



SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: UM PANORAMA ATUAL



Volume 1

**Organizadora:
Cindy J S Ferreira**



SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: UM PANORAMA ATUAL



Volume 1

Organizadora:
Cindy J S Ferreira



Editora Omnis Scientia

SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: UM PANORAMA ATUAL

Volume 1

1ª Edição

TRIUNFO - PE

2022

Editor-Chefe

Me. Daniel Luís Viana Cruz

Organizadora

Cindy J S Ferreira

Conselho Editorial

Dr. Cássio Brancaleone

Dr. Marcelo Luiz Bezerra da Silva

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior

Dr. Walter Santos Evangelista Júnior

Dr. Wendel José Teles Pontes

Editores de Área - Ciências da Saúde

Dra. Camyla Rocha de Carvalho Guedine

Dra. Cristieli Sérgio de Menezes Oliveira

Dr. Leandro dos Santos

Dr. Hugo Barbosa do Nascimento

Dr. Marcio Luiz Lima Taga

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Assistente Editorial

Thialla Larangeira Amorim

Imagem de Capa

Canva

Edição de Arte

Vileide Vitória Larangeira Amorim

Revisão

Os autores



**Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons – Atribuição-
NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.**

**O conteúdo abordado nos artigos, seus dados em sua forma, correção e
confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Lumos Assessoria Editorial
Bibliotecária: Priscila Pena Machado CRB-7/6971

S255 Saúde pública no Brasil: um panorama atual [recurso eletrônico] / organizadora Cindy J. S. Ferreira. — 1. ed. — Triunfo : Omnis Scientia, 2022.
Dados eletrônicos (pdf).

Inclui bibliografia.
ISBN 978-65-5854-764-8
DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8

1. Saúde pública - Brasil. 2. Pessoal da área de saúde - Formação. 3. Política de saúde - Brasil.
4. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Ferreira, Cindy J. S. II. Título.

CDD22: 362.1098142

Editora Omnis Scientia

Triunfo – Pernambuco – Brasil

Telefone: +55 (87) 99656-3565

editoraomnisscientia.com.br

contato@editoraomnisscientia.com.br



PREFÁCIO

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1946 definiu a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente ausência de afecções e enfermidades” e, portanto, a saúde pública está intimamente ligada nesta definição, uma vez que é a grande responsável por associar todo o conjunto de medidas que são executadas pelo Estado, para garantir o bem-estar físico, mental e social de toda a população brasileira.

Nesta perspectiva, é importante que profissionais da saúde tenham a compreensão do valor da interdisciplinaridade e interprofissionalidade na solução dos problemas de ordem de saúde pública, associando as mais diversas áreas de conhecimento na intenção de produção e aperfeiçoamento do conhecimento, além da resolução ou até mesmo cura das doenças, e com conseqüente melhora da qualidade de vida da população.

Sendo assim, os profissionais da saúde necessitam de constante atualização em relação ao conhecimento científico que está sendo gerado no Brasil, complementando a formação de um profissional ou estudante, através da amplitude e domínio do conhecimento que é gerado a partir dos mais variados temas que compõem o campo da saúde pública brasileira. À vista disso, o volume 1 de 2022, traz a proposta de uma educação continuada para profissionais e estudantes, representando boa parte da demanda do conteúdo científico gerado no Brasil através de artigos técnicos e científicos, com o tema “SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: UM PANORAMA ATUAL”.

Em nossos livros selecionamos um dos capítulos para premiação como forma de incentivo para os autores, e entre os excelentes trabalhos selecionados para compor este livro, o premiado foi o capítulo 15, intitulado “ESCOMBROS DA SAÚDE MENTAL: ALGO AINDA ESTÁ DE PÉ?”.

SÚMÁRIO

CAPÍTULO 116

PERFIL DOS IDOSOS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FATORES DE RISCOS RELACIONADOS

Tiffany de Albuquerque Ribeiro

Maria de Nazaré de Souza Ribeiro

Fátima Helena do Espírito Santo

Cleisiane Xavier Diniz

DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/16-28

CAPÍTULO 229

RELAÇÃO DAS VARIÁVEIS CLIMÁTICAS DE MACEIÓ COM AS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS EM CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS

Ana Cecília Silvestre da Silva

Iara Maria Ferreira Santos

Mylena Cristina Clementino Albuquerque

Rosana Alves Ferreira Nunes Mendes

DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/29-42

CAPÍTULO 343

PERCEPÇÃO MATERNA SOBRE AMAMENTAÇÃO E INTRODUÇÃO PRECOCE DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

Társila Estefânia Gomes Rodrigues

Larissa Grace Nogueira Serafim de Melo

Raísa Acácio França Costa

DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/43-55

CAPÍTULO 4	56
ASPECTOS NUTRICIONAIS DE PACIENTES COM CÂNCER ATENDIDOS EM UM HOSPITAL DE ATENDIMENTO ONCOLÓGICO	
Gleidison Andrade Costa	
Eliakim do Nascimento Mendes	
Camila Araújo Pereira	
Paula Francinette Fernandes Aguiar	
Bianca Guedes Silva Almeida	
Gabriela Sander de Sousa Nunes Costa	
DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/56-71	
CAPÍTULO 5	72
OS DESAFIOS DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA COM RELAÇÃO À ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL DAS CRIANÇAS	
Bárbara Duarte Cangussu	
Gabriela Abreu Murad	
Isabela Viana Gonçalves	
DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/72-80	
CAPÍTULO 6	81
SOFTWARES ABERTOS COLABORATIVOS EM ENFERMAGEM	
Alice Andrade Antunes	
Bruna Dantas Diamante Aglio	
Carlos Luiz Dias	
DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/81-96	
CAPÍTULO 7	93
COMPREENSÃO DAS MULHERES USUÁRIAS DO SUS SOBRE A IMPORTÂNCIA DA REALIZAÇÃO DO EXAME PAPANICOLAU	
Patrícia Pereira Tavares de Alcantara	
Nadiene de Matos Oliveira	
Herlys Rafael Pereira do Nascimento	

John Carlos de Souza Leite
Francisca Evangelista Alves Feitosa
Maria Anelice de Lima

DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/93-104

CAPÍTULO 8105

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER SOB A PERSPECTIVA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Patrícia Pereira Tavares de Alcantara
Daiana de Freitas Pinheiro
Francisca Evangelista Alves Feitosa
Estefani Alves Melo
Mariana Andrade de Freitas
Maria Anelice de Lima

DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/105-115

CAPÍTULO 9116

ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO ATENDIMENTO A MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA

Patrícia Pereira Tavares de Alcantara
Patrícia Alves de Andrade
Rachel Cardoso de Almeida
Maria Regilânia Lopes Moreira
Francisca Evangelista Alves Feitosa
Mariana Andrade de Freitas
Estefani Alves Melo
Maria Anelice de Lima

DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/116-127

CAPÍTULO 10	128
COVID-19 EM ADOLESCENTES: CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DOS CASOS CONFIRMADOS NO NORDESTE DO BRASIL	
Brena Shellem Bessa de Oliveira	
Ires Lopes Custódio	
Francisca Elisângela Teixeira Lima	
Sabrina de Sousa Gurgel Florencio	
Glaubervania Alves Lima	
Kirley Kethellen Batista Mesquita	
Ana Barbosa Rodrigues	
Patricia Neyva da Costa Pinheiro	
DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/128-142	
CAPÍTULO 11	143
SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NO BRASIL: PERCURSO HISTÓRICO, AVANÇOS E DESAFIOS DA ATUALIDADE	
Mariana Nathália Gomes de Lima	
Vanessa Sá Leal	
DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/143-153	
CAPÍTULO 12	154
A RELAÇÃO DO CONSUMO DE BEBIDAS AÇUCARADAS E AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	
Iana Carolina Meira Barboza	
Francisco Fábio Bezerra de Oliveira	
Ludmila Araújo Rodrigues de Lima	
Maria Misrelma Moura Bessa	
DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/154-164	

CAPÍTULO 13	165
INDICADORES DE SAÚDE DO IDOSO: CONTEXTUALIZAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA PARA A SAÚDE PÚBLICA	
Iara Maria Ferreira Santos	
Cidênia Mônica Soares de Souza	
DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/165-177	
CAPÍTULO 14	178
O PAPEL DA FISIOTERAPIA CARDIOVASCULAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	
Cecília Gonçalves de Souza	
Igor Lucas Geraldo Izalino de Almeida	
Keity Lamary Souza Silva ³ ;	
Débora Fernandes de Melo Vitorino	
Henrique Silveira Costa	
DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/178-194	
CAPÍTULO 15	195
ESCOMBROS DA SAÚDE MENTAL: ALGO AINDA ESTÁ DE PÉ?	
Marcella Dantas Ribeiro	
Mariana Nathália Gomes de Lima	
Lucas Lima de Medeiros	
Raphaella Christine Ribeiro de Lima	
Elieudes Alves Teté dos Santos	
Elânia Vanderlei da Silva	
Kary Roberta Silva Ramos	
Railton Florencio De Moura Farias	
Raíssa Andrade De Araújo Silva	
Mariana Guimarães Dos Santos	
Paula Regina Lima de Moraes Pergentino	
DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/195-205	

CAPÍTULO 16206

SAÚDE MENTAL NO PÓS PANDEMIA: UMA QUESTÃO EMERGENTE

Mônica Vicente de Souza

Francisco das Chagas Maciel

Thainara Santos de Oliveira

Alessandra Gonzaga Ramos

Monikelle Costa Rocha

Livia de Jesus Vasconcelos

Gemima Lima Pereira

DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/206-211

CAPÍTULO 17212

IMPACTO DA PANDEMIA PELA COVID-19 NO COMPORTAMENTO DE CÃES E GATOS EM SERGIPE

Lívia Santos Lima

Jéssica Layane Oliveira Fontes

Anita de Souza Silva

Renata Rocha da Silva

Roseane Nunes de Santana Campos

DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/212-222

CAPÍTULO 18223

PARTO PREMATURO NO BRASIL: UMA REVISÃO DA LITERATURA CONTEMPLANDO O CENÁRIO ATUAL

Ana Carolina Melo Franco Sleumer Hamacek

Luana Costa Vieira

Rachel Barros Pinheiro

Liv Braga de Paula

DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/223-231

CAPÍTULO 19	232
CONTROLADORES DE ELITE COMO ESTRATÉGIA DE CURA DO VÍRUS HIV	
Andressa de Oliveira Rosa	
Xisto Sena Passos	
Mariana Félix Prudente	
DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/232-241	

CAPÍTULO 20	242
INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE PROFISSIONAIS DO SEXO: REVISÃO DE LITERATURA	
Antônio Bertolino Cardoso Neto	
Dilma Aparecida Batista Ferreira	
Mariana Machado dos Santos Pereira	
Juliano Fábio Martins	
Ana Paula da Silva Queiroz	
Thays Peres Brandão	
Márcio Paulo Magalhães	
Paula Cardinale de Queiroz Romão	
Cristiano Vieira Sobrinho	
Maxwel Soares Santos	
Carolina Peres Brandão	
DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/242-251	

CAPÍTULO 21	252
MÉTODOS CONTRACEPTIVOS OFERECIDOS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA COM O DISPOSITIVO INTRAUTERINO DE COBRE	
Camilly Helena Fiusa Tenório	
Maria Alexsandra Silva dos Santos	
Fabiana Aparecida Vilaça	
Adriano dos Santos Oliveira	
DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/252-266	

CAPÍTULO 22267

AÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS PREVENTIVAS AOS RISCOS OCUPACIONAIS CAUSADOS PELA PANDEMIA DE COVID-19 A PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Isadora Fernandes da Costa

Rosirene Maria Fernandes da Costa

Isilda Soares

Marilurdes Silva Farias

Maura Magda Cucolicchio Guedes Barreto

Leandra Andréia de Sousa

José Renato Gatto Júnior

DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/267-312

CAPÍTULO 23313

ADESÃO ÀS CONSULTAS DE PUERICULTURA EM COMUNIDADE RURAL NO SERTÃO PERNAMBUCANO

Maria Clara de Brito Cabral

Davi Pedro Soares Macedo

Ícaro Oliveira Bandeira

João Antônio Gonçalves Filho

Maria Clara da Silva Rodrigues

Natalya Wegila Felix da Costa

Sarah Soares de Melo

Maria Misrelma Moura Bessa

DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/313-322

CAPÍTULO 24323

ANÁLISE DA IMPORTÂNCIA DA VACINA HPV: DISPONÍVEL NOS POSTOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JOÃO LISBOA (MA)

Ana Maria Ferreira dos Santos Torres

Célia Matos de Oliveira

Juciana Ferreira dos Santos Torres

DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/323-335

CAPÍTULO 25336

PANORAMA DA PENICILINA NO BRASIL E NO MUNDO

Flávio Gomes Figueira Camacho

DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/336-341

PERFIL DOS IDOSOS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FATORES DE RISCOS RELACIONADOS

Tiffany de Albuquerque Ribeiro¹;

Universidade Federal Fluminense. Niterói (RJ).

<http://lattes.cnpq.br/0256256985250238>

Maria de Nazaré de Souza Ribeiro²;

Universidade do Estado do Amazonas. Manaus (AM).

<http://lattes.cnpq.br/2548588402135708>

Fátima Helena do Espírito Santo³;

Universidade Federal Fluminense. Niterói (RJ).

<http://lattes.cnpq.br/8549284765290566>

Cleisiane Xavier Diniz⁴.

Universidade do Estado do Amazonas. Manaus (AM).

<http://lattes.cnpq.br/1618002939478141>

RESUMO: Introdução: as pesquisas sobre o tema da violência contra a pessoa idosa se ampliaram na última década e tem ajudado a identificar os fatores e causas deste fenômeno costumeiramente velado. Um número considerável de pessoas idosas vitimadas sofre em silêncio, constrange-se perante sua família e isola-se de sua comunidade, esperando que o problema seja desvelado, possibilitando ações preventivas e fornecimentos de subsídios para construção de políticas públicas de prevenção à violência contra a pessoa idosa. Objetivo: identificar o perfil dos idosos residentes na zona oeste da cidade de Manaus, Amazonas, que vivem em situação de violência e os fatores de riscos relacionados. Métodos: Estudo de base populacional, quantitativo, de natureza transversal e descritivo, realizado com idosos residentes na zona oeste da cidade de Manaus. A amostra por conveniência totalizou 380 pessoas idosas, com margem de erro de 5% e Coeficiente de Confiança de 95%. Utilizou-se instrumento sobre o perfil sociodemográfico e econômico para caracteriza a população estudada e o instrumento *Hawlek Sengstock Elder Abuse Screening Test* (H-S/EAST), adaptado para o Brasil. Resultados: predominância do sexo feminino e faixa etária de idosos entre 60 e 70 anos; casados ou viúvos; renda familiar média de até 1 salário-mínimo ou entre 1 e 2 salários; a maioria com residência própria, residindo com companheiro (a), filhos e netos. Quanto ao abuso direto ou violência indireta, a maior prevalência se apresentou entre abuso financeiro; quanto a violação dos direitos

peçoais e as características de vulnerabilidade, o maior percentual não tem quem lhe faça companhia para ir ao médico ou fazer compras; geralmente se sente triste ou só. Considerações finais: as carências econômicas são um dos maiores fatores de risco para a violência no meio intrafamiliar. Os resultados do estudo ratificam as constantes mudanças nas características sociodemográficas dos idosos brasileiros e podem subsidiar outros projetos para implantação de políticas públicas, tendo como base o perfil do idoso para os quais se destinam tais projetos.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso. Envelhecimento. Violência Doméstica. Exposição à violência

PROFILE OF ELDERLY IN SITUATIONS OF DOMESTIC VIOLENCE AND RELATED RISK FACTORS

ABSTRACT: Introduction: Research on the topic of violence against the elderly has expanded in the last decade and has helped to identify the factors and causes of this usually veiled phenomenon. A considerable number of elderly victims suffer in silence, embarrass themselves in front of their families and isolate themselves from their community, waiting for the problem to be revealed, enabling preventive actions and providing subsidies for the construction of public policies to prevent violence against elderly. **Objective:** to identify the profile of elderly people living in the west of the city of Manaus, Amazonas, who live in situations of violence and the related risk factors. **Methods:** A population-based, quantitative, cross-sectional and descriptive study carried out with elderly people living in the west of the city of Manaus. The convenience sample totaled 380 elderly people, with a margin of error of 5% and a confidence coefficient of 95%. An instrument on the sociodemographic and economic profile was used to characterize the population studied and the Hawlek Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST) instrument, adapted for Brazil. **Results:** predominance of females and age group of elderly people between 60 and 70 years old; married or widowed; average family income of up to 1 minimum wage or between 1 and 2 wages; most with their own residence, living with a partner, children and grandchildren. As for direct abuse or indirect violence, the highest prevalence was found among financial abuse; as for the violation of personal rights and the characteristics of vulnerability, the highest percentage does not have anyone to keep them company to go to the doctor or go shopping; usually feel sad or lonely. **Final considerations:** economic needs are one of the biggest risk factors for violence in the family environment. The results of the study confirm the constant changes in the sociodemographic characteristics of the Brazilian elderly and can support other projects for the implementation of public policies, based on the profile of the elderly for whom such projects are intended.

KEY-WORDS: Elderly. Aging. Domestic violence. Exposure to violence

INTRODUÇÃO

Em se tratando da população idosa, aquelas que possuem poder aquisitivo menor são as de maiores probabilidades de apresentarem problemas de saúde, maior dependência econômica e vulnerabilidade a situações como maus tratos, em geral, abandono e internações de longa duração. Isso porque carecem de cuidados de saúde e possuem informações limitadas quanto a ações de promoção e monitoramento de saúde. No entanto, a violência ocorre em todas as classes sociais e normalmente são pesquisadas nas camadas mais inferiores da população excluindo aquelas de melhor poder aquisitivo (SANTOS et al, 2020; LOPES e D'ELBOUX, 2020).

De modo geral, as pessoas idosas são necessitadas dos serviços de proteção por serem vulneráveis a acidentes e violência, sendo as mais vulneráveis aquelas que apresentam déficits cognitivos, alterações de sono, incontinência e dificuldades de locomoção, necessitando de cuidados intensivos em suas atividades básicas da vida diária, e isso independe do poder aquisitivo de cada um (SANTOS et al., 2020).

No tocante à saúde, os profissionais que atuam em proximidade com este grupo etário, em especial a equipe de enfermagem, possuem um papel importante na divulgação e discussão deste problema na comunidade. Além disso, a identificação de situações de risco, a partir da observação atenta da comunicação, do comportamento, dos gestos e das expressões faciais do idoso, seja na comunidade, nas Unidades Básicas de Saúde ou em qualquer serviço de atendimento hospitalar, permitirá a elaboração de estratégias de enfrentamento adequadas (CAMACHO e ALVES, 2015). Cabe lembrar que toda visita do idoso à um serviço de saúde pode ser a única oportunidade de detectar tais situações.

As pesquisas sobre o tema se ampliaram na última década e, atualmente, têm se apresentado de forma mais avançadas e metodologicamente mais rigorosas, produzindo subsídios que ajudam a combater e prevenir o problema, por ser um fenômeno complexo e de difícil identificação (POWERS, 2014). Em geral, no contexto da população idosa, os estudos abordam os tipos de abuso, fatores de risco e notificações, bem como a violência relacionada ao ambiente doméstico e institucional e a abordagem da mesma pelos profissionais de saúde (CASTRO, RISSARDO e CARREIRA, 2018).

O Ministério da Saúde define violência como eventos decorrentes de atos intencionais caracterizados por agressão, homicídio, violência sexual, negligência ou abandono, violência psicológica, lesão autoprovocada, entre outras, passíveis de prevenção (BRASIL, 2015). A violência pode ser também compreendida como ato único ou repetido que causa sofrimento, em ambiente que se apresenta confiável (IRIGARAY et al., 2016).

O rastreamento efetivo da violência contra a pessoa idosa no meio intrafamiliar pode ser um caminho para que se identifique melhor essa problemática. A identificação sistemática de pessoas idosas em situação de violência, ou em condições de vida que promovam risco para sofrê-la, é uma ação quase inexistente nas atuais práticas de atenção ao idoso no Brasil. Um número considerável pessoas idosas vitimadas sofre em silêncio,

constrange-se perante sua família e isola-se de sua comunidade. Durante os atendimentos por profissionais de saúde, mantem-se caladas sobre o assunto e raramente o profissional indaga sobre ocorrências que dizem respeito a violência (RIBEIRO, SANTO e DINIZ, 2021)

Existem poucos estudos de base populacional que investigaram as próprias pessoas idosas, se elas foram ou não vítimas de abuso, maus-tratos ou exploração. Tais estudos são mais escassos ainda em países em desenvolvimento. Quando existentes, os valores de prevalência diferem muito entre si e sua escassez impede que se tenha uma visão mais acurada da magnitude e caracterização da violência contra a pessoa idosa (DINIZ, SANTO e RIBEIRO, 2021)

Considerando a necessidade de construção de um perfil de maus tratos contra a pessoa idosa em Manaus a partir do aumento considerável desta população e do aumento no número de hospitalizações, surgiu uma necessidade de realizar este estudo. Além disso, considera-se que, com o rastreamento constante e sistemático da violência, poder-se-ia identificar os fatores de riscos presentes para a prática da violência e seu contexto, possibilitando ações preventivas e fornecimentos de subsídios para construção de políticas públicas de prevenção à violência contra a pessoa idosa.

Diante deste contexto, esta pesquisa teve como objetivo identificar o perfil dos idosos residentes na zona oeste da cidade de Manaus, Amazonas, que vivem em situação de violência e os fatores de riscos relacionados.

MÉTODOS

Estudo de base populacional, quantitativo, de natureza transversal e descritivo, desenvolvido na zona Oeste cidade de Manaus. Segundo o IBGE (2018), a população de idosos do município de Manaus é composta por 108.081 idosos. Baseado neste universo, um cálculo do tamanho da amostra foi realizado, obtendo-se amostra de 380 idosos, utilizando-se margem de erro de 5% e Coeficiente de Confiança de 95%.

A amostra foi por conveniência, obtida por convocatória nos centros comunitários, igrejas, grupos de idosos, associações, unidades de saúde. Durante o período da pandemia, as entrevistas foram todas realizadas nas unidades de saúde. Foi utilizado o Instrumento Hawlek Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST) adaptado para o Brasil.

Trata-se de um instrumento de 15 itens finais, que cobrem três principais domínios do tema violência contra a pessoa idosa: violação evidente de direitos pessoais ou abuso direto; características de vulnerabilidade; e situações potencialmente abusivas. O H-S/EAST avalia a violência instalada ou presumida a partir da perspectiva da própria pessoa idosa. Na contabilização do escore, atribui-se um ponto para cada resposta afirmativa, à exceção dos itens 1, 6, 12 e 14, em que o ponto é dado para a resposta negativa (REICHENHEIM, PAIXÃO JR. E MORAES, 2008).

Os critérios de elegibilidade para a participação da pesquisa foi: idosos com idade ≥ 60 anos, residentes na zona Centro Oeste da cidade de Manaus, que concordaram em participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e não ser autodeclarado indígena. Como critério de exclusão, foram considerados todos que demonstraram dificuldade de compreensão das perguntas inerentes ao formulário ou que não obedeceram a um dos critérios de elegibilidade descritos anteriormente.

O estudo foi submetido à Plataforma Brasil para garantir os preceitos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e aprovado sob Parecer: 3.173.698.

Os resultados da análise foram apresentados por meio tabelas com as frequências absolutas simples (f_i) e relativas (%). Na análise das variáveis quantitativas, quando garantida a normalidade ao nível de 5%, foram calculadas a média e o desvio-padrão (DP). Na comparação das médias das variáveis quantitativas utilizou-se o teste de Análise de Variância (ANOVA) ou teste t de Student quando os dados se encontrara normalmente distribuídos. Em relação às variáveis categóricas, foi utilizado o teste do qui-quadrado de Pearson, e na impossibilidade deste foi realizado o teste de Yates.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 380 entrevistados, 275 eram do sexo feminino, com média de idade de 67,1% anos, 189 eram casados ou moravam juntos; 339 sabiam ler e escrever minimamente; 168 possuíam renda mínima de até 1 salário mínimo; e 268 dividiam as despesas da casa, com 101 dos idosos assumindo toda a responsabilidade econômica da família como o único provedor. Com relação a situação de moradia, 87,9% tinham casa própria (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sócio demográficas dos idosos residentes na zona oeste da cidade de Manaus, Amazonas, Brasil, 2020

<i>Variáveis (n=380)</i>	<i>n (%)</i>	<i>p*</i>
Sexo:		<0,001*
Feminino	275 (72,4)	
Masculino	105 (27,6)	
Faixa Etária		0,001**
60 |--- 70	255 5(67,1)	
70 |--- 80	100 (26,3)	
80 |--- 90	20 (5,3)	
90 |--- 99	5 (1,3)	
Média	67,9 ^a	
Dp	6,8	
Estado Civil:		<0,001*
Casado/Amasiado	189 (49,7)	
Divorciado/Separado	59 (15,6)	
Solteiro	40 (10,5)	
Viúvo	92 (24,2)	
Sabe ler e escrever	339 (89,2)	<0,001*
Renda familiar		<0,001*
Nenhuma	10 (2,6)	
Até 1 SM	168 (44,2)	
De 1 a 2 SM	138 (36,3)	
De 3 a 5 SM	55 (14,5)	
Acima de 5 SM	9 (2,4)	
Participação econômica na família		<0,001*
Divide despesas	268 (70,5)	
Sem participação	11 (2,9)	
Único responsável	101 (26,6)	
Situação da residência		<0,001
Alugada	28 (7,6)	
De parente – cedida	11 (2,9)	
De parente – paga	6 (1,6)	
Própria	334 (87,9)	0,200

f_i = frequência absoluta simples; Dp = desvio-padrão; * Teste do qui-quadrado; ** ANOVA.

Valor de p em negrito itálico e letras distintas indicam diferença estatística ao nível de 5% de significância.

A predominância da participação de idosos do sexo feminino corrobora com o estudo realizado em Curitiba que estaca a desigualdade de gênero na expectativa de vida, descrito como feminização do envelhecimento. Este fenômeno pode estar relacionado ao estilo de vida dos homens, que mantem comportamentos de risco ou danosos, principalmente ligados ao alcoolismo, drogas, tabagismo e envolvimento em acidentes de trabalho e de trânsito (PEREIRA, 2014). Mulheres costumam ter maior cuidado com o corpo e com a saúde, e a frequentar mais as unidades de saúde, seja para tratamento e prevenção de doenças ou promoção de saúde. No entanto, viver mais não significa viver melhor, já que as mulheres acumulam no decorrer da vida desvantagens como, violência, discriminação, salários inferiores aos dos homens, dupla jornada e outros, e ainda maior probabilidade de serem mais pobres do que os homens e dependerem mais de recursos externos (REZENDE, 2008).

A faixa etária mais predominante entre 60 a 64 anos, são idosos jovens, como no estudo comparativo dos anos 2002 e 2009 em Florianópolis qual obteve resultado parecido, onde a faixa etária mais expressiva foi entre 60 a 69 anos (ANTES et al., 2014). Estes achados podem estar relacionados a maior capacidade desta faixa etária nas atividades instrumentais de vida diária e favorecem seu deslocamento aos espaços necessários e de uso comum na sociedade. Assim, esses idosos podem ser encontrados com maior facilidade e por isso também aparecem com maior frequência nas pesquisas realizadas.

Os dados desta pesquisa mostram que grande parte das pessoas idosas precisam sobreviver com uma renda mínima, que na maioria das vezes não é suficiente para custear despesas com atendimentos de saúde e alimentação, reforçando os dados de outros estudos brasileiros (PEREIRA, EVANGELISTA e FREITAS, 2019; CAMARANO, 2020). A renda familiar influencia na escolha e nas opções no aspecto nutricional da família. Com o alto custo de vida, alguns alimentos se tornam inviáveis e impossíveis de ser consumidos (RIBEIRO, SANTO e DINIZ, 2021). O número de domicílios em que a renda vem de aposentadorias cresceu no Brasil nestes últimos cinco anos, especialmente devido a crise econômica, responsável pelo alto nível de desemprego, levando o idoso a se tornar arrimo de família.

Outro ponto importante a destacar é o benefício da casa própria, o que traz maior segurança aos idosos, excluindo despesas com relação a pagamento de aluguel, realidade presente em diversas famílias brasileiras. No entanto, ter casa própria não significa ter tranquilidade para viver a velhice na paz e sossego como muitos sonharam, principalmente os idosos que tiveram muitos filhos e muitos netos.

A Tabela 2, mostra que a mediana de filhos ficou em 3, com variação de 2 a 5; 63,7% moram com os filhos e 36,3% com netos. Isso representa um percentual bastante elevado. Há muitos filhos casados que, por não terem condições de arcar com as despesas do seu próprio orçamento familiar, têm voltado a morar com seus pais levando também os netos. Isto pode estar relacionado com a crise econômica do País, e, assim, os pais/avôs

têm se responsabilizado pelo orçamento ou auxílio aos filhos e netos, participando com uma elevada contribuição no orçamento familiar (REZENDE, 2008; DE SOUSA AZEVEDO AGUIAR et al, 2018.).

Tabela 2. Distribuição segundo a situação de co-residência dos idosos residentes na zona oeste da cidade de Manaus - AM.

Variáveis	Zona Oeste (%)	
	n (%)	p*
Teve filhos (sim)	361 (95,0)	0,200
Número de filhos		
Mediana	3	
Q ₁ – Q ₃	2 – 5	
Pessoas que residem		
Mora só	26 (6,8)	0,056
Esposo (a) / companheiro (a)	189 (49,7)	0,002
Pais	16 (4,2)	<0,001
Filhos/filhas	242 (63,7)	0,166
Irmãos/irmãs	23 (6,0)	0,284
Netos (as)	138 (36,3)	<0,001
Bisnetos (as)	10 (2,6)	0,061
Outros parentes	44 (11,6)	0,052
Amigos	1 (0,3)	0,414
Empregado (a)	4 (1,0)	**

f_i = frequência absoluta simples; * Teste do qui-quadrado; ** Não é possível aplicar a estatística de teste devido as restrições do qui-quadrado (VIEIRA, 2004).

Valor de *p* em negrito itálico indica diferença estatística ao nível de 5% de significância.

As dificuldades financeiras pelas quais passam os membros da família, aumentam as chances de familiares co-residirem com idosos e esses passam a ser fonte de ajuda econômica ou o responsável maior da família, contribuindo com os filhos e netos. Os idosos também, por vezes, se beneficiam dos cuidados dos seus descendentes, uma vez que esses auxiliam nas tarefas diárias. Na atual conjuntura, o idoso se apresenta como sustentáculo familiar, que além de contribuir com sua aposentadoria, complementam a renda familiar com trabalhos informais (DE SOUSA AZEVEDO AGUIAR et al, 2018.).

