.

CRMV-SP. Verão exige cuidados redobrados com a dengue. In: **Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado de São Paulo**. 26 jan. 2021. Disponível em: <<https://crmvsp.gov.br/verao-exige-cuidados-redobrados-com-a-dengue/>>. Acesso em: 19 mar. 2022.

CRUZ, G. M. **Análise da associação entre a incidência de dengue e a precipitação pluviométrica no município de Joinville entre os anos de 2015 e 2020**. Monografia (Trabalho de conclusão de curso) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2021.

DUQUE, C. Monitoramento de dengue indica pontos de atenção no Brasil. In: **Fundação Oswaldo Cruz**. 24 jan. 2022. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/monitoramento-de-dengue-indica-pontos-de-atencao-no-brasil>>. Acesso em: 19 mar. 2022.

FERREIRA, A. C.; CHIARAVALLI NETO, F.; MONDINI, A. Dengue in Araraquara, state of São Paulo: epidemiology, climate and *Aedes aegypti* infestation. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, p. 18, 26 fev. 2018.

GOVERNO DO ESTADO DO PERNAMBUCO. Estações do Ano. In: **APAC - Agência Pernambucana de águas e Clima**. 2020. Disponível em: <<http://old.apac.pe.gov.br/meteorologia/estacoes-do-ano.php?estacao=verao>>. Acesso em: 19 mar. 2022.

INSTITUTO BUTANTAN. Vacina contra a dengue desenvolvida pelo Butantan entra na reta

final de estudos clínicos. In: **Instituto Butantan**. 19 nov. 2021. Disponível em: <<https://www.butantan.gov.br/noticias/vacina-contr-a-dengue-desenvolvida-pelo-butantan-entra-na-reta-final-de-estudos-clinicos>>. Acesso em: 19 mar. 2022.

INSTITUTO DE ASTRONOMIA, GEOFÍSICA E CIÊNCIAS ATMOSFÉRICAS. Departamento de Astronomia. Início das estações do ano (2005–2020). In: **Instituto de Astronomia, Geofísica e Ciências Atmosféricas**. 2020. Disponível em: <<https://www.iag.usp.br/astrologia/inicio-das-estacoes-do-ano>>. Acesso em: 19 mar. 2022.

KOPLEWITZ, G. et al. Predicting dengue incidence leveraging internet-based data sources. A case study in 20 cities in Brazil. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, v. 16, n. 1, p. e0010071, 24 jan. 2022.

LEANDRO, C. DOS S. et al. Redução da incidência de dengue no Brasil em 2020: controle ou subnotificação de casos por COVID-19? **Research, Society and Development**, v. 9, n. 11, p. e76891110442, 3 dez. 2020.

MICROSOFT EXCEL. Redmond, WA: Microsoft Corp.; 2016.

NASCIMENTO, C. S. et al. Impactos no perfil epidemiológico da Dengue em meio a Pandemia da COVID-19 em Sergipe. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 5, p. e3610514544, 26 abr. 2021.

SILVA, C. P. DA et al. Covid-19: uma análise das notificações de casos positivos no Estado do Paraná em 2020, com ênfase na doença renal crônica. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 17, p. e177101724154, 24 dez. 2021.

STATISTICS KINGDOM. Disponível em: <<https://www.statskingdom.com/index.html>>. Acesso em: 19 mar. 2022.

TABNET – DATASUS. 2013. Disponível em: <<https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>>. Acesso em: 19 mar. 2022.

TRIOLA, M. F.; IOSSI, L. **Elementary statistics: 13th edition**. United States: Pearson, 2018.

WAGGONER, J. J. et al. Viremia and Clinical Presentation in Nicaraguan Patients Infected With Zika Virus, Chikungunya Virus, and Dengue Virus. **Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America**, v. 63, n. 12, p. 1584–1590, 15 dez. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Dengue and severe dengue. In: **World Health Organization**, 10 jan. 2022. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue>>. Acesso em: 19 mar. 2022.

Vitimização Policial: Os desafios no cuidado da Saúde Mental

Kizzy Rafaella Leandro de Lima Lopes^a, Ana Priscila Barroso Araújo^{b*}.

^a Bacharelado em Psicologia, Faculdade Uninta Itapipoca. Av. Anastácio Braga, 4888 – Encruzilhada, Itapipoca - CE.

^b Docente do curso de Psicologia, Faculdade Uninta Itapipoca. Av. Anastácio Braga, 4888 – Encruzilhada, Itapipoca - CE.

^{a*} **Autor correspondente:** Ana Priscila Barroso Araújo, Mestrado em Psicologia pela Universidade de Fortaleza, Av. Anastácio Braga, 4888 – Encruzilhada, Itapipoca – CE. (88) 2137-0279; anapriscula.barrosoaraujo@uninta.edu.br.

Data de submissão: 01-05-2022

Data de aceite: 09-07-2022

Data de publicação: 27-07-2022



10.51161/editoraime/105/55



RESUMO

Introdução: O grupo populacional de agentes de segurança pública cearense conta com um efetivo de 21.900 membros, distribuídos entre a capital e o interior do estado. Estes homens e mulheres arriscam suas vidas todos os dias para manter a segurança dos bens privados e públicos, sob qualquer adversidade, destinando-se a exercer atividade intensiva e ostensiva. Como uma atividade que compõe o grupo de serviços essenciais à população, a necessidade de atuação policial ultrapassa calamidades, horários, pandemias, entre outras adversidades humanas. **Objetivo:** Percebendo inúmeros desafios do cotidiano deste grupo de profissionais, o presente artigo destina-se a compreender os fatores de risco da profissão do policial militar no campo de adoecimento tanto físico quanto mental. **Metodologia:** Para alcançar esse objetivo, utilizamos fontes bibliográficas majoritariamente brasileiras e de cunho qualitativo e quantitativo que tratavam da temática geral do trabalho. Selecionamos artigos, dissertações, monografias e documentos oficiais, sendo realizada uma análise dos números de mortalidade policial entre os anos de 2015 até 2021 que apontaram para índices atualizados referentes ao suicídio entre os policiais. **Resultados:** As pesquisas indicaram que o manejo laboral oportunizado a estes agentes tem se mostrado difíceis para qualquer pessoa vivenciar, e que o modelo hierárquico da corporação pode estar levando estes profissionais ao alto nível de estresse e a possíveis situações de abuso de autoridade. **Conclusão:** Consequentemente, constatou-se uma corporação com condutas sendo constantemente questionadas pela população, alto índice de adoecimento mental e um crescimento no número de mortalidade por autoextermínio.

Palavras-Chave: Suicídio; Policial; Corporação.

1 INTRODUÇÃO

Para fins de elaborar o perfil laboral dos agentes de segurança pública é necessário que conheçamos como se dá a organização e o processo de gestão do órgão dentro do território nacional. A população brasileira é estimada em 190.755.799, conforme o censo demográfico realizado em 2010, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em contrapartida, a população de agentes de segurança pública é de 425.248, nos quais estes números chamam a atenção para a defasagem populacional na instituição, apresentando em média, um policial a cada 473 habitantes.

Essa lacuna na quantidade de agentes, repercute no modo como é compreendido o serviço de segurança pública do país, que desde a sua criação funciona com a mesma base organizacional. O modelo de segurança pública brasileira segue as mesmas métricas que o modelo francês que chegou ao Brasil no período colonial e embora já tenham se passados tantos anos de mudanças socioculturais, este não sofreu alteração significativa (HOLANDA, 1987).

Nos dias atuais, o ingresso nas forças policiais, se dá a partir de concurso público, que exige conhecimentos gerais e específicos, prova de resistência física, estado mental considerado sadio e ter uma conduta ética e moral sem máculas atreladas a sua história pregressa (THADEU; FERREIRA; FAIAD, 2012). Uma importante etapa do processo seletivo fica a cargo dos profissionais da psicologia que se dispõem neste momento a identificar, por meio da avaliação psicológica, os indivíduos com maior probabilidade de ter êxito na carreira militar. Fazendo deste, durante muitos anos, o único contato com o profissional de saúde mental.

Também faz parte de sua conduta, um regime de disciplina bem estruturado, da qual cada atitude tem relevância e precisa estar condizente com sua magistratura. Segundo Antunes (2019) as hierarquias de status social proporcionam efeitos nocivos e letais, a partir delas são produzidas distribuições desiguais de reconhecimento, respeito e liberdade e, por conseguinte, fatores psicossociais presentes nas relações de trabalho, como ansiedade, insegurança, isolamento, depressão e ausência de controle, estariam intimamente relacionados a essa questão, pois a posição social de subordinação inviabilizaria a autonomia.

Em contrapartida, esta estrutura militarizada, funciona como um eixo de base, na garantia de que os serviços prestados estão alinhados ao poder do estado e seguirão um padrão de condutas éticas e morais. Monjardet (2003) apresenta uma tese muito pertinente a esse respeito.

(...) abrigado em uma caixinha vermelha fixada na parede de um vagão ou de um ônibus, ele serve para “quebrar o vidro” e libertar-se, em caso de acidente que torne as portas inacessíveis. Como picareta ele ajuda a escalar as montanhas. Sabe-se também que pode permitir rachar uma cabeça. (MONJARDET, 2003, p. 22)

Primando colaborar com a compreensão deste fenômeno, um estudo publicado por Nogueira (2005) apresenta alguns fatores que são apontados como geradores de adoecimento entre militares; a carga horária extensiva, o clima organizacional pesado, falta de colaboração, defasagem salarial, o não reconhecimento entre os colegas da corporação e o excesso de rigidez disciplinar, tem gerado um alto índice de afastamento para tratamento de problemas psíquicos.

Neste sentido a vitimização policial advém de suas atribuições laborais, das relações sociais que exigem dele, uma postura sempre assertiva, tanto internamente, como externamente e da precarização estrutural das forças policiais. As consequências destas relações são observadas a partir dos danos à saúde física e mental destes trabalhadores, que se inclinam ao uso do álcool e outras drogas, adoecimento mental, tentativas de suicídio como fim (SANTOS, 2008).

Diante dos fatos apresentados, é de suma importância compreender os fatores de risco da profissão do policial militar no campo de adoecimento tanto físico quanto mental, no sentido de se debruçar sobre esta adversidade e discorrer a despeito de soluções capazes de contemplar estes sujeitos de modo biopsicossocial.

2 METODOLOGIA

O presente artigo trata-se de uma revisão narrativa de literatura de caráter descritivo que se destina a compreender os fatores de risco da profissão do policial militar no campo de adoecimento tanto físico quanto mental, realizada por meio de levantamento bibliográfico de pesquisas realizadas por alguns autores sobre a temática. A pergunta norteadora que dera partida a esta pesquisa fora: Que fatores de risco está exposto o policial militar em sua profissão? Quais os impactos na saúde física e mental o policial militar vive em decorrência da sua atividade laboral? Para estas questões, elencamos os descritores, “suicídio policial”, “hierarquia”, “vitimização” e “militarismo” para serem utilizados na busca nas bases de dados. Optamos por fazer uma busca combinada desses descritores, de forma a se ter um escopo mais fechado sobre o tema.

Para o levantamento dos artigos na literatura, realizou-se, entre maio e junho de 2021, uma busca nas seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Google Acadêmico. Selecionamos estas bases de dados devido ao seu acesso livre, pela facilidade de uso e por possuir um acervo bastante amplo de periódicos e artigos indexados em seu banco de dados.

Os artigos foram identificados pelos títulos, palavras-chave e leitura dos resumos, tendo como critérios de inclusão: artigos publicados em português, artigos na íntegra que retratam a temática e artigos publicados e indexados nos referidos bancos de dados a partir de 2015 até 2021.

Foram excluídas as pesquisas que não se apresentavam em língua portuguesa e que

não foram publicadas no Brasil, assim como que não trouxeram reflexão sobre a relação de adoecimento policial com os manejos laborais. No total, foram encontrados 38 artigos, e 17 foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão definidos por este estudo,

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Conforme visto na literatura explanada por esta pesquisa, percebe-se que o ambiente policial possui elementos potencialmente adoecedores, na qual está submetido a ele, pode ser um importante elemento adoecedor. Desse modo, existe ainda a característica de seus mecanismos de trabalho estarem ligados a um regime de vigilância e controle, reforçando o uso da violência como um marcador da postura lógica na atuação profissional, da qual já ocorre desde seu processo de formação (ASSIS,2016).

Deve-se questionar que mecanismos são colocados à disposição destes servidores para prevenção de adoecimento mental, já compreendendo a gravidade que o adoecimento deste indivíduo gera para o meio social que o cerca. Ainda refletindo sobre esta temática, compreendendo a atenção necessária a essa problemática é necessário justamente mostrar o policial não só como algoz, mas também como alguém em sofrimento psíquico (ESCÓSSIA, FERNANDA. 2016).

Posto isto, podemos mencionar algumas doenças mentais que assolam estes servidores, tais como depressão, transtorno bipolar, transtornos mentais relacionados ao uso de álcool e outras drogas, transtorno de personalidade, nas quais são apontadas como uma das causas de suicídio em meio policial. Deste modo, podemos também mencionar alguns fatores sociais, tais como o isolamento social, estarem constantemente inseridos em eventos estressantes, violência doméstica, conflitos familiares, divórcio e descontrole financeiro.

Estes fatores foram elencados partindo do histórico de policiais que deram fim à própria vida, como mostra a especialista no tema Miranda (2012). Contudo, vale salientar que não é possível prever, com certeza, quem irá cometer suicídio, entretanto é possível avaliar o risco que cada indivíduo apresenta, com base nestas características apresentadas. Expostos estes aspectos, não é difícil compreender as razões pelas quais a frequência nos afastamentos para tratamento psicológico tem crescido entre policiais militares (LIMA; BLANK; MENEGON, 2015).

Muito embora haja escassez na oferta de tratamento de saúde mental, a procura pelo serviço tem aumentado. De acordo com Miranda (2016), a ampliação dos serviços especializados em atendimento à saúde mental, precisam ser colocadas como uma ação prioritária, tendo em vista que o não tratamento de maneira adequada das doenças mentais, pode resultar em suicídio. A autora ainda evidencia que a base dos problemas deste grupo de profissionais está intimamente ligada ao modelo de gestão do contexto militar, bem como a compreensão do suicídio como sendo um tabu, evitado nas conversas e trabalhos dentro

do seio corporativo.

Buscando compreender o tema do suicídio e suas inúmeras facetas, o sociólogo Durkheim (2004) propõe que o suicídio, pode ser estruturado por uma quebra nas relações grupais do sujeito, fazendo deste, um forte declínio, para a percepção da vida, conforme as lentes do egoísmo.

“O suicídio varia na razão inversa do grau de integração da sociedade religiosa. O suicídio varia na razão inversa do grau de integração da sociedade doméstica. O suicídio varia na razão inversa do grau de 24 integração da sociedade política (...). Chegamos, portanto, à seguinte conclusão geral: o suicídio varia na razão inversa do grau de integração dos grupos sociais de que o indivíduo faz parte. (...).

O pertencimento do sujeito a um grupo, pode resultar na diminuição de suas paixões pessoais, este age como um condicionante social o levando a agir em prol de ações coletivas, diminuindo desta forma, riscos pessoais sobre estes, que pensará um pouco mais sobre suas ações e conduta. Com o afastamento de grupos sociais, o indivíduo enfraquece o senso de coletividade, agindo em razão de satisfazer seus desejos pessoais, e quando este sente a frustração desta não realização, fica mais suscetível ao ato suicida.

Entendendo que em sua maioria, os agentes se veem em isolamento da sociedade civil, não encontrando acolhimento dentro do grupo corporativo a que pertencem, a teoria de Durkheim (2004) apresenta lógica para a incidência de suicídios destes servidores. O isolamento e a sensação de solidão estão presentes no discurso de muitos militares, isso porque seu trabalho exige discricção e não podem expor para suas famílias suas dinâmicas diárias exatamente, para promover segurança dos mesmos. Miranda (2016) cita ainda as situações de humilhação que esses agentes passam em suas carreiras, nas quais também são internalizadas por medo de represálias.

O estigma gerado da relação das doenças mentais, com um sujeito que precisa estar em perfeitas condições físicas e mentais, atrapalham a busca por ajuda e a efetividade em ações que promovam a saúde destes homens, que em sua maioria, segundo Rangel (2015), gostam de seus afazeres laborais, porém, incide sobre eles, um enorme sentimento de heroísmo, produzido pelo entendimento cultural sobre a figura policial, que dificulta sua percepção de papéis distintos na sociedade.

O estigma gerado por essa percepção social do policial, de ser um homem forte, impedindo de “produzir” fraqueza, tem contribuído de forma significativa, para que estes, não busquem ajuda profissional, e que menosprezem os serviços ofertados, e estigmatizando pejorativamente, quem busca ajuda. Goffman (2013:16) expõe que “o indivíduo estigmatizado tende a ter as mesmas crenças sobre sua identidade que nós temos”, resumindo, o próprio estigmatizado passa agir em conformidade ao rótulo atribuído a ele, em virtude de ser convencido a acreditar nisso, logo se instala nas corporações um preconceito sobre buscar ajuda e ser taxado de louco ou fraco.

No caso de profissões da qual o porte de arma faz parte de sua dinâmica laboral,

o alerta precisa ser maior, conforme Costa *et al.*, (2007), as profissões que se utilizam de arma de fogo, já devem ser consideradas de altíssimo risco à vida (LOPES; LEITE, 2015). Uma polícia adoecida é sem dúvida um risco para si mesma e para a população a quem se destina proteger. Mesmo que o estado lhe forneça ferramentas e lhe conceda autorização, a marca da violência praticada é deixada não somente na vítima, que recebe a ação, mas cicatriza na alma do praticante.

Entender as lacunas geradas no eixo de ligação destes homens é muito importante para percebermos quais comportamentos resultam delas e como viabilizar novas performances para eles. Um caminho apontado para a diminuição destas mortes segundo Rangel (2015) é a criação de políticas públicas que priorizem o cuidado da saúde mental destes agentes e o desentranhamento das medidas já disponíveis. Psicoeducação surge aqui como uma luz, em meio às trevas do medo de falar sobre o suicídio policial.

4 CONCLUSÃO

O presente estudo buscou compreender os principais fatores de risco para o adoecimento mental de policiais militares, considerando seu contexto de trabalho como um propulsor de grande potencial para isso, como também estabelecer métricas de possibilidades de atuação dentro e fora das corporações militares no que diz respeito à prevenção de adoecimentos mentais. Buscando chamar a atenção do corpo social para desenvolver uma relação mais amistosa com a corporação militar, a imagem do policial precisa ser remontada para a sociedade, pois, é deste lugar que surgem estes homens e mulheres que chegam sadios a corporação e adoecem dada a vivência diária com os enredos da profissão.

O homem herói que carrega sob seus ombros a responsabilidade de manter em segurança à população e ao mesmo tempo leva no corpo as marcas do isolamento e rejeição populacional, que atrelam sua presença a ações truculentas, precisa de colo e acalento da sociedade civil e do estado de quem recebe ordens. Policiais que lutam muitas vezes sozinhos contra um sistema engenhoso e carregado de entraves burocráticos, precisam de amparo emocional e físico, seus corpos mutilados pelo cansaço e medo do imprevisível, pede socorro e convoca a psicologia para fazer parte do grupo de profissionais de cuidados biopsicossociais de forma direta e efetiva. Para tal é preciso conhecer o problema e mergulhar no campo territorializando os manejos para essa realidade.

Este trabalho visa não somente compreender os aspectos que ferem a vida destes sujeitos, mas como também convocar a academia a se debruçar sobre o tema para que assim sejam geradas ações de melhoria no combate a esta problemática aqui apresentada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTUNES, Elisa Junger Ferreira. **Hierarquia na Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro: Uma Análise Crítica de seus Impactos na Saúde.** In: Arca: Repositório

Institucional da Fiocruz. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, p. 99. 2019. Disponível em < <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34188?locale=es>>. Acesso em 8 abr. 2021.

ASSIS, P.M. **Cidade da polícia ou polícia da cidade? A chefatura de polícia e os imperativos da segurança pública individual na província do Ceará.** Fortaleza, 2016. 255p. Dissertação (Mestrado em História). Universidade Estadual do Ceará. Disponível em: <http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UECE-0_55b7612313aa06c823cee929e7b256db>. Acesso em 8 abr. 2022.

COSTA, Marcos et al. Estresse: diagnóstico dos policiais militares em uma cidade brasileira. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 21, p. 217-222, 2007.

DURKHEIM, É. **O suicídio.** São Paulo: Martins Fontes, 2004

ESCÓSSIA, Fernanda. Por que os policiais se matam: pesquisa traz números e relatos de suicídios de PMs. BBC NEWS. 2016. Disponível em: < https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2016/03/160322_policiais_suicidios_fe_if> Acesso em: 12 abr. 2021.

HOLANDA, João Xavier. **Polícia Militar do Ceará: origem, memória e projeção.** Imp. Oficial do Ceará, 1987.

DEMOGRÁFICO, Censo. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística—IBGE Censo: Rio de Janeiro. 1970. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>>. Acesso em: 28 jun. 2021.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** Rio de Janeiro: Guanabara, 1991. Comportamento em lugares públicos: notas sobre a organização social dos ajuntamentos. Petrópolis: Vozes 2013.

LIMA, F. P.; BLANK, V. L.G.; MENEGON, F. A. **Prevalência de Transtorno Mental e Comportamental em Policiais Militares/SC, em Licença para Tratamento de Saúde.** *Psicol. cienc. prof Brasília*, v. 35, n. 3, p. 824-840, Sept. 2015. Disponível em : <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703002242013>.

LOPES, E. M. C.; LEITE, L. P. **Deficiência adquirida no trabalho em policiais militares:** significados e sentidos. *Revista Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v.27, n.3, p.668-677, 2015. Disponível em :[http://dx.doi.org/10.1590/1807-](http://dx.doi.org/10.1590/1807-03102015v27n3p668)

[03102015v27n3p668](http://dx.doi.org/10.1590/1807-03102015v27n3p668).

MIRANDA, D. **Risco Ocupacional: a condição do policial militar do estado do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro, CNPQ: 2012.

MIRANDA, D. **Porque os policiais se matam,** Diagnóstico e prevenção do comportamento suicida na polícia militar do Estado do Rio de Janeiro. – 1. ed. Rio de

Janeiro: Mórula Editorial, 2016.

MONJARDET, Dominique. **O que faz a polícia: Sociologia da força pública. Série Polícia e Sociedade**, n. 10. São Paulo: EDUSP, 2003.

NOGUEIRA, G. E. G. **Análise de tentativas de auto-extermínio entre policiais militares: um estudo em Saúde Mental e Trabalho**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005

RANGEL, Rebeca Moreira. **Comando Tático Rural: Entre o trabalho prescrito e o real na busca de ser - Uma luz no fim do túnel para as comunidades do interior do estado** 2015. (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Estadual do Ceará. Disponível <<https://docplayer.com.br/14512548-Comando-tatico-rural-entre-o-trabalho-prescrito-e-o-real-na-busca-de-ser-uma-luz-no-fim-do-tunel-para-as-comunidades-do-interior-do-estado.html>>. Acesso em: 3 out. 2021.

SANTOS, W. S. **Explicando comportamentos socialmente desviantes: Uma análise do compromisso convencional e afiliação social**. 2008. 289 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil. Disponível em: < http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/19134/1/2008_tese_wssantos.pdf > Acesso em: 21 nov. 2021.

THADEU, S. H.; FERREIRA, M. C. FAIAD, C. **A avaliação psicológica em processos seletivos no contexto da segurança pública**. Avaliação psicológica, v.11, n.2, p.229-238, 2012.

Violência contra a mulher no Estado do Paraná: casos notificados de 2012 – 2021

Luana Patricia Weizemann ^{a,*}, Luiza Soares Malagutti ^a, Lucas de Oliveira Caldeira ^a, Luiz Felipe Pohlenz Benjamini ^a, Adriana de Fatima Duarte Goncalves ^a, Maycon Hoffmann Cheffer ^b.

^a Discente de enfermagem, Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz, Faculdade. Av. das Torres, 500 - Loteamento Fag, Cascavel - PR, 85806-095.

^b Docente de enfermagem, Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz - FAG. Avenida das Torres n°500, Cascavel/PR.

***Autor correspondente:** Discente de enfermagem, Rua Antonio Alves Massaneiro, 897, AP 503, Edifício Safira – Cowntry, Cascavel – PR, luanapweizemann@hotmail.com.

Data de submissão: 29-06-2022

Data de aceite: 21-07-2022

Data de publicação: 01-08-2022



10.51161/editoraime/105/60



RESUMO

Introdução: A violência, em especial contra a mulher, se apresenta no Brasil como um sério problema de saúde pública, sem exclusão de faixa etária, classe social, nível de escolaridade, raça ou religião. **Objetivo:** apresentar os casos de violência contra mulher no estado do Paraná referentes aos anos de 2012 a 2021. **Método:** estudo exploratório descritivo de caráter quantitativo. A população do estudo foi constituída por mulheres a partir dos 20 anos de idade e a fonte dos dados foi o Sistema Nacional de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) consultado no mês de junho de 2022. A análise dos dados foi feita através de estatística descritiva simples. Para fundamentar a discussão dos dados utilizou-se uma revisão narrativa. **Resultados:** Foram registradas a violência de repetição, física, psicológica e moral, tortura, sexual, financeira e econômica, força corporal e espancamento, enforcamento, objeto contundente, objeto perfuro cortante, substância e objetos quentes, envenenamento, arma de fogo, ameaça, assédio sexual e estupro, todas com números crescentes a cada ano, com exceção nos anos da pandemia de Covid-19. **Conclusão:** a violência contra a mulher tem se mostrado crescente, prevenir, tratar, recuperar e coibir esses casos são ações dos serviços públicos para a garantia de liberdade de todas as mulheres.

Palavras-chave: Agressão; Exposição à violência; Notificação; Sistemas de informação em saúde.

1 INTRODUÇÃO

A violência, em especial contra a mulher, apresenta-se como um sério problema de saúde pública no Brasil e no mundo, responsável por um elevado número de mortes, adoecimentos e incapacidades permanentes na população acometida. Diferentemente de outros problemas de saúde pública, a violência pode ter múltiplas causas, dentre elas marcadas por fatores econômicos e culturais os quais envolvem também relações de poder e dominação sobre outro indivíduo (PINTO, 2016).

A palavra “violência” tem origem latina e deriva da palavra “força”, que se refere ao uso da superioridade física sobre outrem. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), o termo violência é abrangente, envolvendo qualquer atitude que evidencie um escândalo, discussão, bronca exagerada, dano ao patrimônio, furto de objetos, agressão física, ameaça de agressão, soco, tapa, empurrão, relação sexual forçada, ou sua tentativa (OMS, 2010).

A violência é um fenômeno complexo, multifatorial, que pode deixar marcas profundas, pode se manifestar por: abuso psicológico, agressões verbais ou gestuais, aterrorizar, rejeitar, humilhar, restringir a liberdade do convívio social; abuso sexual, práticas eróticas, pornográficas, aliciamento, violência física, negligência ou abandono. Pessoas em situação de violência costumam estar envergonhadas, fragilizadas e, em alguns casos, até mesmo culpadas. Por isso, precisam ser acolhidas, cuidadas, protegidas em todos os seus direitos. (BRASIL, 2017).

Nos termos da legislação brasileira, entende-se por violência contra a mulher qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, inclusive decorrente de discriminação ou desigualdade étnica, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher (BRASIL, 2003).

A notificação de violências, seja contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas, tornou-se uma exigência legal, a qual objetiva desvelar esses dados, revelando-os em sua magnitude, tipologia, gravidade, perfil das pessoas envolvidas, localização de ocorrência e outras características dos eventos violentos (BRASIL, 2017).

Diante dessa problemática, a questão norteadora do estudo é visualizar o quantitativo de mulheres que sofreram algum tipo de violência e tiveram oficialmente seus casos notificados no estado do Paraná. Para isso, o presente estudo tem como objetivo apresentar os casos de violência contra mulher no estado do Paraná referentes aos anos de 2012 a 2021.

Este estudo se justifica pela relevância que vai além do caráter acadêmico, pois expõe dados reais de casos de violência contra mulheres no estado do Paraná, possibilitando que gestores visualizem tal fenômeno, bem como desenvolvam medidas cabíveis de prevenção, promoção e proteção a novos casos. Será demonstrado o percurso quantitativo das notificações bem como será abordado o papel do enfermeiro frente a realização de

notificações e ao suporte assistencial a mulheres vítimas de violência na perspectiva de preservar a saúde dessa população.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório descritivo de caráter quantitativo, cujos dados foram obtidos no mês de junho de 2022 por meio de consulta ao banco de dados do Sistema Nacional de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde, disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), acessado via remota através de endereço eletrônico. A população do estudo foi constituída por mulheres a partir dos 20 anos de idade. O público infanto-juvenil foi desconsiderado para a pesquisa devido ser constituído, majoritariamente, por indivíduos na menoridade, tornando-o um grupo suscetível a elevado número de subnotificações, uma vez que não possuem autonomia para buscar os serviços para denunciar casos de violência.

A coleta dos dados é referente ao período de 2012 a 2021, e os critérios de inclusão foram as notificações de cada tipo de violência, sexo feminino, que não tenham sido causadas pela própria pessoa (autoprovocada). Os dados coletados foram analisados por meio da estatística descritiva simples e organizados em quadros e gráficos para facilitar a apresentação dos dados e interpretação pelos leitores.

Por se tratar de um banco de dados com informações de domínio público, não foi necessária submissão de projeto para parecer junto ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos. Para a coleta de dados utilizou-se de dois computadores com internet em que de maneira simultânea dois pesquisadores consultaram as informações contidas no DATASUS e em seguida alimentaram uma planilha do Excel para posterior interpretação e discussão dos dados.

Para fundamentar o estudo utilizou-se uma revisão narrativa da literatura, a qual permite uma temática mais flexível não exigindo um protocolo severo baseado em métodos de busca fatigantes e requintados, o que possibilita para o autor a seleção arbitrária de artigos sem a necessidade de esgotar as fontes de informações. Esse tipo de revisão é conveniente como suporte para teses, dissertações e artigos (UNESP, 2015). A revisão bibliográfica narrativa pode ser utilizada para a (re)construção de redes de ideias e conceitos que combinam conhecimentos de várias fontes em um esforço para traçar novos caminhos em direção ao que se deseja (GOMES; CAMINHA, 2014).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentamos no Quadro 1 as notificações de violência contra mulher no Estado do Paraná no período de 2012 a 2021, de acordo com dados oficiais disponibilizados pelo site DATASUS, vinculado ao Ministério da Saúde.]

Quadro 1. Notificações de violência contra a mulher no Estado do Paraná (2012-2021)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Repetição	1964	2709	3130	3275	3407	3781	4555	5334	4938	2757	35850
Física	3069	4001	4831	5246	5316	6175	6809	7305	6681	3603	53036
Psicológica e moral	1859	2771	3183	3323	2851	3099	4185	4903	4514	2452	33140
Tortura	209	228	248	262	277	297	305	338	379	187	2730
Sexual	370	419	498	533	543	633	683	789	724	376	5568
Financeira e econômica	204	279	336	293	258	240	399	559	419	259	3246
Força corporal e espancamento	2651	3429	4187	4.567	4.813	5.588	6.132	6.564	5.871	3.175	46977
Enforcamento	230	303	314	367	376	460	564	616	595	336	4161
Objeto Contundente	188	259	305	391	386	436	485	558	468	256	3732
Objeto perfuro cortante	354	445	515	593	612	656	693	735	691	364	5658
Substância e objetos quentes	30	51	37	35	41	46	42	54	61	21	418
Envenenamento	31	33	27	44	47	49	43	95	128	90	587
Arma de fogo	122	168	200	183	209	173	158	135	180	100	1628
Ameaça	1176	1749	1851	2032	2172	2202	2787	3472	3072	1576	22089
Assédio Sexual	73	96	119	79	84	111	126	145	141	86	1060
Estupro	299	348	398	439	459	533	574	678	600	297	4625
Total	12829	17288	20179	21662	21851	24479	28540	32280	29462	15935	224505
Total absoluto	224.505										

Fonte: Sinan, 2022.

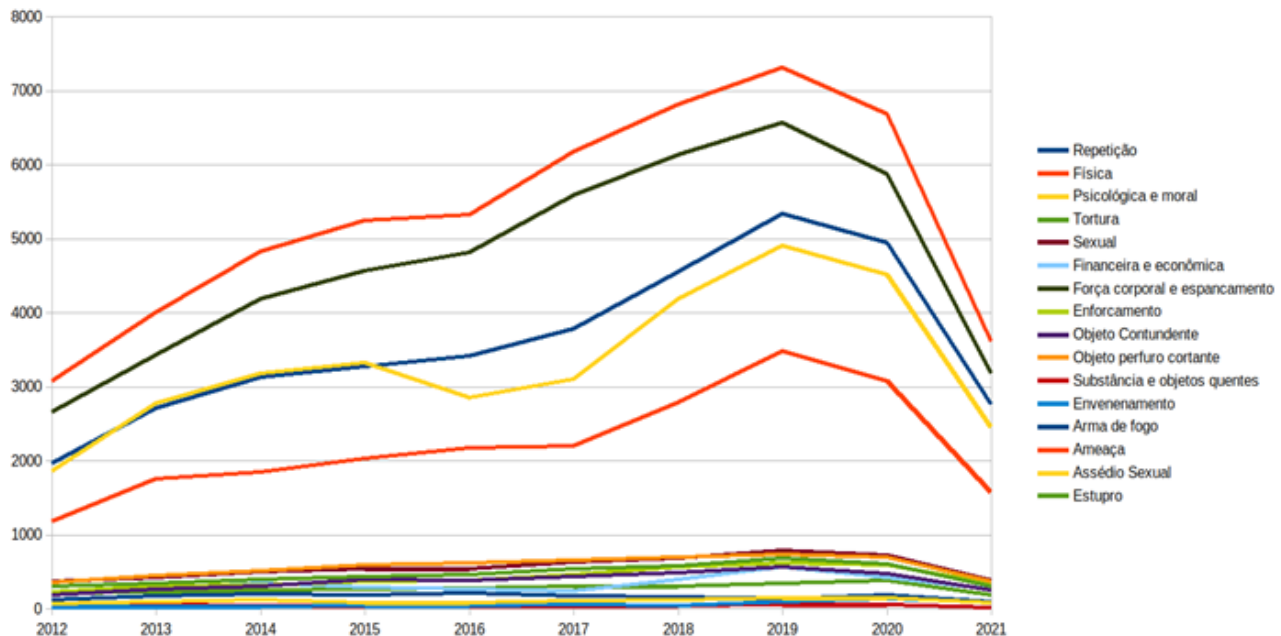
Pelos dados apresentados, podemos perceber que o tipo de violência mais comum no Estado do Paraná no período analisado é a violência física que, sozinha, corresponde a 24% das notificações do período. O SINAN define violência física como os atos violentos, nos quais se faz uso da força física de forma intencional, não acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo. Ela pode manifestar-se de várias formas, como tapas, beliscões, chutes, torções, empurrões, arremesso de objetos, estrangulamentos, queimaduras, perfurações, mutilações, entre outras. Suas consequências vão desde dores agudas e crônicas (musculares, abdominais, cefaleia), até lesões permanentes e morte (BRASIL, 2011).

Os outros tipos de violência mais comuns no período analisado foram: força corporal e

espancamento; repetição; psicológica e moral e ameaça. Esses tipos de violência, somadas à violência física, correspondem a 85,18% do total dos casos notificados no estado do Paraná.

A seguir (Figura 1) está a representação gráfica dos dados contidos no Quadro 1:

Figura 1. Percurso das notificações de violência contra a mulher no Estado do Paraná (2012-2021)



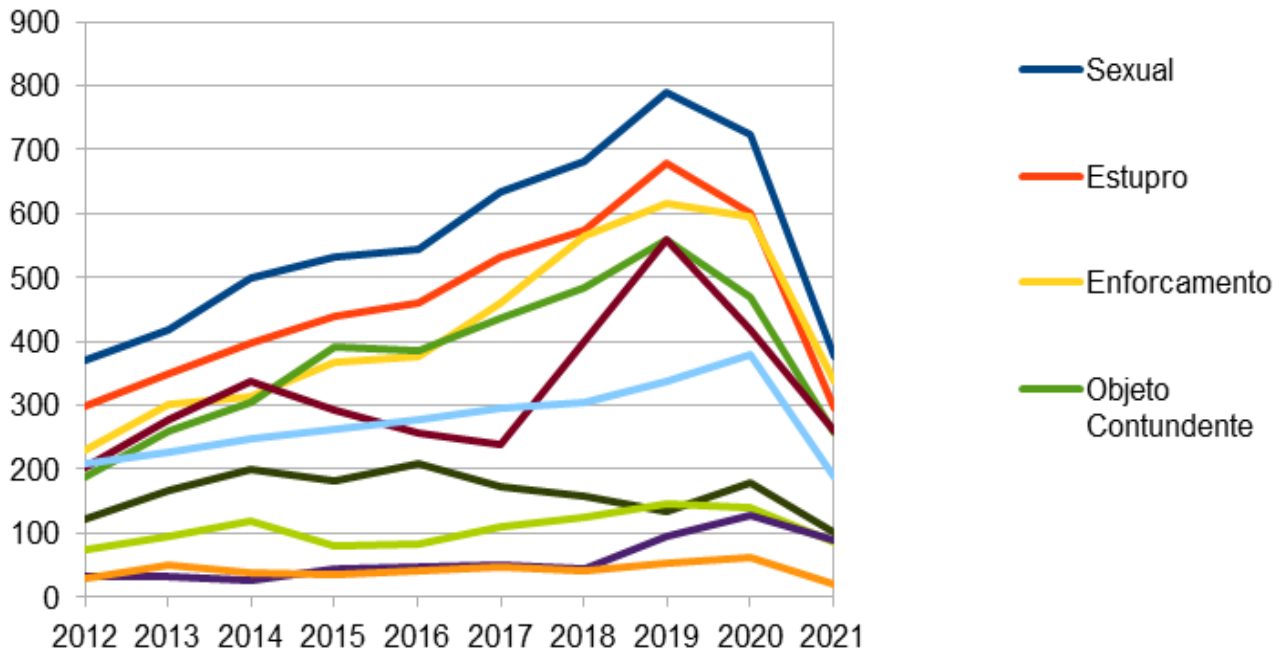
Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Dentre os cinco tipos de violência mais comuns contra a mulher, houve o crescimento de quase todas as formas de violência entre os anos de 2012 a 2019, exceto a violência psicológica e moral, que apresentou uma queda de 14,2% entre os anos de 2015 e 2016. Porém, mesmo essa forma de violência volta a crescer entre 2016 e 2019, com crescimento de 72% no período.

Para auxiliar a visualização das formas de violência menos frequentes, a Figura 2 representa apenas os dados relativos à violência sexual, estupro, enforcamento, por objeto contundente, violência financeira e econômica, tortura, por arma de fogo, assédio sexual, envenenamento e por substância e objetos quentes.

Essas formas de violência apresentam, em geral, um comportamento semelhante às demais: um crescimento entre os anos de 2012 e 2019, com decréscimo entre 2019 e 2021. Há quatro modalidades de violência que apresentam comportamentos diferentes: a violência financeira e econômica apresentou queda de 28,6% entre os anos de 2014 e 2017, mas crescimento de 133% de 2017 a 2019; além disso, o número de notificações de tortura e violências por arma de fogo e envenenamento registraram crescimento entre os anos de 2019 e 2020, destoando das outras formas de violência.

A queda nas notificações a partir do ano de 2020 é visivelmente evidenciada através da Figura 3, a qual retrata o total das notificações de violência contra a mulher no Estado do Paraná entre os anos de 2012 e 2019.

Figura 2: Percurso das notificações menos frequentes de violência contra a mulher no Estado do Paraná (2012-2021)

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Figura 3: Total de notificações de violência contra a mulher no Estado do Paraná por ano (2012-2021).

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

É notório um aumento considerável (151,6%) no número de notificações entre os anos de 2012 e 2019. Por outro lado, entre os anos de 2019 e 2021, há uma queda de

50,6% do número de notificações. A queda acentuada nas notificações de violência nos anos de 2020 e 2021 pode estar ligada aos efeitos do isolamento social devido à pandemia de COVID-19 que restringiu os atendimentos eletivos nos sistemas de saúde de todo o país. Dessa maneira, é possível perceber os efeitos negativos da pandemia nos serviços de saúde, especialmente aqueles no nível terciário, que mudou seu foco para o atendimento de pacientes com COVID-19 em unidades superlotadas com poucos recursos e nos limites físicos e psicológicos de seus profissionais de saúde, tal evento pode ter contribuído para a redução do número de identificação de casos de violência e notificações inseridas no sistema, além da insegurança das vítimas em buscar ajuda e se expor à infecção por SARS - CoV2 (SALLAS et al., 2022).

É esperado que, num momento de crise sanitária como a pandemia da Covid-19, tais fragilidades sejam exacerbadas, dificultando ainda mais a garantia de segurança das mulheres, como por exemplo a demora entre a notificação e as medidas de proteção efetivas, podendo levar a perpetuação ou intensificação da violência (LEWANDOWSKI, 2021). Por isso, é fundamental garantir que, além das ações relacionadas à pandemia, seja fortalecida a vigilância epidemiológica de outras doenças nos ambientes de saúde, com o objetivo de desenvolver estratégias de promoção, prevenção e recuperação da saúde concomitantemente as respostas à COVID-19 (SALLAS et al., 2022).

O primeiro passo para adoção de estratégias contra violência é sua identificação. Por diversas razões é possível que os profissionais de saúde apresentem dificuldades nessa identificação e, portanto, muitos casos passem despercebidos ou nenhuma medida de prevenção ou proteção seja adotada. É importante que estes profissionais exerçam uma relação de vínculo com os pacientes a fim de contribuir na identificação dos sinais de abusos, medidas de proteção e reconhecimento do contexto social e familiar das famílias para poder auxiliar nas decisões de agir mediante uma possível situação de violência (MAIA, et al., 2020).

Com a obrigatoriedade da notificação a problemática ganha visibilidade e permite o dimensionamento epidemiológico dos casos de violência, auxiliando na criação de políticas voltadas à sua prevenção. A Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, estabelece a notificação compulsória, em todo o território nacional, referente aos casos de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. A Portaria do Ministério da Saúde nº 1.061, de 18 de maio de 2020, também orienta que, qualquer indício de violência contra mulheres é objeto de notificação compulsória e de responsabilidade do serviço de saúde, comunicar à autoridade policial no prazo de 24 horas, garantindo as devidas providências (BRASIL, 2020; BRASIL, 2003).

A notificação de casos de violência é obrigatória e dever do profissional de saúde, sendo passível de responsabilização penal em caso de omissão. A conscientização e rompimento com ideias já existentes, além da capacitação diagnóstica frente a suspeita de violência tornam o profissional apto a detecção e notificação já que é realidade expressiva

nos atendimentos (SALIBA, et al., 2007). É essencial que o profissional que presta assistência à mulher inserida nesse contexto, realize a notificação dos casos e encaminhe as mulheres para outros serviços. Segundo Carneiro (2020), há dados imprecisos nessas notificações, pois de forma equivocada alguns profissionais da assistência somente realizam essas notificações diante das situações confirmadas, o que demonstra que esses profissionais necessitam de informação adequada e capacitação.

Os enfermeiros podem desenvolver grupos de investigação multidisciplinares, envolvendo familiares e outros profissionais para conclusão de diagnósticos, uma vez que boa parte das vítimas não confirmam a suspeita de agressão de violência. Esse profissional é capaz de construir laços de confiança com a paciente transformando sua realidade com atendimento humanizado e de qualidade. Com sensibilidade e compaixão é possível ampliar os conceitos relacionados à violência, atendendo tanto às necessidades individuais quanto coletivas (FELTRIN; TOSO; CHEFFER, 2019).

No atendimento à mulher vítima de violência, o profissional de saúde deve estar capacitado garantindo que o abuso sofrido gere o menor impacto possível, tanto nos aspectos físicos quanto psicológicos. Os serviços devem estar estruturados para realizar os encaminhamentos bem como os procedimentos necessários. É importante que o profissional esteja sensibilizado às dificuldades apresentadas pela mulher reforçando a necessidade de um atendimento humanizado que valorize as questões subjetivas expressas (dúvidas, incertezas, medo, sentimentos) a fim de proporcionar-lhe conforto e menor constrangimento mediante a situação a qual está envolvida (BRASIL, 2002).

Muitas fases do atendimento às vítimas de violência são de responsabilidade do enfermeiro, os quais fazem seu melhor dentro dos limites impostos pelo sistema, adaptando-se às necessidades da vítima prestando um atendimento humanizado. São comuns relatos de sentimento de impotência e despreparo, numerosos profissionais conhecem a teoria, mas não sabem como agir mediante a situação, entretanto são capazes de se moldarem ao cenário no sentido de resolutividade e continuidade do cuidado (CHEFFER, et al., 2021).

É muito importante assegurar a dignidade da vítima, fornecendo apoio na superação do trauma. Para isso a presença de um psicólogo durante o atendimento auxilia no resgate da identidade da mulher. Além do atendimento psicológico, a assistência engloba medidas de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, contracepção de emergência, tratamento de lesões, alívio da dor e exame de corpo de delito (BRASIL, 2002).

A problemática da violência contra a mulher está timidamente respaldada pelas políticas públicas brasileiras, as quais estabeleceram leis para devidas punições. A exemplo tem-se a Lei Maria da Penha e a Lei do Feminicídio, entretanto não são capazes de satisfazer completamente as necessidades de proteção das vítimas mediante tais agressões (ROCHA, 2015).

4 CONCLUSÃO

Os dados obtidos nos mostraram que os casos de violência contra a mulher infelizmente apresentam números crescentes no estado do Paraná, com exceção ao momento da pandemia causada pela Covid-19 que obteve um decréscimo, consequência de possíveis subnotificações referentes ao isolamento social.

A dificuldade dos profissionais de saúde em reconhecer os sinais de violência é uma das principais restrições impostas ao atendimento adequado às mulheres vítimas de violência. Sendo a atenção primária a principal porta de entrada dos serviços de saúde é fundamental a presença nos serviços de profissionais sensibilizados e aptos, em especial o profissional enfermeiro para perceber situações de violência. O conhecimento da rede de atendimento da sua localidade e o conhecimento de fatores relacionados à violência, à realização das notificações possibilitam aos gestores e autoridades competentes a elaboração de propostas com intervenções focadas nas demandas populacionais das mulheres em situação de vulnerabilidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003**. Regulamenta vigência e estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Brasília: Casa civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.778.htm>. Acesso em: 30 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde -DATASUS**. Disponível em: <<https://datasus.saude.gov.br/aceso-a-informacao/doencas-e-agrivos-de-notificacao-de-2007-em-diante-sinan>>. Acesso em: 29 maio, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.061, de 18 de maio de 2020**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. **Profissionalização de auxiliares de enfermagem**: cadernos do aluno. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/profae/pae_cad8.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas** [recurso eletrônico]. Brasília. Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gtf-escriva-sesa@cea2a47b-57ee-4651-968b-5de8ce414ddd&emPg=true>>. Acesso em: 20 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Violência interpessoal/autoprovocada. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação**, 27 abr. 2020. Disponível em: <<http://portalsinan.saude.gov.br/violencia-interpessoal-autoprovocada#:~:text=Define%2Dse%20como%20viol%C3%AAncia%20%E2%80%9Co,defici%C3%AAncia%20de%20desenvolvimento%20ou%20priva%C3%A7%C3%A3o%E2%80%9D>>. Acesso em: 01 jun. 2022.

CARNEIRO, Jordana Brock et al. Modelo teórico-explicativo do cuidado à mulher em situação de violência na atenção primária. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 31, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0639>>. Acesso em: 29 jun. 2022.

CHEFFER, M. H et al. Assistência de enfermagem prestada a vítimas de violência doméstica em unidades de pronto atendimento. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 95, n. 35, 2021. Disponível em: <<https://www.revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/1040>>. Acesso em: 30 jun. 2022.

FELTRIN, B; TOSO, S, L; CHEFFER, M. H. Ser enfermeiro e o cuidado a mulheres vítimas de violência doméstica: situações vivenciadas. **Varia Scientia-Ciências da Saúde**, v. 5, n. 2, p. 143-152, 2019. Disponível em: <<https://e-revista.unioeste.br/index.php/variasaude/article/view/23533>>. Acesso em 30 jun. 2022.

GOMES, Isabelle Sena; CAMINHA, Iraquitan de Oliveira. Guia para estudos de revisão sistemática: uma opção metodológica para as Ciências do Movimento Humano. Movimento (Porto Alegre), v. 20, n. 1, p. 395-411, 2014. Disponível em: <<https://www.seer.ufrgs.br/Movimento/article/view/41542>>. Acesso em: 19 jul. 2022.

LEVANDOWSKI, M. L et al. Impacto do distanciamento social nas notificações de violência contra crianças e adolescentes no Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 37, n. 1, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00140020>>. Acesso em 30 jun. 2022.

MAIA, M. A et al. Práticas profissionais em situações de violência na atenção domiciliar: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.27992018>>. Acesso em 20 jun. 2022.

OMS, Genebra. **Relatório de status global sobre doenças não transmissíveis 2010**. 2011. Disponível em: <<https://agris.fao.org/agris-search/search.do?recordID=XF2015028611>>. Acesso em: 30 mai. 2022.

PINTO, Simone Nunes. **Saúde coletiva**. Londrina: Editora e Distribuidora S.A., 2016.

ROCHA, C. C. **Violência doméstica contra a mulher**: o papel do enfermeiro. São Luís: Instituto Florence de Ensino Superior, 2016. Disponível em: <<https://biblios.inforgeneses.com.br/uploads/031/arquivos/000001682.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2022.

SALIBA, O et al. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Revista de Saúde Pública** [online], v. 41, n. 3, p. 472 – 477, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000300021>>. Acesso em: 30 jun. 2022.

SALLAS, J et al. Decréscimo nas notificações compulsórias registradas pela Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar do Brasil durante a pandemia da COVID-19: um estudo descritivo, 2017-2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, 2022. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/ress/2022.v31n1/e2021303/>>. Acesso em: 30 mai. 2022.

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO” (UNESP). Faculdade de Ciências Agrônômicas, Campus Botucatu. Biblioteca Prof. Paulo de Carvalho Mattos. **Tipos de revisão de literatura**. Botucatu: UNESP, 2015. Disponível em: <<https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.fca.unesp.br/Home/Biblioteca/tipos-de-evisao-de-literatura>>.

Doenças crônicas e fatores associados em pessoas idosas ativas

Lorena Sousa Santos^a, Edméia Campos Meira^b, Marília de Fonseca Andrade^c, Isnara Teixeira de Britto^c, Luana Machado Andrade^b, Luciana Araújo dos Reis^{c, *}.

^a Colegiado de Fisioterapia, Faculdade Independente do Nordeste. Av. Luís Eduardo Magalhães, 1305 - Candeias, Vitória da Conquista - BA, 45055-030.

^b Departamento de Saúde 2, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Av. José Moreira Sobrinho, s/n - Jequiezinho, Jequié - BA, 45205-490.

^c Departamento de Saúde 1, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Av. José Moreira Sobrinho, s/n - Jequiezinho, Jequié - BA, 45205-490.

***Autor correspondente:** Luciana Araújo dos Reis, Doutora em Ciências da Saúde pela UFRN, Jequiezinho. Jequié/BA, 45.208-177; E-mail de contato: Luciana.araujo@uesb.edu.br

Data de submissão: 26-05-2022

Data de aceite: 19-07-2022

Data de publicação: 06-08-2022



10.51161/editoraime/105/61



RESUMO

Introdução: As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) vêm se destacando como um importante desafio de saúde pública há muitos anos, principalmente pela morbidade e mortalidade que causam. Estas doenças têm capacidade de serem prevenidas e provocam sérios graus de incapacidade que afetam tanto os hábitos de vida e o bem-estar do indivíduo quanto à economia do país. **Objetivo:** identificar os fatores de risco associados as doenças crônicas em pessoas idosas ativas. **Material e Métodos:** inquérito exploratório, descritivo e analítico, com delineamento transversal e abordagem quantitativa, realizado com 80 idosos cadastrados no Projeto Vida Ativa da UESB e nas unidades básicas de saúde da família do município de Vitória da Conquista/BA. Utilizaram-se: Mini Exame do Estado Mental/MEEM, instrumentos de pesquisa com dados sociodemográficos e a avaliação das incapacidades nas atividades básicas e instrumentais da vida diária foi feita através do Índice de Barthel e pela Escala de Lawton e Brody respectivamente. **Resultados:** constatou-se no presente estudo que houve uma maior distribuição de idosos do sexo feminino (83,1%), com ensino fundamental incompleto (39%), casados (42,4%) e com renda familiar de 1 a 3 salários mínimos (45,8%). Em relação às condições de saúde verificou-se uma maior distribuição de idosos com problemas de saúde (98,3%), sendo que a maioria realiza tratamento (59,3%), quanto à capacidade funcional os idosos foram classificados como independente nas Atividades Básicas de Vida Diária/ABVD (71,1%) e dependente (64,4%) nas Atividades Instrumentais de Vida Diária/AIVD. **Conclusão:** O perfil sociodemográfico dos idosos podem vir a repercutir na saúde dessa população, pois nem todos obtém informações necessárias sobre prevenção, já que a maioria possui problemas de saúde. Desse modo, conhecendo determinadas patologias e os fatores que estão associados, pode-se promover condições favoráveis para a construção de estratégias pelos profissionais de saúde, prevenindo os agravos, promovendo qualidade de vida para essa fase.

Palavras-chave: Envelhecimento; Cronicidade; Condições de saúde.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional tem aumentado a prevalência das doenças crônicas não transmissíveis – DCNT (SILVA et al., 2015). Isso vem ocorrendo devido o declínio da taxa de fecundidade, aumento da qualidade de vida e o fácil acesso aos serviços de saúde, resultando em maior envelhecimento populacional. À medida que o envelhecimento da população avança e o número de óbitos precoces diminui, aumenta a prevalência das DCNT (BRISCHILIARI et al., 2014).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE, em 2000, a expectativa de vida dos brasileiros era de 64,8 anos, no ano de 2010 ela chega aos 73,26 anos e em 2014, aos 75,2 anos (BRASIL, 2016). Esse aumento em relação aos idosos se dá pelo crescimento da expectativa de vida da população do país. Segundo o IBGE (2008) em 2020 é estimada uma população composta por mais de 32 milhões de idosos. Isso mostra a necessidade dos estudos relacionados com os idosos e as DCNT.

As DCNTs, são enfermidades multifatoriais, por terem etiologia múltipla, que se desenvolvem durante a vida, envolvem grande período de latência e são de longa duração, sendo as maiores causas de mortalidade no mundo. Dentre elas as que se destacam são as doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas, sendo estas patologias as responsáveis por uma grande parcela e carga da morbimortalidade do Brasil (SILVA et al., 2015).

Os principais fatores de risco para as DCNT são o tabaco, a alimentação não saudável, a inatividade física e o consumo nocivo de álcool, responsáveis, em grande parte, pela epidemia de sobrepeso e obesidade, pela elevada prevalência de hipertensão arterial e pelo colesterol alto (MALTA et al., 2011).

No Brasil, no ano de 2013, as DCNTs foram responsáveis por 72, 6% dos óbitos, segundo dados do Sistema de Informação Sobre Mortalidade – SIM (BRASIL, 2015). Já segundo o Boletim Epidemiológico das DCNT (2016), no período de 2010 a 2015, no Estado da Bahia, 43% dos óbitos estão relacionados com as DCNT (BRASIL, 2016). Isso estabelece uma maior prevalência de morte prematura e efeitos adversos na economia não só da família, mas da comunidade, do sistema de saúde e da sociedade de um modo geral (MALTA et al., 2014).

Embora haja evidências suficientes a respeito de crescentes números de jovens e pessoas de meia idade com algum tipo de problema de saúde crônica, os idosos são considerados o grupo de maior risco para as DCNT (DAWALIBI et al., 2011). Este estudo tem por objetivo identificar os fatores de risco associados as doenças crônicas em pessoas idosas ativas.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratório, descritivo e analítico, com delineamento transversal e abordagem quantitativa, subprojeto do projeto: Programa Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas sobre o Envelhecimento humano: Ações de cuidado e atenção ao idoso. O projeto de pesquisa foi desenvolvido no município de Vitória da Conquista no Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisa sobre o Envelhecimento Humano (NIEPEH).

A amostra foi constituída por todos os idosos que tiverem condições mentais para responder ao instrumento de pesquisa, sendo o estado mental avaliado pelo Mini Exame do Estado Mental/MEEM.

A amostra foi do tipo não-probabilística por conveniência e constituída a partir de 80 indivíduos que foram selecionados através dos critérios de inclusão e exclusão: Critérios de inclusão: ser participante do grupo de convivência de idosos do município de Vitória da Conquista e obter pontuação acima de 24 pontos no MEEM. Critérios de exclusão: os indivíduos que sejam cadeirantes ou portadores de deficiência visual e/ou auditiva. Totalizando uma amostra de 59 idosos.

O instrumento de pesquisa foi constituído de dados sociodemográficos como data da aplicação do questionário, o sexo (feminino ou masculino), escolaridade (alfabetizado ou não alfabetizado), estado civil (com companheiro ou sem companheiro), renda familiar (um salário mínimo, de 1-3 salários mínimos, de 3-5 salários mínimos, de 7 a 10 salários mínimos).

A caracterização das condições de saúde, foi avaliada através de questionamentos aos idosos se os mesmos tinham presença de problema de saúde, se realizavam tratamento, a avaliação das incapacidades nas atividades básicas e instrumentais da vida diária foi feita através do Índice de Barthel e pela Escala de Lawton e Brody respectivamente. O Índice de Barthel avalia o nível de independência do indivíduo para a realização de dez atividades básicas da vida diária (ABVDs). Tem como objetivo avaliar se o indivíduo é capaz de desempenhar atividades independentemente como: alimentação, banho, atividades rotineiras, vestir-se, intestino, sistema urinário, uso do toilet, transferência da cama para a cadeira e vice-versa, mobilidade e escadas. Sua pontuação vai de 0 a 100 pontos, quanto menor for a pontuação maior será o grau de dependência. No estudo foi adotada a classificação dependente (pontuação <100 pontos) e independente (pontuação =100 pontos) (OLIVEIRA et al., 2010).

A escala para avaliação das incapacidades nas AIVDs, desenvolvida por Lawton e Brody avalia o nível de independência do indivíduo no que se refere à realização das atividades instrumentais da vida diária (AIVDs), compreendidas por nove tarefas que possibilitam à pessoa adaptação ao meio e manutenção da independência na comunidade como: uso do telefone, de transportes, fazer compras, preparar alimentos, lidar com a casa, realizar trabalhos manuais, lavar e passar a própria roupa, uso correto da medicação e administração do dinheiro. Cada questão possui três opções, a primeira indica independência, a segunda

dependência parcial e a terceira dependência total. Para o cálculo do escore, atribuem-se 3, 2 e 1 pontos respectivamente com pontuação de 9 a 27 pontos. Quanto maior o escore, maior o grau de independência (VIRTUOSO JÚNIOR; LOPES, 2008). No estudo foi adotada a classificação dependente (pontuação <27 pontos) e independente (pontuação = 27 pontos).

Inicialmente foi realizado um contato inicial com os responsáveis pelo desenvolvimento das atividades do grupo de convivência, onde foi explicado os objetivos da pesquisa, solicitando autorização para a coleta de dados. Após consentimento em participar da pesquisa foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo respeitados os princípios éticos que constam na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Somente após a assinatura do termo, a pesquisa foi iniciada com os idosos cadastrados no Projeto Vida Ativa da UESB e nas unidades básicas de saúde da família do município de Vitória da Conquista/BA.

O convite a participação na pesquisa ocorreu de maneira aleatória aos indivíduos que estiverem presentes no momento das visitas. A partir desta abordagem, foi explicado os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa e conferido se o participante se enquadra nos critérios de seleção da pesquisa.

Os dados coletados foram organizados em uma planilha Excel® 2015 e em seguida transportados e analisados no programa Statistical Package for the Social Science SPSS® versão 21.0, sendo então realizada análise estatística descritiva e aplicação do qui-quadrado (χ^2), com p-valor <0,005.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Independente do Nordeste, parecer de Protocolo nº 1.859.545 e CAAE nº 44876215.8.0000.5578. Todos os participantes foram informados quanto aos objetivos da pesquisa e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE respeitando os princípios éticos estabelecidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Constatou-se no presente estudo que houve uma maior distribuição de idosos do sexo feminino (83,1%), com ensino fundamental incompleto (39%), casados (42,4%) e com renda familiar de 1 a 3 salários mínimos (45,8%), conforme dados da tabela 1.