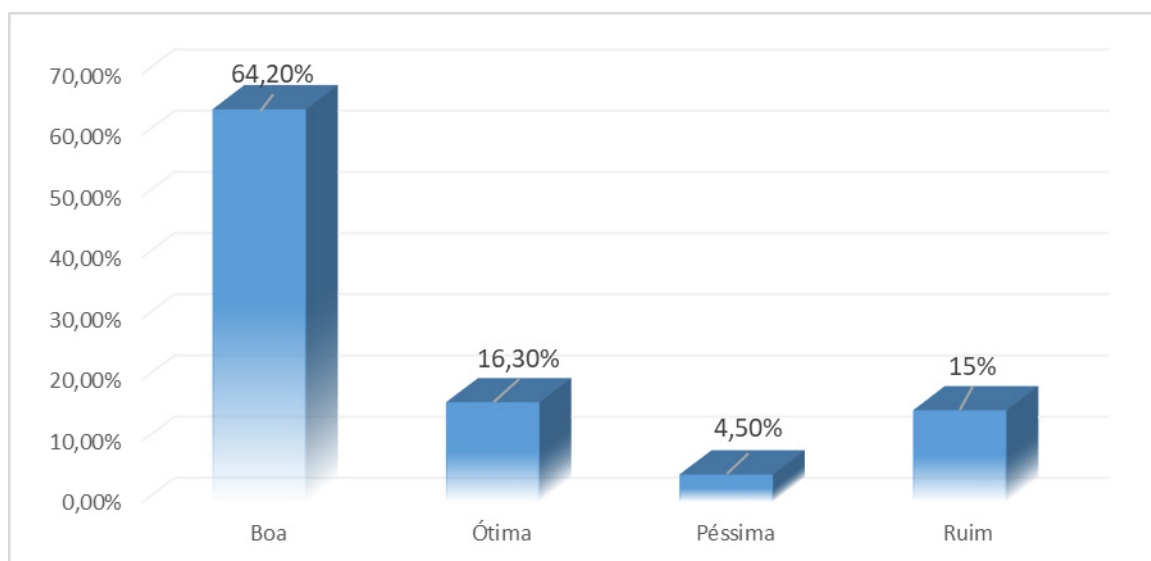
A co-residência garante um aumento do fluxo de ajuda financeira entre os membros da família, no entanto, não garante apoio afetivo e amparo ao idoso em casos de dificuldade. Às vezes o fato do dinheiro ser repartido entre tantas pessoas, acaba por gerar inúmeras carências diante das necessidades do idoso, expondo-os aos diversos tipos de violências

domiciliar (SILVA et al, 2015).

Com relação à situação de saúde, o Gráfico 1 mostra que 65,2% consideram sua saúde boa e 16,3% ótima. Embora a saúde autorreferida tenha apresentado bons resultados, sabe-se que um número considerável de idosos no Brasil e no mundo apresentam pelo menos uma morbidade que reduz sua capacidade de autonomia e independência. Diversas são as pesquisas que apontam a presença de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) entre os idosos, especialmente a hipertensão arterial e o diabetes (SANTOS JÚNIOR, OLIVEIRA e SILVA, 2014; PIMENTA et al, 2015; RIZZUTO et al, 2017; TAVARES et al, 2019).

A fragilidade e a vulnerabilidade a doença que os idosos apresentam no processo de envelhecimento, causam uma situação de dependência maior dos demais membros da família. O resultado dessa condição deixa-os susceptíveis à violência doméstica (PEDROSO, DUARTE e FRANÇA, 2021). A autopercepção da saúde revela-se como um fator significativo, e quanto pior é essa percepção, mais provável é a ocorrência dos maus-tratos (BARROS et al., 2019; GURSOY, KARA, 2019)

Gráfico 1. Distribuição segundo os dados da situação de saúde dos idosos que sofreram violência. Manaus - AM. 2021



A Tabela 3 mostra os dados referentes aos riscos de violência a que estão expostos os idosos da pesquisa. Observa-se que, os idosos que apresentam abuso potencial ou violência indireta estão ajudando a sustentar alguém (93,9%); sentem-se desconfortáveis com algum familiar (42,6%); sentem que ninguém o quer por perto (10,3%); têm alguém na família com problemas com álcool (50%%); alguém lhe diz que causa muitos problemas (10,4%).

Tabela 3. Distribuição segundo os dados do instrumento Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST) aplicado nos idosos em relação a zona Oeste da cidade de Manaus – AM, 2021

Variáveis	n (%)	p*
Possui alguma limitação física	25,8	0,022
Tem alguém que lhe faz companhia	52,1	<0,001
Está ajudando a sustentar alguém	93,9	0,349
Muitas vezes se sente triste ou só	66,0	0,002
Alguma outra pessoa toma decisões sobre sua vida	14,2	0,128
Se sente desconfortável com alguém da sua família	42,6	<0,001
É capaz de administrar suas medicações	83,4	<0,001
Sente que ninguém quer você por perto	10,3	0,001
Alguém da sua família toma muita bebida alcoólica	50,0	<0,001
Alguém na família obriga a ficar na cama ou lhe diz que está doente quando sabe que não está	5,0	<0,001
Alguém já obrigou fazer coisas que não queria fazer	24,2	<0,001
Alguém já pegou coisas que lhe pertencem sem consentimento	43,7	<0,001
Confia nas pessoas de sua família	76,0	0,014
Alguém lhe diz que você causa muitos problemas	10,3	0,004
Em casa, tem liberdade suficiente para ficar sossegado	73,7	<0,001
Alguém próximo recentemente tentou magoá-lo ou machucá-lo	43,7	<0,001

f_i = frequência absoluta simples; * Teste do qui-quadrado.

Valor de p em negrito itálico indica diferença estatística ao nível de 5% de significância.

Quanto a violação dos direitos pessoais ou violência direta, identificou-se que elas ocorrem quando: outras pessoas tomam decisões sobre sua vida (14,2%); algum familiar lhe obriga a ficar na cama ou lhe diz que está doente quando não está (5%); já foi obrigado a fazer algo que não queria (24,2%); já pegaram seus pertences sem seu consentimento (43,7%); alguém próximo recentemente tentou machucá-lo ou magoá-lo (43,7%) (Tabela 3).

Os dados mostram que existem fatores associados no processo de ocorrência da violência, além da falta de acesso aos direitos sociais pré-estabelecidos por lei. Destaca-se as relações intrafamiliares, com a violência presente na forma verbal e psicológica. A presença de pessoas que usam álcool, compartilhamento o mesmo espaço do idoso, potencializa os riscos para a ocorrência da violência doméstica (SILVA e DIAS, 2016).

Outros sinais de presença e suspeita de violência nesse estudo, referem-se à violência financeira, cometida pelos familiares pela apropriação ou utilização dos recursos financeiros do idoso, bem destacados na Tabela 3. Ressalta-se que a prevenção é uma

das mais importantes ferramentas na intervenção da violência contra pessoas idosas, e ela pode se dar como a prática da visita domiciliar pelos profissionais de saúde, capaz de detectar idosos vulneráveis, sob responsabilidade de um familiar cuidador, com riscos à ocorrência de maus-tratos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Identificar o perfil do idoso quanto as características demográficas e socioeconômicas somado a identificação dos sinais de presença ou suspeita de abuso, permitem quantificar os riscos aos quais o idoso está exposto e sua vulnerabilidade, possibilitando traçar medidas protetivas relacionadas à essa população. Desse modo, no que se refere aos fatores de risco, foi identificado que as carências econômicas são um dos maiores fatores de risco para a violência no meio intrafamiliar. Os resultados do estudo ratificam as constantes mudanças nas características sociodemográficas dos idosos brasileiros e podem subsidiar outros projetos para implantação de políticas públicas, tendo como base o perfil do idoso para os quais se destinam tais projetos.

REFERÊNCIAS

1. AGUIAR, M.P.C. et al. Violência contra idosos: descrição de casos em Aracaju, Sergipe, Brasil. Escola **Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n.2, p. 343-349, 2015.
2. ANTES, D.L. et al. Socioeconomic profile of the elderly in Florianópolis: Comparative analysis studies Perfil do Idoso 2002 and EpiFloripa Idoso 2009. **Revista Brasileira de Epidemiologia** [online], São Paulo, v. 17, n. 01, pp. 189-202, 2014.
3. BARROS, R.L.D.M. et al. Violência doméstica contra idosos assistidos na atenção básica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43 n.122, pp. 793-804, 2019.
4. BATELLA, W; DINIZ, A. O uso de técnicas elementares de estatística espacial no estudo da reestruturação espacial da criminalidade violenta no Estado de Minas Gerais: 1996-2003. **Caderno de Geografia** (PUCMG). Minas Gerais, v. 16, n.26 p. 153-167, 2006.
5. BRASIL. Guia de Políticas, Programas e Projetos do Governo Federal. **Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo, Brasil**. MÜLLER, Neusa Pivatto (Org.). Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2015
6. CAMACHO, A.C.LF.; ALVES, R.R. Mistreatment against the elderly in the nursing perspective: an integrative review. **J Nurs UFPE**, Recife, v. 9, supl.2, p. 927-35, 2015
7. CAMARANO, A.A. Os dependentes da renda dos idosos e o coronavírus: órfãos ou novos pobres?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.25, suppl 2, p.30, 2020

8. CASTRO, V.C.; RISSARDO, L.K.; CARREIRA, L. Violence against the Brazilian elderlies: an analysis of hospitalizations. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v.71, suppl 2, p. 777-85, 2018
9. DE SOUSA AZEVEDO AGUIAR, A.C.; DE OLIVA MENEZES, T.M.; DE CAMARGO, C.L. Arranjos familiares com pessoas idosas: fatores contributivos. **Avances en Enfermería**. Bogotá, v. 36, n. 3, p. 292-301, 2018.
10. DINIZ, C.X.; RIBEIRO, M.N.S.; SANTOS, F.H.E. Análise do risco direto e indireto de violência intrafamiliar contra pessoas idosas. **Rev Bras Geriatr Gerontol** [online], Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, 2021.
11. GURSOY, M.Y.; KARA, F. Prevalence of violence against older adults and associated factors in Çanakkale, Turkey: A cross-sectional study. *Geriatrics and Gerontology International*, v. 20, n.1; p. 66-71, 2019.
12. IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da População 2018**. Brasília: IBGE, 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao>. Acessado em 10 de out. 2021
13. IRIGARAY, T.Q. et al. Maus-tratos contra idosos em Porto Alegre, Rio Grande do Sul: um estudo documental. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v.33, n.3, p. 543-551, julho - setembro 2016.
14. LOPES, E.D.S.; D'ELBOUX, M.J. Violência contra a pessoa idosa no município de Campinas, São Paulo, nos últimos 11 anos: uma análise temporal. **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, e200320, 2021.
15. PEDROSO, A.L.; DUARTE, S.R.O.; FRANÇA, N. Perfil da pessoa idosa vítima de violência intrafamiliar de um centro integrado de proteção e defesa de direitos em tempos de pandemia. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia** [online], v. 24, n. 6, 2021.
16. PEREIRA, R.S.M; EVANGELISTA, C.B.R.; FREITAS, A.M.L. Violência Contra a Pessoa Idosa. **Ambient Gestão e Desenvolv.**, Roraima, v.12, n.1, p. 71–7, 2019.
17. PIMENTA et al. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva** [online]., Rio de Janeiro, v.20, n. 8, p. 2489-2498, 2015.
18. REICHENHEIM, M.E.; PAIXÃO JR, C.M; MORAES, C.L. Adaptação transcultural para o português (Brasil) do instrumento Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST) utilizado para identificar risco de violência contra o idoso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.8, p.1801-1813, 2008.
19. REZENDE, C.B. A velhice na família: estratégias de sobrevivência. **Dissertação (Mestrado em Serviço Social)** Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade

Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Franca, 2008, f. 156.

20. RIBEIRO, M.N.S. et al. Violência intrafamiliar contra a pessoa idosa em área urbana com suporte de proteção social e de saúde. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Rio de Janeiro, v.25, n.3, p. 53-72, 2021.

21. RIZZUTO, D. et al. Effect of Chronic Diseases and Multimorbidity on Survival and Functioning in Elderly Adults. **J Am Geriatr Soc.**, New York, v. 65, n.5, p.1056-1060, 2017

22. SANTOS JUNIOR, E.B.; OLIVEIRA, L.P.A.B.; SILVA, R.A.R. Doenças crônicas não transmissíveis e a capacidade funcional de idosos. **Rev Pesqui Cuid Fundam** [online], Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, pp. 516-524, 2014.

23. SANTOS, M.A.B. et al. Fatores associados à violência contra o idoso: uma revisão sistemática da literatura. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p.2153-75, 2020.

24. SILVA, C.F.S.; DIAS, C.M.S.B. Violência Contra Idosos na Família: Motivações, Sentimentos e Necessidades do Agressor. **Psicol Ciência e Profissão**, Brasília, v.36 n.3 p. 637–52, 2016.

25. SILVA, D.M. et al. Dinâmica das relações familiares intergeracionais na visão de idosos residentes na cidade. Jequié (Bahia), Brazil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 7, p. 2183-2191, julho de 2015

26. TAVARES, D.M.S. et al. Prevalência de morbidades autorreferidas e fatores associados entre idosos comunitários de Uberaba, Minas Gerais, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [online], Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, pp. 3305-3313, 2019.

RELAÇÃO DAS VARIÁVEIS CLIMÁTICAS DE MACEIÓ COM AS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS EM CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS

Ana Cecília Silvestre da Silva¹;

Doutorandas em Saúde Pública do DINTER UNCISAL/USP e Professores de Graduação da UNCISAL - Maceió, AL.

<http://lattes.cnpq.br/8393066845739430>

Iara Maria Ferreira Santos²;

Doutorandas em Saúde Pública do DINTER UNCISAL/USP e Professores de Graduação da UNCISAL - Maceió, AL.

<https://orcid.org/0000-0002-7938-6262>

<http://lattes.cnpq.br/5755186687915924>

Mylena Cristina Clementino Albuquerque³;

Discentes do curso de Enfermagem do Centro Universitário CESMAC - Maceió, AL.

Rosana Alves Ferreira Nunes Mendes⁴.

Discentes do curso de Enfermagem do Centro Universitário CESMAC - Maceió, AL.

RESUMO: O clima é o conjunto de acontecimentos meteorológicos que descrevem as características climatológicas da atmosfera em um determinado local da superfície terrestre. Interfere no padrão de saúde humana de diversas maneiras e em especial, na saúde respiratória das crianças. Objetiva-se analisar a relação das variáveis climáticas com as doenças respiratórias em crianças menores de 5 anos. Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, documental, epidemiológico e com abordagem quantitativa. Os dados climatológicos (temperatura, umidade relativa do ar e precipitação pluviométrica) foram adquiridos no Instituto Nacional de Meteorologia (INMET) e os dados de internação por pneumonia e asma em crianças menores de 5 anos foram obtidos no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), ambos para a cidade de Maceió-AL, no período de 2013 a 2017; o período não foi estendido por não haver dados cadastrados. As correlações de interesse foram avaliadas pelo coeficiente de Pearson e consideradas significativas para níveis de $p < 0,05$. Os resultados mostram que as variações climáticas de precipitação pluvial, temperatura e umidade possuem relação com o número de internações por doenças respiratórias em crianças menores de 5 anos. Conclui-se que temperaturas elevadas aumentam o número de internações por crise de asma e períodos chuvosos o de internações por pneumonia. Salienta-se que melhorias no preenchimento e inclusão de outros dados no sistema de informações auxiliariam na análise dos casos.

DESCRITORES: Doenças respiratórias. Temperatura ambiental. Umidade do ar.

RELATIONSHIP OF MACEIÓ CLIMATE VARIABLES WITH RESPIRATORY DISEASES IN CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD

ABSTRACT: Climate is the set of meteorological events that describe the climatic characteristics of the atmosphere at a given location on the earth's surface. It interferes with the human health standard in many ways and especially with the respiratory health of children. The objective is to analyze the relationship between climate variables and respiratory diseases in children under 5 years. This is a descriptive, retrospective, documentary, epidemiological study with a quantitative approach. Climatological data (temperature, relative humidity and rainfall) were obtained from the National Institute of Meteorology (INMET) and hospitalization data for pneumonia and asthma in children under 5 years old were obtained from the Informatics Department of the Unified Health System (DATASUS), both for the city of Maceió-AL, from 2013 to 2017. The correlations of interest were evaluated by Pearson's coefficient and considered significant for p levels <0.05. The results show that the climatic variations of rainfall, temperature and humidity are related to the number of hospitalizations for respiratory diseases in children under 5 years. It can be concluded that high temperatures increase the number of hospitalizations due to asthma attacks and rainy periods, or hospitalizations due to pneumonia. It is emphasized that improvements in the filling and inclusion of other data in the information system would help in the analysis of the cases.

KEY- WORDS: Respiratory diseases. Ambient temperature. Air humidity.

INTRODUÇÃO

O presente estudo trata da relação de doenças respiratórias da infância e o clima, visando entender como o comportamento dos fatores ambientais climáticos podem interferir diretamente no processo saúde-doença em crianças.

É estimado que aproximadamente 30% das doenças infantis possam ser atribuídas a fatores ambientais e destes 40% acometam crianças com idade inferior a cinco anos, o que representa cerca de 10% da população mundial (AZEVEDO et al., 2015).

O clima é o conjunto de acontecimentos meteorológicos que descrevem as características climatológicas da atmosfera em um determinado local da superfície terrestre. As variações climáticas têm impactos diretos na saúde pública e são apontadas por diversos estudiosos desde a antiguidade clássica no tempo de Hipócrates, no livro Ares, Águas e Lugares, de cerca de 400 a.C., relacionando saúde e doenças humanas a diferentes condições atmosféricas (SANTOS et al., 2017).

Segundo alguns climatologistas os homens são um dos principais responsáveis pelas mudanças climáticas em nosso planeta tornando os fenômenos climáticos um dos principais assuntos do novo século. É importante ressaltar, que a origem dos problemas de saúde associados às mudanças climáticas é multicausal e não, necessariamente, resultados das alterações climáticas apenas (CESAR; NASCIMENTO; CARVALHO JUNIOR, 2013).

Há uma variabilidade na condição de saúde associada à mudança da umidade relativa do ar e diminuição da temperatura que ainda não foram totalmente elucidadas, entretanto acredita-se que a mudança comportamental do clima frio (superlotação) e o sistema imune estejam diretamente relacionados com estas condições. Esclarece-se ainda que os efeitos climáticos predominantes em cidades do Nordeste possuem grande variabilidade de clima em curto período de tempo promovendo alterações fisiológicas que predispõem surgimento de Infecções Respiratórias Agudas (IRAs) (AZEVEDO et al., 2015).

As doenças respiratórias há décadas compreendem uma importante parcela das internações hospitalares. Em crianças, esse grupo de patologias representa importante causa de morbimortalidade e geram consequências diretas em seu desenvolvimento. Estudos já mostraram que existe um aumento de casos de doenças respiratórias em determinada estação do ano (SILVA et al, 2016).

As mudanças climáticas são fatores que ameaçarão a saúde humana e os sistemas de saúde nas próximas décadas, pois, estima-se a ocorrência de muitas doenças respiratórias infecciosas associadas ao clima e poluição do ar. Entre as principais doenças respiratórias prevalentes na infância, encontram-se os resfriados comuns, faringoamigdalites, otites, sinusites, asma, bronquiolites e pneumonias (GUIMARÃES, 2012).

Maranhão et al, 2012, apresentaram uma análise gráfica sobre a causa de morte em recém-nascidos de acordo com a regiões/cor-raça e apontam que 8% das crianças brancas e pardas morrem por infecções respiratórias enquanto em populações indígenas esses números chegam a 30% da população.

A incidência de IRA nas crianças com menos de 5 anos é estimada em 0,29 e 0,05 episódios por criança/ano nos países em desenvolvimento e industrializados, que se traduz em 151 milhões e 5 milhões de novos episódios a cada ano, respectivamente (AZEVEDO et al., 2015).

As pneumonias agudas, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), são responsáveis por cerca de 20% da mortalidade mundial em crianças abaixo de 5 anos de idade. São cerca de 2 milhões de óbitos anuais nesta faixa etária e 70% destes ocorrem em países subdesenvolvidos. A incidência nesses países é, em média, de 0,3 episódios/criança/ano, sendo que, no Brasil, ocorrem cerca de 4 milhões de casos anuais em crianças (WHO, 2013). Em relação a asma, para o Brasil, estima-se a prevalência da asma em torno de 10% (SBPT, 2012).

O organismo infantil possui algumas particularidades que devem ser consideradas que podem aumentar as chances de desenvolvimento de IRAs. A relação entre superfície corporal e peso é 2,5 vezes maior nos neonatos do que nos adultos, gerando grande perda de calor. Aqueles possuem velocidade de crescimento, de metabolismo em repouso e de consumos de oxigênio mais elevados que em adultos. O volume de ar que passa pelos pulmões de um lactente é duas vezes maior que o de um adulto em repouso (AMÂNCIO; NASCIMENTO, 2012).

Estas peculiaridades do organismo infantil fazem com que qualquer agente químico ou variação nas condições atmosféricas atinja duas vezes mais as vias respiratórias de uma criança entre uma semana e doze meses de idade, se comparadas às de um adulto no mesmo período. A poluição atmosférica constante para crianças e adolescentes pode desenvolver os seguintes efeitos: diminuição do desenvolvimento e da função pulmonar, além do aumento do número de episódios de doenças respiratórias como asma, bronquite e conseqüentemente, aumento de internações hospitalares (SILVA et al., 2016).

Estudos epidemiológicos têm sido utilizados para estabelecer relações entre a exposição aos poluentes atmosféricos e as condições climáticas e a saúde da população, apresentando como vantagens a possibilidade de uso de dados secundários pois são de baixo custo e fácil obtenção. (AZEVEDO et al, 2015).

A priori parte-se da hipótese de que existe uma relação significativa entre as variáveis climáticas de Maceió e a incidência das doenças respiratórias em crianças menores de 5 anos. Tem como pergunta de pesquisa: Qual o grau de correlação das variáveis climáticas de Maceió com as doenças respiratórias em crianças menores de 5 anos? Propondo analisar a relação das variáveis climáticas com as doenças respiratórias em crianças menores de 5 anos.

METODOLOGIA

O estado de Alagoas é formado por 102 municípios e uma população estimada em 3.322.820 habitantes no ano de 2018. A capital do estado, Maceió, possui população estimada de 1.012.382 habitantes segundo dados estatísticos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Possui uma temperatura média anual de 25 a 29 graus centígrados. Com uma taxa de urbanização da ordem de 99,75 por cento, seu Índice de Desenvolvimento Humano é de 0,735, considerado alto pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (IBGE, 2018).

Trata-se de um estudo descritivo e analítico, retrospectivo, documental e com abordagem quantitativa de caráter epidemiológico para identificar as doenças respiratórias prevalentes na infância associados aos fatores climatológicos de Maceió- AL.

A coleta de dados se deu em fontes secundárias oficiais, para período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017, para a cidade de Maceió- AL; o período de observação não foi ampliado pela escassez de dados - o que poderia comprometer as análises. As variáveis climatológicas (temperatura máxima, umidade relativa do ar e precipitação pluviométrica) foram coletadas no site <http://www.inmet.gov.br/portal> do Instituto Nacional de Meteorologia (INMET).

As informações sobre as internações por pneumonia e asma para crianças menores de 5 anos e perfil sócio demográfico (sexo, idade e raça) foram coletadas do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defptohtm.exe?sih/cnv/nial.def>. Com relação a idade, ela foi dividida em duas faixas etárias, menor de 1 ano e entre 1 e 4 anos. Ambos os dados são de domínio público e livre acesso.

Foram extraídos das fontes informações sobre as infecções respiratórias (asma e pneumonia) e variáveis climáticas (umidade, temperatura e precipitação fluvial), os dados foram tabulados em planilha Excel 2013®, aplicativo da Microsoft e analisados no software SPSS®.

Para analisar a relação entre as variáveis climáticas e patológicas foi realizado uma análise de correlação, considerando significativas para níveis de $p < 0,05$, adotando a seguinte classificação para o grau de correlação de Pearson (R): de 0,00 a 0,19 - correlação muito fraca; de 0,20 a 0,39 - correlação fraca; de 0,40 a 0,69 - correlação moderada; de 0,70 a 0,89 - correlação forte; e de 0,90 a 1,00 - correlação muito forte.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Considerando os dados climáticos de temperatura, precipitação e umidade da cidade de Maceió/Alagoas entre 2013 e 2017 podemos observar, na tabela 1, que existe uma baixa variação da temperatura durante todos os meses do ano, tendo 32,4°C como pico máximo em abril de 2015 e 24°C como mínima em agosto de 2014, uma variação de apenas 5,4°C.

Quando observamos os dados de precipitação os valores de média entre os anos são bastante parecidos, apesar de encontrar entre os meses uma variação de 0,0 mm³ em janeiro de 2013 à 21,5mm³ em maio de 2017, convergindo com o período chuvoso da região.

Os dados da umidade relativa do ar tiveram seu maior e menor índice no ano de 2017, 84,5% em junho e 71,4% em fevereiro, mas também sem grandes dispersões entre os anos, ver Tabela 1.

Tabela 1. Médias de temperatura máxima (TM), precipitação (PR) e umidade relativa do ar (AR) de Maceió/AL, no período de 2013 a 2017.

MÊS													
Temperatura													
ANO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	Média
2013	27,2	27,7	27,8	27,1	25,8	24,9	24,2	24,1	24,8	25,5	25,7	26,6	25,95
2014	26,7	26,6	27,1	27,1	25,5	24,9	24,2	24,0*	24,6	25,3	26,0	26,5	25,7
2015	31,1	31,1	31,2	32,4*	30,2	28,3	27,4	27,7	29,1	29,8	31,7	31,2	30,1
2016	31,3	31	31	30,6	29,5	29,0	27,8	28,4	29,1	30,7	31,1	31,3	30,06
2017	31,1	31,6	31,6	30,5	29,2	28,0	26,5	27,6	27,7	29,3	30,9	31,7	29,64
Precipitação													
ANO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	mm ³
2013	0,0*	0,7	0,9	7,4	0,8	7,6	11,7	5,3	3,1	6,5	3,6	0,8	4,63
2014	1,8	3,8	1,5	5,8	10,5	5,7	6,7	4,9	4,1	7,8	1,6	1,1	4,6
2015	1,1	3,4	1,9	0,6	6,7	11,3	10,3	5,1	1,6	1,9	0,2	2,0	3,84
2016	5,1	2,2	4,4	0,4	8,7	4,7	3,7	2,4	1,5	0,7	1,0	1,3	3,3
2017	1,9	0,7	1,7	0,7	21,5*	19,1	13,3	7,2	5,6	2,2	0,4	1,4	6,83
Umidade													
ANO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	(%)
2013	74,9	71,6	72,6	77,4	82,7	83,5	83,0	81,8	78,3	78,3	78,5	76,8	78,28
2014	74,6	77,4	77,1	79,8	83,3	81,5	81,7	79,6	79,6	79,7	77,1	77,5	79,07
2015	73,4	75,9	76,1	73,6	79,9	83,6	83,3	78,8	78,5	75,8	73,1	75,1	77,25
2016	80,0	77,0	78,9	79,0	81,9	81,2	79,2	77,8	76,7	72,5	73,2	72,8	77,51
2017	71,7	71,4*	73,8	78,6	83,7	84,5*	82,6	83,4	79,4	77,8	75,7	76,1	78,22

No município de Maceió foram registrados um total de 10.589 casos de pneumonia e 1.381 crise de asma em crianças menores de 5 anos, no período de 2013 a 2017. O ano de 2013 obteve a maior incidência de casos de pneumonia, com 2.532 (24,94%), sendo o mês de abril o de maior incidência com 335 (3,19%) casos. No ano de 2016 ocorreram 391(28,31%) casos de asma, sendo o mês de maio de 2017, o de maior frequência com 50 (3,62%) episódios (tabela 2).

Tabela 2. Dados de Internação anual por pneumonia e asma em crianças menores de 5 anos em Maceió/AL, no período de 2013 a 2017.

MÊS													
Pneumonia													
ANO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
2013	152	124	213	335	330	257	199	176	169	207	202	168	2532
2014	148	108	108	159	133	162	181	201	172	167	156	180	1875
2015	140	149	230	243	237	229	181	187	148	191	162	117	2214
2016	126	103	158	146	174	257	255	219	193	156	154	160	2101
2017	157	126	174	196	225	204	206	168	78	126	108	99	1867

Asma													
ANO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
2013	14	13	16	12	18	11	15	22	25	7	11	14	178
2014	16	9	17	16	11	7	4	10	5	6	3	20	124
2015	20	23	27	29	23	28	29	29	28	35	19	17	307
2016	31	24	31	27	27	43	34	42	31	36	30	35	391
2017	43	44	41	49	50	42	41	39	3	7	10	12	381

Fonte: DATASUS, 2018.

Em 2017 houve o menor número de internações por pneumonia, totalizando 1867 (17,63%) casos, e o mês de setembro apresentou 78 (0,73%) eventos. No ano 2014, aconteceu o menor número de internações em decorrência de crise de asma com 124 (8,97%) casos, e o mês de novembro apresentou apenas 3 (0,21%) casos.

Segundo dados do IBGE, a população brasileira é composta por 13.795.409 milhões de crianças de 0 a 4 anos, sendo 7.016.614 milhões do sexo masculino e 6.778.795 milhões do sexo feminino. Em Maceió, estima-se 36.162 mil crianças do sexo masculino e 35.219 mil do sexo feminino, semelhante ao padrão nacional que apresenta homens com maior número populacional na base da pirâmide brasileira (IBGE, 2010).

Há divergência entre os valores totais de casos de pneumonia (10.589) e asma (1.381) para crianças menores de 5 anos, com o somatório dos casos por faixas etárias, menores de 1 ano e crianças de 1 a 4 anos (10.507 casos de pneumonia e 1.372 casos de asma).

Os dados de pneumonia apresentam uma diferença de 82 (0,78%) casos, esses, não presentes no somatório das planilhas etárias do DATASUS que se apresentavam incompletas. Para os dados de asma houve subtração de nove casos que se deve possivelmente a ausência de dados para menores de 1 ano em alguns meses (dezembro de 2013, dezembro de 2015, novembro e dezembro de 2017) onde as informações não constam no sistema.

Quando correlacionado os dados climáticos com as infecções respiratórias de asma e pneumonia, pode se observar que existe correlação positiva entre asma e aumento da temperatura média, assim como uma correlação dos casos de pneumonia com o aumento da precipitação fluvial e umidade relativa do ar com correlações apresentaram significância

de $p < 0,01$.

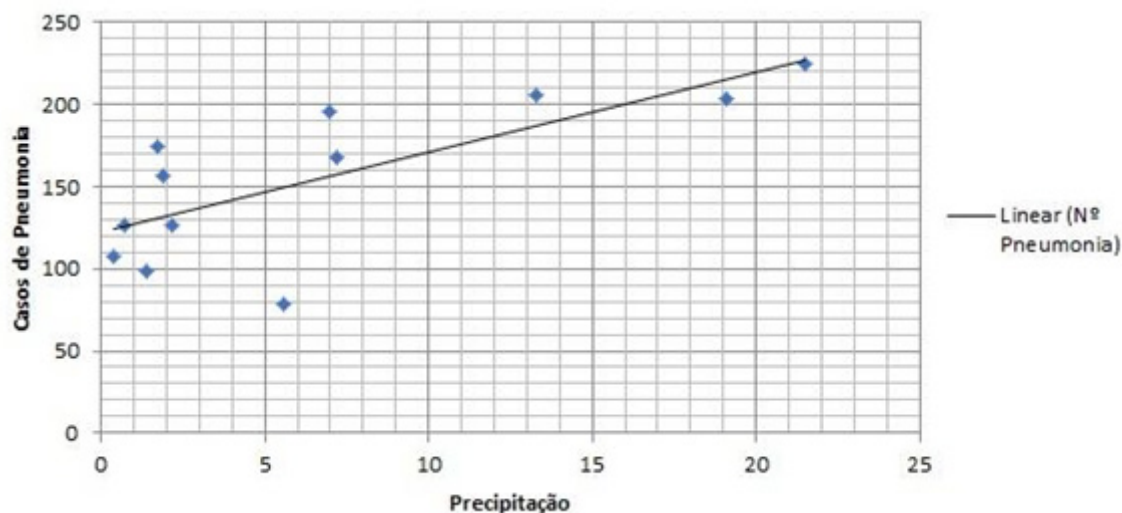
Tabela 3. Correlação entre Asma, Pneumonia e Fatores Climáticos em Maceió/AL.

	2013 – 2017			2017		
	Precipitação	Temperatura	Umidade	Precipitação	Temperatura	Umidade
Meses (N)	60	60	60	12	12	12
Asma	,206	,517**	-,029	,469	,002	,136
Pneumonia	,361**	-,231	,334**	,748**	-,305	,516

*Correlação significativa para $p < 0,05$; **Correlação significativa para $p < 0,01$.