Ao analisar os resultados obtidos no presente estudo, pôde-se perceber a maior participação de mulheres, posto que, 83,1% pertencem ao sexo feminino, o que evidencia uma maior tendência das mulheres em alcançar a longevidade. Dados semelhantes encontrados na literatura, apontam que essa vantagem em relação ao sexo feminino decorre de inúmeros fatores, entre eles, a tendência das mulheres em se cuidar mais e buscar assistência médica e/ou apoio social (SANTOS; MOREIRA; CERVENY, 2014). A feminização da população idosa foi também encontrada em estudo realizado na mesma cidade desta pesquisa (MARINHO; REIS, 2016) e está em consonância com último censo e com a realidade nacional (BRASIL, 2013).

Tabela 1. Caracterização sociodemográficas dos idosos ativos. Vitória da Conquista/BA, 2022.

	n	%
Sexo		
Feminino	49	83,1
Masculino	10	16,9
Escolaridade		
Ensino médio incompleto	7	11,9
Ensino médio completo	10	16,9
Ensino fundamental incompleto	23	39
Ensino superior incompleto	4	6,8
Ensino fundamental completo	2	3,4
Ensino superior completo	3	5,1
Não alfabetizado	10	16,9
Estado civil		
Casado	25	42,4
Viúvo	16	27,1
Solteiro	12	20,3
Divorciado	6	10,2
Renda familiar		
1 a 3 salários mínimos	27	45,8
1 salário mínimo	24	40,7
3 a 5 salários mínimos	4	6,8
7 a 10 salários mínimos	4	6,8
Total	59	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa.

Em relação à escolaridade, observa-se um baixo nível de escolaridade dos idosos, verifica-se que 39,0% apresenta ensino fundamental incompleto. Dados semelhantes também foram encontrados no estudo realizado por Rodrigues, Kobayashi e Bianchi (2016) ao qual constatou-se que 38, 2% cursaram ensino fundamental incompleto. Um percentual ainda maior pode ser observado em outro estudo realizado por Bazzanella, Piccoli e Quevedo (2015) em que 94,8% dos idosos tinha ensino fundamental incompleto. Esse expressivo percentual de baixa escolaridade encontrado nos estudos evidencia uma realidade comum em países em desenvolvimento como o Brasil, pois o ensino (principalmente o ensino médio) nas décadas de 1930 até 1950 não era uma prioridade para as mulheres e era também restrito aos segmentos sociais mais privilegiados (SANTOS; CUNHA, 2014). Portanto, a baixa escolaridade destes idosos parece ser ainda consequência dessa época.

Quanto ao estado civil, 42,4% dos participantes são casados, o que corrobora com o estudo realizado por Gregoleti e Scortegagna (2015) em que a porcentagem de participantes casados ainda é maior, alcançando os 78%. Tal fenômeno pode ser explicado devido ao

aumento da expectativa de vida, e por esta população, em geral, estar envolvida por valores morais, em que o casamento deve ser para a vida toda, sob quaisquer circunstâncias. O estado civil é um fator de relevância para o cuidado à saúde pois o conjugue pode auxiliar nos cuidados ao outro acometido pelo processo do adoecimento (RODRIGUES; KOBAYASHI; BIANCHI, 2016).

Analisando a renda familiar, percebe-se que 48,5% recebem de 1 à 3 salários mínimos, o que também pode ser verificado nos dados de Santos e Cunha (2014) em que 51,1% dos entrevistados apresentam renda familiar semelhante ao presente estudo. A desvantagem socioeconômica dessa população está aliada à baixa escolaridade desses idosos, e pelo fato da maioria das mulheres não terem desenvolvido atividades profissionais remuneradas ao longo da vida, dedicando-se as atividades domésticas e aos cuidados dos filhos (PEGORARI; TAVARES, 2014; MARINHO et al., 2016). Diversos estudos apontam que a aposentadoria é a principal fonte de sobrevivência dos idosos, embora o valor não seja suficiente para atender as necessidades básicas. Devido às graves distorções na distribuição de renda no país, muitos idosos vivem em extrema pobreza, enquanto outros, para garantir condições mínimas de sobrevivência são obrigados a prolongar sua permanência no mercado de trabalho (SÁ et al., 2011; SANTOS; CUNHA, 2014).

Em relação às condições de saúde verificou-se uma maior distribuição de idosos com problemas de saúde (98,3%), sendo as doenças mais frequentes a Hipertensão Arterial Sistêmica/HAS (71,4%), osteoartrose (53,4%), depressão (25,0%), osteoporose (21,4%), diabetes (21,4%), AVE (17,9%), catarata (14,3%) e hérnia de disco (7,1%). Quanto à capacidade funcional os idosos foram classificados como independente nas Atividades Básicas de Vida Diária/ABVD (71,1%) e dependente (64,4%) nas Atividades Instrumentais de Vida Diária/AIVD, segundo dados da tabela 2.

Com aplicação do teste do qui-quadrado (χ^2) entre as variáveis do estudo e a presença de doenças crônicas e as variáveis do estudo verificou-se que houve apenas diferença estatística significativa entre a presença de doenças crônicas e o sexo feminino ($p=0,000$).

A tabela 2 mostra as condições de saúde dos idosos, e observa-se que quase toda a parcela da população idosa (98,3%) é acometida por algum tipo de problema de saúde. Esses resultados mostram-se semelhantes aos encontrados por Pimenta et al. (2014), em que 80,0% dos idosos declararam, em autoavaliação, ter pelo menos uma doença crônica não transmissível, resultado próximo dos 80,2% encontrados por Dawalibi, Goulart e Prearo (2014). Vários fatores podem contribuir para os problemas de saúde dos idosos, como, estilo de vida, aspectos socioeconômicos (incluindo oportunidades educacionais e econômicas, cor de pele e condições de trabalho) e o acesso a serviços de saúde (PIMENTA et al., 2014). Isso também é declarado nos estudos de Brischiliari et al., (2014), que, no Brasil, as DCNT acometem principalmente indivíduos com menor poder aquisitivo, baixa escolaridade e idosos.

Tabela 2. Caracterização das condições de saúde dos idosos ativos. Vitória da Conquista/BA, 2022.

	n	%
Presença de Problema de Saúde		
Sim	58	98,3
Não	1	1,7
Realização de Tratamento		
Sim	35	59,3
Não	24	40,7
ABVD*		
Independente	42	71,1
Dependente	17	28,9
AIVD**		
Dependente	38	64,4
Independente	21	35,6
Total	59	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa.

*Atividades Básicas de Vida Diária ** Atividades Instrumentais de Vida Diária.

No presente estudo, a doença mais citada e que se destacou pela alta proporção em relação às demais foi a hipertensão Arterial Sistêmica/HAS, reportada por 71,4% dos idosos. Pereira et al. (2015) encontraram resultados semelhantes em Canindé, no Sertão Central do Ceará, onde a HAS também aparece em primeiro lugar, representando 70% da prevalência entre os idosos. Ainda em relação a esses dados, um estudo realizado por Turi et al. (2013), apresentam dados similares, em que 76,8% dos entrevistados apresentam HAS. A hipertensão arterial sistêmica ocupa lugar destaque entre as DCNT, e sua prevalência tem aumentado significativamente com passar do tempo, tornando-se um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo (PIMENTA et al., 2015). Estudos mostram sua associação a uma alimentação inadequada, sedentarismo e idade avançada, trazendo consequências aos indivíduos como diminuição da qualidade de vida e aumento da morbidade (OLIVEIRA; CALDEIRA, 2016).

É importante salientar que mesmo a HAS sendo considerada uma síndrome poligênica com influência genética, os estudos mais recentes apontam que a realização de atividade física regular é um agente de redução dos níveis pressóricos, que ocasiona a redução da dosagem de medicamentos anti-hipertensivos em alguns casos (PEREIRA; NOGUEIRA; SILVA, 2015).

Em seguida, aparece a osteoartrose, com 53,4% das doenças que mais acometem os idosos. Corroborando com o estudo de Pinto Júnior et al. (2016), em que essa mesma patologia aparece em 49,7% dos entrevistados. Segundo a Sociedade Brasileira de Reumatologia – SBR (2016), a osteoartrose (OA) é uma enfermidade que acomete mais as mulheres, principalmente após os 60 anos. Ela é caracterizada por alterações ósseas e pelo

desgaste da cartilagem articular. Indivíduos com OA apresentam mobilidade limitada em até 80% dos casos e 25% são incapazes de realizar atividades cotidianas (PINTO JÚNIOR et al., 2016).

A depressão apresenta-se em 25,0% dos casos. Em um estudo realizado por Oliveira e Caldeira (2016), a soma entre a porcentagem de homens e mulheres, apresenta um valor igual a 24,5%, o que corrobora com o presente estudo. Os transtornos depressivos são caracterizados pela American Psychiatric Association (APA), Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5 (2014), como a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas. Tais alterações afetam significativamente áreas importantes da vida do indivíduo, deixando-o em piores condições de vida e em estado de vulnerabilidade social (GREGOLETI; SCORTEGAGNA, 2015; SILVA et al., 2015).

A osteoporose aparece em 21,4% das doenças. Em um estudo realizado por Rodrigues e Barros (2016), com idosos do município de Campinas – SP, 14,8% da população estudada afirmaram ter Osteoporose. A osteoporose (OP) é definida como um estudo osteometabólico de origem multifatorial, caracterizado pela diminuição da densidade mineral óssea com deterioração da microarquitetura, o que conduz a um maior risco de fratura (OMS). A OP é uma doença de elevada prevalência, que predispõem o indivíduo a sofrer quedas e fraturas, provocando incapacidade funcional e uma conseqüente redução da qualidade de vida (RODRIGUES; BARROS 2016).

A diabetes, também como a osteoporose, aparece em 21,4% dos casos. Santos (2015), traz dados semelhantes ao presente estudo, em que 22,1% da amostra estudada apresenta diabetes. Pimenta et al. (2014), afirma que essa patologia está associada a indicadores sociais de pobreza, como baixa escolaridade. Os idosos em idade mais avançada apresentam um risco maior para o aparecimento da doença, principalmente do Tipo 2 (SILVA et al., 2015). A Sociedade Brasileira de Diabetes (2016), tem reforçado que a prevenção primária (alterações no estilo de vida com ênfase na alimentação e na prática de atividade física), pode proteger indivíduos suscetíveis a desenvolver o Diabetes Mellitus.

O acidente vascular encefálico – AVE, surge com 17,9%, o que não corresponde com o estudo de Pimenta et al. (2014), em que o AVE aparece com apenas 3,6% dos casos. Devido ao aumento do envelhecimento populacional, em países como o Brasil, que possuem média renda, é esperado que a incidência dessa doença aumente (PEREIRA et al., 2015). A catarata, mostra-se com 14,3% das doenças, dados similares aparecem no estudo de Pimenta et al. (2014), em que a catarata aparece com 17,1% dos casos. Nos países em desenvolvimento, a catarata vem sendo a maior causa de cegueira reversível. A prevalência dessa patologia vem aumentando devido ao crescimento populacional (MARINHO et al., 2016).

A hérnia de disco surge em último lugar, nesse estudo, como a patologia que menos acomete a população idosa, com 7,1% dos casos. Na literatura, a hérnia de disco não é

citada, porém ela é uma lesão causada nos discos vertebrais, assim, consistindo em uma doença crônica da coluna vertebral, gerando os problemas de coluna, que são citados nos estudos que foram verificados (TURI et al., 2013). No estudo de Oliveira e Caldeira (2016), os problemas de coluna aparecem com 28,8% nos homens e 26,0% nas mulheres. Já na análise de Pimenta et al. (2014), tal problema vem com uma porcentagem semelhante ao estudo anterior, 24,9% dos casos, dados esses que divergem do presente estudo.

Segundo os dados, pode-se perceber que, 59,3% informaram que realizam tratamento para tais patologias. Segundo Turi et al. (2013), os idosos que vivem em condições socioeconômicas desfavoráveis estão mais propensos a esquemas terapêuticos complexos. Sendo essa população a que mais consome medicamentos, sendo pelo menos um ao dia (SILVA et al., 2012).

Em relação a avaliação da funcionalidade, observa-se que a maioria (71,1%) foi independente para a ABVD. Esses resultados mostram-se semelhantes aos encontrados por Bortoluzzi (2017) já que 74% eram independentes para as atividades básicas, assim como os 94,2% citados por Pinto-Júnior et al. (2016). Essa maior independência para as atividades básicas ocorre por essas atividades estar relacionadas a cuidados pessoais e por serem menos complexas que as atividades instrumentais (NOVAIS et al., 2016).

Além das ABVD, a presente pesquisa avaliou também as tarefas instrumentais. Identificou-se que apenas 35,6% dos idosos são totalmente independentes para as AIVDs. Em um estudo realizado por Pinto Júnior et al. (2015) em Jequié, na Bahia, onde os pesquisadores também utilizaram o índice de Lawton, foi observado um comprometimento funcional mais evidente para realização das AIVDs, resultado muito próximo do encontrado nesta pesquisa. Esses resultados corroboram com outros estudos, visto que as atividades instrumentais são consideradas tarefas mais complexas do que as atividades básicas, e exigem auxílio para realizá-las (NOVAES et al., 2016; LOPES; SANTOS, 2015; PEGORAN; TAVARES, 2014). Para a manutenção de uma boa capacidade funcional devem ser considerados fatores como, o bom convívio familiar e satisfação com a própria vida e a baixa ocorrência de doenças como a depressão, já que essa independência irá gerar um grande impacto na vida desses idosos (PINTO JÚNIOR, et al., 2016).

4 CONCLUSÃO

O perfil sociodemográfico dos idosos evidenciou a predominância de idosos do gênero feminino, com baixa escolaridade, em situação conjugal de casadas, com renda familiar de 1 à 3 salários mínimos. Esses baixos índices sociodemográfico podem vir a repercutir na saúde dessa população, pois nem todos obtêm informações necessárias sobre prevenção, já que a maioria possui problemas de saúde.

Constatou-se também que HAS e a OA foram as doenças que mais acometeram essas pessoas. Em relação a primeira patologia, o que poderia ser feito pelos profissionais

da saúde para reduzir esse alto índice, seriam trabalhos de prevenção ou intervenções para mudar os fatores modificáveis. Em relação a OA, que é uma enfermidade que acomete em sua maioria maiores de 60 anos, esses idosos devem ser instruídos a procurarem serviços médicos especializados para saberem se existe uma predisposição para tal doença e assim poderem iniciar um tratamento, se necessário.

Desse modo, conhecer os problemas de saúde e os fatores associados propicia promoção de condições favoráveis para a construção de estratégias pelos profissionais de saúde, prevenindo os agravos dessas doenças e garantindo a promoção de saúde e proporcionando a autonomia dos idosos, afinal para essa população, ter certo grau de independência é o que faz a diferença em relação ao convívio social, autonomia e qualidade de vida, nessa fase da vida.

REFERÊNCIAS

BAZZANELLA, N. A. L.; PICCOLI, J. C. J.; QUEVEDO, D. M. Qualidade de vida percebida e atividade física: um estudo em idosas acima de 80 anos participantes de um programa municipal de saúde da terceira idade na Serra Gaúcha, RS. **Estudo Interdisciplinar de Envelhecimento**, v. 20, n. 1, p. 249-270, 2015.

BORTOLUZZI, E. C. et al. Prevalência e fatores associados a dependência funcional em idosos longevos. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v.22, n.1, p.85-94, 2017.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico Situação Epidemiológica das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)**. Nº 01 13 de Outubro de 2016. SUVISA – DIVEP. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/2016-Boletim-Epidemiol%C3%B3gico-Situa%C3%A7%C3%A3o-Epidemiol%C3%B3gica-das-Doen%C3%A7as-Cr%C3%B4nicas-n%C3%A3o-Transmiss%C3%ADveis-n-01.pdf>. Acesso: 21/05/17.

BRASIL 2013 – **Síntese de indicadores sociais, uma análise das condições de vida da população brasileira**. 2013 – IBGE. Disponível: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101629.pdf>. Acesso: 21/05/17

BRASIL. **SUVISA – SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO DA SAÚDE – SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA**. Disponível em: http://www.suvisa.ba.gov.br/vigilancia_epidemiologica. Acesso: 21/05/17.

BRISCHILIARI, S. C. R. et al. Doenças Crônicas não Transmissíveis e Associação com Fatores de Risco. **Revista Brasileira de Cardiologia**, v. 27, n. 1, p. 35-42, 2014.

DAWALIBI, N. W.; GOULART, R. M. M.; PREARO, L. C.. Fatores relacionados à qualidade de vida de idosos em programas para a terceira idade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3505-3512, 2014.

GREGOLETI, V.; SCORTEGAGNA, S. A. Perfil sociodemográfico e clínico da população de idosos com transtorno depressivo. **Estudo Interdisciplinar de envelhecimento**, v. 20, n. 1, p. 271-283, 2015.

LOPES, G. L.; SANTOS, M. I. P. O.. Funcionalidade de idosos cadastrados em uma unidade de Estratégia de Saúde da Família segundo categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.18, n.1, 2015.

MALTA, C. D.; MORAIS, O. L. N.; SILVA-JÚNIOR, J. B. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 20, n. 4, p.425-438, 2011.

MARINHO, M. S.; REIS, L. A. Velhice e Aparência: a percepção da identidade de idosas longevas. São Paulo-SP, **Revista Kairós de Gerontologia**, v.19, n.1, p.145-60, 2016.

MARINHO, M. S. et al. Identidades de idosos longevos: significados atribuídos a ser velho. **Argumentum**, v.8, n.3, p. 146-58, 2016.

NOVAIS, M. M. et al. Avaliação de indicadores de desempenho funcional de idosos residentes em domicílio. **Arquivos de ciências da Saúde**. v.23, n.3, p.67-72, 2016.

OLIVEIRA, S. K. M.; CALDEIRA, A. P. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em quilombolas do norte de Minas Gerais. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 420-427, 2016.

OLIVEIRA, M.A.C. Validación, en Brasil, del índice de Barthel en pacientes ancianos atendidos en ambulatorios clínicos. **Acta paul. enferm.** v.23, n.2, 2010.

PEGORARI, M. S.; TAVARES, D. M. S.. Fatores associados a síndrome de fragilidade em idosos residentes em área urbana. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.22, n.5, p.874-82, 2014.

PEREIRA, D. S.; NOGUEIRA, J. A. D.; SILVA, C. A. B.. Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de base populacional no Sertão Central do Ceará. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. v. 18, n. 4, p. 893-908, 2015

PIMENTA, F. B. et al. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.20, n.8, p.2489-2498, 2014.

PINTO-JÚNIOR, E. P. et al. Dependência funcional e fatores associados em idosos cor-residentes. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 404-412, 2016.

RODRIGUES, A. A.; KOBAYASHI, R. M.; BIANCHI, E. R. F. Readmissão de mulheres em um hospital cardiológico. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 30, n. 2, p. 1-8, 2016,

RODRIGUES, I. G.; BARROS, M. B. A. Osteoporose autorreferida em população idosa: pesquisa de base populacional no município de Campinas, São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 2, p. 294-306, 2016.

SÁ, C. M. S., et al. O idoso no mundo do trabalho: configurações atuais. **Cogitare Enfermagem**, v.16, n.3, p. 536-42, 2011.

SANTOS, E. B. et al. Estresse percebido dos idosos sobreviventes do AVC após a alta hospitalar para casa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 5, p. 797-803, 2015.

SANTOS, G. S.; CUNHA, I. C. K. O. Avaliação da qualidade de vida de mulheres idosas na comunidade. **Revista de enfermagem do centro oeste mineiro**. v. 4, n. 2, p. 1135-1145, 2014.

SILVA, J. V. F. et al. A relação entre o envelhecimento populacional e as doenças crônicas não transmissíveis: sério desafio de saúde pública. **Cadernos de graduação: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 2, n.3, p. 91-100, 2015.

TURI, B. C. et al. Frequência de ocorrência e fatores associados à hipertensão arterial em pacientes do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. v. 18, n. 1, p.43-52, 2013.

VIRTUOSO JÚNIOR, J.S.; LOPES, R. dos S. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde [en linea]**, v.21, n.4, p. 290-296, 2008.

Significado atribuído ao cuidado por pessoas idosas e seus cuidadores familiares

Renato Novaes Chaves¹, Tatiane Dias Casimiro Valença^{1,2}, Claudinéia Matos de Araújo², Sumaya Medeiros Botelho², Claudio Henrique Meira Mascarenhas², Luciana Araújo dos Reis^{1-2*}

¹ Programa de Pós-graduação em Memória: Linguagem e Sociedade, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Estrada do Bem Querer - km 04, Bairro Universitário, CEP.: 45031-900, Vitória da Conquista, Bahia.

² Departamento de Saúde I, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Av. José Moreira Sobrinho, s/n - Jequiezinho, Jequié - BA, 45205-490.

***Autor correspondente:** Luciana Araújo dos Reis, Av. José Moreira Sobrinho, s/n - Jequiezinho, Jequié - BA, 45205-490; lucianauesb@yahoo.com.br

Data de submissão: 26-05-2022

Data de aceite: 29-07-2022

Data de publicação: 06-08-2022



10.51161/editoraime/105/62 

RESUMO

Introdução: o envelhecimento é uma categoria social, na qual há uma significativa importância na relação que se estabelece entre o idoso e sua família, principalmente no que tange à construção de representações sociais. **Objetivo:** analisar as representações sociais das pessoas idosas e seus cuidadores sobre o significado atribuído ao cuidado. **Materiais e métodos:** pesquisa exploratória e descritiva, fundamentada na teoria das Representações Sociais. Foi realizada na cidade de Vitória da Conquista/BA no Programa de Atendimento Municipal Domiciliar a Idoso com Limitações com 21 pessoas idosas com dependência funcional e seus cuidadores familiares. A análise foi baseada no método de codificação, categorização temática e Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** as representações sociais das pessoas idosas e de seus cuidadores familiares sobre os significados que eles atribuem ao cuidado foram agrupadas em duas categorias analíticas que amparam as RS: (1) o cuidado entendido como o exercício das atividades diárias; (2) concepção de cuidado como forma de afeto, atenção e carinho. **Conclusões:** com relação ao significado atribuído ao cuidado, as representações sociais perpassam por uma dimensão corporal diária e de cuidados domésticos. As representações sociais sobre o cuidado se ancoram em sentimentos familiares, na relação de carinho que existe entre o cuidador e o idoso. A carência afetiva foi expressa pela pessoa idosa, enquanto o cuidador reafirma a necessidade de suplantá-la.

Palavras-chave: pessoas idosas; cuidadores; cuidado.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um fenômeno inerente à condição biológica da vida, no entanto os processos que envolvem esta etapa da vida, especialmente na condição humana, são alvos de diversas pesquisas e debates ao redor do mundo. Hoje o envelhecimento populacional é uma realidade na maioria dos países, e no Brasil não é diferente. As projeções do IBGE (2013) para o ano de 2025 preveem que o Brasil poderá ter sua população de idosos estimada em 32 milhões de habitantes. É nesse cenário que emergem debates sobre o envelhecimento populacional, que pode ser um grande desafio tanto para a saúde como para a formulação de políticas públicas, principalmente no Brasil, onde há desigualdades sociais, como também para as diferentes áreas do conhecimento (ROCHA; SOUZA; ROZENDO, 2013).

Esta perspectiva demonstra que o país passa por um processo de transição demográfica, que é caracterizado por mudanças significativas na estrutura etária da população, com queda da taxa de mortalidade infantil e na fecundidade, bem como elevação da expectativa de vida (BRASIL, 2006).

Sendo assim, envelhecer significa ter a certeza de que uma série de modificações ocorrerá, sejam elas biológicas, físicas, psicológicas ou comportamentais. Essas alterações que envolvem o processo de envelhecimento acontecem a partir dos 20 anos de idade, sendo que aos 30 anos já é possível perceber alterações funcionais e a partir dos 40 anos as perdas são progressivas (JACOB FILHO, 2000).

Vale ressaltar que essa perspectiva está centrada principalmente nos aspectos biofísicos, já que na esfera psíquica, social e comportamental o envelhecimento está distante de ser visto como um processo estanque e delimitado. Para Brêtas (2003, p. 298), por exemplo, envelhecer “é um processo complexo, pluridimensional, revestido não apenas por perdas, mas também por aquisições individuais e coletivas [...]”.

Dessa forma, vários saberes se coadunam para o entendimento holístico acerca do envelhecimento e contribuem para uma construção social da velhice. É nesse contexto que entra o campo das Representações Sociais (RS), uma vez que, de acordo com a abordagem cultural, é entendido como a forma de conhecimento corrente, o chamado “senso comum” (JODELET, 2001).

O estudo, ora exposto, ressalta o discurso amparado na memória das pessoas idosas dependentes e de seus cuidadores familiares e, ao fazê-lo, levanta a discussão em torno do envelhecimento e do cuidado desenvolvido por entes familiares a partir do objeto de estudo “cuidado familiar à pessoa idosa” com base nas RS.

Sendo assim, propõe-se um diálogo com as ciências sociais, ancoradas principalmente na abordagem cultural e dimensional das RS, propostas respectivamente por Jodelet (2001) e Moscovici (2015). Também fazendo uso do campo da memória coletiva a partir dos preceitos de Halbwachs. Dessa forma, a pesquisa traz importantes contribuições para os campos da memória e da saúde, bem como alarga a compreensão do objeto em questão.

Para Halbwachs (2006), o entendimento do que é memória coletiva e individual se baseia nas ideias de que nunca nos lembramos de algo sozinhos, há sempre uma influência coletiva. Para ele, existem dois tipos de memória, individual e coletiva, ambas se complementam, embora a coletiva seja um importante elemento na construção das memórias individuais e na formação da identidade do ser social. E, de acordo com Rios (2013), recorrer ao uso da memória constitui um elemento fundamental para entender o sentido de identidade que cada um tem, bem como no sentido coletivo.

A família, por sua vez, também é considerada como grupo social que influencia e é influenciada por outros indivíduos ou outras esferas sociais. Halbwachs (2006) salienta que a família enquanto grupo social também contribui para que os indivíduos construam e reproduzam memórias, que são alicerçadas a partir de um contexto social e da interação dos diversos grupos sociais, tais como a família.

Nessa perspectiva, ao recorrer à memória das pessoas idosas e de seus cuidadores familiares para entender o ato de cuidar, a partir dos significados dados por eles, esta pesquisa lança mão de um olhar sobre a reprodução de um cuidado que pode ser desqualificado, uma vez que os cuidadores familiares não exercem uma atividade formal. Assim, emerge uma discussão acerca dos efeitos da sobrecarga, que são danosos para a saúde do cuidador e da pessoa idosa.

E coloca-se em evidência uma população de pessoas idosas e cuidadores familiares que merece destaque especial na sociedade, no campo da ciência, e de sua inserção, como agentes de transformação no processo saúde-doença. Nesta perspectiva, o presente estudo tem por objetivo analisar as representações sociais das pessoas idosas e seus cuidadores sobre o significado atribuído ao cuidado.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa e fundamentada na teoria das RS. Tem-se como aporte teórico-metodológico o uso da Memória Coletiva e a Teoria das Representações Sociais. Para Jodelet (2001, p.17), é por meio das RS que “tratamos de fenômenos observáveis diretamente ou reconstruídos por um trabalho científico”.

A pesquisa foi realizada na cidade de Vitória da Conquista/BA no Programa de Atendimento Municipal Domiciliar a Idoso com Limitações (PAMDIL). A escolha do local se deu por este ser considerado o único programa que atende a pessoas idosas com dependência funcional, de abrangência municipal e vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS). O programa é destinado ao atendimento dessas pessoas idosas com limitações, e que possuam dificuldades de locomoção e deslocamento para atendimento nas UBS.

Fizeram parte deste estudo 21 pessoas idosas com dependência funcional e seus cuidadores familiares, que foram escolhidos por critérios de elegibilidade. Para os cuidadores familiares, a inclusão se deu por ter algum grau de parentesco com a pessoa idosa, ter mais de 18 anos de idade, sem restrição quanto ao gênero ou estado civil, e que fosse o principal responsável pelo cuidado a pessoa idosa e não recebesse remuneração para o cuidado.

Para as pessoas idosas, objetos do cuidado, o critério para inclusão foi ter idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos; residir na mesma casa do cuidador; apresentar algum grau de dependência nas Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) ou Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), conforme o índice de Katz e de Lawton-Brody; e ter estado cognitivo preservado para a entrevista, conforme o Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Os instrumentos Katz, Lawton-Brody e MEEM foram usados para a seleção dos participantes.

O instrumento de pesquisa foi constituído de duas entrevistas, uma para a pessoa idosa e outra para o cuidador familiar, e um questionário sociodemográfico e de condições de saúde para ambos. As entrevistas centraram-se nos aspectos do cuidado, tanto para a pessoa idosa, objeto do cuidado, como para o cuidador familiar, que executava este cuidado.

A estratégia metodológica para a análise das entrevistas foi realizada com base no método de codificação e categorização temática proposta por Gibbs (2009). Essa é uma forma de indexar o texto para estabelecer uma estrutura de ideias temáticas em relação ao conteúdo estudado. Também fez uso do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que “é uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos e tem como fundamento a teoria da Representação Social” (FIGUEIREDO; CHIARI; GOULART, 2013, p.129).

A análise junto ao DSC só é possível a partir do uso do *software* DSCsoft 2.0, que se trata de um programa criado para auxiliar os pesquisadores que usam a técnica do DSC em seus estudos qualitativos. É um recurso informatizado, que serve de instrumento para organizar, tabular e analisar uma grande massa de depoimentos (LEFEVRE; LEFEVRE, 2003).

Antes de utilizar o DSCsoft2.0, foi preciso que, primeiramente, cada entrevista gravada fosse transcrita para um processador de texto no formato da *Microsoft Word*. Em seguida, as transcrições foram transferidas para uma planilha *Excel*, por meio da qual foi feita a leitura textual e a análise das falas mais representativas de todos os participantes, permitindo, nesse momento, a criação das categorias analíticas. Ressalta-se que, o DSC permite criar um discurso único, a partir de todas as entrevistas, sem a necessidade de identificação individual das falas. O programa não efetua nenhuma leitura ou interpretação, ele apenas facilita o processo de categorização.

Desse modo, foi realizada a importação dessas fontes para o *software*. E procedeu-se a inserção das respostas a partir do cadastro de perguntas já realizado. Nesse sentido, deu-se prosseguimento para todas as respostas das pessoas idosas e de seus cuidadores e, no final o programa, gerou uma base de dados qualitativos que correspondeu ao *corpus* da pesquisa. A partir desse *corpus* foram extraídas as expressões-chave mais representativas de cada participante e, com isso, foram criados os discursos coletivos para cada categoria analítica.

O projeto de pesquisa foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), por meio do Parecer Consubstanciado (CAAE nº 58813116.3.0000.0055), cuja aprovação pelo CEP da UESB, sob o parecer nº 1.875.418.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

As RS das pessoas idosas e de seus cuidadores familiares sobre os significados que eles

atribuem ao cuidado foram agrupadas em duas categorias analíticas que amparam as RS: (1) o cuidado entendido como o exercício das atividades diárias; (2) concepção de cuidado como forma de afeto, atenção e carinho. Para cada categoria analítica, foi extraído, a partir das narrativas, um DSC que exemplifica a RS, tanto das pessoas idosas como de seus cuidadores.

Categoria analítica 1. O cuidado entendido como o exercício das atividades diárias

Nessa categoria analítica, fica evidenciado que as pessoas idosas e seus cuidadores familiares têm suas narrativas pautadas na experiência da dependência funcional para expor o seu entendimento sobre o cuidado. O significado atribuído ao cuidado está focado nas ABVD, reforçando a dependência funcional da pessoa idosa. O cuidado que as pessoas idosas recebem do seu cuidador, diariamente, evidenciam que muitas das atividades diárias eles não mais executam ou têm limitações.

Os cuidados dispensados as pessoas idosas estão classificadas em dois planos, básicos e instrumentais. Os primeiros estão relacionados aos cuidados dentro do lar e se referem àquelas ações que garantem assistência à saúde, aos cuidados pessoais, à alimentação e manutenção da casa. Os instrumentais são os cuidados mais externos, como participação em ações sociais, recreativas, transporte, apoio psicológico e espiritual, questões burocráticas e financeiras, entre outras (FERREIRA *et al.*, 2012; BARBOSA *et al.*, 2014).

No entanto, apresenta-se abaixo o DSC dos participantes extraído das suas narrativas, demonstrando que estes têm uma percepção de que o significado que se atribui ao cuidado está relacionado às ABVD, que estão no plano primário.

DSC PESSOAS IDOSAS:

Cuidado é limpar a casa, arrumar, cuidar da gente...Cuidar de tudo né pra não faltar nada, fazer o café, a comida, ajudar no banho e nas coisa que elas precisa. Cuidado é ter quem me ajuda no dia. É fazer almoço, lavar roupa, varrer a casa, lavar os prato. Cuidado é de cuidar bem, é levar pra fazer os exames, é dar o remédio na hora certa, fazer uma comidinha mais leve, botar uma toalha na mesa, dar banho, é cuidar da saúde, alimentar direitinho, comer coisa que pode comer. É cuidar de mim, tomar banho, vestir a roupa, a comida, esquenta a comida, fazer o curativo, cuidar da alimentação, por que é básica. Cuidado é isso.

DSC CUIDADORES FAMILIARES:

Cuidado é quando a gente cuida da outra pessoa. É zelar para ela ter tudo o que precisa. É fazer tudo, quando a gente tem que fazer as coisas por essa pessoa, por que ela não faz. Saúde, higiene, alimentação, o horário de remédios, cuidar da casa toda, cuidar pra não faltar nada. Dar comida na hora certa, é dar um remédio, se tiver doente, não deixar sozinha, não deixar ela sem comer, cortar as unhas dela. Isso aí para mim é cuidado. É dar assistência do inicio ao fim, por que ele não pode fazer. É você fazer tudo o que puder, porque idoso também é igual criança. Ela é muito dependente, precisa de mim pra tudo então cuidado neste caso é muito amplo. É dedicar a ela vinte e quatro horas. Então o cuidado que eu tenho pra ela é fazer tudo. Não é tão difícil assim não.

A partir desses DSC, pode-se inferir que o cuidado para essas pessoas idosas dependentes

não tem outra explicação senão a atribuição de um significado construído diariamente, a partir da sua dependência e de sua relação com o cuidado que recebem de seu cuidador familiar. Já o cuidador entende que o cuidado é realizar as atividades que a pessoa idosa não consegue, ou seja, não há um entendimento de que cuidado é estímulo.

No estudo de Mazza e Lefèvre (2005), que analisou o cuidado em família, também usando a análise do DSC, ficou evidenciado que os cuidadores familiares atribuem o significado do cuidado a partir da prática de uma assistência baseada na manutenção das ABVD da pessoa idosa. Nesse sentido, parece produtivo afirmar que a noção de cuidado perpassa a prática diária, em função da construção de RS pautadas nas práticas de saúde voltadas para a independência.

Os significados atribuídos pelas pessoas idosas e seus cuidadores familiares sobre o cuidado aproximam-se de uma perspectiva basicamente rotineira, fruto de uma interação entre esses sujeitos, buscando um bem-estar comum. Essa relação que se percebe agora diante da dependência funcional não se configura apenas agora. O cuidado é fruto da condição humana e é através dele que as pessoas mantêm relações afetivas e constroem as suas RS.

O homem, desde que nasce, necessita de cuidados para sobreviver, bem como precisa estabelecer outras formas de cuidado durante o curso de sua vida, seja com plantas, animais, trabalho, relações sociais. O caso é que a vida é permeada de cuidado, ora se cuida, ora se é cuidado. E a visão das pessoas idosas e de seus cuidadores familiares permite inferir que, para eles, o significado atribuído ao ato de cuidar está vinculado a sua atitude pragmática vivenciada no cotidiano (AYRES, 2004).

Recorrendo ao filósofo Martin Heidegger (2006), que propôs um conceito de cuidado a partir da existência do ser, é possível entender que o homem tem uma relação profícua com o mundo. Em seu livro “Ser e tempo” ele conduz um pensamento de que o ser humano não é um objeto do mundo, mas um ser que se relaciona por meio do cuidado o tempo todo.

O conceito heideggeliano de cuidado, numa perspectiva filosófica, foi pioneiro e responsável por discursos em saúde e sobre o cuidado humano. De acordo com Ayres (2004, p.78), as características estabelecidas por Heidegger de “movimento, interação, identidade/alteridade, plasticidade, projeto, desejo, temporalidade, não-causalidade e responsabilidade” são elementos que o homem usa no e pelo ato de viver, e se constituem subsídios na discussão do cuidado sob a ótica das práticas de saúde.

Não obstante, Boff (2017) e Waldow (2004) também afirmam que o cuidado é anterior ao homem. É através dessa prática que os indivíduos se constituem enquanto seres humanos e sociedade. Nesse sentido, quando há a RS de que o cuidado é o exercício das atividades diárias, as pessoas idosas e seus cuidadores não fogem das teorias do cuidar, pelo contrário, eles confirmam que a condição humana é permeada pelo cuidado.

Recorrendo à Jodelet (2001), é possível inferir que as atividades diárias são os quadros sociais dos quais as pessoas idosas e seus cuidadores se amparam para representar o cuidado. Para ele, as representações coletivas são construções a partir dos grupos sociais vinculadas às memórias que, por sua vez, se ancoram em quadros sociais.

Halbwachs (2004) entende que o ato de rememorar se constitui a partir do que ele chama

de “quadros sociais da memória”, que são elementos fornecidos pelos grupos sociais, dos quais os indivíduos fazem parte, e funcionam como ponto de referência para que cada um construa lembranças de modo subjetivo. No caso das pessoas idosas e seus cuidadores, a lembrança do ato de cuidar como uma prática diária lhes garante os meios pelos quais eles o representam dessa maneira.

Categoria analítica 2. Concepção de cuidado como forma de afeto, atenção e carinho

Essa categoria analítica se baseia numa outra perspectiva sobre o entendimento do ato de cuidar. Conforme exposto abaixo nos DSC, eles entendem o cuidado num plano mais psicológico, que remete a uma carência efetiva da parte da pessoa idosa e da necessidade de suplantar essa carência pela parte do cuidador familiar. As falas que compõem os DSC permeiam narrativas nas quais há necessidade de carinho, atenção, ajuda, verbalizada em alguns momentos no diminutivo pela pessoa idosa, e reforçada pelo seu cuidador familiar.

Os DSC, apresentados abaixo, se destacam pelo tratamento que é atribuído ao cuidado, que está voltado a uma perspectiva afetiva. Os destaques são para expressões que as pessoas idosas usam como “*ser bem tratadinho*”, “*perguntar como é que tá*”, “*não deixar sozinha*”, “*carinho e atenção*”, “*ter amor*”, “*fazendo as coisas tudo direitinho*”. Esses fragmentos que foram verbalizados destacam a importância que a pessoa idosa atribui à atenção dispensada pelo outro, neste caso, o seu cuidador familiar.

Para eles, mais que apenas fazer as tarefas diárias, o cuidado passa por esse campo afetivo. A forma como a pessoa idosa e seu cuidador familiar percebem o cuidado neste plano de atenção nos permite ponderar que há uma necessidade de interação com o outro, bem como de vigiar e ser vigiado, conforme os DSC a seguir:

DSC PESSOAS IDOSAS:

Cuidado é ser bem tratadinho, ter uma pessoa que olha. É perguntar como é que tá, como é que passou a noite, como é que passou os tempo. É não deixar sozinha, conversar, dormir comigo. Para mim cuidado é tratar bem, com carinho e atenção, é zelar as coisa, é olhar, é cuidar dos véio direito, dar atenção. Cuidado é bom quando tem quem cuida né... pra ter cuidado tem que ter outra pessoa né. É zelar, ter amor, atenção, carinho, tratar bem, é ir fazendo as coisas tudo direitinho, com amor e carinho. Cuidado é quando alguém ajuda a gente. Eles aqui me ajuda em tudo. Eles me ajuda.

DSC CUIDADORES FAMILIARES:

Cuidar não é só físico, é mental também, é passar confiança a ela, que ela vai ficar bem, que eu tenho que cuidar dela. Cuidado é zelo. Mas também o cuidado de você dar atenção, de você conversar, de você tá presente. Não só tá o físico aqui do lado, mas tá presente com a pessoa. É a gente proteger, né? E ter a precaução né? Cuidado quer dizer precaução, prevenir, dando bastante carinho e ajudando ela. Não deixar correr um risco de ficar só né, por que ela pode engasgar e morrer. É não é deixar o idoso de lado, tem que dar atenção e carinho para ter cuidado. Cuidar no sentido geral mesmo, não só aqui em casa, mas saber fazer o cuidado fora.

Como há uma relação familiar entre as pessoas idosas e seus cuidadores, ressalta-se

aqui a existência de uma proximidade e afetividade entre eles. Esse fato contribui para que ambos atribuam, ao cuidado recebido, sentimentos como carinho, afeto, retribuição que, por sua vez, estão associados aos laços afetivos que se estabelecem entre si ao longo da convivência familiar, e que estão relacionados com a prática diária do cuidar.

Entretanto, é possível afirmar que o ato de cuidar está envolvido com práticas de atenção, amor, carinho, ajuda, afeto etc. E, para Boff (2017), é o sentimento de amor que permeia as práticas do cuidar, pois o cuidado ao outro permite exercer esse sentimento, bem como poder senti-lo para quem é cuidado. O autor salienta ainda que o amor, no caso de quem cuida, é expresso pelo ato, pelo comportamento, e para quem o recebe o cuidado é a via que conduz essa prática.

Em uma pesquisa realizada por Maldonado *et al.*, (2017) acerca das RS de pessoas idosas sobre cuidados e redes sociais ficou evidenciado também que esses elementos formaram o núcleo central das RS das pessoas idosas. Para os autores, “os demais elementos que compuseram o núcleo central (respeito, atenção, ser cuidado e zelo) ressaltam aspectos afetivos no quesito cuidar, porém, igualmente vinculados à prática de cuidado” (MALDONADO *et al.*, 2017, p.19).

Sendo assim, nota-se que esses elementos verbalizados ensejam o desejo desse comportamento no relacionamento das pessoas idosas com seus cuidadores familiares. Dessa forma, salientam Cherix e Coelho Júnior (2017, p.581) que “a partir dessa experiência de dependência e cuidado vital, uma das maiores ameaças que pode atingir o ser humano é a fragilidade dos vínculos e o medo de perder o amor do outro, o qual, de certa maneira, o protege diante de perigos e sofrimento”.

De fato, é nesse sentido que está a base para a arte do cuidar, pois, conforme afirma Collière (2003, p.1), o cuidado é a “arte que precede todas as outras, sem a qual não seria possível existir, está na origem de todos os acontecimentos e na matriz de todas as culturas”. Entende-se, com isso, que o cuidado é amplo, pois se refere à saúde, doença e a todos os acontecimentos da vida.

Dessa forma, é possível inferir que existe entre a pessoa idosa e o seu cuidador familiar uma relação de cuidado que faz parte do vínculo afetivo que os liga, no qual as práticas de cuidado permeiam sentimentos como atenção, carinho etc. Conforme salientam Mazza e Lefèvre (2005), essa relação que se estabelece demonstra que,

[...] a atenção ao idoso está intimamente relacionada à presença do cuidador, ou melhor, da pessoa que, no espaço privado doméstico, realiza ou ajuda o idoso a realizar suas atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária, com o objetivo da preservação de sua autonomia e de sua independência. (MAZZA; LEFÈVRE, 2005, p.03).

É nessa perspectiva de interação familiar que também se constroem as RS. A família, como grupo social, exerce influência na formação e valores dos membros daquele grupo. Conforme salienta Jodelet (2001), as RS são construídas e compartilhadas a partir da interação social e contribuem para a elaboração de um significado comum dentro de um conjunto social.

Dessa forma, observa-se que essas RS foram construídas a partir de um objetivo prático e são compartilhadas pelos indivíduos. Essa configuração nos faz remeter a Halbwachs (2006),

quando afirma que a memória, mesmo que individual, recorre ao grupo social do qual faz parte, a partir de quadros sociais da memória e assim constroem as memórias coletivas.

Também Bosi (2003), a partir da perspectiva da psicologia social, entende que há na memória dos indivíduos uma qualidade íntima que se vincula com o relacionamento que eles têm com a família, escola, igreja, profissão, grupos sociais, entre outros. Para ela, lembrar é atribuir significado, e este pode vir carregado de sentimentos, fato que reforça o caráter íntimo da memória com o ambiente em que se vive.

Nesse sentido, é factível afirmar que, quando as pessoas idosas e seus cuidadores familiares atribuem ao cuidado um caráter sentimental, eles estão ancorados em quadros sociais da memória que foram construídos diariamente na relação íntima que se estabelece entre si durante o ato de cuidar. Logo, evidencia-se que o cuidado, baseado no carinho, atenção, afeto, é um quadro de referência no qual eles se ancoram para construir suas representações.

4 CONCLUSÃO

Esta pesquisa possibilitou analisar as RS de idosos e seus cuidadores familiares a partir das suas narrativas, recorrendo às suas memórias e representações sociais. Dessa forma é possível considerar que, com relação ao significado atribuído ao cuidado, os resultados apontaram que as RS perpassam por uma dimensão corporal diária e de cuidados domésticos.

Os sentimentos familiares também emergiram como forma de revelar as RS sobre o cuidado, ancoradas na relação que existe entre o cuidador e o idoso. Sendo assim, foi possível considerar que a carência afetiva foi expressa pela pessoa idosa, enquanto o cuidador reafirma a necessidade de suplantá-la.

Sendo assim, é possível considerar que as repercussões sociais, que o cuidado realizado no âmbito familiar aos idosos com dependência, produzem RS. Estas RS tanto dos idosos como de seus cuidadores, sobre o cuidado, estão baseadas em uma visão ancorada na experiência do cuidado informal, a partir da dependência funcional do idoso, bem como para expor o seu entendimento sobre o cuidado.

A limitação principal, do estudo, foi para compor um número de entrevistados que fosse significativo, uma vez que, no primeiro momento de seleção dos participantes, o PAMDIL estava desatualizado e com informações desencontradas dos idosos. Esse fato dificultou a coleta dos dados. Contudo, vale ressaltar que a recepção das famílias, em sua maioria, foi positiva e os participantes se sentiram à vontade durante as entrevistas.

Destarte, enfatiza-se a importância da continuidade da pesquisa envolvendo tanto o envelhecimento, a dependência funcional e o cuidado familiar, associados com a memória e as RS. Nessas configurações, emergem diversos aspectos tanto físicos, biológicos, como sociais, que servem para entender o envelhecimento e afastar a visão estigmatizada que envolve a rotina dos idosos com limitação funcional, e que se perpetua no senso comum.

REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M. Care and reconstruction in healthcare practices. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.14, p.73-92, 2004.

BARBOSA, B.R. et al. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciênc. saúde coletiva**, v.19, n.8, p.3317-3325, 2014.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2017.

BOSI, E. **O tempo vivo da memória: ensaios de psicologia social**. Ateliê editorial, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O estatuto do idoso**. 2ªed.rev. Brasília, DF: Ed. do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/estatuto_idoso.pdf. Acesso em 16.09.2015.

BRÊTAS, A.C.P. Cuidadores de idosos e o Sistema Único de Saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 56, n.3, p.298-301, 2003.

CHERIX, K.; COELHO JÚNIOR, N.E. The care of elderly as a field of inter-subjective relations: ethic reflections. **Interface (Botucatu)**, v. 21, n.62, p.579-88, 2017.

COLLIÈRE, M-F. **Cuidar... a primeira arte da vida: um guia prático para profissionais de saúde**. 2ª ed. Loures (Portugal): Lusodidacta, 2003.

FERREIRA, O.G.L. et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.21, n.3, p.513-8, 2012.

FIGUEIREDO, M. Z. A.; CHIARI, B. M.; GOULART, B. N. G. de. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa qualiquantitativa. **Distúrb Comum**; São Paulo, v.25, n.1, p.129-136, 2013.

GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HALBWACHS, M. **A memória coletiva**. 3. ed. São Paulo: Centauro, 2006.

HALBWACHS, M. **Los marcos sociales de la memoria**. Caracas, Anthropos Editorial, 2004

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. Rio de Janeiro: Editora Vozes; 2006.

IBGE. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000/2060**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Projecao_da_Populacao/Projecao_da_Populacao_2013/nota_metodologica_2013.pdf.

JACOB FILHO W. **Envelhecimento e atendimento domiciliário**. In: Duarte Y.A.O.; Diogo, M.J.D.E. Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

JODELET, D. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: Educs; 2003.

MALDONADO, A. et al. Representações sociais do cuidado ao idoso e mapas de rede social. **Liberabit. Jornal de Psicologia.**, v.23, n.1, p.9-22, 2017.

MAZZA, M.M.P.; LEFÊVRE, F. Cuidar em família: análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso. **Rev Bras Cresc Desenv Hum.**, v. 15, n.1, p. 01-10, 2005.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. 11 ed. Petrópolis: Vozes, 2015. 404p.

RIOS, Fábio Daniel. Memória coletiva e lembranças individuais a partir das perspectivas de Maurice Halbwachs, Michael Pollak e Beatriz Sarlo. **Revista Intratextos**, v. 5, n. 1, p. 1-22, 2013.

ROCHA, L.S.; SOUZA, E.M.S.; ROZENDO, C.A. Necessidades humanas básicas e dependência de cuidados de enfermagem de idosos institucionalizados. **Rev. Eletr. Enf.**, v.15, n.3, p.722-730, 2013.

WALDOW, V.L. As relações de cuidado: O cuidado com o meio que nos cerca. In **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

Prevalência de ansiedade e fatores associados em adolescentes: uma Revisão Integrativa da Literatura

Yasmin Marques Castro^a, Tyele Goulart Peres^b, Rinelly Pazinato Dutra^a

^aPrograma de pós-graduação em Saúde Pública, Faculdade de medicina, Universidade Federal do Rio Grande, Rua Visconde de Paranaguá, 102, Campus Saúde. 96203-900. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil.

^b Programa de pós-graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de medicina, Universidade Federal do Rio Grande, Rua Visconde de Paranaguá, 102, Campus Saúde. 96203-900. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil.

***Autor correspondente:** Yasmin Marques Castro, especialista em Avaliação psicológica, Psicodiagnóstico e Neuropsicologia, Rua Visconde de Paranaguá, 102, Campus Saúde. 96203-900. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. (53) 3233031; yasmin.mcastro@gmail.com.

Data de submissão: 26-06-2022

Data de aceite: 17-08-2022

Data de publicação: 05-09-2022



10.51161/editoraime/105/77



RESUMO

Introdução: Os transtornos de ansiedade são considerados extremamente incapacitantes, pois geram prejuízos em diversas esferas da vida do sujeito, e os adolescentes por se encontrarem em um período de importante desenvolvimento são considerados uma população com risco elevado para a instalação desse transtorno. **Objetivo:** Apresentar as prevalências e os principais fatores associados à ansiedade em adolescentes. **Material e Métodos:** Foi efetuada uma busca nas bases de dados PubMed, BVS – Biblioteca Virtual em Saúde (Lilacs, Medline, IBECs) e Scielo, onde se apresentaram elegíveis 14 estudos, todos de delineamento transversal. **Resultados:** Foram encontradas altas prevalências de sintomas ansiosos, algumas chegando até 68%, porém em média as prevalências foram de 18,1% a 28,7%, e a menor prevalência de 4,5%. Os fatores associados foram: o sexo feminino, consumo de álcool, baixa qualidade do sono, prática irregular ou inexistente de atividades físicas, maior tempo gasto com mídias sociais ou internet, eventos traumáticos, relacionamentos interpessoais negativos e baixo apoio social, emocional ou psicológico. **Conclusão:** Os achados desta revisão sugerem que os sintomas de ansiedade podem ser comuns na adolescência, o que vai ao encontro da literatura científica, contudo, os transtornos de ansiedade podem ser subestimados nessa população devido a outras problemáticas que permeiam esse período. Diante disso, salienta-se a necessidade de uma observação mais atenta aos adolescentes, principalmente as meninas, pois dessa forma acredita-se que seja possível tratar e até mesmo prevenir casos mais graves do transtorno.

Palavras-chave: Ansiedade; adolescentes; prevalência; revisão integrativa.

1 INTRODUÇÃO

A ansiedade é considerada uma emoção natural que se manifesta através de sintomas físicos e cognitivos, gerando principalmente angústia, tensão, inquietação e que pode surgir frente a uma situação de medo. Esses sintomas caracterizam-se como transtornos de ansiedade, quando se tornam constantes e excessivos e passam a comprometer a saúde do indivíduo negativamente (SADOCK, SADOCK & RUIZ, 2017). No Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5, os transtornos de ansiedade são classificados dentro de uma ampla gama de subtipos, sendo os mais comuns: transtorno de pânico, transtorno de ansiedade generalizada, fobias e agorafobia (APA, 2014).

Os transtornos de ansiedade apresentaram um aumento expressivo nos últimos anos, principalmente durante a pandemia da COVID-19, com um crescimento de 25% na prevalência na população mundial, sendo mulheres e jovens os mais acometidos (SANTOMAURO et al., 2020). Thiengo, Cavalcante & Lovisi (2014) relatam através da sua revisão sistemática, que o transtorno de ansiedade é uma das psicopatologias mais frequentes no período da adolescência, estimando suas prevalências entre 3,3% a 32,3%. Além disso, por ser um período complexo, dada às questões neurobiológicas e psicológicas, a adolescência torna-se um fator de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais (CUNHA, 2021).

O período da adolescência é a fase que se encontra entre a infância e a idade adulta, marcada por um importante desenvolvimento biológico e psicológico, assim como a concepção dos papéis sociais e a construção da identidade do sujeito (CARNEIRO, 2015). A faixa etária da adolescência ainda é divergente no cenário científico. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera-se a idade entre os 10 aos 19 anos, porém Sawyer et al. (2018) acredita que a extensão desse grupo até os 24 anos corresponde de forma mais apropriada ao real crescimento e desenvolvimento biológico, social e neurocognitivo.

É importante mencionar que os problemas de saúde mental podem ser duradouros, persistentes e são passíveis de causar impactos no rendimento escolar e nas relações tanto familiares quanto sociais dos adolescentes, tendo repercussões, inclusive, na vida adulta, quando não tratados (WHO, 2001; BELFER, 2008, PATEL et al., 2007). Além disso, os transtornos neuropsiquiátricos são responsáveis por cerca de 45% dos anos de vida perdidos por incapacidade na faixa etária dos 10 aos 14 anos (GORE et al., 2011).

Cabe destacar que na busca de referências para robustecer o aporte teórico acerca da temática, foram encontradas poucas revisões integrativas que tiveram como objeto de estudo reunir o que há na literatura sobre a prevalência e fatores associados à ansiedade em adolescentes. Com base nesses apontamentos, percebe-se a necessidade de aprofundar a compreensão deste fenômeno, com vistas a facilitar a identificação precoce da sintomatologia na fase da adolescência, evitar a progressão para transtornos mais severos e possibilitar uma melhor qualidade de vida a esta população. Ademais, o conhecimento

dos fatores de risco relacionados aos sintomas ansiosos na adolescência pode contribuir para o desenvolvimento de programas e ações voltadas para a prevenção ou até mesmo atenuação do efeito desta psicopatologia. Frente a estes aspectos, o objetivo do presente estudo foi verificar as prevalências de ansiedade em adolescentes, bem como compreender as variáveis que se encontram associadas a essa sintomatologia e os principais instrumentos utilizados nesses estudos.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Para o presente estudo, foi empregado o método de revisão integrativa, levando em consideração as etapas sugeridas por Silva, Souza & Carvalho (2010), tendo em vista que esta abordagem possibilita uma síntese de resultados obtidos em estudos originais de forma ampla e sistemática, com o intuito de responder a um ou mais problemas de pesquisa. Desta maneira, a revisão integrativa é considerada um método criterioso capaz de fornecer melhores conhecimentos a respeito de um problema de pesquisa (ERCOLE; MELO & ALCOFORADO, 2014). Com isso buscou-se responder a seguinte problemática: Quais as prevalências e os principais fatores associados à ansiedade em adolescentes? Utilizando os descritores: (prevalence) AND (“associated factors”) AND (anxiety OR “anxiety disorder”) AND (teenagers OR adolescents OR teens), e investigação desses dados nas seguintes bases: PubMed, BVS – Biblioteca Virtual em Saúde (Lilacs, Medline, IBECs) e Scielo.

Foram incluídos nesta revisão os estudos realizados entre 2012 a 2022, nos idiomas espanhol, inglês e português, que apresentassem como objetivo estimar a prevalência e os fatores associados à ansiedade em adolescentes, concomitantemente. A população foi definida pela faixa etária de 10 a 24 anos, não sendo especificada quanto ao seu contexto.

Recursos visuais, como quadros, gráficos e nuvem de palavras foram utilizados para elucidar a apresentação da busca dos artigos e resultados da pesquisa. Na Figura 1 é retratado o fluxograma de seleção dos artigos, onde foram identificados ao todo 570 registros, após remoção dos duplicados, obteve-se 316 estudos, que tiveram seus títulos lidos. Dessa primeira leitura, foram excluídos 299 artigos por não contemplarem os critérios de elegibilidade, restando 18 estudos para leitura íntegra, e desta forma, 14 estudos foram considerados elegíveis para compor esta revisão.

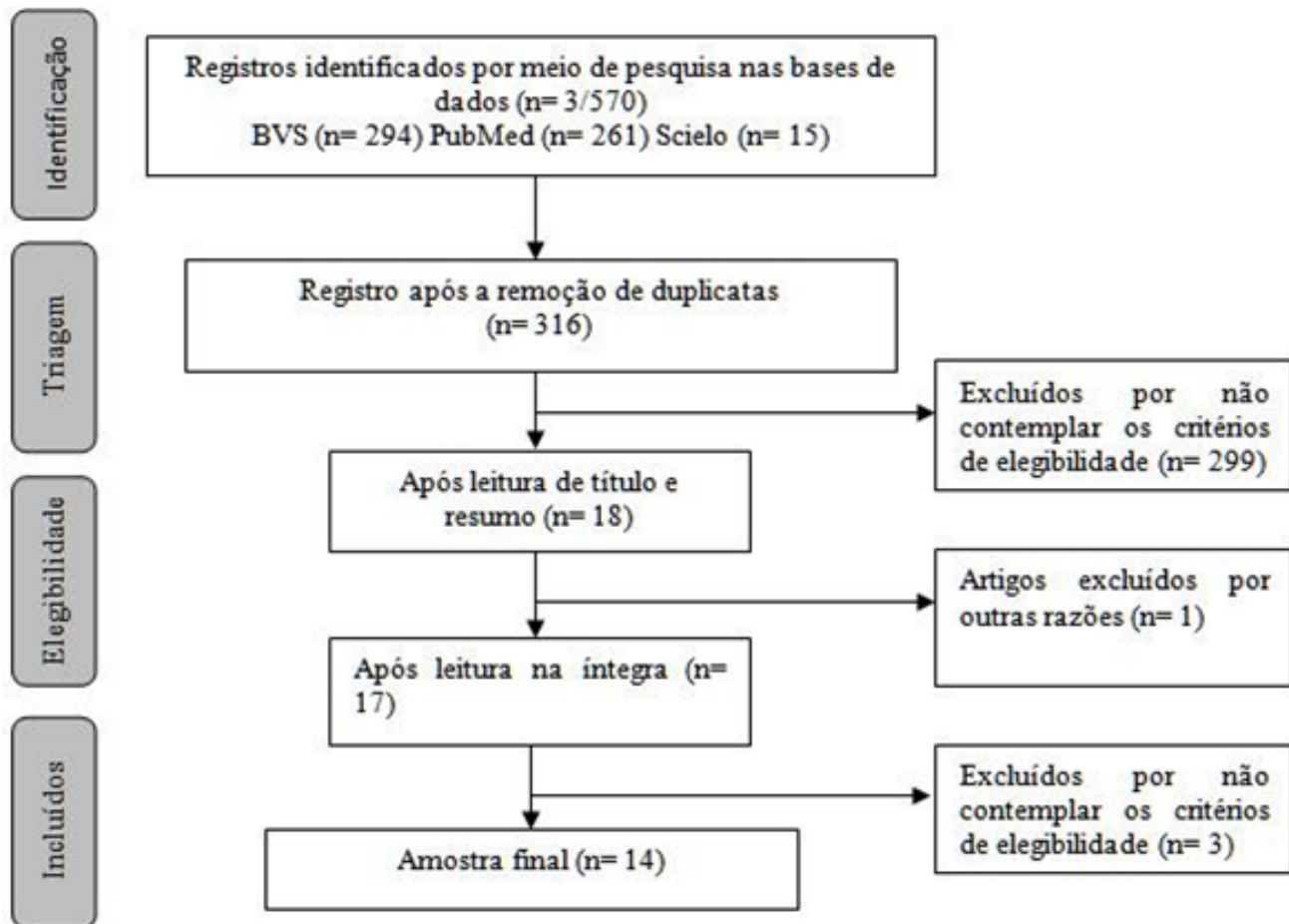
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao todo quatorze estudos foram selecionados (Quadro 1), totalizando 67.647 participantes, sendo a maioria dos estudos de recorte transversal (n= 13). Os países mais evidenciados foram: Bangladesh (n= 2), China (n= 2) e Colômbia (n= 2). Não foram observados estudos no período de 2012 a 2015, assim como no ano de 2018. O maior número de publicações sobre o tema foi a partir do ano de 2020 a 2022 (n= 9), o que pode estar relacionado com o aumento da prevalência de casos dos transtornos de ansiedade na

população geral em decorrência da pandemia da COVID-19 (SANTOMAURO, 2021).