Analisando os dados do ano de 2017 dado pela correlação entre pneumonia e precipitação pluviométrica, apresentamos abaixo um gráfico de dispersão entre as variáveis onde é possível constatar correlação de grau forte ($R = 0,75$) entre essas duas variáveis, indicando uma reta linear ascendente descrita no gráfico 1.

Gráfico 1 - Dispersão indicando correlação entre Pneumonia em menores de 05 ano de idade e precipitação, na cidade de Maceió/AL, ano 2017.



A cidade de Maceió apresenta clima quente e úmido, caracterizado por possuir poucas diferenciações térmicas e precipitação entre os meses, trata-se de uma característica de regiões no nordeste brasileiro, uma zona semiárida. Essa característica justifica-se pela proximidade com a linha do equador (INMET,2017).

As doenças respiratórias em crianças menores de 5 anos apresentaram padrão de distribuição com sazonalidade característica, tendo maior frequência nos meses de inverno onde ocorrem as menores médias de temperaturas (NARDOCCI et al., 2013), no entanto em Maceió/Al observamos que os casos de asma aumentam com as temperaturas são mais altas enquanto os casos de pneumonia aumentam com aumenta a precipitação e a umidade.

Estudos de climatologia relacionam os casos de IRAs e que se apresentaram com distintos padrões: os atendimentos ambulatoriais por doenças respiratórias em menores de cinco anos em Alta Floresta (MT) tiveram picos sazonais no período seco, 56% dos casos, enquanto que no chuvoso, 44% (PEREIRA et al, 2011); em Campo Grande (MS) observou-se relação inversamente proporcional entre doenças respiratórias em crianças, temperatura, umidade e precipitação (SOUZA et al.,2013).

Em Goiânia (GO) a variação de temperatura não foi suficiente para provocar mudanças no número de crianças com sintomas respiratórios; porém, houve aumento com baixos níveis de umidade e precipitação no inverno (SILVA et al., 2011), enquanto em Campina Grande (PB), houve associação da redução da temperatura e aumento da umidade, com maior incidência de doenças respiratórias em menores de dois anos (AZEVEDO et al., 2014). Em Cuiabá (MT), os atendimentos de IRA em menores de cinco foram frequentes no período chuvoso; porém, o seco influenciou a taxa de internação nos casos graves do trato inferior devido à temperatura elevada, umidade baixa e maior número de focos de calor (BOTELHO et al., 2003).

Os dados da cidade de Curitiba (PR) apresentaram padrões de doenças respiratórias em crianças influenciados pela temperatura em uma relação inversa (GUIMARÃES et al.,2012). Em Patrocínio (MG), a queda na temperatura contribuiu para o aumento dos problemas respiratórios nos meses secos com baixa umidade (SILVA; MENDES, 2012). Em Fortaleza (CE), a circulação de vírus respiratórios é sazonal e os casos de IRA tiveram relação com a elevação da umidade e precipitação (ALONSO et al., 2012).

O risco aumentado de hospitalizações de crianças foi notado em Campo Grande (MS) no inverno e diminuição de pneumonia nos meses mais quentes (SOUZA et al.,2012). Crianças de até nove anos, em Manaus, tiveram maiores taxas de internações por doenças respiratórias no período chuvoso (ANDRADE et al., 2013).

Tanto para o município de Campina Grande, quanto para Monteiro, os maiores valores de ocorrência de IRA foram observados nos meses de junho e julho, respectivamente. O período com maior número de casos coincide com a estação chuvosa, se estendendo de maio a setembro, onde foram registradas as menores temperaturas, com altos valores de umidade relativa do ar e maior precipitação pluvial. A menor morbidade ocorreu nos meses de dezembro e janeiro, estes meses apresentou temperaturas mais elevadas e umidade relativa do ar mais baixa, visto que se trata do verão (SANTOS et al., 2017).

A análise das correlações entre os casos de pneumonia e asma e as variáveis de precipitação pluvial, temperatura e umidade do ar foi importante para avaliar as correlações inversas e diretas, sendo possível associar os efeitos das condicionantes climáticas na saúde humana.

Chowdhury et. al (2018), conduzindo estudo observacional em pacientes internados em um hospital de referência em Bangladesh com o intuito de examinar a associação de temperatura, umidade e precipitação com seis doenças infecciosas sensíveis ao clima,

entre elas a pneumonia, constataram associação estatística entre a incidência mais alta de pneumonia ($p = 0,002$), com o aumento do período chuvoso.

Em análise da associação entre quatro exposições meteorológicas (dias chuvosos, luz do sol, umidade relativa e temperatura) e a incidência de pneumonia clínica em crianças nas Filipinas, usando para tal três métodos de séries temporais, entre as quais a correlação de padrões sazonais, Paynter et. al (2013) encontraram uma correlação moderada ($R = 0,59$), entre dias chuvosos e casos de pneumonia.

Quanto ao aumento da correlação encontrada entre asma e aumento da temperatura podemos considerar que múltiplos fatores podem influenciar essa correlação, por exemplo, diminuição da umidade relativa do ar, maior concentração de poeira, aumento dos índices de poluentes atmosféricos que podem ocasionar a inflamação do sistema respiratório, aumento do ciclo respiratório estimulado pelo aumento da prática de atividade física que resulta em broncoespasmo (Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, 2012).

Embora este estudo aborde a relação de doenças respiratórias em crianças a partir da análise de dados climáticos até o ano de 2017 □ por só haver dados consistentes até o referido ano □ é importante ressaltar a questão atual da COVID-19, tendo em vista que se trata de uma doença que afeta o sistema respiratório e que pela relação pandêmica não pode aqui, ser ignorada.

Uma publicação da Nature em 2020 apontou que, naquele ano ainda, não era possível 1. obter respostas consistentes acerca da relação entre: temperatura, umidade, vento, radiação solar, nem outros propósitos meteorológicos e ambientais no aumento dos casos de COVID-19. 2. A sazonalidade do COVID-19 ainda carece de estudos mais consistentes e longitudinais, tendo em vista ser necessário uma margem de tempo considerar neste estudos. O que se pode adiantar é que a experiência com outros vírus respiratórios sugere a probabilidade de sinal sazonal conforme a doença se torna endêmica (Zaitchik, B.F et al, 2020).

Outro destaque é que claramente, a exposição de populações à poluição do ar, outras doenças respiratórias causadas pelo clima e ou fatores de sazonalidade, tendem a agravar sobremaneira os sintomas do COVID-19. Colocando estas populações dentro dos padrões de vulnerabilidade do COVID-19 (Zaitchik, B.F et al, 2020).

Ainda assim, não é possível ignorar alguns estudos brasileiros que apontaram aproximação entre as questões climáticas e o aumento de casos de COVID-19 aqui no país (AULER et al, 2020; PRATA et al,2020; CRUZ, 2022).

Diretamente relacionado às crianças, o que temos é que a COVID-19, ao longo dos anos de 2020 a 2022 já matou mais de 1400 crianças de zero a 11 anos de idade e deixou outras milhares com graves sequelas (CTAI-COVID, 2021). Sendo assim, se os casos de síndromes respiratórias agrava os sintomas de COVID, é esperado que nestas crianças que devido as condições sazonais e climáticas desenvolvem síndromes respiratórias, que no

caso de COVID-19 elas fiquem mais propensas à complicações. Isto indica a necessidade de observação e maiores cuidados, no que se refere tanto aos agravamentos de síndromes respiratórias já bastante conhecidas, quanto a COVID-19 em crianças □ que já afetou mais de 23.000, segundo dados do Sivep-Gripe (CTAI-COVID, 2021).

CONCLUSÃO

As relações entre saúde e variabilidade climática devem ser estudadas na busca de analisar interações entre indivíduos e condições do ambiente, principalmente aquelas que podem causar doenças. Observa-se que as variáveis climatológicas têm influência no número de internações por doenças respiratórias em crianças menores de 5 anos, mas podem depender de uma dezena de variáveis, em especial no Brasil que possui um sistema de configuração climática bastante diferente dentro de uma mesma região.

Uma das limitações deste estudo deve-se a utilização de dados secundários, que podem estar associados a sub registro, apenas de encontrarmos na literatura estudos que apontam dados semelhantes, assim também como a falta de correlações com outras variáveis que podem gerar grande influência sobre o processo de exposição à doença, por exemplo, grau de escolaridade dos pais, renda familiar, tipo de moradia, histórico de consumo de tabaco na família, história pregressa de doença, dados nutricionais do paciente.

A realização de um processo de anamnese completo contribuiria diretamente no mapeamento de dados mais robustos que poderiam contribuir diretamente para o trabalho de controle, acompanhamento e gestão preventiva das doenças respiratórias.

O estudo se mostra relevante à medida que indica a associação entre variações climáticas e internações por pneumonia, indicando a necessidade da realização de novos estudos com métodos mais aprimorados para a análise das variáveis envolvidas e melhor compreensão deste processo em Maceió e regiões com características climáticas semelhantes ou divergentes.

Sobre a COVID-19, não é possível ignorar os efeitos nas crianças, tão pouco ignorar que as doenças respiratórias - sejam elas oriundas de quaisquer questões - no caso deste artigo: clima e sazonalidade, aumentam os riscos e agravam os sintomas de COVID-19, e assim, precisamos aprofundar os estudos e cuidar das questões que provocam o aumento de adoecimento numa população tao frágil - crianças de zero a cinco anos de idade.

Se faz necessário uma reformulação das políticas e ações de promoção de saúde e prevenção destas doenças na atenção primária. Cabe à equipe multiprofissional uma atuação integral, considerando a relevância dos fatores climáticos como influenciadores nos casos de IRA e correlacionando aos fatores individuais, ambientais e sócio-demográficos.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

ALONSO, WJ, et al. Comparative dynamics, morbidity and mortality burden of pediatric viral respiratory infections in an equatorial city. **Pediatr Infect Dis J.** 2012; 31(1):e9-14.

AMÂNCIO, T.C.; NASCIMENTO, Luiz Fernando Costa. Asma e poluentes ambientais: um estudo de séries temporais **Rev. Assoc. Med. Bras.** vol.58 no.3 São Paulo May/June 2012.

ANDRADE Filho VS et al. Aerosols from biomass burning and respiratory diseases in children, Manaus, Northern Brazil. **Rev Saude Publica.** 2013; 47(2):239-247.

AULER, A.C., CÁSSARO, F.A.M., SILVA V.O., & PIRES, L.F. (2020). Evidence that high temperatures and intermediate relative humidity might favor the spread of COVID-19 in **tropical climate: A case study for the most affected Brazilian cities Science of the Total Environment**, 729, 139090.

AZEVEDO, Jullianna Vitorio Vieira de et al. Influência do clima na incidência de infecção respiratória aguda em crianças nos municípios de campina grande e monteiro, paraíba, brasil. **Rev. bras. meteorol.** São Paulo, v.30, n.4, p 467-477, dez, 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-77862015000400467&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 23 jul. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-778620140066>.

BOTELHO C et al. Fatores ambientais e hospitalizações em crianças menores de cinco anos com infecção respiratória aguda. **Cad Saúde Pública** 2003; 19(6):1771-1780.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)** [homepage internet]. Ministério da Saúde - BR.; [10/03/2019]; Available from: www.datasus.gov.br. Acesso em: 23/05/2019.

CÂMARA TÉCNICA DE ASSESSORAMENTO DE IMUNIZAÇÃO DA COVID-19 (CTAI-COVID). Sobre a vacinação em crianças. Nota técnica. Disponível em: https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2021/12/Nota-vacinacao-de-criancas_2021-12-23_assinado.pdf. Acesso em: 19.07.2022.

CESAR, Ana Cristina Gobbo; NASCIMENTO, Luiz Fernando C; CARVALHO JUNIOR, João Andrade de. Associação entre exposição ao material particulado e internações por doenças respiratórias em crianças. **Saúde Pública**, Taubate, v. 6, n. 47, p.1209-1212, 2013.

CHOWDHURY et. al. The association between temperature, rainfall and humidity with common climate-sensitive infectious diseases in Bangladesh. **PLoS One.** 2018 Jun 21;13(6): e0199579.

CRUZ, Gilson Campos Ferreira da. Clima e COVID 19: as relações entre a temperatura do ar, radiação solar e os novos casos diários em Ponta Grossa. **Terr@Plural**, Ponta Grossa, v.16, p. 1-15, e2217446, 2022.

GUIMARÃES PRB, et al. Relações entre as doenças respiratórias e a poluição atmosférica e variáveis climáticas na cidade de Curitiba, Paraná, Brasil. **Floresta**. 2012; 42(4):817-828.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2018. Panorama**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/al/maceio/panorama>. Acessado em: 13/05/2019.

INMET- Instituto Nacional de Meteorologia. BDMEP - **série histórica - Maceió**. 2017. Disponível em: <http://www.inmet.gov.br/portal/>. Acessado em: 9 de abril de 2019.

MARANHÃO AGK, et al. Mortalidade infantil no Brasil: tendências, componentes e causas de morte no período de 2000 a 2010. In: Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, organizador. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. p. 163-82.

NARDOCCI, A. C. et al. Poluição do ar e doenças respiratórias e cardiovasculares: estudo de séries temporais em Cubatão, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 9, p. 1867-1876, 2013.

PAYNTER et. al. Sunshine, rainfall, humidity and child pneumonia in the tropics: time-series analyses. **Epidemiol Infect**. 2013 Jun;141(6): 1328-36.

PEREIRA, VS et al. Análise dos atendimentos ambulatoriais por doenças respiratórias no município de Alta Floresta - Mato Grosso - Amazônia brasileira. **Epidemiol Serv Saúde**. 2011; 20(3):393- 400.

PRATA, D.N., RODRIGUES, W., BERMEJO, P.H. (2020). Temperature significantly changes COVID-19 transmission in (sub)tropical cities of Brazil. **Science of the Total Environment**, 729, 138862.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. **Rouquayrol epidemiologia & saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

SANTOS, Débora Aparecida da Silva et al. A relação das variáveis climáticas na prevalência de infecção respiratória aguda em crianças menores de dois anos em Rondonópolis-MT, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 3711-3722, nov. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017021103711&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 23 jul. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172211.28322015>.

SILVA, Edelci Nunes da; RIBEIRO, Helena. Impact of urban atmospheric environment on hospital admissions in the elderly. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 694-701, ago. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-9102012000400014&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 23 jul. 2019. Epub 24-Jul-2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000052>.

SILVA, João Victor Farias da et al. Perfil da morbidade hospitalar por doenças respiratórias na infância de 0 a 9 anos na cidade de Maceió □ AL no período de 2010 a 2014. **Ciências Biológicas e da Saúde**, Maceió, v. 3, n. 3, p.43-58, 1 nov.2016.Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosaude/article/view/3130>>. Acesso em: 01 jun. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**.2012;38(1). Disponível em: www.jornaldepneumologia.com.br/.../suple_200_70_38_completo_versao.Acessado em: 17/06/2019.

SOUZA, Amaury de et al. Hospitalizações por infecção respiratória associada a fatores ambientais. **Revista Brasileira de Promoção A Saúde**, Fortaleza, v. 3, n. 27, p.312-318, 2014.

SOUZA A, et al. Indicadores ambientais e doenças respiratórias em crianças. **Mercator**. 2013; 12(27):101-109.

ZAITCHIK, B.F., SWEIJID, N., SHUMAKE-GUILLEMOT, J., LUTERBACHER, J., et al., 2020: **A framework for research linking weather**, climate and COVID-19. *Nat. Commun.* 11, 5730.

World Health Organization/The United Nations Children's Fund (UNICEF). **End preventable deaths: Global Action Plan for Prevention and Control of Pneumonia and Diarrhoea**. 2013. Disponível em: https://www.unicef.org/media/files/Final_GAPPD_main_Report_EN-8_April_2013.pdf. Acessado em: 16 de junho de 2019.

PERCEPÇÃO MATERNA SOBRE AMAMENTAÇÃO E INTRODUÇÃO PRECOCE DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

Társila Estefânia Gomes Rodrigues¹;

Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campina Grande, Paraíba.

<https://orcid.org/0000-0002-7955-0755>

Larissa Grace Nogueira Serafim de Melo²;

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, Rio Grande do Norte.

<https://orcid.org/0000-0003-4204-5517>

Ráisa Acácio França Costa³.

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, Rio Grande do Norte.

<https://orcid.org/0000-0001-9809-3716>

RESUMO: Introdução: A amamentação é uma prática importante e considerada como fator de proteção para os transtornos alimentares. O momento de introdução de outros alimentos durante a infância também tem sido considerado um aspecto importante na atenção à criança, até por suas possíveis consequências sobre a saúde ao longo de toda a vida. Objetivo: Verificar a percepção materna sobre amamentação e os fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar. Metodologia: Estudo de natureza descritiva do tipo transversal de caráter quantitativo. Realizado em 4 Unidades Básicas de Saúde no município de Currais Novos-RN, Brasil. Um questionário foi aplicado às mães que acompanhavam seus filhos na consulta de Crescimento e Desenvolvimento (CD). Resultados: A maioria das mães afirmou receber orientações de amamentação no pré-natal e na lactação (89,9%). Quando questionadas em relação à idade preconizada pelo Ministério da Saúde em manter o aleitamento materno exclusivo, apenas 21,2% dessas mães orientadas não souberam responder corretamente. Percebeu-se que 96% das mães consideram a amamentação uma prática importante. A introdução precoce da alimentação complementar se fez presente em algumas crianças e o alimento mais citado pelas mães foi o mingau com leite (48,5%). Discussão: As mães são orientadas e apresentam boa percepção quanto ao AME, porém não dão continuidade à amamentação por diversos motivos, dentre os quais: mitos em relação ao leite, trabalho e nova gravidez. Conclusão: Para as mães entrevistadas, os profissionais de saúde repassem importantes informações sobre a alimentação da criança nos primeiros seis meses de vida. Entretanto, para favorecer a aplicação dessas orientações, vislumbra-se a necessidade da construção de uma conscientização mais efetiva e humanizada das mães, que possibilite maior eficácia.

PALAVRAS-CHAVE: Amamentação. Alimentação complementar. Introdução alimentar.

MATERNAL PERCEPTION OF BREASTFEEDING AND EARLY INTRODUCTION OF COMPLEMENTARY FEEDING

ABSTRACT: Introduction: Breastfeeding is an important practice and considered as a protective factor for eating disorders. The timing of introducing other foods during childhood has also been considered an important aspect of child care, even for its possible consequences on health throughout life. Objective: To verify the maternal perception about breastfeeding and the factors associated with the early introduction of complementary feeding. Methodology: This is a descriptive nature of the quantitative character. Made in 4 Basic Health Units in the municipality of Currais Novos-RN, Brazil. A questionnaire was applied to the mothers who accompanied their children in the consultation on Growth and Development (CD). Results: Most mothers reported receiving breastfeeding guidelines in prenatal and lactation (89.9%), however, when questioned in relation to age recommended by the Ministry of Health to maintain exclusive breastfeeding 21.2% of these mothers oriented they did not know how to answer correctly. It was found that 96% of mothers considered breastfeeding to be an important practice. The early introduction of complementary feeding was present in some children and the food most cited by the mothers was porridge with milk (48.5%). Discussion: Mothers are oriented, but do not continue breastfeeding for several reasons, among them the myths regarding milk, work, new pregnancy. Conclusion: It is hoped that with the results presented here, they could serve as guides in building a more effective and humanized awareness of mothers, and that health professionals pass this information on to the population more effectively.

KEY-WORDS: Breast-feeding. Complementary feeding. Introduction.

INTRODUÇÃO

O Aleitamento Materno Exclusivo (AME) é aquele no qual a criança recebe apenas leite materno ou leite humano de outra fonte, sem líquidos, sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos (BRASIL, 2015). Estima-se que mundialmente apenas 37% das crianças menores de seis meses são amamentadas exclusivamente, realidade ainda longe de atingir a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS), que estabelece meta de prevalência de AME para 2025 de 50% (OMS, 2012).

Alimentação complementar (AC) é qualquer alimento oferecido à criança amamentada que não seja o leite materno. Introduzida na infância, esta alimentação é de extrema importância, pois não influencia apenas o estado nutricional atual da criança, como constitui seus hábitos alimentares, que serão estabelecidos e continuarão na adolescência e na fase

adulta (BRASIL, 2009).

Nos primeiros anos de vida é fundamental que a criança possua uma nutrição adequada, pois a mesma pode impactar profundamente no desenvolvimento e na programação metabólica, e assim refletir na saúde em sua vida adulta. O aleitamento materno (AM) é uma das primeiras experiências nutricionais do recém-nascido, e de extrema importância, pois o mesmo tem mostrado muitos benefícios na redução de alguns parâmetros da síndrome metabólica, como dislipidemias, diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica além de efeito protetor contra doenças cardiovasculares (MOZETIC, SILVA, GANEN, 2016). A partir do 6º mês de vida é essencial à introdução de novos alimentos para complementar as necessidades nutricionais e a adoção de estilo de vida saudável, principalmente neste período, pois os mesmos poderão determinar sua condição de saúde futura e até mesmo de seus descendentes (MOZETIC, SILVA, GANEN, 2016). Entretanto, com uma introdução precoce de alimentos complementares, alguns problemas podem aparecer, tais como, deficiências de macro e micronutrientes, devido a problemas de biodisponibilidade em certos alimentos, podendo não atingir os requerimentos nutricionais desta faixa etária (TURCK, 2005).

No Brasil, a II Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno (PPAM), feita em 2008, constatou que 41% das crianças menores de seis meses estavam em amamentação exclusiva. A região Norte foi a que apresentou maior prevalência do AME (45,9%), seguida da Centro-Oeste (45,0%), Sul (43,9%) e Sudeste (39,4%), com a região Nordeste apresentando a pior situação (37,0%) (BRASIL, 2009).

Diante desse quadro no Brasil, em 2010, o Ministério da Saúde lançou a Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável (Enpacs), que foi incorporada à Estratégia Rede Amamenta e Alimenta Brasil, em 2012, como forma de orientar e capacitar profissionais de saúde, visando o fortalecimento das ações voltadas ao incentivo e promoção da introdução da alimentação complementar adequada e oportuna de crianças menores de 24 meses na Rede de Atenção Básica de Saúde, e conseqüentemente, na formação de hábitos alimentares desde o início da vida do ser humano (BRASIL, 2010).

Análises globais avaliadas por Victora et al (2016), mostram que mais de 80% dos recém-nascidos recebem leite materno em quase todos os países. Entretanto, apenas aproximadamente metade inicia a amamentação na primeira hora de vida. Na maioria dos países do mundo, as taxas de amamentação exclusiva são bastante inferiores a 50%, e a correlação com a duração da amamentação é somente moderada. Nos países mais pobres, a iniciação tardia e baixas taxas de amamentação exclusiva são os principais desafios. Nos países de média e alta renda, a curta duração da amamentação é um desafio adicional.

As práticas de alimentação de lactentes são influenciadas pelo ambiente familiar, por informações fornecidas pelos profissionais de saúde, assim como pela mídia, através da veiculação de propagandas de fabricantes de alimentos (MONTE; GIUGLIANI, 2004). Cabe assim ao profissional a responsabilidade de traduzir os conceitos sobre alimentação

complementar de forma prática à comunidade que assiste, lembrando que os familiares e demais cuidadores da criança passam a interagir mais com o lactente em contribuição à sua adequada nutrição (SBP, 2012; BRASIL, 2010). O sucesso final depende da definição de políticas governamentais adequadas e da participação e apoio da sociedade civil.

O presente estudo teve como objetivo verificar a percepção materna sobre a importância da amamentação e os fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar no município de Currais Novos/RN, um município de médio porte, localizado na região Nordeste do Brasil.

METODOLOGIA

Estudo de natureza descritiva do tipo transversal de caráter quantitativo. Foi desenvolvido em 4 Unidades Básicas de Saúde (UBS) da zona urbana do município de Currais Novos-RN, que contém a equipe de Residência Multiprofissional na Atenção Básica. Este município está localizado na microrregião do Seridó oriental, sendo o mais populoso, importante e influente município desta região. De acordo com a estimativa realizada pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) no ano de 2015 sua população era estimada em 44. 887 habitantes, sendo assim o maior município da microrregião, o segundo da mesorregião e o nono mais populoso de todo o estado.

Atualmente existem um total de 17 UBS na cidade, 14 da zona urbana e 3 da zona rural. No momento, apenas 4 são contempladas com a Residência Multiprofissional, contando com enfermeiro, dentista, nutricionista, fisioterapeuta, farmacêutico, fonoaudiólogo, psicólogo, médico veterinário, assistente social e profissional de educação física.

A população que foi composta por mães cujos bebês apresentaram idade entre 0 a 24 meses de vida; que compareceram a UBS para acompanhamento de seus filhos na consulta de Crescimento e Desenvolvimento (CD); moradoras de Currais novos; que aceitasse participar da pesquisa e assinasse o termo de consentimento livre e esclarecido. Foram excluídos do estudo mães que não apresentarem disposição de tempo para participar da pesquisa; as que não comparecerem na UBS para acompanhamento da criança no CD; que apresentaram algum problema de saúde que impediam informação fidedigna e mães de crianças que apresentaram algum problema de saúde (síndromes ou malformações) que naturalmente dificulta a prática da amamentação.

A coleta de dados ocorreu na UBS, no dia da consulta de CD. Para coletar os dados, foram utilizados formulários estruturados, adaptados e elaborados pela pesquisadora a partir do questionário de consumo alimentar desenvolvido pelo SISVAN.

Os formulários abordavam informações socioeconômicas, alimentares, percepção quanto ao aleitamento materno, satisfação quanto ao apoio para amamentar, importância da amamentação, fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar e orientações recebidas por profissionais de saúde.

Para a análise estatística, utilizou-se o pacote estatístico SPSS, versão 20.0 para Windows® (StatisticalPackage for the Social Sciences). Os dados foram organizados em tabelas e analisados com base em frequências absolutas e percentuais. Após tabulados, os dados foram interpretados de acordo com a literatura vigente. Para realização do estudo foram seguidos todos os princípios éticos contidos na Resolução 466/12 que rege pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCL). O projeto base foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) sob o número 049767/2018/CEP/UFRN/FACISA e CAAE 89527818.0.0000.5568.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram avaliadas 99 crianças e suas características estão descritas na Tabela 1. A maioria da amostra era do sexo masculino (54,5%) com idade prevalente de 0 a 6 meses de vida (43,4%). Do total de mães entrevistadas a maioria apresentaram idade igual ou maior que 20 anos (96,9%), escolaridade maior que 8 anos de estudo (79,8%), eram casadas (39,9%) e estavam desempregadas (71%). Quanto à quantidade de filhos a maioria eram múltíparas (54,5%) e apresentaram renda igual ou inferior a um salário mínimo (48,5%).

Tabela 1: Caracterização dos participantes, Currais Novos-RN, 2018.

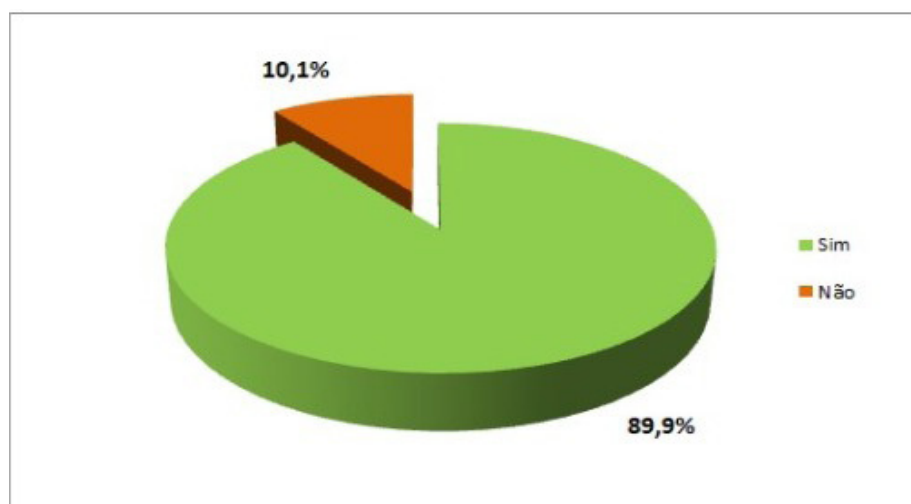
Variáveis	N	%
Sexo da Criança		
Masculino	54	54,5
Feminino	45	45,5
Idade da criança (meses)		
0 - 6	43	43,4
7 - 11	21	21,2
12 - 24	35	35,4
Idade materna (anos)		
<20	3	3,1
≥20	96	96,9
Escolaridade (anos)		
<8	20	20,2
≥8	79	79,8
Estado Civil		
Casada	39	39,3
União estável	35	35,4
Solteira	25	25,3

Ocupação materna		
Não trabalha fora	71	71,7
Trabalha fora	29	29,3
Quantidade de filhos		
Primípara	45	45,5
Múltipara	54	54,5
Renda familiar (em salários mínimos)		
≤1	48	48,5
>1	27	27,3
Não sabe	24	24,2

Fonte: Autoria própria a partir de coleta de dados realizada em Currais Novos (RN), 2018.

Observa-se no Gráfico 1 que 89,9% das mães foram orientadas em relação ao AM durante o período do pré-natal e lactação e 10,1% não foram orientadas. Dessas mães orientadas 21,2% não souberam responder até que idade é preconizada pelo Ministério da Saúde manter o bebê em AME e 2,0% das mães não orientadas também não souberam responder a essa questão. Essas orientações foram passadas por profissionais de saúde dentre eles os principais foram o enfermeiro e médico (57%), outra parte por meio da equipe multiprofissional da UBS (34%). Também foram contabilizadas aquelas que não receberam nenhum tipo de informação (9%).

Gráfico 1: Percentual de mães que receberam informação sobre o AME no pré-natal e na lactação.



Fonte: Autoria própria a partir de coleta de dados realizada em Currais Novos (RN), 2018.

Os resultados mostraram que 61,6% das mães entrevistadas ainda estão amamentando, mas 38,4% apresentam motivos pelos quais deixaram de amamentar. Dentre estes, houve referência à quantidade do leite e dificuldade na amamentação (18,2%). Essas dificuldades estão relacionadas às fissuras no mamilo e dificuldade na pega. Algumas mães relataram também que o leite era “pouco e fraco”, fatores que acreditam ter facilitado

a introdução precoce da alimentação complementar; a rejeição do bebê após o uso da mamadeira (10,1%); o trabalho ou nova gravidez (7,1%) e as orientações médicas e/ou uso de medicamentos (3%).

Em relação ao grau de conhecimento das mães sobre a importância da amamentação foi observado que 96% das mães relataram que a amamentação é uma prática importante, pois evita doenças, mas 4% das mães relataram como sendo uma prática sem importância, pois acreditam que o leite é fraco e pouco e não é suficiente para evitar doenças.

Verificou-se que 48,5% das crianças menores de seis meses receberam mingau com leite ou leite com farinha; 37,4% receberam fruta/vegetal; 21,2% receberam tanto papa salgada/comida de panela como também carne/frango/peixe; 12,1% receberam mel/açúcar/rapadura conforme destaca a Tabela 2.

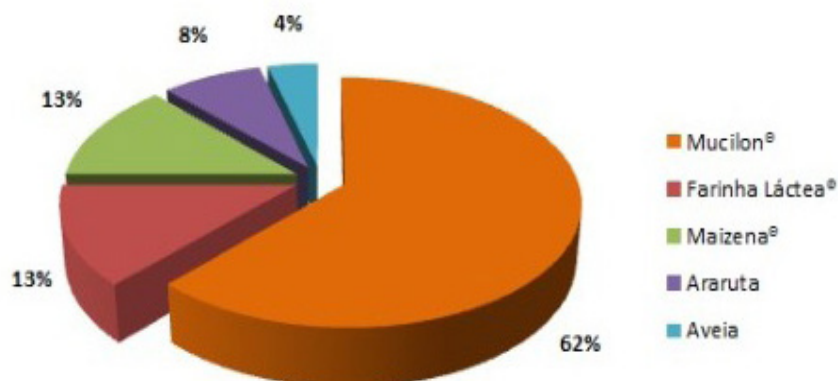
Tabela 2: Variáveis referentes ao consumo de alimentos antes dos seis meses de idade.

Alimento	A criança consumiu antes dos 6 meses de idade	
	SIM (%)	NÃO (%)
Mingau com leite/ leite com farináceos	48,5	51,5
Fruta /vegetal	37,4	62,6
Papa salgada/comida de panela	21,2	78,8
Carne/frango/peixe	21,2	78,8
Açúcar/rapadura/mel	12,1	87,9

Fonte: Autoria própria a partir de coleta de dados realizada em Currais Novos (RN), 2018.

O gráfico 2 mostra os tipos de farináceos ofertados pelas mães às crianças menores que seis meses de idade. O mais utilizado foi o Mucilon® (62%), mas ainda faziam uso de Farinha Láctea® (13%), Maizena® (13%), Araruta (8%) e Aveia (4%).

Gráfico 2: Tipos de farináceos ofertados a crianças menores que seis meses de idade.



Fonte: Autoria própria a partir de coleta de dados realizada em Currais Novos (RN), 2018.

Foi observado que existem mães que nunca receberam nenhum tipo de informação referente à AC (34%). No entanto, 66% das mães receberam algum tipo de informação por meio dos profissionais de saúde, entre eles o enfermeiro (38%), e o nutricionista, dentista, médico e ACS (28%).

Neste estudo foi possível identificar que a maior parte das mães (89,9%) receberam orientações em relação ao AME durante o pré-natal e a lactação (Gráfico 1). Esses dados corroboram com um estudo realizado em São Luiz- MA, Brasil sobre a caracterização da AM, que obteve como resultados o fato de mais da metade das mães (68,9%) terem recebido orientações sobre o AM nas consultas de pré-natal (RIETH, COIMBRA. 2016). Durante o pré-natal é possível discutir pontos importantes no cuidado infantil, fornecer informações e preparar a futura nutriz para que esta se sinta mais apta e confiante para a prática da amamentação, para que isso seja possível é recomendado pelo Ministério da Saúde (MS) o mínimo de seis consultas durante a gestação (SCHINCAGLIA et al, 2015).

Embora as mães entrevistadas tivessem sido orientadas, o estudo constatou que 21,2% dessas mães que receberam as orientações não souberam responder a idade preconizada pelo MS para manter o AME, embora a maior parte (68,7%) tenha respondido corretamente esta questão. A Organização Mundial de Saúde preconiza que o AME seja mantido até os seis meses de idade (OMS, 2004), pois até essa idade o leite materno é capaz de suprir todas as necessidades nutricionais. No entanto, a partir desse período, torna-se necessário incluir alimentos adequados para atender às necessidades nutricionais, e para prevenir o aparecimento de doenças, incluindo desnutrição e sobrepeso, auxiliar no aspecto psicológico, motor, cognitivo e possibilitar a aquisição de forma progressiva dos hábitos alimentares da família, assim como reduzir a morbimortalidade infantil (MONTE; GIUGLIANI, 2004; BRASIL, 2010).

Em relação aos profissionais de saúde responsáveis por passar informações sobre AM para as mães, percebeu-se que os principais envolvidos foram enfermeiro e médico (57%). Sabe-se que esses são os profissionais que acompanham durante todo período de gestação as mulheres tanto nas consultas de pré-natal, quanto no período de lactação. No entanto, percebe-se também que outros profissionais de saúde também participaram das orientações referentes aos benefícios do AM. Isso é explicado pelo fato do estudo ter sido realizado em UBSs que contemplam com uma equipe de residentes multiprofissionais. Dentre os profissionais envolvidos estavam nutricionista, fonoaudiólogo, dentista, fisioterapeuta e assistente social. Destaque-se que a residência multiprofissional busca promover transformações dos serviços de saúde onde estiver inserida, instigando a crítica sobre a prática interdisciplinar e as possibilidades e limites de transformação da realidade (NASCIMENTO, OLIVEIRA, 2010).

Em relação à amamentação notou-se que 38,4% das mães deixaram essa prática por muitos motivos, entre eles os principais foram: quantidade do leite e dificuldade na amamentação (18,2%) e rejeição do bebê após o uso da mamadeira ou chupeta (10,1%).

Em estudo realizado com intuito de identificar os fatores associados à interrupção do AME em lactentes com 30 dias de nascido, as mães entrevistadas (44,7%) referiram possuir alguma dificuldade na amamentação, sendo a fissura mamilar a mais citada. Outra prática identificada como fator interferente na amamentação é a utilização de bico/chupeta, porém nesse estudo não foi um determinante na interrupção do AME até os 30 dias de vida dos lactentes (MORAES, et al, 2016). Questões culturais envolvendo mitos e crenças que permeiam a amamentação estão envolvidas na introdução precoce de outros alimentos. É comum ainda nos dias de hoje as mães relatarem expressões como “leite fraco”, “pouco leite” ou “lactente não quis pegar o peito”; Por vezes, estas expressões podem evidenciar a insegurança da mãe frente ao processo de amamentação, e podem ainda ser determinantes para a introdução precoce de outros alimentos, bem como a oferta de bico/chupeta e mamadeira. Os traumas mamilares dificultam o processo de amamentação, o que pode levar a mãe a ofertar o complemento lácteo ao lactente, e dessa forma poderá prejudicar a produção do leite. Caso esse leite artificial seja ofertado por mamadeira, pode ocasionar desinteresse em mamar, gerado pela confusão de bicos, ou até mesmo por estarem saciados (MORAES et al, 2016).

Desta forma, investigar os fatores associados à interrupção do AME contribui para a reflexão dos profissionais de saúde sobre suas práticas voltadas ao aleitamento materno e para a implementação de estratégias de incentivo à manutenção da amamentação exclusiva (MORAES et al, 2016).

O ‘Guia alimentar para crianças menores de dois anos’, publicado pela OPAS e Ministério da Saúde, recomenda que os alimentos complementares (carnes, tubérculos, cereais, leguminosas, frutas e legumes) sejam ofertados após os seis meses de idade, porque é nesse período que as crianças já possuem maturidade fisiológica para mastigar, deglutir e digerir. A introdução precoce da alimentação complementar contribui para uma redução significativa da absorção de ferro, presente no leite materno, o que pode levar à anemia (BRASIL, 2002).

Em relação à introdução precoce da AC, verificou-se o consumo de alimentos por crianças menores que 6 meses de idade. Entre os principais alimentos consumidos, os mais citados foram o leite com mingau ou leite com farinha (48,5%) e frutas/verduras (37,4%). Em um estudo realizado no município de Juiz de Fora - MG, com mães que frequentam o Departamento de Atendimento a Crianças e Adolescentes, mostrou que as mães das crianças menores de seis meses relataram ter dado aos seus filhos suco de frutas (14,1%), fruta (9,9%) e mingau (12,7%); caracterizando a introdução precoce da AC (SOUZA, MENDES, BINOTI, 2015). As crianças menores de um ano de vida apresentam necessidades elevadas de ferro em relação às demais fases da vida. No entanto, a introdução do leite de vaca pode contribuir para aumentar a prevalência de anemia entre as crianças, pois o mesmo é pobre em ferro e apresenta uma elevada quantidade de proteínas e minerais que impedem a absorção do ferro (OLIVEIRA, OSÓRIO, 2005). O consumo precoce de alimentos complementares ocasiona prejuízos à saúde do bebê, sendo os mais comuns

a nutrição inadequada e infecções causadas por contaminantes presentes em alimentos mal higienizados e/ou mal acondicionados, além dos riscos de desenvolver as alergias em função da maturidade fisiológica e com isso gera maiores gastos financeiros para a família (SCHINCAGLIA et al, 2015).

Observou-se uma substituição de farináceos por meio das mães, pois antigamente no município de Currais Novos a população tinha o hábito de fazer largo uso de araruta para complementar à amamentação. No entanto, o presente estudo verificou um maior uso de outros tipos de farináceos pelas mães, dentre eles o mais citado foi Mucilon® (62%), a fim de complementar ou substituir a amamentação. A introdução de alimentos considerados marcadores de alimentação não saudável sinalizam a introdução inadequada da alimentação complementar aos lactentes, bem como a adoção do comportamento de risco para o aparecimento da deficiência de ferro, do desenvolvimento do excesso de peso, obesidade, dislipidemias e alteração da pressão arterial (BRASIL, 2015). Sabe-se que o consumo alimentar na infância está intimamente associado ao perfil de saúde e nutrição, principalmente, entre as crianças menores de dois anos de idade. Ou seja, a prática alimentar inadequada nos dois primeiros anos de vida, sobretudo entre as populações mais vulneráveis, está intimamente associada ao aumento da morbidade, representada pelas doenças infecciosas, pela desnutrição e por carências específicas de micronutrientes, particularmente de ferro, zinco e vitamina A (MARINHO et al, 2016).

Os principais profissionais de saúde que passam as informações em relação a AC são os enfermeiros (38%), porém existe uma equipe multiprofissional nas UBSs incluídas nesta pesquisa, que também participa desse processo. É de responsabilidade dos profissionais de saúde promover ações que venham orientar as mães e a população a respeito da AC, pois através do conhecimento correto os familiares e demais cuidadores poderão contribuir de forma adequada com a nutrição da criança (SBP, 2012; BRASIL, 2010).

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo permitem concluir que as mães estão recebendo orientações em relação à amamentação nas consultas de pré-natal e na lactação, e que as mesmas consideram importante essa prática. No entanto, essas informações não estão sendo suficientes para convencê-las em relação à oferta de certos alimentos complementares adicionados durante o período do AME, entre eles o que obteve mais destaque foi o mingau com leite/ leite com farináceos. Segundo relatos de moradores e profissionais de saúde do município, antigamente as mães tinham um hábito de adicionar araruta como substituto ou complemento da amamentação, mas por meio de orientações recebidas pelos profissionais de saúde essa prática estava sendo deixada de lado. No entanto, as mães passaram a incluir outros tipos de farináceos no AME, o que pode afetar diretamente o sucesso do AME e resultar em impactos negativos à saúde a curto e longo prazos, com maior risco de anemias, excesso de peso, obesidade, carências de micronutrientes, entre outros.

Diante desse cenário, cabe aos profissionais de saúde promover o aconselhamento mais efetivo das famílias para a alimentação no primeiro ano de vida, reforçando a superioridade do leite materno e desencorajando a introdução de outros leites bem como a inclusão correta da alimentação complementar.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Política de Saúde; Organização Panamericana da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 107). Disponível em: <<http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/guiiao.pdf>>. Acesso 15 de Janeiro de 2019.

_____. Ministério da Saúde. Vigilância alimentar e nutricional. In: Brasil. Ministério da Saúde. SISVAN: Orientações básicas para coleta, o processamento, a análise de dados e a informação em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf>. Acesso em 15 de Novembro de 2018.

_____. Ministério da Saúde (MS). ENPACS: Estratégia Nacional Para Alimentação Complementar Saudável: **Caderno Do Tutor**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <<http://www2.maringa.pr.gov.br/sistema/arquivos/estrategia.pdf>>. Acesso em 10 de Novembro de 2018.

_____. Ministério da Saúde (CNS-MS). **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos** - Resolução 466, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 15 de Janeiro de 2019.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf>. Acesso em 19 de Outubro de 2018.

MARINHO, L. M. F. et al. Situação da alimentação complementar de crianças entre 6 e 24 meses assistidas na Rede de Atenção Básica de Saúde de Macaé, RJ, Brasil. **Revista de**

Ciência e Saúde Coletiva, v. 3, n. 21, p. 977-986, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n3/1413-8123-csc-21-03-0977.pdf>> Acesso em: 17 de Janeiro 2018.

MONTE, C. M.; GIUGLIANI, E. R. Recomendações para a alimentação complementar da criança em aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, n. 80, p. 131-141, 2004. Suplemento. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n5s0/v80n5s0a04>>. Acesso em 10 de novembro 2018.

MORAES, A. B. et al. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo em lactentes com até 30 dias. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.37, n. esp, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37nspe/0102-6933-rgenf-1983-14472016esp2016-0044.pdf>>. Acesso em 17 de Janeiro de 2018.

MOZETIC, R. M.; SILVA, S. B. C.; GANEN, A. P. A importância da nutrição nos primeiros mil dias. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 8, n. 2, p. 876-884, 2016. Disponível em: <https://www.acervosaude.com.br/doc/11_2016.pdf>. Acesso em 19 de Outubro de 2018.

NASCIMENTO, D. D. C., OLIVEIRA, M. A. C. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 4, n. 19, p. 814-827, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n4/09.pdf>> . Acesso em: 17 de Janeiro de 2019.

OLIVEIRA, M. A. A., OSÓRIO, M. M. Consumo de leite de vaca e anemia ferropriva na infância. **Jornal de Pediatria**, n. 81, p. 361-362, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n5/v81n5a04.pdf>> Acesso em 17 de Janeiro de 2018.

RIETH, N. F. A.; COIMBRA, L. C. Caracterização do aleitamento materno em São Luiz, Maranhão. **Revista Pesquisa em Saúde**, n. 17, v. 1, p. 7-12, 2016. Disponível em: <<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/viewFile/5487/3360>>. Acesso em 15 de Janeiro de 2019.

Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). **Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola**. 3a ed. Rio de Janeiro: SBP; 2012. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/14617a-PDManualNutrologia-Alimentacao.pdf>. Acesso em 15 de Janeiro de 2019.

SOUZA, J. B. P. G.; MENDES, L. L.; BINOTI, M. L. Perfil do aleitamento materno e da alimentação complementar em crianças menores de dois anos atendidas em um centro de referência da cidade de Juiz de Fora-MG. **Revista de Atenção Primária a Saúde**, n. 19, v. 1, p. 67-76, 2016. Disponível em: <<http://ojs2.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/15580/8170>>. Acesso em 16 de novembro de 2018.

SCHINCAGLIA, R. M et al. Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. **Revista de Epidemiologia e Serviços de Saúde**, n. 24, v. 3, p. 465-547, 2015.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n3/2237-9622-ress-24-03-00465.pdf>>. Acesso em 15 de Janeiro de 2019.

TURCK, D. Allaitment Maternel: Lês Bénéfices Pour La Santé de L´enfant et Samère. **Arch Pédiatrie**, v. 12, p. S145-S165, 2005. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0929693X05005518?via%3Dihub>>. Acesso em 13 de janeiro de 2019.

VICTORA, C. G. et al. Amamentação no século 21: epidemiologia, mecanismos, e efeitos ao longo da vida. **Epidemiologia Serviço de Saúde**, Brasília, 2016. Disponível em: <<http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v25n1/Amamentacao1.pdf>>. Acesso em 19 de Janeiro de 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Sixty-fifth World Health Assembly. Resolutions and decisions**. Geneva: WHO, 2012.

ASPECTOS NUTRICIONAIS DE PACIENTES COM CÂNCER ATENDIDOS EM UM HOSPITAL DE ATENDIMENTO ONCOLÓGICO

Gleidison Andrade Costa¹;

ESP-MA, São Luís, MA.

<http://lattes.cnpq.br/4742326255612025>

Eliakim do Nascimento Mendes²;

UFMA, São Luís, MA.

<http://lattes.cnpq.br/1100564477639416>

Camila Araújo Pereira³;

ESP-MA, São Luís, MA.

<http://lattes.cnpq.br/9828310494247777>

Paula Francinette Fernandes Aguiar⁴;

ESP-MA, São Luís, MA.

<http://lattes.cnpq.br/9594860872536994>

Bianca Guedes Silva Almeida⁵;

ESP-MA, São Luís, MA.

<http://lattes.cnpq.br/9491474284690423>

Gabriela Sander de Sousa Nunes Costa⁶.

ESP-MA, São Luís, MA.

<http://lattes.cnpq.br/4325832205452100>

RESUMO: **Introdução:** o estado nutricional de pacientes oncológicos hospitalizados tem estreita relação com o plano terapêutico estabelecido, devido ao seu potencial em ampliar as chances de desenvolvimento ou agravamento da morbimortalidade. **Objetivo:** avaliar o perfil nutricional de pacientes com câncer assistidos em um hospital de atendimento oncológico na cidade de São Luís, Maranhão. **Metodologia:** estudo de campo, transversal, descritivo, com coleta de dados primária e secundária, realizado entre dezembro de 2021 a fevereiro de 2022, com 30 pacientes hospitalizados. Dados sociodemográficos e clínicos foram obtidos por meio de um questionário próprio; o risco nutricional foi feito pela ferramenta Avaliação Global Produzida Pelo Próprio Paciente (ASG-PPP) e a avaliação do estado nutricional foi finalizada pelo emprego de quatro parâmetros nutricionais: Índice de Massa Corporal

(IMC), Circunferência do Braço (CB), Circunferência Muscular do Braço (CMB) e Prega Cutânea Tricipital (PCT.) **Resultados:** dos pacientes analisados, houve maior presença do sexo feminino (70,00%), oriundos do interior do estado (70,00%). O tipo de neoplasia mais presente foi a leucemia mieloide aguda (16.67%). Quanto ao risco nutricional, dada a ASG-PPP, maior parte estava sob risco nutricional (53.33%); já no escore, o resultado mais notado foi acima de ≥ 9 pontos (43.33%). Na classificação do estado nutricional, 56.66% foi disposto em eutrofia nutricional (no caso do IMC), assim como a CMB também revelou que 53.34% possuíam bom estoque de tecido muscular. Entretanto, os três indicadores: CB, CMB e PCT, tiveram exata correlação quanto ao rastreio de algum estágio de desnutrição (46.66%). **Conclusão:** o risco nutricional estava presente na maior parte da população estudada. E a pontuação dos scores da ASG-PPP, assim como a classificação os outros indicadores do estado nutricional, sinalizaram que a maioria dos pacientes necessitava de intervenções nutricionais direcionadas, principalmente no sentido do manejo dos sintomas e recuperação do estado nutricional.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação nutricional. Estado Nutricional. Oncologia.

NUTRITIONAL ASPECTS OF CANCER PATIENTS SEEN AT AN ONCOLOGICAL CARE HOSPITAL

ABSTRACT: Introduction: the nutritional status of hospitalized cancer patients is closely related to the established therapeutic plan, due to its potential to increase the chances of developing or worsening morbidity and mortality. **Objective:** to evaluate the nutritional profile of cancer patients assisted at an oncology care hospital in the city of São Luís, Maranhão. **Methodology:** field study, cross-sectional, descriptive, with primary and secondary data collection, carried out between December 2021 and February 2022, with 30 hospitalized patients. Sociodemographic and clinical data were obtained through a specific questionnaire; The nutritional risk was performed using the Patient-Produced Global Assessment tool (SGA-PPP) and the nutritional status assessment was completed by using four nutritional parameters: Body Mass Index (BMI), Arm Circumference (BC), Muscle Circumference of the Arm (CMB) and Triceps Skin Fold (PCT.) **Results:** of the patients analyzed, there was a greater presence of females (70.00%), coming from the interior of the state (70.00%). The most common type of neoplasm was acute myeloid leukemia (16.67%). As for nutritional risk, given the SGA-PPP, most were at nutritional risk (53.33%); in terms of the score, the most noticeable result was above ≥ 9 points (43.33%). In the classification of nutritional status, 56.66% were classified as nutritionally eutrophic (in the case of BMI), as well as the CMB also revealed that 53.34% had a good stock of muscle tissue. However, the three indicators: CB, CMB and PCT, had an exact correlation in terms of screening for some stage of malnutrition (46.66%). **Conclusion:** nutritional risk was present in most of the population studied. And the score of the SGA-PPP scores, as well as the classification of other indicators

of nutritional status, signaled that most patients needed targeted nutritional interventions, mainly in the sense of managing symptoms and recovering nutritional status.

KEY-WORDS: Nutritional assessment. Nutritional status. Oncology.

INTRODUÇÃO

No rol de doenças que abrange as Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), encontram-se os cânceres. Estes se caracterizam por um agrupamento de mais de 100 diferentes tipos de enfermidades, que detêm como características básicas o crescimento e o desenvolvimento desajustados e agressivos de células, com alto grau de especialização, assim como amplo potencial invasivo de tecidos e, conseqüentemente, de órgãos; originando assim os tumores (MALZYNER, 2013; INCA, 2016).

Quanto à assistência nutricional ao paciente oncológico no ambiente hospitalar, coloca-se que um dos primeiros passos do cuidado assistencial é a triagem do risco nutricional, a qual visa rastrear precocemente pacientes em risco para desnutrição. O paciente oncológico é abraçado por uma atmosfera que o expõe a mais chances de ser acometido pela desnutrição, uma vez que o câncer demanda recursos fisiológicos mais abrangentes e tratamentos multivariados (DAMO et al., 2016; SANTOS *et al.*, 2017).

O estado nutricional do indivíduo hospitalizado pode ser entendido como a consequência da relação que existe entre o consumo de energia, nutrientes e micronutrientes frente às necessidades orgânicas do corpo, assim como a sua habilidade em realizar os processos de digestão, absorção e de utilização dos nutrientes, e a relação com fatores fisiopatológicos. Desta forma, pode-se entender que o estado nutricional tem estreita relação com a performance clínica do paciente internado devido ao seu potencial em ampliar as chances de desenvolvimento, agravamento da morbimortalidade ou do sucesso terapêutico. A avaliação nutricional nesse público é fundamental para que, de maneira precoce, empregue-se possibilidades terapêuticas-assistenciais-nutricionais mais elaboradas e direcionadas àqueles que demonstram apontamentos de risco nutricional (SANTOS *et al.*, 2017).

Nesse sentido, pontua-se que o desprovimento nutricional tem sido atrelado à diminuição da resposta ao tratamento oncológico, assim como um maior grau de toxicidade, com perda de peso não intencional, variando de 49 a 74%, sendo que essa variação está conectada inicialmente à localização primária do tumor, com reflexos no comprometimento da qualidade de vida e dos desfechos clínico-terapêuticos (SANTOS; FRANCO; VASCONCELOS, 2017). As neoplasias malignas ocasionam modificações catabólicas expressivas e que podem acarretar em diferentes estágios de desnutrição, sendo a caquexia um dos mais preocupantes, uma síndrome composta pela perda de peso contínua e acentuada, catabolismo de massa muscular conexo ou não ao tecido adiposo mais a ocorrência de disfunções metabólicas (estado inflamatório) e imunológicas.

Para contornar tais questões, as ferramentas de avaliação nutricional e, principalmente os instrumentos de triagem nutricional, são fundamentais para a classificação do estado nutricional deste grupo de pacientes. Ciente disto, a Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Próprio Paciente (ASG-PPP) é uma metodologia de avaliação nutricional validada para pacientes com câncer e que admite uma rápida ponderação do estado físico e dietético, identificando os sintomas de impacto nutricional e, assim, contribuindo na escolha da terapia nutricional mais adequada (BRASPEN, 2019). É importante se frisar que a ASG-PPP é um instrumento que pode ser realizado junto ao paciente e/ou cuidadores, é de fácil execução, com reduzido tempo para a sua aplicação e com assertiva reprodutibilidade (MILANI, 2018).

Após a concretização dos procedimentos de triagem do risco nutricional no paciente com câncer e identificado o acometimento nutricional, emprega-se avaliação do estado nutricional. Essa avaliação nutricional necessita ser mais robusta e precisa, para assim se empregar os preceitos inerentes à terapia e assistência nutricionais individualizadas. Com isso, é possível se reduzir e/ou prevenir os fatores complicadores atrelados à doença e ao tratamento, otimizando a recuperação, diminuir os gastos e permanência hospitalares (BRASPEN, 2019).

A junção de diferentes ferramentas possibilitará ao profissional nutricionista ter uma melhor elucidação da condição nutricional do seu paciente, podendo empregar os métodos subjetivos (os instrumentos de triagem do risco nutricional, por exemplo) e os objetivos, que compreendem a coleta de dados antropométricos (porcentagem de perda de peso, índice de massa corporal, dobras cutâneas, circunferências e outras), bioquímica, clínica (exame físico) e dietética (BARBOSA; VICENTINI; LANGA, 2019).

Aponta-se também que é essencial, dentro das possibilidades clínicas dos pacientes e da logística hospitalar, se estimar e/ou ajuizar a massa muscular, podendo-se fazer uso do exame físico, de medidas antropométricas, da bioimpedância elétrica, ou de artifícios de imagem como densitometria óssea (DXA) ou tomografia computadorizada, pois a deterioração massa muscular é um preditor de desnutrição, tempo de permanência hospitalar e prognóstico (BRASPEN, 2019).

Quantificar e refletir a respeito dos aspectos relacionados à execução e da importância dos procedimentos de avaliação do estado nutricional de pacientes oncológicos se mostra fundamental para uma boa assistência; se despontando cabível a verificação no Centro de Saúde aqui estudado, nesse sentido, o objetivo deste estudo foi avaliar o perfil nutricional de pacientes com câncer assistidos em um hospital de atendimento oncológico na cidade de São Luís, Maranhão.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de campo, transversal, descritivo, com coleta de dados primária e secundária (coleta em prontuário físico). A coleta de dados foi realizada entre os meses de dezembro de 2021 a fevereiro de 2022, junto aos pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) por meio do Hospital de Câncer do Maranhão Dr. Tarquínio Lopes Filho (HCMTL) em São Luís (MA), após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA), sob o número do parecer: 4.790.690.

A amostra foi do tipo não probabilística, sendo que, neste formato de amostra “o pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que esses possam, de alguma forma, representar o universo (PRODANOV; DE FREITAS, 2013); e atendeu aos critérios de inclusão e exclusão, perfazendo-se então um universo de 30 pacientes.

Foram incluídos na amostra os pacientes admitidos para internação para as clínicas de oncologia clínica do hospital em questão, com diagnóstico confirmado de câncer; idade igual ou superior a 18 anos; pacientes capazes de responder todas as questões referentes ao instrumento de triagem do risco nutricional, a ASGPP, e que aceitaram participar do estudo e consentindo com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). E se excluiu os pacientes que estivessem em *status* de precaução respiratória; que não puderam ser avaliados por meio da triagem do risco nutricional nas primeiras 48h de internação; diagnósticos inconclusivos e indivíduos que após o início da pesquisa, desejaram não mais participar dela.

A coleta de dados foi realizada por um questionário próprio, elencando variáveis sociodemográficas (sexo, procedência, nível de escolaridade); clínicas (tipo de câncer, forma e período de tratamento, doenças associadas) e nutricionais: peso, altura, índice de massa corporal (IMC), circunferência do braço (CB), circunferência muscular do braço (CMB) e a prega cutânea tricipital (PCT) em associação ao instrumento de triagem do risco nutricional. Vale pontuar que todas as medidas dos participante foram realizadas até, no máximo, o quinto dia de internação hospitalar por um único profissional treinado, resguardando a premissa de não haver variabilidade na técnica de coleta de dados entre pesquisadores e pautando-se em documentos orientativos disponibilizados pelo Ministério da Saúde, ou seja, as publicações com “orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde” (BRASIL, 2004; BRASIL, 2011).

Ainda sobre a avaliação antropométrica, contemplada nas variáveis nutricionais, utilizou-se para classificação do estado nutricional, segundo o IMC, a interpretação em adultos adotando-se os valores estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1995) e em idosos, a classificação de Lipschitz (1994), ambas recomendadas pelo Ministério da Saúde; quantos aos outros parâmetros nutricionais CB, CMB e PCT, estes foram coletados com técnicas e instrumentos apropriados, sendo a trena antropométrica inelástica da marca Sanny® de 2 m de comprimento e adipômetro científico da Cescorf®

de precisão de 1 mm.

Para a definição dos percentis, utilizou-se as tabelas de Frisancho (1990). Em seguida se empregou a seguinte fórmula: $\% \text{ adequação de CB (CMB ou PCT)} = \frac{\text{parâmetro obtido}}{\text{parâmetro do percentil 50}} \times 100$. Em seguida, os percentuais de adequação foram classificados de acordo com a recomendação dada por Blackburn e Thornton (1979).

Quanto à avaliação do risco nutricional, se empregou a ASG PPP. Para este estudo foi utilizada a versão da ASG-PPP traduzida e validada para o português do Brasil, voltado à população com câncer. A ASG-PPP gera dois tipos de resultados e ambos foram utilizados. O primeiro é de maneira análoga ao gerado pela Avaliação Subjetiva Global (ASG), pois classifica o paciente em: A (bem nutrido), B (moderadamente desnutrido ou suspeito de desnutrição) e C (gravemente desnutrido), (GONZALEZ et al., 2010).

Além dessa classificação global, o método ainda gera um *score* que vai definir as intervenções nutricionais específicas que incluem a orientação do paciente e seus familiares, modulação dos sintomas, incluindo intervenções farmacológicas e intervenção nutricional adequada (alimentos, suplementos nutricionais, nutrição enteral ou parenteral), (GONZALEZ et al., 2010).

Assim, quando de 0 a 1 ponto: não há necessidade de intervenção neste momento; de 2 a 3 pontos: educação do paciente e seus familiares pelo nutricionista, enfermeiro ou outro profissional, com intervenção farmacológica de acordo com o inquérito dos sintomas e exames laboratoriais se adequado; de 4 a 8 pontos: necessita intervenção pelo profissional nutricionista, juntamente com o enfermeira ou médico como indicado pelo inquérito dos sintomas e quando o *score* é de ≥ 9 pontos: indica necessidade crítica de melhora no manuseio dos sintomas e/ou opções de intervenção nutricional (GONZALEZ et al., 2010). É importante dizer que o Hospital de Câncer do Maranhão Tarquínio Lopes Filho usa esta ferramenta como protocolo institucional, mediado pelo Serviço de Nutrição e Dietética.

Após a coleta de dados, estes foram incluídos/tabulados em um banco de dados elaborado por meio da Planilha Microsoft Excel® 2016 e, em seguida, migrados, reorganizados e demonstrados através de tabelas de porcentagem por meio do programa estatístico Stata® 13.0. Para as variáveis quantitativas, a análise foi feita pela observação dos valores mínimos, máximos, medianas e cálculo de médias. As variáveis qualitativas foram apresentadas em valores absolutos e relativos.

Devido ao contexto de Pandemia em 2022, declarado pela OMS desde de 11/03/2020, ocasionado pela disseminação do novo coronavírus (SARS-CoV-2), esta pesquisa precisou se adequar às restrições de controle de aglomeração e ao domínio higiênico-sanitário, colocados pelo Ministério da Saúde, para sua concretização. O pesquisador, antes de realizar os procedimentos de coleta de dados garantiu a sua própria higiene com água, sabão e álcool em gel antisséptico a 70% inpm e uso de jaleco fechado, máscaras e toucas. Os instrumentos utilizados também foram higienizados com álcool líquido a 70%,

antes e após o seu uso na avaliação de cada paciente.

RESULTADOS

Na coleta de dados se teve um universo de 40 pacientes. Destes, apenas 30 permaneceram dentro dos critérios de inclusão anteriormente desenhados. O grupo estudado apresentou maior prevalência de indivíduos do sexo feminino (70 % / n = 21), com média de idade de 43.5 anos, vindos do interior do estado (70 % / n = 21), com renda de até um salário mínimo (86,66 % / n = 26), com alcance de escolaridade mínima o ensino fundamental (53,34 % / n = 16).

Em relação aos tipos de cânceres, observou-se maior prevalência dos casos de leucemia mielóide aguda (16,67% / n = 5), linfoma (10% / n = 3), de próstata (10% / n = 3), de colo de útero (10% / n = 3) e de pâncreas (10% / n = 3). Quanto ao rastreamento de outras doenças crônicas não-transmissíveis (DCNTs), como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes *Mellitus* (DM), Doença Renal Crônica (DRC) e Doenças Cardiovasculares (DC), a maioria dos sujeitos sinalizou não as apresentar, ou seja, 53,34 % (n = 16).