Em relação aos instrumentos, conforme o Quadro 2, destacaram-se os mais utilizados: o GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder), SPIN (Social Phobia Inventory), CIDI-CAPI (Composite International Diagnostic Interview), e MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) e SCARED (Scala Screen for Child Anxiety Related Disorders), sendo a maioria deles comumente utilizados em estudos que avaliam este construto em adolescentes (BATISTA & SOARES 2017).

Figura 1. Fluxograma de apresentação do processo de seleção dos artigos, realizado a partir de uma adaptação do modelo PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*).



Fonte: Adaptação elaborada pelas autoras, 2022.

Quadro 1. Distribuição dos artigos incluídos na revisão integrativa segundo: título, autor/ ano da publicação, periódico, país de origem.

Nº	Título	Autores/Ano	Periódico	País	Objetivo	Delineamento
01	Transtornos depressivos e ansiosos e fatores associados na população de adolescentes colombianos, Pesquisa Nacional de Saúde Mental 2015	Gómez-Restrepo, Carlos et al./ 2016	Revista Colombiana de Psiquiatria	Colômbia	Determinar a prevalência e os fatores associados aos principais transtornos mentais depressivos e ansiosos em adolescentes.	Transversal
02	Alta Magnitude do Transtorno de Ansiedade Social em Adolescentes Escolares	Mekuria, Kindie et al./ 2017	Psychiatry Journal	Etiópia	Avaliar a prevalência e os fatores associados de fobia social entre estudantes do ensino médio na Etiópia	Transversal
03	Prevalência de transtornos psiquiátricos e fatores associados entre os jovens em Ravansar, Irã	Khazale, Habibolah et al./2019	Archives of Iranian Medicine	Irã	Avaliar a prevalência de transtornos psiquiátricos e seus fatores associados entre os jovens na província de Kermanshah, no Irã.	Transversal
04	Prevalência e determinantes de transtornos de ansiedade entre adolescentes em uma comunidade rural do norte da Índia	Madasu, Swapna et al./ 2019	Asian Journal of Psychiatry	Índia	Determinar a prevalência de transtornos de ansiedade e fatores associados entre adolescentes em uma comunidade rural do bloco Ballabgarh, distrito de Faridabad, Haryana	Transversal
05	Prevalência e correlações de sintomas de depressão e ansiedade entre meninas adolescentes e mulheres jovens fora da escola na Tanzânia: um estudo transversal	Kuringe, Evodius et al./ 2019	PLoS One	Tanzânia	Examinar a prevalência de depressão e ansiedade e fatores associados em uma amostra da comunidade de AGYW fora da escola na Tanzânia.	Transversal
06	Transtornos relacionados à ansiedade em adolescentes nos Emirados Árabes Unidos: um estudo transversal de base populacional	Al-Yateem, Nabeel et al./ 2020	BMC Pediatrics	Emirados Árabes Unidos	Determinar a prevalência de transtornos específicos relacionados à ansiedade e identificar correlações entre esses transtornos e variáveis demográficas.	Transversal

Continuando quadro 1

07	Transtornos mentais em adolescentes, jovens e adultos do Consórcio de Coortes de Nascimento brasileiro RPS (Ribeirão Preto, (Ribeirão Preto, Pelotas e São Luís), Brasil Pelotas e São Luís)	Orellan, Jessem Douglas Yamall et al./ 2020	Cadernos de Saúde Pública	Brasil	Estimar a prevalência de transtornos mentais (e depressão, risco de suicídio, fobia social e transtorno de ansiedade generalizada) em adolescentes, jovens e adultos verificando concomitantemente com variáveis sociodemográficas de coortes de nascimento de diferentes regiões do Brasil.	Longitudinal
08	Prevalência de Ansiedade e Fatores Associados em Adolescentes Chineses durante o Surto de covid-19	Qi, Han Liu et al./ 2020	Psychiatry and Clinical Neurosciences	China	Apresentar a prevalência de ansiedade e seus fatores associados entre adolescentes na China durante o surto de COVID-19.	Transversal
09	Sintomas de ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático em adolescentes durante o surto de COVID-19 e fatores associados	Selçuk, Engin Burak et al./ 2021	International Journal of Clinical Practice	Turquia	Determinar a gravidade dos sintomas de ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) em adolescentes durante o surto de COVID-19 e investigar os fatores associados a esses sintomas.	Transversal
10	Estresse, ansiedade e fatores associados em adolescentes grávidas e não grávidas em Medellín (Colômbia)	Oscar Alejandro Bonilla-Sepulveda/ 2021	Journal: Med. U.P.B	Colômbia	Comparar o grau de ansiedade e estresse em dois grupos populacionais de mulheres adolescentes e sua associação com a gravidez.	Transversal
11	Prevalência de depressão, ansiedade e fatores associados entre adolescentes em idade escolar em Bangladesh: achados de um estudo transversal	Islam, Md Saiful et al./ 2021	PLoS One	Bangladesh	Investigar a prevalência e os fatores associados à depressão e ansiedade entre adolescentes em idade escolar em Bangladesh.	Transversal
12	Sintomas de Ansiedade Social e Qualidade de Vida de Estudantes do ensino médio de Abha, Arábia Saudita	Alsamghan, Awad Saeed/ 2021	The Journal of Genetic Psychology	Arábia Saudita	Avaliar os sintomas de ansiedade social e explorar seu impacto na qualidade de vida de estudantes do ensino médio	Transversal

Continuando quadro 1

13	Prevalência e fatores associados de depressão, ansiedade e suicídio entre estudantes chineses do ensino médio durante o bloqueio do COVID-19	Peng, Xiaodan et al./ 2022	Current Psychology	China	Explorar a associação entre os efeitos do aprendizado em casa durante a pandemia e os riscos de depressão, ansiedade e suicídio entre estudantes do ensino fundamental e médio.	Transversal
14	Ansiedade entre adolescentes de escolas urbanas, semi-urbanas e rurais em Dhaka, Bangladesh: Investigando a prevalência e fatores associados	Afffa Anjum et al./ 2022	PLoS One	Bangladesh	Investigar a prevalência de ansiedade e os fatores associados a essa condição entre adolescentes de escolas urbanas, semi-urbanas e rurais em Bangladesh.	Transversal

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2022.

Quadro 2. Distribuição dos artigos incluídos na revisão integrativa segundo: tamanho da amostra e faixa etária, instrumentos utilizados e resultados.

Nº	Amostra	Instrumentos	Resultados
01	1754 (12 a 17 anos)	CIDI-CAPI (Composite International Diagnostic Interview) para adolescentes.	A prevalência geral de ansiedade foi de 10,8%, sendo de 5,0%, 3,5% e 2,3% para as classificações “alguma vez na vida”, “últimos 12 meses” e “últimos 30 dias”, respectivamente. Os fatores que se apresentaram associados foram ser mulher OR: 2,36 (1,18 - 4,75), transtornos de afeto/ansiedade OR: 6,67 (2,32 - 19,0), ter presenciado pelo menos um evento traumático OR: 2,02 (1,04 - 3,93).
02	386 (16 a 19 anos)	SPIN (Social Phobia Inventory)	A prevalência geral de fobia social foi de 27,5%, apresentando como fatores associados à patologia: o sexo, mulheres apresentaram uma chance 3 vezes maior em relação ao homens – OR: 3,10 (1,82 - 5,27); consumo atual de álcool – OR: 1,75 (1,03 – 2,98); baixo apoio social – OR: 2,40 (1,17 – 4,92); e condição de vida dos estudantes, onde as chances foram maiores quando os adolescentes moravam ou moraram apenas com o pai – OR: 5,72 (2,98 -10,99), em comparação aos que moraram ou foram criados por ambos os pais.
03	313 (15 a 19 anos)	CIDI-CAPI (Composite International Diagnostic Interview)	A prevalência do transtorno de ansiedade generalizada entre os adolescentes foi de 4,5% e na população geral, 6,4%. Na amostra geral foram observados os fatores associados às maiores prevalências do TAG: ter sido casado(a) anteriormente – OR: 2,154 (1,14 – 4,15) em relação aos que nunca casaram. Demais variáveis não apresentaram significância estatística, para os adolescentes especificamente não houve fatores associados.

Continuando quadro 2

04	678 (10 a 19 anos)	MINI KID (Mini-International Neuropsychiatric Interview for Children/Adolescent) eCGAS (Children Global Assessment Scale).	Neste estudo, os transtornos de ansiedade foram classificados em: ansiedade social (14,3%), fobia específica (7,9%), transtorno de ansiedade generalizada (7,2%), transtorno de pânico (ao longo da vida) (7,2%), transtorno de pânico (atual) (6,6%), agorafobia (5,0%), ansiedade de separação (2,1%) e transtorno obsessivo compulsivo (1,03%), estimando uma prevalência geral de 22,5%. A prevalência ajustada por idade de transtornos de ansiedade em adolescentes em nosso meio rural foi de 16,6%. A ansiedade foi maior nas meninas (20,8%) do que nos meninos (12,9%), tendo elas duas vezes mais chances de transtornos de ansiedade em comparação com os meninos - OR: 1,8 (1,2 - 2,8), assim como o nível socioeconômico médio-baixo tiveram duas vezes mais chances de transtornos de ansiedade em comparação com aqueles pertencentes à classe alta - OR: 2,3 (1,3 - 3,7).
05	3.013 (15 a 23)	GAD-2 (Generalized Anxiety Disorder)	A faixa etária neste estudo foi dividida em dois grupos, 15-19 e 20-23 anos, sendo prevalência de ansiedade avaliada em 28,7% e 32,2%, respectivamente, na amostra geral foi estimada em 31%. As variáveis que se mantiveram associadas aos sintomas ansiosos após o ajuste foram: situação educacional, onde ensino médio incompleto/completo apresentou chance maior OR: 1,36 (1,07 - 1,74), em relação à categoria "Sem educação primária formal/incompleta"; composição familiar, na categoria "sozinho/irmãos mais novos/outro" maior chance OR: 1,49 (0,87 - 2,53) comparado a quem mora com pais/parentes ou irmãos mais velhos. Ter apoio emocional/psicológico diminui as chances em 28% OR: 0,82 (0,67 - 0,99), em relação a quem não recebe esse cuidado. Jovens HIV positivos OR: 1,54 (1,03 - 2,31) em comparação aos negativos, "ter vivido violência por parceiro sexual", também tiveram maiores chances em relação a quem não vivenciou OR: 1,63 (1,36 - 1,96); e aqueles "envolvidos com trabalho sexual" OR: 1,31 (1,04 - 1,65) em relação aqueles que não realizavam.

Continuando quadro 1

06	968 (13 a 18 anos)	SCARED (Scala Screen for Child Anxiety Related Disorders)	A prevalência de ansiedade na amostra geral foi de 28%, os subtipos pânico, generalizada, separação e ansiedade social foram respectivamente: 37,1%, 21,6%, 45,5% e 20%. Meninas tiveram pontuações médias mais altas para todos os tipos de transtornos de ansiedade, sendo a ansiedade geral estimada pela prevalência de 33,6% e meninos de 17,2%. Os participantes com idade <16 anos apresentaram maiores escores de ansiedade (24,6%), ansiedade generalizada (6,2%), ansiedade de separação (4,7%) e ansiedade social (5,2%) em comparação com >16, 22,3%, 5,3%, 4,3% e 4,7%, respectivamente. A análise multivariada mostrou que gênero e cuidador foram os principais fatores associados à ansiedade, ou seja, ser menina possui maior chance OR: 2,34 (1,45 – 3,73) em relação aos meninos e cujos participantes os cuidados principais eram “pai e mãe” tiveram menor chance OR: 0,30 (0,12 – 0,72) em relação a quem é cuidado por “outro”.
07	12.350 (18 a 39 anos)	MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview)	Para este quadro serão utilizados os dados referentes ao transtorno de ansiedade generalizada com a faixa etária de 18 a 19 anos. O sexo feminino apresentou maior prevalência do transtorno em relação ao masculino, 14,5% contra 5,8%, na coorte de Pelotas. O TAG também foi mais prevalente no sexo feminino na coorte de São Luís, sendo 4,6% contra 2,2% do sexo masculino. Em Pelotas, a menor escolaridade da mãe em anos de estudo apresentou maiores prevalências de TAG, onde 0-4, 5-8, 9-11 e 12 ou mais anos de estudos, demonstraram 10,8%, 10,6%, 9,3% e 7,2%, respectivamente. Em São Luís, os mesmos grupos foram estimados em: 3,1%, 2,2%, 3,9% e 7,0%. Em relação à renda, sendo esta subdividida em tercís I, II e III, a prevalências foi de: 12,4%, 9,7%, 8,8% e 10,2%. Em SL apenas III tercil foi registrado, com prevalência de 3,5%.
08	9744 (11 a 20 anos)	GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder)	19,0% dos adolescentes relataram sofrer de ansiedade. Sendo as prevalências de ansiedade leve, moderada e grave foram de 14,5%, 3,1% e 1,5%, respectivamente. Mulheres, estudantes do ensino médio OR: 1,29 (1,16 – 1,44), duração de sono <6h/dia OR: 2,27 (1,84 – 2,79), nível mais alto do ensino médio OR: 1,47 (1,31 – 1,65), estar preocupado com a graduação OR: 1,75 (1,57 – 1,95), e ter mais dever de casa do que antes OR: 1,91 (1,66 – 2,20) estavam todos significativamente associados a um risco aumentado de ansiedade. Foram fatores de proteção: conhecimentos sobre covid-19 OR: 0,84 (0,73 – 0,95), e sono >8h/dia OR: 0,75 (0,67 – 0,85).

Continuando quadro 2

09	447 (12 a 17 anos)	Level 2 Anxiety Scale	A prevalência de ansiedade moderada/alta nos participantes foi de 28%. Idade elevada aumenta em média 0,10 no score da escala de ansiedade, assim como residir em área urbana aumenta 0,11 e a presença de COVID-19 na família ou ambiente em 0,13, sendo essas as variáveis que se mostraram associadas significativamente.
10	125 (12 e 17 anos)	HAM-A (Hamilton Anxiety Rating Scale)	As prevalências de ansiedade geral foram de 68% no grupo 1 (grávidas), e de 64% no grupo 2 (não grávidas). De moderado/grave grupo 1 foi de 28,6% e grupo 2, 8%. As variáveis que se apresentaram associadas ao desfecho foram relações familiares ruins, com OR: 3,44 (1,49 – 8,88); consumo de álcool OR: 8,58 (1,28 – 364,2); e início da vida sexual OR: 1,77 (1,004 – 3,13).
11	563 (13 a 18 anos)	GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder);	As taxas de prevalência de níveis moderados a graves de ansiedade foram de 18,1%. Com base na escala GAD-7, os resultados indicaram que os níveis de ansiedade mínimo, leve, moderado e grave tiveram taxas de 43,5%, 38,4%, 13,7% e 4,4%, respectivamente. Se manteve associada à faixa etária de 15-16 anos OR: 2,66 (1,8 - 6,00) em comparação aos 13-14 anos; relacionamento com amigos (ruim) OR: 2,10 (1,24 - 3,56) em relação ao "bom". Com isso, a maior faixa etária e a autopercepção de relacionamentos ruins com os amigos foram os fatores associados aos maiores níveis de ansiedade.
12	400 (16 a 18 anos)	SPIN (Versão árabe do Social Phobia Inventory)	45% dos alunos do ensino médio demonstraram sintomas de ansiedade social. <16 anos tiveram maior prevalência, 72,2%; aqueles que relataram doenças crônicas, 58,1%; e em que ambos os pais morreram, 83,3%.

Continuando quadro 2

13	39.751 (12 a 20)	GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder)	A prevalência de sintomas de ansiedade durante a pandemia de COVID-19 foi de 20,3%, sendo as mulheres detentoras de 12,3% e os homens 8,0%. Foco em relação ao covid-19 <3h OR: 1,50 (1,30 – 1,74) em relação à ≤1h; estar muito preocupado OR: 2,25 (1,97 – 2,57) e preocupado OR: 1,25 (1,16 – 1,35) em relação a não estar preocupado; por conta das medidas preventivas implementadas durante o COVID-19 OR: 1,68 (1,40 – 2,01); sexo feminino em relação ao masculino OR: 1,59 (1,48 – 1,71); terceiro ano do ensino médio OR: 1,46 (1,35 - 1,58) em relação ao quarto ano do ensino médio; aqueles que avaliaram o desempenho acadêmico “pobre” OR: 1,50 (1,36 – 1,65) em relação a quem avaliou “bom”; status de saúde “geral ou pobre” OR: 2,46 (2,19 – 2,76), “normal” OR: 3,39 (3,13- 3,67) em relação a “muito saudável”; qualidade do sono “pobre” OR: 11,29 (10,11 – 12,62) em relação a quem classificou como “bom”; ≤30min/dia de atividade OR: 1,31 (1,09 – 1,58) em relação à ≥60min/dia; e tempo online 1-2h/dia OR: 1,12 (1,02 – 1,23), 3-5h/dia OR: 1,37 (1,23 – 1,53) e ≥5h/dia OR: 1,85 (1,61 – 2,12).
14	2.355 (12 a 17 anos)	GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder)	Cerca de 20,1% dos adolescentes apresentaram ansiedade moderada a grave, dessa prevalência 49,9% era do sexo feminino. A série do aluno (séries maiores), o nível educacional do pai (níveis maiores), o número de membros da família (maior número de membros) e o ambiente residencial (urbano) foram significativamente associados à ansiedade entre os adolescentes , segundo os autores. Em relação às variáveis de estilo de vida, apresentaram associações significativas alunos que não estavam envolvidos em atividade física, que praticavam 30min/dia , à noite e realizava AF irregular. O uso de mídias sociais teve alta significância estatística >2h/dia e aqueles que relataram sono insatisfatório <7h/dia.

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2022.

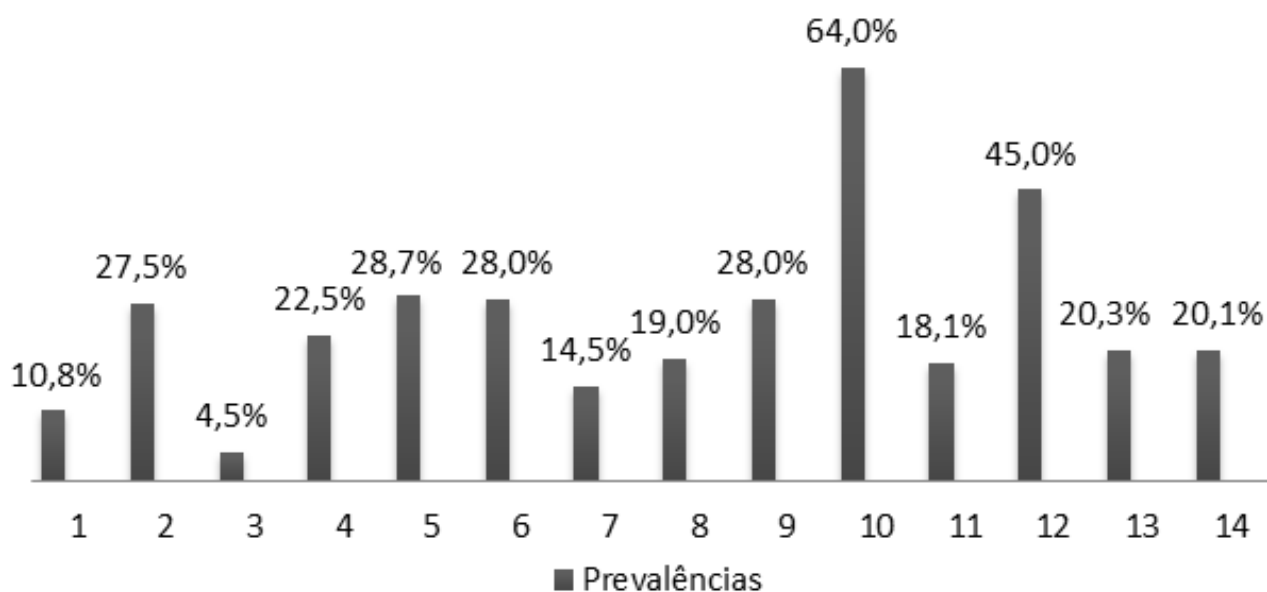
Prevalências de ansiedade em adolescentes

Em nossos achados, evidenciados pela Figura 2, é possível verificar que a maioria dos estudos apresenta prevalências de 18,1% a 28,7%, sendo a menor encontrada em um estudo realizado no Irã, estimada em 4,5% (KHAZAIIE *et al.*, 2019), o que se mostra de acordo com a literatura vigente, que apresenta prevalências de ansiedade em 20,5% (IC 95%, 17,2% - 24,4%) em revisão

sistemática sobre prevalência global dos sintomas (RACINE et al., 2021). No entanto, outros estudos demonstraram prevalências mais elevadas de ansiedade, como o estudo de Bonilla e colaboradores (2021), que objetivou comparar duas amostras de adolescentes grávidas e não grávidas. Apesar de não encontrar diferença significativa entre os grupos, as prevalências de ansiedade foram de 68% em adolescentes gestantes e 64% em adolescentes não gestantes.

Alsamghan (2021), também encontrou altas prevalências de ansiedade em adolescentes que chegaram a 45%. Demais estudos de revisão também identificaram prevalências que variaram de 3,3% a 32,3% (THIENGO, CAVALCANTE, LOVISI, 2014), e dados mundiais em cerca de 6,5% (POLANCZYK et al., 2015). Durante o período da pandemia da COVID-19 uma revisão encontrou uma prevalência de 34,5% de ansiedade em crianças e adolescentes (PANDA et al., 2021) e outra uma variação entre 1,8% a 49,5% (GOMES, 2022). Ambas apontaram que a grande maioria apresentava comportamento psicológico afetado negativamente pelo período em quarentena, e que aspectos como solidão, medo, distúrbios de sono e sofrimento psicológico também se mostraram associados aos sintomas ansiosos (PANDA et al., 2021; GOMES, 2022).

Figura 2. Gráfico de apresentação das prevalências por estudo.



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2022.

Fatores associados à ansiedade nos adolescentes

Não foram encontradas outras revisões com o objetivo de verificar as prevalências e fatores associados à ansiedade em adolescentes, concomitantemente, desta forma buscou-se na literatura estudos que se dedicaram a compreender essas relações de forma individual. Em nossos resultados a principal variável associada ao desfecho, na grande maioria, foi o

sexo feminino (n= 9). Na pesquisa de Mekuria (2017), por exemplo, as meninas apresentaram uma chance três vezes maior de desenvolver o transtorno em relação aos meninos, assim como o estudo de Madasu (2019), que verificou a chance duas vezes maior, em outras revisões este achado parece também ser frequente (RACINA et al., 2021), evidenciando que mesmo na adolescência o gênero feminino encontra-se em maior risco de desenvolver transtornos de ansiedade, em outros registros essa ideia já é compreendida em relação às mulheres adultas, constatando, não só maior risco comparado aos homens, mas também maior gravidade, cronicidade e prejuízo funcional (KINRYS & WYGANT, 2005).

Observou-se que o uso de álcool também foi considerado associado à ansiedade (MEKURIA et al., 2017; BONILLA, 2021), porém não foram encontrados outros estudos de revisão para compor a discussão dessa variável. O tempo gasto em atividade física, não praticar ou praticar de forma irregular (PENG et al., 2022; ANJUM et al., 2022), assim como a baixa qualidade de sono e maior uso das mídias sociais ou internet (QI et al., 2020; PENG et al., 2022), apresentaram-se associados. Nessa perspectiva, outros estudos sustentam esses achados (CATALDO et al., 2021; ALONZO et al., 2021), apontando que as atividades físicas podem ser úteis a fim de melhorar sintomas ansiosos (CARTER, 2021).

Figura 3. Nuvem de palavras gerada com base nas variáveis que se apresentaram como principais fatores associados à ansiedade nos adolescentes.



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2022.

Outras variáveis também apresentaram associações significativas, como: ter vivenciado eventos traumáticos (GÓMEZ-RESTREPO et al., 2016); ter sofrido violência por parceiro íntimo (KURINGE et al., 2019); e falecimento de ambos os pais (ALSAMGHAN, 2021). A baixa qualidade dos relacionamentos interpessoais com familiares e amigos também apresentaram significância em alguns artigos (BONILLA, 2021; ISLAM et al., 2021), assim como ter baixo apoio social, emocional ou psicológico (MEKURIA et al., 2017; KURINGE

et al., 2019). Um estudo anterior corrobora nossos achados no que diz respeito aos relacionamentos interpessoais negativos, sugerindo que o mesmo se encontra relacionado à ansiedade, definindo essa associação como bidirecional (CHIU, 2021). Para as demais variáveis supracitadas, não foram encontrados estudos anteriores para compor a discussão.

É possível visualizar em demais pesquisas de revisão, que os principais fatores associados à sintomatologia da ansiedade foram fatores biológicos (sexo), fatores ambientais (contexto socioeconômico, vínculos familiares e sociais, presenciar violência, etc.) e fatores neurobiológicos (genéticos ou adquiridos por histórico familiar de transtornos) (THIENGO, CAVALCANTE, LOVISI, 2014; GONÇALVES, SAMPAIO, 2016).

Logo abaixo apresenta-se um desenho esquemático em forma de nuvem composto pelas principais palavras dos fatores associados ao agravo em questão.

4 CONCLUSÃO

Os estudos apresentados nesta revisão foram realizados, em grande maioria, a partir do delineamento transversal, com adolescentes inseridos em diversos contextos. As prevalências de ansiedade foram verificadas através de instrumentos validados e próprios para este construto e amostra. Os transtornos de ansiedade, por sua vez, apresentaram um aumento expressivo nos últimos anos, principalmente durante a pandemia da COVID-19, sendo mulheres e jovens os mais acometidos.

Verificam-se através desta revisão, prevalências de 18,1% a 28,7%, incluindo dados de sobre a prevalência global dos sintomas. No entanto, alguns estudos demonstraram prevalências mais elevadas de ansiedade, chegando a 68%. Não foram encontradas outras revisões com o objetivo de avaliar as prevalências e fatores associados à ansiedade em adolescentes, desta forma buscou-se estudos que se dedicaram a compreender essa relação de forma individual. A principal variável associada ao desfecho, em quase todos os estudos, foi o sexo feminino, que apresentou chances três vezes maior de desenvolver o transtorno em relação aos meninos. Além disso, o uso de álcool, menor tempo gasto em atividade física, não praticar ou praticar de forma irregular, baixa qualidade de sono, maior uso das mídias sociais ou internet, ter vivenciado eventos traumáticos, ter sofrido violência por parceiro íntimo, falecimento de ambos os pais, baixa qualidade dos relacionamentos interpessoais com familiares e amigos e baixo apoio social, emocional ou psicológico foram variáveis associadas à prevalência de ansiedade em adolescentes.

Em relação às limitações observadas neste estudo, podemos citar o número reduzido das publicações originais, percebendo-se uma lacuna temporal entre 2012 a 2015 e 2018. Dessa mesma maneira outras revisões integrativas não foram encontradas com o mesmo objetivo de estudo, o que dificultou a discussão de nossos achados. Apesar das limitações citadas, a presente revisão se destaca por investigar uma temática ainda pouco explorada na literatura científica. Nossos achados apontam a necessidade de um olhar mais atento aos adolescentes, principalmente, às meninas, assim como a realização de intervenções

baseadas em psicoeducação, especialmente, no âmbito escolar. Além disso, ao reunirmos tanto os valores de prevalência quanto fatores associados à ansiedade no público adolescente, acreditamos que poderá contribuir para a prevenção e manejo clínico desse desfecho.

REFERÊNCIAS

ALONZO, Rea et al. "Interplay between social media use, sleep quality, and mental health in youth: A systematic review." **Sleep medicine reviews** vol. 56 (2021): 101414. doi:10.1016/j.smrv.2020.101414.

ALSAMGHAN, Awad Saeed. Social anxiety symptoms and quality of life of secondary school students of Abha, Saudi Arabia. **The Journal of Genetic Psychology**, v. 182, n. 1, p. 18-30, 2021.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Artmed Editora, 2014.

BAPTISTA, Makilim Nunes; SOARES, Thiago Francisco Pereira. Revisão integrativa da ansiedade em adolescentes e instrumentos para avaliação na base Scientific Electronic Library Online. **Aval. psicol.**, Itatiba, v. 16, n. 1, p. 97-105, jan. 2017.

BELFER, Myron L. Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. **Journal of child psychology and psychiatry**, v. 49, n. 3, p. 226-236, 2008.

CARNEIRO, Rithianne. et al. Educação sexual na adolescência: uma abordagem no contexto escolar. **SANARE – Revista de Políticas Públicas**, 14(1), 104-108, 2015.

CARTER, Tim et al. "The effect of physical activity on anxiety in children and young people: a systematic review and meta-analysis." **Journal of affective disorders** vol. 285 (2021): 10-21. doi:10.1016/j.jad.2021.02.026.

CATALDO, Ilaria et al. "Social Media Usage and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence: A Review." **Frontiers in psychiatry** vol. 11 508595. 13 Jan. 2021, doi:10.3389/fpsy.2020.508595

CUNHA, Andreia de Medeiros. Transtornos mentais na adolescência. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, v. 2, n. 4, p. 310-310, 2021.

ERCOLE, Flávia Falci; MELO, Laís Samara de; ALCOFORADO, Carla Lúcia Goulart Constant. Revisão integrativa versus revisão sistemática. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 9-12, 2014.

GOMES, Marta Sofia Meireles Ribeiro. **Impacto do Sars-Cov2 na saúde mental dos adolescentes: revisão sistemática da literatura**. Dissertação de Mestrado: Escola Superior de Saúde de Viseu, 2022.

GÓMEZ-RESTREPO, Carlos et al. Trastornos depresivos y de ansiedad y factores

asociados en la población de adolescentes colombianos, Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. **Revista Colombiana de Psiquiatría**, v. 45, p. 50-57, 2016.

GONÇALVES, José Carlos; SAMPAIO, Ariadne Gomes Patrício. Estudo dos fatores determinantes de transtornos mentais em adolescentes: revisão sistemática. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, Vol. 3(9), pp. 55-59, 22 de Abril, 2016.

GORE, Fiona M. et al. Global burden of disease in young people aged 10–24 years: a systematic analysis. **The Lancet**, v. 377, n. 9783, p. 2093-2102, 2011.

ISLAM, Md Saiful et al. Prevalence of depression, anxiety and associated factors among school going adolescents in Bangladesh: Findings from a cross-sectional study. **PLoS One**, v. 16, n. 4, p. e0247898, 2021.

KHAZAIE, Habibolah et al. Prevalence of psychiatric disorders and associated factors among the youth in Ravansar, Iran. **Archives of Iranian Medicine**, v. 22, n. 8, p. 435-442, 2019.

KINRYS, Gustavo; WYGANT, Lisa E. Transtornos de ansiedade em mulheres: gênero influencia o tratamento?. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 27, p. s43-s50, 2005.

KURINGE, Evodius et al. Prevalence and correlates of depression and anxiety symptoms among out-of-school adolescent girls and young women in Tanzania: A cross-sectional study. **PLoS One**, v. 14, n. 8, p. e0221053, 2019.

MADASU, Swapna et al. Prevalence and determinants of anxiety disorders among adolescents in a rural community from northern India. **Asian journal of psychiatry**, v. 43, p. 137-142, 2019.

MEKURIA, Kindie et al. High magnitude of social anxiety disorder in school adolescents. **Psychiatry journal**, v. 2017, p. 5643136, 2017.

PATEL, Vikram et al. Mental health of young people: a global public-health challenge. **The Lancet**, v. 369, n. 9569, p. 1302-1313, 2007.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **El embarazo y el aborto en la adolescencia**. Ginebra: OMS; 1975.

PANDA, Prateek Kumar et al. Psychological and behavioral impact of lockdown and quarantine measures for COVID-19 pandemic on children, adolescents and caregivers: a systematic review and meta-analysis. **Journal of tropical pediatrics**, v. 67, n. 1, p. fmaa122, 2021.

PENG, Xiaodan et al. Prevalence and associated factors of depression, anxiety and suicidality among Chinese high school E-learning students during the COVID-19 lockdown. **Current Psychology**, p. 1-12, 2022.

POLANCZYK, Guilherme V. et al. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide

prevalence of mental disorders in children and adolescents. **Journal of child psychology and psychiatry**, v. 56, n. 3, p. 345-365, 2015.

QI, Han et al. Prevalence of anxiety and associated factors for Chinese adolescents during the COVID-19 outbreak. **Psychiatry and clinical neurosciences**, v. 74, n. 10, p. 555–557, 2020.

RACINE, Nicole et al. “Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19: A Meta-analysis.” **JAMA pediatrics** vol. 175,11 (2021): 1142-1150. doi:10.1001/jamapediatrics.2021.2482

SADOCK, B.; SADOCK, V.; RUIZ, P. **Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. (11^a ed.) Porto Alegre: Artmed Editora, 2017.

SANTOMAURO D. F. , et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. **The Lancet**. 2021;398(10312):1700–1712. doi: 10.1016/S0140-6736(21)02143-7.

SAWYER, Susan M. et al. The age of adolescence. **The Lancet Child & Adolescent Health**, v. 2, n. 3, p. 223-228, 2018.

CHIU, Kenny et al. “Prospective associations between peer functioning and social anxiety in adolescents: A systematic review and meta-analysis.” **Journal of affective disorders** vol. 279 (2021): 650-661. doi:10.1016/j.jad.2020.10.055

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Integrative review: what is it? How to do it?. **Einstein (São Paulo)**, v. 8, p. 102-106, 2010. THIENGO, Daianna Lima; CAVALCANTE, Maria Tavares; LOVISI, Giovanni Marcos. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 63, p. 360-372, 2014.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope**. 2001.

Zoonoses em animais domésticos e o seu Manejo Ambiental: Educação Ambiental Continuada através dos meios de comunicação e Ambiente Virtual de Aprendizado

Diego Ribeiro^{a*}, Murilo Ferreira Andrade^b, Apolliane Xavier Moreira dos Santos^c, Stefani Fernandes de Souza^d, Letícia Lara Giarola Silva^e, Antonio Carlos Marcondes de Carvalho Neto^f

^a Departamento de Medicina Veterinária, Universidade Federal de Lavras (UFLA), Campus Universitário, CEP 37200-000, Lavras, MG, Brasil.

^b Graduando do 5º período de Licenciatura em Ciências Biológicas pelo Instituto de Ciências Naturais da Universidade Federal de Lavras

^c Núcleo da Educação da Infância, Universidade Federal de Lavras (UFLA), Campus Universitário, CEP 37200-000 Lavras, MG, Brasil.

^d Departamento de Medicina Veterinária da Faculdade de Zootecnia e Medicina Veterinária (FZMV), Universidade Federal de Lavras (UFLA), Campus Universitário, CEP 37200-000 Lavras, MG, Brasil.

^e Departamento de Medicina Veterinária do Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS), Rua Treze, Número 57 Bairro Água Limpa, Lavras, MG, Brasil. CEP 37200000.

^f Médico Veterinário pela Universidade Federal de Lavras, Campus Universitário, Caixa Postal 3037. CEP 37200-000 Lavras, MG, Brasil.

***Autor correspondente:** Diego Ribeiro, Médico Veterinário Pós-Graduado Lato Sensu em Clínica Médica de Pequenos Animais pela Universidade Federal de Lavras. Rua Padre Chico, Número 71, Bairro Jardim São Paulo, Lavras, Brasil. CEP 37203564. E-mail de contato: drribeirodr1@gmail.com

Data de submissão: 26-05-2022

Data de aceite: 19-07-2022

Data de publicação: 03-08-2022



10.51161/editoraime/105/78



RESUMO

Introdução: a COVID-19 se disseminou em dimensões pandêmicas. Isso posto, instaurou-se o isolamento social, o qual aproximou animais domésticos e tutores em domicílio. Essa estreita relação demanda conhecimento sobre zoonoses de animais domésticos. Nesse contexto, o manejo ambiental é um dos pontos-chaves para prevenção e contenção dessas enfermidades. **Objetivo:** objetiva-se relatar a experiência da utilização de plataformas virtuais como ferramenta pedagógica na disseminação de informações relacionadas ao manejo ambiental e prevenção de zoonoses, destacando-se a leishmaniose visceral canina e toxoplasmose. **Métodos:** a palestra “Educação Ambiental: Zoonoses em Animais Domésticos” foi ministrada *online* por médico veterinário e promovida pelo projeto de extensão: “Educação Ambiental no Núcleo de Educação da Infância (Nedi): brincando com coisa séria”, da Universidade Federal de Lavras (UFLA). Foram publicadas artes informativas na rede social *Instagram*. Para compor dados do trabalho, foram utilizados dados do engajamento das publicações e palestra na plataforma *StreamYard*. A possibilidade de inscrição foi dada para os discentes dos cursos de graduação da Universidade Federal de Lavras. **Resultados:** as artes informativas obtiveram 171 curtidas e 27 comentários no *Instagram*. A palestra obteve 66 ouvintes contemplando discentes de diversos cursos e 8 dúvidas foram sanadas. **Conclusão:** a palestra destrinchou a importância da Educação Ambiental na prevenção e controle de zoonoses associadas a animais domésticos. Dessa forma, promoveu a disseminação de informações práticas de manejo ambiental atrelado a essas doenças. Portanto, contribuiu com a educação continuada de universitários durante a pandemia através das plataformas virtuais, possibilitando futuro intercâmbio de informações do ambiente acadêmico à população.

Palavras-chaves: Educação Ambiental; Zoonoses; Animais Domésticos; Manejo Ambiental.

1 INTRODUÇÃO

Com início em dezembro de 2019 na cidade de Wuhan, China, a COVID-19, doença viral decorrente da infecção do SARS-CoV-2, disseminou-se rapidamente, desestabilizando sistemas nacionais de saúde (HUANG et al., 2020; LU; STRATTON; TANG, 2020; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020a). O surto foi classificado como pandemia devido à propagação exponencial do vírus pelo mundo e seu elevado grau de infecção dentre a população (WHO, 2020b). Por conseguinte, para contenção e prevenção da doença, medidas severas foram impostas à sociedade, as quais destaca-se o isolamento social (LI et al., 2020). Método esse de valia instituído para controle da propagação do vírus, o qual acarretou reconfigurações sociais (KISSLER et al., 2020).

Nessa conjuntura, as metodologias de ensino se adaptaram (MOREIRA; SCHLEMMER, 2020). O avanço da tecnologia já bem estabelecida no século XXI, diferentemente de pandemias anteriores, possibilitou o estabelecimento de regime à distância de ensino desde a educação básica ao ensino superior. Momento esse no qual as plataformas digitais trouxeram além do entretenimento: a educação (ABUMALLOH et al., 2021).

Além de consequências pedagógicas, isto é, na forma em que se lecionava no mundo, o cenário pandêmico estabelecido trouxe mudanças na relação homem e meio ambiente. Nessa ocasião, apesar de distanciar os seres humanos, a pandemia da COVID-19 aproximou em domicílio animais domésticos e seus tutores. Essa aproximação apenas se intensificou, visto a proximidade entre animais silvestres, domésticos e seres humanos devido aos desarranjos socioambientais em curso, expansão das fronteiras agrícolas e crescimento urbano desordenado. Essa estreita relação interespecies demanda conhecimento sobre zoonoses de animais domésticos. O manejo ambiental, nesse cenário, se configura um dos pontos chaves para prevenção e contenção da disseminação de enfermidades (BRASIL, 2016).

Dessa forma, ações educativas promovidas através de plataformas digitais e adaptadas de acordo com o contexto atual mostra-se de crucial importância. A implantação de práticas profissionais por meio de palestras e cursos sobre manejo ambiental, zoonoses, abordando assuntos como a quebra do ciclo de transmissão de doenças, através da educação ambiental e em saúde pode desempenhar um papel no estabelecimento de fluxos de informações precisas e acionáveis entre o meio científico e a comunidade. Partindo desse pressuposto, as plataformas virtuais atuam como uma ferramenta plausível na disseminação de informações através da educação continuada de universitários durante a pandemia

O presente trabalho objetiva relatar a experiência da utilização de plataformas virtuais como ferramenta pedagógica de ensino superior no que tange à disseminação de informações sobre manejo ambiental e prevenção de zoonoses, destacando-se a leishmaniose visceral canina e toxoplasmose, doenças de grande importância epidemiológica no Brasil.

2 MATERIAL E MÉTODOS

O trabalho se configura um relato de experiência sobre a utilização de plataformas virtuais na disseminação de informações sobre Educação Ambiental e Zoonoses. Para tanto, foi elaborada uma palestra intitulada “Educação Ambiental: Zoonoses em Animais Domésticos” ministrada por médico veterinário, especializado em Clínica Médica de Animais de Companhia pelo Programa de Residência Multiprofissional do Ministério da Educação, a qual foi promovida pelo projeto de extensão: “Educação Ambiental no Núcleo de Educação da Infância (Nedi): brincando com coisa séria”, da Universidade Federal de Lavras (UFLA).

Devido ao isolamento social e pandemia da COVID-19, a divulgação da palestra foi realizada em meios virtuais pelo *Instagram* e sua ministração pela plataforma *StreamYard*, via *Youtube*. Além disso, foram publicadas previamente artes informativas no *Instagram* sobre aspectos de doenças infectocontagiosas e zoonóticas e sua relação com a Educação Ambiental. Essas publicações foram elaboradas através da plataforma de designer gráfico *Canva* e com base em artigos científicos do Periódico Capes e conteúdo dos *sites* do Governo Federal, tais como Ministério do Meio Ambiente e Ministério da Saúde, referências na área ambiental e sanitária, respectivamente. A possibilidade de inscrição na palestra foi dada para os discentes de todos os cursos de graduação da Universidade Federal de Lavras.

Para mensurar o alcance das informações propagadas e, portanto, compor os resultados da pesquisa, foram utilizados dados do engajamento das publicações nas mídias sociais utilizadas. O engajamento foi mensurado através do número de visualizações, número de inscritos e dúvidas dos ouvintes na plataforma em que foi proferida a palestra bem como curtidas, compartilhamentos e comentários das publicações no *Instagram*.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A palestra promovida pelo projeto de extensão da UFLA contribuiu para a divulgação de informações no que tange à Educação Ambiental. Os números coletados após o evento mostraram como o tema despertou interesse dos internautas e da comunidade acadêmica. As artes informativas relacionadas à palestra obtiveram 171 curtidas e 27 comentários no *Instagram*. A palestra, ministrada em 1 hora, obteve previamente 36 inscritos contemplando discentes dos cursos de bacharelado ou licenciatura em Zootecnia, Engenharia Ambiental e Sanitária, Ciências Biológicas, Medicina Veterinária, Engenharia Florestal e Pedagogia. Foram 66 ouvintes no decorrer da transmissão e 8 dúvidas foram sanadas, as quais promoveram discussões sobre o tema, enriquecendo a palestra e evidenciando o interesse da comunidade acadêmica pelo tema.

Esse resultado mostra a importância da adaptação da educação durante a pandemia assim como previsto por outros autores, os quais discursam sobre o quão as plataformas digitais foram essenciais para a continuidade do ensino básico e superior em tempos de isolamento pela COVID-19: “[...] o ensino presencial físico (cursos, currículo, metodologias e

práticas pedagógicas) é transposto para os meios digitais, em rede. O processo é centrado no conteúdo, que é ministrado pelo mesmo professor da aula presencial física. A comunicação é predominantemente bidirecional, do tipo um para muitos, no qual o professor protagoniza vídeo-aula ou realiza uma aula expositiva por meio de sistemas de webconferência. Dessa forma, a presença física do professor e do aluno no espaço da sala de aula geográfica são substituídas por uma presença digital numa sala de aula digital. No ensino remoto ou aula remota o foco está nas informações e nas formas de transmissão dessas informações” (MOREIRA; SCHLEMMER, 2020).

O número de cursos e palestras *online* cresceram exponencialmente. Fato esse que acomete acessibilidade à educação na medida em que facilita o acesso da comunidade acadêmica a essas práticas pedagógicas, não sendo os limites geográficos uma barreira. Portanto, um mesmo conteúdo pôde ser acessado por profissionais em diferentes locais e ao mesmo tempo, o que os permitiu se atualizarem mesmo em momentos em que o ensino presencial não era uma opção. Em consonância, outros relatos de experiência mostram o sucesso dessas metodologias *online* em temáticas de diversas áreas (SOARES; COLARES, 2020; VIEIRA, 2021).

Nesse contexto, devido à sua importância, “Educação Ambiental e Zoonoses em Animais Domésticos” foi o tema escolhido para ser abordado na palestra promovida pelo projeto de extensão de Educação Ambiental, o qual objetiva tornar público o acesso à informação universitária sobre Educação Ambiental e estendê-la à comunidade. O tema escolhido para a palestra é plausível ao se analisar estudo recente o qual mostra um grande desconhecimento de uma porção da população no que tange à temática doenças zoonóticas em animais domésticos (BRITO et al., 2021). Essa constatação exige profissionais qualificados para propagar tais informações. Para tanto, é indispensável que conheçam sobre conceitos de zoonoses e sua importância, ciclos de transmissão de patógenos, fatores que interfiram na manutenção ou ocorrência de uma determinada enfermidade.

Por esse motivo, durante a palestra foi abordado o conceito de zoonose, o qual é designado a uma doença ou infecção que pode ser naturalmente transmitida entre animais vertebrados e seres humanos (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTRÖM, 2010). Ademais, foi contextualizado durante o evento a importância do estudo sobre esses patógenos zoonóticos: pesquisas trazem essas enfermidades representando cerca de 75% das doenças infecciosas emergentes no mundo. Ademais, 60% dos patógenos humanos são zoonóticos (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTRÖM, 2010).

Além dos dados retratados, a origem, animal, da transmissão do SARS-CoV-2 aos humanos ratifica a importância da manutenção da saúde em todas suas esferas: animal, ambiental e humana (WHO, 2020a). Preceito que evidencia a indissociação dessas saúdes prevista pelo conceito em ascensão de *One Health*, o qual discursa também sobre o cunho interdisciplinar e multiprofissional da promoção da Saúde Única (BRASIL, 2016).

Na palestra, foi apresentado o conceito de tríade epidemiológica, o qual elucida a

ocorrência de um determinado agravo à saúde em uma população, ponto chave para se estabelecer pensamento crítico acerca das formas de prevenção e controle de doenças por parte dos profissionais das áreas de ensino, saúde e manejo do meio ambiente. O desenvolvimento de uma enfermidade é explicado pela interação entre o agente, hospedeiro susceptível e ambiente. Suas condições contribuirão em maior ou menor grau para a ocorrência ou não de uma determinada doença. Destacam-se aspectos do agente (mutações, virulência, cepas), hospedeiro (imunidade, idade, sexo, raça) e ambiente. Um meio ambiente em desequilíbrio dá ao agente possibilidade de transmissão, debilita o hospedeiro e o expõe às condições de risco aos agravos (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTRÖM, 2010).

Em esferas mais práticas, ao se pormenorizar o ciclo de transmissão de doenças zoonóticas, cria-se a possibilidade de entender pontos principais do elo entre os componentes da tríade epidemiológica. Portanto, permite entender quais condições do meio são ideais para manutenção e transmissão de patógenos. Conhecimento primordial para se elencar medidas de prevenção e desestruturação da cadeia de transmissão de agentes em contato direto ou por meio de vetores (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTRÖM, 2010; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020b). Vetores esses os quais também o manejo ambiental busca impedir sua reprodução. Cada zoonose possui particularidades em seus ciclos de infecção e, portanto, diferentes medidas ambientais para controle da doença são priorizadas.

Nessa perspectiva, o Brasil possui grande incidência de leishmaniose visceral canina e muito se discute sobre mitos e verdades sobre toxoplasmose no país (FONSECA et al., 2018). Portanto, essas doenças foram didaticamente eleitas para serem abordadas na palestra e exemplificarem a importância do meio ambiente na prevenção de zoonoses.

No que se refere à leishmaniose visceral canina foi abordado sua importância no mundo, ciclo de transmissão, agente e seu manejo ambiental. Foi ensinado sua definição: doença infecciosa e zoonótica causada por protozoários do gênero *Leishmania* spp., parasitos intracelulares obrigatórios e que afetam células do sistema fagocítico mononuclear de hospedeiros vertebrados (FONSECA et al., 2018). É classificada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma das endemias de maior importância no mundo. A transmissão da doença para os humanos e animais ocorre, primariamente, por meio da picada de flebotomíneos infectados, *Lutzomyia longipalpis* (LUTZ & NEIVA, 1912), popularmente chamado de mosquito palha, é o vetor de maior importância epidemiológica (FONSECA et al., 2018).

O manejo ambiental desempenha papel primordial para evitar condições adequadas de procriação do vetor, promover controle de reservatórios e do protozoário (FONSECA et al., 2018; NEGRÃO; FERREIRA, 2009). Todos esses aspectos foram elucidados durante a palestra. Sabe-se que o acúmulo de matéria orgânica e falta de saneamento básico tornam o ambiente propício para habitação do mosquito palha (NEGRÃO; FERREIRA, 2009; TEODORO et al., 2006). Para se reproduzirem, os flebotomíneos precisam de locais úmidos

e sem incidência direta de luz solar. Portanto, ações de manejo ambiental as quais vão de encontro às condições ideais de propagação do flebotômico são essenciais para seu controle (LARA-SILVA et al., 2017). Evitar o acúmulo de matéria orgânica, manter a poda de árvores frutíferas, limpeza urbana, de lotes baldios e de abrigos de animais (galinheiros, canis e gatis) além do uso de inseticidas, repelentes e tratamento ou eutanásia de animais infectados devem ser priorizados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

O mesmo foi ensinado sobre a toxoplasmose. Foi proferida a palestra abordando a doença como uma zoonose de distribuição mundial causada pelo *Toxoplasma gondii* (Nicolle & Manceaux, 1909) (NICOLLE; MANCEAUX, 1909) (REMINGTON; THULLIEZ; MONTOYA, 2004). Protozoário intracelular obrigatório, o *T. gondii* parasita humanos, pássaros, roedores e outros animais (hospedeiros intermediários) e de felídeos (hospedeiros definitivos) (FIGUEIRÓ-FILHO et al., 2005). Esses parasitos possuem um ciclo de vida complexo e diversos mecanismos de transmissão.

No decorrer da palestra, foi esclarecido que, embora a infecção pelo *T. gondii* seja geralmente assintomática nos indivíduos imunocompetentes, costuma apresentar quadros clínicos de alta gravidade em indivíduos imunocomprometidos (VAZ et al., 2011). A prevalência da toxoplasmose varia de 20% a 90% na população humana mundial, com algumas diferenças relacionadas aos aspectos geográficos e à exposição aos fatores de riscos (REMINGTON; THULLIEZ; MONTOYA, 2004; SMITH et al., 2021). Além disso, foi ressaltado aos ouvintes que a melhor forma para a prevenção da toxoplasmose é utilizar medidas de prevenção primária, isto é, evitar a exposição pessoal ao parasito o que nos remete ao manejo ambiental/sanitário. Para isso, a Educação Ambiental e em Saúde são primordiais para o ensino dessas medidas. Elenca-se, portanto, ações cotidianas básicas, como evitar o consumo de carne mal cozida; priorizar a contínua higienização das mãos, frutas e legumes; evitar o consumo de água não filtrada; evitar o contato direto com o solo e fezes de gatos (usar luvas apropriadas durante a jardinagem e ao lidar com materiais potencialmente contaminados); recolherem fezes de felinos domésticos e evitarem seus acessos à rua, impedindo, assim, reinfecções (para cada reinfecção há a eliminação temporária de oocistos infectantes no meio ambiente). Tais providências são práticas sanitárias e ambientais essenciais para interromper o ciclo de transmissão da toxoplasmose (SMITH et al., 2021). Por fim, é papel dos municípios prezar por saneamento básico de qualidade, incluindo destino adequado de dejetos.

Para concluir a palestra proferida, foi evidenciado que a adoção dessas medidas deve ser abordada no meio acadêmico ao discutirem sobre Educação Ambiental e em Saúde para que os universitários, futuros profissionais do mercado de trabalho, dentro de suas respectivas áreas de atuação possam cumprir com seu papel levando informações no que se refere à prevenção de zoonoses para a população.

Como se pode notar, é certo que a Educação Ambiental compõe uma ferramenta de suma importância para a manutenção da Saúde Única. Por esse motivo, os meios com que o manejo ambiental ajuda no controle e prevenção de doenças zoonóticas devem ser

inclusos em pauta de palestras que visam o partilhar de conhecimento no que diz respeito à promoção da Saúde Única, principalmente, durante a pandemia da COVID-19. Isso posto, pode-se notar através dos dados obtidos após a palestra e divulgação dos informativos, que a virtualização desse conhecimento pelo projeto de extensão supracitado foi recebido com interesse pelo público alvo, o que mostra também a contribuição na formação de discentes de diversos cursos da Universidade Federal de Lavras, cumprindo com o papel informativo da palestra realizada.

4 CONCLUSÃO

O isolamento social imposto pelos órgãos de saúde e vivenciados pela população no decorrer da pandemia da COVID-19 acarretaram adaptações no ensino superior. Deste modo, a virtualização do conhecimento acadêmico durante a pandemia se tornou inevitável. Em oportunidade, a Educação Ambiental também foi abordada em palestras e cursos de modo remoto.

Nessa perspectiva, as ações educativas promovidas pelo projeto de extensão “Educação Ambiental no Núcleo de Educação da Infância (Nedi): brincando com coisa séria”, destrinchou a importância da educação ambiental na prevenção e controle de doenças zoonóticas associadas a animais domésticos. Dessa forma, promoveu a disseminação de informações práticas de manejo ambiental atrelado a essas doenças, obtendo êxito na divulgação visto o número obtido no engajamento das publicações no *Instagram* e visualizações da palestra, reflexo do interesse do público pelo tema discutido. Portanto, contribuiu com a educação continuada de universitários de diversos cursos da Universidade Federal de Lavras durante a pandemia da COVID-19, possibilitando futuro intercâmbio de informações do ambiente acadêmico à população, alvo principal das ações de educação ambiental e em saúde.

REFERÊNCIAS

ABUMALLOH, R. A. et al. The impact of coronavirus pandemic (COVID-19) on education: The role of virtual and remote laboratories in education. **Technology in Society**, v. 67, 1 nov. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vigilância, prevenção e controle de zoonoses normas técnicas e operacionais**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, v. 1., 2016.

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTRÖM, T. **Epidemiologia Básica**. 2ª ed. [s.l.] Livraria Santos, 2010.

BRITO, R. DE A. et al. PERCEPÇÃO E ATITUDES SOBRE ZOONOSES DAS FAMÍLIAS ASSISTIDAS PELAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE CAJARI, MARANHÃO. **HOLOS**, v. 37, n. 1, 2021.

FIGUEIRÓ-FILHO, E. A. et al. Toxoplasmose aguda: estudo da frequência, taxa de transmissão vertical e relação entre os testes diagnósticos materno-fetais em gestantes em estado da Região Centro-Oeste do Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, n. 8, p. 442 – 449, 2005.

FONSECA, A. L. S. DA et al. **Diretrizes para o diagnóstico, estadiamento, tratamento e prevenção da leishmaniose canina.** [s.l: s.n.].

HUANG, C. et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. **The Lancet**, v. 395, n. 10223, p. 497–506, 15 fev. 2020.

KISSELER, S. M. et al. Projecting the transmission dynamics of SARS-CoV-2 through the postpandemic period. **Science**, n. 368, p. 860–868, 2020.

LARA-SILVA, F. DE O. et al. Evaluation of chemical spraying and environmental management efficacy in areas with minor previous application of integrated control actions for visceral leishmaniasis in Brazil. **Acta Tropica**, v. 176, p. 109–113, 1 dez. 2017.

LI, Z. et al. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. **Brain, Behavior, and Immunity**, v. 88, p. 916–919, 1 ago. 2020.

LU, H.; STRATTON, C. W.; TANG, Y. W. **Outbreak of pneumonia of unknown etiology in Wuhan, China: The mystery and the miracle.** **Journal of Medical Virology.** John Wiley and Sons Inc., 1 abr. 2020.

LUTZ, A.; NEIVA, A. Contribuição para o conhecimento das espécies do gênero *Phlebotomus* existentes no Brasil. **Mem. Inst. O. Cruz**, 4:84-95, 1912.

MOREIRA, J. A.; SCHLEMMER, E. Por um novo conceito e paradigma de educação digital onlife. **Revista UFG**, v. 20, 13 maio 2020.

NEGRÃO, G. N.; FERREIRA, M. E. M. C. **Leishmaniose tegumentar americana: aspectos geográficos intervinientes na ocorrência da enfermidade no município de Maringá, Paraná.** Dissertação de Mestrado—Maringá, Paraná: Universidade Estadual de Maringá, 2009.

NICOLLE, C.; MANCEAUX, L. Sur un protozoaire nouveau du gondi. **C R Acad Sci** 148: 369, 1909.

REMYINGTON, J. S.; THULLIEZ, P.; MONTOYA, J. G. **Recent Developments for Diagnosis of Toxoplasmosis.** **Journal of Clinical Microbiology**, mar. 2004.

SMITH, N. C. et al. Control of human toxoplasmosis. **International Journal for Parasitology**, v. 51, n. 2–3, p. 95–121, 1 fev. 2021.

SOARES, L. D. V.; COLARES, M. L. I. S. Educação e tecnologias em tempos de pandemia no Brasil. **Debates em Educação**, v. 12, n. 28, p. 19, 18 ago. 2020.

TEODORO, U. et al. **Avaliação de medidas de controle de flebotomíneos no Município de Lobato. Caderno de Saúde Pública, Estado do Paraná**, 2006.

VAZ, R. S. et al. Toxoplasmose Congênita: Uma Doença Negligenciada? Atual política de saúde pública brasileira. **Field Actions Science Reports**, n. Edição Especial 3, p. 1–9, 2011.

VIEIRA, M. M. C. DIÁLOGOS LINGUÍSTICOS E LITERÁRIOS EM TEMPOS DE PANDEMIA. **Revista Extensão**, v. 5, n. 2, p. 69–77, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Director-General’s remarks at the media briefing on 2019-nCoV on 11 February 2020**. Disponível em: <<https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-remarks-at-the-media-briefing-on-2019-ncov-on-11-february-2020>>. Acesso em: 29 jun. 2022a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Director-General’s Remarks at the Media Briefing on COVID-19- 11 March**. Disponível em: <<https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>>. Acesso em: 29 jun. 2022b.

Riscos Psicossociais no trabalho em altura: Percepção dos profissionais

Monica Augusta Mombelli ^a, Bruna Pierezan ^b, Pamela Potratz ^c

^a Psicologia, Centro Universitário União Dinâmica das Cataratas (UDC). Av. Paraná, 5661 - Vila A, Foz do Iguaçu - PR, 85868-030.

^b Psicologia, Centro Universitário União Dinâmica das Cataratas (UDC). Av. Paraná, 5661 - Vila A, Foz do Iguaçu - PR, 85868-030

^c Psicologia, Centro Universitário União Dinâmica das Cataratas (UDC). Av. Paraná, 5661 - Vila A, Foz do Iguaçu - PR, 85868-030.

***Autor correspondente:** Monica Augusta Mombelli, Doutora em Ciências, Avenida Maceió, 2266, Foz do Iguaçu-PR. (45) 999983755; psicmonicamombelli@gmail.com

Data de submissão: 26-06-2022

Data de aceite: 23-08-2022

Data de publicação: 10-09-2022



10.51161/editoraime/105/79



RESUMO

Introdução: Os riscos psicossociais representam um conjunto de percepções e de experiências que incluem as modificações e interações do sujeito no ambiente ocupacional, além das suas características pessoais, sua cultura, necessidades, estilos de vida, concepção de mundo que exercem influência nas dimensões sociais, econômicas, de saúde e segurança no trabalho, causando danos físicos, sociais e mentais ao trabalhador. **Objetivo:** Identificar os riscos psicossociais relacionados ao trabalho em altura. **Métodos:** Estudo de abordagem qualitativa. Para coleta dos dados foi utilizado um questionário estruturado elaborado pelas autoras com base na literatura. As informações coletadas foram analisadas por meio do software IRAMUTEQ, que permite a análise de dados textuais. **Resultados:** Participaram da pesquisa 30 trabalhadores. Identificou-se que os riscos psicossociais não ocupacionais, estão relacionados às situações vivenciadas no ambiente familiar e os riscos psicossociais ocupacionais se referem as relações interpessoais no contexto laboral. **Conclusão:** Os fatores de risco identificados, contribuem ao avanço no conhecimento científico a Saúde do Trabalhador trazem subsídios para promoção do cuidado à saúde mental na atuação e na segurança de trabalhadores que executam suas atividades em alturas.

Palavras-chave: Saúde Mental. Saúde do Trabalhador. Segurança do trabalho.

1 INTRODUÇÃO

O trabalho é reconhecido pela sociedade, como um mediador de integração social, através de seu valor econômico ou aspecto cultural, essencial na composição da subjetividade, nos modos de vida, na saúde física ou mental dos indivíduos. Também, está relacionado ao desenvolvimento de transtornos mentais e comportamentais relacionados ao trabalho (WATANABE, 2015).

Dentre vários aspectos que contribuem no resultado das alterações atuais nas organizações, as questões relacionadas a cultura organizacional, o estilo e apoio do gerenciamento e segurança no trabalho, são fatores que podem dar origem aos riscos psicossociais, quando estes se encontram deficientes, afetam a saúde e o bem-estar do grupo (MATOS, 2014).

Diante disto, em um ambiente de trabalho há que se pensar que além de riscos físicos, químicos, ergonômicos e biológicos é preciso entender o que são riscos psicossociais e que influências trazem à saúde mental do trabalhador. Visto que, os riscos psicossociais ocupacionais estão ligados às novas metas, aos novos objetivos, as relações interpessoais e as adaptações às atividades e exigências para moldar-se as novas exigências do mercado de trabalho (WATANABE, 2015).

De acordo com Reis; Fernandes e Gomes (2010) os riscos psicossociais no trabalho representam um conjunto de percepções e de experiências que incluem as modificações e interações do sujeito no ambiente ocupacional, além das características pessoais do trabalhador, sua cultura, necessidades, estilos de vida e concepção de mundo.

Os riscos psicossociais podem ainda acarretar danos para a saúde do trabalhador logo, ressalta-se, então, que estudos acerca da temática são importantes para ocorrer conscientização sobre o tema e, além da identificação desses riscos é necessário saber como intervir de forma efetiva sobre eles visando a promoção de um ambiente ocupacional mais saudável e seguro (FRANCISCO; RODRIGUES, 2017).

Os casos por afastamentos inerentes aos problemas psicossociais aumentaram de modo que a Organização Mundial de Saúde - OMS apresenta a depressão como a doença mental mais comum nos trabalhadores e o estresse causado pelo trabalho como segundo problema de saúde que mais afeta os trabalhadores. Além de citado pela Organização Pan Americana de Saúde que os problemas de saúde mentais equivalem a quarta parte do total de doenças nas Américas (WATANABE, 2015).

Em contrapartida segundo a Fundacentro (2016) a queda em altura está entre os principais acidentes fatais na indústria da construção. Logo, é necessária a reflexão sobre possibilidades que possam estar além das capacitações inadequadas, dos recursos insuficientes ou do mal-uso destes equipamentos, ou seja, é fundamental a identificação, o conhecimento e o diagnóstico dos riscos psicossociais e a influência que exercem sobre a

saúde mental do trabalhador. O que se percebe, portanto, é que há uma grande carência de pesquisas que abordem os aspectos que influenciam na atividade de trabalhadores em altura, a sua relação com estes ambientes, sua visão sobre o trabalho, seus medos e percepções. Tornando-se relevante o estudo acerca da temática, a qual possibilitará aos participantes, a identificação dos possíveis riscos psicossociais decorrentes de suas atividades laborais, promovendo o autoconhecimento de suas condições físicas e mentais, além de despertar o interesse do trabalhador para buscar ajuda profissional para cuidados com sua saúde e segurança no trabalho.

Na interface com a Psicologia é plausível pensar que esta ciência possibilita o estudo da inter-relação entre o indivíduo e o meio em que vive e as pesquisas nesta área podem servir de subsídio para adoção de estratégias de segurança no trabalho através de programas de aprendizagem, campanhas de conscientização, entre outros. O trabalho multidisciplinar, incluindo a atuação de um psicólogo, auxilia na percepção dos fenômenos psicológicos que influenciam no controle de riscos existentes no ambiente laboral (BLEY, 2004).

É notória e atual a reflexão sobre a saúde mental do trabalhador em especial daquele que irá desempenhar suas atividades em altura, tendo em vista que além do conhecimento técnico, da condição física necessária para a execução da atividade ele precisa ter condições psicológicas adequadas para execução da tarefa concomitantemente a adoção correta dos procedimentos de segurança no trabalho.

Surge, então, a necessidade de se identificar os riscos psicossociais envolvidos nessa atividade laboral, para além dos perigos a que estão expostos os trabalhadores destes ambientes, cujas medidas e procedimentos de segurança necessários já são asseguradas nas normas técnicas, as quais postulam que o trabalho seja realizado de maneira efetivamente segura e sem colocar em risco seus ocupantes.

Deste modo, este estudo foi desenvolvido com trabalhadores que desenvolvem suas atividades em altura. A presente pesquisa teve como principal objetivo identificar os riscos psicossociais em trabalhadores que executam atividades em altura.

2 MÉTODO

2.1 Tipo de estudo

Estudo de abordagem qualitativa. Para coleta dos dados foi utilizado um questionário estruturado elaborado pelas autoras com base na literatura. As informações coletadas foram analisadas por meio do software IRAMUTEQ, que permite a análise de dados textuais.

2.2 Local e participantes

A pesquisa foi realizada com 30 trabalhadores, do sexo masculino, que desenvolvem

suas atividades laborais em altura, em uma empresa localizada na região oeste do Paraná, que executa obras civis como edificações, reformas, manutenção predial e o ramo de urbanismo e paisagismo. A participação aconteceu de forma voluntária e espontânea. Foi abordado como critério de inclusão para este estudo, trabalhadores que desenvolvem suas atividades laborais em altura.

2.3 Instrumentos

Para realizar o levantamento sociodemográfico e a coleta de dados foi utilizado um questionário com 23 questões estruturadas. Os dados sociodemográficos abordaram: idade, escolaridade, estado civil e tempo de atuação na profissão e atividade. Já as questões estruturadas tinham por objetivo coletar informações através do discurso do trabalhador acerca dos riscos psicossociais e a percepção que possuem em relação à importância da segurança no trabalho. A entrevista foi gravada para posterior transcrição *verbatim* e análise dos dados.

2.4 Análise dos dados

As informações coletadas por meio dos instrumentos de pesquisa, foram analisadas de modo qualitativo, por meio do IRAMUTEQ versão 0.7 alpha 2, um software que permite a análise de dados textuais. Segundo Kami et al. (2016), este software possui cinco categorias de análises, as quais são: estatísticas textuais clássicas; pesquisa de especificidades de grupos; classificação hierárquica descendente; análises de similaridade e frequência de palavras. Para a realização deste trabalho foi utilizada a análise de classificação hierárquica descendente.

2.5 Procedimentos éticos

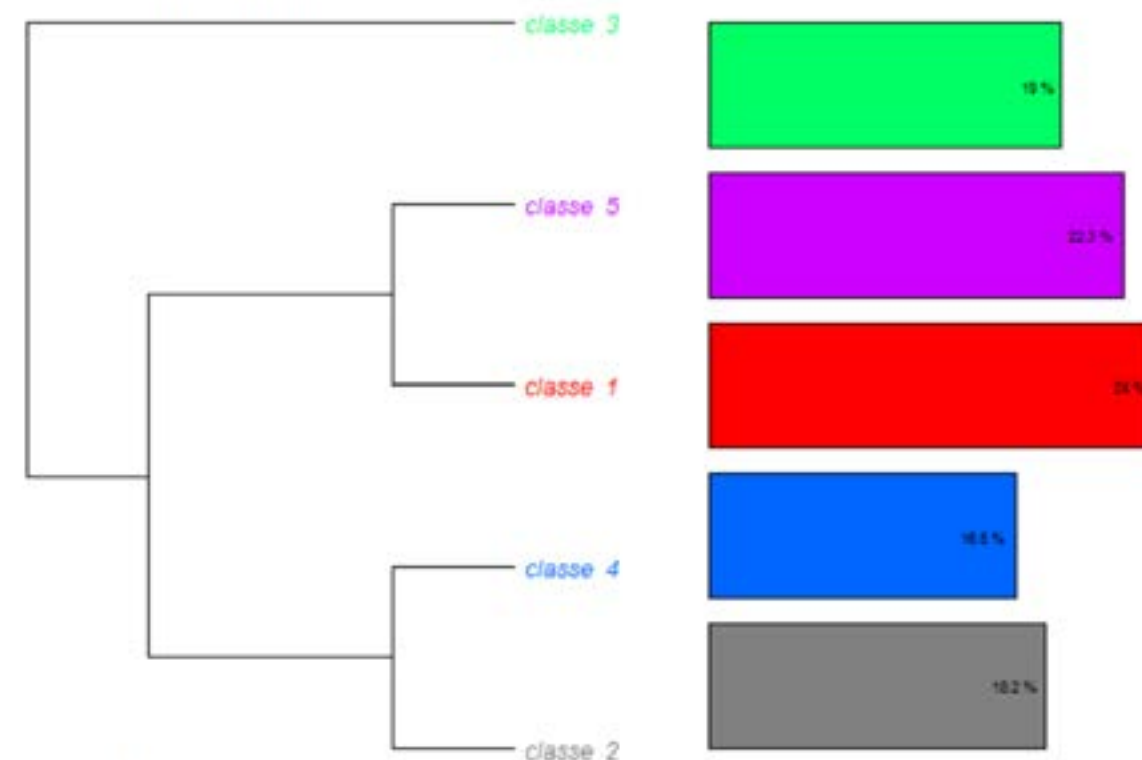
A realização desta pesquisa seguiu rigorosamente os preceitos éticos preconizados pela Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) a referida pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, sob o parecer de número 2.850.867.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O corpus analisado da pesquisa foi composto por 30 textos, que o programa repartiu em 167 segmentos de textos (ST), que continham 6077 palavras ou formas distintas que ocorreram 525 vezes.

No primeiro momento, o corpus Riscos Psicossociais no Trabalho em Altura foi dividido em dois subcorpus, por meio da classificação hierárquica descendente, estabelecendo cinco classes de segmentos de textos distintas (ver Figura1). Em um segundo momento, um subcorpo foi dividido em dois, obtendo-se a classe 3. No terceiro momento, existiram outras divisões que originaram, de um lado, as classes 2 e 4 e, do outro lado, as classes 1 e 5.

Figura 1: Dendograma representativo das repartições em classes e porcentagem.



Fonte: IRAMUTEQ.

Em cada uma das classes, é apresentada no Dendrograma (ver Quadro 1) a categorização da classe, o valor percentual em relação ao total do corpus analisado, as palavras que compõem as respectivas classes e a frequência (f) de palavras dentro da classe.

O Dendrograma exposto no Quadro 1 apresenta categorias que se tornaram evidentes pelos trechos dos depoimentos dos trabalhadores que executam suas atividades laborais em altura, visto que exibe marcos que concentram a significação e o sentido dos relatos. A apresentação dos resultados e discussão discorre conforme a quantidade de classes formuladas pelo programa, da 1ª a 5ª classe, em ordem crescente, a classificação emergiu por meio do processamento dos depoimentos dos trabalhadores que exercem atividades laborais em altura com o apoio do software IRAMUTEQ. São também apresentadas as relações das palavras que emergiram nas classes entre si, no formato de recortes do corpus utilizando os STs mais significativas de cada classe.

A classe 1, categorizada como “Exigências do Ambiente de Trabalho”, emerge como foco principal para iniciar a apresentação das narrativas dos riscos psicossociais no trabalho em altura dos trabalhadores participantes da pesquisa, uma vez que essa classe é a base para a formação das outras, a qual abrange 23,97% do total das STs, do total de depoimentos analisados.

Quadro 1: Dendograma representativo das repartições em classes e porcentagem, frequência das palavras e categorizações de cada classe.

CLASSE 1		CLASSE 2		CLASSE 3		CLASSE 4		CLASSE 5	
Exigências do Ambiente de Trabalho 23,97%		Condições do Grupo de Trabalho 18,18%		Características Profissionais do Grupo 19,01%		Saúde Mental 16,53%		Condições de Execução das Tarefas 22,31%	
Palavras	f	Palavras	f	Palavras	f	Palavras	f	Palavras	f
Cinto de Segurança	27	Situação	22	Ano	23	Decorrencia	19	Comportamento	27
Equipamento	28	Influenciar	22	Exercer	23	Perceber	18	Queda em Altura	22
Realizar	27	Função	21	Entender	22	Mudança	18	Risco	24
Conhecimento	24	Dia a dia	20	Sofrer	23	Atuação	14	Gerar	26
Necessário	28	Ocorrer	17	Acidente de Trabalho	23	Importante	14	Atividade em Altura	17
Linha de Vida	10	Saúde Mental	22	Profissão	23	Profissional	14	Trabalhador	16
Altura	19	Segurança do Trabalho	9	Nunca	19	Ambiente de Trabalho	12	Executar	26

Fonte: Autoria própria, 2022

As entrevistas captaram trechos em que os trabalhadores apontaram a importância do controle dos agentes de riscos presentes em seu ambiente de trabalho, bem como a disposição de recursos e equipamentos necessários para a execução das atividades em altura com segurança, algumas palavras citadas foram: cinto de segurança, equipamento, realizar, conhecimento, necessário, linha de vida e altura. Conforme suas narrativas:

É necessário realizar o treinamento da NR 35 e saber como trabalhar em cima de um andaime, não pode ter medo, acredito que o equipamento principal para realizar o trabalho em altura é o cinto de segurança. (Trabalhador 1).

Precisa saber das NR's, realizar os treinamentos e ter experiências na área, os equipamentos principais para realizar o trabalho em altura são o cinto de segurança, a linha de vida e demarcação. (Trabalhador 3).

Usar todo o equipamento de segurança, o cinto de segurança e a rede salva-vidas, porque isso o supervisor da empresa cobra dos funcionários. (Trabalhador 4).

Precisa saber que não tem tontura, os equipamentos necessários para realizar o trabalho em altura são o cinto de segurança, o capacete, a linha de vida e os óculos. (Trabalhador 27).

De acordo com Reis (2012), o trabalhador que está apto para o trabalho em altura é aquele que foi submetido e aprovado em treinamento, teórico e prático, definido pelo empregador. A compreensão do trabalhador com relação ao seu estado de saúde no momento da execução da atividade, bem como a de seu supervisor também pode ser considerada condições que impossibilitem a realização das atividades (MTE, 2018).

Os EPI'S, os acessórios e os sistemas de ancoragem devem ser estabelecidos e designados de acordo com sua eficácia, conforto, particularidades relacionadas aos fatores de segurança, em caso de queda e aos riscos adicionais. Na realização do planejamento do trabalho, devem ser adotadas ações que eliminem o risco e reduzam as consequências da queda, quando não houver condições de ser extinto (REIS, 2012).

A segurança no local de trabalho tem se tornado alvo de preocupação para os administradores, devido aos decorrentes números de acidentes. Os trabalhadores estão mais dispostos a adotar as normas de segurança no trabalho e na medida em que a organização adota a essas práticas, isto é, a noção que os trabalhadores têm a respeito da adoção de normas de segurança utilizada pela empresa influencia a adesão ao comportamento seguro (ZAVAREZE, 2011).

Caracterizada como “Condições do Grupo de Trabalho”, a classe 2 abrange 18,18% do total das entrevistas, onde as palavras situação, influenciar, função, dia a dia, ocorrer, saúde mental e segurança do trabalho foram as mais citadas ao decorrer das narrativas em relação à função da segurança no trabalho e situações que ocorrem em uma empresa que pode influenciar na saúde mental do trabalhador, segundo o exposto nas entrevistas:

“A função da segurança do trabalho é o uso correto dos EPI's. Trabalhar com pessoas que não me identifico e não ser reconhecido devidamente pode influenciar na saúde mental” (Trabalhador 1).

“A função da segurança é observar o risco que o trabalhador possa não ter observado. Sofrer um acidente de trabalho pode gerar um trauma” (Trabalhador 6).

“O desrespeito pode influenciar na saúde mental do trabalhador” (Trabalhador 12).

“Ficar estressado influencia na saúde mental do trabalhador. (Trabalhador 5). Prevenir os funcionários dos riscos próximos. Uma discussão com o supervisor pode influenciar na saúde mental do trabalhador” (Trabalhador 23).

“A segurança do trabalho é a proteção dos trabalhadores. Quando não há boa convivência com os colegas de trabalho pode influenciar na saúde mental dos trabalhadores” (Trabalhador 25).

“Segurança do trabalho é o que a empresa sempre cobra, o uso de EPI's. Discussão com um colega pode influenciar na saúde mental do trabalhador” (Trabalhador 27).

A segurança do trabalho abrange um campo de atuação profissional muito amplo, constituídos por profissionais de diferentes tipos de formação como engenheiros, técnicos de segurança, médicos, enfermeiros, educadores, psicólogos, assistentes sociais, e administradores que desenvolvem suas funções com o intuito de promover a manutenção

de elevados níveis de saúde das pessoas que trabalham em circunstâncias nas quais estão presentes fatores agressivos (BLEY, 2004).

A compreensão que os trabalhadores têm sobre sua segurança é fundamental para que as empresas colaborem com a diminuição dos acidentes de trabalho. É importante que os trabalhadores contribuam e sigam as orientações e normas determinadas pelo supervisor durante o processo de trabalho, da mesma forma que o supervisor apresenta comprometimento com a segurança dos trabalhadores durante as atividades (ZAVAREZE, 2011).

A segurança do trabalhador deve ser vista, então, como uma forma de crescimento e valorização do ser humano, do respeito à saúde, à integridade física e ao bem-estar, além de favorecer uma relação saudável entre empregador e empregado, promovendo o desenvolvimento social e humano. Para que ocorra o desenvolvimento de um pensamento preventivo, dentro e fora da empresa, os profissionais envolvidos devem transmitir conhecimentos que permitem aos trabalhadores a possibilidade de assumir sua parcela de responsabilidade com sua segurança de forma integral (REIS, 2012).

Em um ambiente de trabalho há que se pensar que além de riscos físicos, químicos, ergonômicos e biológicos é preciso entender o que são riscos psicossociais e que influências trazem a saúde mental do trabalhador. Visto que, os riscos psicossociais ocupacionais estão ligados às novas metas, aos novos objetivos, as relações interpessoais e as adaptações às atividades e exigências para se moldar às novas exigências do mercado de trabalho (WATANABE, 2015).

Os riscos psicossociais ocupacionais, são também analisados como riscos para saúde mental, física e social, desenvolvidos por aspectos de trabalho e fatores da organização. A intensidade e o tempo de trabalho, as exigências emocionais, a falta ou insuficiência de autonomia, a má qualidade das relações sociais no ambiente de trabalho, os conflitos de valores e a insegurança de emprego, são dimensões dos fatores de riscos psicossociais (COSTA; SANTOS, 2013).

Algumas destas características citadas, podem ser visualizadas nas respostas dos trabalhadores entrevistados, principalmente no que diz respeito às relações sociais no contexto laboral. No que tange a segurança do trabalho, é possível notar a compreensão acerca da função e dos seus deveres como empregados em utilizar os equipamentos e cumprir com as normas de segurança.

A classe 3, denominada Características “Profissionais do Grupo de Trabalho”, engloba questões sobre a profissão, experiência profissional, grau de instrução e qualificação dos trabalhadores, bem como, a compreensão que cada um possui acerca da segurança no trabalho. Com o total de 19,01% das STs as palavras mais citadas foram: ano, exercer, entender, sofrer, acidente de trabalho, profissão, nunca. Segundo relatos:

“Sou carpinteiro, há 30 anos trabalho em altura e nunca sofri um acidente de trabalho. A segurança no trabalho é o uso dos equipamentos para não ter comprometimento”
(Trabalhador 2).

“Minha profissão é metalúrgico, fazem seis anos que trabalho em altura, eu nunca sofri um acidente de trabalho. Entendo que segurança no trabalho é sempre usar os equipamentos de segurança” (Trabalhador 11).

“Sou eletricitista, trabalho em altura há 5 anos, nunca sofri um acidente de trabalho. Segurança no trabalho é para o cuidado de todos os funcionários” (Trabalhador 24).

“Eu sou eletricitista, há seis anos exerço atividade em altura, nunca sofri um acidente de trabalho. Segurança no trabalho é a necessidade de sempre realizar o trabalho correto e procurar a melhor forma e fazer” (Trabalhador 28).

“Sou encanador, fazem três anos que trabalho em altura, eu nunca sofri um acidente de trabalho. O que eu entendo sobre segurança no trabalho é que faz eu me sentir seguro para trabalhar” (Trabalhador 29).

De acordo com os conteúdos das entrevistas, observa-se que a visão dos trabalhadores a respeito da importância da segurança no trabalho no exercício das suas funções, é imprescindível. Em razão da importância da segurança no trabalho, a Psicologia da Segurança no Trabalho tem interesse em estudar o contexto do trabalhador no seu ambiente de trabalho e os riscos pertinentes ao mesmo, bem como auxiliar na produção de pesquisas de Clima de Segurança e contribui na intervenção nesses processos, através da seleção de trabalhadores que se preocupam com a segurança, ou seja, trabalhadores que consideram a segurança como um valor pessoal (ZAVAREZE, 2011).

Todavia, é notável que os trabalhadores consideram a segurança no trabalho, na maioria das situações, somente em relação ao uso dos EPI's e as demandas do desempenho das atividades, mas, não incluem os aspectos psicológicos e sociais, tanto internos quanto externos ao ambiente de trabalho, como fatores também primordiais para a garantia da segurança no trabalho.

A classe 4, caracterizada como “Saúde Mental”, abrange 16,53% das STs, onde as palavras mais citadas foram: decorrência, perceber, mudanças, atuação, importante, profissional e ambiente de trabalho. As quais relacionam as questões que abordam, como o indivíduo avalia a sua própria saúde mental em decorrência do trabalho em altura, o entendimento sobre a atuação do psicólogo, concomitantemente a importância do trabalho deste profissional no contexto organizacional.

Por meio das respostas, é possível observar que a maioria dos entrevistados possuem pouco conhecimento ou não conhecem as atividades de um psicólogo, principalmente no que diz respeito a atuação no ambiente laboral, tendo em vista apenas o modelo de atendimento clínico, mas, acreditam que o desempenho do profissional no local, pode ser benéfico. Isso se deve a evolução recente da psicologia em relação ao surgimento dos seus diversos campos de atuação, incluindo a área organizacional e os desafios decorrentes da inserção do psicólogo neste ambiente, bem como, a disseminação do papel e das atividades que podem ser desenvolvidas pelo mesmo nas organizações de trabalho (SANTOS; CALDEIRA, 2014). Conforme narrativas:

“Acho que é importante o trabalho do psicólogo para dar mais segurança para o trabalhador. Não percebi mudança na minha saúde mental depois de trabalhar em altura” (Trabalhador 6).

“É mais para dar conselho, seria bom psicólogo no trabalho” (Trabalhador 7).

“Acho importante o psicólogo no trabalho, porque um trabalhador pode chegar estressado na empresa. Percebi mudança na minha saúde mental depois que caí de árvore” (Trabalhador 10).

“Eu tenho conhecimento e acho importante o trabalho do psicólogo no trabalho. Não tive mudança na minha saúde mental por causa do trabalho em altura” (Trabalhador 12).

“Eu tenho pouco conhecimento sobre o trabalho de um psicólogo, acho que é importante a atuação no ambiente de trabalho. Percebi uma mudança na minha saúde mental, porque me sinto mais inseguro com o passar do tempo” (Trabalhador 23).

Mota (2015), expõe que o papel da Psicologia Organizacional e do Trabalho está voltado para práticas de atividades sobre análise e desenvolvimento ocupacional, ação humana no ambiente de trabalho, recrutamento e seleção, treinamento e desenvolvimento de pessoal, pesquisa e planejamento de condições de trabalho, estudo e intervenção ligados à saúde do trabalhador, além de desenvolver ações para produtividade e realização pessoal e grupal, organização, execução e avaliação de programas de desenvolvimento de recursos humanos, estas são realizadas com equipe multiprofissional.

O campo da Psicologia Organizacional e do Trabalho tem por objetivo compreender a saúde e segurança no trabalho para promover o comportamento seguro, reduzir os riscos, e os acidentes, assim como propiciar a saúde dos trabalhadores no que se refere as doenças relacionadas ao trabalho, e atua na execução de treinamentos, cursos, palestras, desenvolvimentos de procedimentos e análise acerca das políticas da empresa com a intenção de que os comportamentos de risco sejam diminuídos e os trabalhadores passem a se comportar de forma mais segura (ZAVAREZE, 2011).

No que se refere a influência do desempenho do trabalho em altura e os riscos e aspectos pertinentes à atividade, na saúde mental do trabalhador, Chagas (2015) menciona que os fatores de riscos psicossociais podem prejudicar o desempenho no trabalho, até mais que os outros fatores de riscos, o que simboliza um desequilíbrio individual e organizacional. O estresse relacionado ao trabalho pode gerar outras doenças como hipertensão, úlceras digestivas e doenças cardiovasculares.

A exposição aos riscos psicossociais pode ainda trazer consequências negativas para a sociedade, para a organização além do próprio indivíduo. Porém, as decorrências principais, refere-se as implicações organizacionais e individuais. Os efeitos individuais podem acontecer em nível fisiológico, como reações cardiovasculares, incômodos digestivos, pode dar-se a nível mental, como a depressão, a esquizofrenia e a paranóia, e ainda a nível psicológico, causando irritação, cansaço, dificuldades de concentração, insônias, angústias,

agressividade, aumento de consumo de tabaco e álcool (CHAGAS, 2015).

A classe 5, abrange 22,31% das STs, foi denominada “Condições de Execução das Tarefas”, envolvem a percepção das demandas para execução das tarefas, responsabilidades e comportamentos necessários. As palavras: comportamento, queda em altura, risco, gerar, atividade em altura, trabalhador e executar, mais citadas ao decorrer das entrevistas, incluem questões acerca dos comportamentos que podem gerar riscos e os comportamentos necessários para a execução efetiva da atividade em altura. De acordo com as narrativas:

“Usar os equipamentos certos é um comportamento que tem que ter para trabalhar em altura e ficar distraído ou não estar bem psicologicamente, não é certo trazer os problemas de casa para o serviço, pode gerar um risco” (Trabalhador 1).

“Para trabalhar em altura precisa ter experiência e cuidado, os comportamentos que podem gerar riscos são as brincadeiras com os colegas de trabalho” (Trabalhador 3).

“Um comportamento para trabalhar em altura é o cuidado, brincadeiras com os colegas em horário de serviço, distração e um equipamento malfeito pode gerar risco” (Trabalhador 12).

“Precisa de atenção, paciência e força de vontade para trabalhar em altura” (Trabalhador 24).

Por meio dos relatos, ficam evidentes os fatores psicossociais relacionados ao trabalho, bem como, a identificação e adoção de comportamentos seguros para a prevenção dos riscos psicossociais no trabalho em altura, além daqueles advindos da atividade. Assim como, já citado anteriormente, os trabalhadores estão mais dispostos a adotar as normas de segurança no trabalho, a noção que eles têm a respeito da adesão de normas de segurança utilizada pela empresa influencia para a adoção do comportamento seguro (ZAVAREZE, 2011).

Como se observa nos trechos a seguir:

“É preciso ter calma, paciência e ser completamente profissional” (Trabalhador 1).

“O trabalhador precisa estar bem relacionado com a sua saúde mental e ter tontura pode ser arriscado” (Trabalhador 5).

“Um comportamento necessário para o trabalho em altura é ter atenção” (Trabalhador 6).

“Os comportamentos para fazer o trabalho em altura são paciência, calma, não brincar e ter o conhecimento” (Trabalhador 8).

“É necessária a atenção e a insegurança pode ser um risco” (Trabalhador 11).

“Tem que ter calma e trabalhar estressado pode ser um risco” (Trabalhador 17).

Pode-se perceber também, a influência dos riscos psicossociais no exercício de suas funções, principalmente em relação aos fatores psicológicos, como citados nas respostas dos trabalhadores, conforme o exposto.

E, se observa a subjetividade em cada resposta, pois, são de acordo com a percepção

de cada indivíduo. Dias (2016) expõe a definição de risco psicossocial como riscos que derivam dos fatores que afetam a saúde e o bem-estar do sujeito e do grupo, estes decorrem do psíquico do indivíduo, da estrutura e do desempenho da organização de trabalho e englobam aspectos sociais, culturais e psicológicos. Ou seja, a exposição aos fatores de risco e seus prejuízos, dão origem aos riscos psicossociais que são os riscos para a saúde mental, física e social, originados pelos fatores de riscos psicossociais (MOREIRA, 2017). Como exemplo, é possível mencionar os riscos psicossociais que relacionados ao trabalho podem ser estabelecidos por características que atuam como estressores, como por exemplo influências externas que podem variar as condições do local de trabalho, como as condições climáticas, o trânsito de veículos e pessoas, dentre outros (MTE, 2018).

Os riscos psicossociais no contexto ocupacional podem ser desencadeados no contexto de trabalho, motivados por aspectos sociais e psíquicos, pelas condições de trabalho, pelos fatores organizacionais e que logicamente se traduzem em consequências que afetam a saúde física e mental, assim como a vida social (JACINTO; TOLFO, 2017). Dias (2016) expõe a definição de risco psicossocial como riscos que derivam dos fatores que afetam a saúde e o bem-estar do sujeito e do grupo, estes decorrem do psíquico do indivíduo, da estrutura e do desempenho da organização de trabalho e englobam aspectos sociais, culturais e psicológicos. Ou seja, a exposição aos fatores de risco e seus prejuízos, dão origem aos riscos psicossociais que são os riscos para a saúde mental, física e social, originados pelos fatores de riscos psicossociais (MOREIRA, 2017).

A segurança do trabalhador deve ser vista, então, como uma forma de crescimento e valorização do ser humano, do respeito à saúde, à integridade física e ao bem-estar, além de favorecer uma relação saudável entre empregador e empregado, promovendo o desenvolvimento social e humano. Para que ocorra o desenvolvimento de um pensamento preventivo, dentro e fora da empresa, os profissionais envolvidos devem transmitir conhecimentos que permitam aos trabalhadores a possibilidade de assumir sua parcela de responsabilidade com sua segurança de forma integral (REIS, 2012).

E, diante do exposto, é relevante que os fatores de riscos das atividades, entre eles, o risco psicossocial de trabalho, sejam identificados e controlados, como forma de minimizar a probabilidade de acidentes e doenças ocupacionais indesejadas no futuro, para si e para os demais. Essa competência deve ser estimulada e desenvolvida nos processos educativos visando à adoção contínua de comportamentos seguros (BLEY, 2014).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os riscos psicossociais são decorrentes de fatores internos e externos ao ambiente de trabalho, podendo causar prejuízos à saúde e o bem-estar do indivíduo, do grupo e no desempenho da organização, estes, podem ser desencadeados por meio da estrutura e do modo de gerenciamento da organização de trabalho e das questões pessoais do indivíduo

em seus aspectos sociais, culturais e psicológicos. Por meio das entrevistas foram obtidas respostas que possibilitaram identificar fatores de riscos psicossociais nos trabalhadores que executam atividades em altura.

Os riscos psicossociais não ocupacionais, conforme as respostas dos entrevistados, estão relacionados às situações vivenciadas no ambiente familiar e os riscos psicossociais ocupacionais se referem as relações interpessoais no contexto laboral. Concomitantemente, estes fatores podem influenciar tanto na execução do trabalho em altura, como na saúde física e mental do trabalhador.

Além disso, nota-se a percepção deles, no que diz respeito a importância da segurança no trabalho, os discursos revelam que está voltada para o uso de equipamentos de segurança, normas e treinamentos, não abordando aspectos da saúde mental. A realização desse estudo teve seu direcionamento para um assunto que ainda é muito recente, ao decorrer das pesquisas foi possível perceber a escassez acerca da temática.

Portanto, é relevante o desenvolvimento de mais trabalhos sobre os riscos psicossociais no contexto laboral para proporcionar aos profissionais da área a compreensão da importância do cuidado com a integridade do trabalhador, considerando não só os aspectos físicos, mas também os sociais e mentais.

Já a preocupação da empresa com as condições do trabalhador no ambiente do trabalho é fundamental para a geração de condições psicossociais positivas no combate às doenças ocupacionais. Refletindo sobre a saúde mental no ambiente de trabalho, a atuação do psicólogo exige um olhar voltado para as questões de comportamentos e subjetividade do sujeito, no clima organizacional e na cultura da gestão, na promoção de saúde e bem-estar dos trabalhadores, visando a prevenção dos riscos psicossociais relacionadas ao trabalho, do ponto de vista da organização, tenderá a manter o trabalhador psiquicamente bem equilibrado e, evidentemente, fará com que esse goze de boa saúde mental para, assim, poder exercer suas atividades laborais de forma mais plena. É de essencial importância a proposta de substituição de um modelo curativo e assistencialista respaldado na lógica preventiva.

Nessa perspectiva a identificação dos riscos psicossociais constitui um passo importante a psicologia aplicada a segurança do trabalho, em geral, à saúde mental do trabalhador, em específico. Tais informações poderão subsidiar, no futuro, intervenções capazes de não somente prevenir doenças relacionadas ao trabalho e melhorar as condições de trabalho em altura, mas, principalmente, atuar na promoção de saúde desses trabalhadores para melhorar a sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BLEY, Z. J. **Variáveis que caracterizam o processo de ensinar comportamentos seguros no trabalho**. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 2012.

CHAGAS, D. **Riscos psicossociais no trabalho: causas e consequências.** International Journal of Developmental and Educational Psychology, INFAD Revista de Psicología, nº1-vol.2, 2015. ISSN: 0214-9877. p. 439-446.

COSTA, L. S.; SANTOS, M. **Fatores psicossociais de risco no trabalho: lições aprendidas e novos caminhos.** Porto, n. 5, jun, 2013.

FRANCISCO, D. R. M.; RODRIGUES, A. P. **Avaliação de risco psicossocial com o PROART na 1ª região de polícia militar de Santa Catarina: um protocolo viável para a PMSC?** In: V Seminário Catarinense sobre Prevenção ao Assédio Moral no Trabalho. I Congresso sobre Riscos Psicossociais e Saúde nas Organizações e no Trabalho, 2017, Florianópolis. Anais. Florianópolis: UFSC, 2017, p. 75.

FUNDACENTRO. **Queda em altura está entre os principais acidentes fatais na indústria da construção.** 2016.

JACINTO, A.; TOLFO, S. R. **Riscos psicossociais no trabalho: conceitos, variáveis e instrumentos de pesquisa.** Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Perspectivas em Psicologia, v. 21, n. 1, p. 39 - 55, jan/jun, 2017.

KAMI, M. T. M. et al. **Trabalho no consultório na rua: uso do software IRAMUTEQ no apoio à pesquisa qualitativa.** Escola Anna Nery, v. 20, n. 3. jul/set, 2016.

MATOS, S. S. **Riscos psicossociais em trabalhadores na Arábia Saudita.** 2014. 111 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Segurança e Higiene no Trabalho, Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal, 2014.

MOREIRA, J. S. da S. **Fatores de risco psicossociais, experiências de recuperação e bem-estar no local de trabalho: um estudo num hospital dos açores.** 2017. 129 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Ispa Instituto Universitário, Portugal, 2017.

MOTA, M. C. Z. **Psicologia aplicada em segurança do trabalho: destaque nos aspectos comportamentais e trabalho em equipe da NR-10.** 5ª ed. São Paulo: LTr, 2015.

MINISTÉRIO DO TRABALHO. Consulta das NRs de Segurança e Saúde, Normas Regulamentadoras. **NR-35 – Manual de auxílio na interpretação e aplicação da norma regulamentadora N° 35 – Trabalho em altura, incluindo anexos I e II e alteração do Item 35.5 NR-35 comentada.** 2. ed. 2018.

REIS, A. L. P. P.; FERNANDES, S. R. P.; GOMES, A. F. **Estresse e fatores psicossociais.** Psicologia, Ciência e Profissão, Brasília, v. 30, n. 4, p. 712-725, dez, 2010.

REIS, R. S. **Segurança e saúde no trabalho: normas regulamentadoras.** 10ª. ed. São

Caetano do Sul - Sp: Yendis Editora Ltda, p. 716, 2012.

SANTOS, F. C. O.; CALDEIRA, P. A psicologia organizacional e do trabalho na contemporaneidade: as novas atuações do psicólogo organizacional. Psicologia Pt. O portal dos psicólogos. 2014.

ZAVAREZE, T. E. **Evidências de validade e precisão de um instrumento de avaliação de clima de segurança no trabalho**. Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Florianópolis, 2011.

WATANABE, E. M. B. **Aspectos psicossociais de risco no trabalho e a saúde mental dos carteiros da cidade de São Paulo**. 2015. 160 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação Trabalho, Saúde e Ambiente, Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho, São Paulo, 2015.

Desmistificando o imaginário social a respeito da Hanseníase: Visão da Enfermagem

Beatriz Buthers Soares^a, Carolini Gonçalves Silva da Conceição^a, Fabíola Ribeiro Martins^{a*}

^a Departamento de Ciências da Saúde, Uniabeu Centro Universitário. Rua Iataiara 301, Centro, Belford Roxo, RJ.

*Autor correspondente: Mestrado em Farmacologia, Rua Desembargador Omar Dutra, 235, Jacarepaguá, RJ -CEP: 22715-440; E-mail: professorafabíolamartins@gmail.com

Data de submissão: 26-06-2022

Data de aceite: 19-08-2022

Data de publicação: 17-09-2022



10.51161/editoraime/105/81



RESUMO

Introdução: A hanseníase é uma doença crônica infectocontagiosa causada pelas bactérias *Mycobacterium leprae* ou *Mycobacterium lepromatosis* e que pode levar a incapacidades físicas e problemas psicossociais. Historicamente, na saúde pública, a hanseníase foi tratada com isolamento compulsório nos chamados hospitais colônia. O estudo tem como objetivos descrever os estigmas sociais acerca da hanseníase e identificar na literatura o papel do enfermeiro na desmistificação destes estigmas. **Método:** Revisão integrativa com pesquisa realizada na Biblioteca Virtual em Saúde, no período dos meses de maio e junho de 2021, contemplando as bases de dados LILACS, BDNF, MEDLINE e IBICS. **Resultados:** As vertentes dos estigmas sociais identificadas na revisão integrativa foram referentes às crenças religiosas, à imagem corporal, à transmissibilidade da doença e à eficácia do tratamento. Estas guiaram a categorização dos estudos, em que os estigmas relacionados à transmissibilidade foram os que obtiveram maior prevalência. O estigma social perpetua na sociedade e assombra as pessoas infectadas e seus familiares através da discriminação e exclusão social, advindos de uma série de tabus e falsas informações. **Conclusões:** Os estigmas acerca da hanseníase e o preconceito vivido pelos portadores da doença afetam diretamente em diversos aspectos na vida desse paciente. Sugere-se a inclusão desta temática nas grades curriculares das graduações de Enfermagem; a capacitação e treinamento para os profissionais enfermeiros já atuantes no meio laboral a fim de propiciar o diagnóstico e a intervenção precoce; elaboração de ações educativas para a população, a fim de conscientizá-la e desmistificar os estigmas acerca da hanseníase.

Palavras-chave: Estigma Social; Relações Enfermeiro-paciente; Saúde Pública

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença crônica infectocontagiosa causada pelas bactérias *Mycobacterium leprae* ou *Mycobacterium lepromatosis* que, devido ao seu tropismo pela pele e nervos periféricos, provoca lesões cutâneas com alteração na sensibilidade térmica e dolorosa do indivíduo. O indivíduo acometido pode ser curado, contudo, quando não tratada corretamente, pode causar deformidades e incapacidades físicas, na maioria das vezes irreversíveis (OPAS, 2021; TIERNEY; NARDELL, 2018).

A classificação desta doença ocorre em dois grupos: hanseníase paucibacilar (PB) - poucos bacilos, quando há manifestação de até cinco lesões de pele, associadas ao exame de raspado intradérmico para baciloscopia negativo; e hanseníase multibacilar (MB) - muitos bacilos, quando há seis ou mais lesões de pele, ou quando o exame de raspado intradérmico para baciloscopia é positivo (BRASIL, 2017).

A transmissão da hanseníase ocorre de pessoa para pessoa, onde se tem um indivíduo que apresenta a forma infectante da doença (multibacilar), e não está em processo de tratamento desta, mas entra em contato com a comunidade. Este processo acontece através da eliminação do bacilo por vias respiratórias e gotículas (OPAS, 2021).

No Brasil, a história da saúde pública acerca da hanseníase revela um período em que acreditava-se que para exterminar a doença era necessário o isolamento dos indivíduos nos chamados hospitais colônias (FARIA; SANTOS, 2015).

A hanseníase, por ser uma doença com alto grau incapacitante, provoca nas pessoas um medo intenso de exposição e, por isso, é comum o cliente se negar a procurar um atendimento para dar início ao processo de tratamento. (QUEIROZ, 1995).

O Boletim Epidemiológico da Hanseníase de 2021 destacou que a pandemia de covid-19 influenciou no diagnóstico e no acompanhamento da doença. No que tange o período anual entre 2015 e 2019, 137.385 novos casos de hanseníase foram reportados no Brasil. Dentre estes, houve a prevalência de: 55,3% no sexo masculino, 58,7% autodeclarados pardos, 42,2% com ensino fundamental incompleto, 19% na faixa etária de 50-59 anos de idade (BRASIL, 2021).

Para a Organização Mundial da Saúde (2020), o Brasil é o segundo país com o maior número de novos casos de hanseníase no mundo, com registros de uma alta proporção de indivíduos diagnosticados com grau dois de incapacidade física, principalmente em adultos e crianças menores de 15 anos.

Perante o exposto, os objetivos do presente trabalho foram descrever os estigmas sociais acerca da hanseníase e identificar na literatura o papel do enfermeiro na desmistificação destes estigmas e suas ações para reverter tal cenário de preconceito.

2 METODOLOGIA

Este estudo é do tipo revisão integrativa, coletando-se os dados através da utilização de diferentes combinações dos descritores: “Hanseníase”, “Enfermagem”, “Estigma social”, “Enfermeiras e Enfermeiros”, “Relações Enfermeiro-Paciente”, “Saúde Mental” e “Saúde Pública”.

A fim de refinar a busca para selecionar apenas as publicações condizentes com o objetivo da pesquisa, elencou-se como critérios de inclusão: artigos originais, com texto completo disponível, entre os anos 2010 e 2021, nos idiomas português, inglês e espanhol, que abordassem a temática proposta pelo estudo e escritos por enfermeiros, uma vez que o estudo objetiva compreender o papel e as ações de Enfermagem. Para critérios de exclusão, estabeleceu-se: artigos do tipo revisão e publicações em duplicidade.

A pesquisa foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde, no período dos meses de maio e junho de 2021. A busca contemplou as seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de dados em Enfermagem (BDENF), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e *Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud* (IBECS).

Através das múltiplas associações entre os descritores, encontrou-se um total de 2.816 publicações na Biblioteca Virtual em Saúde. Ao analisar apenas as bases de dados selecionadas para o estudo, esse número reduziu para 2.244 publicações e, dentre estas, 1.015 estavam disponíveis em texto completo nas respectivas bases de dados. Após esta etapa, averiguou-se o título e resumo de cada produção científica, o que resultou em 64 publicações científicas selecionadas para a análise. Por fim, após aplicar os critérios de inclusão e exclusão, encontrou-se: LILACS (15), BDENF (6), MEDLINE (4), IBECS (2), totalizando 27 publicações a serem revisadas no estudo.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 27 publicações revisadas, identificou-se a abundância de estudos de natureza qualitativa, com o total de 22 produções (n=22; 81,5%), seguida pelas metodologias: quantitativa, mista (quantitativa e qualitativa), reflexiva, observacional e estudo de caso, que computaram uma produção cada (n=1, 3,7%).

Verificou-se que a maioria dos estudos utilizados na presente revisão integrativa foram a nível nacional, em que o Brasil computou 23 produções (n= 23; 85,2%). Quanto ao âmbito internacional, três países estiveram presentes: Espanha (n= 2; 7,4%), Inglaterra – Reino Unido (n= 1; 3,7%) e Uganda (n= 1; 3,7%).

Ao analisar as 23 publicações realizadas no Brasil, 30,4% destas foram produzidas no estado do Rio de Janeiro (n=7; 30,4%). Em sequência, São Paulo e Brasília publicaram cinco estudos cada (n=5; 21,7%), Pernambuco e Ceará computaram duas publicações cada (n=2; 8,7%), e Rio Grande do Sul e Minas Gerais produziram um estudo cada (n=1; 4,4%).

A prevalência de pesquisas provenientes do Brasil pode ser justificada devido ao elevado número de novos casos constatados no país. No ano de 2020, foram registrados 13.807 novos casos de hanseníase no território nacional. Dentre os estados brasileiros mencionados anteriormente, Pernambuco foi o estado com maior número de novos casos (n= 1.296), seguido pelo Ceará (n= 863); em contrapartida, o Rio Grande do Sul constatou o menor número de novos casos (n= 40) (BRASIL, 2021).

As vertentes dos estigmas sociais identificadas na revisão integrativa foram referentes a: estética, religiosidade, tratamento/cura e contágio da doença. Tais vertentes guiaram a categorização dos estudos, conforme mostra a Tabela 1.

Tabela 1 – Categorização dos 27 estudos revisados e a frequência em que cada categoria relacionada aparece. Alguns estudos abordam mais de uma categoria.

CATEGORIAS	FREQUÊNCIA (n=; %)
Estigmas relacionados às crenças religiosas	n=15; 55,5%
Estigmas relacionados à transmissibilidade	n=24; 88,8%
Estigmas relacionados à imagem corporal	n=17; 62,9%
Estigmas relacionados à eficácia do tratamento	n=14; 51,8%
O papel e as ações do enfermeiro frente à desmistificação dos estigmas	n=27; 100%

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Conforme exposto na tabela 1, observou-se que em todos os estudos encontrados foi mencionado qual o papel e as ações do enfermeiro frente à desmistificação dos estigmas. Ademais, os estigmas relacionados à transmissibilidade foram os que obtiveram maior prevalência, totalizando 24 estudos, equivalentes a 88,8% do total selecionado para a revisão.

Para entender a origem dos estigmas sociais acerca da hanseníase, faz-se necessário compreender, efetivamente, o que é um estigma. Brasil (2020, p. 6) conceitua estigma como uma “palavra que provém do grego e que servia para fazer referência a marcas corporais. Assim, indicava a condição de alguém excluído dos círculos de convívio, levando à diminuição da pessoa aos olhos da sociedade e, possivelmente, aos dela própria”.

No contexto da hanseníase, o estigma social perpetua na sociedade e assombra as pessoas infectadas e seus familiares através da discriminação e exclusão social, advindos de uma série de tabus e falsas informações. Nesta perspectiva, os estigmas identificados no presente trabalho foram categorizados em quatro classes: estigmas relacionados às crenças religiosas; estigmas relacionados à transmissibilidade; estigmas relacionados à imagem corporal e estigmas relacionados à eficácia do tratamento.

3.1 ESTIGMAS RELACIONADOS ÀS CRENÇAS RELIGIOSAS

Não se sabe ao certo qual foi de fato o local de origem ou quando surgiu a hanseníase

no mundo, dados estes que são discutidos até os dias atuais. Conhecida como a doença mais antiga do mundo, a hanseníase possui manifestações datadas desde tempos antes de Cristo, porém foi amplamente conhecida e disseminada nos tempos bíblicos, em que era conhecida como "lepra". Na Bíblia, a "lepra" é retratada como uma doença infectocontagiosa incurável e mortal diretamente associada aos atos pecaminosos do ser humano, que, como consequência, recebia a doença como um castigo máximo advindo de Deus (BITTENCOURT *et al*, 2010; DIAS *et al*, 2017; FORTUNATO *et al*, 2019; GONÇALVES *et al*, 2018; NUNES; OLIVEIRA; VIEIRA, 2011; PINHEIRO; SIMPSON, 2017; SILVA, 2017; SILVA *et al*, 2014).

O Antigo Testamento da Bíblia retrata que os "leprosos", como eram identificadas as pessoas acometidas pela hanseníase na época, eram segregados compulsoriamente, rejeitados e marginalizados pela comunidade em que habitavam, sendo condenados como "sujos", "imundos" e "pessoas com sangue impuro" pelos sacerdotes da época. Já no Novo Testamento, a "lepra", também surge com sua representação no episódio em que Jesus cura um "leproso" (BÍBLIA, 1891; BROWNE, 2003; CAVALIERI, 2011; DANTAS, 2020; ENJUTO; RAMOS, 2018; PALMEIRA; QUEIROZ; FERREIRA, 2013; TOSEPU *et al*, 2018).

Tais relatos bíblicos contribuíram para a existência de um estigma milenar acerca da hanseníase e a crueldade de tal doença, marcada pela condenação dos infectados e sua respectiva morte em vida, perpetuada pela exclusão e isolamento social. Desta forma, a fim de evitar que a associação entre a hanseníase e a "lepra" permanecesse no imaginário social, bem como o medo e pavor acerca da enfermidade, a terminologia da doença foi oficialmente modificada para hanseníase na década de 70 (ENJUTO; RAMOS, 2018; LANA *et al*, 2014; MONTE; PEREIRA, 2015; NEIVA; GRISOTTI, 2019; SANTOS *et al*, 2015).

Mesmo décadas após a mudança de nomenclatura, o estigma advindo da religiosidade ainda perpetua no século XXI. Para Palmeira, Queiroz e Ferreira (2013), tal visão religiosa foi capaz de atravessar diversas gerações e causar impactos diretos no diagnóstico, tratamento e enfrentamento da hanseníase, uma vez que ao ser diagnosticado com a doença, o paciente automaticamente vincula esta condição com a "lepra" e manifesta o seu medo do preconceito e discriminação social, emergindo crenças advindas do imaginário social presentes nos grupos culturais, familiares e religiosos. Diante de tal situação, Silva (2017) expôs que muitos pacientes não procuram por atendimento de saúde ou não dão continuidade no tratamento.

Com isso, evidencia-se que, devido ao estigma advindo de crenças religiosas perpetuado na sociedade até dias atuais, o diagnóstico e tratamento da hanseníase vem acompanhado de preconceitos, julgamentos e sentimentos de tristeza, inconformidade, não aceitação, indignação e até mesmo desconhecimento acerca de como a infecção, de fato, desenvolve-se (PALMEIRA; QUEIROZ; FERREIRA, 2013; SILVA, 2017).

3.2 ESTIGMAS RELACIONADOS À TRANSMISSIBILIDADE

Mesmo com o avanço da ciência em torno da hanseníase, o imaginário sociocultural preexistente reforça os estigmas e dá continuidade ao preconceito que a sociedade carrega,

fazendo com que as pessoas continuem reproduzindo um saber compartilhado baseado em crenças antigas (PALMEIRA; QUEIROZ; FERREIRA, 2013). Assim, Palmeira et al., (2020) atestam que parte da população continua bastante leiga sobre o assunto, sobretudo com relação às formas de transmissibilidade e cura.

Segundo Lana *et al* (2014), a falta de informação é um fator relevante que reflete em atitudes estigmatizantes vivenciadas pela comunidade em que vivemos. Como consequência disso, Freitas *et al* (2019) ressaltam em seu estudo que, alguns adolescentes atribuem muitos mitos à doença, apresentando medos, angústias e preocupação quando diz respeito à transmissibilidade. Contudo, Monte e Pereira (2015) e Silva *et al* (2014) expõem que, quando os indivíduos se informam sobre a forma de transmissão e a eficácia do tratamento, relatam um sentimento de resgate à saúde e à felicidade.

Baldan e Santos (2012) afirmam que o preconceito e a discriminação têm início logo após o portador de hanseníase receber a confirmação de seu diagnóstico e, como resultado, os indivíduos afetados relatam sofrer no ambiente familiar, no trabalho, na escola, no ciclo de amizades e nas unidades de saúde por parte dos profissionais.

Por fim, um fator de grande relevância diante dos estudos é a questão da omissão do diagnóstico, que funciona como autoproteção contra atitudes discriminatórias, tais como a exclusão social, o preconceito e a estigmatização (BEZERRA *et al*, 2011; GONÇALVES *et al*, 2018; LUSTOSA *et al*, 2011; NEIVA; GRISOTTI, 2019; NUNES; OLIVEIRA; VIEIRA, 2011; PALMEIRA *et al*, 2020).

3.3 ESTIGMAS RELACIONADOS À IMAGEM CORPORAL

A hanseníase, por se tratar de uma doença socialmente estigmatizada, carrega em si aspectos emocionais bastante relevantes como o medo, a desesperança e o descontentamento. Com o surgimento das alterações corporais, a qualidade de vida destas pessoas é atingida negativamente pelo fato da sociedade impor um padrão estético voltado para a beleza e integridade física (FORTUNATO *et al*, 2019; LANA *et al*, 2014; NEIVA; GRISOTTI, 2019; PALMEIRA, 2020; SILVA *et al*, 2014).

O estigma e o preconceito, oriundos de manifestações visíveis da hanseníase no corpo, foram identificados tanto entre os portadores da doença como entre os ex-portadores, pois os que tinham alterações mais marcantes em seu corpo eram também os que mais sofriam com as consequências da rejeição social (ENJUTO; RAMOS, 2018; PALMEIRA, 2011).

Com isso, Bittencourt et al., (2010) ressaltam que existem duas classes de portadores de estigma: o que por não possuir um estigma visível é capaz de manipular ou não a informação; e o indivíduo nitidamente estigmatizado, que se torna alvo de situações constrangedoras capazes de gerar sentimento de angústia não só para o portador, mas também para as pessoas que o cercam.

Além do preconceito historicamente enraizado, evidencia-se que uma das principais

causas de estigmatização dos portadores de hanseníase está relacionada à forma multibacilar da doença, que se manifesta através das alterações mais visíveis no corpo, como discromia e deformidades (LUSTOSA et al., 2011; PINHEIRO; SIMPSON, 2017).

Com o intuito de pôr fim aos estigmas associados à hanseníase, os portadores da doença procuram os serviços de saúde para darem início ao tratamento. Entretanto, a poliquimioterapia envolve um medicamento chamado clofazimina, que por causar uma hiperpigmentação cutânea, torna as lesões ainda mais evidentes e resultam em uma piora significativa na estética do indivíduo, tornando o processo de enfrentamento da doença ainda mais difícil. Deste modo, por mais que o tratamento ofereça inúmeros benefícios, as pessoas desencadeiam uma certa resistência contra o mesmo devido aos custos estéticos, que por sua vez reforçam o medo de rejeição e exclusão social, considerando o estigma e preconceito associados à doença (LANA et al, 2014; PALMEIRA, 2011; PALMEIRA; QUEIROZ; FERREIRA, 2013).

3.4 ESTIGMAS RELACIONADOS À EFICÁCIA DO TRATAMENTO

Por se tratar de uma doença infectocontagiosa e durante muito tempo sem tratamento e, conseqüentemente, sem cura, os acometidos pela hanseníase sofreram com as internações compulsórias até 1962. Foi apenas em 1981 que a OMS iniciou a recomendação da poliquimioterapia para o tratamento da hanseníase, e, em 1995, esse tratamento iniciou a sua oferta de forma gratuita e mundial, o que contribuiu para a erradicação da referida enfermidade em diversos países (CAVALIERE, 2011).

O tratamento tem início desde a primeira consulta após a confirmação diagnóstica. O processo medicamentoso começa através da combinação dos fármacos rifampicina, dapsona e clofazimina, formando a poliquimioterapia única (PQT-U), em que o tempo total de duração do tratamento pode variar de seis a doze meses. Atualmente, sua disponibilização é gratuita e exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde nas unidades que compõem a Atenção Primária em Saúde, e a dose mensal medicamentosa deverá ser feita com a supervisão e auxílio de um profissional de saúde (BRASIL, 2017).

Todavia, o estigma acerca da eficácia do tratamento ainda se faz presente no imaginário social. Palmeira (2011) ressalta que, mesmo com a alteração da nomenclatura da doença e a existência de um tratamento com eficácia cientificamente comprovada, a mudança no cenário de desacreditação e propagação de tabus dependerá do imaginário social existente no local. Em seu estudo, a autora identificou o sofrimento psíquico dos pacientes com hanseníase devido à percepção estigmatizada de uma doença mutiladora, incurável, mortífera e invencível, com este espectro provocando repercussões na vida pessoal e profissional.

O fator que une todos os aspectos previamente apresentados é a carência de conhecimento por parte da população. Cid et al (2012) expõe que a educação em saúde precária favorece o estabelecimento de preconceitos e tabus no imaginário social, o que

reafirma a necessidade de políticas públicas e ações de educação em saúde direcionadas à população a fim de promover o conhecimento e a desmistificação dos estigmas sociais, eliminando o fardo histórico carregado pelos indivíduos com hanseníase.

Nessa lógica, os estudos refletem os sentimentos de excitação e alegria por parte dos pacientes ao descobrir que a hanseníase é uma enfermidade tratável e curável, percebendo-se uma mudança comportamental caracterizada pela motivação em aderir ao tratamento corretamente e pela presença do sentimento de esperança e sucesso na terapia medicamentosa (PALMEIRA; QUEIROZ; FERREIRA, 2013; SILVA *et al*, 2014).

3.5 O PAPEL E AS AÇÕES DO ENFERMEIRO FRENTE À DESMISTIFICAÇÃO DOS ESTIGMAS

O enfermeiro possui um papel de destaque no acompanhamento do indivíduo desde a suspeita de infecção pelo bacilo de Hansen até a cura, com ênfase nas avaliações do estado de saúde do indivíduo, nos exames dermatoneurológicos e nas orientações dadas ao usuário. A consulta de Enfermagem abre os caminhos na Estratégia de Saúde da Família e torna-se a porta de entrada do usuário na unidade, em que é realizada a busca ativa; diagnóstico precoce de casos suspeitos; o tratamento, caso haja confirmação do diagnóstico pelo médico responsável; a administração das doses supervisionadas; a prevenção e reabilitação de incapacidades físicas provenientes da doença e a vigilância dos contatos do usuário (LANA *et al.*, 2014).

Carvalho *et al* (2016), Nunes, Oliveira e Vieira (2011) e Pinheiro e Simpson (2017) versam que o momento da consulta de Enfermagem é uma excelente oportunidade para a criação e o estabelecimento de um vínculo entre o profissional e o paciente. Durante a consulta, deve-se estimular o autocuidado, ofertando de forma contínua o tratamento medicamentoso ao paciente, bem como os itens para cuidado pessoal como o creme hidratante, o filtro solar e o colírio, necessários para a manutenção da integridade das mucosas e tecidos cutâneos (BALDAN; SANTOS, 2012).

Como educador em saúde, Souza *et al.*, (2013) ressalta que o enfermeiro, juntamente com os demais profissionais de saúde, atua apoiando e construindo um diálogo a fim de desmistificar os estigmas sociais acerca da doença e ressignificar a hanseníase para os indivíduos acometidos por esta enfermidade. Este diálogo é performado em áreas além do consultório e das consultas de Enfermagem. Para Monte e Pereira (2015) as ações educativas devem ser realizadas nas escolas, em locais públicos, nas salas de espera, em todos os mais diversos ambientes, com o intuito de conscientizar as diferentes esferas da comunidade. A partir da educação da população, torna-se possível promover saúde, dignidade e a emancipação dos indivíduos com hanseníase (FEITOSA, 2019; FREITAS *et al*, 2019; PALMEIRA; QUEIROZ; FERREIRA, 2013).