A respeito dos tratamentos utilizados nesse grupo de pessoas, toda a amostra estava ou já tinha realizado algum tratamento curativo, se observando que: 30% (n = 9) estava realizando quimioterapia, 26.67% (n = 8) em uso de quimioterapia e radioterapia de forma concomitante e 43.33% (n = 13) havia realizado cirurgia, sendo a quimioterapia (isolada ou concomitante), 76.67% (n = 17), o tratamento curativo mais presente.

As métricas acerca do risco nutricional, considerando os valores da ASG-PPP, apontaram que a maioria dos pacientes se encontrava sob o *status* de “bem nutrido” (46.66% / n = 14), na classificação global, embora o quantitativo de pacientes com a classificação “desnutrição suspeita ou moderada” (43.33% / n = 13) estivesse bem próximo e somente 10,00% (n = 3) estava na categoria “gravemente desnutrido”. Se avaliando o *score* da ASG-PPP, que é usado para definição das intervenções nutricionais específicas, no qual se insere o aconselhamento do paciente e seus cuidadores/familiares; manejo dos sintomas, abarcando a assistência farmacológica e a intervenção nutricional apropriada, o *score* mais visto foi ≥ 9 pontos (43% / n = 13%). Indicando a urgência de estratégias para melhor manejo dos sintomas de impacto nutricional e/ou intervenção nutricional.

Quanto à classificação do estado nutricional, pautando-se nos 4 parâmetros nutricionais, sendo eles: o IMC, a CB, a CMB e a PCT, visualizou-se que, segundo o IMC, a maior parte dos pacientes encontrava-se sob a aura de eutrofia nutricional, 56.66% (n = 17). É importante pontuar que tanto adultos como idosos foram alocados no mesmo espaço da Tabela 3 porque os idosos avaliados ficaram apenas dentro da classificação de eutrofia nutricional.

Quanto ao indicador do estado nutricional CB, se viu que 46.67% (n = 14) dos indivíduos estavam frente a algum estágio de desnutrição; 40% estavam eutróficos (n = 12) e 13.34% (n = 4) com excesso de peso. A variável nutricional CMB mostrou que 53.34% (n = 16) dos pacientes detinham uma boa reserva de tecido muscular e 46,66% (n = 14) estava em uma das classificações para desnutrição. A respeito da reserva de tecido adiposo, a PCT demonstrou que 46.66% (n =14) estava com um adequado depósito de gordura corporal, embora nesta mesma proporção, 46,66% (n = 14), do estrato populacional estudado tenha demonstrado algum grau de desnutrição. Estes dados estão dispostos na Tabela 1.

Tabela 1. Risco e estado nutricional de pacientes com câncer atendidos um hospital público em São Luís, MA, 2022. n = 30.

Variável	n	%
Risco nutricional (ASG-PPP) – classificação global		
Categoria A - bem nutrido	14	46.66
Categoria B - desnutrição suspeita ou moderada	13	43.33
Categoria C - gravemente desnutrido	3	10.00
Recomendações para a triagem nutricional		
De 0 a 1 ponto - nenhuma intervenção necessária no momento. Reavaliar de maneira rotineira e regular durante o tratamento.	5	16.67
De 2 a 3 pontos - aconselhamento do paciente e de seus familiares pelos profissionais de saúde, incluindo intervenção farmacológica e exames laboratoriais, conforme caso.	6	20.00
De 4 a 8 pontos - requer intervenção do nutricionista, juntamente com outros profissionais.	6	20.00
≥9 Indica uma necessidade urgente de conduta para a melhora dos sintomas e/ou opções de intervenção nutricional.	13	43.33
Índice de Massa Corporal (IMC)		
Magreza grau 1	3	10.00
Eutrofia	17	56.66
Sobrepeso	7	23.34
Obesidade grau 1	3	10.00

Circunferência do braço		
Desnutrição moderada	2	6.67
Desnutrição leve	12	40.00
Eutrofia	12	40.00
Sobrepeso	1	3.34
Obesidade	3	10.00
Circunferência muscular do braço		
Desnutrição moderada	3	10.00
Desnutrição leve	11	36.66
Eutrofia	16	53.34
Prega cutânea tricipital		
Desnutrição moderada	3	10.00
Desnutrição leve	11	36.66
Eutrofia	14	46.66
Sobrepeso	1	3.34
Obesidade	1	3.34

Fonte: O autor (2022).

DISCUSSÃO

Na análise dos dados desta pesquisa, observou-se maior presença de pessoas do sexo feminino (70,00% / n = 21), oriundas do interior do estado (70,00% / n = 21), com renda mensal de até um salário mínimo (86.66% / n = 26), perfazendo a abrangência mínima de escolaridade, o ensino fundamental (50% / n = 15). Comparando-se os dados relativos à variável sexo aos do estudo dos autores De Sousa e De Aquino (2020), em um Centro de Referência de Tratamento Oncológico em Fortaleza (CE), com 40 indivíduos avaliados, no qual 67,5% eram mulheres, se vê que eles são similares.

Acerca do fato do maior número de pessoas serem oriundas do interior do estado, dos aspectos da renda e do nível de escolaridade já era conjecturado neste estudo, pois a assistência prestada pelo hospital campo de pesquisa é exclusivamente realizada pelo SUS, sendo referência em atenção à saúde para pacientes oncológicos de todos os municípios do estado do Maranhão.

Nessa direção, Lima, Pontes e De Miranda (2018) ao avaliarem o estado nutricional de pacientes com câncer em um hospital público, conseguiram concluir que os pacientes analisados, em sua maioria, 51,22% eram oriundos da região metropolitana. Quanto à renda, as autoras também sinalizaram que 70% dos indivíduos avaliados referiram ganhar até

um salário mínimo, assim como possuir ensino fundamental incompleto, 51,22%, achados esses corroboram com os da presente pesquisa, exceto no aspecto da procedência dos pacientes.

Sobre os tipos de neoplasias mais presentes, foram: a leucemia mielóide aguda (16,67% / n = 5), o linfoma (10,00% / n = 3), o de próstata (10,00% / n = 3), o de colo de útero (10,00% / n = 3) e o de pâncreas (10% / n = 3). Correlacionando-se estas porcentagens com os de uma pesquisa de caráter transversal, realizada com 36 pacientes, em um Centro de Referência em Tratamento Oncológico de Fortaleza, tendo como os casos de câncer mais recorrentes: o câncer de mama com 46,4%, o câncer de ovário com 7,14%, o câncer de ânus com 7,14% e o linfoma não-Hodgkin com 7,14% (Brito et al., 2019), se percebe que houve importante diferença entre os dados, sugerindo-se que tais diferenças estejam relacionadas ao número e ao tipo amostral que compôs ambos os desenhos das referidas pesquisa.

Quanto à presença de DCNTs, 53,34% (n = 16) das pessoas investigadas referiu não as ter. Na contramão desta informação, cabe destacar que, quando há maior presença de variadas comorbidades em indivíduos oncológicos, estes estão mais propensos a mudanças mais radicais no sentido da assistência à neoplasia, por exemplo, receber uma dose reduzida de determinados fármacos, utilização de dietas especializadas, maior risco de toxicidade, interrupção do tratamento quando já traçado ou demora para iniciá-lo e aumento, por vezes, das chances de eventos adversos e de mortalidade (CASARI et al., 2021).

Tendo-se por base que o uso da quimioterapia (isolada ou concomitante), no qual 76,67% (n = 17), sendo o tratamento curativo mais presente neste estudo e, comparando-se à investigação científica de Steemburgo et al. (2018), que teve por objetivo avaliar o estado nutricional e a capacidade funcional de pacientes oncológicos adultos hospitalizados, valores diferentes foram rastreados, pois o tratamento isolado mais utilizado para os pacientes com câncer foi a cirurgia (63,02%).

Como nesta investigação foi possível se analisar que não havia apenas pacientes submetidos a uma única terapêutica antineoplásica, mas sim em concomitância, ou seja, radioterapia e quimioterapia e/ou cirurgia; desta forma, o risco nutricional e seus desdobramentos, como a perda ponderal não intencional, sobretudo a de massa muscular, pode ser maior, pois as possibilidades estão aumentadas, devido a um efeito sinérgico entre os recursos utilizados nesses tratamentos e as repercussões orgânicas, como náuseas, êmese, redução do apetite, lesões em mucosas e outros (DA SILVA; ZAMBERLAN; BIRK; ILHA, 2018).

O risco nutricional dos pacientes oncológicos contemplados neste estudo, levantado por meio da ASG-PPP, indicou que maior parte estava sob a classificação “bem nutrido”, 46,66% (n = 14), embora um valor bem próximo também tenha se observado com a classificação “desnutrição suspeita ou moderada”, 43,33% (n = 13), e apenas 10,00% (n =

3) cursou com a categoria “gravemente desnutrido”, sendo assim, ao se juntar essas duas últimas categorias, se entende que 53% do grupo analisado estava em risco nutricional. Estes resultados, quando colocados sob o véu do *escore* da ASG-PPP, refletiram pontuações acima de ≥ 9 pontos, 43.33% (n = 13), indicado a necessidade de aplicação de condutas direcionadas à gestão dos sintomas de impacto nutricional.

Ao encontro destes achados, se entende que mesmo o indivíduo oncológico hospitalizado independentemente da classificação global fornecida pela ASG-PPP é crucial que intervenções nutricionais personalizadas sejam traçadas pela equipe de saúde que o assiste, seja em condutas específicas para melhorar os sintomas de impacto nutricional mais recorrentes, que reduzem o consumo alimentar e repercute em consequente perda ponderal, seja em estratégias mais direcionadas à manutenção e recuperação do estado nutricional, principalmente quanto ao ganho e conservação da massa muscular (MIOLA; PIRES, 2020).

Frente a esta perspectiva, pontua-se que a ASG-PPP é uma ferramenta validada, específica, simples e de baixo custo para a triagem do risco nutricional em pacientes oncológicos. Pesquisas mostram que altos *escores* de ASG-PPP, no decorrer da assistência em saúde ao paciente oncológico hospitalizado ou em nível ambulatorial, se correlaciona de maneira significativa com o tempo de internação, com maior ocorrência de sinais e sintomas de impacto nutricional que impactam diretamente o estado nutricional, a qualidade de vida e o desfecho clínico (GONZALEZ et al., 2010).

Sobre os aspectos da classificação do estado nutricional, em cima dos quatro parâmetros nutricionais: IMC, CB, CMB e PCT, se concebeu que a maioria dos pacientes oncológicos se encontrava sob a classificação de eutrofia nutricional, 56.66% (n = 17), no caso do IMC. Quanto à CB, 46.66% (n = 14) dos sujeitos estava sob algum estágio de desnutrição. A variável nutricional CMB revelou que 53.34% (n = 16) dos pacientes possuíam bom estoque de tecido muscular, porém 46.66 % (n= 14) também estava em alguma faixa de desnutrição. Acerca da reserva de tecido adiposo, a PCT demonstrou uma dualidade, na qual 46.66% (n = 14) estava com um adequado depósito de gordura corporal e, também, 46,66% (n = 14) do fragmento populacional estudado evidenciou alguma situação de desnutrição. Nessa perspectiva se analisa que os três indicadores: CB, CMB e PCT, tiveram exata correlação quanto ao rastreamento de algum estágio de desnutrição (46.66%).

Quanto à análise global destes indicadores do estado nutricional, se visualiza a relevância de se empregar diferentes recursos na avaliação do estado nutricional, visto que cada um analisa as dimensões e alterações corporais de diferentes ângulos, angariando do avaliador uma análise crítica e aprofundada a respeito das classificações do estado nutricional encontradas, principalmente frente às situações clínicas comuns do ambiente hospitalar, como o edema, processos inflamatórios (no pós-cirurgia), perda de peso durante a internação, circunstâncias essas que interferem nos valores da aferição do peso, da CB, da CMB e da PCT (DOS SANTOS et al., 2012).

Sendo assim, frisa-se por meio do entendimento de De Aguiar (2018), em seu estudo de delineamento transversal, conduzido com pacientes portadores de câncer, atendidos no Hospital Barão de Lucena (PE), notando que maior parte dos pacientes analisados estavam com excesso de peso (55,4%), segundo o IMC; 50,8% dos pacientes apresentou o estágio de eutrofia, conforme a CB, com os dados de tal pesquisa se observa uma correlação entre as variáveis IMC e CB, associação esta não vista nas ponderações da presente pesquisa, já que o IMC não se aproximou numericamente à CB e sim com a CMB, mas ambos resultados reforçam a necessidade de se usar diferentes parâmetros nutricionais na averiguação do estado nutricional de pacientes.

Já Cavagnari et al. (2017) ao verificarem a qualidade de vida e o estado nutricional em pacientes oncológicos em um hospital público, avaliaram que 45,00% da amostra estava classificada como eutróficos de acordo com a CMB e, a PCT apontou que 60,00% estava sob a condição de desnutrição grave, sendo este último dado o único que se distancia dos achados clínico-nutricionais aqui observados.

É importante se manifestar que indivíduos com câncer e hospitalizados possuem várias alterações clínicas, metabólicas, imunológicas e bioquímicas, as quais podem deflagrar variados graus de desnutrição, se acentuando mais, a depender do tipo de órgão sob acometimento neoplásico e de seu estadiamento. As manifestações de impacto nutricional mais presentes incluem a perda de peso involuntária, diminuição das reservas musculares, dos depósitos de gordura, anorexia, edema, hipoalbuminemia, sarcopenia, caquexia e outras (HEBUTERNE et al., 2014; INCA, 2016).

Tais manifestações diminuem a resposta ao tratamento, comprometendo as funções orgânicas, repercutindo em maior tempo de internação e mais custos hospitalares, prognósticos incertos e maior potencial para o desencadeamento do fenômeno da morbimortalidade. Nesse sentido, o rastreamento do risco nutricional, almejando-se um plano nutricional adequado, personalizado e realístico para evitar ou frear e/ou minimizar a desnutrição e as repostas colaterais pertinentes à cadeia do tratamento oncológico se mostra necessário e urgente do ponto de vista clínico, social e nutricional (CASARI et al., 2021; INCA, 2016).

Para tanto, este feito só poderá ser contemplado, caso o profissional responsável pelo cuidado nutricional ao paciente oncológico, utilize as ferramentas de avaliação nutricional, de forma global, uma vez que elas estão disponíveis e são aplicáveis a este público. Esses recursos permitem conhecer a situação nutricional do paciente tanto de forma transversal (na admissão, por ex.), como de forma longitudinal (ao longo de toda internação), possibilitando a diminuição do risco de complicações nutricionais oriundas da doença e dos tratamentos propostos. Essa avaliação deverá sempre ser balizada pelos parâmetros clínicos, físicos, antropométricos, dietéticos, sociais, subjetivos, laboratoriais e de capacidade funcional (BRASPEN, 2019).

Acerca das limitações deste trabalho, considera-se o reduzido número amostral, quando analisado aos de outras pesquisas com o mesmo delineamento metodológico aqui utilizado. Se ratifica também que o número reduzido de participantes foi devido ao contexto de Pandemia em 2022. Frisa-se novamente que houve atenção e padronização na coleta dos dados antropométricos, sendo estes coletados por uma única pessoa, reduzindo-se, assim, os riscos de variabilidade na coleta e na tabulação de dados. E as cifras anteriormente demonstradas são um recorte dos aspectos nutricionais de pacientes com câncer atendidos pelo SUS no estado Maranhão, representando também a população oncológica da macrorregião nordeste.

CONCLUSÃO

Nesta pesquisa, se observou que o risco nutricional dos pacientes, de acordo com a avaliação global dada a ASSG-PPP, estava na maior parte da população estudada. Já na avaliação por meio dos *scores*, foi visto que a maioria necessitava de intervenções nutricionais direcionadas, principalmente no sentido do manejo dos sintomas de impacto nutricional.

Enquanto que no estado nutricional, avaliado pelo os parâmetros nutricionais IMC, CB, CMB e PCT, somente o IMC e a CMB apresentaram que a maioria dos pacientes estava com um adequado estado nutricional, porém a CB, assim como a CMB e a PCT refletiram os mesmos valores para os pacientes que cursavam com algum estágio de desnutrição.

Mediante aos dados apresentados, reforça-se que é essencial que investigações científicas tenham como seu objeto de pesquisa o risco e o estado nutricional de pacientes oncológicos hospitalizados, utilizando-se diferentes parâmetros nutricionais e considerando os variados tipos de neoplasias e doenças associadas, uma vez que os sintomas de impacto nutricional e a desnutrição influenciam na qualidade de vida e no desfecho clínico deste grupo.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que **não possuímos** conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Orientações para Coleta e Análise de Dados Antropométricos em Serviços de Saúde. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2011.

BRASIL. Vigilância alimentar e nutricional - Sisvan: orientações básicas para a coleta,

processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2004.

BLACKBURN, G. L.; THORNTON, P. A. Nutritional assessment of the hospitalized patients. **Medical Clinics of North America**, v. 63, n. 5, p. 11103-11115, 1979.

BRITO, L. F. et al. Perfil nutricional de pacientes com câncer assistidos pela casa de acolhimento ao paciente oncológico do sudoeste da Bahia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n. 2, p. v, 2019.

CASARI, L. et al. Estado Nutricional e Sintomas Gastrointestinais em Pacientes Oncológicos Submetidos à Quimioterapia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 67, n. 2, 2021.

CAVAGNARI, M. A. V. Avaliação da qualidade de vida e do estado nutricional de pacientes oncológicos: Parâmetros que se complementam?. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE)**, v. 16, n. 2, 2017.

DAMO, C. C. et al. Câncer gastrointestinal: impacto nutricional em pacientes hospitalizados. **BRASPEN Journal**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 232-6, 2016.

DE ARAÚJO, D. M. F. et al. **Avaliação do perfil nutricional dos pacientes em tratamento de um centro de especialidades em oncologia de Fortaleza – CE**. Inovação em ciência e tecnologia de alimentos, Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019.

DOS SANTOS, A. L. B. et al. Avaliação nutricional subjetiva proposta pelo paciente *versus* outros métodos de avaliação do estado nutricional em pacientes oncológicos. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica / Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral**, Porto Alegre, v. 27, n.4, p. 243-9, 2012.

DE AGUIAR, G. B. **Associação entre a avaliação subjetiva global produzida pelo paciente e a nutriscore em pacientes oncológicos ambulatoriais**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição). Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, 2018. 110 f.

DA SILVA, H. P.; ZAMBERLAN, C.; BIRK, N.; ILHA, S. Fatores que influenciam na alteração do estado nutricional de pacientes oncológicos. **Disciplinarum Scientia - Série: Ciências da Saúde**, Santa Maria, v. 19, n. 2, p. 267-279, 2018.

DE SOUSA, F. L. M.; DE AQUINO, C. C. **Perfil nutricional de pacientes oncológicos em tratamento em um centro de referência em Fortaleza – CE**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição). Universitário Fametro – UNIFAMETRO, Fortaleza, 2020. 21 f.

FRISANCHO, A. R. Anthropometric standards for the assessment of growth and nutritional status. Ann Arbor (MI): University of Michigan Press; 1990.

GONZALEZ, M. C. et al. Validação da versão em português da avaliação subjetiva global

- produzida pelo paciente. **Rev. Bras. Nutr. Clín.**, Porto Alegre, v. 25, n. 2, 2010.
- HEBUTERNE, X. et al. Prevalência de desnutrição e uso atual de suporte nutricional em pacientes com câncer. **J. Parenter. Enteral. Nutr.**, v. 38, n. 2, p. 196-204, 2014.
- INCA. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Consenso nacional de nutrição oncológica** – 2. ed. Rev. Ampl. Atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016. 112 p.: Il.; v. 2.
- INCA. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Estimativas para o ano de 2020 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária. Disponível em: < <https://www.inca.gov.br/estimativa/estado-capital/maranhao-sao-luis>>. Acesso em: 14 jan. 2021.
- KONDRUP, J. et al.; Ad Hoc ESPEN Working Group. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. **Rev. Clin. Nutr.**, v. 22, n. 3, p. 321-336, 2003.
- LIMA, J. D. S.; PONTES, D. L.; DE MIRANDA, T. V. Avaliação do estado nutricional de pacientes com câncer em um hospital da cidade de Belém/Pará. **BRASPEN J.**, v. 33, n. 2, p. 166-70, 2018.
- LIPSCHITZ, D. A. Screening for nutritional status in the elderly. **Primary Care**, v. 21, n. 1, p. 55-67, 1994,
- MILANI, J. et al. Antropometria versus avaliação subjetiva nutricional no paciente oncológico. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 31, n. 3, 2018.
- MIOLA, T. M.; PIRES, F. R. O. **Nutrição em oncologia**. -1 ed. Barueria (SP): Manole, 2020.
- MALZYNER, A; CAPONERO, R. **Câncer e prevenção**. São Paulo: Editores, 2013. p. 117.
- Organización Mundial De La Salud (OMS). Física: uso e interpretación de la antropometria OMS. **Series de Informes Técnicos**. Genebra. 1995
- PRODANOV, C. C.; DE FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico**: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo: FEEVALE, 2013.
- SANTOS, A. L. P. D.; FRANCO, H. H. D. A.; VASCONCELOS, F. C. D. Associação entre o estado nutricional e alterações psicológicas em pacientes portadores de câncer gastrointestinal. **BRASPEN Journal**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 362-8, 2017.
- STEEMBURGO T; AVERBUCH, N. V.; BELIN, C. H. S.; BEHLING, E. L.B. Hand Grip Strength e estado nutricional em pacientes oncológicos hospitalizados. **Rev. Nutr.**, v. 31, n5, 2018.

SANTOS, A. F. D. et al. Avaliação nutricional de pacientes com câncer gástrico e de outras localizações. **Revista de Pesquisa em Saúde**, São Luís (MA), v.18, n.1, p. 24-27, jan-abr, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL (SBNPE/BRASPEN). Diretriz BRASPEN de terapia nutricional no paciente com câncer. **BRASPEN Journal**, São Paulo, 1º Suplemento Diretrizes BRASPEN de Nutrição Parenteral e Enteral, v. 34, p. 2 a 32, ISSN 2525-7374, 2019.

OS DESAFIOS DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA COM RELAÇÃO À ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL DAS CRIANÇAS

Bárbara Duarte Cangussu¹;

FCMMG, Belo Horizonte, Minas Gerais.

<http://lattes.cnpq.br/7759192762582967>

Gabriela Abreu Murad²;

FCMMG, Belo Horizonte, Minas Gerais.

Isabela Viana Gonçalves³.

FCMMG, Belo Horizonte, Minas Gerais.

RESUMO: De acordo com a OMS, o combate à má nutrição, em todos os seus aspectos, é um dos maiores desafios de saúde no mundo, em que quase uma a cada três pessoas sofre com pelo menos uma forma de desnutrição. Grande parte das crianças no Brasil sofrem com a desnutrição crônica, o que pode acarretar diversas consequências na saúde, como o aumento da morbimortalidade, diminuição funcional e até mesmo o atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. A maioria dessas crianças consome uma dieta inadequada, o que evidenciam às falhas na responsabilidade do Estado e de suas políticas direcionadas, com carência de uma melhor prevenção e promoção à saúde para as famílias brasileiras, a partir de informações, profissionais preparados e abordagens multidisciplinares para o consumo diário de alimentos protetores e hábitos alimentares saudáveis. São inúmeros os desafios para uma alimentação saudável das crianças brasileiras, sendo eles inerentes à fase de desenvolvimento, socioeconômicos, demográficos, culturais. Ao analisar a população que depende do SUS, percebe-se que a baixa escolaridade materna, estrutura e hábitos da família inadequados, difícil acesso aos alimentos saudáveis, falhas na organização e abordagem no sistema de saúde, falta de apoio das instituições de educação e a falta do afeto e estímulo à autonomia da criança são alguns dos aspectos decisivos para a baixa qualidade nutricional das crianças, que serão abordados no presente capítulo. Portanto, a partir da presente revisão de literatura, além de ampliar o conhecimento sobre o tema, é importante que os profissionais de saúde se conscientizem acerca dos benefícios de uma nutrição adequada, com a devida abordagem multidisciplinar em conjunto com as crianças, famílias, outros profissionais e instituições a fim de alcançar uma melhor nutrição e promoção à saúde do público infantil e, conseqüentemente, do futuro público adulto.

PALAVRAS-CHAVE: □ Hábitos Alimentares □. □ Políticas Públicas de Saúde.” □ Nutrição da criança □.

THE CHALLENGES OF BRAZILIAN PUBLIC HEALTH IN RELATION TO HEALTHY EATING OF CHILDREN

ABSTRACT: According to the WHO, fighting malnutrition, in all its aspects, is one of the biggest health challenges in the world, with almost one in three people suffering from at least one form of malnutrition. Most children in Brazil suffer from chronic malnutrition, which can have several health consequences, such as increased morbidity and mortality, functional decline and even delay in neuropsychomotor development. Most of these children consume an inadequate diet, which shows the failures in the responsibility of the State and its directed policies, with a lack of better prevention and health promotion for Brazilian families, based on information, prepared professionals and multidisciplinary approaches to the daily consumption of protective foods and healthy eating habits. There are numerous challenges for a healthy diet for Brazilian children, which are inherent to the developmental, socioeconomic, demographic, and cultural stage. When analyzing the population that depends on the SUS, it is clear that the low maternal education, inadequate family structure and habits, difficult access to healthy foods, failures in the organization and approach in the health system, lack of support from education institutions and lack of affection and stimulation of the child's autonomy are some of the decisive aspects for the low nutritional quality of children, which will be addressed in this chapter. Therefore, from the present literature review, in addition to expanding knowledge on the subject, it is important that health professionals become aware of the benefits of adequate nutrition, with a proper multidisciplinary approach together with children, families, others professionals and institutions in order to achieve better nutrition and health promotion for children and, consequently, the future adult public.

KEY-WORDS: "Eating habits". "Public Health Policies". "Child Nutrition".

INTRODUÇÃO

A má nutrição tem sua origem em diversas causas, tanto pela carência de micronutrientes bem como pela obesidade, e atualmente é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças no mundo. No Brasil, em 2015, foi o principal fator de risco para os anos de vida perdidos, sendo superior ao uso de álcool, drogas, tabagismo e sedentarismo (BORTOLINI, 2020).

O Estado tem responsabilidade em garantir desenvolvimento saudável das novas gerações, no entanto, frente aos elevados coeficientes de mortalidade e taxas de agravos evitáveis, percebe-se a necessidade de políticas públicas voltadas à saúde das crianças (SANINE, 2018).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), público e universal, fornece ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Na esfera da atenção primária à saúde (APS), as ações de alimentação e nutrição devem estar alinhadas às diretrizes da Política

Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e podem ser incrementadas a partir de ações de vigilância alimentar e nutricional. Devido ao aumento significativo do consumo de alimentos ultraprocessados e do número de obesos supracitados, surgiu a necessidade das equipes de saúde se programarem a fim de proporcionar ações para indivíduos com agravos crônicos com base em estratificação de risco, estabilização da condição e intensificação do autocuidado apoiado, com foco em alimentação e atividade física (BORTOLINI, 2020).

A alimentação saudável das crianças envolve diversos fatores, não somente nutricionais, mas também culturais e afetivos. Há diversos aspectos que influenciam a qualidade alimentar de crianças, desde a disponibilidade de alguns alimentos, preferências, estilo de vida, bem como as propagandas e os diversos meios de comunicação. Para que uma criança consiga atingir o seu crescimento e desenvolvimento adequados, é necessário a ingestão de nutrientes variados e em quantidade suficiente, de forma equilibrada e saudável. No entanto, diante do atual cenário da saúde pública brasileira, nota-se diversos desafios para alcançarmos melhores resultados (MORAIS, 2014).

Diante dessa realidade, foi realizada uma revisão da literatura em busca dos principais obstáculos da saúde pública brasileira para a implementação de uma alimentação saudável em crianças. O presente capítulo, tem como objetivo promover o maior conhecimento sobre o tema, além de conscientizar e instruir profissionais de saúde acerca dos benefícios de uma nutrição adequada. Bem como, promover uma abordagem multidisciplinar em conjunto com as crianças e suas famílias para incentivar uma alimentação saudável e promoção à saúde.

REFERENCIAL TEÓRICO

1) Breve panorama do cenário alimentar.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o combate a má nutrição, em todos os seus aspectos, é um dos maiores desafios de saúde no mundo, em que quase uma em cada três pessoas sofre com pelo menos uma forma de desnutrição, seja ela aguda, crônica, por deficiência de vitaminas e minerais, sobrepeso ou obesidade ou, até mesmo, por doenças crônicas não transmissíveis relacionadas à dieta. Apesar da presente preocupação em relação ao aumento da prevalência de excesso de peso desde a infância, permanece um significativo número de crianças sofrendo as consequências do baixo peso, sendo que, em 2016, estimou-se que existiam quatro vezes mais crianças sofrendo de desnutrição crônica comparado ao sobrepeso ou obesidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

A desnutrição crônica na infância, ou seja, uma condição em que há a falta de macronutrientes em diversos aspectos e de circunstâncias específicas está relacionada a diferentes consequências na saúde da criança, como aumento da mortalidade, de doenças infecciosas e funcionais, até mesmo o atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. Esse cenário está relacionado com diversos aspectos que refletem carência tanto no acesso

físico, social e econômico aos alimentos, com ingestão em quantidade e/ou qualidade insuficientes, o que determinam a condição de insegurança alimentar e nutricional das crianças no Brasil (MORAIS, 2014).

A fim de esclarecer ainda mais acerca dos desafios da saúde pública brasileira com relação à alimentação saudável das crianças, decidimos abordar alguns importantes aspectos que envolvem essa melhoria.

2) Fatores preditores da qualidade alimentar das crianças.

Os fatores relacionados à uma alimentação de má qualidade tem origem multicausal, sendo eles socioeconômicos, demográficos e culturais. Grande parte do público que depende do SUS, muitas vezes, não tem condições ou informações para fornecer alimentos com qualidade nutricional para os seus filhos, o que evidencia mais uma vez que os níveis socioeconômicos associados à estrutura familiar determinam em grande parte a qualidade da alimentação da criança (MOLINA, 2010).

2.1) Escolaridade materna.

Com relação à baixa escolaridade materna, que é a realidade de muitas mães que frequentam o SUS, o nível educacional causa grande impacto acerca da possibilidade financeira em adquirir alimentos mais saudáveis e do acesso às informações adequadas. Isso porque, mães com uma formação escolar mais avançada, são capazes de analisar de forma crítica o que de fato é considerado saudável, uma vez que vivemos em uma sociedade em que a grande quantidade de propagandas em cima de produtos alimentícios estão presentes em diversos meios de comunicação a todo momento (MOLINA, 2010).

Além disso, as mães mais instruídas conseguem perceber de forma realista a situação do estado nutricional de seus filhos ao irem em algum serviço de saúde, o que conseqüentemente, leva a uma maior adesão com relação às mudanças de hábitos e a conseqüente diminuição de riscos futuros que o filho possa ter, não só do ponto de vista físico, mas também psicológico (MOLINA, 2010).

2.2) Estrutura e hábitos familiares.

Dentre as variáveis associadas à estrutura familiar e hábitos, como no caso da criança que tem os pais presentes e hábitos como hora e local determinados para as refeições, aumentam a qualidade da dieta. Nos estudos analisados, apesar da maioria das crianças realizarem as refeições em família, fator considerado protetor para o excesso de peso, foi observado que as preparações alimentares foram realizadas de forma diferenciada. Dessa forma, apesar das refeições serem feitas em conjunto, os pais que não consomem o mesmo tipo de alimento oferecido ao filho podem influenciar na aceitação pela criança,

fato que está relacionado com a presença do excesso de peso entre as crianças avaliadas (MELO, 2017).