Baldan e Santos (2012) apontam para a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde através de ações intersetoriais e multidisciplinares a fim de estabelecer a atenção

integral ao paciente hansênico, promover a sua saúde física e mental, estimulando o seu autocuidado, empoderamento e torná-los protagonistas no seu processo de tratamento e cuidado. Além disso, a estimulação do senso crítico, do respeito e a conscientização de atitudes estigmatizantes é capaz de promover a desmistificação dos estigmas presentes nas unidades de saúde, corroborando para um atendimento humanizado, individualizado e contribuindo para a prevenção de futuras incapacidades físicas (PALMEIRA; QUEIROZ; FERREIRA, 2013).

4 CONCLUSÃO

A hanseníase ainda é um problema de saúde pública, principalmente no Brasil. Atrelado a ela, os estigmas advindos do imaginário social contribuem para a desinformação da população, a propagação de tabus e para o negligenciamento da doença em todos os seus aspectos. Desta forma, atesta-se que enquanto o estigma social acerca da hanseníase não for sanado, será difícil erradicá-la como um problema de saúde pública, e sua incidência pode aumentar.

Os principais estigmas perpetuados no imaginário social que foram descritos neste trabalho são aqueles relacionados às crenças religiosas, à imagem corporal, à transmissibilidade da doença e à eficácia do tratamento. Os estigmas acerca da hanseníase e o preconceito vivido pelos portadores da doença afetam diretamente diversos aspectos na vida do paciente, inclusive no seu tratamento, o que pode provocar uma evolução do quadro clínico da doença com consequentes danos permanentes ao seu organismo. No âmbito psicossocial do indivíduo, há interferência nas suas relações interpessoais e na sua autoestima.

O papel do enfermeiro frente à estigmatização da hanseníase é assistir o paciente com qualidade, capacitar as equipes de saúde e conscientizar a população através de ações como a implementação do processo de Enfermagem, a realização de consultas de Enfermagem, a promoção de treinamentos e cursos de capacitação para profissionais da saúde e a promoção de diálogos em atividades lúdico-educativas nos diversos cenários sociais. Os pacientes devem ser atendidos de forma humanizada e garantindo o tratamento pautado no princípio da integralidade, a cura e a reabilitação dos indivíduos.

Pela visão da Enfermagem frente à problemática exposta, sugere-se a inclusão desta temática nas grades curriculares das graduações de Enfermagem com vistas a sensibilizar os futuros enfermeiros e prepará-los para uma abordagem qualificada frente ao indivíduo com hanseníase; a capacitação e treinamento para os profissionais enfermeiros já atuantes no meio laboral, no intuito de qualificar o atendimento e a busca ativa de casos de hanseníase na região, propiciando o diagnóstico e a intervenção precoce, reduzindo os possíveis agravos da enfermidade; e a elaboração de ações educativas para a população, a fim de conscientizá-la e desmistificar os estigmas acerca da hanseníase presentes no imaginário social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BALDAN, S. S.; SANTOS, B. M. O. S. Hanseníase: uma abordagem na perspectiva de promoção da saúde. **Hansenologia Internationalis**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 11-21, 2012. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/index.php/hansenologia/article/view/36191>. Acesso em: 15 nov. 2021
- BEZERRA, F. N. *et al.* Impact of the diagnosis of leprosy. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 5, n. 11, p. 2624, 15 dez. 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/6940/6189>. Acesso em: 15 nov. 2021
- BÍBLIA. Português. Bíblia sagrada ilustrada. Tradução de Padre Antônio Pereira de Figueiredo. Porto: Empresa Editora da Bíblia Sagrada Ilustrada, 1891.
- BITTENCOURT, L. P. *et al.* Estigma: percepções sociais reveladas por pessoas acometidas por hanseníase. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 185-190, 2010. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reuerj/v18n2/v18n2a04.pdf>. Acesso em: 28 out. 2021
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Hanseníase**. Brasília, DF, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/media/pdf/2021/fevereiro/12/boletim-hanseniase_-_25-01.pdf. Acesso em: 13 abr. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia prático sobre a hanseníase**. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/22/Guia-Pratico-de-Hanseniase-WEB.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Hanseníase: conhecendo estigma, discriminação e os direitos das pessoas acometidas pela hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/campanhas/2021/67495/album_hanseniase_0.pdf. Acesso em: 15 nov. 2021.
- BROWNE, S. G. **Lepra na Bíblia: estigma e realidade**. Tradução de Vera Ellert Ochsenhofer. Viçosa: Ultimato, 2003. Disponível em: <https://www.ultimato.com.br/file/capitulos/Lepra-leia.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2021
- CARVALHO, F. P. B. *et al.* Estar/ser no mundo com Hanseníase: qual é o meu lugar? **Hansenologia Internationalis**, São Paulo, v. 41, n. 1-2, p. 99-104. 2016. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/327269043>. Acesso em: 15 nov. 2021
- CAVALIERE, I. Hanseníase na história. **Invivo – FIOCRUZ**, 2011. Disponível em: <http://www.invivo.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inoid=1182&sid=7>. Acesso em: 13 abr. 2021

CID, R. D. S. *et al.* PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS SOBRE O PRECONCEITO DA HANSENÍASE. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Ceará, v. 13, n. 5, p. 1004-1014. 2012. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4081/3189>. Acesso em: 15 nov. 2021

DANTAS, M. M. *et al.* A trajetória de uma vida marcada pelo preconceito e exclusão social em decorrência do estigma da hanseníase: relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, São Paulo, n. 43, p. e3208, mar. 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3208/1553>. Acesso em: 13 abr. 2021.

DIAS, A. C. N. S. *et al.* Vivência e sentimentos de mulheres portadoras de hanseníase. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 9, p. 3551-3555, set. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234485/27679>. Acesso em: 29 out. 2021

ENJUTO, M.; RAMOS, J. M. Lepra en mujeres: estigma y dolor. **Revista de Leprologia**, Fontilles, v. 31, n. 4, p. 271-289, 2018. Disponível em: <https://www.leprosy-information.org/media/848/download>. Acesso em: 28 out. 2021

FARIA, L.; SANTOS, L. A. C. A hanseníase e sua história no Brasil: a história de um “flagelo nacional”. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1491-1495, out./dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v22n4/0104-5970-hcsm-22-4-1491.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2021

FEITOSA, M. C. R.; STELKO-PEREIRA, A. C.; MATOS, K. J. N. Validation of Brazilian educational technology for disseminating knowledge on leprosy to adolescents. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, p. 1333–1340, 16 set. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/YjhLThFygtLW7BKJr5NKfgH/?lang=en>. Acesso em: 15 nov. 2021

FORTUNATO, C. N. *et al.* Qualidade de vida de pessoas com hanseníase atendidas em um hospital de referência, Paraíba-Brasil. **Enfermería Global**, Murcia, v. 18, n. 4, p. 119–158, 2019. Disponível em: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/342601/272211>. Acesso em: 29 out. 2021

FREITAS, B. H. B. M. *et al.* Educational workshop with adolescents on leprosy: case report. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. 5, p. 1421–1425, out. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/cysy8rpm5SDRr6zrM9prPRQ/?lang=en>. Acesso em: 15 nov. 2021

GONÇALVES, M. *et al.* Work and Leprosy: women in their pains, struggles and toils. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, p. 660–667, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/h8yhG4LQ3csDnVMRFZcHm7g/?lang=en>. Acesso em: 15 nov. 2021

LANA, F. C. F. *et al.* O estigma em hanseníase e sua relação com as ações de controle. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Rio Grande do Sul, v. 4, n. 3, p. 556–565, 19 nov. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/12550/pdf>. Acesso em: 15 nov. 2021

LUSTOSA, A. A. *et al.* The impact of leprosy on health-related quality of life.

Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Minas Gerais, v. 44, n. 5, p. 621–626, out. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/LX9H99vrH3FYHCbDtx8TLwH/?lang=en>. Acesso em: 15 nov. 2021

MONTE, R. S.; PEREIRA, M. L. D. Hansen's disease: social representations of affected people. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Ceará, v. 16, n. 6, p. 863, 21 dez. 2015. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/2879/2241>. Acesso em: 15 nov. 2021

NEIVA, R. J.; GRISOTTI, M. Representações do estigma da hanseníase nas mulheres do Vale do Jequitinhonha-MG. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. e290109, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/mWJYHMSHGJmVYrtVpcsX9JS/?lang=pt>. Acesso em: 15 nov. 2021

NUNES, J. M.; OLIVEIRA, E. N.; VIEIRA, N. F. C. Hanseníase: conhecimentos e mudanças na vida das pessoas acometidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. suppl 1, p. 1311–1318, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vmXbwQcryhyhknfmfjFc9Zj/?lang=pt>. Acesso em: 29 out. 2021

OPAS (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE). **Combater a Hanseníase, Acabar com o Estigma e Advogar pelo Bem-Estar Mental é o tema 2021 do Dia Mundial de combate à Hanseníase**. Brasília, DF, 22 jan. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/22-1-2021-combater-hanseníase-acabar-com-estigma-e-advogar-pelo-bem-estar-mental-e-tema>. Acesso em: 12 abr. 2021.

PALMEIRA, I. P. *et al.* Hansen's disease patients' perceptions on their altered fundamental human needs: indications for self-care. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, p. 319–325, 10 jan. 2020. Disponível em: http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/7069/pdf_1. Acesso em: 15 nov. 2021

PALMEIRA, I. P. **O que o corpo revela e o que esconde**: mulheres com o corpo alterado pela hanseníase e suas implicações para o cuidado de si. 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: http://objdig.ufrj.br/51/teses/EEAN_D_laciProencaPalmeira.pdf. Acesso em: 15 nov. 2021

PALMEIRA, I. P.; QUEIROZ, A. B. A.; FERREIRA, M. A. Marcas em si: vivenciando a dor do (auto) preconceito. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 6, p. 893–900, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/7DKZHNSyZshNLDnTv5ZDCzK/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 29 out. 2021

PINHEIRO, M. G. C.; SIMPSON, C. A. Preconceito, estigma e exclusão social: trajetória de familiares influenciada pelo tratamento asilar da hanseníase. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 0, p. 13332, 24 mar. 2017. Disponível em <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/13332/21708> Acesso em: 15 nov. 2021

QUEIROZ, M. S. Hanseníase: representações sobre a doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.11, n. 4, p. 632-634, out./dez. 1995. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1995000400016. Acesso em: 14 abr. 2021.

SANTOS, K. S. *et al.* Meaning of leprosy for people who have experienced treatment during the sulfonic and multidrug therapy periods. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 620–627, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/bpqGX5XDrrFpmWc8kGdn8gC/>. Acesso em: 29 out. 2021

SILVA, A. H. **O papel do enfermeiro na promoção de saúde e prevenção de hanseníase**. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em f) – Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2014. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/6160.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2021

SILVA, M. C. D.; PAZ, E. P. A. Experiências de cuidado dos enfermeiros às pessoas com hanseníase: contribuições da hermenêutica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 435–441, ago. 2017. Disponível em <https://www.scielo.br/j/ape/a/DvhNdSGThW7bDxN33ZDrsc/abstract/?lang=pt> Acesso em: 15 nov. 2021

SILVA, R. *et al.* Stigmata and prejudice: reality of carriers of leprosy in prisional units. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 493–506, 1 abr. 2014. Disponível em: http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2879/pdf_1230. Acesso em: 15 nov. 2021

SOUZA, E. B. *et al.* Percepções da doença e do tratamento pelos pacientes tratados de hanseníase residentes em Palmas-Tocantins. **Hansenologia Internationalis**, São Paulo, v. 38, n. 1-2, p. 56-60. 2013. Disponível em: <http://www.ilsl.br/revista/download.php?id=imageBank/v38n1-2a07.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2021

TIERNEY, D.; NARDELL, E. A. Hanseníase – Doenças Infecciosas. **Manuais MSD edição para profissionais**, 2018. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/doen%C3%A7as-infecciosas/micobact%C3%A9rias/hansen%C3%ADase>. Acesso em: 12 abr. 2021.

TOSEPU, R. *et al.* Stigma and increase of leprosy cases in SouthEast Sulawesi Province, Indonesia. **African Health Sciences**, Kampala, v. 18, n. 1, p. 29–31, 2018. Disponível em: <https://www.ajol.info/index.php/ahs/article/view/169111>. Acesso em: 28 out. 2021

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). Global leprosy (Hansen disease) update, 2019: time to step-up prevention initiatives. **Weekly Epidemiological Record**, Genebra, n. 9, p. 417-440, 04 set. 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334140/WER9536-eng-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1>. Acesso em: 26 mar. 2021.

A importância da Humanização na Saúde

Patricia Torres Franco Fonseca^{a*}, Amanda Alves de Oliveira^a, Maria Júlia Nascimento Cupolo^a

^a Programa de mestrado em Ciência da Saúde pela Saint Alcuin of York Anglican College- Chile

* **Autor correspondente:** Patricia Torres Franco Fonseca. Mestranda em Ciência da Saúde pela Saint Alcuin of York Anglican College- Chile; Pós-graduada em Obstetrícia e em Ginecologia pela Universidade do Rio de Janeiro; Pós-graduada em Atenção Básica em Saúde da Família pela UFMS; pjtorresfonseca@yahoo.com.br

Data de submissão: 28-06-2022

Data de aceite: 24-08-2022

Data de publicação: 27-09-2022



10.51161/editoraime/105/82



RESUMO

Introdução: Esse trabalho aborda sobre a importância de um atendimento humanizado em todo âmbito da saúde. **Objetivo:** analisar como a humanização na saúde impacta para o tratamento do paciente, e como gera uma maior qualidade de vida para usuários e profissionais envolvidos. **Metodologia:** foi realizada uma revisão bibliográfica qualitativa. Foram utilizadas como bases de dados a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), SCIELO, MEDLINE, LILACS, usados apenas materiais originais e completos. **Resultados:** Após a análise dos dados pôde-se concluir que o cuidar humanizado orientado pela Política Nacional de Humanização, baseado em seus princípios e diretrizes, como acolhimento, escuta, respeito às diferenças, promoção de ambiência, além do uso de tecnologia e cuidados psicossociais ao cidadão e aos profissionais, é fundamental na formação dos processos de trabalho; uma vez que, nos locais com maior humanização na assistência, observam-se os melhores resultados dos serviços prestados. **Conclusão:** O atendimento humanizado tem impacto direto no comprometimento de todos os envolvidos, gerando resultados mais positivos em todo processo de trabalho e na produção do cuidado. Tanto usuários quanto trabalhadores atingem maior satisfação e, desta forma, melhoram suas qualidades de vida pessoal e profissional.

Palavras-chave: Humanização; Saúde; Cuidado.

1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Humanização (PNH) é criada em 2003, baseada no SUS, porém com suas próprias diretrizes e princípios básicos para implantação e para o resgate do respeito à vida humana. A inclusão dos diferentes sujeitos, os métodos a serem utilizados e os fatores para análises sociais e coletiva, vão direcionar o processo de trabalho para a produção do cuidado (CAMPELO, MACIEL, LEÃO, 2016)

A PNH destaca ainda valorização do trabalho em equipe, o protagonismo dos sujeitos, atuações fundamentadas e adaptadas ao cotidiano das unidades de saúde e suas peculiaridades, obtendo seus processos de trabalhos conforme suas necessidades, e apoiadas pelos gestores para esta construção (DORICCI, GUANAES-LORENZI, 2021).

Com esse novo modelo assistencial de saúde surge a necessidade de capacitar profissionais e usuários para que se tornem aptos a desenvolver e se comprometer no cumprimento da nova política de saúde, fomentando assim a educação em saúde aos usuários e a educação na saúde contemplando os profissionais. (SILVA et al., 2018)

A aplicação da humanização na assistência se inicia no momento em que o usuário entra num serviço de saúde, com o acolhimento, estabelecimento de vínculo entre trabalhadores e usuários, sendo primordial este primeiro contacto, uma vez que será determinante para a adesão do sujeito ao cuidado ofertado (DATO, LIMA, SPOLIDORO, 2019)

Menezes et al. (2020) corroboram que a escuta cuidadosa, o acolhimento, a qualificação profissional e a comunicação clara entre o profissional de saúde e usuários são fundamentais para o estabelecimento de vínculo e confiança entre estes, gerando ambiente propício para educação em saúde, com ênfase na prevenção de doenças e na promoção da saúde.

Nos ambientes de rotinas complexas, estressantes, pesadas e altamente tecnológicos, a ótica humanizada torna-se mais distante e, a assistência prestada por vezes se torna mecânica podendo negligenciar fatores como o toque, o carinho, o olhar, a conversa, a escuta, o que acaba conferindo um atendimento desumanizado a esses sujeitos que se encontram tão fragilizados e conseqüentemente prejudicando o reestabelecimento dos indivíduos (BRILL et al., 2020).

O estudo de Silva et al. (2018) demonstra que falta de recursos humanos, físicos, materiais e técnicos, acesso aos exames pré-natais e seus resultados, são apontados como aspectos que conferem um atendimento desumanizado às gestantes, descumprindo a PNH e comprometendo a qualidade da assistência, impactando diretamente na saúde dos usuários.

Portanto é fundamental ter a compreensão de que, a desumanização acontece quando ocorre o oposto do que se refere à humanização; não respeitar as peculiaridades individuais, o não acolhimento, a não promoção da democracia (participação popular) para a realização e execução do processo de trabalho com usuários e profissionais de saúde e

a não corresponsabilização de todos os sujeitos envolvidos, o que impacta diretamente na vida dos cidadãos. (MOREIRA, 2021).

Diante da relevância da humanização na assistência, a pesquisa teve por finalidade descrever como a humanização é essencial e necessária nos serviços de saúde e como está pode ajudar na qualidade do atendimento frente aos usuários e trabalhadores da saúde.

2 METODOLOGIA

A metodologia usada neste trabalho foi a pesquisa de uma revisão bibliográfica qualitativa. Elaborada através de uma revisão de literatura sobre o conhecimento já construído em pesquisas anteriores em um determinado tema. Foram utilizados bancos de dados indexados como Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), SCIELO, MEDLINE, LILACS.

A pesquisa foi realizada de Janeiro a junho 2022, a partir das palavras-chave: “Humanização”; “Saúde”; “Cuidado”, “atendimento humanizado na saúde” correlacionando ainda com a Política Nacional de Saúde e SUS. Para sua elaboração como critérios de inclusão incluiu-se pesquisas a partir de 2010 até o presente momento, trabalhos de revisão, trabalhos de conclusão de curso de bacharel e de mestrado, artigos científicos disponíveis nas bases de dados de forma gratuita e completos em português e inglês.

Foi realizada uma avaliação inicial dos materiais encontrados, através da leitura de resumos conforme os títulos pré-selecionados. Uma vez separados os de maior interesse para a resposta a questão norteadora, feita leitura integral destes e seus fichamentos, evidenciando as abordagens mais relevantes ao presente estudo.

O material foi trabalhado e analisado de forma a buscar pontos que destacassem o objeto de estudo em questão, levando em consideração todos os elementos defendidos pelos autores. Em seguida realizou-se as etapas de construção dos resultados e discussão dos dados.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a análise e interpretação dos resultados, com base nos 19 artigos encontrados conseguimos destacar 2 temas relevantes: Política Nacional de Humanização e sua importância nos serviços de Saúde e, Humanização da Assistência.

3.1 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E SUA IMPORTÂNCIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Desde a Declaração dos Direitos Humanos em 1948, passaram a respaldar as noções sobre equidade e dignidade a todos indivíduos, que exerceram influência direta na construção de uma sociedade mais justa. (FERREIRA *et al*, 2021). Após o movimento sanitário em 1940, a população se torna mais consciente de seus direitos sociais e suas

necessidades básicas fundamentais. Em consequência desta participação popular e maior abertura política, surge a formação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1980 (ROLIM, CRUZ, SAMPAIO, 2013)

A concepção do termo humanização surgiu no Brasil no epílogo dos anos 90, objetivando, principalmente, a uma cultura respeitosa e de maior valor. A apreciação da pessoa humana passou a ser vista como algo importante, através da observação que a melhoria nos cuidados ofertados levavam ao surgimento de resultados mais positivos e o trabalho ser desenvolvido de forma mais satisfatória para todos os envolvidos (RIBEIRO, BATISTA, 2021).

O termo humanização é retratado desde longa data sob diversas perspectivas, trazendo relação com a valorização, o respeito e a dignidade de vida. Diante dos vários conceitos existentes podemos sintetizá-los na forma de um processo assistencial de modo holístico, cuidadoso, respeitoso (FERREIRA *et al*, 2021).

Visando intensificar a humanização da assistência, foram criadas leis como o Humaniza SUS- Política Nacional de Humanização, transformando o modelo de gestão e ações no âmbito hospitalar, trazendo uma vivência com habilidades profissionais e um olhar voltado ao lado humano de cuidar e trazer de volta a saúde, acreditando que quando tratado com amor, respeito, individualidade, esse paciente se recupera mais rápido. (ANICETO, BOMBARDA, 2020).

Em 2003 é criada a Política Nacional de Humanização (PNH) com a finalidade de garantir e fortalecer o SUS no âmbito nacional. Se apoiando nas diretrizes básicas do SUS (universalidade, equidade, participação popular e integralidade do acesso aos serviços de saúde), surgem suas diretrizes, normas e orientações para implantação e execução desta nova política (HUMANIZASUS, 2010)

A PNH com seus princípios básicos e suas diretrizes, ainda enfocam inclusão dos diferentes sujeitos, métodos a serem utilizados, quais os determinantes para análises sociais e coletiva, desta forma criam então todo o processo de trabalho para a política de humanização no Brasil (CAMPELO, MACIEL, LEÃO, 2016)

É importante também destacar que a PNH valoriza o trabalho em equipe, protagoniza os sujeitos, é uma política aberta, que espera atuações contextualizadas, adaptadas ao dia a dia dos serviços e suas dinâmicas, construindo seus processos de trabalhos individualizados e conforme suas necessidades, com a apoio e compreensão da gestão (DORICCI, GUANAES-LORENZI, 2021)

Indispensável lembrar ainda que o SUS, tem a humanização como um dos seus principais eixos norteadores para os serviços de saúde e práticas educacionais; sendo implantada em todas as instâncias, ela busca qualificar a atenção à saúde, implantar recursos tecnológicos, articulação entre as condições humanas, trabalhadores e sociedade, trazendo o protagonismo e a autonomia aos indivíduos (FERREIRA *et al*, 2021).

A humanização contempla a empatia e tratamento multidisciplinar com diálogo

eficiente, troca de ideias e informações assegurando o atendimento holístico, o que acaba afetando diretamente no processo saúde-doença. A atenção com o bem-estar do outro, o querer cuidar, o amar sua profissão, viver seus próprios princípios éticos e morais, leva ao atendimento integral do sujeito (BARBOZA, SOUSA, MORAIS, 2020).

Portanto o resgate da humanização significa o respeito ao direito do ser humano e familiares a terem seus valores, princípios e crenças, disponibilizar todos os recursos tecnológicos e assistenciais para alívio de suas dores e sofrimentos, ambiência e privacidade, promovendo melhor recuperação e manutenção da saúde (BREZOLIN *et al*, 2020).

A metodologia da hospitalização é seguida por diversas imposições e normas de acordo com as rotinas institucionais, o que resulta aos pacientes algum tipo de constrangimento e angústias, pelo fato de não ser sua rotina e estarem distantes de seus hábitos. Serviços que ofertam o cuidado mais acolhedor acabam por confortar os pacientes e familiares em meio a este processo, resultando conseqüentemente maior vínculo e melhores resultados para todos (ROSA, OLIVEIRA, DUTRA, 2013).

A humanização não se resume ao tratamento de cliente e profissional, o processo de cuidar vai muito além, um ambiente acolhedor reflete diretamente na recuperação mental e física do usuário. Promover a ambiência através da pintura de paredes com cores harmoniosas, mobília adequada, roupas que fujam um pouco do tradicional, se tornam relevantes tanto para os pacientes quanto aos profissionais para suavizar o ambiente, muitas vezes tão frio e hostil (OLIVEIRA, OLIVEIRA, 2013).

3. 2 HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

A assistência começa a humanização na entrada dos serviços de saúde com o acolhimento na unidade, facilitando a aproximação dos indivíduos aos trabalhadores, desta maneira estabelecendo e estreitando as relações interpessoais, os vínculos e gerando segurança, o que acarreta a integralidade, continuidade do cuidado oferecido aos usuários (DATO, LIMA, SPOLIDORO, 2019)

Segundo Corrêa, Castanhel, Grosseman (2021), a comunicação (processo de interação entre os seres humanos com partilha de emoções e saberes, sendo esses verbais ou não) é necessária a todos os profissionais da saúde, para estabelecimento do vínculo entre eles, à busca do diagnóstico e ao comprometimento com o tratamento. Sendo ainda fundamentais o respeito, amenizar suas dores físicas e emocionais, ajuste do processo de trabalho e sua ambiência.

O processo de humanizar a assistência vai muito além de um tratamento com excelência, boa comunicação e um olhar acolhedor, mas sim uma visão mais abrangente em relação ao paciente e suas individualidades, questões físicas, sociais e espirituais. Chegar a um atendimento, de fato humanizado, retrata principalmente uma modificação de atitudes e comportamentos perante o paciente e familiares (SOUZA *et al*, 2020).

A disponibilização do tempo do profissional, cordialidade, atenção, respeito, a escuta qualificada às necessidades emocionais e sociais e, a tomada de decisão mútua na conduta de sua saúde/doença, são fatores primordiais a serem realizados pelos trabalhadores de saúde em relação aos pacientes, e demonstram claramente o cuidado humanizado (CORRÊA, CASTANHEL e GROSSEMAN, 2021).

Ferreira et al. (2021), acreditam que as mudanças na assistência humanizada ainda possuam um caminho longo a percorrer, devido à complexidade do processo e a maneira gradual em que ele acontece. As modificações vão se tornando notórias com a participação democrática dos envolvidos e com a busca ativa de novos hábitos resultando ao desuso de antigos paradigmas.

Também vale lembrar que presenciamos a desumanização quando o profissional extrapola o nível razoável de produção, por falta de recursos humanos do serviço ou sua baixa remuneração, o levando à exaustão física e mental, que acaba deixando de lado seus valores pessoais, ou se afastando do contacto interpessoal. Muitas vezes se “esconde” atrás de tecnologias, tendo apenas experiências virtuais e não mais a vida real, o que frustra o s usuários aos seus cuidados (GALLIAN, PONDE, RUIZ, 2012)

Em um estudo realizado com pacientes neonatais, comprovou se que o processo de humanização traz repercussões positivas, onde procedimentos utilizados em UTIs pediátricas, como mãe canguru, apontam gradativamente a redução na mortalidade infantil. A humanização no cuidar, mostrou que uma relação mais próxima da puérpera e seu filho, resultam num estreitamento deste vínculo e propiciam maior êxito nas altas hospitalares (SILVA *et al*, 2020).

Nos ambientes com rotinas de alta complexidade, como unidades de terapia intensiva, estressantes, altamente tecnológicas, a prática humanizada pode parecer ou, até mesmo, ser negligenciada. A falta do toque, do carinho, do olhar, da conversa, da escuta, pode piorar a experiência do indivíduo que, já se depara com o enfrentamento da morte, gerando mais desespero, aflição. Demonstrando que a falta da humanização reflete diretamente no resultado da assistência de saúde prestada (BRILL *et al*, 2020).

Vaichulonis et al. (2021) notaram que apesar de gestantes apresentarem um número ideal de consultas pré-natal, início dos cuidados no primeiro trimestre, vacinação, quando avaliados os fatores determinantes em conjunto para a qualificação da PNH, demonstraram uma queda na qualidade do cuidado. A falta da realização de exames laboratoriais de rotina e a falta de orientações adequadas durante as consultas evidenciaram que, mesmo com acesso amplo ao sistema de saúde, ainda é necessário implantar novas estratégias e políticas para a melhoria qualitativa da assistência humanizada.

A falta de recursos humanos, físicos, materiais e técnicos, acesso aos exames pré-natais e seus resultados, são apontados no trabalho de Silva et al. (2018) como os aspectos que conferem um atendimento desumanizado às gestantes, descumprindo a PNH e comprometendo a qualidade da assistência, impactando diretamente na saúde dos usuários.

Estudo em puérperas realizado por Brandt et al. (2022), mostrou que o número adequado de consultas durante o pré-natal, apoio profissional e familiar, aliados à licença maternidade ou disponibilidade de tempo da puérpera, apresentam impacto direto na adesão ao aleitamento materno exclusivo (AME) nos primeiros 6 meses, quadruplicando a possibilidade da permanência no AME. Ainda afirmam que as boas práticas na assistência humanizada interferem diretamente na qualidade de vida do binômio mãe/bebê.

A assistência humanizada na PNH prevê o cuidado a quem cuida do outro, portanto é imprescindível fornecer aos trabalhadores recursos materiais, físicos, suporte biopsicossocial, jornadas de trabalho e remunerações adequadas, área de descanso, e tudo que se fizer necessário para que sejam tratados com respeito e dignidade humana. Considerando que o trabalhador precisa ser visto e tratado, antes de tudo como cidadão. (SILVA et al., 2020)

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após o estudo e análise do tema, observa-se que a humanização se faz essencial no cuidado com o ser humano, ainda mais quando se percebe a importância que esta tem sobre os indivíduos. Sempre lembrando que humanizar é respeitar diferenças, crenças pessoais, cuidar do outro da mesma forma que gostaria de ser cuidado. Ambiência e acolhimento, considerando as necessidades peculiares de cada um, pode fazer com que a experiência no cuidado de saúde seja mais positiva, com maior comprometimento dos usuários e trabalhadores.

Os profissionais que lidam direto ou indiretamente com os pacientes são verdadeiramente os responsáveis pela humanização, uma vez que são eles a porta de entrada para assistência, em contrapartida, esses trabalhadores por sua vez também necessitam de atenção e zelo, posto que se trata de uma necessidade atual da população e faz parte da orientação técnica do mesmo cuidado humano oferecido.

O profissional de saúde ao realizar um atendimento ao paciente de modo mais humanizado consegue trazer para si uma realização profissional e pessoal, que irá impactar de modo direto a curto, médio e longo prazo uma melhoria na sua qualidade de vida, pois esse profissional terá a certeza do seu “dever cumprido” da melhor maneira, ainda mais quando é respeitado e reconhecido seu trabalho por seus pares, seus gestores e seus pacientes.

Portanto, ao estudar sobre o tema observamos que é imprescindível o estímulo na forma de agir dos membros da equipe multiprofissional, para que, de forma integrada, sejam apontados os meios para a resolução das relativas dificuldades para o desenvolvimento e aplicação de tal prática, fomentando a atenção à saúde em todas as instâncias da assistência.

Também é necessário enfatizar que a PNH contempla o cuidado integral a quem cuida do outro, portanto fortalecer a valorização e proteção do trabalhador faz parte deste novo modelo de saúde assistencial no país.

REFERÊNCIAS

- ANICETO, B.; BOMBARDA, T. B. Cuidado humanizado e as práticas do terapeuta ocupacional no hospital: uma revisão integrativa da literatura. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 28, n.2, 640-660, 2020.
- BARBOZA, B.C.; SOUZA, C.A.L.S.C; MORAIS, L.A.S. Percepção da equipe multidisciplinar acerca da assistência humanizada no centro cirúrgico. São Paulo, SP: **Revista SOBECC**; 25(4): 212-218, 21-12-2020.
- BRANDT, G.P; BRITTO, A.M.A; LEITE, C.C.P; MARIN, L.G. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em uma maternidade referência em parto humanizado. **Rev. bras. ginecol. Obstet**; 43(2): 91-96, Feb. 2021. Artigo em Inglês | LILACS | ID: biblio-1156092
- BRASIL, Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília, DF: MS, 2010.
- BREZOLIN, C.A; MENDONÇA, H.S.L; LIMA, M.V.R; NUNES, M.B.S; MENAGUALI, R.R; CARVALHO, L. A importância da humanização do cuidado em centro cirúrgico. Rio de Janeiro, RJ: **Saúde em redes**, 2020.
- BRILL, N. G.L; RANGEL, R.F; ZAMBERLAN, C; ILHA, S. Humanização do cuidado em unidade de terapia intensiva: potencialidades, desafios e estratégias. **Ciências da Saúde**, Santa Maria, v. 21, n. 2, p. 113-125, 2020.
- CAMPELO, D.L.F; MACIEL, G.K.R; LEÃO, M.C.F. **Avaliação da Prática de Humanização em Saúde Hospitalar da Equipe Multiprofissional de um Hospital de Pronto Socorro de Belém – Pará**. Faculdade Paraense de Ensino, 2016.
- CORRÊA, M; CASTANHEL, F.D; GROSSEMAN, S. **Percepção de pacientes sobre a comunicação médica e suas necessidades durante internação na unidade de cuidados intensivos**. São Paulo, SP: Associação de Medicina Intensiva Brasileira – AMIB, 2021.
- DATO, C. D.; LIMA, R. L. M. da S. F.; SPOLIDORO, F. V. A busca pela humanização da assistência na educação Permanente em saúde. **Revista Enfermagem em Evidência**, Bebedouro SP, 3 (1):224-238, 2019. Disponível em: <http://unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/enfermagemem evidencia/sumario/83 /18112019172140.pdf>
- DORICCI, GIOVANNA CABRAL ; GUANAES-LORENZI, CARLA . Revisão integrativa sobre cogestão no contexto da Política Nacional de Humanização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2949-2959, 2021.
- FERREIRA, J.D.O; CAMPOS, T.N.C; DIAS, D.E.M; SILVA, I.L; DANTAS, T.H.M; DANTAS, D.S. Estratégias de humanização da assistência no ambiente hospitalar: uma revisão integrativa. **Revista Ciência Plural**; 7(1):147-163, 2021.

GALLIAN, D.M.C; PONDE, L.F; RUIZ, R. **Humanização, Humanismos e Humanidades: problematizando conceitos e práticas no contexto da saúde no Brasil**. SP. UNIFESP, 2012.

MENEZES, T. M. O.; ANDRADE, A.M.B.; FREITAS, A.V.S.; MOURA, H.C.G.B.; FREITAS, R.A.; PIRES, I. B. Acolhimento e cuidado da enfermeira na estratégia de saúde da família: percepções da pessoa idosa. Belo Horizonte, MG. Reme: **Revista Mineira de Enfermagem**, v.24, 2020.

MOREIRA, M.C. Cuidado, descuido e afecção: uma perspectiva para a humanização em saúde. Rio de Janeiro, RJ. **Ciência e saúde coletiva**, 26, 2021.

OLIVEIRA, L.C; OLIVEIRA, L. **Estresse da equipe de enfermagem no ambiente de uti**. Programa de Aprimoramento Profissional/SES, elaborada no Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos. GUARULHOS – SP, 2013.

RIBEIRO, R. L.; BATISTA, A. G. A humanização no atendimento e na assistência de enfermagem em unidades de urgência e emergência. **Revista Saúde dos Valos**, v.1 - n.1 – 2021.

ROLIM, L.B; CRUZ, R.S.B.L; SAMPAIO, K.J.A.J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. Rio de Janeiro, RJ: **Saúde em Debate**, v.37, nº 96, p. 139-147, jan-mar 2013.

ROSA, I. C; OLIVEIRA, E. M; DUTRA, D. A. **A importância da humanização na assistência de enfermagem ao paciente hospitalizado**. Humanização e comunicação em saúde, 2013.

SILVA, E.E.D.P; FREITAS, F.B; METELSKI, F.K; DAL MAGRO, M.L.P. **Suporte mental às agentes comunitárias de saúde: o espaço protegido dos grupos interativos**. São Paulo, SP: **Vínculo vol.17 nº2**, jul/dez. 2020
<http://dx.doi.org/10.32467/issn.19982-1492v17n2p20-45>

SILVA, L.A; ALVES, V.H; RODRIGUES, D.P et al. Recursos Humanos e Materiais no Pré-natal: Valores Úteis para a Garantia da Humanização do Cuidado às Gestantes. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**. 2018; 8: e2831
DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v8i0.2831>

SOUZA, C. J.; SOUSA, E.A.; ESCUDEIRO, C.L; DOUZA, D.F; VALENTE, G.S.C; OLIVEIRA, P.V.N. Razões da inviabilização da política de humanização na unidade de terapia intensiva pela enfermagem. **Braz. J. Hea. Rev**, Curitiba, v. 3, n. 4, p. 8420-8435 jul./aug. 2020.

VAICHULONIS, C.G; SILVA, R.R; PINTO, A.I.A; CRUZ, I.R; MAZZETTI, A.C; HARITSCH, L; SANTOS, K.V; STEPIC, G.S; OLIVEIRA, L.C; SILVA, M.F; SILVA, J.C. Avaliação da assistência pré-natal segundo indicadores do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** (Online); 21(2): 441-450, Apr-June 2021.

Perfil epidemiológico da Tuberculose em Santo Antônio de Jesus – Bahia – Brasil, 2001 – 2018

Joanderson dos Santos Cruz ^a, Cristina Helena Bruno ^b

^a Vigilância Epidemiológica da Secretária Municipal de Saúde. Av. Luiz Viana, 439 - Centro, Santo Antônio de Jesus - BA, 44430-116.

^b Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, SP, Departamento de Medicina. Rodovia Washington Luis, km 235 - São Carlos - SP - BR CEP: 13565-905.

***Autor correspondente:** Joanderson dos Santos Cruz, Médico, Bacharel em Saúde, Tecnólogo em Gestão Pública, Pós Graduado em Saúde Coletiva e Pós Graduando em Medicina do Trabalho. Endereço: Rua da Primavera, Bairro: Irmã Dulce, Condomínio Arvoredo Laranjeira, Quadra C, nº 12, Santo Antônio de Jesus/BA, CEP: 44.444-690. E-mail: joandersoncruz@yahoo.com.br.

Data de submissão: 17-08-2022

Data de aceite: 01-09-2022

Data de publicação: 27-09-2022



10.51161/editoraime/105/83



RESUMO

Introdução: A tuberculose (TB) representa um dos problemas de saúde pública mais grave e persistente. É uma doença notificável e é necessária a alimentação regular no banco de dados nacional. O banco de dados é a principal fonte de dados para a vigilância da TB, o que permite uma avaliação epidemiológica eficiente e a observação dos impactos das ações dos programas de controle de doenças e direcionamento. **Objetivo:** descrever o perfil epidemiológico da TB em Santo Antônio de Jesus (SAJ), cidade do estado da Bahia, Brasil, de 2001 a 2018. **Metodologia:** As variáveis selecionadas para este estudo foram: dados socioeconômicos, demográficos e clínico-epidemiológicos, que foram obtidos no sistema de informações on-line TB-WEB. Foi realizada uma análise descritiva dos dados e a comparação entre os anos. **Resultados:** Houve uma melhora nas informações e no preenchimento dos dados para todas as variáveis estudadas. No entanto, uma taxa de cura de 75,29% foi observada em SAJ, que está abaixo da cura recomendada (pelo menos 85%) pela Organização Mundial da Saúde (OMS). **Conclusão:** O diagnóstico precoce e o tratamento adequado não foram eficazes para prevenir a TB entre crianças e adolescentes. Além disso, a TB está associada às pessoas negras, pois esse grupo enfrenta barreiras de discriminação associadas ao uso da rede de atenção à saúde e para obter melhores oportunidades de renda.

Palavras-chave: TB. Epidemiologia. Saúde Pública. Avaliação da Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) é considerada uma das mais antigas doenças infecciosas e transmissíveis da humanidade, mas, apesar do tratamento disponível ser efetivo, permanece mundialmente como um importante problema de saúde pública, em virtude da ampla dispersão geográfica, emergência de casos multirresistentes, coinfeção com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e viés socioeconômico marcante - pobreza, miséria, exclusão, invisibilidade e preconceito (SAN PEDRO & OLIVEIRA, 2013).

No mundo, cerca de 9 milhões de pessoas adoecem por TB, levando a óbito mais de um 1,5 milhão de pessoas por ano (BRASIL, 2014). As Nações Unidas pactuaram as metas para o “Desenvolvimento do Milênio” e o combate a certas doenças, entre elas a TB, originando a iniciativa *Stop TB*, que para 2015 foi definida a redução de incidência e mortalidade da TB em até 50%. A doença atinge todas as faixas etárias, com predominância nos indivíduos do sexo masculino, entre 15 e 54 anos, impactando diretamente na capacidade laborativa. Além disso, as taxas de abandono de tratamento são significativamente maiores em pacientes coinfectados pelo HIV, pacientes com baixa escolaridade, pacientes usuários de álcool e/ou de outras substâncias psicoativas e em situações de vulnerabilidade social, como é o caso de moradores de rua. O Brasil tem um terço (33%) de toda a carga de TB das Américas e figura no grupo de países que congregam quase 40% de todos os casos de TB do mundo e cerca de 34% dos casos de coinfeção com HIV (WHO, 2008; OPAS, 2012).

Segundo o Ministério da Saúde, a Bahia é o segundo estado do Nordeste com o maior número de pessoas com TB, com registro, em 2018, de 4.750 novos casos com 295 óbitos. Diante da relevância do tema, este trabalho teve como objetivo, descrever o perfil epidemiológico da tuberculose no município de Santo Antônio de Jesus, o maior município do Recôncavo da Bahia, no período de 2001 a 2018.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo de caráter epidemiológico com abordagem descritiva e quantitativa. Participaram do estudo todos os casos novos de TB residentes no município e notificados durante o período de análise. Definiu-se como caso novo o paciente com diagnóstico confirmado de TB e que nunca se submeteu ao tratamento anti-TB. Os pacientes em situação prisional foram excluídos do estudo. Os dados foram obtidos por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) disponível para consulta no banco de dados do Departamento de informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), da Diretoria de Informação em Saúde do Estado da Bahia (DIS) e das fichas de notificação do núcleo de Vigilância Epidemiológica do município de Santo Antônio de Jesus.

As variáveis analisadas no estudo foram: sexo, etnia, cor, faixa etária, escolaridade, tipo de entrada, forma e situação de encerramento. Os dados foram analisados através de

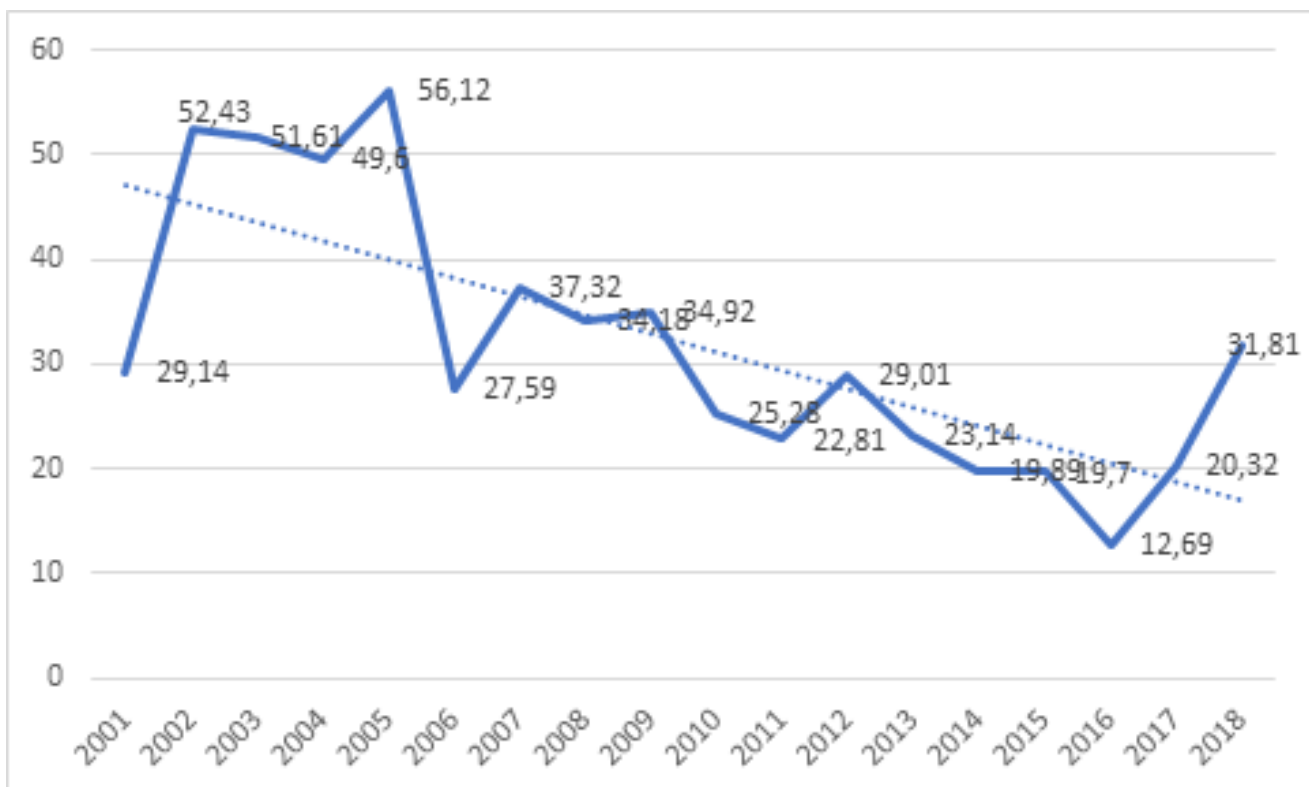
estatística quantitativa descritiva. Foram calculadas as taxas de incidência de TB por 100 mil habitantes por ano, utilizando como denominador a população obtida junto ao Portal de Vigilância da Saúde e através do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O projeto foi aprovado e autorizado pela Vigilância Epidemiológica da Secretária de Saúde de Santo Antônio de Jesus – Bahia. Por se tratar de pesquisa com dados secundários publicados nos sistemas de informação em saúde, a sua execução não necessitou aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Não há conflito de interesses dos autores em relação ao tema estudado.

3 RESULTADOS

Nos últimos dezoito anos foram diagnosticados e notificados 514 casos em Santo Antônio de Jesus – Bahia (Tabela 1). Quando observamos a distribuição dos casos de tuberculose para cada um dos anos analisados, a maior ocorrência de casos foi em 2005, com 48/ casos notificados (8,37%), o que caracterizou o ano como o de maior incidência 56,12/100.000 hab. O ano de 2016 com 13 casos, foi o de menor incidência, 12,69/100.000 hab. (Figura 1).

Figura 1. Taxa de incidência de tuberculose por 100 mil habitantes/ano, município de Santo Antônio de Jesus, 2001 a 2018



Fonte: Autoria própria, 2022

Os coeficientes de incidência por 100.000 habitantes (n° de casos notificados/população de SAJ/BA x 100.000), para o período de 2001 a 2018, com base na população total do município de Santo Antônio de Jesus/BA foram obtidos junto ao Portal de Vigilância da Saúde e através do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sendo: 78.938 habitantes (hab.) para 2001, 80.114 hab. para 2002, 81.380 hab. para 2003, 82.654 hab. para 2004, 85.533 hab. para 2005, 87.003 hab. para 2006, 88.424 hab. para 2007, 87.776 hab. para 2008, 88.771 hab. para 2009, 90.985 hab. para 2010, 92.049 hab. para 2011, 93.077 hab. para 2012, 99.407 hab. para 2013, 100.550 hab. para 2014, 101.548 hab. para 2015, 102.469 hab. para 2016, 103.342 hab. para 2017 e 100.605 hab. para 2018 (Tabela 1).

Nos dezoito anos analisados, a tuberculose foi diagnosticada, em sua maioria, em indivíduos com ensino de 5^a a 8^a série incompleta do ensino fundamental (16,54%). No entanto, destaca-se o grande número de casos (35,80%) que tiveram o campo da escolaridade ignorado/branco (Tabela 1).

Tabela 1: Coeficientes de incidência da tuberculose nos anos de 2001 a 2018. SAJ-BA

Ano	Incidência/100.000 hab
2001	29,14
2002	52,43
2003	52,61
2004	49,60
2005	56,12
2006	27,59
2007	37,32
2008	34,18
2009	34,92
2010	25,28
2011	22,81
2012	29,01
2013	23,14
2014	19,89
2015	19,70
2016	12,69
2017	20,32
2018	31,81

Quando traçamos o perfil demográfico dos indivíduos acometidos de tuberculose nos anos analisados (Tabela 2), observa-se o maior número de casos notificados foi em pacientes do sexo masculino (331 casos: 64,40%) e a faixa etária mais acometida pela TB, no período estudado, foi a de 20 a 39 anos, com 35,80% dos casos diagnosticados (Tabela 3).

Tabela 2: Casos de Tuberculose notificados e confirmados segundo município de residência. 2001-2018. Santo Antônio de Jesus – Bahia

Município	Anos														
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	TOTAL
SAJ	23	42	42	41	48	24	33	30	31	23	21	27	23	20	
%	4,47	8,12	8,12	7,97	9,34	4,67	6,42	5,84	6,03	}	3,72	4,65	5,95	4,83	
	2015	2016	2017	2018											
	20	13	21	32											514
%	4,28	3,53	3,72	5,39											100

Do total de casos notificados, 70,82% dos indivíduos diagnosticados com a doença eram da raça/cor parda e negra. Interessante destacar que 14,79% dos casos, tiveram a raça/cor ignorada.

Tabela 3. Distribuição das características demográficas dos indivíduos acometidos pela tuberculose em SAJ-BA, 2001-2018

Variável	Anos	
	2001 a 2018	
	N	%
TOTAL DE CASOS	514	100
Faixa Etária (Idade)		
< 1 ano	4	0,78
1 – 4 a	4	0,78
5 – 9 a	5	0,97
10 – 14 a	9	1,75
15 -19 a	47	9,14
20 – 39 a	196	38,13
40 – 59 a	176	34,24
60 – 64 a	25	4,86
65 – 69 a	18	3,50
70 – 79 a	24	4,67
80 e+	6	1,17
Sexo		
Masculino	331	64,40
Feminino	182	35,41
Ignorado/Branco	1	0,2
Raça		
Branca	70	13,62

Continuando Tabela 3

Parda	230	44,75
Preta	134	26,07
Amarela	2	0,39
Indígena	2	0,39
Ignorado/Branco	76	14,79
Escolaridade		
Analfabeto	41	7,98
1ª a 4ª série Incompleta EF	66	12,84
4ª série Completa EF	13	2,53
5ª a 8ª série Incompleta EF	85	16,54
Ensino Fundamental Completo	18	3,50
Ensino Médio Incompleto	53	10,31
Ensino Médio Completo	24	4,67
Educação Superior Incompleta	2	0,39
Educação Superior Completa	16	3,11
Não se aplica	12	2,33
Ignorado/Branco	184	35,80

A maioria dos casos notificados de 2001 a 2018 (81,32%) foram classificados como caso novo no tipo de entrada, 6,23% foi recidiva, 4,28% foi reingresso após abandono e 3,89% dos casos foi devido à transferência (Tabela 4).

Tabela 4: Forma e Tipo de Entrada dos indivíduos acometidos pela tuberculose em SAJ-BA, 2001-2018. SAJ-BA.

	Anos	
	2001 a 2018	
Características	N	%
TOTAL DE CASOS	514	100
Tipo de Entrada		
Caso Novo	418	81,32
Recidiva	32	6,23
Reingresso após Abandono	22	4,28
Não Sabe	22	4,28
Transferência	20	3,89
Ignorado/Branco	-----	-----
Forma de Entrada		
Pulmonar	447	86,96
Extrapulmonar	56	10,89
Pulmonar + Extrapulmonar	111	21,57
Ignorado/Branco	-----	-----

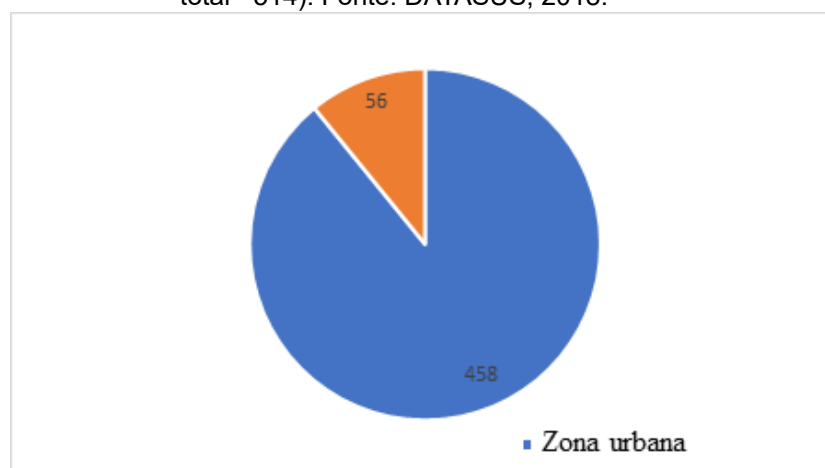
É evidente que, nos anos analisados, a maioria dos casos foram diagnosticados como tuberculose pulmonar (86,96%). A tuberculose extrapulmonar foi diagnosticada em 10,89% dos casos e 21,57% dos indivíduos obtiveram diagnóstico de tuberculose pulmonar + extrapulmonar (Tabela 4). Dos casos registrados, 75,29% tiveram situação de encerramento por cura (Tabela 5).

Tabela 5: Situação de Encerramento dos casos de tuberculose em SAJ-BA, 2001-2018. SAJ-BA

Anos		
2001 a 2018		
Características	N	%
TOTAL DE CASOS	514	100
Situação		
Ign/Branco	16	3,11
Cura	387	75,29
Abandono	45	8,75
Óbito por TB	21	4,09
Óbito por outras causas	26	5,06
Transferência	18	3,50
TB Multirresistente	1	0,2

No período estudado, a taxa de incidência de TB por 100 mil habitantes/ano passou de 29,14 em 2001 para 31,81 em 2018 (Gráfico 1), havendo, portanto, aumento da incidência da TB na população de SAJ, apesar de que, no período de 2002 a 2005 ter havido um aumento significativo da incidência da TB no município (52,43; 52,61; 49,60 e 56,12 respectivamente). A taxa de incidência anual da doença entre os homens parece se manter estável (Gráfico 2). Houve uma tendência de aumento da taxa de incidência anual de TB nas faixas de 15 a 19 anos e 70 a 79 anos e uma tendência de queda na faixa etária de 65 a 69 anos (Quadro 2). A forma clínica pulmonar permaneceu predominante.

Gráfico 1- Prevalência de Tuberculose no município de SAJ - BA, de acordo com a zona de residência (n total= 514). Fonte: DATASUS, 2018.



Fonte: Autoria própria, 2022

4 DISCUSSÃO

Houve melhora na informação e no preenchimento dos dados para todas as variáveis estudadas, com destaque para tipo de tratamento, realização da baciloscopia e raça/cor.

A TB infantil e adolescente representa um evento sentinela dentro de uma comunidade, indicando transmissão recente, cuja fonte é um adulto infeccioso doente de TB pulmonar (SHINGADIA & NOVELLI, 2003). O aumento da TB entre crianças e adolescentes demonstra, portanto, que os serviços de saúde não estão realizando o diagnóstico precoce (LIMA et al, 2004) e o tratamento adequado dos casos bacilíferos em adultos (NAIR, 2001).

Como foi observado neste estudo, a TB no Brasil também está associada às pessoas da cor preta/parda, tendo em vista que esses grupos enfrentam barreiras discriminatórias tanto para utilizar a rede de assistência médica quanto para obter melhores oportunidades de renda (HARLING & CASTRO, 2013).

Apesar das melhorias constatadas em alguns procedimentos, avanços precisam ser feitos no sentido de testar todos os pacientes de TB para o HIV e tratar mais de 85% deles, como recomenda a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2015). A taxa de cura dos pacientes com TB em SAJ é de 75,29%, aquém do preconizado. A testagem dos pacientes com TB para HIV não está sendo realizada de maneira satisfatória. Só a partir de 2006 é que se iniciou a testagem, mas, mesmo assim, não é regra. A expansão do TDO também está abaixo do esperado, abrangendo apenas 38,13% dos pacientes com TB. Essa estratégia promove aumento das taxas de cura entre populações vulneráveis, melhora a adesão ao tratamento e protege os pacientes de TB dos desfechos negativos da doença (REIS-SANTOS et al, 2015).

A maioria dos casos foram pertencentes a zona urbana correspondendo a 79,79% (n=458), enquanto a zona rural apresentou somente 10,89% (n=56) do total (Gráfico 2). De acordo com LONGHI (2013), a TB é mais comum em áreas urbanas, uma vez que locais com rápido processo de urbanização apresentam taxas mais elevadas da referida patologia. A poluição do ar, locais pouco ventilados e com maior concentração de pessoas, situação comum nas cidades, aumentam o risco de adoecer por TB. Além disso, essas regiões podem possuir uma grande variação das características populacionais e de ocupação urbana e, frequentemente se encontram em vulnerabilidade social (ARROYO et al, 2017).

Quanto à escolaridade, os resultados encontrados corroboram com os registros nacionais, onde a prevalência da TB se faz mais presente em indivíduos com menor grau de instrução. Este achado deve ser considerado como um fator limitante, pois dificulta desde a identificação do diagnóstico, devido à dificuldade em assimilar os sinais e sintomas da doença e a não-aderência ao tratamento. A baixa escolaridade é reflexo de todo um conjunto de condições socioeconômicas precárias, que aumentam a vulnerabilidade social (FREITAS et al, 2016).

Devido à falta de informações nos prontuários dos pacientes, as variáveis sorologia pra HIV e tabagismo não foram avaliadas.

4 CONCLUSÃO

Os resultados obtidos possibilitaram conhecer as características dos casos notificados de TB e sinalizar que há a necessidade de intensificar as estratégias de prevenção e controle da doença em unidades de saúde e nas comunidades, para que os índices da doença melhorem e possam atingir as metas preconizadas. Torna-se necessário enfatizar esse agravo através de educações em saúde, campanhas e momentos em sala de espera, para que seja repassado o conhecimento fidedigno a fim de buscar reduzir os índices de acometimento. Estudos atualizados sobre o presente assunto mostra-se de grande relevância a fim de corroborar com a literatura já publicada.

REFERÊNCIAS

- ARROYO, L.H.; YAMAMURA, M.; PROTTI-ZANATTA, S.T.; FUSCO, A.P.B.; PALHA, P.F.; RAMOS, A.C.V.; UCHOA, S.A.; ARCÊNCIO, R.A. Identificação de áreas de risco para a transmissão da tuberculose no município de São Carlos, São Paulo, 2008 a 2013*. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.26, n.3, p. 525-534, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Panorama da tuberculose no Brasil: indicadores epidemiológicos e operacionais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 92 p.
- FREITAS, W. M. T. M.; SANTOS, C.; SILVA, M.M.; M.; ROCHA, G.A. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes portadores de tuberculose atendidos em uma unidade municipal de saúde de Belém, Estado do Pará, Brasil. **Revista Pan-amazônica de Saúde**. v. 7. n.2., p. 45-50, 2016.
- HARLING, G.; CASTRO, M.C. Health & Place: a spatial analysis of social and economic determinants of tuberculosis in Brazil. **Health Place**. Elsevier; 2014;25:56-67. [http:// dx.doi.org/10.1016/j.healthplace.2013.10.008](http://dx.doi.org/10.1016/j.healthplace.2013.10.008)
- LIMA, J.A.; ICAZA, E.E.S.; MENEGOTTO, B.G.; FISCHER, G.B.; BARRETO, S.S.M. Clinical and epidemiological characteristics of contagious adult of tuberculosis in children. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. [Internet]. 2004 [cited on 2015 Nov 15];30(3):243-52. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v30n3/v30n3a10.pdf>
- LONGHI, R.M.P.; ZEMBRZUSKI, V.M.; BASTA, P.C.; CRODA, J. Genetic polymorphism and immune response to tuberculosis in indigenous populations: a brief review. **Brazilian Journal Infection Disease**. v.17, p.363-368, 2013.
- NAIR, N. Childhood tuberculosis: public health and contact tracing. **Paediatric Respiratory Review**, n.2, v.2, p.97-102, 2001.

REIS-SANTOS, B.; PELLACANI-POSSES, I.; MACEDO, L.R.; GOLUB, J.E.; RILEY, L.W.; MACIEL, E.L. Directly observed therapy of tuberculosis in Brazil: associated determinants and impact on treatment outcome. **International Journal of Tuberculosis Lung Disease** [Internet]. 2015 [cited on 2015 Nov 16];19(10):1188- 93. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26459531>

SAN PEDRO, A.; OLIVEIRA, R.M. Tuberculose e indicadores socioeconômicos: revisão sistemática da literatura. **Revista Panamericana Salud Publica**. v. 33, n.4; p.294–301, 2013.

SHINGADIA, D.; NOVELLI, V. Diagnosis and treatment of tuberculosis in children. **Lancet Infection Diseases** [Internet]. 2003 [cited on 2015 Nov 15];3(10):624-32. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1473309903007710>

World Health Organization (WHO). **Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing**. WHO report 2008. Geneva; 2008.

World Health Organization. **Global Tuberculosis Report**, 2015. Geneva: WHO, 2015.

O impacto da Pandemia Covid-19 na Saúde Mental dos indivíduos e a atuação da Enfermagem na Humanização dos casos

João Vitor de Almeida^a, Paola Oliva Tomazella Polini^a, Italo Frizo^{a*}, Anelvira de Oliveira Florentino^a, Selma Eva Silveiro^a.

^a Faculdade de Ensino Superior Santa Bárbara - FAESB . R. Onze de Agosto, 2900 - Jardim Lucila, Tatuí - SP, 18277-000.

***Autor correspondente:** Italo Frizo, Mestre em Ciências Farmacêuticas, r Bela Vista nº 428 – Bela Vista, Tietê - SP, 18530-000; italofri@hotmail.com

Data de submissão: 14-06-2022

Data de aceite: 22-09-2022

Data de publicação: 13-10-2022



10.51161/editoraime/105/87



RESUMO

Introdução: Dentre as medidas possíveis para o enfrentamento da COVID-19, a primeira delas é o distanciamento social. Outra medida a ser utilizada é o isolamento social. Neste contexto, o isolamento social imposto pela pandemia repercute de forma direta e grandiosa nos fatores comportamentais e socioeconômicos, causando grande abalo na saúde mental da população. Nessa perspectiva, em conjunto com a pandemia da COVID-19, tem-se a implantação de um estado de pânico social, em nível global. **Método:** foi realizada uma pesquisa exploratória e descritiva, de metodologia qualitativa, através de artigos científicos nas bases de dados da SciELO e Google Scholar, documentos publicados pela Organização Mundial de Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde, disponíveis nas plataformas digitais de cada órgão. A busca dos referenciais deu-se entre janeiro de 2020 a julho de 2021. **Resultados:** A enfermagem, enquanto assistência e cuidado ao paciente, tem como papel fundamental a promoção, prevenção e controle de doenças perante a sociedade. O futuro pós-pandêmico é hoje a maior incerteza, pois não se pode dizer ao certo o que se tornará o “novo normal”. **Conclusão:** A propagação do vírus SARS-CoV-2 demonstrou a fragilidade dos indivíduos, independentemente de nacionalidade. As consequências do período pandêmico são nítidas no sentido de antever-se um aumento nos casos de transtornos comportamentais e de ansiedade, e um conseqüente aumento na busca por profissionais ligados à saúde mental. Além da necessidade de manutenção dos tratamentos de doenças crônicas pré-existentes e o estabelecimento pelo indivíduo de um programa constante de atividades físicas.

Palavras-chave: COVID-19, Enfermagem, Saúde Mental, Novo Normal.

1 INTRODUÇÃO

Em Dezembro de 2019, em Wuhan na China, especificamente na região do Mercado Atacadista de Frutos do Mar de Wuhan, verificou-se, em pessoas que habitualmente circulavam pela região, um surto de pneumonia, situação está que foi definida como uma epidemia (PEREIRA et al., 2020). Tal doença é uma infecção respiratória provocada pelo *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2), novo coronavírus, e ficou conhecida como COVID-19, a *Coronavirus Disease 2019* (BRASIL, 2020).

Em março de 2020, tendo em vista a propagação mundial da doença, a Organização Mundial de Saúde (OMS) classificou a COVID-19 como uma pandemia. Sendo que o primeiro caso na América Latina foi registrado no Brasil em 25 de fevereiro de 2020, de acordo com os dados fornecidos pelo Ministério da Saúde do Brasil (SCHMIDT; CREPALDI; BOLZE; NEIVA-SILVA; DEMENECH, 2020).

Após o advento do primeiro caso envolvendo o vírus no Brasil, os governos federal, estadual e municipal trabalharam dia após dia na tentativa de frear a proliferação, incorporando a realidade do país os métodos de distanciamento e/ou isolamento social (SCHMIDT; CREPALDI; BOLZE; NEIVA-SILVA; DEMENECH, 2020).

Dentre as medidas possíveis para o enfrentamento da COVID-19, a primeira delas é o distanciamento social, que consiste em evitar aglomerações de pessoas, mantendo-se para tanto um metro e meio, ao menos, de distância, entre elas. Nesse contexto, frise-se o impedimento de realização de eventos que ocasionem aglomeração de indivíduos, dentre os quais podemos citar os *shows*, *shoppings*, academias esportivas, dentre outros, a pedido do Ministério da Saúde e órgãos governamentais locais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Outra medida a ser utilizada para combate ao coronavírus é o isolamento social, empregado em casos extremos quando as pessoas não podem sair de suas casas como forma de impedir a propagação do vírus. Ainda há a recomendação de que indivíduos suspeitos de portarem o vírus fiquem em quarentena pelo prazo de quatorze dias, posto que este é o período de incubação do SARS-CoV-2, ou ainda, o período para o vírus revelar-se no organismo do indivíduo (PEREIRA et al., 2020).

Há que se salientar ainda, que, neste panorama da pandemia de Covid-19, em virtude do rápido avanço da doença e do excesso de informações disponíveis, tem-se um ambiente propício para alterações comportamentais impulsionadoras de adoecimento psicológico, e que podem ocasionar graves implicações na saúde mental do indivíduo (PEREIRA et al., 2020). Neste contexto, o isolamento social imposto pela pandemia da COVID-19 repercute de forma direta e grandiosa nos fatores comportamentais e socioeconômicos, causando grande abalo na saúde mental da população (SCHMIDT; CREPALDI; BOLZE; NEIVA-SILVA; DEMENECH, 2020).

De acordo com a OMS, “[...] tem-se saúde mental como um estado de bem-estar

no qual um indivíduo realiza suas próprias habilidades, pode lidar com o estresse normal da vida, trabalhar produtivamente e é capaz de contribuir com sua comunidade.” Assim, a saúde mental é essencial para a manutenção da habilidade coletiva e individual. Portanto, o número de pessoas afetadas psicologicamente poderá ser maior do que o número de pessoas infectadas pela COVID-19.

Nessa perspectiva, em conjunto com a pandemia da COVID-19, tem-se a implantação de um estado de pânico social, que se caracteriza por sua universalidade, ou seja, em nível global. Onde a sensação do isolamento social é o estopim para uma série de sentimentos (angústia, insegurança, medo, entre outros) que se estendem por longo período, até mesmo após o controle do vírus (PEREIRA et al., 2020).

Dessa forma, o aumento gradativo dos casos positivos em meio a sociedade brasileira, somado a sensação de medo, angústia, irritabilidade, insônia e estresse cada dia mais em alta, vislumbra-se a existência de intercorrências causadoras de ansiedade e depressão, valendo ressaltar que esses sentimentos tendem a permanecer como “sequelas” após o controle da doença, dificultando o convívio coletivo novamente.

De um modo geral, este trabalho propõe-se em analisar a relevância da pandemia pela COVID-19 no agravamento de doenças mentais e transtornos psicológicos. E de uma forma mais específica, refletir sobre os efeitos produzidos nos indivíduos uma vez expostos aos necessários distanciamento e isolamento sociais. Também demonstrar as consequências da pandemia na sociedade e o estabelecimento de um “novo normal”. Destacar a atuação do enfermeiro na elaboração de diagnósticos de enfermagem em casos de infecção pela COVID-19. Além de descrever o surgimento do SARS-CoV-2, sua propagação no mundo, e os métodos de combate e prevenção à sua propagação.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica, de caráter narrativo, descritivo e crítico-reflexivo, a fim de responder à questão norteadora: “Qual a relevância da pandemia pela COVID-19 no agravamento de doenças mentais e transtornos psicológicos?”.

Para a busca dos estudos, realizada em julho de 2021, foram estabelecidos os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Covid-19”, “Distanciamento Social”, “Isolamento Social” e “Saúde Mental”; com o auxílio do operador booleano “AND”. Como fonte de dados, estabeleceu-se o *Google Scholar* e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), além de documentos oficiais da Organização Mundial da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde.

Em relação aos critérios de elegibilidade, os critérios de inclusão foram: artigos científicos publicados entre janeiro de 2020 e julho de 2021, na língua portuguesa, disponíveis de forma completa e gratuita. Como critérios de exclusão: estudos em formato de monografia, dissertação, tese e resenha crítica, além de estudos duplicados nas bases de dados selecionadas. Dado recorte temporal foi estabelecido o ano de 2020 por conta do início da pandemia até o agosto de 2022.

No processo de seleção dos estudos, após a filtragem pelos critérios de elegibilidade, foram selecionados 87 estudos para leitura do título, em seguida, 38 foram analisados de acordo com o resumo, até se chegar ao resultado de 17 estudos para a síntese e discussão da presente revisão.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram selecionados 17 materiais científicos para a elaboração desta revisão, cuja qual, para melhor compreensão e análise crítico-reflexiva, seguirá a partir de categorizações temáticas, tais quais: O agravamento da saúde mental e situações comportamentais em virtude da COVID-19, Os principais grupos vulneráveis e a atuação da enfermagem em tempos de pandemia da COVID-19; e A incerteza do “novo normal”.

3.1 O agravamento da saúde mental e situações comportamentais em virtude da COVID-19

Situações, como as que estão sendo vivenciadas na atualidade, interferem diretamente na vida de todos os indivíduos. As relações sociais são drasticamente alteradas, os sentimentos de medo e de incerteza com o futuro somados à mudança de ritmo e ao isolamento social podem dar origem a transtornos como a depressão e a ansiedade (CASTILLO; RECONDO; ASBAHR; MANFRO, 2000).

De modo geral, o saldo de uma situação epidemiológica, como a do novo coronavírus, haja vista outras ocasiões em que a sociedade enfrentou epidemias, são indivíduos portadores de doenças mentais severas, posto que interferem de maneira direta no bem-estar mental. Nesse contexto, há que se esclarecer que os sintomas psicológicos se encontram diretamente relacionados com três situações oriundas da pandemia (SANTANA; NASCIMENTO; LIMA; NUNES, 2020).

A primeira se caracteriza por uma mudança radical no estilo de vida, o medo de ser contaminado, e a necessidade do distanciamento do contato físico. Tal circunstância súbita e inesperada pode dar causa a desequilíbrios neurofisiológicos, que em caso de persistência e prolongamento podem desencadear um transtorno mental mais grave (MAIA; DIAS, 2020).

A segunda situação se caracteriza com o confinamento compulsório e uma forçada variação de rotina. Com constantes manifestações de desamparo, tédio e raiva pela perda da liberdade, os indivíduos passam por uma reação de ajustamento situacional, assinalado por angústia, irritabilidade e insatisfação com a nova realidade. Podendo inclusive afetar a funcionalidade do indivíduo (DALDEGAN; SOARES; FARIAS, 2021).

A terceira situação se caracteriza através das possíveis perdas econômicas, em razão do confinamento a que se encontram submetidas, e afetivas, posto que as pessoas em alguns casos poderão passar por uma experiência traumática, que envolve intubação e tratamento intensivo, chegando a uma experiência próxima da morte, e ainda tendo que conviver com possíveis sequelas - depressão, risco de suicídio, estresse pós-traumático

(MAIA; DIAS, 2020).

Quando comparados resultados obtidos pela pesquisa observa-se que os autores de modo como estudos de Maia e Dias (2020) e Castillo e colaboradores (2000), em geral, nas novas publicações mostram que pessoas, em situações de distanciamento e isolamento, apresentam as mesmas situações de mal-estar que são comuns, como: sensação de impotência, tédio, solidão, irritabilidade, tristeza e medos diversos (de adoecer, morrer, perder os meios de subsistência, transmitir o vírus), podendo alterar situações fisiológicas como redução de apetite, conturbações no sono, a desavenças familiares e o aumento no consumo de álcool ou drogas ilícitas (DAL'BOSCO *et al.*, 2020). Pessoas senis, de uma forma feral apresentam um aumento declínio cognitivo ou demências, são identificados como particularmente vulneráveis a alterações emocionais e comportamentais como mostra o Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde (2020).

O combate a esses sintomas psicológicos encontra acolhida na manutenção de uma conexão interpessoal, mesmo que distantes fisicamente. Os meios de comunicação, em especial os celulares e a Internet, colaboram com a missão de tornar o isolamento tolerável e de construir uma nova rotina, através de atividades lúdicas e criativas (HERMOGENES; SANTOS; NASCIMENTO; TEIXEIRA, 2020).

3.2 Os principais grupos vulneráveis e a atuação da enfermagem em tempos de pandemia da COVID-19

Entre os pacientes que se infectaram por COVID-19, em sua maioria estão aqueles que apresentam idade avançada e comorbidades como diabetes, doenças pulmonares, doenças renais, doenças cardiovasculares, câncer e imunossupressão. Os pacientes idosos que já são portadores de comorbidades representam a maior parte de internações em UTIs e mortes por COVID-19 (COSTA *et al.*, 2020).

Diante dos achados de Costa e colaboradores (2020), os idosos são os mais frequentemente internados pelo novo coronavírus, quando comparados a crianças e adolescentes de qualquer faixa etária são susceptíveis à infecção pelo SARS-CoV-2. Apresentados pelos estudos de Dong et al. (2020) e Wang et al. (2020) relataram uma mediana de 7 anos na população estudada com uma distribuição bem uniforme entre as faixas etárias.

Em pesquisas realizadas pelo Ministério da Saúde, observa-se que existe um alto grau de transmissibilidade da COVID-19 e pequena taxa de casos em recém-nascidos, crianças e adolescentes com a doença, o que acaba chamando a atenção, uma vez que essa faixa etária está propícia a infecções respiratórias virais o que confronta estudos de outros pesquisadores (BRASIL, 2020).

Dado o contexto epidemiológico apresentado, verifica-se que a enfermagem possui um papel primordial nesta pandemia. A enfermagem, enquanto assistência e cuidado ao paciente, tem como papel fundamental a promoção, prevenção e controle de doenças

perante a sociedade; além da restauração da saúde física, mental e social deste. O profissional enfermeiro, para conseguir desenvolver suas práticas e estratégias, necessita da chamada sistematização da assistência em enfermagem (SAE). Essa sistematização é desenvolvida através de cinco etapas, onde são: histórico de enfermagem; diagnósticos de enfermagem; plano assistencial; prescrição de enfermagem e evolução de enfermagem. A utilização da SAE é imprescindível, uma vez que garante uma assistência segura e de qualidade ao paciente, além do embasamento técnico-científico (COSTA *et al.*, 2020).

Na SAE, é privativo do enfermeiro estabelecer o diagnóstico de enfermagem através das respostas da pessoa, família ou coletividade e a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas neste processo. Para que se ocorra uma SAE de qualidade, se faz necessário a criação de uma linguagem própria onde denomina-se com taxonomias para o registro de enfermagem (SILVA; MACEDO; OLIVEIRA; SANDIM, 2020).

Relacionando o papel do enfermeiro, juntamente com os sintomas que o paciente pode apresentar devido à infecção por COVID-19, pode-se listar 18 diagnósticos de enfermagem, sendo eles: Hipertermia, Diarreia, Isolamento social, Ansiedade relacionada à morte, Contaminação, Enfrentamento ineficaz, Envolvimento em atividades de recreação diminuído, Risco de desequilíbrio eletrolítico, Troca de gases prejudicada, Fadiga, Mobilidade física prejudicada, Padrão respiratório ineficaz, Proteção ineficaz, Resposta disfuncional do desmame ventilatório, Risco de choque, Risco de infecção, Risco de contaminação, Ventilação espontânea prejudicada (COSTA *et al.*, 2020).

A SAE é necessária em todos os âmbitos e meios da saúde pública e privada, ou seja, desde o atendimento nas unidades básicas até as internações em hospitais particulares.

3.3 A incerteza do “novo normal”

O futuro pós-pandêmico é hoje a maior incerteza com que a população mundial tem convivido. Não se pode dizer ao certo o que se tornará o “novo normal”, posto que ao menos conhece-se o novo coronavírus por completo. Dentre as possíveis medidas que foram apresentadas por um período, pode-se mencionar os beijos, abraços e apertos de mãos ao cumprimentar outros indivíduos (BRASIL, 2020).

Outra situação que se encontrou e, ainda se encontra em alguns locais e países, é um hábito bastante simples, o de usar máscaras. Foi forçoso o seu uso buscando-se uma possível proteção contra a COVID-19, sendo essa “nova normalidade”. No tocante às relações negociais e ao exercício profissional, adaptou-se ao “home office”, uma estratégia funcional encontrada por diversos profissionais para manter seus negócios em funcionamento; que, mesmo após a queda de casos, tornou-se um novo normal, reduzindo as despesas dos escritórios convencionais (BRASIL, 2020).

Neste sentido é consensual a ideia de que um imunizante eficaz significa o único meio de diminuir efetivamente o número de casos e, por conseguinte, acabar com a pandemia. Dessa forma, não é exagerado mencionar que se constatou-se uma grande corrida contra o tempo, onde

laboratórios, centros de pesquisa e governos do todo o planeta trabalhou ininterruptamente para desenvolver uma solução capaz de resguardar a população contra o SARS-CoV-2 (BRASIL, 2020; AMORIM; GUIMARÃES; ALMEIDA; VANDERLON; ABDALA, 2020; TEMPORÃO, 2021).

O advento da vacina contra a COVID-19, tema central em diversas discussões nos últimos meses, foi um grande suspiro para a sociedade mundial, tendo em vista que o novo coronavírus não desapareça, apenas aprenderemos a conviver com ele, assim como com outros vírus, o que é o caso do vírus da influenza H1N1 (TEMPORÃO, 2021).

E, agora com a vacina no braço, tem-se um “novo normal” batendo à porta da realidade contemporânea, seja no que diz respeito às novas normas de etiqueta ou ainda às normas sanitárias comportamentais, com maior liberdade aos vacinados (BRASIL, 2020; AMORIM; GUIMARÃES; ALMEIDA; VANDERLON; ABDALA, 2020; TEMPORÃO, 2021).

Sem dúvidas, o que gera maior medo e ansiedade é a possibilidade de novos distanciamentos, isolamentos, quarentenas, de novas ondas, pois, somos humanos, e humanos necessitam de relações interpessoais, sendo a questão social é um dos pilares dos aspectos biopsicossociais que impactam na saúde física e mental do indivíduo. Por mais que estejamos na era da tecnologia, com aproximação através de telas, nada substitui a presença, o abraço, o estar perto (FERREIRA *et al.*, 2013).

Em linhas gerais, pode-se dizer que a possibilidade de mudar é uma realidade, sendo para tanto necessária uma adaptação ao “novo normal”, adotando para o dia a dia aquilo que se tem como benéfico de alguma forma. Para que não tenhamos mais ondas ou casos de quarentena, é necessário que a adesão à vacina, com suas devidas doses e reforços anuais, seja efetiva e ampla. Caso contrário, seremos condenados a mais um período de incertezas, readaptações, lutos e distanciamentos.

4 CONCLUSÃO

A propagação do vírus SARS-CoV-2 em todo o mundo demonstrou a fragilidade dos indivíduos, independentemente de nacionalidade. Milhões de pessoas foram infectadas e milhares foram os óbitos decorrentes da doença que ficou conhecida como COVID-19. E fora a contagem estatística oficial, muitas pessoas adoeceram de sofrimento psíquico e problemas psicológicos. O lidar com o desconhecido, com a falta de esperança, com a falta de controle, com perdas, com adoecimentos, com a limitação de cada passo, todas estas circunstâncias geram ao indivíduo medos, crises de ansiedade, sofrimento, desesperança, os quais levam a danos à saúde mental.

Os cuidados humanizados por parte da equipe da enfermagem tornam-se imprescindíveis na recuperação e redução dos danos psicológicos causados pela pandemia nos pacientes internados em isolamento, como também aqueles que estão voltando das intubações para reabilitação ao convívio social e familiar.

Diante do novo quadro apresentado pela pandemia, observa-se, pelos estudos

avaliados no presente trabalho, que o isolamento social e o afastamento das pessoas de suas atividades cotidianas interferem de forma negativa piorando quadros de problemas sociocultural e de interação social na população e tem seu agravamento aumentado em pacientes pós internação.

Conclui-se que a pandemia de COVID-19 influenciou no agravamento de casos já existentes de transtornos psicológicos e mentais, assim como grande parte dos indivíduos que não possuía qualquer transtorno de ansiedade ou sofrimento psíquico desenvolveu. Enfatiza-se que não apenas os acometidos pela doença em si que tiveram problemas com sua saúde mental, mas a sociedade como um todo. É importante frisar a necessidade da busca de informações confiáveis sobre a pandemia e o desenvolvimento da moléstia, permitindo-se assim a tomada de decisões conscientes e a adoção de medidas comportamentais para proteção individual e coletiva. Ressalta-se que o presente estudo foi pensado, elaborado e consolidado dentro de uma realidade pandêmica, razão pela qual muitos foram os desafios encontrados para uma análise descritiva dos dados, sendo esta uma limitação do estudo.

REFERÊNCIAS

AMORIM, V. C.; GUIMARÃES, T. M. M.; ALMEIDA, J. A. T.; VANDERLON, Y.; ABDALA, M. Promoção de isolamento social na pandemia de covid-19: considerações da análise comportamental da cultura. **Revista Brasileira de Análise do Comportamento**, v. 16, n. 1, jun. 2020.

BEZERRA, A. C. V.; SILVA, C. E. M.; SOARES, F. R. G.; SILVA, J. A. M. Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. **Ciência, saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. suppl 1, p. 2411-2421, Jun. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020006702411&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jun. 2020.

BRASIL. Coronavírus – COVID-19. **Dados Covid-10 no Brasil**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2020.

CASTILLO, A. R. G. L.; RECONDO, R.; ASBAHR, F. R.; MANFRO G. G. Transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, p. 20-23, dez. 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-4446200000600006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 07 nov. 2020.

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM EMERGÊNCIAS E DESASTRES EM SAÚDE. Saúde mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19: Recomendações gerais. Brasília (DF): Fiocruz, 2020.

COSTA, I. B. S. S.; BITTAR, C. S.; RIZK, S. I.; ARAÚJO FILHO, A. E.; SANTOS K. A. Q.; MACHADO, T. I. V., et al. O coração e a COVID-19: o que o cardiologista precisa saber. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 114, n. 5, p. 805-816, mai. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2020000600805&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 nov. 2020.

DAL'BOSCO, E. B.; FLORIANO, L. S. M.; SKUPIEN, S. V.; ARCARO, G.; MARTINS, A. R.; ANSELMO, A. C. C. A saúde mental da enfermagem no enfrentamento da COVID-19 em um hospital universitário regional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. suppl.2, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020001400153&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 ago. 2020.

DALDEGAN, N.; SOARES, R. A. S.; FARIAS, J. M. Ansiedade e depressão no contexto da pandemia: demanda de atendimento do centro de práticas psicológicas da UF Rondonópolis. **Revista Extensão & Sociedade**, v. 12, p. 262-281, 2021.

DONG, Y.; MO, X.; HU, Y.; QI, X.; JIANG, F.; JIANG, Z.; TONG, S. Epidemiology of COVID-19 among children in china. **Pediatrics**, v. 145, n. 6, 2020. Disponível em: doi:10.1542/peds.2020-0702. Acesso em: 4 ago. 2020.

FERREIRA, D.; SANTOS, A. J.; RIBEIRO, O.; FREITAS, M.; CORREIA, J. V.; RUBIN, K. Isolamento social e sentimento de solidão em jovens adolescentes. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 31, n. 2, p. 117-127, jun. 2013. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312013000200001&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 jun. 2020.

HERMOGENES, L. R.; SANTOS, M.; NASCIMENTO, P. F.; TEIXEIRA, L. F. A importância das digital skills em tempos de crise: alguns aplicativos utilizados durante o isolamento social devido à pandemia do covid-19. **Revista Augustus**, v. 25, n. 51, 2020.

MAIA, B. R.; DIAS, P. C. Ansiedade, depressão e estresse em estudantes universitários: o impacto da COVID-19. **Estudos de psicologia. (Campinas)**, Campinas, v. 37, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2020000100504&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 jun. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Recomendação n.º 036, de 11 de maio de 2020**. Recomenda a implementação de medidas de distanciamento social mais restritivo (lockdown), nos municípios com ocorrência acelerada de novos casos de COVID-19 e com taxa de ocupação dos serviços atingido níveis críticos. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1163-recomendac-a-o-n-036-de-11-de-maio-de-2020>. Acesso em: 17 ago. 2022.

PEREIRA, M. D.; OLIVEIRA, L. C.; COSTA, C. F. T.; BEZERRA, C. M. O.; PEREIRA, M. D.; SANTOS, C. K. A.; DANTAS, E. H. M. A pandemia de COVID-19, isolamento social, consequências na saúde mental e estratégias de enfrentamento: uma revisão integrativa. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 9, n. 7, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/4548>. Acesso em: 10 jun. 2020.

SANTANA; V. V. R. S.; NASCIMENTO, R. Z.; LIMA, A. A.; NUNES, I. C. M. Alterações psicológicas durante o isolamento social na pandemia decovid-19: revisão integrativa. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 2, 2020.

SCHMIDT, B.; CREPALDI, M. A.; BOLZE, S. D. A.; NEIVA-SILVA, L.; DEMENECH, L. M. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). **Estudos de psicologia. (Campinas)**, Campinas, n. 37, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2020000100501&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jun. 2020.

SILVA, M. C.; MACEDO, J. S.; OLIVEIRA, L. P. de; SANDIM, L. S. A implementação da sistematização da assistência de enfermagem no ambiente hospitalar. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 6, p. 33293–33306, 2020. DOI: 10.34117/bjdv6n6-039. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/10989>. Acesso em: 02 set. 2022.

TEMPORÃO, J. G. DEPOIMENTO: As pandemias de H1N1 (2009) e de Covid-19 (2020) no Brasil: uma visão comparativa. **Cadernos de História da Ciência**, São Paulo, 2021. Disponível em: www.periodicos.saude.sp.gov.br. Acesso em: 30 ago. 2022.

WANG, Y.; ZHU, F.; WANG, C.; WU, J.; LIU, J.; CHEN, X.; XIAO, H.; ZHISHENG, L.; WU, Z.; LU, X.; MA, J.; ZENG, Y.; PENG, H.; SUN, D. Children hospitalized with Severe COVID-19 in Wuhan. **Pediatr Infect Dis J**, v. 39, n. 7, p. 91–94, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32384397/>. Acesso em: 4 ago. 2020.

A consciência dos gastos secundários na Atenção Primária no município de Maringá-PR

Geovanna Roberta Barbosa Castro^{a*}, Tainara Carfane Gomes^a, Giovanna Rapazzi dos Santos^a, Giuliano Antônio De Godoy Pagotto^a, Kleber De Souza Santos^a, Robsmeire Calvo Melo Zurita^b.

^a Médica pela UniCesumar. Av. Guedner , 1610. Maringá-PR.

^b Orientadora, professora de Saúde Coletiva, UniCesumar.

*Autor correspondente: Geovanna Roberta Barbosa Castro, médica. Avenida das Indústrias, 1060, Jardim América, CEP: 87045-360, Maringá-PR; e-mail: geovanna.parauna@hotmail.com.

Data de submissão:09-08-2022

Data de aceite: 22-10-2022

Data de publicação: 05-11-2022



10.51161/editoraime/105/95



RESUMO

Introdução: o presente estudo fez um levantamento de gastos frente à solicitação de exames laboratoriais no rastreamento da Doença Renal Crônica no município de Maringá. E, especificamente, gastos secundários que poderiam ser evitados, na atenção primária, quando há solicitação de ureia junto com cada teste de creatinina plasmática. **Método:** a fim de analisar o conteúdo sistemático e público do município de Maringá, além de criar inferências válidas sobre tal conteúdo, o manuscrito buscou quantificar e interpretar tais dados e seus significados através da metodologia bibliográfica, baseada nos princípios da análise categorial. **Resultado:** Especificamente em Maringá, considerando hospitais gerais e unidades de serviço de apoio à diagnose e terapia, em 2016 a dosagem de creatinina teve uma frequência de 109.627 associada a 88.063 pedidos de dosagem de ureia, o que gerou um custo total de R\$ 365.726,50. No ano de 2020, em um levantamento de 34 UBS de Maringá, foram solicitadas 52.906 dosagens de creatinina juntamente com 42.639 dosagens de ureia, em um balanço geral, ao final de um ano, somado com os gastos de outras regiões do estado, encontramos um gasto de R\$ 5.345.754, 45 quando falamos apenas da dosagem de creatinina e ureia. **Conclusão:** o atual estudo expõe dados e a dimensão econômica do uso indiscriminado dos bens de saúde pública, a resposta preliminar aponta para medidas de médio a longo prazo. Faz-se necessário medidas sociais para conscientização sobre a doença, sua fisiopatologia e como isso interfere em seus biomarcadores, para então solicitar exames úteis e específicos.

Palavras-chave: saúde pública; Sistema Único de Saúde; nefropatias.

1 INTRODUÇÃO

Creatinina e ureia são substâncias basicamente excretadas pelo rim, logo, sua concentração plasmática depende da filtração glomerular. É de conhecimento amplo que diante de funções renais diminuídas, esses dois marcadores aumentam na circulação sanguínea, quando as funções renais se recuperam, estas diminuem, logo, estão positivamente correlacionados (ZHANG; GUO; ZANG, 2017).

A creatinina sérica é o biomarcador de função renal mais utilizado, não apenas para avaliação da progressão de uma doença renal crônica, mas também é considerada primordial critério para a definição de lesão renal aguda. A produção de creatinina sérica se dá por uma anidratação espontânea, e não enzimática, da creatina nas células musculares. Logo, a produção e liberação pelo músculo são constantes e dependem pouco de atividade física, ingestão e catabolismo proteico usuais, a fonte primária de creatinina em humanos é derivada do músculo esquelético (KASHANI; ROSNER; OSTERMANN, 2020).

Após sua liberação pelo músculo, a creatinina é excretada exclusivamente pelo rim. Essa substância é livremente filtrada, não é reabsorvida pelos túbulos renais e apenas uma pequena fração é secretada (RIELLA, 2018). A quantidade filtrada será praticamente igual à quantidade excretada, assim, o clearance de creatinina reflete com bastante aproximação, à taxa de filtração glomerular (TFG). Dessa forma, é conhecido que a creatinina é o biomarcador endógeno mais utilizado para estimar a TFG. É chamado de volume depurado, a razão entre a quantidade de creatinina excretada e a concentração de creatinina plasmática (HUIDOBRO; TAGLE; GUZMÁN, 2018).

Qualquer redução na filtração glomerular reduz a excreção de creatinina e, como a liberação da creatinina pelo músculo é constante, quando há queda da TFG ocorre um acúmulo dessa substância e elevação de sua concentração sérica. O acúmulo de creatinina é progressivo, desta forma, um pequeno aumento de creatinina acima do normal significa uma grande alteração na porcentagem da TFG (RIELLA, 2018.)

No seu estudo, Lin, 2019, aponta que uma razão de ureia e creatinina maior ou igual a 20 indica várias condições fisiológicas. Ele ainda aponta que a lesão renal ou diminuição da TFG de menos de 60mL por minuto por 1,73 m², durante 3 meses ou mais, é uma definição aceita de doença renal crônica. Ainda não se sabe se as estimativas da TFG obtidas usando as equações que estimam a função renal (MDRD e CKD-EPI) são afetadas por uma alta quantidade de nitrogênio no sangue sob a forma de ureia, mas a doença renal crônica afeta 13% da população global e a TFG é o índice de função renal mais utilizado (LIN; TENG; LIN, 2019).

Por outro lado, a ureia é o produto final do metabolismo nitrogenado e a sua concentração plasmática depende de muitos fatores que afetam o metabolismo do nitrogênio (ingestão calórica, traumas, infecções). Ao contrário da creatinina, seus níveis podem variar muito,

sem que haja alteração do *clearance*. Normalmente, o nível de ureia no plasma sanguíneo (3,3 à 6,7 mM), é um produto final, não tóxico, de um nitrogenado orgânico do metabolismo de proteínas, permitindo até 90% de eliminação de nitrogênio do corpo humano (PUNDIR; JAKHAR; NARWAL, 2019).

Aproximadamente metade da ureia filtrada é reabsorvida no túbulo contorcido proximal, independente do hormônio antidiurético e do fluxo urinário. Porém, nos segmentos distais do néfron, a reabsorção de ureia acompanha a reabsorção de água, logo, se o fluxo urinário diminui, a reabsorção de água aumenta a concentração intratubular de ureia, favorecendo sua reabsorção (RIELLA, 2018). Em suma, tal mecanismo justifica um aumento desproporcional de ureia em relação à creatinina plasmática em um paciente com depleção do volume extracelular associado a um débito urinário reduzido. Quando o fluxo urinário é alto, o segmento distal do néfron torna-se relativamente impermeável à ureia, o que aumenta a sua excreção.

O presente estudo vem mostrar os gastos frente à solicitação de exames laboratoriais pareados, mais especificamente solicitação de creatinina juntamente com ureia. Quanto foi gasto em pedidos de exames pareados no município de Maringá? A maior lacuna sobre o tema em questão é: por que motivo pedir exames de forma pareada?

Já pensando nessa questão orçamentária, Zhang, em 2017, analisou três anos de resultados dos testes pareados de ureia e creatinina. Esse estudo encontrou que não é necessário detectar simultaneamente creatina e ureia até que a concentração de creatinina seja inferior ao nível certo. Ainda, apontou que se o ambulatório empregasse um ponto de corte de 85 $\mu\text{mol/L}$ para creatinina ou 120 mL/min/1,73m² para equações de estimativa baseadas em creatinina para TFG estimada, o teste de ureia seria reduzido em 68% e 85%, e o teste de ureia do *check-up* de idosos seria reduzido mais do que 90% (ZHANG; GUO; ZHANG, 2017).

Desta forma, o objetivo principal da pesquisa é expor os gastos e instigar uma conscientização orçamentária. Assim, a partir de um estudo transversal, o presente artigo buscou responder a seguinte pergunta-guia: quanto foi gasto em pedidos de exames pareados? A importância de desenvolver essa pesquisa é compreender os gastos, fomentar e atualizar os estudos em saúde coletiva, especificamente quanto à organização de uma gestão e seus gastos.

2 MATERIAL E MÉTODOS

O fomento desta pesquisa transversal, elaborada a partir de uma vertente quantitativa e observacional, perpassou pela combinação de dados teóricos com uma gama de conceitos e análise de dados qualitativos coletados. A atual pesquisa usará do método transversal para coletar os dados de gastos com exames laboratoriais, fazer uma síntese de conhecimento e incorporar a aplicabilidade dos resultados. Em suma, através de uma grande quantidade de dados, é possível desenhar um panorama para tomada de uma decisão que requer ações

imediatas em saúde pública. Partindo da curiosidade de quanto foi gasto em solicitação de exames de ureia e creatinina, de forma pareada, entre 2015 e 2020, os autores do presente estudo, buscaram levantar diferenças e semelhanças entre artigos de referência e dados estatísticos do município de Maringá, no Paraná.

A fim de estruturar um estudo significativo, o propósito dos autores foi reunir conhecimento sobre os gastos nesse intervalo de cinco anos e procurar na literatura dados que fundamentassem o tópico. A primeira etapa, para delimitação do tema, partiu de um estudo em saúde coletiva, onde foi designado, e auxiliado, acesso ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Uma busca pelos descritores resultou na localização de dados de domínio público advindos do Conecte SUS, um programa do Governo Federal que tem como intuito materializar a Estratégia de Saúde Digital do Brasil. Ainda, o presente estudo esteve amparado pelas operações aritméticas e estatísticas nos dados da tabela gerada e importada pelo TabWin, um programa para análise local de base de dados do Sinan Net, desenvolvido pelo DATASUS, que permite importação das tabulações efetuadas na internet. Também se obteve auxílio do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS).

Para levantamento de artigos na literatura, que pudessem corroborar com os dados encontrados, realizou-se uma busca nas seguintes bases de dados: PubMed, com base de dados do *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online – MEDLINE*, da *US National Library of Medicine's – NLM*. Ainda, *Brasil Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)*, além da fundamentação teórica patológica baseada no livro físico, *Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidreletrolíticos*, RIELLA, 2018, de biblioteca pessoal.

Foram utilizados, para busca dos artigos, de forma isolada ou em combinação, palavras-chave, nas línguas portuguesa e inglesa, como: “creatinina”, “ureia”, “gastos em saúde pública”, “exames pareados”, “gastos por exames pareados”, “gasto público”, “atenção básica”, “medicina baseada em evidências”. Os critérios de inclusão foram: artigos atuais (últimos 5 anos), salvo artigos consagrados de extrema relevância histórica e social. Artigos publicados em português, artigos publicados em inglês e também em espanhol.

Em primeira triagem, o título e resumo foram avaliados pelos pesquisadores. foram incluídos aqueles cuja temática abordava o tema estudado. Após, foram separados artigos cuja temática do resumo viesse de encontro com o objeto do atual estudo. Foram analisados na íntegra e selecionados aqueles que retratavam a temática, assim, foi delineada a pesquisa através da extração descritiva e reunião de dados para elaborar o presente artigo.

Os dados extraídos possibilitaram observar, descrever, classificar e associar a literatura aos dados estatísticos do DATASUS. De uma amostragem inicial de 11.898 artigos, chegou-se então à amostra final de 17 estudos relevantes e complementares aos dados estatísticos encontrados.

Verifica-se que a temática ainda não está esgotada, outrossim, é de extrema

relevância que profissionais da saúde acompanhem essa organização de dados a fim de evitar diagnósticos inautênticos ou gastos irrelevantes. Em etapas, fragmentando os tópicos categóricos e, após, reagrupando de forma analítica, buscar-se-á isolar os dados e organizar as mensagens que estes passam no cenário da atenção primária. Espera-se, por fim, contribuir para com a prática médica e as discussões acadêmicas no âmbito da saúde coletiva.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após busca da frequência com que é solicitada a ureia e creatinina no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS), foi encontrado que em 34 Unidades Básicas de Saúde (UBS) foram solicitados 55.084 exames de creatinina no ano de 2015. Junto à creatinina, nesse período, 39.286 pareados de ureia foram solicitados.

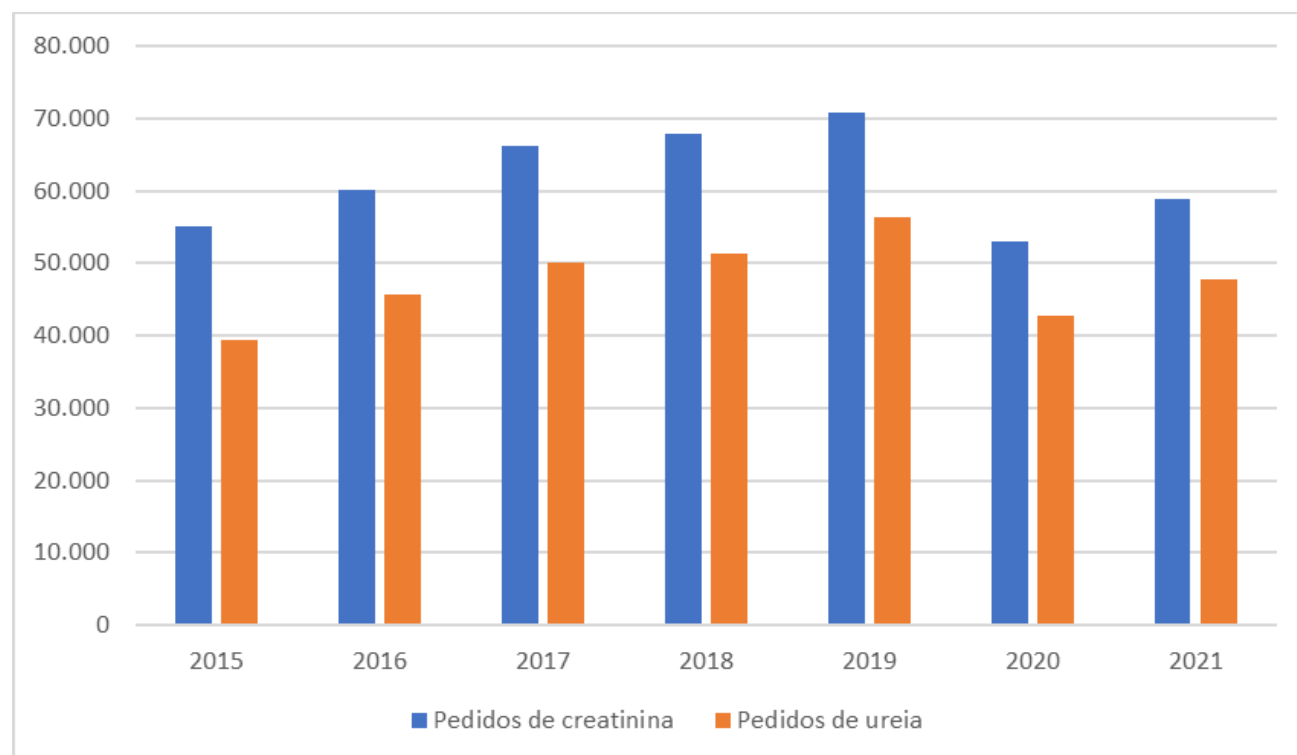
Em 2016, essa relação foi de 60.110 para 45.616 respectivamente. Esses valores se apresentam de forma crescente. Em 2017, atinge um marco de 66.113 testes de creatinina e 49.977 testes de ureia. Os números de 2018 ficam a despeito de 69.906 para 51.314 testes de ureia. O ápice do nosso intervalo de pesquisa fica em 2019, período em que nessas 34 UBS foram solicitados 70.740 testes de creatinina e 56.449 de ureia. A UBS Parque Residencial Quebec liderou as solicitações com 4.648 pedidos de creatinina pareados com 3.968 pedidos de ureia. Apenas 14,62% dos pacientes que foram submetidos ao teste de creatinina, não levaram o combo de ureia junto no pedido médico.

Quando se fala em doença renal crônica, é indispensável falar de creatinina e ureia. No entanto, até que ponto se deve, obrigatoriamente, solicitar esses exames de forma pareada?! A exposição desses dados mostra como está a consciência dos gastos secundários na Atenção Primária no Município de Maringá. No ano de 2020, em um levantamento das 34 UBS de Maringá, foram solicitadas 52.906 dosagens de creatinina juntamente com 42.639 dosagens de ureia.

De acordo com os dados encontrados, em um simples cálculo, chega-se a um valor unitário de R\$ 1,85 por dosagem. Parece pouco, mas em um balanço geral, ao final de um ano, somado com os gastos de outras regiões do estado, encontramos um gasto de R\$ 5.345.754, 45 quando falamos apenas da dosagem de creatinina e ureia. O ano de 2020 mostra uma melhora nos números de pedidos pareados da creatinina e ureia, porém, em 2021, essa diferença volta a cair para 18,83% quando sobe para 58.932 o número de testes de creatinina e para 47.831 o número de testes de ureia.

Observe o gráfico abaixo (figura 2):

Em 2020, um estudo investigou a ureia, creatinina e a função renal durante o repouso no leito. Nesse estudo, vinte homens jovens saudáveis foram submetidos a repouso durante 35 dias, submetidos a uma dieta normocalórica. O estudo provou que o repouso influencia diminuindo a massa muscular, concluindo e provando que a ureia é um marcador de condições catabólicas secundárias a condições hipocinéticas (BILANCIO *et al.*, 2020).

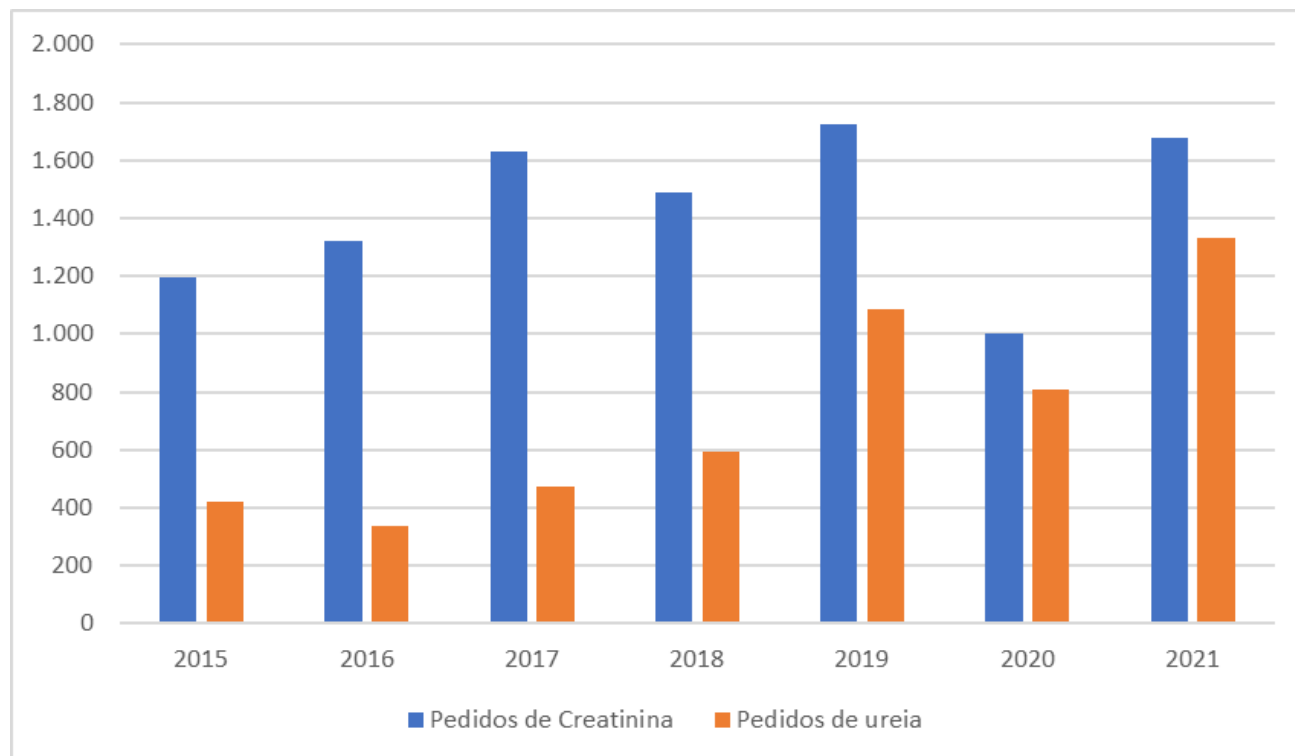
Figura 2: Número de testes de creatinina e ureia solicitados em 34 UBS de Maringá - PR

Fonte: Elaborado pelo autor

Nesse cenário, vale destacar individualmente aquelas unidades básicas de saúde que fizeram de forma consciente um bom aproveitamento de saúde coletiva. Em 2015, na UBS Vila Esperança, dos 1.722 testes de creatinina solicitados, acompanhou apenas 179 solicitações de dosagem de ureia. No mesmo ano, a UBS Aclimação emitiu 1.197 pedidos de creatinina com apenas 423 de ureia. Isso se repete na UBS Vila Esperança apenas em 2019 (2.075 testes de creatinina e apenas 823 de ureia). A UBS Aclimação sustenta essa grande diferença até 2018, após essa data os números se equivalem, observe (figura 3):

Qualquer elevação de ureia e/ou creatinina no sangue não indicam necessariamente doença renal estrutural. Também, esses valores dentro da faixa de normalidade, não excluem, por si só, uma redução significativa na taxa de filtração glomerular (RIELLA, 2018). Uma vez que o glomérulo filtra a creatinina livremente, o clearance da creatinina (CrCl) aproxima-se do cálculo da TFG, no entanto, também é secretado pelos capilares peritubulares, fazendo com que o CrCl superestime a TFG em cerca de 20% (SHAHBAZ; GUPTA, 2021). Apesar do erro marginal, é um método aceito devido à facilidade de medição do CrCl.

O ponto crucial, descrito e documentado desde a década de 70, é que ainda que a razão entre creatinina e ureia pode ser uma ferramenta preciosa para determinar a integridade estrutural e funcional do rim, qualquer interpretação deve ser feita com a expertise de que uma variedade de fatores extrarrenais podem afetá-las (BAUM; DICHOSO; CARLTON, 1975).

Figura 3: Pedidos de creatinina e ureia na UBS Aclimação entre 2015 e 2021

Fonte: Elaborado pelo autor

A fim de esmiuçar e desenhar a importância orçamentária desses gastos na atenção primária, foi solicitado também, mediante apresentação de um pré-projeto delimitando os objetivos e metodologia do presente estudo, dados do Sistema Gestor entre 2016 e 2021 que revelassem o custo individual desses exames.

Encontramos, de forma geral, que levando em consideração unidade básica de saúde, centro de saúde, clínicas e ambulatórios especializados, hospitais (tanto gerais quanto especializados), policlínicas, postos de saúde, pronto atendimentos e unidades de serviço de apoio ao diagnóstico e à terapia, no estado do Paraná em 2016 a dosagem de creatinina teve uma frequência de 1.766.581, gerando um custo de R\$ 3.268.174,85. A ureia vem em uma frequência de 1.042.820, gerando um custo de R\$ 1.929.217,00.

Para conhecimento estrutural, é válido esclarecer que o *point-of-care testing* é um método de informação **rápida e** eficaz no sistema de saúde. Os diagnósticos moleculares são rápidos, têm baixo custo, facilidade de acesso e uma ótima capacidade de diagnosticar doenças infecciosas em locais com infraestrutura limitada (KOZEL; BURNHAM-MARUSICH, 2017). Nos últimos anos, muitos parâmetros além da gasometria foram implementados, incluindo a creatinina como biomarcador de função renal. O *point-of-care testing* para função renal é um excelente método para desenhar uma decisão imediata na emergência ou no sistema ambulatorial, no entanto, foram relatadas inconseqüências com o laboratório central e a adoção na prática clínica foi, dessa forma, limitada (BARGNOUX *et al.*, 2021).

Em 2017 os valores de pedidos de creatinina e ureia chegam a R\$ 3.560.491,50 e R\$

2.039.732,30, respectivamente. O ano de 2018 traz um gasto conjunto de R\$ 6.140.024,20. Esse gasto sobe para R\$ 6.660.333,00 em 2019. Em 2020 o custo total tem uma queda (R\$ 5.345.754,45), mas em 2021 volta a atingir altas cifras (R\$ 6.558.817,95).

Especificamente em Maringá, considerando hospitais gerais e unidades de serviço de apoio à diagnose e terapia, em 2016 a dosagem de creatinina teve uma frequência de 109.627 associada a 88.063 pedidos de dosagem de ureia, o que gerou um custo total de R\$ 365.726,50. Em 2017 foram solicitadas 114.267 dosagens de creatinina com custo de R\$ 211.393,95 e 93.044 dosagens de ureia com custo de 172.131,40.

Os números continuaram crescendo em 2018, o valor total chega a R\$ 406.417,25 apenas para a dosagem desses dois exames laboratoriais. Em 2019, o valor total chega a R\$ 451.227,95. Em 2020 podemos observar uma queda, a frequência da dosagem de creatinina cai para 111.464 (R\$ 206.208,40) acompanhada de 86.236 dosagens de ureia (R\$ 159.536,60), mas em 2021 esse número volta a crescer gerando um custo total de R\$ 435.843,35.

Observe os dados detalhados nas tabelas abaixo:

Tabela 1: referente ao ano de 2016

Procedimentos realizados	Frequência	Valor Aprovado (R\$)
DOSAGEM DE CREATININA	109.627	202.809,95
DOSAGEM DE UREIA	88.063	162.916,55
Total	197.690	365.726,50

Tabela 2: referente ao ano de 2017

Procedimentos realizados	Frequência	Valor Aprovado
DOSAGEM DE CREATININA	114.267	211.393,95
DOSAGEM DE UREIA	93.044	172.131,40
Total	207.311	383.525,35

Tabela 3: referente ao ano de 2018

Procedimentos realizados	Frequência	Valor Aprovado (R\$)
DOSAGEM DE CREATININA	124.412	230.162,20
DOSAGEM DE UREIA	95.273	176.255,05
Total	219.685	406.417,25

Tabela 4: referente ao ano de 2019

Procedimentos realizados	Frequência	Valor Aprovado
DOSAGEM DE CREATININA	138.678	256.554,30
DOSAGEM DE UREIA	105.229	194.673,65
Total	243.907	451.227,95

Tabela 5: referente ao ano de 2020

Procedimentos realizados	Frequência	Valor Aprovado (R\$)
DOSAGEM DE CREATININA	111464	206.208,40
DOSAGEM DE UREIA	86236	159.536,60
Total	197700	365.745,00

Tabela 6: referente ao ano de 2021

Procedimentos realizados	Frequência	Valor Aprovado (R\$)
DOSAGEM DE CREATININA	128.965	238.585,25
DOSAGEM DE UREIA	106.626	197.258,10
Total	235.591	435.843,35

Elaborado pelo autor.

Desses dados, vale ainda ressaltar que não existem grandes diferenças entre os hospitais gerais e as unidades de serviço de apoio ao diagnóstico e terapia. Em 2016, por exemplo, nos hospitais gerais foram solicitadas 43.674 dosagens de creatinina que foram pareadas por 36.202 dosagens de ureia, ou seja, apenas 17,1% dos pacientes não foram submetidos à solicitação pareada. Nesse mesmo período, nas unidades de serviço de apoio ao diagnóstico e terapia, essa porcentagem chegou a 21,36%. Essa métrica se mantém para os demais anos.

É prerrogativa do gestor do município estabelecer estrutura e distribuição de serviços da atenção básica, bem como contratar profissionais. No entanto, vale lembrar que a atenção básica é crucial para redução de recursos financeiros do setor público em outras áreas da saúde, porque a atenção básica promove ações de prevenção e promoção à saúde, o que pode evitar a necessidade de serviços e ações de média e alta complexidade (SILVA; CROZZATI, 2020).

É claro que diante de funções renais diminuídas, ambos marcadores (creatinina e ureia) aumentam na circulação sanguínea e podem ser identificados. No entanto, deve-se lembrar que é a creatinina sérica o biomarcador de função renal mais utilizado graças a suas condições de equilíbrio de produção, que se dá por anidrataç o espontânea, e não enzimática, da creatina nas células musculares (RIELLA, 2018).

Especificamente na UBS Aclima o, no ano de 2017 foram solicitadas 1631 dosagens de creatinina e apenas 473 dosagens de ureia. No intervalo de tempo do atual estudo (2015-2021), o maior contraste fica em 2020 quando a mesma UBS solicitou 1000 dosagens de creatina e 809 de ureia. Quanto dessa solicita o foi consciente e quanto foi no modo automático por rotina laboratorial? O gasto que em 2017 foi de R\$ 3.892,40, em 2020 foi de R\$ 3.346,65.

Como a produ o de creatinina sérica se d  por uma anidrata o espontânea, dependente de pH e temperatura, os pontos de equilíbrio termodinâmico de estados em um processo de desnatura o de proteínas ocorrem em diferentes concentra es molares de desnaturante (ureia ou derivados de ureia) em soluço aquosa (CIVERA *et al.*, 2020). Tal fato, comprovado cientificamente, exemplifica o gasto secundário da solicita o de exames pareados sem justificativa prévia.

A gestão em saúde fundamenta um papel crucial e estratégico na precocidade da resolu o de alguns problemas em saúde pública, já que **a saúde** também induz o desenvolvimento de uma na o (KASHIWAKURA *et al.*, 2021). Na esfera dos gastos, Mendes

afirma que sempre faltou recursos para assegurar acesso universal, com integralidade e efetividade de saúde pública (MENDES, 2013). O financiamento é uma dificuldade intrínseca à história do Sistema Único de saúde (SUS), e vários estudos mostram que os gastos em saúde no Brasil sempre foram insuficientes para assegurar os princípios desse sistema (MORIMOTO; COSTA, 2019).

A priori, tal estudo tinha o intuito da criação de um protocolo a fim de orientar e direcionar uma solicitação de exames pareadas ou não pareadas. No entanto, diante dos dados encontrados, quando se percebe que tanto na unidade básica de saúde, quanto nas unidades de serviço de apoio ao diagnóstico e terapia, a métrica da solicitação pareada se mantém, percebe-se que, nesse ponto, protocolos são engessados e poderia até mesmo piorar o problema. O que se faz fundamental, a médio e longo prazo, são medidas sociais para conscientização sobre a doença e sua fisiopatologia a fim de gerar uma solicitação de exames úteis e específicos.

O avanço constitucional que nos trouxe o Sistema Único de Saúde (SUS), eleva sua notoriedade a um nível internacional. Há de se notar que, mesmo com tantos pontos positivos, ainda **há** muito espaço para melhorias, principalmente na gestão dos gastos.

Rodrigues e colaboradores, recentemente, delimitaram um estudo onde ressaltaram a importância de os gestores públicos definirem estratégias para aumentar a eficiência do gasto na atenção básica. É muito importante, principalmente no cenário atual, marcado pela escassez de recursos públicos, congelamento de gastos e a crescente necessidade de atendimento diante da crescente demanda de saúde no Brasil (RODRIGUES; GONTIJO; GONÇALVES, 2021).

4 CONCLUSÃO

Por razões históricas, econômicas e sociais a solicitação de exames em pares gera gastos que poderiam ser evitados no sistema público de saúde. A creatinina é um produto do metabolismo que tem pouca interferência de atividade física, ingestão e catabolismo proteico usuais, ao contrário da ureia, produto final do metabolismo nitrogenado, que a concentração plasmática depende de muitos fatores fazendo com que sua concentração possa variar muito. Os gastos diante desse empasse de solicitação pareada de exames, gera assustadores números que chegam à casa de milhões.

O resultado final desse estudo exemplifica nosso problema de pesquisa e atinge o objetivo principal de analisar e exemplificar os gastos secundários frente à solicitação de exames laboratoriais pareados, mais especificamente, creatinina e ureia, no município de Maringá. Pode-se tirar como base, para o levantamento dessa questão orçamentária, como estudos anteriores já apontavam, que não é necessário detectar simultaneamente creatinina e ureia até que a concentração de creatinina seja inferior a $85 \mu\text{mol/L}$ ou $120 \text{ mL/min/1,73m}^2$ para equações de estimativa baseadas em creatinina para TFG estimada (ZHANG; GUO; ZHANG, 2017).

A perspectiva do presente estudo é fomentar e atualizar os estudos em saúde coletiva, especificamente quanto à organização de uma gestão e seus gastos. A premissa maior está ancorada no compromisso do SUS de entregar à população uma atenção básica forte. A premissa menor é avaliar os gastos gerados a fim de proteger e promover a saúde dessa população. O estudo traz a limitação de que é preciso ter o conhecimento do gasto público estimado e noção de gestão para reorganização de gastos. Faz-se necessário conscientização sobre a doença de base, sua fisiopatologia e como isso interfere em seus biomarcadores, para então solicitar os exames úteis e específicos. Tal fato é de difícil abordagem visto que não existem protocolos específicos para tal. Ainda, a criação de protocolos fica limitada já que pode gerar automatização de atendimento e ainda mais gastos secundários.

REFERÊNCIAS

- BARGNOUX, A. S. *et al.* Evaluation of a new point-of-care testing for creatinine and urea measurement. **Scandinavian Journal of Clinical Laboratory Investigation**, v. 81, n. 4, p. 290-297, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33908840/>. Acesso em: 12 set., 2022.
- BAUM, N.; DICHOSO, C. C.; CARLTON, C. E. Blood urea nitrogen and serum creatinine. Physiology and interpretations. **Urology**, v. 5, n. 5, p. 583-588, 1975. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1093306/>. Acesso em: 21 jun., 2021.
- BILANCIO, G.; LOMBARDI, C.; PISOT, R.; SANTO, N.; CAVALLO, P.; CIRILLO, M. Effects of bed-rest on urea and creatinine: correlation with changes in fat-free mass. **PLoS One**, v. 29, n. 9, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25265226/>. Acesso em: 12 jan., 2022.
- CIVERA, C. *et al.* Solvatochromism in urea/water and urea-derivative/water solutions. **Journal Physical Chemistry Chemical Physics**, v. 22, n. 43, p. 25165-25176, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33124623/>. Acesso em: 30 out., 2021.
- HUIDOBRO, J. P.; TAGLE, R.; GUZMÁN, A. M. Creatinina y su uso para la estimación de la velocidad de filtración glomerular. **Revista Médica de Chile**, v. 146, n. 3, p. 344-350, 2018. Disponível em: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872018000300344. Acesso em: 30 out., 2021.
- KASHANI, K.; ROSNER, M.; OSTERMANN, M. Creatinine: From physiology to clinical application. **European Journal of Internal Medicine**, v. 72, p. 9-14, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31708357/>. Acesso em: 30 out., 2021.
- KASHIWAKURA, H. K.; GONÇALVES, A. O.; AZEVEDO, R. R.; NUNES, A.; SILVA, C. A. T. Retrato da atenção básica no Brasil: gastos e infraestrutura em municípios brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4N3tPbtCH55rNK8Jp78ZC3d/?lang=pt>. Acesso em: 10 ago., 2022.