Além disso, os celulares e televisões têm ocupado lugar de destaque no âmbito familiar, levando a profundas mudanças no estilo de vida da população. Hábitos tradicionais de reuniões familiares são substituídos por refeição em frente a telas, levando as pessoas a não prestarem atenção no que consomem e não mastigarem de maneira adequada. Ademais, o elevado tempo de tela está associado também ao sedentarismo e ao maior consumo de petiscos, muitas vezes, de alimentos ultraprocessados, colaborando para o sobrepeso dos jovens (OLIVEIRA, 2016).

Não se deve esquecer que outro desafio à alimentação saudável das crianças são os próprios hábitos alimentares da família em geral, que refletem diretamente naqueles que têm como exemplos os seus pais, independentemente da renda da família. Nesse sentido, a infância pode ser uma fase da vida em que as mudanças para hábitos alimentares e costumes mais saudáveis da família podem repercutir positivamente em futuras escolhas da criança (MOLINA, 2010).

2.3) Acessibilidade à alimentos saudáveis.

O consumo de alimentos processados e ultraprocessados é crescente e contribuiu para o aumento expressivo do sobrepeso e da obesidade em todas as idades. Hábitos alimentares baseados em biscoitos, sucos artificiais, excesso de carboidratos, açúcar e frituras são comuns, no entanto, deve-se estimular a alimentação saudável, principalmente com relação ao consumo de frutas e hortaliças acessíveis, que são muitas vezes negligenciados por diversas famílias. Sabe-se que muitos dos alimentos saudáveis são de difícil acesso, já que podem ter um custo mais elevado no Brasil em comparação àqueles alimentos industrializados e pobres em valor nutricional. No entanto, o profissional de saúde deve estar atento e atualizado a respeito das opções naturais e acessíveis até mesmo para as famílias mais carentes, a fim de instruir e fornecer informações com opções de forma clara e objetiva para a famílias como um todo, que deve fornecer ambiente com hábitos mais saudáveis e com melhor valor nutricional às crianças (MOLINA, 2010). Esse desafio na pediatria demanda ações que enfrentam o conjunto de fatores condicionantes, já que as práticas alimentares estabelecidas na infância, sobretudo até os cinco anos de idade, tendem a sustentar-se na vida adulta. Dessa forma, o ambiente alimentar e a exposição à publicidade na infância são condicionantes importantes da obesidade infantil (HENRIQUES, 2018).

2.4) Organização e abordagem de profissionais de saúde.

Outro desafio identificado na prática, é o costume de profissionais de saúde realizarem uma investigação simples e superficial a respeito da alimentação das crianças, que não represente a realidade do estado nutricional do paciente. É essencial que o médico realize uma anamnese detalhada da criança nessa fase de vida, com recordatórios alimentares de cada refeição feita no dia com os respectivos alimentos e suas quantidades, para que haja uma avaliação precisa dos hábitos alimentares e da composição nutricional das refeições, além de considerar questões mais amplas como as psicológicas, familiares e sociais, essenciais na abordagem da obesidade infantil, por exemplo. No entanto, a responsabilidade da intervenção não pode ser apenas do médico pediatra, mas também do nutricionista, psicólogo, educador físico, escola, com estabelecimento de diálogos e parcerias entre os profissionais, com o objetivo de integrar a intervenção com mais clareza e adesão por parte do paciente e sua família (TASSARA, 2010).

Com resultados obtidos em estudos, observa-se que algumas fragilidades organizacionais na saúde primária podem ser superadas e podem representar mudanças significativas na abordagem das crianças e suas famílias. É importante reforçar a importância de uma manutenção periódica de avaliações dos serviços de atenção primária à saúde, que apesar dos limites da própria avaliação, podem servir como instrumento de identificação crítica da realidade local do serviço de saúde e contribuir para sua qualidade, através de orientações na transformação de políticas públicas em práticas realizadas diariamente, além de realizar estudos que reflitam as mudanças alimentares nos hábitos dessas crianças (SANINE, 2018).

Outro fator a ser considerado é a dificuldade das equipes de Atenção Básica em Saúde em ofertar ações voltadas aos adolescentes e trabalhar diretamente com esse público. O que contribui, na maioria das vezes para ações esporádicas e pontuais ao invés de trabalhos contínuos e efetivos (VICTORINO, 2019).

2.5) Afeto familiar e estímulo à autonomia alimentar da criança.

Deve-se lembrar que em toda a nossa vida, sobretudo até os cinco anos de idade, a alimentação envolve diversas emoções e sensações, além de convívio social, com importante aspecto psicológico envolvido, desde a fase do aleitamento materno até o pleno desenvolvimento do indivíduo. Por volta dos dois anos de idade, apesar da criança já ter condições para se alimentar sozinha com seu próprio ritmo e quantidade, ainda precisa da presença da família que deve estimulá-la a servir e experimentar novos alimentos, até mesmo para evitar outro desafio que é a seletividade alimentar, muito presente na pediatria (DA SILVA, 2020).

Nesse sentido, é importante salientar que hajam instruções para a família no sentido de incentivar a autonomia com a escolha dos alimentos apenas entre opções saudáveis oferecidas, experimentar novos sabores, cheiros e texturas, tentar se alimentar sozinha, comer junto com a família na mesa, entre outros (DA SILVA, 2020).

2.6) Papel das escolas para promover uma alimentação de qualidade.

Com base na importância do ambiente escolar para a promoção da saúde, é imprescindível a modificação no currículo escolar com a implementação de alimentos dietéticos e promoção de práticas alimentares saudáveis, visando o trabalho transdisciplinar desses conteúdos, envolvendo toda a comunidade escolar (VASCONCELOS, 2018).

Ademais, as atitudes dos pais influenciam diretamente os comportamentos relacionados ao excesso de peso de seus filhos. Dessa forma, há também a necessidade de modificações nas rotinas das famílias, com estímulo para a realização das refeições conjuntas, controle do sono e do tempo de tela, visando à melhoria da condição nutricional. Isso posto, a família tem um papel fundamental na formação de hábitos de vida saudáveis, o que permite enfatizar o importante papel que os pais exercem durante a formação dos seus filhos (VASCONCELOS, 2018).

METODOLOGIA

A metodologia utilizada para o desenvolvimento foi uma revisão da literatura, realizada em julho de 2022 com abordagem qualitativa, natureza básica e com objetivo descritivo a partir de uma pesquisa bibliográfica por meio das bases de dado Pubmed, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde, com artigos em inglês e português, do ano de 2010 a 2020, a partir dos descritores □Alimentação saudável□; □Crianças□; □SUS□. Foram analisados 23 artigos, sendo 11 excluídos por não abordarem assuntos que corroboram com a ideia central desta revisão.

CONCLUSÃO

No Brasil, a saúde e a alimentação são direitos fundamentais garantidos por meio da Constituição Federal. São inquestionáveis os ganhos em saúde para todos os brasileiros pela adoção de um sistema de saúde público e universal, que define que saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Considerando que a alimentação inadequada e o excesso de peso lideram os fatores de risco que mais contribuem para a carga da doença dos brasileiros, os desafios da agenda de alimentação e nutrição APS no Brasil estão relacionados à ampliação do acesso e ao cuidado longitudinal e integral para um número cada vez maior de brasileiros.

O conjunto de ações de PAAS mapeado confirma os esforços propostos pelo governo brasileiro na construção de políticas atribuídas ao combate à obesidade, com o objetivo de atingir aspectos dos seus fatores predisponentes. Contudo, para sua concreta implementação, tais medidas requerem graus distintos de recursos políticos, já que afetam, também de forma diferenciada, os interesses em disputa. Nesse sentido, permanecem as dificuldades para implementação de estratégias regulatórias que são essenciais à promoção de ambientes que estimulem e proporcionem escolhas alimentares mais saudáveis à luz das recomendações do guia alimentar.

Portanto, a fim de diminuir os desafios para uma alimentação saudável das crianças, é preciso considerar além dos aspectos nutricionais, aqueles afetivos, sociais, culturais, econômicos, e até mesmo identificar a fase de desenvolvimento da criança, a partir da elaboração de estratégias que modifiquem os hábitos alimentares das famílias como um todo, mas que acima de tudo, forneçam autonomia e promovam a saúde.

É imprescindível que nós como profissionais de saúde, possamos informar e instruir as famílias a fim de que preparem um ambiente favorável nas refeições, com respeito ao tempo de cada criança, compreender os seus sinais de fome e de saciedade. Lembrando que esse processo deve ser multidisciplinar, ao envolver o âmbito familiar, além de instituições frequentadas, a fim de que possamos integrar o cuidado nutricional e fornecer condições para o crescimento e desenvolvimento saudáveis.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, política, acadêmica e pessoal.

REFERÊNCIAS

BORTOLINI, Gisele Ane et al. **Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil**. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 44, p. e39, 2020.

DA SILVA, Cláudia Soares Monteiro et al. **QUALIDADE DA ALIMENTAÇÃO DE CRIANÇAS, IMPLICAÇÕES DO PERFIL SOCIOECONÔMICO E ESTÍMULO A ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA FAMÍLIA**. Revista de Ciências Humanas, n. 1, 2020.

HENRIQUES, Patrícia et al. **Políticas de Saúde e de Segurança Alimentar e Nutricional: desafios para o controle da obesidade infantil**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, p. 4143-4152, 2018.

MELO, Karen Muniz et al. **Influência do comportamento dos pais durante a refeição e no excesso de peso na infância**. Escola Anna Nery, v. 21, 2017.

MOLINA, M. D. C. B.; LÓPEZ, P. M.; FARIA, C. P. de; CADE, N. V.; ZANDONADE, E.

Preditores socioeconômicos da qualidade da alimentação de crianças. Revista de Saúde Pública, v. 44, n. 5, p. 785-92, 2010. [Online]. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n5/en_1584.pdf.

MORAIS DC, Dutra LV, Franceschini SCC, Priore SE. **Insegurança alimentar e indicadores antropométricos, dietéticos e sociais em estudos brasileiros: uma revisão sistemática.** Ciênc Saúde Coletiva 2014.

OLIVEIRA, Juliana Souza et al. **ERICA: uso de telas e consumo de refeições e petiscos por adolescentes brasileiros.** Revista de Saúde Pública, v. 50, 2016.

SANINE, Patricia Rodrigues et al. **Do preconizado à prática: oito anos de desafios para a saúde da criança em serviços de atenção primária no interior de São Paulo, Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, v. 34, p. e00094417, 2018.

TASSARA, Valéria; NORTON, Rocksane Carvalho; MARQUES, Walter Ernesto U. **Importância do contexto sociofamiliar na abordagem de crianças obesas.** Revista Paulista de Pediatria, v. 28, p. 309-314, 2010.

VASCONCELOS, Celia Maria Ribeiro de et al. **Intervenções educativas na promoção da alimentação saudável em escolares.** Rev. enferm. UFPE on line, p. 2803-2815, 2018.

VICTORINO, Silvia Veridiana Zamparoni et al. **Promoção da Saúde: adesão municipal às ações de combate ao sobrepeso e obesidade infanto-juvenil.** Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, v. 24, p. 1-8, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The double burden of malnutrition.** Policy brief. Genebra: World Health Organization; 2017.

SOFTWARES ABERTOS COLABORATIVOS EM ENFERMAGEM

Alice Andrade Antunes¹;

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro-RJ.

<http://lattes.cnpq.br/8163268476212394>

<https://orcid.org/0000-0003-4515-6730>

Bruna Dantas Diamante Aglio²;

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro-RJ.

<http://lattes.cnpq.br/8152028759689671>

Carlos Luiz Dias³.

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro-RJ.

<http://lattes.cnpq.br/2515015755612508>

<https://orcid.org/0000-0001-6553-2225>

RESUMO: Os sistemas de informação contribuem de forma agregadora para o desenvolvimento de softwares destinados a diversos ramos do conhecimento principalmente na área da enfermagem que proporciona meios de garantir a proximidade dos saberes da comunidade científica e softwares que auxiliam na sistematização e otimização da pesquisa e intervenção desta ciência e profissão. **Objetivos:** Entendendo assim o potencial dos softwares livres para as ciências/profissões estabelecemos como objetivos deste trabalho: 1. Compreender a relação entre ciência aberta e software livre e 2. Apresentar experiências de implantação de softwares abertos e colaborativos que contribuam com a prática profissional da enfermagem. **Metodologia:** revisão narrativa da literatura de artigos científicos, teses, dissertações e livros acerca do assunto. **Considerações finais:** A tecnologia advinda dos softwares vem crescendo exponencialmente na área da enfermagem ampliando um mundo de possibilidades entre a prática e a academia, possibilitando mais publicações e estudos com acesso gratuito colaborando para o avanço das pesquisas.

PALAVRAS-CHAVE: Software. Sistema de informação. Software em enfermagem.

OPEN COLLABORATIVE SOFTWARES IN NURSING

ABSTRACT: Information systems contribute in an aggregative way to the development of software for various branches of knowledge, especially in the area of nursing, which provides means to ensure the proximity of the knowledge of the scientific community and software that assists in the systematization and optimization of research and intervention of this science and profession. **Objectives:** Understanding the potential of free software for the sciences/profession, we have established as objectives of this work: 1. To understand the relationship between open science and free software and 2. To present experiences of open and collaborative software implementation that contribute to the professional practice of nursing. **Methodology:** Narrative literature review of scientific articles, theses, dissertations, and books about the subject. **Final Considerations:** Software technology has been growing exponentially in the nursing field, expanding a world of possibilities between practice and academia, enabling more publications and studies with free access, contributing to the advancement of research.

KEY-WORDS: Software. Information System. Software In Nursing.

INTRODUÇÃO

No final do século XX, a partir das mudanças impostas pela evolução da Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC), uma revolução começou a se desenhar também nas ciências. Da mesma forma que, esta revolução causou uma crise nos periódicos, devido a um modelo de restrição de acesso por assinatura fez surgir o movimento de acesso aberto à informação científica, dando início à Ciência Aberta a qual conhecemos agora (SHINTAKU; SALES, 2019).

O movimento da ciência aberta vem sendo construído no decorrer das décadas e a cada dia mais reconhecido de forma ativa, em crescimento dentro da comunidade científica mundial (BERTIN *et al.*, 2019). Este conceito consiste na abertura de dados, infraestrutura, periódicos, entre outras ferramentas, para que sejam compartilhados, reutilizados e melhor aproveitados por todos os agentes que produzem a ciência e também pela sociedade que se beneficia dela.

As tecnologias da informação e comunicação são parceiras inseparáveis da ciência no seu processo de expansão permeando os mundos do público especializado e o público não especializado, dando assim maior visibilidade à ciência e por consequência o crescimento das pesquisas e das descobertas advindas desta troca transparente de saberes (VALEIRO; PINHEIRO, 2008).

Shintaku e Sales (2019) destacam que as tecnologias digitais de informação e comunicação, especialmente a Web, causaram mudanças significativas no cenário das publicações científicas. As dinâmicas de transmissão de informação e de publicação se

transformaram e, não obstante, o fluxo da comunicação científica também passou a ser realizado no espaço virtual sem as imposições temporais e geográficas. Os crescentes avanços da internet, ampliaram os processos de descentralização e disseminação do conhecimento científico e demandaram também uma nova forma de produzir ciência.

Frequentemente se evidencia como benefícios da Ciência Aberta a difusão de publicações sem custo de processamento e consulta, especialmente por meio de repositórios e bancos de dados que geram inúmeras oportunidades de ter acesso gratuito a trabalhos científicos para consultas, aprendizado e crescimento com uma ampla divulgação das informações contidas para outros pesquisadores e o público em geral.

No entanto, sem minimizar a relevância desses repositórios para que a divulgação e a comunicação científica - que são de extrema importância no contexto da ciência aberta – possam se expandir para a esfera científica e até mesmo não-científica global, evidencia-se com base em Kon (2013, p. 27) que “Ciência Aberta não se limita à forma das publicações abertas; precisamos também lutar pelo conteúdo aberto [...] precisamos de Dados Abertos e Código Aberto, ou seja, Software Livre”.

Diante da crescente evolução tecnológica e o aprimoramento computacional em que desenvolvedores de software e hardware lançam seus produtos e ferramentas com celeridade em todas as etapas da pesquisa, análise e produção. (SANTOS, 2010).

Entendendo assim o potencial dos softwares livres para as ciências/profissões estabelecemos como objetivos deste trabalho: 1. Compreender a relação entre ciência aberta e software livre e 2. Apresentar experiências de implantação de softwares abertos e colaborativos que contribuam com a prática profissional da enfermagem.

Além desta introdução, o trabalho conta com uma seção de metodologia e dois itens correspondendo a cada objetivo declarado acima: o primeiro intitulado **Ciência Aberta e Software Livre** e o segundo **Softwares Abertos Colaborativos em Enfermagem**, seguidos das **Considerações Finais**.

METODOLOGIA

A pesquisa apresentada neste artigo é do tipo exploratória, já que a mesma objetiva proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses (GIL, 2017).

O estudo, se caracteriza como uma revisão da literatura que pode ser compreendida como um procedimento metodológico do tipo bibliográfico de busca, análise e descrição de um corpo do conhecimento (MANCINI; SAMPAIO, 2006).

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura (ROTHER, 2007), que se deu de fevereiro a julho de 2022, período em que foram consultados e analisados artigos científicos, teses, dissertações e livros acerca do assunto.

De acordo com Rother (2007) os artigos de revisão narrativa são publicações apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual e se constituem como uma avaliação de diversos produtos acadêmicos passando pela interpretação e análise crítica dos (as) autores(as).

CIÊNCIA ABERTA E SOFTWARE LIVRE

A terminologia Ciência Aberta é um campo com movimentação gradual no decorrer das décadas e atualmente em crescimento e desenvolvimento ativo na comunidade científica e não científica que surgiu discretamente após a Revolução Industrial e principalmente no século XX, alavancando as ciências, comunicação, tecnologia, divulgação e principalmente, atingindo um público fora da comunidade acadêmica que passou a colaborar de forma ativa neste processo. Este último de grande importância para pesquisas e consumo de estudos científicos para interesse acadêmico ou não.

Bartling e Friesike (2014, p. 17) salientam que “Ciência Aberta é uma das palavras de ordem da comunidade científica [...] acompanhada por um discurso vívido que aparentemente engloba qualquer tipo de mudança em relação ao futuro da criação e disseminação do conhecimento científico” (tradução nossa).

Nesse raciocínio é válido notar que bem mais do que uma expressão essa terminologia vem avançando esferas diversificadas conectando os saberes e sobretudo a forma de difusão dos mesmos. Em meados do século XX a ciência e a tecnologia cresceram bastante, mas, no entanto, foi com o avanço da internet que surgiram vários movimentos agregadores e de discussões ampliando exponencialmente o acesso à informação e à comunicação.

Esta discussão se articula também a trazida no artigo *Da comunicação científica à divulgação* de Valeiro e Pinheiro (2008) que evidenciam que os novos avanços na ciência e tecnologia brindam com a comunicação eletrônica ligando espaços virtuais infinitos, aproximando territórios e indivíduos, numa espiral de saberes.

Dentre os sujeitos dessa mudança encontram-se os pesquisadores de todas as áreas, os formuladores de políticas, programadores da área de tecnologia da informação, operadores de plataformas, editores e não menos importante, o público interessado. Salienta-se entre os avanços os softwares abertos que contribuem para o desenvolvimento de sistemas de informação para a busca de conhecimentos, novos processos de trabalho, transformação de dados práticos à sistema de coleta de dados, indicadores, enfim um imenso leque de possibilidades de registro e compilações a ser utilizada pela comunidade científica mundial. (SHINTAKU; SALES, 2019).

Software livre, de acordo com Ribeiro (2004), é um software disponibilizado gratuitamente ou comercializado com as premissas de liberdade de instalação, plena utilização, acesso ao código fonte, possibilidade de modificações/aperfeiçoamentos para

necessidades específicas, distribuição da forma original ou modificada, com ou sem custos.

O surgimento de uma nova geração de tecnologias possibilita buscar soluções maleáveis, suficientes e escaláveis. Com o crescente uso de software livre, principalmente em países em desenvolvimento, há a necessidade de migrar para soluções livres e multiplataforma. As soluções gratuitas são aquelas de uso gratuito sem custos de compra e suporte, contribuindo assim para a produção de software ou artefatos de software que também são gratuitos. É uma solução legal de usar sem taxas de licenciamento. Por sua vez, as soluções multiplataforma têm a vantagem de funcionar em diferentes sistemas operacionais e configurações de hardware. É essa característica que define a complexidade ou agilidade da migração de software para outra arquitetura computacional. Atualmente, o Brasil se destaca por adotar essas soluções gratuitas, principalmente no setor público (SANTOS, 2010).

Lustosa (2018) também salienta a importância dos softwares livres enquanto opção preferencial de organizações públicas e que deve ser promovida sua utilização quando houver soluções livres para implantação de sistemas informáticos na administração pública. Para ela a priorização de utilização de software livre pelas instituições públicas contribui não só para a diminuição do gasto público e ainda abre novas portas nos campos da produção e circulação do conhecimento por meio ganho de independência tecnológica, na capacitação dos servidores públicos, no estímulo ao desenvolvimento de software em ambientes colaborativos e aprimoramento da tecnologia nacional.

Indicativo também defendido por Lemos (2010) que afirma que o software livre se constitui como um bem público, de licença livre, sujeito à licença pública de marcas e oferecido como benefício para a sociedade e o cidadão, apresentando a função de ser socialmente justo, integrar desenvolvedores, usuários e prestadores de serviço, ser tecnológica e economicamente viável e estimular empresas nacionais.

Sobre as características defendidas Davis (1989) e Gaete (2010) sublinham como fatores relacionados a aceitação de uma nova tecnologia: a sua facilidade de uso e percepção de utilidade pelo usuário, além disso o grau de aceitação e uso efetivo de sistemas de informação.

Há um uso massivo de softwares livres no contexto da Ciência e Tecnologia no Brasil, muito se deve pela ação do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT, 2022), serviços de apoio e suporte. Pode-se enumerar – sem intuito de apresentar uma lista absoluta ou ostensiva – um grande número de softwares que ajudam a ter uma visão geral do ambiente tecnológico e conceitual para diversas finalidades como apresenta-se nos parágrafos que se seguem.

Ressalta-se entre os softwares para Acesso Aberto aos Resultados de Pesquisa (publicações de acesso abertos já são comuns e em grande parte do Brasil utilizam o *Open Journal System* (OJS) ou para Anais de congressos o *Open Conference System* (OCS) e o *Open Monograph Press* (OMP) para livros. Repositórios digitais facilitam o acesso e podem

ser implementados com o Eprints, Dspace ou o OMEKA).

Para Dados Abertos de Pesquisa (são depositados em repositórios institucionais com Eprints ou com ferramentas voltadas a dados como Dataverse ou o CKAN); Hardware Aberto de Pesquisa (relação conceitual de *maker* e *Do It Yourself*. Entretanto, há iniciativas como o *Safecast* e o *Air Quality Egg* no qual os desenhos do hardware são abertos); Cadernos Científicos Abertos (são formas de compartilhamento na pesquisa, como nas narrativas possíveis no *Jupyter Science Notebook* ou *Open Notebook Science Network*, pode ser blogs científicos com o *Hypotheses*); Ciência Cidadã (podendo ser implementado com ferramentas para a construção colaborativa, no chamado crowdsourcing, como a wikipedia) e por fim, a Aprendizagem Aberta (o caso mais emblemático se representa no Moodle, com utilização de padrões como o Learning Object Metadata (LOM). (SHINTAKU; SALES, 2019).

Podemos ainda evidenciar a utilização de softwares disponíveis para assistência, gerenciamento e pesquisa que se apresentam de forma gratuita, como é o caso do software IraMuteq®, é uma boa ferramenta para a compreensão ampliada e profunda dos resultados da pesquisa qualitativa na enfermagem. Permite a integração de métodos estatísticos com a análise qualitativa subjetiva com ajuda de representações gráficas e de entendimento relativamente simples (ACAUAN, 2020). Há ainda ferramentas das TICs que podem contribuir com a comunicação científica na popularização da ciência, como é o caso dos softwares na construção de vídeos colaborativos dentre os quais destacamos o aplicativo Kine Master (<http://www.kinemaster.com/>).

SOFTWARES ABERTOS COLABORATIVOS EM ENFERMAGEM

A Enfermagem é uma ciência que tem como principal atividade profissional o cuidado, visto que, de todas as profissões da área da saúde, esta é a que maior tempo se dedica ao cuidado direto ao paciente. Ao se tratar de atuação profissional na área da saúde, é fundamental ressaltar que o desenvolvimento de qualquer atividade, seja esta a mais simples ou a mais complexa, deve ter embasamento sólido que justifique a execução das mesmas, implementando processos assistenciais e tomadas de decisões seguras para o profissional, instituição e paciente (SANTOS; PESTANA, 2013).

À medida que a tecnologia da informação se torna mais difundida no atendimento à saúde, a proposta de utilização de dispositivos móveis associados a softwares tem possibilidade de oferecer à Enfermagem conhecimento e otimização de serviços, como também banco de dados, em conjunto com as necessidades de implementação de normatizações em Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), por exemplo. (MALUCELLI, 2010).

Zocche *et al.* (2011) realizaram um estudo a fim de identificar a tendência metodológica e temática da produção técnica relacionada a protocolos, guias e software, produzidos pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem de uma universidade na Região Sul do Brasil, período 2011-2017, as autoras destacam entre os resultados que:

Com relação a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e ao processo de enfermagem, houve **38 produções** relacionadas a implementação de instrumentos que auxiliam no planejamento, no gerenciamento das unidades de internação hospitalar, na avaliação de usuários, classificação de risco e no levantamento de sinais e sintomas para a realização da consulta de enfermagem. Também foi desenvolvido um software para a implantação do processo de enfermagem e, a elaboração de um aplicativo. Além disso, foi construído tutorial para a aplicação do *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT), instrumento para o rastreamento do Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), na consulta de enfermagem, ferramenta importante para o enfermeiro identificar precocemente crianças com indicação do TEA. (p. 13, grifos nossos).

Domingos et al. (2019) desenvolveu um estudo com o objetivo de adaptar a etapa de coleta de dados do software Sistema de Informação com o Processo de Enfermagem (PE) em Terapia Intensiva para uso em unidades de clínica médica e cirúrgica. Os autores realizaram um estudo descritivo desenvolvido em três etapas: a primeira consistiu na capacitação da equipe, na segunda o software foi aplicado na prática clínica com 100 pacientes e na terceira analisaram-se as modificações a serem realizadas. No estudo ressalta-se que a carência de trabalhos sobre o desenvolvimento de softwares embasados em um referencial teórico e que buscando preencher essa lacuna e favorecer a aplicabilidade do PE na prática profissional, foi desenvolvido um software denominado Sistema de Informação com o Processo de Enfermagem em Terapia Intensiva (SIPETi), fundamentado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHBs) de Wanda de Aguiar Horta e contém as cinco etapas do PE, escalas de classificação de pacientes e indicadores de saúde

Outro software utilizado no contexto da enfermagem é o SYNA (*Systematization Nurse Assistance*), que Caetano (2018) buscou em sua dissertação de mestrado desenvolver e validar e que buscar proporcionar facilidade e agilidade no processo de realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) com utilização da metodologia da Associação Norte Americana de Diagnóstico de Enfermagem NANDA-I para estimular a implementação da SAE em unidades que ainda não a realizam, movimenta a equipe de enfermagem com relação à reciclagem e educação continuada em sistematização de enfermagem, garantirá maior eficiência no processo de organização, armazenamento e busca das informações inseridas no Software, estabelecerá maior qualidade da assistência prestada ao paciente. A versão do Software (2015-2017) apresenta os 234 Diagnósticos de Enfermagem (Potenciais e de Risco), todas as características definidoras e fatores relacionados referentes a cada diagnóstico.

Outro exemplo de software colaborativo com a enfermagem é o Sistema de Informação em Enfermagem (SisEnf) é um software livre composto pelo módulo assistencial de enfermagem: histórico, exame clínico e plano de cuidados; o módulo gerencial compõe-se de: escala de serviço, gestão de pessoal, indicadores hospitalares e outros elementos. O SisEnf foi desenvolvido sobre a plataforma WEB e com emprego de software livre e assim, procurou auxiliar o processo de trabalho da enfermagem que agora terá oportunidade de incorporar a tecnologia da informação na sua rotina de trabalho (SANTOS, 2010).

Podemos ainda evidenciar entre os estudos levantados sobre o uso de softwares livres na área da enfermagem o artigo *Ferramenta de dimensionamento das equipes de enfermagem para unidades de terapia intensiva* de Quinones e Silva (2021) em que se desenvolveu uma ferramenta de gestão para o dimensionamento das equipes de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva voltado para a clientela adulta brasileira. A partir da revisão documental e uma revisão integrativa foi possível criar uma ferramenta que foi validada por quinze especialistas. Esta ferramenta de dimensionamento em Microsoft Excel realiza as fórmulas de cálculo para o suprimento da lacuna presente na legislação do Ministério da Saúde remetendo ao perfil assistencial e a demanda da unidade, dimensionando os profissionais de forma rápida, com subsídios técnicos para a tomada de decisão.

Outro estudo analisado foi o *Multimídia interativa em saúde – Capacitação de enfermeiros sobre cuidados dos pacientes em nutrição parenteral total* de autoria de Fabrício e Novaes (2021) que apresentam um projeto de pesquisa que estruturou e testou uma multimídia interativa constituída no site fábrica de aplicativos, como estratégia de capacitação de enfermeiros que prestam assistência a clientes submetidos a nutrição parenteral. Para o desenvolvimento do projeto foi realizado um estudo intervencional onde os participantes foram avaliados sobre a temática, posteriormente foi aplicado a multimídia interativa e após a implementação foi possível constatar a assimilação imediata destes profissionais, gerando benefícios através da metodologia ativa de capacitação / atualização de conhecimentos na temática de nutrição parenteral total.

Evidencia-se ainda a publicação *E- doador: construção de um aplicativo móvel para otimização do processo de doação de órgãos* de Souza e Silva (2021) sobre a construção um aplicativo para dispositivos móveis, que tem por objetivo a elaboração de uma consulta rápida e eficaz frente à demanda dos profissionais para a otimização do processo de doação e transplante no Brasil. Este estudo visa mensurar a aplicabilidade e funcionalidade do aplicativo através de um questionário validado de funcionalidade. É um desenvolvimento experimental de um protótipo, fomentado nas plataformas Android e IOS. Onde foi elaborado em duas partes, sendo subdivididas em fase 1º que foi a construção de um protótipo utilizando um modelo de engenharia de software em espiral e 2º foi avaliação da usabilidade, por meio da aplicação de um questionário MATCHG. A construção do protótipo apresentou algumas limitações impostas pela plataforma utilizada. A verificação de “usabilidade muito alta” é encontrada neste estudo o que demonstra a importância deste

produto.

Cita-se ainda o artigo *Aplicativo móvel para a escolha do banho do paciente em uma unidade coronariana* de Neumann e Silva (2021) que teve por objetivo elaborar um algoritmo no formato de aplicativo móvel que auxilie a tomada de decisão do enfermeiro quanto à realização do banho do paciente coronariopata em uma unidade coronariana. O estudo foi realizado nas seguintes etapas: revisão de literatura para elaboração de um instrumento que foi submetido à validação por enfermeiros com expertise em cardiologia. E a construção de um aplicativo móvel elaborado por um colaborador, utilizando a interface de desenvolvimento ANDROID STUDIO® com linguagem Java®. A conclusão é que o aplicativo permite que a escolha do banho do paciente coronariopata seja sistematizado e direcionado por parâmetros clínicos, minimizando a exposição a possíveis riscos para o paciente.