KOZEL, T.; BURNHAM-MARUSICH, A. Point-of-Care Testing for Infectious Diseases: Past, Present, and Future. **Journal of Clinical Microbiology**, v. 55, n. 8, p. 2313-2320, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28539345/>. Acesso em: 12 set., 2022.

LIN, S. F.; TENG, H. E.; LIN, H. C. Blood Urea Nitrogen Levels to Verify Estimated Glomerular Filtration Rate, as Derived from 2 Commonly Used Equations. **Laboratory Medicine**, v. 50, n. 3, p. 298-305, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30892611/>. Acesso em: 12 nov., 2021.

MENDES, A. A longa batalha pelo financiamento do SUS. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 4, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/SQy6jTcM9j4q6c4RRmwmbmh/?lang=pt>. Acesso em: 10 ago., 2022.

MORIMOTO, T.; COSTA, J. S. D. Análise descritiva dos gastos com internações por condições sensíveis à atenção primária. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, n. 3, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/kvHg9bnxFpbPPKs9MpNcxgH/?lang=pt>. Acesso em: 10 ago., 2022.

PUNDIR, C. S.; JAKHAR, S.; NARWAL, V. Determination of urea with special emphasis on biosensors: A review. **Biosensors & Bioelectronics**, v. 123, p. 36-50, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30308420/>. Acesso em: 11 dez., 2021.

RIELLA, Miguel Carlos. **Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidroeletrólíticos**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2018.

RODRIGUES, A. C.; GONTIJO, T. S.; GONÇALVES, C. A. Eficiência do gasto público em atenção primária em saúde nos municípios do Rio de Janeiro, Brasil: escores robustos e seus determinantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dw6BZZLHpRwjV7WdQKbhf6x/>. Acesso em: 30 abr., 2022.

SHAHBAZ, Hassan; GUPTA, Mohit. **Creatinine Clearance**. Treasure Island: StatPearls, 2021. *E-book*. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31334948/>. Acesso em: 12 set., 2022.

SILVA, S. P.; CROZATTI, J. Eficiência dos gastos públicos com atenção básica à saúde: uma análise do desempenho dos municípios de São Paulo no ano de 2018. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS, 17., 2020, Evento Online. **Anais do Congresso Brasileiro de Custos – ABC**. Evento Online: Associação Brasileira de Custos. Disponível em: <https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/view/4752>. Acesso em: 6 maio 2022.

ZHANG, G.M.; GUO, X. X.; ZHANG, G. M. Limiting the testing of urea: Urea along with every plasma creatinine test? **Journal of Clinical Laboratory Analysis**, v. 31, n. 5, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28217923/>. Acesso em: 06 jun., 2021.

O produtor rural e a relação com a tuberculose bovina na região da Serra Gaúcha

Anna Carolina dos Santos de Souza ^{a,*}, Antonella Souza Mattei ^b, Michele da Silva Gonçalves ^b, Scheila de Ávila e Silva ^{b,c}, Nikael Souza de Oliveira ^d, Luíza Virgínia de Zorzi Caon ^e

^a Aluna do Programa de Pós-graduação em Saúde Animal, Curso de Medicina Veterinária, Universidade de Caxias do Sul. Rua Francisco Getúlio Vargas, 1130, Petrópolis, Caxias do Sul, RS.

^b Docente do Programa de Pós-graduação em Saúde Animal, Curso de Medicina Veterinária, Universidade de Caxias do Sul. Rua Francisco Getúlio Vargas, 1130, Petrópolis, Caxias do Sul, RS.

^c Docente do Programa de Pós-graduação em Biotecnologia, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade de Caxias do Sul. Rua Francisco Getúlio Vargas, 1130, Petrópolis, Caxias do Sul, RS.

^d Aluno do Programa de Pós-graduação em Biotecnologia, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade de Caxias do Sul. Rua Francisco Getúlio Vargas, 1130, Petrópolis, Caxias do Sul, RS.

^e Fiscal Estadual Agropecuário, Inspeção de Defesa Agropecuária Regional Caxias do Sul/RS. Avenida Vindima, 1855, Exposição, Caxias do Sul, RS.

***Autor correspondente:** Anna Carolina dos Santos de Souza, Mestre em Saúde Animal. Avenida Itália, 532, apartamento 301, CEP: 95010-040, São Pelegrino, Caxias do Sul, RS. Telefone: (54)98421-6813. E-mail: acssouza@ucs.br

Data de submissão: 03-08-2022

Data de aceite: 27-10-2022

Data de publicação: 17-11-2022



10.51161/editoraime/105/98



RESUMO

Introdução: O aumento da criação de bovinos nas propriedades juntamente com a introdução de novos genes nos rebanhos, facilitam a disseminação de diversas doenças entre os animais. Um exemplo é a tuberculose, doença de evolução crônica causada pelo *Mycobacterium bovis*. **Objetivo:** Com o objetivo de determinar o conhecimento dos produtores rurais da região da Serra Gaúcha sobre a tuberculose zoonótica, a presente pesquisa foi desenvolvida em parceria com a Inspeção Veterinária da regional Caxias do Sul/RS. **Materiais e métodos:** Foram entrevistados 21 produtores rurais de forma presencial, sobre as variáveis perfil do produtor, com relação ao consumo de leite, ordenha, sanidade do rebanho, tuberculose bovina e humana. Todos concordaram em participar da pesquisa. A maioria dos entrevistados era do distrito de Criúva, região que pertence a Caxias do Sul/RS. **Resultados:** Verificou-se que 21 produtores criavam bovinos com aptidão leiteira além de outras espécies como aves, caninos e felinos nas propriedades. **Conclusões:** Mensurar o nível de conhecimento sobre o assunto nesta população foi extremamente importante para a verificar a necessidade de ações de educação em saúde por parte dos órgãos públicos, das cooperativas de leite e dos médicos veterinários prestadores de serviços nessas propriedades. Essas ações devem ter como objetivo principal educar os produtores para realizarem a testagem dos seus animais periodicamente e a introduzirem em seu plantel somente animais negativos ao teste da tuberculina, com o objetivo de promover assim, a segurança alimentar da população.

Palavras-chaves: Tuberculose; Produtor rural; Bovinos; Testagem.

1 INTRODUÇÃO

O aumento da criação de bovinos nas propriedades, a alteração dos manejos reprodutivos e sanitários, bem como, a introdução de novos genes provenientes de outros países nos rebanhos brasileiros, facilitaram a disseminação de diversos microorganismos patogênicos nas criações do país (POLETTTO et.al, 2004). Um exemplo disto é a tuberculose, uma doença de evolução crônica causada pelo *Mycobacterium bovis* (RIOJAS et.al, 2018), que acomete bovinos e bubalinos, estando estreitamente ligada a criação intensiva de bovinos leiteiros (ROXO, 1997).

A fonte mais comum de transmissão da tuberculose bovina são os animais doentes ou portadores subclínicos que, mesmo não apresentando sinais clínicos, podem eliminar os bacilos através da tosse, espirro, corrimento nasal, urina, fezes, sêmen, secreções vaginais e uterinas. Dessa forma ocorrendo a contaminação das instalações, água e os alimentos. O leite e o colostro também são importantes fontes de contaminação para bezerros e humanos, quando há ingestão *in natura* ou consumo dos derivados lácteos (DUARTE et.al, 2019).

Os relatos de transmissão zoonótica de *M.bovis* para humanos são documentados há mais de um século, porém, a transmissão de espécies do Complexo *Mycobacterium tuberculosis* (MTBC) de humanos para bovinos é menos frequente (LOMBARD et.al, 2021). A infecção em seres humanos pode ser mais susceptível a quem tiver o contato direto com os animais possivelmente infectados, como por exemplo, os produtores rurais, médicos veterinários e trabalhadores de frigoríficos (ANAELOM et al., 2010).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a tuberculose humana já foi considerada a doença infecciosa que mais causava mortes, superando inclusive o vírus da imunodeficiência humana (HIV) (OMS, 2017). No Brasil, segundo dados do Boletim Epidemiológico, durante os anos de 2017 a 2019, o coeficiente de incidência da tuberculose humana no país aumentou, sendo registrados no ano de 2019, 4.532 óbitos em decorrência desta doença. Em 2020, em momento de pandemia da COVID-19 observou-se uma queda na incidência de casos, porém, esta diminuição pode estar relacionada a sobrecarga do sistema de saúde, influenciando na qualidade dos dados relatados (BRASIL, 2021).

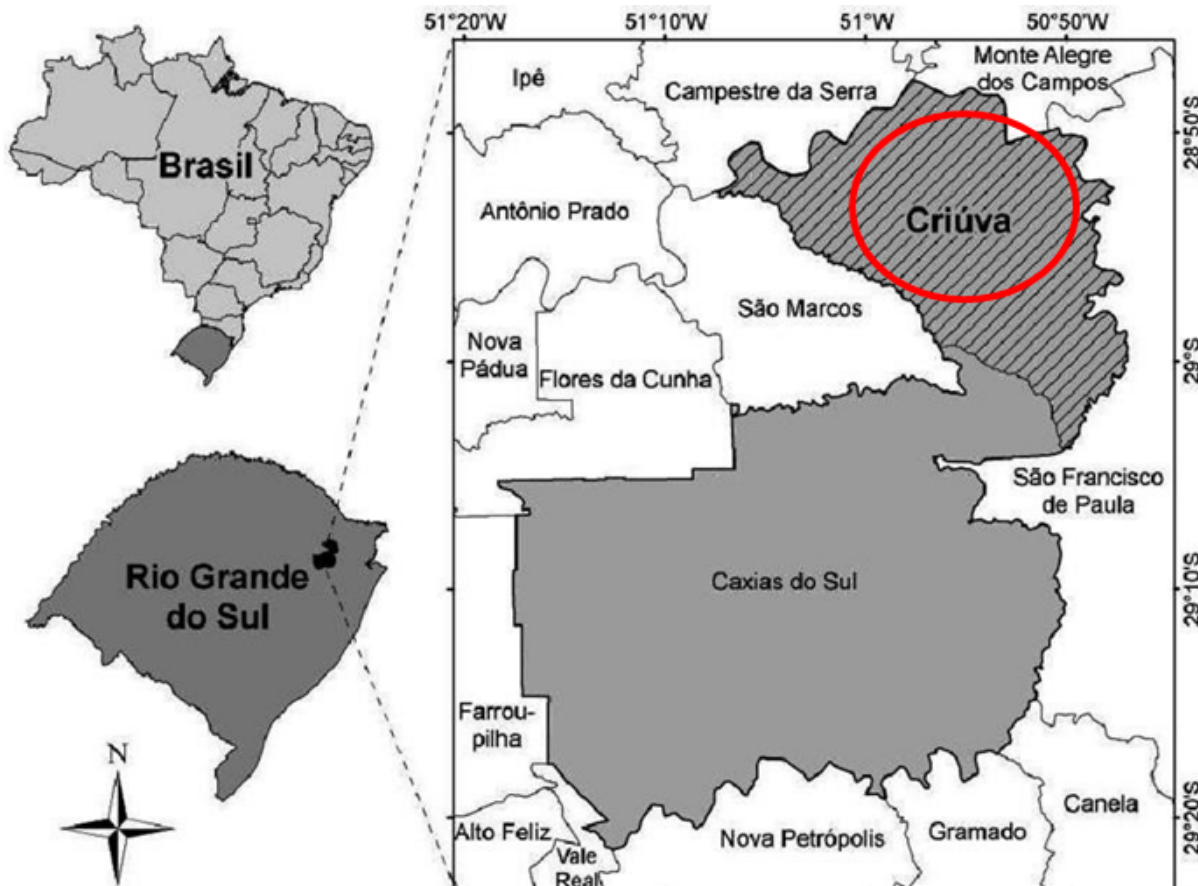
Devido à natureza zoonótica da doença e os prejuízos na produção de alimentos relacionados a forma progressiva crônica, programas de erradicação têm sido introduzidos em muitos países (QUINN, 2018). Neste contexto, o Brasil instituiu o Programa Nacional de Controle e Erradicação da Brucelose e Tuberculose (PNCEBT) que tem como objetivo principal reduzir os impactos negativos destas zoonoses na saúde humana e animal, além de promover a competitividade da pecuária nacional. Segundo dados apresentados no último levantamento do PNCEBT do Estado do Rio Grande do Sul, a região do município de Caxias do Sul/RS ocupou a 3ª posição em relação ao número de bovinos positivos para tuberculose (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

Após a identificação da existência de focos de tuberculose bovina na Serra Gaúcha e a dificuldade no controle desta doença, institui-se este estudo com o objetivo de determinar o conhecimento dos produtores rurais da região sobre esta zoonose de grande impacto econômico.

2 MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa foi realizada através de um estudo transversal, sendo entrevistados produtores rurais provenientes da região da Serra Gaúcha sobre o conhecimento da tuberculose bovina. A maioria dos produtores eram do distrito de Criúva na região de Caxias do Sul, porém, haviam também produtores da região de São Marcos, Monte Alegre dos Campos e São Francisco de Paula (Figura 1). Os questionários foram aplicados de forma presencial durante um evento promovido pela Inspetoria Veterinária da regional Caxias do Sul em parceria com a Universidade de Caxias do Sul (UCS) na localidade de Criúva/RS (457km²) no dia 13 de março de 2020, tendo como público alvo os produtores rurais.

Figura 1: Mapa de localização do município de Caxias do Sul com os municípios de São Marcos, São Francisco de Paula e Monte Alegre dos Campos. Destaque para o distrito de Criúva.



Fonte: Resarchgate adaptado de Hasenack & Weber, 2007.

As variáveis estudadas foram: perfil do produtor (localidade e quantidade de animais na propriedade), consumo de leite (métodos de processamento), sanidade do rebanho

(vacinação, exames laboratoriais, compra de bovinos certificados, atendimento veterinário), tuberculose zoonótica (sinais clínicos em animais, casos da doença em humanos na região, controle e prevenção) e ordenha (responsável pela operação, comercialização e processamento do leite e derivados).

Logo após, os dados obtidos de forma *anônima* foram tabulados e realizadas as análises através do teste qui-quadrado de Pearson e regressão multivariada, sendo $p < 0,05$ com significância estatística.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa da Universidade de Caxias do Sul/RS, sob certificado de apresentação e apreciação ética (CAAE) nº 37538720.2.0000.5341. Todos os entrevistados receberam uma cópia do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” e concordaram em participar do estudo. As informações obtidas foram de forma *anônima*, sendo analisadas apenas pelos pesquisadores e o participante poderia desistir da entrevista a qualquer momento, sem qualquer penalidade.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 21 produtores rurais, sendo a maioria ($n=14$) provenientes do distrito de Criúva na região de Caxias do Sul/RS. O distrito de Criúva estava localizado a 60km do centro de Caxias do Sul, com uma economia local baseada na agropecuária, além da comercialização de uvas, queijos e derivados do leite (CAXIAS DO SUL, 2021).

Todos os participantes eram produtores de bovinos, considerando que 7 produtores criavam tanto bovinos com aptidão de corte quanto de leite. Observou-se então que 2 dos entrevistados criavam apenas bovinos de corte, enquanto que, 12 criavam apenas bovinos de leite, totalizando 1.467 bovinos, sendo que a maioria eram bovinos leiteiros (92,9%). Destaca-se o número elevado de bovinos leiteiros entre o rebanho dos produtores entrevistados, vale salientar que a tuberculose bovina é considerada uma das principais causas de prejuízos econômicos na pecuária leiteira, causando diminuição da produção de leite e restringindo a movimentação dos animais gerando inúmeras barreiras comerciais (CAMINITI *et. al.*, 2017).

Os produtores entrevistados citaram ainda a existência de outros animais na propriedade, sendo as aves ($n=143$), os caninos ($n= 54$) e os felinos ($n= 35$) os mais citados (Tabela 1). Estes animais podem desempenhar um papel importante na cadeia epidemiológica da tuberculose, sendo caracterizados como reservatórios da bactéria, visto que também são susceptíveis a infecção e normalmente possuem livre acesso dentro das propriedades podendo disseminar a bactéria contaminando rebanhos e demais animais existentes no local (GARCIA; MARTINS, 2008).

Em relação ao consumo e a forma de preparo do leite, 71% ($n=15$) dos produtores consumiam o leite produzido na propriedade. Destes, 87% ($n=13$) consumiam o leite fervido, com diferença estatística ($p>0,001$). Além disso, apenas 38,1% ($n=8$) dos produtores realizavam a ordenha, sendo que a maioria era realizada por funcionários. Desta ordenha

(n=8), apenas 37,5% (n=3) vendiam o leite para cooperativas, 50% (n=4) dos entrevistados comercializavam o leite *in natura* com vizinhos e conhecidos e 12,5% (n=1) fabricavam e vendiam queijos. Apesar dos dados apresentados mostrarem que 87% dos entrevistados em nossa região ferviam leite antes de consumir, 13% ainda consumiam *in natura*. Dados apresentados por Piva Filho *et. al* (2017) em pesquisa no Mato Grosso do Sul mostraram que apenas 33,3% dos produtores faziam o consumo do leite fervido, demonstrando que existe um grande risco de infecção desses produtores e familiares, uma vez que, os animais podem ser positivos para tuberculose. Destacando que a maioria das ordenhas era realizada por funcionários nas propriedades, o contato íntimo entre os bovinos e os seres humanos pode favorecer outra via de infecção, a aérea através da liberação de aerossóis por bovinos doentes (JAJERE *et. al.*, 2018).

Tabela 1 – Número de animais domésticos presentes nas propriedades entrevistadas de criação de bovinos na região da Serra Gaúcha

Espécies	Total entre as propriedades (n)
Aves	143
Caninos	54
Felinos	35
Ovinos	20
Equinos	8
Suínos	6
Total de Animais	266

Todos os produtores entrevistados vacinavam o seu rebanho regularmente, sendo que, destes, 38% (n=8) obedeciam ao calendário vacinal obrigatório. Notou-se que, uma parcela pequena dos produtores que correspondia a 28,6% (n=6) tinha por costume testar os animais para tuberculose. A porcentagem foi ainda menor para aqueles que compravam animais testados, correspondendo a 5% (n=1) dos entrevistados, com diferença estatística ($p < 0,001$). Quando as variáveis consumo de leite e teste de tuberculinização foram cruzadas, pode-se observar que 42% (n=9) dos produtores consumiam leite, porém os animais não eram testados para tuberculose. A testagem dos animais através da tuberculinização intradérmica foi instituída pelo PNCEBT no país em 2004 como sendo o padrão ouro para diagnóstico da tuberculose bovina *in vivo* (BRASIL, 2006), além disso, a realização do diagnóstico para tuberculose é obrigatória para bovinos e bubalinos para fins de reprodução, aglomerações ou trânsito interestadual (BRASIL, 2020), tornando-se também um meio de prevenção da disseminação da doença nos rebanhos.

Em relação ao conhecimento sobre a tuberculose humana e zoonótica, 29% (n=6) sabiam identificar os sinais clínicos da doença e apenas 33,3% (n=7) conheciam as formas de prevenção. Além disso, a metade dos produtores (57%/n=12) acreditavam que existiam poucos casos da doença. Também pode-se observar que 33% dos entrevistados não responderam a esta questão, com diferença estatística ($p < 0,02$) (Tabela 2). Estes dados

demonstram a desinformação dos produtores entrevistados sobre a doença.

A falta de conhecimento sobre a tuberculose como zoonose pode estar ligada ao fato de que os fatores sobre a incidência da doença em bovinos como fonte de infecção em seres humanos são pouco esclarecidos no Brasil (BILAL *et al.*, 2010). Além disso, para controlar e prevenir a enfermidade, a população deve entender o ciclo epidemiológico do patógeno, como as vias de transmissão e hospedeiros envolvidos (SHRIKRISHNA *et al.*, 2009).

Tabela 2: Percepção dos entrevistados sobre a existência de casos de tuberculose humana e zoonótica na região da Serra Gaúcha

Existência de casos de TB	Número de respostas	Porcentagem (%)
Não existe	2	9,5%
Poucos casos	12	57,1%
Muitos casos	0	----
Não respondeu	7	33,4%
Total	21	----

Quando questionados sobre a existência de assistência veterinária em suas propriedades, 57% (n=12) responderam positivamente sendo que desses, 28,6% (n=6) recebiam de forma particular, sem diferença estatística ($p = 0,06$). Quando as variáveis assistência técnica e teste de tuberculinização foram cruzadas, pode-se observar que 38% (n=8) dos produtores não realizavam a pesquisa de tuberculose no rebanho, entretanto recebiam assistência veterinária. Estes dados sugerem a necessidade da capacitação de mais médicos veterinários no Programa Nacional de Controle e Erradicação da Brucelose e Tuberculose (PNCEBT).

A capacitação de profissionais do setor privado surge como um desafio e uma oportunidade para os médicos veterinários contribuírem para a resolução de importantes problemas de saúde pública e de saúde animal já que o diagnóstico da doença só pode ser realizado por profissionais habilitados (BRASIL, 2006). O médico veterinário é o profissional capacitado para orientar os produtores em relação ao diagnóstico e tratamento eficazes contra diversas doenças, além de, atuar diminuindo o risco de transmissão de zoonoses e assegurar a produtividade dos animais evitando inúmeras perdas econômicas, tornando assim, indispensável a presença desse profissional nas propriedades (PALMER; WATERS, 2011).

4 CONCLUSÃO

A tuberculose apresenta grande importância em termos de saúde pública e saúde animal e o seu controle é essencial. Através da aplicação dos questionários e dos resultados

obtidos, observou-se que, o conhecimento dos produtores rurais sobre a tuberculose ainda é baixo. O fato da grande maioria acreditar que existiam poucos casos demonstra que a doença é negligenciada, não sendo realizada a prevenção e o controle adequados da tuberculose nos rebanhos, situação essa já imaginada pelos autores. É muito relevante a conscientização da população em relação ao investimento sanitário necessário para o controle desta doença, sendo realizado através da testagem dos animais periodicamente.

Acredita-se que, com uma prevenção adequada, a doença poderá ser controlada na região já que, além dos prejuízos em relação ao rebanho, também traz riscos à saúde dos humanos. Neste contexto, a vastidão do papel dos médicos veterinários é extremamente importante, visto que, são os profissionais responsáveis por diagnosticar corretamente os animais doentes. Além disso, entende-se que novos estudos devem ser feitos, abrangendo cada vez mais áreas que tenham como foco a pecuária, principalmente de gado leiteiro, visando o entendimento real da situação de conhecimento dos produtores das regiões para que as estratégias de educação sanitária possam ser aplicadas de forma satisfatória.

REFERÊNCIAS

ANAELOM, N. J.; IKECHUKWU, O. J.; SUNDAY, E. W.; NNAEMEKA, U. C. Zoonotic tuberculosis: A review of epidemiology, clinical presentation, prevention and control. **Journal of Public Health and Epidemiology**, v. 2, n. 6, p. 118-124, sep., 2010.

BILAL, S., IQBAL, M., MURPHY, P., POWER, J. **Human Bovine Tuberculosis- Remains in The Differential**. *Journal Medical Microbiology*, v. 59, p. 1379-1382, 2010.

BRASIL. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA). Secretaria de Defesa Agropecuária. Departamento de Defesa Animal. **Manual Técnico do Programa Nacional de Controle e Erradicação da Brucelose e Tuberculose (PNCEBT)**. Brasília, 2006.

BRASIL, Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. **Diagnóstico Situacional do PNCEBT: Programa Nacional de Controle e Erradicação da Brucelose e Tuberculose Animal**. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/agricultura/pt-br/assuntos/saude-animal-e-vegetal/saude-animal/programas-de-saude-animal/pncebt> . Acesso em: 27 de setembro de 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Especial de Tuberculose, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-r/media/pdf/2021/marco/24/boletim-tuberculose_2021_24.03#:~:text=Em%202020%2C%20o%20Brasil%20registrou,%C3%B3bitos%20por%20100%20mil%20habitantes . Acesso em: 27 de setembro de 2021.

CAMINITI, A., PELONE, F., BATTISTI, S., GAMBERALE, F., COLAFRANCESCO, R., SALA, M., LA TORRE, G., DELLA MARTA, U., SCARAMOZZINO, P. **Tuberculosis, Brucellosis and Leucosis in Cattle: A Cost Description of Eradication Programmes in the Region of Lazio, Italy**. *Transboundary and Emerging Diseases*, 2017.

CAXIAS DO SUL. 2021. Disponível em:
<<https://caxias.rs.gov.br/gestao/subprefeituras/criuva>>. Acesso em: 19 de outubro de 2021.

RIO GRANDE DO SUL, DDA, 2016. **Relatório Anual de Atividades de Controle da Tuberculose e Brucelose do estado do Rio Grande do Sul, 2016**. Departamento de Defesa Agropecuária. Disponível em:
<<https://www.agricultura.rs.gov.br/upload/arquivos/201702/20095844-pncebt-anual-2015-final.pdf>>. Acesso em: 04 de maio de 2021.

DUARTE, R. B., CARRIJO, D. L., OLIVEIRA, L. N., MACHADO, M. V. M., FURQUIM, R. C., PAULA, E. M. N. **Tuberculose Zoonótica: Importância em Saúde Pública**. In: CONGRESSO NACIONAL DE PESQUISA MULTIDISCIPLINAR, 2., 2019, Mineiros. Ciência e tecnologia em busca de inovações empreendedoras, 2019.

GARCIA, M., MARTINS, L. S. **Zoonoses**. São Paulo, 2008. Disponível em:
<<https://www.mgar.com.br/zoonoses/>>. Acesso em: 12 de outubro de 2021.

JAJERE, S. M., ATSANDA, N. N., BITRUS, A. A., HAMISU, T. M., GONI, M. D. **A Retrospective Study of Bovine Tuberculosis at The Municipal Abattoir of Bauchi State, Northeastern Nigeria**, Veterinary World, 2018.

LOMBARD, J. E.; PATTON, E. A.; GIBBONS-BURGENER, S. N.; KLOS R. F.; TANSKERSTEN J. L.; CARLSON B. W.; KELLER S. J.; PRITSCHET D. J.; ROLLOS.; DUTCHER T. V.; YOUNG C. A.; HENCH W. C.; THACKER T. C.; PEREA C.; LEHMKUHL A. D.; ROBBE-AUSTERMAN S. **Human-to-Cattle Mycobacterium tuberculosis Complex Transmission nos Estados Unidos**. Frente Veterinário, 2021.

OMS, WHO. Dobrando a curva: terminando a TB. Relatório anual de 2017, Organização Mundial da Saúde, Genebra. 72p, 2017. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/254762>> Acesso em: 22 de outubro de 2021.

PALMER, M. V., WATERS, W. R. **A Tuberculose Bovina e o Emprego de um Programa de Erradicação nos Estados Unidos: O Papel dos Veterinários**. Informativo Técnico DDA n. 05, maio de 2012. Secretaria Estadual da Agricultura, Pecuária e Agronegócio, Rio Grande do Sul. Publicado originalmente na Veterinary Medicine International, 2011. Disponível em: <<https://www.agricultura.rs.gov.br/upload/arquivos/201612/02101326-inftec-26-tuberculose-bovina.pdf>>. Acesso em: 28 de outubro de 2021.

PIVA FILHO, G. L., ALVES, A. J. S., CARVALHO, L. G., MARINHO, M., QUEIROZ, L. H. **Ocorrência da Brucelose e Tuberculose Bovina e Percepção de Riscos no Mato Grosso do Sul, Brasil**. Arquivos do Instituto Biológico. Instituto Biológico, v.84, p. -, 2017.

POLETTO, R.; KREUTZ, L. C.; GONZALES, J. C.; BARCELLOS, L. J. G. **Prevalência de Tuberculose, Brucelose e Infecções Víricas em Bovinos Leiteiros do Município de Passo Fundo, RS**. Ciência Rural, Santa Maria, v.34, n.2, p.595-598, marabr, 2004.

QUINN, P. J. *et al.*, **Microbiologia Veterinária Essencial**. Tradução: Letícia Trevisan Gressler. Porto Alegre : Artmed, 2018.

RIOJAS M. A.; MCGOUGH K. J.; RIDER-RIOJAS C. J.; RASTOGI N.; HAZBÓN M. H. **Phylogenomic analysis of the species of the *Mycobacterium tuberculosis* complex demonstrates that *Mycobacterium africanum*, *Mycobacterium bovis*, *Mycobacterium caprae*, *Mycobacterium microti* and *Mycobacterium pinnipedii* are later heterotypic synonyms of *Mycobacterium tuberculosis***. *Int J Syst Evol Microbiol*, 2018.

ROXO, E. ***Mycobacterium bovis* como causa de zoonose**. *Revista de Ciências Farmacêuticas*, São Paulo, n. 18, p. 101 -108, 1997.

SHRIKRISHNA, D., de la Rúa – Domenech, R., SMITH, N. H., COLLOFF, A., COUTTS, I. **Human and Canine Pulmonary *Mycobacterium bovis* Infection in The Same Household: Re-emergence Of an Old Zoonotic Threat?** *Thorax*, v. 64, n. 1, p. 89-91, 2009.

Perfil epidemiológico dos casos de tuberculose, em residentes de Salvador-BA, notificados em um hospital público de 2016 a 2018

Marta Souza Rocha ^a, Yuri Messias Lisboa ^b, Thais Santana Mattos ^b, Meire Núbia Santos de Santana ^c

^a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB.

^b Colegiado de Medicina, Faculdade Santo Agostinho de Itabuna Av. Ibicarai, 3270 - Nova Itabuna, Itabuna – BA.

^c Universidade Estadual de Santa Cruz - UESC

***Autor correspondente:** Yuri Messias Lisboa, Bacharel em Saúde, Av. Ibicarai, 3270 - Nova Itabuna, Itabuna – BA, CEP.:45600-769. 73991138307; yurimlisboa@gmail.com.

Data de submissão:01-09-2022

Data de aceite: 21-11-2022

Data de publicação: 19-12-2022



10.51161/editoraime/105/109



RESUMO

Introdução: A tuberculose (TB) é uma doença milenar e um grave problema de saúde pública que está intrinsecamente ligada às condições de vida da população. Nesse sentido o objetivo do presente capítulo é descrever o perfil epidemiológico dos casos de tuberculose notificados em um hospital público, no município de Salvador - Bahia, no período de 2016 a 2018. **Métodos:** Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, utilizando dados secundários, registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) coletados no site da Superintendência de Vigilância e Proteção do Estado da Bahia (SUVISA) disponibilizados pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Para a análise, foram utilizados os softwares TabWin e Microsoft Excel. **Resultados:** Foram notificados 74 casos de tuberculose no período estudado. Pode-se observar um aumento dos casos notificados no hospital, principalmente da forma pulmonar, assim como, a frequência elevada por recidiva e reingresso após abandono e, que a coinfeção tuberculose/HIV se mostra relevante entre os pacientes. **Conclusões:** A tuberculose continua sendo uma importante causa de morbidade, sendo imprescindível que a atuação do hospital esteja vinculada a outros serviços de saúde, em especial à Atenção Básica. Dessa maneira é necessária a organização do fluxo de referência e contrarreferência com os demais serviços de saúde do município, contribuindo para que o paciente não abandone o tratamento após a alta hospitalar. Assim como, estruturar a assistência ao portador de tuberculose de forma a assegurar o acesso ao tratamento dessa patologia mais próximo do meio social do paciente.

Palavras-chave: Tuberculose; Epidemiologia; Notificação de Doenças.

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença milenar e um grave problema de saúde pública que está intrinsicamente ligada às condições de vida da população. Um terço da população mundial está infectada pela tuberculose, e o Brasil é um dos países com maior número de casos. Em 2018, estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS), indica que essa doença foi responsável pela morte de aproximadamente 1,5 milhão de pessoas. Tal estimativa aponta também uma incidência de aproximadamente 45 casos a cada 100.000 habitantes no Brasil (ZAHEEN; BLOOM, 2020). Dados do Ministério da Saúde, de 2016, já registram 72 mil casos novos no país e 9ª causa de óbitos (4,5 mil óbitos), na Bahia registra-se 4.240 casos novos e 319 óbitos no mesmo ano. Segundo dados da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia-SESAB/Sistema Nacional de Agravos de Notificação – SINAN de 2017, Salvador notificou 1.590 casos novos de tuberculose, 304 retratamentos e 106 óbitos pela doença (BRASIL, 2020; BRASIL, 2017).

Trata-se de uma doença infecciosa e transmissível, causada pela *Mycobacterium tuberculosis*, que afeta prioritariamente os pulmões, levando à tuberculose pulmonar, que é mais frequente e relevante para a saúde pública, e principal responsável pela manutenção da cadeia de transmissão da doença (BRASIL, 2019). A transmissão ocorre a partir da inalação de aerossóis oriundos das vias aéreas. Ao falar, espirrar e tossir, as pessoas com tuberculose ativa, expõem no ar partículas em forma de aerossóis, que contêm bacilos e transmitem a doença. Os bacilos que se depositam em roupas, lençóis, copos e outros objetos dificilmente se dispersam em aerossóis e, por isso, não desempenham papel importante na transmissão (BRASIL, 2019).

Tendo em vista que a tuberculose é um problema de saúde pública e uma doença de grande magnitude, o Ministério da Saúde elaborou o Plano Nacional para o Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública, com a finalidade de melhorar os indicadores de tuberculose nos municípios brasileiros. O plano serve de subsídio para o planejamento de ações e estratégias que altere o cenário da tuberculose no Brasil. Para isso, os programas de tuberculose precisarão envolver diferentes setores nas ações de controle da tuberculose e fortalecer as ações de prevenção, diagnóstico e tratamento da doença diminuindo os casos novos e a morte pela doença (BRASIL, 2017).

Em alusão as ações de vigilância da tuberculose, proposta no Plano Nacional para o Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública, os municípios devem conhecer a magnitude da doença através dos dados de morbidade e mortalidade, sua distribuição, fatores de risco associados e tendência no tempo. Também devem planejar ações e estratégias para o controle da tuberculose com identificação, acompanhamento e encerramento dos casos e ações de vigilância. Estas devem ser planejadas tanto na atenção básica, quanto nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e hospitais que compõem a rede assistencial do

indivíduo com tuberculose (BRASIL, 2017).

Assim, com o objetivo de melhorar os indicadores propostos pela Organização Mundial da Saúde, os hospitais devem estar preparados para a correta condução clínica, laboratorial e de vigilância das ocorrências de TB e dos sintomáticos respiratórios, pois os casos descobertos em hospitais podem estar mais sujeitos a desfechos desfavoráveis, quer pela gravidade dos episódios quer pelo risco de descontinuidade do tratamento após a alta hospitalar (BRASIL, 2019a; BRASIL, 2019b).

Assim, o presente trabalho tem como objetivo descrever o perfil epidemiológico dos casos de tuberculose, em residentes de Salvador - Bahia, notificados e confirmados em um hospital público do município, no período de 2016 a 2018.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, de série temporal e com dados secundários dos casos de tuberculose. O estudo foi realizado em um hospital público de alta e média complexidade, localizado no município de Salvador, estado da Bahia. O referido território possui extensão territorial de 692,8 km² (IBGE, 2015), uma população estimada em torno de 2.938.092 habitantes (IBGE, 2016) com uma densidade demográfica de 3.859,4 hab./km² (IBGE, 2010). Integra a Região Metropolitana de Salvador (RMS), ao lado de mais 12 municípios, e está situada no Recôncavo Baiano, se constituindo no centro econômico, político e administrativo do estado da Bahia (SALVADOR, 2018).

Sua organização político-administrativa compreende 10 Regiões Administrativas denominadas Prefeituras Bairros e 12 Distritos Sanitários (DS), que são caracterizados como os territórios da saúde. Os Distritos Sanitários constituem-se em unidades de planejamento e gestão local dos serviços de saúde, seu território é definido por critérios populacionais, geográficos e epidemiológicos, e onde se localiza recursos de saúde públicos e privados (SALVADOR, 2018).

O período estudado foi de 2016 a 2018. A população do estudo são todos casos de tuberculose – entre residentes em Salvador – confirmados e notificados no hospital. Foram utilizados dados secundários de domínio público, registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) coletados no site da Superintendência de Vigilância e Proteção do Estado da Bahia (SUVISA) disponibilizados pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Para a análise dos dados, foram utilizados os softwares TabWin e Microsoft Excel.

Conforme Resolução nº 510 de 2016 do Conselho Nacional de Saúde, este trabalho não precisa ser registrado pelo Comitê de Ética e Pesquisa - Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (CEP/CONEP), pois utiliza dados secundários agregados de uma base de domínio público.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conhecer o perfil epidemiológico dos casos de tuberculose notificados no hospital revela-se de grande importância para o controle da doença. A vigilância da situação de saúde da população permite identificar a realidade epidemiológica de determinada área geográfica e auxiliar no planejamento em Saúde, além de contribuir na definição de prioridades de intervenção e a avaliação do impacto das ações de controle desenvolvidas (ROCHA et al., 2020).

Diversos estudos têm demonstrado a importância dos hospitais no controle da tuberculose, por serem o ponto de atenção mais procurado pelos pacientes em particular os que possuem comorbidades. Essa realidade demonstra indícios de descrença da população nos serviços ofertados na Rede de Atenção Básica, a qual vem apresentando evidências de fragilidade no seu funcionamento, o que compromete a resolutividade frente a diversos problemas de saúde, portanto divergindo do que preconiza a Política Nacional de Atenção Básica. Assim, ocorrendo uma lacuna na identificação dos casos de tuberculose, oportunizando que o diagnóstico dos casos seja realizado na atenção secundária e terciária. Isso gera dificuldades para o acompanhamento do tratamento e consequente operacionalização do programa de controle da infecção (SACRAMENTO et al., 2019).

De 2016 a 2018, foram notificados 74 casos confirmados de tuberculose no hospital, todos residentes no município de Salvador (Figura 1). Com relação a distribuição geográfica dos casos registrado, conforme residência nos Distritos Sanitários não foi possível identificar, uma vez que no site não dispõe dessa variável.

Corroborando achado do presente trabalho quanto a distribuição geográfica dos casos, estudo ecológico realizado em Salvador demonstrou que o distrito do Cabula/Beiru foi o que apresentou maior taxa média de incidência, sendo um dos focos em todo o município para o combate da doença, devido ao índice elevado do problema (SANTOS; MARTIN, 2018).

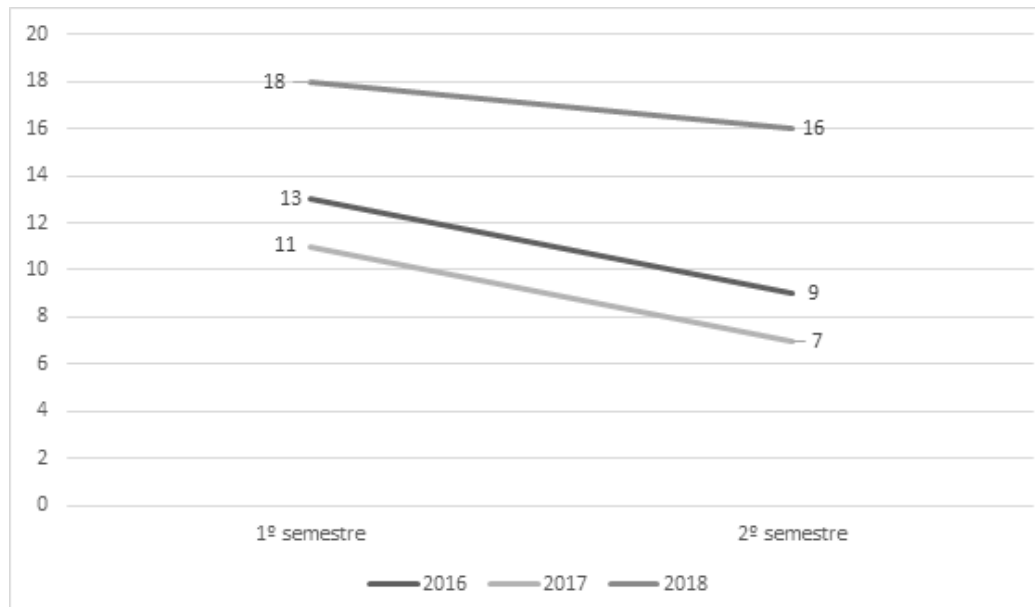
Quando se observa o tipo de entrada dos pacientes notificados, percebe-se uma oscilação no percentual dos casos de retratamento (recidiva e reingresso após abandono) variando de 27,2 % em 2016 a 11,1 % no ano seguinte e 23,6 % em 2018 e percentual elevado de casos novos de 50% em 2016, 66,7% em 2017, chegando a 67,6 % em 2018 (Figura 2).

Em relação as características clínicas dos casos de tuberculose notificados no hospital, a maioria (70,2%) dos casos apresentou a forma pulmonar em todo o período do estudo, em 2016 foi 77,3%, no ano de 2017 61,1% e em 2017 o percentual de 70,6%, em detrimento da forma extrapulmonar (17,3%) nos respectivos anos.

As análises deste estudo demonstram que o número de casos novos e casos de retratamento vêm aumentando entre os casos notificados no hospital, principalmente da forma pulmonar bacilífera (70,2%), que é a mais relevante para a saúde pública e responsável pela cadeia de transmissão da doença. Os achados também demonstram o elevado número de

casos notificados por recidiva (16,2%) e por reingresso após abandono (5,4%) no hospital, fato que é um grande desafio no controle da doença, tendo em vista a resistência aos mais importantes medicamentos disponíveis para o tratamento da TB.

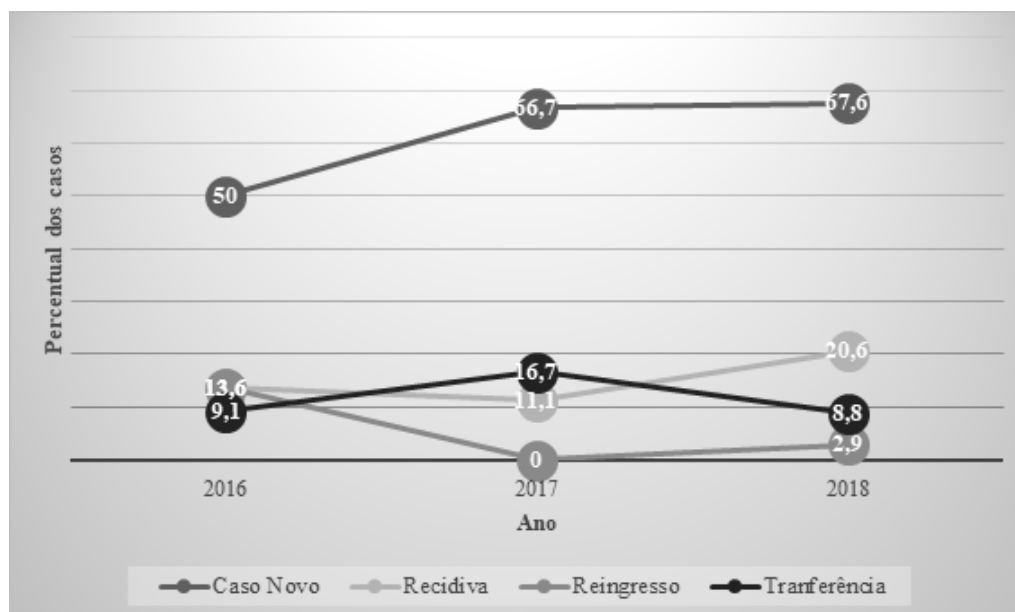
Figura 1 – Número de casos de TB notificados no hospital, em residentes de Salvador, Bahia, Brasil – 2016-2018.



Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN.

Nota: Última atualização realizada em 19/11/2022

Figura 2 – Proporção de casos de TB, segundo tipo de entrada, notificados no hospital, de residentes em Salvador, Bahia, Brasil – 2016-2018.



Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN

Nota: Última atualização realizada em 22/08/2022

Para transformação dessa realidade, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs a estratégia “End TB”, com o objetivo de eliminar a doença como problema de saúde pública. Entre os objetivos propostos está a criação e adoção de novos esquemas terapêuticos mais curtos, menos tóxicos e mais eficazes. Espera-se assim facilitar o acompanhamento por parte dos profissionais além de estimular a realização do tratamento pelos pacientes e como consequência reduzir o número de recidivas e abandonos de tratamento (BARREIRA, 2018).

Um problema complexo associado ao tratamento da TB é a resistência as drogas dos tratamentos padronizados. Estudos apontam que a TB resistente à rifampicina corresponde a 7,1% dos casos novos e 7,9% dos casos previamente tratados, já a multidrogarresistência ocorreu em 3,5% dos novos casos e em 18,0% dos casos previamente tratados. Devido a essa condição é imperativo a oferta de assistência integral a esses pacientes (JACOBS; PINTO, 2020). Auxiliando esse processo, o Sistema de Vigilância da Tuberculose Drogarresistente criado no ano 2000 cumpre o papel de monitoramento dos casos e distribuição e estoque dos medicamentos específicos para o tratamento de tais indivíduos, sendo fundamental para o não abandono do tratamento (TOURINHO et al, 2020).

Tabela 1 – Número de casos de TB, proporção de testagem e soropositividade para HIV dos casos notificados no hospital, de residentes de Salvador, Bahia, Brasil - 2016-2018.

Ano	Casos de TB (n)	Teste para HIV realizado (%)	Soropositividade (%)
2016	22	95,4	45,5
2017	18	77,7	38,9
2018	34	72,7	32,3

Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN

Nota: Última atualização realizada em 19/11/2022

Em 2016, dos 25 casos notificados, 100% realizaram testagem para HIV, desses, 48% foram soropositivos. Em 2017, dos 20 casos notificados, apenas 80% realizaram a testagem e 40% foram positivos. Já em 2018, dos 13 casos notificados até agosto, 84,6% fizeram a testagem para HIV e 38,8% estavam soropositivos (Tabela 1).

Do mesmo modo, a coinfeção TB/HIV já se mostra relevante entre os pacientes notificados no hospital, é frequente a descoberta da soropositividade para HIV durante o diagnóstico de tuberculose. No hospital, dos 74 casos notificados no período estudado, que realizaram o teste para HIV, 31,8% eram soropositivos. A tuberculose é a maior causa de morte entre pessoas que vivem com HIV, e o Ministério da Saúde recomenda a testagem para HIV em todos os casos de tuberculose notificados (BRASIL, 2019b).

Quanto ao desfecho dos casos notificados durante o período de 2016 a 2018, observa-se a seguinte situação de encerramento dos casos de acordo as categorias transferência e óbitos: 27 casos foram encerrados por transferência, 04 óbitos tiveram como causa básica

a tuberculose e 11 casos teve como desfecho óbito por outras causas. Foram excluídos da análise os casos encerrados por cura, abandono, mudança de diagnóstico, mudança de esquema, falência primária e ignorado/branco.

Estudo realizado no estado de Pernambuco demonstrou que os casos de abandono têm se tornado cada vez menos frequentes apesar de ainda existir uma frequência elevada. Tais taxas foram observadas em especial no sexo masculino, adultos jovens, com baixa escolaridade, de raça/cor preta, institucionalizados em hospitais psiquiátricos, portadores da forma pulmonar associada à forma extrapulmonar da tuberculose e etilistas (SOARES et al., 2017).

Nesse sentido, estudo de coorte realizado em Salvador, com 216 participantes, descreveu que a proporção de abandono do tratamento alcançou valores acima do parâmetro de 5% recomendado pela OMS e pelo Ministério da Saúde (ANDRADE et al, 2019). Nesse ínterim, tem sido demonstrado que fatores socioeconômicos são determinantes para a ocorrência de abandono, sendo imprescindível abordar questões relacionadas às vulnerabilidades sociais durante o tratamento (SOARES et al., 2017).

Assim, tem sido demonstrado que os programas de proteção social podem contribuir efetivamente para a eliminação da TB, especialmente com relação aos indivíduos mais carentes (TOURINHO, B.D. et al, 2020).

Dessa maneira, estudo de coorte multicêntrico realizado em 7 capitais brasileiras demonstrou que o Programa Bolsa Família pode contribuir para redução da incidência de TB de maneira efetiva, aumentando a cura, reduzindo o abandono e óbitos associados à doença (OLIOSI et al, 2019).

Observa-se que, a situação de desfecho da maioria dos casos notificados no hospital é por transferência (32,6%), devendo o hospital promover a correta conduta, com consulta previamente agendada, medicamentos suficientes até o atendimento no serviço de destino e ficha de encaminhamento com os resultados de exames laboratoriais e tratamento realizado no hospital (BRASIL, 2019b).

Por ocasião da alta hospitalar, em caso de transferência, é responsabilidade do hospital encaminhar o doente para outro serviço de saúde a fim de dar continuidade ao tratamento e certificar se o doente chegou ao serviço de destino (BRASIL, 2019b).

Diante dessas evidências, o hospital deve estar preparado para realizar a vigilância dos casos de tuberculose desde a detecção e confirmação diagnóstica até o momento da alta. A transmissão da doença pode ser controlada com estratégias inovadoras como a readequação dos serviços, redefinições de protocolos e condutas, implantação de fluxogramas, monitoramento dos indicadores e ações intersetoriais e institucionais visando o fim da tuberculose como problema de saúde pública.

Para tanto, é importante monitorar rotineiramente os indicadores epidemiológicos e operacionais para controle da tuberculose, através do Núcleo de Epidemiologia Hospitalar (NHE) e informar os resultados através de Boletins Epidemiológicos.

Também se ressalta a necessidade de solicitar inclusão do tema na pauta das reuniões de Colegiado de Coordenações do hospital para propor o planejamento de ações integradas, com vista a organizar protocolos e fluxogramas com definição de processo de trabalho e condutas com os diversos setores: laboratório, farmácia, coordenação de enfermagem, de serviço social, de nutrição e médica, a fim de melhorar a vigilância e a assistência dos casos de tuberculose. Nesse sentido é imperativo a articulação com o Núcleo de Educação Permanente para o planejamento de ações educativas com profissionais, residentes e estagiários sobre o controle da tuberculose no ambiente hospitalar.

4 CONCLUSÃO

Os achados do presente estudo, permitem afirmar que a tuberculose é um problema de saúde relevante, assim como revelam lacunas na rede da atenção primária como porta de entrada no sistema de saúde. Com isso, reforça a importância do papel do tratamento hospitalar para o enfrentamento da TB, e apontam a necessidade de vincular a atuação hospitalar a outros serviços de saúde, bem como fortalecer a rota de referência e contrarreferência como uma ferramenta imprescindível na organização da assistência ao portador de tuberculose de forma a assegurar o acesso ao tratamento dessa patologia mais próximo do meio social do paciente.

Os dados encontrados possibilitaram descrever variáveis capazes de caracterizar os casos notificados e confirmado de tuberculose na unidade hospitalar no período de 2016 a 2018. Este delineamento pormenorizado dos casos de TB traz informações fundamentais para tomada de decisões dos gestores e das equipes técnicas existente no espaço hospitalar e municipal, de formar a criar estratégias de promoção, prevenção, implantar ações curativas e reabilitadoras e organizar a rede de saúde municipal e estadual conectadas com a realidade dos pacientes.

Por fim, a pesquisa de dados de domínio público proporcionou atingir o objetivo proposto pelo estudo, contudo apresentou como limitação o quantitativo parco de variáveis, impedindo de ter acesso a outros registros existentes no Sistema de Informação de Agravos Notificados (SINAN), que não estão disponíveis no site da Superintendência de Vigilância e Proteção do Estado da Bahia (SUVISA). Portanto, sugere aprofundamento do estudo através da ampliação da coleta de dados in loco mediante submissão de projeto e parecer favorável de comitê de ética.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, K. V. F. et al. Associação entre desfecho do tratamento, características sociodemográficas e benefícios sociais recebidos por indivíduos com tuberculose em Salvador, Bahia, 2014-2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [Internet]. 2019;28(2):e2018220.

BARREIRA D. Os desafios para a eliminação da tuberculose no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde: Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil**. 2018;27(1):e00100009

BRASIL. Ministério da Saúde, 2020 (online). **Tuberculose**. Acesso em 03/03/2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/t/tuberculose>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 52 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 341 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 364p.

JACOBS, M.G.; PINTO, V. L. **Caracterização da tuberculose drogarresistente no Brasil**, 2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [Internet]. 2020;28(3):e2018294.

OLIOSI, J. G. N. et al. Effect of the Bolsa Familia Programme on the outcome of tuberculosis treatment: a prospective cohort study. **The Lancet Global Health**. 2019;7(2):e219–26.

ROCHA, M. S. et al. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan): principais características da notificação e da análise de dados relacionada à tuberculose. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [Internet]. 2020;29(1):e2019017.

SACRAMENTO, D. S et al. Organização dos serviços de saúde para o diagnóstico e tratamento dos casos de tuberculose em Manaus, Amazonas, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [Internet]. 2019;28(2):e2017500.

SALVADOR. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão. **Plano Municipal de Saúde do Salvador 2018-2021**. Salvador: Secretaria Municipal de Saúde, 2018. 231p. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/secretaria/wp-content/uploads/sites/2/2018/12/Plano-Municipal-de-Sa%C3%BAde-2018-2021-VOLUME-I_aprovado-pelo-CMS-21.11.pdf

SANTOS, T. A.; MARTINS, M. M. F. **Perfil dos casos de reingresso após abandono do tratamento da tuberculose em Salvador, Bahia, Brasil**. *Cadernos Saúde Coletiva* [Internet]. 2018;26(3):233–40.

SOARES, M. L. M. et al. Aspectos sociodemográficos e clínico-epidemiológicos do abandono do tratamento de tuberculose em Pernambuco, Brasil, 2001-2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [Internet]. 2017;26(2):369–78.

TOURINHO, B. D, OLIVEIRA, P. B.; SILVA, G. D. M.; ROCHA, M. S.; PENNA, E. Q. A. DE A.; PÉRCIO, J. Avaliação do Sistema de Vigilância da Tuberculose Drogarresistente, Brasil, 2013-2017. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [Internet]. 2020;29(1):e2019190.

ZAHEEN A, B. B. R. Tuberculosis in 2020 — New Approaches to a Continuing Global Health Crisis. **New England Journal of Medicine**. 2020;382(14):e26.

Atuação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica na implementação de atividades coletivas no município de Bezerros-PE

Carlos André Bezerra de Lima^a, Fabiana Oliveira Silva Sousa^{b *}

^a Sanitarista, Residente do Programa Multiprofissional da Saúde da Família e Atenção Básica - Asces / Unita. carlos_amil@yahoo.com.br. Asces Unita, Avenida Portugal, 584, Bairro Universitário, Caruaru, Pernambuco

^b Fisioterapeuta, Doutorado em Saúde Pública – Instituto Ageu Magalhães – Fiocruz, Pernambuco, Professora Adjunta da graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Pernambuco. oliveira.fabi@gmail.com

***Autor Correspondente:** Avenida Gonçalo Nunes de Oliveira, Cidade Jardim, 408
Caruaru, Pernambuco, oliveira.fabi@gmail.com

Data de submissão: 31-08-2022

Data de aceite: 23-11-2022

Data de publicação: 06-01-2023



10.51161/editoraime/105/177



RESUMO

Introdução: Na atual conjuntura do Sistema Único de Saúde é de extrema importância que os profissionais estejam informados sobre os fenômenos que englobam as ações coletivas para ofertar aos usuários a atenção integral de que necessitam. O objetivo do estudo é analisar a atuação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) na implementação de atividades coletivas no município de Bezerros – PE. **Métodos:** Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa, realizado no período de julho a novembro de 2020. Os dados foram coletados através de entrevistas semiestruturadas com oito profissionais de fisioterapia, serviço social, psicologia, medicina, enfermagem e agentes comunitários de saúde que atuavam na estratégia de saúde da família e no NASF-AB. Foi utilizada a análise de conteúdo para interpretar os dados coletados. **Resultados:** Os resultados evidenciaram que as equipes ainda possuem uma compreensão equivocada em relação as atividades coletivas no que se refere a promover educação em saúde junto aos usuários e como coordená-las e implementá-las no processo de trabalho mútuo nos serviços de saúde. **Conclusões:** As equipes necessitam de um planejamento adequado sobre as atividades coletivas e como desenvolver espaços dialógicos que contemplem as necessidades e singularidades dos sujeitos participantes, corroborando na construção da integralidade da atenção e fortalecimento da prática do autocuidado pelos usuários.

Palavras Chave: Atenção Básica; Atividades Coletivas; Educação em Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde dispõe sobre o direito a saúde e o Sistema Único de Saúde (SUS) e de como ele deve ser implementado e organizado, para garantir a todo o brasileiro acesso igualitário, integral e universal aos serviços e ações de saúde dos quais necessitam (BRASIL, 1988; 1990).

A partir da década de 90, com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF), o Brasil começou a expandir o acesso ao SUS e disputar à reorientação do modelo de atenção à saúde, especialmente nos serviços de Atenção Primária À Saúde (APS) (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020). A implementação da Estratégia da Saúde da Família (ESF) possibilitou uma maior abrangência na cobertura assistencial e evidenciou, ao longo dos anos, a necessidade de agregar profissionais de distintas áreas para assegurar uma atenção à saúde mais integral (ARANTES, 2017). Apesar de ser reconhecida pelos avanços conquistados, a APS ainda necessita ser fortalecida e ampliada para alcançar sua capacidade efetiva na gestão do cuidado.

O Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) foi criado em 2008 com o objetivo de ampliar a resolutividade e integralidade do cuidado implementado pelas equipes que atuam na APS. O NASF está implantado em todos os estados do Brasil, através de equipes multiprofissionais que devem atuar no apoio às equipes de saúde da família (BRASIL, 2008; BROCARDI; ANDRADE; FAUSTO, LIMA, 2018). Em 2017, foi publicada uma atualização da política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que mudou a nomenclatura do NASF para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) (BRASIL, 2017).

Foi preconizado que as equipes NASF-AB atuassem segundo o referencial do Apoio Matricial, uma metodologia que possibilita uma melhor adequação do trabalho entre as equipes de saúde da família (conhecidas por equipe de referência de perfil generalista) e o NASF-AB (equipe matricial) (BRASIL, 2014). Nessa perspectiva, todos os profissionais trabalhariam de maneira horizontalizada e integrada, desenvolvendo ações nas dimensões clínico-assistencial e técnico-pedagógica e com foco nas necessidades do território (NASCIMENTO et al, 2018)

Dentre as atividades que as equipes NASF desenvolve estão as reuniões de equipe para discussão de casos, construção de projeto terapêutico singular (PTS), planejamento e avaliação do processo de trabalho; visitas domiciliares; atendimentos compartilhados, grupos e diversas atividades de educação em saúde (NASCIMENTO et al., 2018; BRASIL, 2014; SOUSA et al, 2017). Na atenção primária a saúde, a Educação em Saúde é considerada uma ferramenta chave para a realização das ações de promoção da saúde e fortalecimento do autocuidado por incentivar, capacitar e estimular, nos indivíduos, a reflexão crítica das causas dos problemas de saúde, bem como as orientações para enfrentá-las (NOGUEIRA;

MUNARI; FORTUNA; SANTOS, 2016).

A realização de atividades coletivas com enfoque da educação em saúde e estímulo ao autocuidado possibilita a troca de experiências e de informações entre usuários e equipes multiprofissionais. São mais do que agrupamento de indivíduos, são espaços onde as pessoas podem interagir, reconhecer suas singularidades e compartilhar objetivos, orientações e apoio social (NOGUEIRA; MUNARI; FORTUNA; SANTOS, 2016; MENEZES; AVELINO, 2016)

Alguns estudos demonstraram que a implementação das equipes do NASF-AB proporcionou uma ampliação no número e nos tipos de grupos/atividades coletivas realizadas no âmbito da atenção primária à saúde (MONTEIRO, 2019; LIRA, 2017; SOUSA, 2016). Apesar do impacto positivo da atuação dessas equipes na APS, ainda há pouco reconhecimento desse trabalho e algumas mudanças recentes na política nacional de atenção básica pode impactar na continuidade do trabalho do NASF (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020)

Considerando que a atenção primária à saúde tem desempenhado papel relevante nas ações coletivas voltadas para promoção à saúde e prevenção de agravos no Brasil, e que as equipes do NASF-AB foram criadas com objetivo de colaborar no fortalecimento da APS esse estudo analisou a atuação do núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica na implementação de atividades coletivas no Município de Bezerros - PE.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso. Foi realizado no período de julho a novembro de 2020, no município de Bezerros que está situado no Agreste do estado de Pernambuco, com população de, aproximadamente, 68 mil habitantes (IBGE, 2020). No período de realização deste estudo o município contava com 20 equipes de saúde da família e duas equipes NASF-AB, correspondendo a 90% de cobertura de atenção primária à saúde no município. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas com oito profissionais de fisioterapia, serviço social, psicologia, medicina, enfermagem e agentes comunitários de saúde que atuavam na estratégia de saúde da família e no NASF-AB na área urbana do município de Bezerros - PE, conforme detalhado no quadro 1.