Por fim, destaca-se a publicação *Uma ferramenta em realidade virtual para auxílio na cateterização venosa periférica em criança hospitalizada* de Silva e Santiago (2021) este projeto de pesquisa traz como proposta a construção de uma ferramenta em realidade virtual que proporcione mais segurança e conforto para crianças, durante a cateterização venosa periférica. O sistema foi desenvolvido baseado nos preceitos básicos do processo de desenvolvimento de software incremental contido na engenharia de software (PRESSMAN, 2011). A criação do software/ protótipo em realidade virtual proporcionou mais tranquilidade e conforto para as crianças que são submetidas à cateterização venosa periférica, no decorrer da sua internação hospitalar. Vale ressaltar, que a criação deste jogo em realidade virtual para ser utilizado no momento da cateterização venosa é um produto inédito no ambiente hospitalar e de grande relevância trabalhando diretamente no foco do problema que é o medo e o estresse, durante este procedimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no exposto, salienta-se a importância da difusão da Ciência Aberta nos meios acadêmicos e não acadêmicos por suas contribuições para sua difusão global sendo o presente e o futuro do aprendizado.

Reconhece-se que o aprendizado proporcionado pela participação nessa disciplina e na construção deste trabalho trouxe informações novas e inegavelmente necessário para o contexto de nossa formação neste programa de pós-graduação e de nossas atuações profissionais.

Compreende-se que a acessibilidade e a gratuidade vinculadas ao movimento da Ciência Aberta alcançaram outro patamar da teoria vinculada à prática alavancando em sua grandeza nos repositórios evocando o desejo de trocar e agregar conhecimentos.

Sublinha-se ainda as contribuições da tecnologia de modo geral e dos softwares em particular para a área da Enfermagem ampliando as possibilidades entre a prática e a academia, possibilitando mais publicações e estudos com acesso gratuito colaborando para o avanço das pesquisas.

Considera-se por fim que o impacto ocasionado pelos softwares colaborativos na enfermagem impulsionou e certamente impactou positivamente no cuidado de enfermagem de forma única e sem volta, no sentido de que a implementação de práticas viabilizem a otimização do cuidado, seu melhor registro, orientações seguras, planejamento das ações, gerenciamento nas diversas áreas trabalhadas, a captura de momentos eternizados para referências futuras e aprendizados refletem o grande potencial desses softwares no dia a dia do cuidado e na vida dos clientes beneficiados com essa tecnologia.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

ACAUAN, Laura Vargas. Utilização do software iramuteq® para análise de dados qualitativos na enfermagem: um ensaio reflexivo. *Revista Mineira de Enfermagem – REME*, Belo Horizonte, 24, e-1326, 2020. Disponível em <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20200063>. Acesso em: 30 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Ciência e Tecnologia e Inovações. Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia. Institucional. Brasília: Ministério da Ciência e Tecnologia e Inovações, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ibict/pt-br/aceso-a-informacao/sobre-o-ibict-1/institucional>. Acesso em: 30 jun.2022.

CAETANO, Daniele Ramalho. Software para a Sistematização da Assistência de Enfermagem. 2018. Dissertação (Mestrado Profissional em Ciências Aplicadas à Saúde) - Universidade do Vale do Sapucaí, Pouso Alegre, 2018. Disponível em: https://www.univas.edu.br/Egressos_Web/63.pdf. Acesso em: 29 jun. 2022.

DOMINGOS, Camila Santana et al. Adaptation of software with the nursing process for innovation units. *Revista Brasileira de Enfermagem [online]*, v. 72, n. 2 pp. 400-407, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0579>. Acesso em: 2 jul. 2022.

FABRÍCIO Bruna Silva; Cristiane de Oliveira Novaes. Multimídia interativa em saúde – Capacitação de enfermeiros sobre cuidados dos pacientes em nutrição parenteral total. In: FIGUEREDO, Nélia Maria A. *Enfermagem: Laboratório de inovações e tecnologias – Caminhos, fundamentos e experiências vividas (EEAP-UNIRIO)*. Curitiba: CRV, 2021. p.

317.

FECHER, Benedikt; FRIESIKE, Sascha. Open Science: One Term, Five Schools of Thought. In: BARTLING, Sönke; FRIESIKE, Sascha. Opening science: The evolving guide on how the internet is changing research, collaboration and scholarly publishing. London: Springer Nature, 2014. p. 17-48.

GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

LUSTOSA, Marllus de Melo. Um estudo sobre a aceitação e utilização de Software Livre e de Código Aberto na Universidade Federal do Ceará com base na aplicação do modelo UTAUT. 2018. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior, Fortaleza (CE), 2018.

MALUCELLI, Andreia et al. Sistema de informação para apoio à Sistematização da Assistência de Enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem [online], v. 63, n. 4, pp. 629-636, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000400020>. Acesso em: 3 jul. 2022.

MANCINI, Marisa Cotta; SAMPAIO, Rosana Ferreira. Quando o objeto de estudo é a literatura: estudos de revisão. Brazilian Journal of Physical Therapy [online], São Carlos, v. 10, n. 4, p. 361-472, 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552006000400001>. Acesso em: 11 jun. 2022.

NEUMANN, Victória de Santa Rosa; SILVA, Renata Flávia Abreu da. Aplicativo móvel para a escolha do banho do paciente em uma unidade coronariana. In: FIGUEREDO, Nébia Maria A et al. Enfermagem: Laboratório de inovações e tecnologias – Caminhos, fundamentos e experiências vividas (EEAP-UNIRIO). Curitiba: CRV, 2021. p. 322.

NURSEBOOK. O aplicativo mais completo para o profissional de Enfermagem! [2019]. Disponível em: <https://lp.nursebook.com.br/nuserbook/?gclid=CjwKCAjwquWVBhB>.

QUINONES, Angela Mercedes Mulet; SILVA, Renata Flávia Abreu da. Ferramenta de dimensionamento das equipes de enfermagem para unidades de terapia intensiva. In: FIGUEREDO, Nébia Maria A et al. Enfermagem: Laboratório de inovações e tecnologias – Caminhos, fundamentos e experiências vividas (EEAP-UNIRIO). Curitiba: CRV, 2021. p. 317

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. Acta Paulista de Enfermagem [online], São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>. Acesso em: 13 jun. 2022.

SANTOS, José Luís Guedes dos; et al. Práticas de Enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde. Revista Brasileira de Enfermagem [online], Brasília, v. 66, n. 2. p.257-263, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000200016>. Acesso 5 jul. 2022.

SANTOS, Sérgio Ribeiro. Informática em enfermagem: desenvolvimento de software livre com aplicação assistencial e gerencial. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 44, n. 2, pp. 295-301, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000200008>. Acesso em: 1 jul. 2022.

SHINTAKU, Milton; SALES, Luana. Ciência aberta para editores científicos. Botucatu, SP: ABEC, 2019. Disponível em: https://www.abecbrasil.org.br/arquivos/Ciencia_aberta_editores_cientificos_Ebook.pdf. Acesso em: 30 jun. 2022.

SILVA, Viviane Reis Fontes da; SANTIAGO Luiz Carlos. Uma ferramenta em realidade virtual para auxílio na cateterização venosa periférica em criança In: FIGUEREDO, Nélia Maria A et al. Enfermagem: Laboratório de inovações e tecnologias – Caminhos, fundamentos e experiências vividas (EEAP-UNIRIO). Curitiba: CRV, 2021. p. 324

SOUZA, Daniel Ribeiro Soares de; SILVA, Alexandre Sousa da. E- doador: construção de um aplicativo móvel para otimização do processo de doação de órgãos. In: FIGUEREDO, Nélia Maria A et al. Enfermagem: Laboratório de inovações e tecnologias – Caminhos, fundamentos e experiências vividas (EEAP-UNIRIO). Curitiba: CRV, 2021. p. 319.

VALEIRO, Palmira Moriconi; PINHEIRO, Lena Vania Ribeiro. Da comunicação científica à divulgação. Transinformação, Campinas, v. 20, n. 2, p. 159-169, 2008. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3843/384334798004.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2022.

ZOCHE, Denise Antunes de Azambuja et al. A Produção Técnica de um Mestrado Profissional de Enfermagem e suas Contribuições no Fortalecimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem Brasileira. In: CONGRESSO SUL BRASILEIRO DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM, 2., 2017, Chapecó. Anais [...]. Chapecó, SC, UDESC – CEO, 2017. p. 11-13.

COMPREENSÃO DAS MULHERES USUÁRIAS DO SUS SOBRE A IMPORTÂNCIA DA REALIZAÇÃO DO EXAME PAPANICOLAU

Patrícia Pereira Tavares de Alcantara¹;

Crato, Ceará

<http://lattes.cnpq.br/7221408382609260>

Nadiene de Matos Oliveira²;

Crato, Ceará

<http://lattes.cnpq.br/3290427765095317>

Herlys Rafael Pereira do Nascimento³;

Crato, Ceará

<http://lattes.cnpq.br/1295785414002408>

John Carlos de Souza Leite⁴;

Crato, Ceará

<http://lattes.cnpq.br/3736325272758305>

Francisca Evangelista Alves Feitosa⁵;

Crato, Ceará

<http://lattes.cnpq.br/6473337304124878>

Maria Anelice de Lima⁶.

Crato, Ceará

<http://lattes.cnpq.br/0866017086984290>

RESUMO: O câncer do colo do útero, também chamado de câncer cervical, é causado pela infecção persistente por alguns tipos do Papilomavírus Humano - HPV chamados de tipos oncogênicos. Estima-se que o câncer de colo de útero é o terceiro tumor mais frequente na população feminina atrás do câncer de mama e do colorretal, e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil. Objetivou-se compreender a percepção das mulheres usuárias do SUS sobre a importância da realização do exame Papanicolau. Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa descritiva, do tipo exploratório com abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada no município de Iguatu-Ceará, durante os meses de março e abril de 2020. As participantes do estudo serão as usuárias do serviço de saúde que comparecerem a ESF para realização do exame Papanicolau. Foi utilizado, como

instrumento de coleta de dados, um roteiro de entrevista. A autorização para a realização do estudo deu-se através da assinatura de Termo de Anuência, solicitado à instituição da Escola de Saúde Pública. E seguida, da aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, sob número CAAE: 30809220.6.0000.5055. Os resultados do estudo atenderam ao objetivo proposto à medida que permitiu identificar a compreensão, o sentimento e a expectativa coletiva de mulheres em relação ao exame de Papanicolau, e foram divididos em duas categorias temáticas: *Categoria 1* – Conhecimento das mulheres usuárias do SUS acerca do exame; *Categoria 2* – Credibilidade das mulheres usuárias do SUS relacionada ao exame Papanicolau. Assim, faz-se necessário ações voltadas as mulheres que tenha por objetivo incentivar a realização desse exame.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da mulher; Papanicolau; Enfermagem.

COMPREHENSION OF WOMEN USERS OF SUS ABOUT THE IMPORTANCE OF PERFORMING THE PAPER SCHOOL EXAM

ABSTRACT: Cervical cancer, also called cervical cancer, is caused by persistent infection with some types of Human Papillomavirus - HPV called oncogenic types. It is estimated that cervical cancer is the third most frequent tumor in the female population, behind breast and colorectal cancer, and the fourth leading cause of death in women from cancer in Brazil. To understand the perception of women who use the SUS about the importance of having a Pap smear. This study is characterized as a descriptive, exploratory research with a qualitative approach. Data collection was carried out in the municipality of Iguatu-Ceará, during the months of March and April 2020. The study participants will be the users of the health service who attend the FHS to perform the Pap smear. An interview script was used as an instrument for data collection. Authorization to carry out the study was given through the signature of a Term of Consent, requested from the institution of the School of Public Health. This is followed by the approval of the Ethics and Research Committee, under number CAAE: 30809220.6.0000.5055. The results of the study met the proposed objective as it allowed to identify the understanding, feeling and collective expectation of women in relation to the Pap smear, and were divided into two thematic categories: Category 1 - Knowledge of women users SUS about the exam; Category 2 – Credibility of women using SUS related to the Pap smear. It is necessary actions aimed at women that aim to encourage the realization of this exam.

KEY-WORDS: Women's health; Pap smear; Nursing.

INTRODUÇÃO

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos. Dividindo-se, rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo (INCA, 2019).

Estima-se, a nível de Brasil, no biênio 2018/2019 a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer. Os cânceres de próstata (68 mil) em homens, e mama (60 mil) em mulheres serão os mais frequentes. As estimativas apresentadas refletem o perfil semelhante ao de países desenvolvidos, entretanto, ainda existem altas taxas de cânceres, associados a infecções, que são característicos de países em desenvolvimento. Esse perfil é reflexo das desigualdades regionais tão peculiares ao Brasil, que vão desde as diferenças na expectativa de vida, condições socioeconômicas, até o acesso aos serviços de saúde para diagnóstico oportuno e tratamento adequado (SANTOS, 2018).

Dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA) apontam o câncer de colo de útero como o terceiro tumor mais frequente na população feminina atrás do câncer de mama e do colorretal, e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil. A estimativa do Instituto Nacional de Câncer (INCA) no biênio de 2018/2019 é de 16.370 novos casos (INCA, 2018).

A persistência da infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) é considerado o principal fator predisponente ao câncer de colo do útero, uma vez que através de microlesões no epitélio escamoso, o vírus pode penetrar, alcançar as células basais, liberar seu DNA e replicar-se. As células, desta forma, sofrem maturação e multiplicação acelerada, induzidas pelas oncoproteínas virais, desenvolvendo lesões intraepiteliais, que podem evoluir para um processo neoplásico maligno (LIBERA, 2016).

Dentre as estratégias de controle a prevenção primária do câncer do colo do útero está relacionada à diminuição do risco de contágio pelo Papiloma Vírus Humano (HPV). Já na prevenção secundária seria a detecção precoce, que de acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2007), as estratégias para a detecção precoce são: o diagnóstico precoce pela abordagem de indivíduos com sinais e/ou sintomas da doença, e o rastreamento pela aplicação de um teste ou exame em uma população assintomática, aparentemente saudável, com objetivo de identificar lesões precursoras ou sugestivas de câncer e encaminhá-las para investigação e tratamento.

O rastreamento ordenado da população feminina por meio do exame citopatológico do colo do útero, também conhecido como exame de Papanicolau, tem sido uma da estratégia pública mais eficaz, segura e de baixo custo para detecção precoce das alterações celulares que podem evoluir para o câncer. São curáveis na quase totalidade dos casos, por isso, é importante a realização periódica desse exame (BRASIL, 2012).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS) é recomendado que toda mulher com vida sexualmente ativa, se submeta ao exame Papanicolau, periodicamente, especialmente aquelas com idade entre 25 e 64 anos. A indicação de realização é anual e após dois exames seguidos apresentando resultado normal, o preventivo pode ser feito a cada três anos (BRASIL, 2014).

Contudo, segundo dados do MS, mesmo o exame sendo oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), de forma gratuita, a adesão das mulheres ao exame preventivo ginecológico ainda é considerado baixa se contrastada com o número de mulheres preconizado a faixa etária (BRASIL, 2014).

No Brasil, as equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) cumprem um papel importante no rastreamento do câncer de colo uterino. No âmbito do SUS, a ESF configura-se como reorganizadora da Atenção Primária à Saúde (APS), sendo este o ambiente de primeiro acesso dos indivíduos a um sistema de saúde. As ESF são compostas por equipes de saúde formadas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) responsáveis por uma população definida, delimitada geograficamente, abrangendo um número de até 4.000 habitantes na área sob sua responsabilidade. Logo, todas as ações iniciais de uma população para promoção à saúde, prevenção, tratamento e reabilitação encontram-se sob os cuidados das ESF (LOPES, 2012).

Observa-se que apesar de fazer parte da rotina da consulta ginecológica, o exame de Papanicolau para a detecção precoce do câncer cervical nunca foi realizado por 12,9% das brasileiras. Se forem levados em consideração os dados do Censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em que foi registrado um total 97.348.809 mulheres no país, são mais de 12 milhões de brasileiras que nunca se submeteram ao rastreamento. Esses dados são de um levantamento nacional realizado pelo Grupo Latino Americano de Investigação Clínica em Oncologia (GLAICO) (BRASIL, 2012).

Em meio as mulheres que realizam o exame citopatológico há aquelas que desconhecem a importância em sua totalidade, realizando somente porque é dito como um exame que a mulher deve realizar regularmente. Outras, mesmo conhecendo sua importância, findam por deixar para procurar a Estratégia Saúde da Família (ESF) apenas mediante ao aparecimento de sintomas (OLIVEIRA, 2016).

Diante desse pressuposto, foi levantando as seguintes questões norteadoras do estudo: Quais os principais motivos que levam as mulheres a buscar a Estratégia de Saúde da Família para realização do exame citopatológico? Qual a visão destas mulheres sobre este exame? As mulheres compreendem a real importância de realizar este exame de forma periódica?

A importância deste estudo justifica-se pela necessidade de identificar o significado que a população de mulheres, em sua grande maioria assintomática e aparentemente saudável, atribui à realização do exame Papanicolau. Bem como conhecer o que essas mulheres realmente conhecem sobre o exame Papanicolau, bem como a importância que

elas atribuem ao exame.

A relevância do estudo reside na possibilidade de evidenciar-se a opinião das mulheres sobre o exame Papanicolau, trazendo à tona discussões em torno das ações, de planejamento, controle e supervisão de programas de educação e prevenção, contribuindo para um diagnóstico precoce do câncer de colo de útero. Bem como favorecer discussões que desmistifiquem os tabus contidos nessa prática tão eficaz, segura e barata.

Diante dos questionamentos o estudo buscou compreender a percepção das mulheres usuárias do SUS sobre a importância da realização do exame Papanicolau.

MÉTODOS

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa descritiva, do tipo exploratório com abordagem qualitativa.

Na pesquisa descritiva, o (a) pesquisador (a) deve ter como intuito descrever de forma precisa as características de um (a) indivíduo (a), população e/ou fenômeno em estudo, estabelecendo relações entre variáveis (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Segundo Oliveira (2011) o estudo exploratório trata-se de uma busca por novas ideias e experimentos das mesmas, no intuito de estabelecer uma relação estreita com o indivíduo, grupo e/ou fenômeno que está sendo estudado (OLIVEIRA, 2011).

A abordagem qualitativa tem o ambiente de estudo como fonte direta de dados e o (a) pesquisador (a) precisa manter contato direto com esse ambiente, dessa forma, o trabalho de campo precisa ser ativo e intensivo (OLIVEIRA, 2011).

A coleta de dados ocorreu durante o segundo semestre de 2020, na UBS (Unidade Básica de Saúde) Dr. Renê Holanda Barreira, localizada no Bairro Cocobó na zona urbana do município de Iguatu/CE. Na UBS funcionam duas ESF, e os dados foram coletados em ambas.

As participantes do estudo foram as usuárias do serviço de saúde que comparecerem a ESF para realização do exame Papanicolau durante o período destinado para a coleta de dados.

Teve-se como critérios de inclusão: todas as mulheres acima de 18 anos. Teve-se como critérios de exclusão: mulheres com dificuldades cognitivas que as incapacitasse de responder o questionário.

Obteve-se um total de 10 mulheres entrevistadas, e adotou-se o princípio da saturação de dados para encerramento da coleta.

Foi utilizado, como instrumento de coleta de dados, um roteiro de entrevista, previamente elaborado com questões objetivas e discursivas referentes ao conhecimento sobre o exame, motivos que as levam a realização.

A análise categorial temática foi a análise adotada neste estudo. Divide-se em três fases, sendo a primeira, a fase de pré-análise, a segunda se dá pela exploração do material e a última etapa sendo o tratamento dos resultados (MINAYO, 2014).

Essa pesquisa obedeceu aos aspectos éticos das Resoluções 510/2016 e 466/2012 (BRASIL, 2012, 2016) e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Regional do Cariri (URCA) sob número de parecer 30809220.6.0000.5055.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após leituras e análises dos dados coletados durante o trabalho de campo, trouxe-se as análises obtidas através de dados extraídos dos discursos das participantes que foram obtidas através de entrevistas, e que geram as seguintes categorias: *Categoria 1* – Conhecimento das mulheres usuárias do SUS acerca do exame; *Categoria 2* – Opinião das mulheres usuárias do SUS acerca do exame Papanicolau.

Categoria 1 – Conhecimento das mulheres usuárias do SUS acerca do exame

Ao serem questionadas sobre a finalidade do exame preventivo Papanicolau as participantes se expressaram de forma muito semelhante, uma vez que a grande maioria afirma se tratar de uma forma de observar ou de detecção precoce de possíveis anormalidades.

A primeira abordagem foi para saber se conheciam a importância do exame, de acordo com as falas seguintes pode-se perceber que demonstravam certo conhecimento:

“Sim, porque serve para prevenir doença no colo do útero” (M1, 2020)

“Sim, além de prevenir o câncer de colo de útero, preveni de outras doenças, como também ajuda a detectar.”(M5, 2020)

“Sim, pois quero sempre está com minha saúde em dias.” (M3, 2020)

O exame de Papanicolau, é conhecido internacionalmente, e utilizado como instrumento mais adequado, prático e barato para o rastreamento do câncer de colo de uterino, também mais comumente referido pela clientela como exame preventivo.

Segundo Lopes (2017) consiste no esfregaço ou raspado de células esfoliadas do epitélio cervical e vaginal, tendo seu valor tanto para prevenção secundária quanto para o diagnóstico, pois possibilita a descoberta de lesões pré-neoplásicas e da doença em seus estágios iniciais. Mesmo sendo um procedimento de baixo custo, não está incorporado a

todos os serviços de saúde, tendo utilização reduzida e não disponível a toda população feminina (LOPES, 2017).

Realizar o exame preventivo é uma forma comprovadamente eficaz para o rastreamento precoce do câncer de colo uterino, o que ocasiona na grande maioria dos casos, na cura da doença. Mas para que a eficácia do exame seja mantida é necessário, que este seja realizado periodicamente pelas mulheres.

As participantes do estudo quando questionadas acerca da periodicidade na realização do exame relataram:

“Menos de 1 ano”(M6, 2020).

“Há mais de 1 ano” (M1, 2020).

“Não na maioria das vezes por esquecimento”(M9, 2020).

Segundo o INCA (2021), a rotina recomendada para o rastreamento no Brasil é o exame ser repetido a cada três anos (após dois exames normais consecutivos realizados com intervalo de um ano). A recomendação de três anos tem como base a Organização Mundial da Saúde (OMS) e as diretrizes em grande maioria dos países. Essas diretrizes evidenciam-se pela ausência de evidências de que o rastreamento anual seja mais eficaz quanto o realizado a cada três anos (INCA,2021).

Categoria 2 – Opinião das mulheres usuárias do SUS acerca do exame Papanicolau

A grande maioria das respondentes demonstraram saberes equivalentes frente a questão educativa, através de suas vivências as usuárias apontaram a educação em saúde como um fator positivo para a realização do exame preventivo.

Quando questionadas sobre as práticas educativas que eram oferecidas pelos profissionais de Saúde da ESF e o os benefícios que essas práticas proporcionavam, quase todas as usuárias afirmaram de alguma forma receber orientações dos profissionais, não somente sobre o exame preventivo Papanicolau como também sobre outros assuntos relacionados à Saúde, como podemos ver nos seguintes depoimentos:

“Sim, não realizar relação sexual próximo de realizar do exame, ter higiene pessoal adequada, lavar as peças íntimas com sabão de coco”.(M3, 2020).

“Sim, não sentar em locais quentes entre outros”.(M6, 2020).

O enfermeiro tem papel prioritário na educação em saúde frente ao exame de Papanicolau, podendo estar realizando a busca ativa, fazendo campanhas de conscientização, enfatizando a importância do exame ser feito periodicamente, afim de

reduzir e prevenir danos. Esse profissional é uma peça fundamental nesse processo, e quando bem preparado traz segurança e clareza, fazendo com que as mulheres sintam mais confiança nas informações expostas (NOBREGA et al., 2014).

A relevância do enfermeiro no contexto da prevenção do CCU se dá pela sua participação nas atividades de controle através do esclarecimento de dúvidas, prevenção de fatores de risco, realização da consulta ginecológica e do exame preventivo do CCU, influenciando para um atendimento à demanda de melhor qualidade, efetivando um sistema de registro de qualidade e intervindo para o encaminhamento adequado.

Quando questionadas acerca da credibilidade do exame realizado, as participantes do estudo afirmam:

“Sim, porque tem bons profissionais”(M9, 2020).

“Sim, pois profissionalismo e competência temos muito no SUS”(M6, 2020).

“Não, mais é necessário”(M10, 2020).

Estudos apontam que os principais motivos que interferem na credibilidade dos resultados dos exames são: vergonha, medo, ansiedade e erro profissional. Cabe, portanto, ao enfermeiro da ESF traçar ações que contribuam para a adesão ao exame. Diante disso, o profissional deve utilizar técnicas que facilitem sua prática, como, execução correta da técnica de coleta; preenchimento dos dados; identificação e acondicionamento dos frascos e lâminas; provisão do material, e a busca das mulheres, quanto ao resultado do exame (AGUILAR; SOARES, 2015).

O Papanicolau é considerado a forma mais eficiente para se rastrear o câncer de colo uterino, pois quando se é feito da forma correta e com a realização periódica é possível detectar um possível diagnóstico de neoplasia, e quanto mais cedo for detectado maior são as chances de cura (LOPES; LOPES, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As entrevistadas apresentaram conhecer o exame Papanicolau, salientando a importância de fazê-lo periodicamente como forma de prevenção do câncer. Foi possível observar que a grande maioria das mulheres realiza o exame anualmente, e conhecem alguns dos cuidados para a realização da coleta do exame Papanicolau.

Entretanto, ainda há fragilidades em relação ao conhecimento expressado por essas mulheres. Com isso, salienta-se a importância de intervenções educativas direcionadas aos cuidados anteriores a coleta, sobre o autocuidado e a importância de realizar o exame conforme demanda a OMS.

Apesar da maioria das mulheres entrevistadas demonstrarem conhecimento sobre sua saúde ginecológica, pode-se observar que o número de procura pelo exame é bastante reduzido, pois ainda existe muitas barreiras a serem enfrentadas, como a vergonha. O medo e a demora pelo agendamento. Desta forma, se faz necessário ações voltadas as mulheres que tenha por objetivo incentivar a realização desse exame, como, busca ativa, educação em saúde, escuta qualificada e a formação do vínculo de confiança entre profissional de saúde e paciente.

Como limitação do estudo verificou-se a forma de realização da coleta em virtude do período de pandemia, que podem ter influenciado de alguma forma nos resultados. Sugere-se que novos estudos possam ser desenvolvidos trazendo maior visibilidade para qualidade dos serviços ofertados pelo SUS.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

AGUILAR, R. P.; SOARES, D. A. Barreiras à realização do exame Papanicolau: perspectivas de usuárias e profissionais da Estratégia de Saúde da Família da cidade de Vitória da Conquista-BA. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, p. 359-379, 2015.

AZEVEDO, A. G. et al. Fatores que influenciam a não realização do exame de Papanicolaou e o impacto de ações educativas. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 48, n. 3, p. 253-257, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Viva Mulher; Programa Nacional de Controle de Câncer de Colo Uterino e de Mama**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer/Pro-Onco, 2002.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Portaria 2439. **Política Nacional de Atenção Oncológica**. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília, DF, 60 p. 2006

BRASIL, Ministério da Saúde. **De Doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do Câncer no Brasil**, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas** por inquérito telefônico, Vigitel 2007. Brasília: SVS/Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do**

câncer do colo de útero. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação-Geral de Prevenção e Vigilância. **Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede.** 3. ed. Rio de Janeiro: Inca, Brasília, 2012.

BRASIL. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. **Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 nov. 2014. Seção 1, n. 220, p. 68-70. 2014.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – **Censo Demográfico 2017.**

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2018. Incidência do Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2017.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. **Detecção Precoce. Rio de Janeiro: INCA, 2021.**

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. **Atlas da Mortalidade.** Disponível em: <https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/>. Acesso em: 5/07/2022.

BUSS, P. M. O conceito de promoção da saúde e os determinantes sociais. **Eco cidadania & Meio Ambiente**, 2010. Disponível em: <http://www.ecodebate.com.br/2010/02/12/o-conceito-de-promocao-da-saude-e-os-determinantes-sociais-artigo-de-paulo-m-buss/>. Acesso em: 1/07/2022.

CARVALHO, B. A. Exame Papanicolau: percepção de acadêmicas de enfermagem do Vale do Paraíba. **Reenvap**, v. 8, n. 1, p. 43-62, 2015.

CASARIN, M. R.; PICCOLI, J. C. E. Educação em saúde para prevenção do câncer de colo do útero em mulheres do município de Santo Ângelo/RS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p.3925-3932, set. 2011.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro (RJ): **Fiocruz**, p.39-53, 2003.

DURAND, M.; HEIDEMANN, I. T. S. B. Promoção da autonomia da mulher na consulta de enfermagem em saúde da família. **Rev Esc Enferm**, v. 47, n. 2, p. 288-295, 2013.

FRENK J. Bridging the divide: comprehensive reform to improve health in Mexico. **Nairobi: Commission on Social Determinants of Health**; 2006.

GUIMARÃES, M. A.; FONSECA, F. B. S.; WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde: as conferências internacionais de promoção da saúde. **III Conferência Regional Latino-Americana de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde; [anais em CD-ROM].** 2002.

KOSS, L. G.; GOMPEL, C. Introdução à Citopatologia Ginecológica com Correlações

Histológicas e Clínicas. **Roca 1ª Ed.**, São Paulo, 2006.

LIBERAL, S. D. et al. Avaliação da infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) em exames citopatológicos. **Rev Bras Anal Clin.**, v. 48, n. 2, p. 138-43, 2016.

LOPES J. M. C. Princípios da medicina de família e comunidade. **Artmed**. Porto Alegre; p. 1-11. 2012.

LOPES, P.; LOPES, A. A importância do exame citopatológico nas unidades básicas de saúde. **Revista InterSaúde**, v. 1, n. 3, p. 129-140, 2020.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes. 2017.

MACIEL, A. A. A. procura por cuidado de saúde: o papel das crenças e percepções de mulheres na vivência do processo saúde-doença [tese]. São Paulo (SP): **Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo**; 2009.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2012.

NÓBREGA, A. L. et al. A importância da assistência de enfermagem para a realização do exame citopatológico: um olhar bibliográfico. **Informativo Técnico do Semiárido**, v. 8, n. 2, p. 01-08, 2014.

OLIVEIRA, S. L. de. Tratado de metodologia científica: projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses. **Pioneira 2. ed.** São Paulo, 2011.

OLIVEIRA, M. M. H. N. et al. Cobertura e fatores associados a não realização do exame preventivo de Papanicolau em São Luís, Maranhão. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 9, n. 3, p. 325-34, 2016.

PRODANOV, C. C; FREITAS, E. C. Metodologia do trabalho científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico. **2ª ed. Universidade Feevale – Novo Hamburgo**, Rio Grande do Sul, 2013.

SANTOS R. S, MELO E. C. P. Mortalidade e assistência oncológica no Rio de Janeiro: câncer de mama e colo uterino. **Esc Anna Nery**, v. 15, n. 2, p. 410-416, 2018.

SALANI, R. et al. Posttreatment surveillance and diagnosis of recurrence in women with gynecologic malignancies: Society of Gynecologic Oncologists recommendations. **Am J Obstet Gynecol.**, v. 204, n. 6, p. 466-78, 2011.

SILVEIRA, M. L. Família, cultura e prevenção. **In: Anais do Seminário sobre Cultura, Saúde e Doença**; Londrina (PR): [s.n]; p 171-82. 2003.

SPECK, N. M. G. et. al. Rastreamento do câncer de colo uterino em jovens e idosas do

Parque Indígena do Xingu: avaliação quanto à faixa etária preconizada no Brasil. **Einstein**, v. 13, n.1, p. 52-57, 2015.

WHO. World Health Organization. Cancer Control. Knowledge into Action. WHO Guide for Effective Programmes. Early Detection. Switzerland: WHO. **Policy and advocacy. Module 6**, 2007.