Quadro 1 Número de profissionais que participaram desse estudo.

Profissionais NASF-AB e eSF	Quantidade
Profissionais do NASF	3
Profissionais eSF (nível superior)	2
Agente comunitário de saúde	3
Total	8

A análise de conteúdo adéqua-se a estudos que visam à apreensão de mensagens reveladas ou ocultas, num esforço de “vigilância crítica frente à comunicação de documentos,

textos literários, biografias, entrevistas ou observação” (MINAYO, 2000). Todos os dados discursivos foram analisados seguindo uma sequência cronológica de pré-análise, exploração do material, tratamento e interpretação (BARDIN, 2009).

As equipes foram escolhidas para participar a partir de critérios previamente definidos. Os critérios utilizados para inclusão foram os profissionais que atuassem na atenção primária à saúde e que participassem das atividades coletivas implementadas pelas equipes de uma UBS ou NASF-AB da área urbana (mais acessível geograficamente). Após a escolha da equipe matricial, foi identificada uma das equipes de saúde da família que atendia aos critérios supracitados e que tinham um histórico de boa disponibilidade, na opinião da equipe NASF-AB. As entrevistas foram gravadas em áudio e imagem e realizadas, de modo individual, em espaços da UBS escolhida ou da secretaria de saúde de Bezerros, conforme pactuação com os profissionais participantes.

Para a análise dos dados utilizou-se a técnica de análise de conteúdo que consiste num conjunto de técnicas das comunicações que objetiva a descrição do conteúdo das mensagens que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 2009).

Essa pesquisa foi aprovada pelo comitê de Ética em pesquisa conforme parecer nº 3.941.468 de março de 2020.

3 RESULTADOS

A partir da análise dos dados, foi possível identificar duas categorias temáticas: i) Percepção dos profissionais sobre o papel do NASF-AB nas atividades coletivas e na atenção primária à saúde e ii) Atuação do NASF-AB em atividades coletivas.

3.1 Percepção dos profissionais sobre o papel do NASF-AB na atenção primária à saúde

Na análise dos dados, identificamos que o NASF-AB em Bezerros realiza várias atividades como: atendimentos individuais, atendimentos compartilhados, grupos, reuniões, visitas domiciliares, entre outras. Porém os atendimentos individuais é o tipo de atividade mais comum.

“Nós realizamos atendimentos na UBS para algumas necessidades mais urgentes, individuais. Também realizamos atividades como visita domiciliar e atividades coletivas de educação em saúde” (Profissional_NASF_2)

“O maior perfil atualmente do NASF aqui na unidade é a questão ambulatorial” (Profissional_eSF_1)

O NASF-AB do município estudado desenvolve seu processo de trabalho com maior ênfase no modelo individual curativista, com foco nas atividades individuais e ambulatoriais. Os profissionais relatam que há muita demanda para atendimento individual e que o grande

número de equipes de saúde da família apoiadas pelo NASF-AB tem dificultado a realização de outras atividades mais compartilhadas como reuniões para planejamento do processo de trabalho.

Outro fator que pode influenciar nessa situação, pode ser o não conhecimento de alguns profissionais e usuários sobre a atuação do NASF-AB, levando-os a demandar o mesmo tipo de atendimento/atuação que esses profissionais desempenham na atenção especializada em detrimento de atividades mais estruturantes do processo de trabalho interprofissional como as reuniões de equipe e atividades com maior foco na mobilização e educação em saúde como as ações coletivas. Apesar das dificuldades relacionadas a organização do processo de trabalho relatadas pelos profissionais, o NASF-AB conta com uma avaliação satisfatória por parte de seus integrantes e da equipe de saúde da família.

“Um olhar multiprofissional, de acordo com o fisioterapeuta, o nutricionista, o psicólogo, é um olhar ampliado, tanto na comunidade, quanto individual no usuário” (Profissional_eSF_2)

“É de extrema importância por que a gente faz tanto atendimento em grupo, como individual e orienta os indivíduos a fazerem assim as coisas certas e encaminha aos lugares certos” (Profissional_NASF_1)

Na opinião dos profissionais, o NASF-AB ampliou o acesso da população a algumas ações e serviços que antes não existiam na atenção primária à saúde. Além disso, tem contribuído na promoção e prevenção da saúde e, a partir das ações assistenciais, tem resolvido várias demandas ainda na APS, ajudando a encaminhar de forma mais adequada aos serviços especializados e possibilitando uma ampliação da resolutividade desse nível assistencial.

Os entrevistados acreditam que os resultados da atuação do NASF-AB seriam mais potencializados se houvesse, no processo de trabalho das equipes, maior conhecimento e análise do território, integração dos profissionais para planejamento de algumas atividades e fortalecimento das ações coletivas de educação em saúde para a promoção da saúde e prevenção de doenças/agravos.

3.2 Atuação do NAF-AB nas atividades coletivas

Nesta categoria, buscou-se compreender quais e como são realizadas as atividades coletivas pela equipe NASF-AB. Dentre as atividades coletivas citadas pelos profissionais entrevistados estão os grupos com gestantes, idosos, sala de espera e os realizados na escola através do Programa Saúde na Escola (PSE). Também relataram a realização de grupos para alívio de dores (coluna sem dor) e com crianças que apresentam obesidade. Dentre os temas mais citados estão: tabagismo, estímulo e orientação para atividade física, hipertensão arterial e diabetes. Identificou-se que os grupos realizados correspondem, predominantemente, aos temas do calendário anual preconizado pelo ministério da saúde. Além de algumas demandas de apoio apresentadas pelas equipes de saúde da família que

são apoiadas pelo NASF-AB.

“É definido de acordo com o mês... setembro amarelo relacionado sobre doença mental, a gente vai e fala sobre doença mental, outubro é câncer de mama a gente vai e fala... cada mês tem um público específico” (ACS_2).

(...) eu acho que os grupos que têm maior demanda são idosos e gestantes. (Profissional_NASF_1)

“Existem os grupos que são do acompanhamento psicológico, do acompanhamento nutricional, para as pessoas que precisam da reeducação alimentar para perda de peso, as pessoas de grupos que, como por exemplo “coluna sem dor”, que aí já é trabalhado pelo fisioterapeuta da unidade, e a profissional de educação física” (Profissional_NASF_2)

O desenvolvimento de ações educativas durante os meses temáticos definidos no calendário da saúde pelo MS é importante e tem sido muito comum na rotina das equipes que atuam na atenção básica. Mas, o relato dos profissionais revela que essas atividades têm sido realizadas sem planejamento integrado das equipes NASF-AB e saúde da família. Identificou-se que, muitas vezes, as ações são programadas pelas eSF e o profissional do NASF-AB que tem mais proximidade com o tema realiza, como também tem grupos que são planejados, articulados e organizados pela equipe NASF-AB sem muita participação da eSF.

Vai depender da questão da articulação ou planejamento, tanto pode ser o planejamento elaborado pelo grupo NASF-AB, ele vai planejar uma caminhada, uma promoção, uma ação na rua, uma palestra, uma questão que eles planejam ou por nós da equipe que entra em contato com eles se for um desenvolvimento interno (Profissional_eSF_1).

Ainda existe uma falha no processo de trabalho quando se fala em articulação das equipes para realização de matriciamento de algumas ações, principalmente, ações coletivas. Fica a desejar o planejamento de algumas atividades em conjunto para entender a necessidade do território e implementar mais atividades de educação em saúde com a população. Além da dificuldade de integração das equipes, não se fala em nenhum momento, sobre a escuta dos usuários em relação aos seus interesses ou necessidades relacionadas às atividades coletivas. Esse modelo pouco participativo de planejamento e implementação das atividades coletivas parece influenciar na baixa adesão da população às ações realizadas.

Então, quando o convite é só para palestra ou grupo em específico, é uma adesão baixíssima, então, normalmente, a gente utiliza estratégias para aproveitar o público na sala de espera. (Profissional_eSF_1)

Os participantes também relataram algumas dificuldades para realização das atividades coletivas. A quantidade de equipes de saúde da família apoiadas pelo NASF-AB, a falta de estrutura das unidades de saúde e pouca disponibilidade de transporte foram as dificuldades mais citadas. Também foi relatado que o excesso de demanda e unidades para

cobrir, dificultava a organização da agenda das equipes para realizar reuniões e ações que fortalecessem a integração das equipes e o planejamento de ações compartilhadas.

Precisamos de uma melhor integração com toda a equipe, um melhor planejamento de atividades tanto as coletivas como as individuais (Profissional_eSF_2)
Na nossa realidade aqui é a questão de estrutura mesmo, a estrutura física para a equipe, ... nós não temos carro, então dificulta o nosso acesso, são nove postos de saúde, nove unidades, pra gente apoiar, eu acho que isso dificulta (Profissional_NASF_3)

Para os profissionais, o desenvolvimento de grupos no âmbito da atenção primária à saúde pode ser uma estratégia muito potente de cuidado para diversos tipos de necessidades e públicos e seria uma forma, também, de otimização dos recursos do NASF-AB que poderia influenciar na diminuição da demanda por consultas individuais como também estimular uma maior participação da equipe de saúde da família em atividades coletivas e fortalecer os usuários no seu autocuidado.

4 DISCUSSÕES

A Atenção Primária à Saúde tem sua importância reconhecida, no país, por ser a principal porta de entrada do sistema de saúde e acolher um amplo elenco de problemas e necessidades de saúde. Dentre os principais desafios enfrentados pela APS se encontram a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade e da resolutividade das ações (GIOVANELLA, 2018)

Esse estudo mostrou que o NASF-AB do município estudado tem contribuído para ampliação do acesso e do escopo de ações na APS. No entanto, também apresenta vários desafios para alcançar os objetivos para os quais foi criado ou para atuar de acordo com o referencial do apoio matricial como é preconizado (BRASIL, 2014; NASCIMENTO et al, 2018). Para provocar uma reorientação na forma de fazer saúde e de organizar as práticas no sentido da integralidade, é necessário mais do que formar equipes multiprofissionais. É preciso conhecer bem as necessidades da população e do território, através do diagnóstico de saúde, e planejar ações mais amplas e integradas. Nesse contexto, a formação dos trabalhadores em saúde é um elemento essencial para que estes desempenhem o trabalho de forma articulada, embasados em evidências e socialmente comprometidos com a saúde de indivíduos e populações (MOREIRA; JUNIOR, 2017).

Foi possível identificar que o NASF-AB do município estudado ainda carrega marcas de um fazer em saúde hegemonicamente ambulatorial, individual e focado na reabilitação dos usuários, evidências do predomínio do modelo de atenção curativista e biomédico (ARANTES, 2017; NASCIMENTO et al, 2018). As atividades coletivas ficam em segundo plano e o processo de trabalho muito focado nas ações assistenciais não cria oportunidades de reunião para organização do trabalho em equipe e planejamento das ações coletivas.

A dificuldade de integração entre as duas equipes é justificada pelos profissionais

pelo fato da equipe NASF-AB ter uma cobertura de muitas unidades de saúde e esse é um problema relatado em outros estudos (NASCIMENTO et al, 2018; SOUSA et al., 2017). Quando as equipes estão atuando de maneira interprofissional isto favorece que mais ações sejam compartilhadas, ampliando práticas e saberes no dia a dia dos serviços e dessa forma potencializa a relação entre o NASF-AB e a eSF, gerando uma maior capacidade do cuidado entre as equipes apoiadas (VALENÇA; SAMPAIO, 2017). A fragilidade na realização do planejamento integrado entre as equipes reflete-se na fragmentação das ações realizadas pelas equipes saúde da família e NASF-AB. Articular o conhecimento dos territórios e as potencialidades das equipes pode viabilizar a utilização de estratégias mais eficientes para fortalecer as ações de educação em saúde (NUNES, 2019).

O NASF-AB pode contribuir de forma mais significativa se tiver o seu processo de trabalho organizado a partir de ferramentas de gestão do cuidado como o apoio matricial, projeto terapêutico singular e os grupos por exemplo (BRASIL, 2014; SOUSA et al, 2017). Para isso, é muito importante que as equipes façam um diagnóstico situacional do território para subsidiar o planejamento de atividades de forma baseadas nas necessidades de saúde e assim, contribuir de forma efetiva para a melhoria da saúde da população que reside na localidade (BONALDI; RIBEIRO, 2014; SOUSA, 2018). Segundo Marcon e Mandu (2006), um dos obstáculos para a realização de atividades coletivas pelos profissionais de saúde é o fato de não terem o domínio dessa tecnologia e assim não saberem como coordená-la da melhor forma. De acordo com esses autores, os gestores em saúde, nos inúmeros municípios, ainda estão presos ao modelo biomédico, quando cobram resultados de suas equipes no desenrolar de suas atividades nos diferentes serviços de saúde.

Segundo Mandu e Marcon (2006) as práticas grupais de educação em saúde têm sido utilizadas pelos profissionais na atenção primária à saúde, como alternativas para as práticas assistenciais. Atualmente, vários estudos apontam a sua importância no processo de trabalho, uma vez que articulam várias dimensões do cuidado. De acordo com Soares e Ferraz (2016), as atividades coletivas e os grupos na atenção básica proporcionam situações entre os usuários e os profissionais de saúde, de discussão, de troca de informações e reflexão sobre saúde e suas vivências nos territórios e nos serviços de saúde fazendo com que uma aprendizagem aconteça sobre variados temas relevantes para ambos os participantes. Benefícios advindos dessa abordagem são uma melhor organização do trabalho, um número menor de consultas individuais e ambulatoriais, maior participação dos usuários no processo educativo e um vínculo maior da equipe com os usuários.

Segundo Marcon e Mandu (2006), os grupos de educação em saúde constituem-se em espaços potencialmente privilegiados para o empoderamento individual e coletivo. No cotidiano da atenção primária à saúde, as atividades de promoção e prevenção da saúde estão diretamente articuladas com a prática de educação em saúde. Além disso, as ações grupais são muito importantes para a promoção da saúde dos usuários e também são potenciais para a construção do cuidado integral no nível primário em saúde (MIOLO, 2018).

A realidade analisada nesse estudo aponta para a necessidade de investir na educação permanente dos profissionais que atuam no âmbito da atenção primária à saúde para fortalecer a interprofissionalidade e as ações coletivas. Para produzir mudanças nas ações de saúde é preciso dialogar com as práticas e concepções vigentes, problematizá-las – não em abstrato, mas no concreto do trabalho – e construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem o SUS da atenção integral e de qualidade (FERREIRA et al., 2019). No âmbito da atenção primária à saúde, as ações de educação permanente em saúde são consideradas essenciais e devem ser incorporadas na prática cotidiana dos serviços. A educação permanente das equipes de saúde da família e NASF-AB devem ser embasadas num processo pedagógico que propicie maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o desenvolvimento de práticas transformadoras. (FERREIRA et al., 2019).

O desenvolvimento de ações comunitárias estimula cada vez mais a participação social nas transformações em diversas áreas, incluindo a saúde. De acordo com Gonçalves e Soares (2009) as atividades coletivas e os grupos têm sua relevância reconhecida, pois abrem espaço para a discussão e construção coletiva de conhecimento, ocasionando espaços reflexivos sobre a realidade que os usuários se encontram no território, na qual possibilitam maior participação social momentos de educação e promoção da saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As atividades coletivas estão cada vez mais inseridas no cuidado na atenção primária à saúde, seja elas no contexto da eSF, seja em atividades pontuais de educação em saúde fomentados no SUS ou em outros serviços e outras ações assistenciais.

Os resultados encontrados nesta pesquisa evidenciaram que no cotidiano do NASF-AB com a eSF, do município estudado, ainda há uma compreensão equivocada em relação as atividades coletivas no que se refere a promover educação em saúde junto aos usuários e como coordená-las e implementá-las no processo de trabalho mútuo nos serviços de saúde. Ficou perceptível que há uma fragilidade na comunicação entre o NASF-AB e a eSF para a discussão de temas que privilegiem ações e atividades coletivas, nas quais muitas vezes parte da iniciativa das unidades de saúde.

As equipes necessitam de um planejamento adequado sobre as atividades coletivas e como desenvolver espaços mútuos de construção de debates sobre a temática, para assim encontrar um caminho mais atuante de como ambos possam se apoiar e atuarem de maneira mais próxima, para que assim uma educação em saúde possa emergir mais forte nessa relação conjunta. Dessa maneira, buscar uma compreensão mais aprofundada sobre como o processo de trabalho é organizado entre as duas equipes é um dos caminhos para chegar a um melhor desempenho utilizando as potencialidades entre equipes, e que não ocorra transferência de responsabilidades quando se tratar de atividades coletivas.

Apesar das dificuldades elencadas, os profissionais reconhecem que as atividades coletivas são uma alternativa eficiente quando se trabalha a promoção, prevenção e

educação em saúde colaborando na construção de uma realidade mais saudável aos que dela participam em seus territórios.

Sendo assim, que o presente estudo possa ser uma possibilidade de discussão do tema e que futuramente mais estudiosos se interessem por essa área que é tão potente e busquem aprofundar a temática que é bastante importante para o fortalecimento e disseminação da atenção primária à saúde nos municípios brasileiros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARANTES, A C; NUNES, J. Formação para o trabalho no SUS: um olhar para o Núcleo de Saúde da família e suas categorias profissionais. **Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia**, vol. 04, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Série B. Textos Básicos de Saúde, ed. 3, Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família – volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília: Ministério da Saúde. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39) (Série A. Normas e Manuais Técnicos); 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília. Ministério da Saúde, 2017.

CAMPOS, G. W. S; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2007, vol.23, n.2, pp. 399-407.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 3 ed. São Paulo, Ed. Hucitec, 2010. 210 p.

FERREIRA, L. et al. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**. 2019, 43 (120): 223-239. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>. Acesso 25 Nov 2020.

FORTUNA, C.M; MISHIMA, S.M; MATUMOTO, S; PEREIRA, M. J. B. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 262-8, mar/abr, 2005.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção primária à saúde**. In: Giovanella L et al. (Org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz / Cebes. 2008, p. 575-625.

GIOVANELLA, L. Atenção Básica ou Atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, agosto/2018.

GONÇALVES, K; SOARES, M, BIELEMANN, V. Grupos com idosos: estratégia para (re) orientar o cuidado em saúde. **Revista Conexão**, UEPG . 2013

JUNIOR, P; MOREIRA, D. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. **Cad. Saúde Pública**, vol.33 [online]. 2017.

LIMA, R; NASCIMENTO, J. O apoio matricial no trabalho das equipes dos núcleos de apoio a saúde da família: análise a partir dos indicadores do 2 ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso da Qualidade. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2019.

LIRA, A. C. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): uma avaliação da resolutividade**. 2017. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto de Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2017.

MARCON, S; MANDU, E. Enfermeiro e grupos em PSF: possibilidade para a participação social. **Revista Cogitare Enfermagem**. Vol 11, num 2, 2006.

MELO, E. A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Revista Saúde em Debate**, v. 42, número especial 1, p. 38-51, Rio de Janeiro, 2018.

MENEZES, K. K. P ; AVELINO, P. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. **Caderno de Saúde Coletiva**. 2016; 24(1):124–30.

MIOLO, S; PETERMANN, X. Motivações para práticas coletivas na atenção básica. **Revista Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, 2018.

MONTEIRO, C. M. L. **Contribuições do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica para a integralidade da atenção básica** no município de Jaboatão dos Guararapes: um estudo avaliativo. (Dissertação). Mestrado em Saúde Pública. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ. Recife, 2019. 125p.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde Debate**, v. 42, n. 116, p. 11-24, Rio de Janeiro, 2018.

MOROSINI, M. V. G. C; FONSECA, A. F; BAPTISTA, T. W. F. Previner Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v. 36, n. 9, 2020.

MOROSINI, M. V; FONSECA, A. F, PEREIRA, I. B. **Educação em Saúde**. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, P.155-162, 2009.

NUNES, J. **A vivência em grupo e o trabalho em equipe na Atenção Primária a Saúde:**

percepções e desafios da abordagem interdisciplinar. Trabalho de Conclusão da Residência. Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família. Universidade de Pernambuco, 2019.

NASCIMENTO, C. M. B. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Uma Análise da Atenção à Saúde em Municípios da Região Metropolitana do Recife.** [Tese] Doutorado em Saúde Pública. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ. Recife, 182 p. 2014.

NASCIMENTO; C. M. B. et al. Configurações do processo de trabalho no Núcleo de Apoio a Saúde da Família e o cuidado integral. **Revista Trabalho, Educação e Saúde.** Rio de Janeiro, vol.03, set/dez 2018.

NOGUEIRA, A. L. G; MUNARI, D. B; FORTUNA, C. M; SANTOS, L. F. Pistas para potencializar grupos na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem,** 69(5): 964–71. 2016.

RASERA, E; ROCHA, E. M. Sentido sobre a prática grupal no contexto da saúde pública. **Psicologia em Estudo, Maringá.** V.15, n 01. 2010.

SANTOS, V. SANTOS, K. Fisioterapia e Práticas Integrativas e complementares nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família. **Revista Pesquisa em Fisioterapia,** maio - 2017.

SILVA, A, L. Atividades grupais em saúde, características, possibilidades e limites. **Revista de Enfermagem.** Rio de Janeiro, v. 12. 2003.

SOUSA, F. O. S. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Núcleo de Apoio à Saúde da Família: uma avaliação da Integralidade, Resolutividade e Coordenação do Cuidado.** [Tese] Doutorado em Saúde Pública. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ. Recife, 2016. 155 p.

SOUSA, F. O. S . O papel do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na coordenação assistencial da Atenção Básica: limites e possibilidades. **Saúde em Debate.** 2017, v. 41, n. 115.

VALENÇA, A; SAMPAIO, J. Processo de trabalho entre a Equipe de Atenção Básica e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade.** Rio de Janeiro, dez, 2017.

Revisão integrativa sobre o descarte populacional de medicamentos: conscientizar a população para reduzir os impactos ambientais

Juliana Sobreira da Cruz ^a, Gizele Martins Rodovalho ^a, Paula Cardinalle de Queiroz Romão ^a,
Thays Peres Brandão ^b, João Carlos de Oliveira ^c

^a Instituição: Instituto de Geografia/PPGAT/Universidade Federal de Uberlândia.: Endereço: AV. João Naves de Ávila, 2121- Santa Mônica, 38408-100- Uberlândia. Email: julianacruz83@hotmail.com

^b Instituição: Prefeitura Municipal de Serra do Salitre. Alameda dos Indaiás, 321, Dona Diva, Patrocínio, Minas Gerais, Brasil. E-mail: thaystpb24@gmail.com

^c Instituição: Universidade Federal de Uberlândia, Escola Técnica de Saúde (ESTES). AV: Prof. José Inácio de Souza, S/N Bloco 4K Umuarama, 38400902- Uberlândia, MG- Brasil. Email: oliveirajotaufuestes@gmail.com

Autor correspondente: Juliana Sobreira da Cruz. Universidade Federal de Uberlândia, AV: João Naves de Ávila, Santa Mônica, 38408-100- Uberlândia. Email: julianacruz83@hotmail.com.

Data de submissão:08-12-2022

Data de aceite: 29-12-2022

Data de publicação: 06-01-2023



10.51161/editoraime/105/113



RESUMO

Introdução. Os medicamentos possuem importância na qualidade de vida das pessoas, são compostos químicos que desempenham mecanismos de ações específicos e quando descartados de maneira inadequada são expostos a condições adversas, e podem sofrer alterações que os transformam em substâncias tóxicas e isso afeta sobremaneira a saúde ambiental, a qual consiste na relação entre o ambiente e o padrão de saúde de uma população.

Objetivos. Apresentar o conhecimento produzido na literatura acerca das consequências do descarte inadequado em domicílio de medicamentos e materiais perfurocortantes expondo medidas que reduzam os impactos ambientais decorrentes do desprezo inadequado de fármacos.

Métodos. Revisão integrativa de literatura, guiada por meio do protocolo dos Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Metanálises, utilizando a estratégia PICO com elaboração da questão norteadora, realizou busca nas bases de dados do portal de periódicos da Capes e da Biblioteca virtual em saúde, houve avaliação dos títulos e resumos e auxílio do software Zotero para organização dos manuscritos e definição de categorias.

Resultados. Dos 12 artigos analisados 8 (66,6%) incluíram a educação com consciência no descarte de medicamentos em ambiente domiciliar a 4 (33,3%) sua conscientização para a Saúde Ambiental. As categorias elencadas foram: Consequências dos descartes inadequados de medicamentos; Informações do descarte domiciliar de medicamentos e perfuro cortantes e a educação ambiental e a Logística reversa como estratégia. **Conclusões.** A literatura abarca que os impactos ambientais e sociais decorrentes do descarte inadequado de medicamentos e resíduos perfurocortantes em domicílio são inúmeros e geram como consequências o risco de acidente.

Palavras-chave. Educação em Saúde Ambiental. Domicílio. Dispensário de medicamentos. Resíduos de serviços de saúde

1 INTRODUÇÃO

Os medicamentos têm grande importância na qualidade de vida das pessoas. Tendo em vista que, através das suas funções, diagnóstica, profilática e curativa, possibilitam a contenção de implicações de saúde (MORRETTO, 2021). Nesse ínterim, é importante ressaltar que: “os fármacos são compostos químicos, biologicamente ativos, criados e desenvolvidos para desenvolverem mecanismos de ação específicos.” (DAUGHTON, 2003, p. 775).

Nas últimas décadas, pôde ser observado um aumento exponencial no consumo de medicamentos. Até o início do século XIX, a medicação mais divulgada e utilizada era a fitoterápica (OLIVEIRA, 2020). Essa mudança de comportamento originou-se, em parte, pelos avanços tecnológicos e científicos, que proporcionaram novas perspectivas terapêuticas para cura de enfermidades, assim como, pela ampliação de grandes indústrias farmacêuticas vinculada à larga promoção comercial (RODRIGUES, 2009).

Em virtude disso, no país, divagou-se uma cultura, na qual, farmácias são um comércio e medicamentos são mercadorias. Isso, aliado à cultura brasileira de automedicação e a facilidade para adquirir os mesmos, culminou em um grande estímulo e, conseqüentemente em uma cadeia de consumo indiscriminada, propiciando a farmácia domiciliar que, por sua vez incitou grandes sobras medicamentosas (BALISA 2010).

Destarte a esse acúmulo de drogas, grande parte da população, por falta de conhecimento sobre o assunto, ou falta de opção viável, acaba cometendo o descarte de maneira inadequada, efetuando-o em pias, vasos sanitários e lixos comuns. E, como consequência dessa atitude tem-se graves impactos no meio ambiente, o que gera problemas de saúde pública (ALMEIDA et al., 2019).

Sabe-se que os medicamentos desempenham um papel fundamental para tratamentos e profilaxias de numerosas patologias. Paradoxalmente, quando expostos às condições adversas de temperatura, luz e umidade, podem sofrer alterações químicas, que os transformam em substâncias tóxicas. Assim, se descartados inadequadamente no meio ambiente podem induzir efeitos adversos e catastróficos tanto na flora quanto na fauna (ALMEIDA, 2019).

Em consequência desses impasses, a partir da década de 1990, as discussões e reflexões acerca das implicações ocorridas pelos lixos descartados na natureza, trouxeram a certeza de que, se os indivíduos não se conscientizarem e mudarem seus hábitos, com a máxima urgência, em um futuro próximo, a Terra será um lugar inóspito. E, a partir dessa preocupação, surgiu-se como alternativa para reduzir estes impactos, a logística reversa, que abarca conceitos e legislações atuais, e conta com apoio de órgãos fiscalizadores (CAMPOS; GOULART, 2017).

Com essa preocupação, este estudo se justifica pois, apresenta relevância científica, já que proporcionará a divulgação de informações e conhecimento de medidas que otimizem o descarte de medicamentos de maneira adequada, e social já que, permitirá a educação

consciente da população acerca do descarte inadequado de medicamentos.

Sabendo-se que a saúde ambiental é dependente da educação ambiental a qual é capaz de promover a consciência, abarca processos de construção de valores sociais, subsídios, habilidades, ações e aptidões voltadas para a população a fim de promover a conservação do meio ambiente (FREIRE, 1979). Além disso, de acordo com Brugger (1993) a educação para o meio ambiente se relaciona diretamente com avaliação crítica individualista, as pessoas devem ter consciência ambiental e não serem adestradas.

Esta revisão integrativa foi feita em etapas, definindo-se primordialmente a questão norteadora: quais são os impactos ambientais e riscos sociais do descarte residencial incorreto de medicamentos e de perfuro cortantes gerados em domicílio? E, para responder tal questão traçou-se como objetivos deste estudo: apresentar o conhecimento produzido na literatura acerca das consequências do descarte inadequado de medicamentos e materiais perfuro cortantes; identificar os motivos das atitudes imprudentes da população em relação ao descarte domiciliar de medicamentos e expor medidas que reduzam os impactos ambientais decorrentes do desprezo inadequado de fármacos.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, qualitativa, descritiva exploratória. A revisão integrativa de literatura busca expor as principais ideias que tratam do problema e já foram discutidas por Cavalcanti (2015); Bandeira et al., 2019; Lima et al., 2016 e outros pesquisadores. A abordagem qualitativa não se preocupa com representatividade numérica, mas, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização. Os objetivos descritivos exploratórios buscam proporcionar maior familiaridade com o problema a fim de torná-lo mais explícito descrevendo os fatos e fenômenos de determinada realidade (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

Para o desenvolvimento da pesquisa seguiu as etapas sugeridas por Mendes, Silveira e Galvão (2008).

Sendo a primeira etapa a elaboração da questão norteadora.

Posteriormente, definiu-se os critérios de inclusão que consistiram em: artigos completos, publicados nos idiomas português, inglês e no recorte temporal de 2016 a 2021. Foram excluídos os artigos de acesso pago, reincidentes nas bases de dados e que não respondiam aos objetivos da pesquisa.

A etapa seguinte estabeleceu-se na busca pelos artigos publicados nos anos de 2016 a 2021 e a coleta de dados ocorreu em setembro de 2021, de forma *online*, nas bases de dados: Portal de periódicos da CAPES, um portal que abrange uma ampla e vasta rede de bases de dados (BRASIL, 2020a) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram utilizadas as palavras-chave: descarte domiciliar; medicamentos e impactos ambientais, combinados de diferentes formas, usando o operador booleano *AND* (Quadro 1).

Quadro 1. Combinações das palavras-chave. 2021

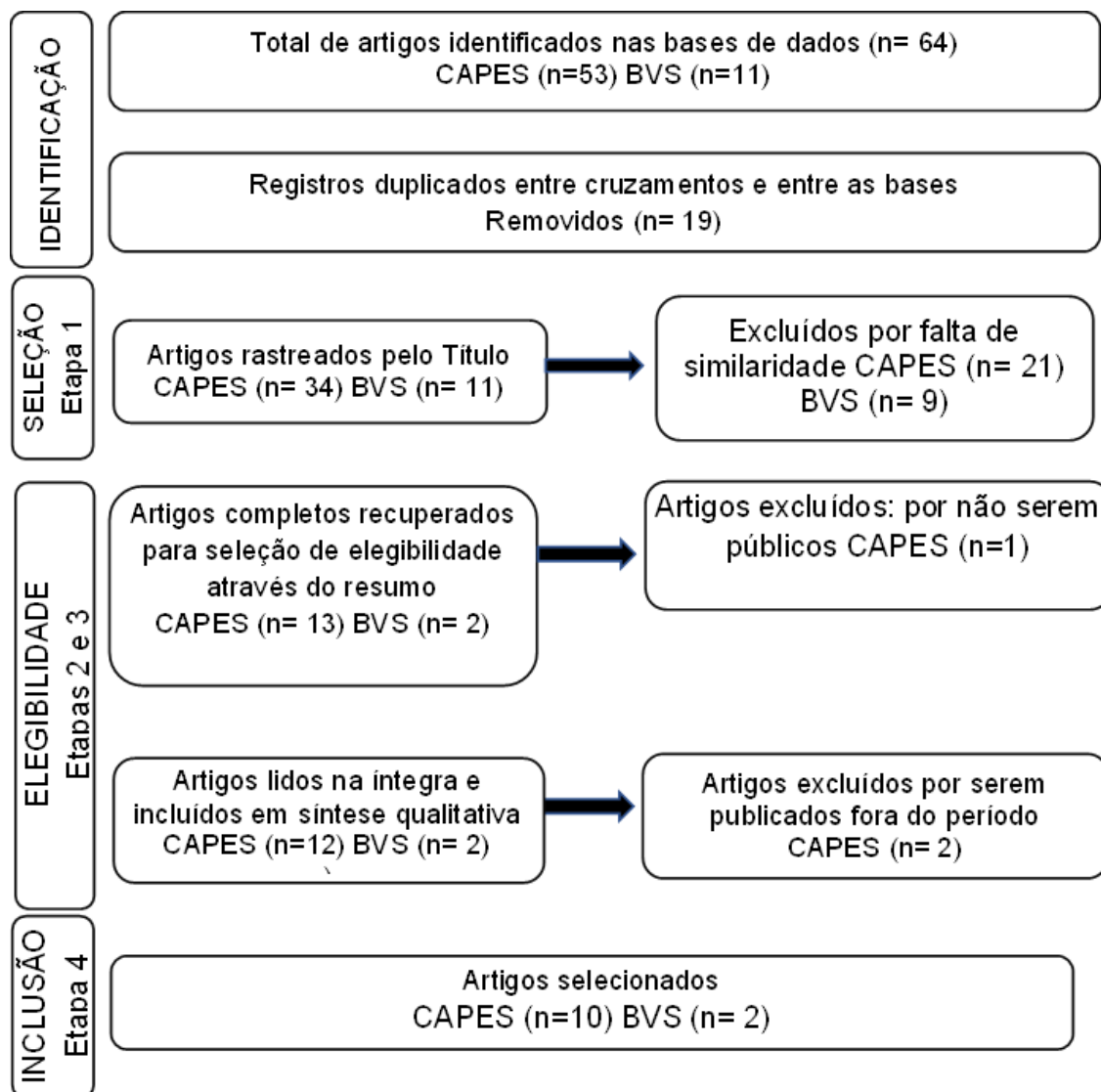
Combinação das palavras-chave	Base de Dados	Quantidade encontrada
Descarte Domiciliar <i>And</i> Medicamentos	CAPES	3
	BVS	0
Descarte Domiciliar <i>And</i> Impactos ambientais	CAPES	10
	BVS	0
Descarte Domiciliar <i>And</i> Medicamentos <i>And</i> Impactos ambientais	CAPES	40
	BVS	11

Fonte. Bases de dados utilizadas. 2021.

A seleção e análise dos trabalhos consistiram-se na metodologia de Lima e Mito (2007) seguindo as etapas, descritas a seguir:

- 1- Leitura de reconhecimento: compreendeu uma leitura dos títulos e seleção para a próxima etapa;
- 2- Leitura exploratória: se deu através da leitura dos resumos dos artigos selecionados na etapa anterior e, objetivou verificar se as informações selecionadas são relevantes para a pesquisa.
- 3- Leitura reflexiva: ocorreu através da leitura na íntegra dos artigos escolhidos, na qual, selecionou e organizou as informações contidas neles, buscando responder aos objetivos do estudo.
- 4- Leitura interpretativa: categorizou-se e analisou as ideias expressas nos trabalhos.

Em todas as etapas, para organizar os dados e facilitar a identificação das principais características houve auxílio do *software* Microsoft Word®, que resulta no Prisma *Flow* diagrama (Figura 1) o qual que consiste em um *checklist* com 27 itens composto por um diagrama de fluxo, que descreve as etapas sistemáticas da pesquisa (BMJ, 2020).

Figura 1. Prisma *Flow* diagrama da metodologia de seleção, 2021.

Fonte. Elaborado pelos autores, 2021

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A coleta de dados abarcou a análise de 12 artigos, sendo 2 selecionados na base de dados da BVS e 10 na base de dados do Portal de Periódicos da Capes. São estudos que se referem a artigos primários e secundários. Dos 12 artigos analisados 3 (25,0%) foram publicados em 2017; 4 (33,3%) em 2019 e 5 (41,7%) em 2020. Em relação ao idioma 5 (41,7%) foram em inglês e 7 (66,7%) em português. E 8 (66,6%) incluíram a educação com consciência no descarte de medicamentos em ambiente domiciliar a 4 (33,3%) sua conscientização para a Saúde Ambiental.

Sendo que, a partir da similitude dos estudos selecionados e analisados emergiram-se as seguintes categorias: *Consequências dos descartes inadequados de medicamentos; Informações do descarte domiciliar de medicamentos e perfuro cortantes e a educação ambiental; A logística reversa*¹.

3.1 Consequências dos descartes inadequados de medicamentos

As populares farmácias caseiras, geralmente, para garantir a praticidade de ter uma solução fácil, estão sempre lotadas de fórmulas para os mais variados tratamentos. Assim, antitérmicos, analgésicos e antigripais, que são comercializados sem prescrição médica, e sobras de medicamentos que precisam de prescrição médica, não raras vezes ficam armazenados por muito tempo, expirando a data de validade. Conseqüentemente, muitos destes produtos são descartados em lixos domésticos ou redes de esgotos, oportunizando problemas de saúde pública e ambiental (SILVA, 2020).

Sendo que, pode-se dizer que uma das formas mais usuais de descarte domiciliar é através de vasos sanitários e pias, o que devido a ineficiência dos sistemas de esgotos em tratar grande parte dos medicamentos, provoca impactos diretos à saúde dos seres humanos e animais (CONSTANTINO et al., 2020).

A composição dos fármacos possui micropartículas de variadas drogas, em conformidade com sua finalidade. No momento em que é feito o descarte no lixo comum ou na rede de esgoto elas entram em contato com a água, logo são diluídos e seus princípios ativos contaminam água e solo, de forma quase que impossível de serem eliminados em processos de filtração e tratamento comum (SILVEIRA, 2017).

Uma questão de grande importância para saúde pública a respeito do descarte inadequado de medicamentos é quanto ao descarte de antibióticos, que, em contato com o meio ambiente, podem influenciar microrganismos, causando a resistência bacteriana, o que acarreta doenças cada vez mais difíceis de serem tratadas (COSTA et al., 2017).

Nessa esteira, já foram realizados vários estudos em que se encontrou concentrações significantes de hormônios em afluentes urbanos. Situação em que se o problema não for corrigido, pode agravar intensamente com o passar dos anos, tendo em vista que 1 kg de medicamento pode ser potencial contaminador de até 450 mil litros de água (BANDEIRA et al., 2019; LIMA et al., 2016).

Ademais, essas alterações hormonais afetam especialmente a vida de animais marinhos e aquáticos, com alterações na fertilidade e nos comportamentos sexuais, devido às altas concentrações de estrógeno provenientes dos anticoncepcionais descartados na rede fluvial (COSTA et al., 2017).

Evidenciando o descarte inadequado de medicamentos, estudo realizado com 320 moradores do município de Rio das Ostras - RJ, mostrou que em relação ao descarte de medicamentos vencidos de uso nos domicílios, 88% realizam o descarte destes resíduos no lixo comum (GUERRIERI; HENKES, 2017).

Além disso, relacionando o uso de medicamentos domiciliares ao uso de resíduos perfuro cortante, os números são alarmantes. Constata-se, atualmente, que no Brasil no mínimo 1 milhão de seringas utilizadas por usuários de insulina são descartadas diariamente, nos resíduos doméstico comum. Porém essa quantidade pode ser mais elevada, tendo em vista que existem indivíduos que utilizam mais de uma seringa por dia (CAVALCANTE, 2016).

Neste contexto os impactos ambientais e sociais decorrentes do descarte domiciliar inadequado de medicamentos e resíduos médicos são inúmeros e geram como consequências o risco de acidente com perfuro cortante pelos garimpeiros de lixões (ESTEQUI et al., 2018).

Corroborando com os dados e riscos provocados pelo descarte inadequado de perfuro cortante, pesquisa realizada com 105 pacientes, usuários da rede de saúde e insulino dependentes, em Fortaleza - CE, mostrou que, em relação ao destino dos resíduos com insulino terapia 60 (57,1%) é em lixo comum (CUNHA et al., 2017).

Ainda nesta esteira, de pacientes que utilizam medicações injetáveis de uso contínuo no domicílio, pesquisa realizada com usuários de unidades básicas de saúde de Umuarama – PR mostrou que dos 149 entrevistados 79 (73,2%) efetuam o descarte dos resíduos e medicamentos em lixo comum e 30 (20,13%) os despreza sem nenhuma proteção, condição que além de causar danos ambientais pode provocar acidentes (SANTOS; RUIZ, 2020).

Neste âmbito há uma preocupação tanto com a eliminação domiciliar de materiais perfuro cortantes quanto de medicamentos inutilizados. Assim, pesquisa de revisão sistemática de literatura mostrou que a automedicação propicia o grande estoque medicamentoso domiciliar. E, esses farmacológicos em desuso, se constituem em um problema de saúde pública, tendo em vista que grande parte dos mesmos são desprezados no lixo comum e rede de esgoto (CONSTANTINO et al., 2020).

O descarte destes materiais em lixos comuns os direciona para os aterros sanitários, local de trabalho de muitas pessoas, que garimpam o lixo, e isso pode ocasionar aproveitamento indevido desses medicamentos e acidentes com perfuro cortantes. Além de que, esse descarte implica em um contato do medicamento diretamente com o solo, contaminando-o e solidando sua infertilidade, e, infelizmente, muitas vezes atinge os lençóis freáticos, contaminando a água e prejudicando imensamente a fauna (SILVEIRA, 2017).

Em consideração ao grande problema de saúde pública. O manejo e o descarte incorreto de medicamentos em desuso, gerado por tratamentos interrompidos ou por estarem vencidos, caracteriza um grande desafio para a sociedade atual, em virtude das consequências que estes resíduos podem causar ao meio ambiente e à saúde em geral (OLIVEIRA, BANASZESKI, 2021). Neste âmbito faz-se necessário apresentar a consciência e o conhecimento da população acerca do descarte de medicamentos e resíduos inutilizados no domicílio, a qual se mostra ineficiente, no qual a sociedade ainda realiza o descarte inadequado por falta de informação.

3.2 Informações do descarte domiciliar de medicamentos e perfuro cortantes e a educação ambiental

Sabe-se que a saúde ambiental depende de maneira extraordinária da educação ambiental a qual abarca processos em que o indivíduo e a coletividade constroem valores sociais, informações, desenvolvuras, atitudes e aptidões voltadas para a conservação do meio ambiente, essencial à sadia qualidade de vida e sua sustentabilidade e deve estar articuladamente presente em todos os níveis e modalidades do processo educativo, em

caráter formal e não-formal. Neste contexto, a conscientização da população acerca do descarte adequado de medicamentos é fundamental (BRANCO; ROYER; BRANCO, 2018).

Paradoxalmente à esta lei, estudo de revisão de literatura, realizado no Brasil, em 2019, mostrou que este país não conta com ações de educação/comunicação, adjacente à população, quanto aos riscos ambientais do descarte inadequado dos medicamentos e seus resíduos (OLIVEIRA et al., 2019).

Corroborando com estes dados, pesquisa realizada por Silva e Almeida (2017) apontam que o tema acerca do descarte de medicamentos em desuso deve ser mais discutido e a população em geral deve receber informações.

Ramos et al. (2017) mostram que a maioria da amostra possui medicação em casa, e o descarte, muitas vezes é em decorrência do vencimento e o mesmo ocorre de maneira inadequada, sendo desprezados no lixo comum e/ou na rede de esgoto. E, este descarte incorreto é decorrente da falta de conhecimento e ações que otimizem tal situação.

Além disso, pesquisa realizada com 153 pessoas de diferentes domicílios, residentes em Picos-PI, demonstrou que parcela significativa da amostra (94,1%), mesmo consciente de que exista algum risco para o ambiente, devido ao modo de descarte, não possui conhecimento adequado acerca do local para o desprezo dos medicamentos inutilizados (PEREIRA et al., 2019).

Outro estudo, realizado por Anjo et al. (2020) no município de Uberlândia, no Estado de Minas Gerais, com 784 pessoas, evidenciou que, a percepção acerca do risco associado ao descarte incorreto de medicamentos é boa evidenciando consciência. Paradoxalmente, a maioria da amostra realiza o desprezo de maneira inadequada. Com isso, é perceptível a necessidade de implantação de estratégias diferentes para a redução dos hábitos inadequados pela população.

Assim, observa-se que a população tem conhecimento dos danos ambientais ocasionados pelo descarte inadequado, tanto de medicamentos quanto de resíduos perfuro cortantes, não obstante apresentam baixa ciência relacionada ao descarte destes insumos, provavelmente em decorrência da pouca divulgação de educação ambiental para o descarte de medicamentos realizado pela população o que ocasiona consequências ao meio ambiente (ANJO et al., 2020).

Dentre as consequências deste descarte inadequado tem-se a contaminação do solo, água e lençóis freáticos, que pode ocasionar problemas de aridez do terreno e distúrbios hormonais, neurológicos e esqueléticos na flora que consome a água e os alimentos da região e também alterações nos microrganismos que podem se tornar mais resistentes aos medicamentos (MEDEIROS, MOREIRA, LOPES, 2014).

Assim, percebe que a população carece de educação em saúde, que proporcione o reconhecimento das práticas corretas para o descarte de medicamentos. Para otimizar esta condição, é fundamental que haja simultaneamente a estimulação de práticas que proporcionem rotas de descarte e a instalação de postos de coleta de medicamentos ou programas de recolhimento (CONSTANTINO et al., 2020)

Para Carvalho Neto *et al.* (2020) diante da elevada falta de informação da população acerca do correto descarte domiciliar de medicamentos, torna-se fundamental empoderar a sociedade a respeito da forma apropriada de descarte.

Entre as medidas para melhorar a conscientização popular relacionada a este tema a amostra do estudo de Ramos *et al.* (2020) sugere a venda fracionada de medicamentos, com emissões obrigatórias de receitas, para diminuir a produção e estoque medicamentosos; assim como abordar o tema nas instituições de ensino, visando a promoção do conhecimento, e promover a divulgação simples e clara, na mídia, acerca do descarte adequado informando sobre a logística reversa, uma medida que tem se tornado eficaz no descarte de materiais perfuro cortantes e medicamentos inutilizados e que se relaciona com educação ambiental, a sustentabilidade e a Lei 9.795 de 1999, já que com essas ações o indivíduo e a coletividade edificam conhecimento, valores sociais e habilidades.

3.3 A logística reversa

No Brasil ainda as leis que disciplinem e orientem um sistema de logística reversa para medicamentos de uso domiciliar ainda são precárias. Para otimizar tal situação a Política Nacional de Resíduos Sólidos (PNRS), publicada em 2010 emerge como uma possibilidade para o desenvolvimento de planos de ação voltados para a coleta de resíduos sólidos, envolvendo toda a cadeia de suprimento, desde o fornecedor até o consumidor final, criando assim uma responsabilidade compartilhada na efetivação destas ações (LUNA; VIANA, 2019). Estratégia essa que promove a sustentabilidade e provoca menores danos ao meio ambiente (SILVA; OLIVEIRA, 2020).

Campanher (2016) definem a logística reversa - LR como uma agregação de planejamento, instalação e controle do fluxo competente e econômico, de matéria-prima, acervo em processo, produtos finalizados e informações do consumo e origem, com o objetivo de recuperar o valor ou dispor adequadamente o produto.

Sabendo-se que o mercado de medicamentos é um grande contribuinte na geração anual de resíduos. Além de envolver a cadeia produtiva, comercial e de consumo, ameaçando conseqüentemente a saúde e o meio ambiente, em virtude da sua composição química (BRANCO; ROYER; BRANCO, 2018).

Em virtude disso, a logística reversa, se perfaz com o trajeto contrário à logística tradicional, utilizando as vias de distribuição. De forma que, todos os produtos que não tenham mais utilidade, sejam descartados nos mesmos estabelecimentos em que foram adquiridos (MASSI, 2019).

Para isso, em junho de 2020, foi homologado o decreto 10.388, nele, o sistema de logística reversa de medicamentos foi regulamentado e as farmácias e drogarias serão obrigadas a disponibilizar pontos de coleta, de forma que seus clientes possam descartar os medicamentos. Logo após o produto é retirado pela distribuidora que leva de volta à indústria, essa por sua vez será responsável pela destruição adequada, através de incineração,

coprocessadores ou lixões de grau 1 - homologados pelas entidades ambientais (BRASIL, 2020b)

Em consequente, o decreto que entrou em vigor em 180 dias após sua publicação, foi dividido em duas fases distintas: a primeira será a instituição do Grupo de Acompanhamento de Performance (GAP); se trata de um grupo composto por vários setores e é responsável pela logística do processo, desde a definição de um sistema de acompanhamento e registros ao controle de volumes coletados. Segunda: habilitação dos prestadores de serviços, bem como elaboração do plano de execução, instalação dos pontos de recebimento dos medicamentos descartados e viabilização do transporte (AGFADVICE, 2021).

Dessa forma, a previsão para implementação é de dois anos, ou seja, até 2023, todas as capitais e municípios com população acima de 500.000 habitantes já estarão com pelo menos 1 farmácia habilitada para cada 10.000 habitantes (FEBRAFAR, 2021).

Neste âmbito, é fundamental que haja a fiscalização periódica e adequada, tanto dos estabelecimentos comerciais, quanto das empresas responsáveis pelo tratamento destes materiais, tendo em vista que é inconsistente apenas instalar os postos de coleta sem a monitoria adequada (STOCHER *et al.*, 2019).

A partir da implementação da logística reversa pode-se perceber que, embora o plano seja novo e ainda existem muitos detalhes para serem definidos até que o projeto seja aplicado na prática, já se pode sentir um conforto ao saber que de fato algo está sendo feito para que seja corrigida essa situação. Tendo em vista que a logística reversa de medicamentos, que são compostos químicos, contribui de maneira singular para que o desenvolvimento sustentável seja plausível, pois parte do lixo produzido pode ser reciclado e reaproveitado através da integração ao processo produtivo (SILVA; OLIVEIRA, 2020).

Com isso, percebe-se que a logística reversa de medicamentos é uma estratégia sustentável e que promove descarte adequado de medicamentos, mas para que isso ocorra, a população deve possuir consciência e conhecimento acerca das metodologias para o desenvolvimento desta estratégia, por meio de educação continuada e frequente.

É fundamental a realização de ações que instruam o descarte adequado de medicamentos e a logística reversa em ambientes como: escolas, unidades de saúde e setores públicos. Tais ações podem ser realizadas instrutivamente com vídeos, cartazes, panfletos de maneira periódica e abordando a importância desta sustentabilidade e explicando como deve ser realizado.

Neste âmbito, uma alternativa é que os profissionais que dispensam tanto os medicamentos como os materiais perfuro cortantes, tenham a consciência sobre os danos do descarte inadequado de medicamentos, assim como conhecimento das tecnologias disponíveis para o descarte adequado, e, com isso sejam capazes de orientar a população, que na maioria das vezes, como apresentado nos estudos de Ramos *et al.* (2017) e Bertolin, Kronbauer e Pegoraro (2015), desconhece os métodos adequados de descarte, a realizar o desprezo destes materiais de maneira adequada, promovendo assim ações de educação

ambiental.

Além disso, é fundamental implantar e divulgar, por meio das mídias e panfletos, o fluxograma de logística reversa apresentado pelo Ministério do Meio Ambiente (2020), o qual disponibiliza pontos de coleta, em que os consumidores podem fazer o descarte adequado de medicamentos (BRASIL, 2020c).

Essas ações de apresentação e instrução de métodos de logística reversa, assim como de descarte adequado de medicamentos, podem promover o conhecimento da população, gerando consciência e com isso é capaz de mudar as atitudes.

4 CONCLUSÃO

O mercado de medicamentos é um grande contribuinte na geração anual de resíduos. É de suma importância estar alerta quando o assunto é descarte de medicamentos, pois, a proteção do meio ambiente, e a redução dos impactos causados na saúde pública, devem ser abordados periodicamente.

Assim, os impactos ambientais e sociais decorrentes do descarte domiciliar inadequado de medicamentos e resíduos médicos são inúmeros e geram como consequências o risco de acidente com perfuro cortante pelos garimpeiros de lixões e a contaminação do solo, água e lençóis freáticos.

Em relação a atitudes imprudentes, a população detém consciência das consequências do descarte inadequado, porém não possui conhecimento suficiente para realizar a disposição adequada desses materiais.

Para otimizar o descarte destes insumos faz-se necessário a melhoria da mobilização e sensibilização social, a implantação, comunicação e orientação da logística reversa de medicamentos, a implantação de medidas de recolhimento desses insumos, a execução de educação continuada tanto com os profissionais que dispensam tais insumos quanto com a população que compra, informando o fluxograma e os locais de coleta desses medicamentos. Outra medida seria a conscientização, continuada e permanente, acerca da automedicação e tornar mais rígido as maneiras de adquirir os medicamentos.

Assim, esforços devem ser aplicados com o intuito de desenvolver estratégias para propiciar condições adequadas do descarte domiciliar de medicamentos e resíduos.

REFERÊNCIAS

AGFADVICE. **Logística reversa de medicamentos entra em vigor**. Porto Alegre: Agfadvice, 2021. Disponível em: <https://www.agfadvice.com.br/?s=logistica+reversa>. Acesso em: 22 dez. 2022.

ALMEIDA, A. A. *et al.* Descarte inadequado de medicamentos vencidos: efeitos nocivos para a saúde e para a população. **Revista Saúde e Meio Ambiente**, Mato Grosso do Sul, v.9, n. 2, p. 155-162, 2019.

ANJO, J. S. *et al.* Influência da Percepção de risco na destinação de medicamentos domiciliares. **Revista Gestão e Sustentabilidade Ambiental**, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 396-413, 2020. Doi: 10.19177/rgsa.v9e22020396-413.

BALISA, R. B. J. **O percurso histórico da atenção farmacêutica no mundo e no Brasil**: fascículo V. Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. São Paulo: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 156p.

BANDEIRA, E. *et al.* Medicine dispoasal: a socio-environmental and health issue. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 11n. 1., 2019. Doi: 10.9789/2175-5361.2019.v11i1.8-17.

BMJ (ACESSO ABERTO). Página MJ, MOHER, D. *et al.* **Explicação e elaboração do PRISMA 2020**: orientações e exemplos atualizados para relatar revisões sistemáticas. *BMJ*, [s.:/] v. 372: n. 160, 2020. Doi: 10.1136 / bmj.n160.

BRANCO, E. P.; ROYER, M. R.; BRANCO, A. B. de G. A ABORDAGEM DA EDUCAÇÃO AMBIENTAL NOS PCNs, NAS DCNs E NA BNCC. **Nuances: Estudos sobre Educação**, Presidente Prudente, v. 29, n. 1, 2018. Doi: 10.32930/nuances.v29i1.5526.

BRASIL. **Decreto 10.388 de 05 de junho de 2020**. Regulamenta o § 1º do **caput** do art. 33 da Lei nº 12.305, de 2 de agosto de 2010, e institui o sistema de logística reversa de medicamentos domiciliares vencidos ou em desuso, de uso humano, industrializados e manipulados, e de suas embalagens após o descarte pelos consumidores. 107-A. ed. Brasília: Atos do Poder Executivo, 2020b.

BRASIL. **Lei 9.795 de 27 de abril de 1999**. Dispõe sobre a educação ambiental, institui a Política Nacional de Educação Ambiental e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9795.htm. Acesso em 29 nov. 2021.

BRASIL. **Medicamentos, seus resíduos e embalagens**: ciclo da logística reversa. Brasília: Ministério do Meio Ambiente, 2020c. Disponível em: <https://sinir.gov.br/logistica-reversa/sistemas-implantados/63-logistica-reversa/481-logistica-reversa-medicamentos>. Acesso em: 22 dez. 2021.

BRASIL. **Portal de periódicos CAPES/MEC**. Brasília: Ministério da Educação, 2020a. Disponível em: http://www-periodicos-capes-gov-br.ez34.periodicos.capes.gov.br/index.php?option=com_

INDICE REMISSIVO

- A**
Aedes aegypti.....85, 93
- C**
COVID-19.....86, 87,
92, 94, 111, 115, 143, 145, 147, 148, 151,
152, 153, 155, 157, 158, 142, 143, 144, 148,
149, 150, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173,
174, 175, 176, 192
Cuidados Paliativos 23, 27, 29
- D**
DATASUS.....13, 19,
37, 87, 94, 107, 113, 157, 162, 181
Doença3,
19, 23, 24, 27, 35, 36, 40, 41, 55, 56, 59, 66,
67, 68, 69, 85, 86, 87, 88, 91, 92, 94, 122,
123, 124, 125, 126, 132, 137, 143, 145, 146,
147, 117, 132, 133, 135, 136, 137, 138, 139,
140, 144, 150, 151, 156, 157, 160, 162, 163,
164, 168, 169, 171, 173, 174, 178, 179, 182,
183, 187, 188, 191, 192, 193, 194, 195, 196,
197, 201, 202, 204, 205, 206, 207, 216
Doenças crônicas.....117,
118, 122, 127, 128, 151, 167
- E**
Enfermagem.....20, 22,
23, 24, 25, 32, 33, 72, 73, 113, 114, 127,
128, 156, 131, 132, 134, 139, 140, 141, 142,
143, 144, 153, 154, 166, 167, 175, 220, 221,
222
Epidemiologia..... ..7,
11, 20, 21, 43, 72, 73, 85, 92, 115, 127, 128,
148, 156, 164, 201, 207, 208, 209
Estudo epidemiológico..... 11, 12, 35, 37, 41
- H**
Humanização.....25, 28,
30, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153,
154
- I**
Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's
.....64, 65
- M**
Medicamentos.....68, 74,
76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 123, 125, 205,
206, 207, 223, 224, 225, 226, 228, 229, 230,
231, 232, 233, 234, 235
Ministério da Saúde.....2, 3, 6,
13, 36, 41, 60, 65, 66, 67, 68, 69, 71, 72, 83,
87, 93, 107, 111, 113, 114, 139, 144, 129,
141, 153, 157, 164, 168, 171, 174, 175, 197,
202, 206, 207, 209, 220
- O**
OMS.....2, 3,
4, 5, 6, 9, 24, 64, 65, 66, 69, 73, 74, 106,
114, 124, 143, 157, 146, 117, 138, 156, 168,
192, 198, 202, 206, 207
- P**
Pandemia.....86, 87,
105, 111, 113, 115, 143, 145, 148, 152, 153,
155, 142, 143, 144, 148, 149, 133, 167, 168,
169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 192
- Q**
Qualidade de vida 28, 29, 126, 127, 142
- S**
Saúde Mental.....95, 103,
146, 116, 124, 134, 166, 167, 169
Saúde Pública.....1, 2,
4, 5, 8, 10, 20, 22, 25, 26, 30, 34, 37, 42, 43,
44, 47, 54, 55, 62, 63, 64, 66, 75, 76, 84, 85,
92, 93, 95, 102, 103, 104, 114, 115, 116,
129, 133, 134, 135, 136, 137, 141, 147, 159,
150, 151, 131, 132, 134, 144, 145, 155, 156,
166, 177, 190, 198, 200, 202, 209, 210, 220,
221, 222, 223
- U**
UBS132, 178, 182, 183, 184, 186, 214
- V**
Vigilância Epidemiológica.....40, 42,
115, 157, 158, 209

Violência45, 46,
47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 99, 101, 105, 106,
107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115,
149, 154, 155

Vírus.....36, 62,
63, 64, 67, 68, 71, 73, 85, 86, 143, 157, 167,

168, 169, 171, 173, 192

Z

Zoonose.....36, 145, 146, 147, 193, 196, 199

SAÚDE PÚBLICA: PRINCÍPIOS E PRÁTICAS

ISBN: 978-65-88884-16-4

DOI:10.51161/editoraime/105

I EDIÇÃO

ORGANIZADORES

Vandbergue Santos Pereira
Bruno Nascimento Da Silva



Editora IME

www.editoraime.com.br

Email: contato@editoraime.com.br