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER SOB A PERSPECTIVA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Patrícia Pereira Tavares de Alcantara²;

Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/7221408382609260>

Daiana de Freitas Pinheiro²;

Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/2454639517734873>

Francisca Evangelista Alves Feitosa³;

Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/6473337304124878>

Estefani Alves Melo⁴;

Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/1942432920576503>

Mariana Andrade de Freitas⁵;

Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/8447284915854382>

Maria Anelice de Lima⁶.

Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/0866017086984290>

RESUMO: O Agente Comunitário de Saúde é essencial no manejo da violência contra a mulher, visto sua atuação na comunidade. O presente estudo se propôs a analisar a compressão e as condutas dos profissionais frente os casos de Violência Contra a Mulher. Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória e qualitativa, realizada com 40 profissionais da zona urbana de um município do interior do Ceará, no período de janeiro a março de 2020, através de um roteiro de entrevista previamente elaborado. Após a coleta de dados, os mesmos foram analisados pela análise de conteúdo de Minayo, emergindo duas categorias temáticas: (1) Percepções dos Agentes Comunitários de Saúde sobre violência contra mulher, e (2) Percepções do Agentes Comunitários de Saúde sobre sua atuação frente a violência contra mulher. Na primeira categoria apresenta-se a visão que os

profissionais possuem sobre violência contra mulher, limitando-se não apenas ao conceito de violência física, mas trazendo a percepção de uma forma ampliada. Na segunda categoria apresenta-se uma discussão sobre as fragilidades e potencialidades nas condutas desses profissionais. Diante dos achados, os dados viabilizaram a reflexão sobre a necessidade da educação permanente com Agentes Comunitários de Saúde no sentido de potencializar o seu conhecimento prévio, para a atuação baseada em condutas assertivas e eficientes frente os casos de violência contra mulher.

PALAVRAS-CHAVE: Violência Contra a Mulher; Agente Comunitário de Saúde; Assistência a saúde.

VIOLENCE AGAINST WOMEN FROM THE PERSPECTIVE OF THE COMMUNITY HEALTH AGENTS

ABSTRACT: The Community Health Agent is essential in the management of violence against women, given their role in the community. The present study aimed to analyze the compression and behavior of professionals in cases of Violence Against Women. This is a descriptive, exploratory and qualitative research, carried out with 40 professionals from the urban area of a municipality in the interior of Ceará, from January to March 2020, through a previously prepared interview script. After data collection, they were analyzed by Minayo's content analysis, emerging two thematic categories: (1) Perceptions of Community Health Agents about violence against women, and (2) Perceptions of Community Health Agents about their work in the face of violence. violence against women. The first category presents the view that professionals have on violence against women, limiting themselves not only to the concept of physical violence, but bringing the perception in an expanded way. The second category presents a discussion about the weaknesses and potentialities in the conduct of these professionals. In view of the findings, the data made it possible to reflect on the need for permanent education with Community Health Agents in order to enhance their prior knowledge, for action based on assertive and efficient conduct in cases of violence against women.

KEY-WORDS: Violence Against Women; Community Health Agent; health care.

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher ou de gênero, tão presente em nosso dia-a-dia, baseia-se em uma visão social e cultural, onde a figura feminina é inferior e correlaciona às mulheres a condição de vítimas preferenciais. Desse modo, toda situação que desobedeça aos direitos ou fira a cidadania das mulheres, bem como qualquer ato que leve à morte, baseado no gênero, que ocasione dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico, define-se como violência contra a mulher (ALCÂNTARA et al., 2018).

O número de casos desse tipo de violência tem aumentado anualmente devido aos crimes serem tratados com certa naturalidade. Em 2018, 4.519 mulheres foram assassinadas no Brasil, de acordo com dados o último atlas da violência 2020 produzido pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) (CERQUEIRA et al., 2018). Os dados mostram ainda que em um grupo de 27 Estados, o Ceará ocupa a 6ª posição em quantidade de homicídios femininos, mostrando a necessidade da atuação de todos os envolvidos no processo de prevenção e combate dos casos (CERQUEIRA et al., 2020).

Por ser uma questão de saúde pública, os órgãos de saúde do país, devem se envolver ativamente na capacitação e conscientização dos profissionais e população em geral, sobre a dimensão dessa realidade assombrosa. Dessa maneira, a Atenção Primária a Saúde (APS), como porta de entrada para a saúde, se encaixa como peça chave, e os profissionais atuantes necessitam estar atentos sobre as diferentes especificidades desse complexo problema. Com isso, poder-se-á construir e implementar políticas públicas e estratégias de diminuição desses casos, pensando-se especialmente, no bem-estar das mulheres (SIGNORELLI; AUAD; PEREIRA, 2013).

Dentre os profissionais que atuam na APS, destaca-se o Agente Comunitário de Saúde (ACS), com grande potencial para o reconhecimento da violência contra a mulher, tendo em vista que exerce função de mediação entre a equipe de saúde e a comunidade os conhecimentos populares e técnicos. Uma das grandes competências relacionadas ao trabalho dos ACS é a viabilidade de superação da divisão que existe entre os saberes da população e os saberes técnicos promovendo a construção de discursos que possibilite a compreensão e vivência expandida de saúde. Assim, eles se sobressaem como agenciadores de práticas e ações emancipadoras em saúde (MACIAZEKI-GOMES et al., 2016).

Diante do exposto justifica-se esse estudo em virtude de o ACS ser, muitas vezes, o primeiro profissional que se depara com o caso de violência contra a mulher, e pela escassez de estudos que retratem essa temática correlacionando a Atenção Primária a Saúde e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Neste contexto, surgem as seguintes questões norteadoras do estudo: Qual a compreensão dos ACS acerca da problemática da violência contra a mulher? Qual sua atuação frente os casos de VCM?

Para responder os presentes questionamentos tem-se como objetivo analisar a compressão e as condutas dos ACS frente os casos de Violência Contra a Mulher.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, do tipo exploratória, com abordagem qualitativa, realizado nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) da zona urbana de um município do interior cearense, com um quantitativo de 70 ACS.

Elencou-se como critério de inclusão: possuir, no mínimo, seis meses de atuação na ESF no qual se encontra atualmente lotado, visto que este critério de limitação temporal mínima evidencie a possibilidade de formação de vínculo com a comunidade. E como critérios de exclusão: os ACS afastados das suas atividades laborais por motivo de férias, licença e/ou doença no período da coleta de dados

Para coleta de dados foi realizada no período de janeiro a março de 2020 e utilizou-se um roteiro de entrevista previamente elaborado com questões abertas para responder ao objetivo da pesquisa.

Após a coleta, os dados passaram pela análise de conteúdo de Minayo, a qual se divide em: i) Pré-análise, que é a fase de escolha dos dados a serem analisados. O (a) pesquisador (a) deve levantar questionamentos sobre as interpretações das etapas, elaborando indicadores no intuito de uma maior compreensão do material e interpretação final; ii) exploração do material, a partir da qual são escolhidas as unidades de classificação e a agregação de categorias; e iii) tratamento dos resultados, que corresponde ao processo de lapidação do material bruto, tornando-os significativos e válidos, proporcionando a conquista de novos conhecimentos e o estabelecimento de relações entre a teoria e a realidade (MINAYO, 2014). Após a análise, emergiram as seguintes categorias: (1) Percepções do ACS sobre VCM, e (2) Percepções do ACS sobre sua atuação frente a VCM.

Essa pesquisa obedeceu aos aspectos éticos das Resoluções 510/2016 e 466/2012 (BRASIL, 2012, 2016) e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Regional do Cariri (URCA) sob número de CAAE 12205319.3.0000.5055.

RESULTADOS

Categoria 1: Percepções dos Agentes Comunitários de Saúde sobre Violência contra mulher

Nessa categoria, percebe-se a compreensão dos ACS sobre VCM, em que a maioria possui uma visão ampliada sobre o conceito e causalidade desse problema, como pode-se constatar a seguir.

“Acho que o homem é muito machista, ele discrimina muito a mulher ele quer sempre ser por cima da mulher” (ACS 3, 2020).

“A mulher sempre foi mais rebaixada, por ser mulher, aí ficou aquela coisa, para o homem mandar nela, por conta disso eles se acharam no direito de ser o dono, de bater, de mandar mas isso n pode ser mais assim no mundo de hoje” (ACS 26, 2020).

“Eu acho que violência contra a mulher nem sempre é com pancadas né? As vezes só com palavras já tá violentando dependendo do seu linguajar você já atinge a mulher por violência” (ACS 9, 2020).

“Eu creio que a psicológica ainda ocorre mais do que a física, que é a aquela camuflada que muitas vezes não tem como as pessoas verem...”. (ACS 17, 2020).

“A própria mulher que está sendo violentada ela desconhece” (ACS 18, 2020).

“É um ato utilizado por sujeitos covardes. Por se acharem superiores, atitudes que vem desde o patriarcado, como forma de opressão psíquica e física a mulher” (ACS 41, 2020)

“Infelizmente ela é biopsicossocial, cada uma com sua sequela, e sua difícil cicatrização, pois deixa dores na alma” (ACS 48, 2020).

“Tudo que faz mal à saúde física e mental” (ACS 61, 2020).

Nessas falas supracitadas, especial destaque deve ser dado ao fato de que os/as participantes relatam a violência ultrapassando a dimensão física, ou seja, eles percebem que a violência também se manifesta através de agressões psicológicas, muitas vezes invisíveis até mesmo para a vítima. Ainda, percebe-se nessas falas, que os ACS associam a causalidade da violência contra a mulher à estruturação social machista, que vem legitimando as desigualdades de gênero. Vislumbra-se também que os/as ACS já reconhecem o impacto que a violência tem na saúde da mulher sobrevivente, destacando-se sequelas não somente físicas, mas também mentais que persistem como marcas na vida da mulher.

Categoria 2: Percepções do ACS sobre sua atuação frente a VCM

Nessa categoria, percebe-se as ações que os participantes do estudo realizam frente a VCM. Sobretudo, em relação ao acolhimento e intervenção, quando se percebem as fragilidades e as potencialidades, como exposto a seguir.

“As vezes é difícil...Pra combater, as vezes fica um pouco complicado por conta daquilo que falei da impunidade” (ACS 5, 2020).

“Aconselharia a fazer denuncia” (ACS 6, 2020).

“Eu encaminharia ela a um setor responsável.” (ACS 9, 2020).

“Preparada nós não somos. Porque isso é uma coisa que não podemos evitar. Podemos dá uma palavra amiga, orientar a pessoa para que ela não venha a ser violentada novamente. E também a denunciar o agressor” (ACS 50, 2020).

No que se refere as fragilidades, percebe-se que os ACS temem sua segurança, e, talvez por isso, revelam que sua atuação volta-se à responsabilização de outros setores e terceirização das responsabilidades do setor saúde, o que demonstra preocupações, tendo em vista que isso isenta o serviço de saúde de atuar frente a violência contra a mulher e suas consequências para a saúde da mulher. É válido destacar que isso também pode justificar-se pela fragilidade na capacitação desses profissionais.

“Primeiro momento orientar a procura do serviço de saúde e depois orientar os equipamentos que dão apoio que tem o Centro de referência da mulher tem o CREAS pra ela tá buscando ajuda e solucionar o seu problema” (ACS 7, 2020).

“Eu como ACS a única atitude é encaminhar ao psf pra ser orientada pela enfermeira ou pela medica” (ACS 25, 2020).

“Eu faria um bom acolhimento para que a pessoa se sinta segura, e em seguida indicaria pessoas preparadas para ouvi-la e tomar uma atitude” (ACS 62, 2020).

Já em relação às potencialidades da atuação do ACS, visualiza-se que os profissionais vislumbram o trabalho em equipe e intersetorial, demonstrando que a mulher em situação de violência pode sim recorrer ao serviço de saúde e ser acolhida. Destaca-se a relevância das tecnologias relacionais para que a mulher se sinta segura.

DISCUSSÃO

A violência contra a mulher é uma realidade ainda atual, mas que tem suas bases causais desde os primórdios do patriarcado que sustenta até hoje o machismo e as desigualdades de gênero, as quais validam a superioridade masculina e a submissão feminina (ALI; NAYLOR, 2013; ADEYEMO; BAMIDELE, 2016).

Os comportamentos de gênero impostos na sociedade são favorecedores de episódios violentos, uma vez que o homem, socializado para manifestar poder, acredita que VCM é permitida e justificada para comprovar sua masculinidade (GRANJA; MEDRADO, 2009; FIGUEROA-PEREA, 2013).

É válido destacar que os comportamentos violentos não dizem respeito somente a agressões físicas propriamente ditas, mas a todas as manifestações que causam algum dano à mulher, seja de ordem física, sexual, psicológica, moral ou patrimonial (BRASIL, 2006), o que justifica a visão ampliada dos ACS frente a VCM, tendo em vista que estão na comunidade rotineiramente criando vínculo com a população e atentando-se a manifestações violentas desde as mais visíveis até as mais invisíveis.

Além disso, mantém contato constante principalmente com as mulheres que são os principais contatos familiares a que tem acesso nas visitas domiciliares, permitindo reconhecer e se certificar da existência de iniquidades e desajustes sociais (MACIAZEKI-GOMES, 2016; NASCIMENTO et al., 2017).

Além disso, é indispensável considerar o ciclo da violência doméstica de Leonora Walker, a qual o dividiu nas seguintes fases: i) fase 1, ou fase de acumulação de tensão, na qual caracteriza-se por incidentes mais simbólicos, como agressões verbais, crise de ciúmes, ameaças, destruição de objetos, xingamentos, crítica constante, humilhação psicológica e agressões físicas leves; ii) fase 2, descrita por incidente grave de espancamento, que leva a danos físicos graves e ocorre sob o pretexto corretivo do agressor de convencer a mulher dos seus possíveis “erros”; e iii) fase 3, denominada comportamento gentil e de arrependimento, ou fase de lua de mel, em que o agressor demonstra arrependimento e adota um comportamento humilde, gentil, amoroso e atencioso (WALKER, 1999).

Esse ciclo de violência doméstica expande a percepção acerca do fenômeno, uma vez que demonstra como a mulher é enredada por violências menos visíveis antes da agressão física propriamente dita, o que é destacado nas falas dos ACS.

Nesse aspecto, Kurtz (2017), expõe que os tipos mais visíveis de violência são as formas física e sexual, enquanto a psicológica e econômica é menos detectável à primeira vista, podendo acabar sendo negligenciadas. Além disso, é digno de nota expor que as vítimas muitas vezes não se reconhecem como tal, posto que a mulher se vê como inferior e o pensamento feminino, na maioria das vezes também anda em consonância com os preceitos machistas e patriarcais, o que a faz naturalizar as condutas abusivas do parceiro (KURTZ, 2017) (BORDIEU, 2014).

Apesar de naturalizar tais condutas, a mulher não isenta-se das repercussões geradas pela violência em sua saúde. Lucena et al., destaca que o índice de qualidade de vida das mulheres que sofreram violência doméstica é menor do que o índice das mulheres que relataram não sofrer violência doméstica (LUCENA et al., 2016).

Além disso, Albuquerque Netto et al. (2014), corroboram com esse estudo ao destacarem consequências físicas e psicológicas, como: as consequências da violência à mulher foram distúrbios do sono, alimentação inadequada, falta de energia, dores pelo corpo, hematomas, escoriações, síndrome do pânico, tristeza, solidão e baixa autoestima (NETTO et al., 2014).

A respeito das fragilidades, destaca-se o medo do agressor e a falta de capacitação. Fato é que ainda não se dispõe de uma política de segurança para os profissionais de saúde (LEITE et al., 2016), o que é preocupante, principalmente ao se considerar o ACS, que é um profissional que está em constante contato com a comunidade, e, geralmente reside na mesma área geográfica de seus pacientes, estando, dessa forma, próximo também ao agressor da mulher, se tornando alvo de possíveis vingança por denúncias.

Assim, embora a aproximação do ACS com a comunidade em que a mulher vive favoreça a criação de vínculo e identificação precoce da situação de violência, também o coloca em uma posição de perigo constante (CRUZ; ESPINDULA; TRINDADE, 2017).

Sobre a falta de capacitação sobre o assunto, esse estudo corrobora com o de Goicoleia et al. (2019) e é válido destacar que a saúde da mulher é, historicamente, limitada aos aspectos biologicistas e reprodutivos, o que impede que os serviços de saúde reconheçam a necessidade em se trabalhar sob a perspectiva social da saúde, englobando, dessa forma a violência (GOICOLEA et al., 2019) (CORDEIRO et al., 2015).

Outro aspecto que denota fragilidade diz respeito ao encaminhamento e sugestão de denúncia imediatos, o que pode sugerir à vítima que a unidade de saúde não é um ambiente para tratar da violência, levando a quebra do vínculo com o profissional (GOMES; ERDMANN, 2014).

Nesse sentido, é importante esclarecer que o encaminhamento tem por objetivo definir limites entre os cuidados prestados na APS e nos outros níveis de atenção. Para tanto o enfermeiro não deve encaminhar a mulher vítima de violência psicológica tão logo identifique, pois ele deve manter um vínculo e conseguir confiança da mesma; assegurando assim, a possibilidade de referência e contrarreferência da vítima (GOMES; ERDMANN, 2014).

Dessa forma, antes de fazer encaminhamentos a outros setores, os componentes da equipe de saúde da família devem se articular, em especial com o ACS, a partir do qual se pode trabalhar as singularidades da mulher e articulando ações em equipe direcionadas a prevenção e manejo da violência psicológica, bem como empoderamento da mulher (GOMES; ERDMANN, 2014; BRASIL, 2011). Assim, ressalta-se a importância do trabalho em equipe, devendo-se orientar o ACS quanto a importância em se aumentar a frequência de visitas a mulher em suspeita de violência, a fim de criar vínculo e mostrar-lhe o sistema de apoio (KISS; SCHRAIBER, 2011)

O estudo de Lira, Silva e Trindade (2012) abordam uma visão empoderada das ações desse profissional, que está atrelada ao rastreamento das formas físicas e das formas não visíveis, que devido o vínculo ACS-comunidade torna-se mais palpável; bem como, o manejo do caso junto à equipe de saúde (LIRA; SILVA; TRINDADE, 2012).

É essencial que os profissionais de saúde possam divulgar o setor saúde como ambiente para o cuidado à vítima, bem como os demais serviços de apoio para os quais a mulher pode ser encaminhada mediante prévio trabalho e decisão em equipe mulher (GOMES; ERDMANN, 2014; BRASIL, 2011), como se destaca nos resultados desse estudo, quando os ACS consideram a orientação sobre a busca da APS antes de encaminhar a outro serviço.

Além disso, com relação a utilização de tecnologias leves/relacionais, a empatia se faz necessária para o profissional compreender, antes de mais nada, os motivos que levam

a mulher a situação de violência e sua permanência nela, considerando os sentimentos e vivências da usuária (VISENTIN et al., 2015). Nesse sentido, a escuta qualificada é um instrumento essencial para obtenção de informações sobre condições de moradia, educação, condições de saúde da mulher e seu núcleo familiar, permitindo a compreensão da mulher além das lesões físicas, o que culmina na identificação de lesões psicológicas também (BRASIL, 2011; GUIMARÃES et al., 2011).

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa traz a compreensão ampliada acerca da VCM, o que é de extrema relevância para a sua identificação e manejo, principalmente quando se considera os ACS que lidam diretamente com as vítimas na comunidade. No entanto, as condutas adotadas apresentam um meio termo de coesão com o que é preconizado, ora apresentando fragilizadas pela impunidade e pela ideia limitante de encaminhamento e denúncia imediata para resolução do problema; ora apresentando potencialidades acerca do uso correto das redes de apoio. Assim, torna-se essencial ações de educação permanente em saúde que se apropriem do conhecimento prévio desses ACS no sentido de potencializá-los para condutas assertivas e eficientes.

REFERÊNCIAS

ADEYEMO, O. O; BAMIDELE I. The Menace of Domestic Violence: Improving the Lives of Women in Nigeria. **African Journal of Legal Studies**, v. 9, n. 3, p. 177-198, 2016.

ALCÂNTARA, P.P.T. et al. Perfil da mulher vítima de violência de gênero: um estudo documental. **Rev. e-ciência**, v. 6, n. 1, p. 11-16, 2018.

ALI, P. A; NAYLOR, P. B. Intimate partner violence: A narrative review of the feminist, social and ecological explanations for its causation. **Aggression and Violent Behavior**, v. 18, n. 6, p. 611-619, 2013.

BORDIEU, P. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014.

BRASIL. *Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha)*. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e dá outras providências. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da*

Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes. Brasília. 2011.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria Nacional de Enfrentamento à **Violência contra as Mulheres Secretaria de Políticas para as Mulheres** □ **Presidência da República**. Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde. 2011.

CERQUEIRA, D. et al. **Atlas de Violência 2020**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Rio de Janeiro. 2020.

CERQUEIRA, D. C. et al. **Atlas da violência 2018**. Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2018.

CORDEIRO, K. C. C. et al. Formação profissional e notificação da violência contra a mulher. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 29, n. 3, p. 209-217, 2015.

CRUZ, S. T. M.; ESPINDULA, D. H. P.; TRINDADE, Z. A. Violência de Gênero e seus Autores: Representações dos Profissionais de Saúde. **Psico-USF**, v. 22, n. 3, p. 555-567, 2017.

FIGUEROA-PEREA, J. G. Algunas reflexiones sobre el estudio de los hombres desde el feminismo y desde los derechos humanos. **Estudios Feministas**, v.21, n.1, p. 371-393, 2013.

FONTANA, R. T. Humanização no processo de trabalho em enfermagem: uma reflexão. **Rev RENE**, v. 11, n. 1, p. 200-7, 2010.

GOICOLEA I. et al. Why do certain primary health care teams respond better to intimate partner violence than others? A multiple case study. **Gac. Sanit.**, v. 33, n. 2, p. 169-176, 2019.

GOMES, N. P.; ERDMANN, A. L. Violência conjugal na perspectiva de profissionais da “Estratégia Saúde da Família”: problema de saúde pública e a necessidade do cuidado à mulher. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 1, 2014.

GRANJA, E.; MEDRADO, B. Homens, violência de gênero e atenção integral em saúde. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, n. 1, p. 25-34, 2009.

GUIMARÃES, A. R. C. et al. Serviço de atendimento especializado a mulheres em situação de violência no Pará. **Revi Nufen**, v. 1, n. 2, p. 25-38, 2011.

KISS, L. B.; SCHRAIBER, L. B. Temas médicos sociais e a intervenção em saúde: a violência contra as mulheres no discurso dos profissionais. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1943-52, 2011.

KURTZ, G. B. Manifestações de violência simbólica contra a mulher nos videogames: uma revisão bibliográfica. **Rev Metamorfose**, v. 2, n. 1, p. 90-109, 2017.

Leite, J. S. et al. Enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes na

- perspectiva de enfermeiros da atenção básica. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 37, n. 2, 2016.
- LIRA, C. E. P.; SILVA, P. P. C.; TRINDADE, R. F. C. Conduta dos agentes comunitários de saúde diante de casos de violência familiar. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 14, n. 4, p. 928-36, 2012.
- LUCENA, K. D. T. et al. Analysis of the cycle of domestic violence against women. **J Hum Growth Dev.**, v. 26, n. 2, p.139-46, 2016.
- MACIAZEKI-GOMES, R. C. et al. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1637-1646, 2016.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14^a ed. **Editora Hucitec**. São Paulo, 2014.
- NASCIMENTO, V. F. et al. Percepção de agentes comunitários de saúde sobre visita domiciliária após aperfeiçoamento em saúde da família. **Rev. APS**, v. 20, n. 3, p. 392-402, 2017.
- NASCIMENTO, V. F. et al. Dificuldades apontadas pelo agente comunitário de saúde na realização do seu trabalho. **Saúde (Santa Maria)**, v. 43, n. 1, p. 60-69, 2017.
- NETTO, L. A. et al. Violência contra a mulher e suas consequências. **Acta paul. enferm.**, v. 27, n. 5, p. 458-464, 2014.
- SIGNORELLI, M. C.; AUAD, D.; PEREIRA, P. P. G. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 1230-1240, 2013.
- VISENTIN, F. et al. Women's primary care nursing in situations of gender violence. **Invest Educ Enferm.**, v. 33, n. 3, p. 556-564, 2015.
- WALKER, L. *The Battered Woman Syndrome*. New York: Harper and Row; 1999.

ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO ATENDIMENTO A MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA

Patrícia Pereira Tavares de Alcantara¹;

Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/7221408382609260>

Patrícia Alves de Andrade²;

Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/5103101156325885>

Rachel Cardoso de Almeida³;

Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/4751940320620197>

Maria Regilânia Lopes Moreira⁴;

Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/1913355108075101>

Francisca Evangelista Alves Feitosa⁵;

Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/6473337304124878>

Mariana Andrade de Freitas⁶;

Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/8447284915854382>

Estefani Alves Melo⁷;

Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/1942432920576503>

Maria Anelice de Lima⁸.

Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/0866017086984290>

RESUMO: A violência contra a mulher é um problema de saúde pública que merece atenção dentro da Estratégia Saúde da Família, haja vista seu caráter de porta de entrada do Sistema Único de Saúde. Diante disso, objetivou-se conhecer a atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família frente o atendimento das mulheres vítimas de violência doméstica. Para tanto, tem-se como método um estudo descritivo e qualitativo, realizado em uma Estratégia de Saúde da Família do interior Cearense com 8 profissionais da referida unidade de saúde. Foram aplicados um questionário sociodemográfico e um roteiro de entrevista semi-estruturada com questões acerca da atuação dos profissionais frente a violência contra a mulher. Os dados foram analisados conforme o referencial de análise categorial de Minayo. Foram obedecidas as medidas preventivas com relação ao coronavírus, bem como, os preceitos éticos das resoluções 466/2012 e 510/2016. Os dados geraram as seguintes categorias temáticas: i) Experiências frente casos de violência doméstica contra a mulher e ii) Percepções acerca das capacitações sobre violência doméstica contra a mulher. As principais fragilidades estão ligadas ao medo tanto da vítima quanto do profissional e a potencialidade que mais se destaca se relaciona ao vínculo criado com a mulher. Compreende-se que ações de capacitação sobre o assunto são indispensáveis para potencializar a uma assistência eficaz a mulher em situação de violência.

PALAVRAS-CHAVE: Violência contra a mulher; Atenção Primária a Saúde; Interdisciplinaridade.

PERFORMANCE OF FAMILY HEALTH STRATEGY PROFESSIONALS IN CARE FOR WOMEN VICTIMS OF VIOLENCE

ABSTRACT: Violence against women is a public health problem that deserves attention within the Family Health Strategy, given its character as a gateway to the Unified Health System. In view of this, the objective was to know the performance of the professionals of the Family Health Strategy in the care of women victims of domestic violence. For this purpose, a descriptive and qualitative study is used as a method, carried out in a Family Health Strategy in the interior of Ceará with 8 professionals from the aforementioned health unit. A sociodemographic questionnaire and a semi-structured interview script were applied with questions about the work of professionals in the face of violence against women. Data were analyzed according to Minayo's categorical analysis framework. Preventive measures regarding the coronavirus were followed, as well as the ethical precepts of resolutions 466/2012 and 510/2016. The data generated the following thematic categories: i) Experiences in cases of domestic violence against women and ii) Perceptions about training on domestic violence against women. The main weaknesses are linked to the fear of both the victim and the professional and the potential that stands out the most is related to the bond created with the woman. It is understood that training actions on the subject are essential to enhance effective assistance to women in situations of violence.

KEY-WORDS: Violence against women; Primary Health Care; Interdisciplinarity.

INTRODUÇÃO

A Violência Doméstica Contra a Mulher (VDCM) é um problema de saúde pública, que se faz presente mundialmente e possui sua causalidade inserida na problemática das diferenças de gênero (SOUZA; REZENDE, 2018). Estas diferenças são fruto de uma cultura patriarcal, que coloca o homem como o centro do poder e, em contrapartida, resume a mulher à submissão a uma figura masculina, seja pai, avô ou marido (ALI; NAYLOR, 2013).

Após anos de lutas travadas especialmente a partir dos anos 70 pelo movimento feminista, a violência doméstica, que até então era naturalizada no seio social, passou a ganhar destaque, ainda que aos poucos (OLIVEIRA, 2017). E, somente em 2006, houve a promulgação da Lei Nº 11.340/2006, baseada no caso de tentativa de homicídio de Maria da Penha Maia Fernandes, a qual inspira o nome popular da referida Lei como “Lei Maria da Penha” (COIMBRA; RICCIARDI; LEVY, 2018).

Nesse sentido, a Lei Maria da Penha (LMP) cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, tipificando as formas de violência em: violência física, violência psicológica, violência sexual, violência moral e violência patrimonial. Com base na tipificação dessa Lei, é necessário refletir que a violência doméstica não se limita apenas à violência física, mas compreende diversas formas que não são tão visíveis quanto esta, podendo assim corroborar com a invisibilização do fenômeno (BRASIL, 2006; KURTZ, 2017).

Percebe-se que, mesmo após a implementação da LMP, os dados sobre violência letal contra a mulher não diminuíram significativamente (GARCIA; FREITAS; HOFELMAN, 2013) o que leva a refletir sobre o papel desse elemento jurídico na visibilidade dos casos de violência doméstica contra a mulher. Apesar disso, é importante destacar que a Lei impulsionou o estímulo a maior visibilização dos dados sobre o fenômeno, tão invisível para a sociedade (CARNEIRO; FRAGA, 2012).

Nesse contexto, destacam-se os dados do Brasil provenientes da Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180, em que o número de atendimentos telefônicos passou de 749.024 (em 2015), para 1.314.113 (em 2019). Deste quantitativo, ocorreram 85.412 denúncias de violações contra mulheres e 629.585 repasses de informações, sendo a maioria (189.545) sobre violência doméstica e familiar, demonstrando um cenário preocupante de ascensão das estatísticas de violência contra a mulher entre 2015 e 2019 (BRASIL, 2020).

Tendo em vista a epidemiologia da VDCM, outro marco importante é a formulação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher (PNEVCM), que visa a estabelecer o conceito, princípios e diretrizes de prevenção e combate à violência contra a mulher e ações, bem como atender e garantir os direitos das mulheres em situação de

violência, de acordo com as normas e instrumentos internacionais de direitos humanos (BRASIL, 2011).

A referida política ainda prevê a criação da Rede de Enfrentamento à Violência contra a Mulher, formada por serviços intersetoriais da justiça, segurança pública, educação, saúde, assistência social e sociedade em geral (por meio de Organizações Não-Governamentais e movimentos feministas). Dentro dessa rede, os serviços de saúde merecem destaque, uma vez que a violência traz repercussões físicas e mentais para a saúde da mulher em situação de violência (LUTGENDORF, 2019).

Entre os serviços de saúde, é válido destacar a Atenção Primária à Saúde, que se constitui como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e é efetivada no Brasil através da Estratégia Saúde da Família (ESF) (PORTELA, 2017).

Além de efetivar o primeiro contato da população com os serviços de saúde, a ESF opera suas ações a partir do conceito ampliado de saúde, para o qual a saúde é frutuosos determinantes sociais, bem como, por meio dos preceitos da promoção da saúde. Tendo em vista que a violência contra a mulher possui sua base em um problema social, a ESF possui grande destaque em seu enfrentamento (DIAS *et al.*, 2018).

Apesar da importância da ESF e das diversas ações que os profissionais devem desempenhar, é válido destacar que os profissionais de saúde que nela trabalham apresentam dificuldades para promover uma assistência integral à mulher em situação de violência, o que pode se justificar pelos processos formativos, em sua maioria, limitarem a saúde da mulher ao aspecto reprodutivo, biologicista e curativista, impedindo reflexões no contexto de problemas sociais (SALCEDO- BARRIENTOS *et al.*, 2014; CORDEIRO *et al.*, 2015).

Além disso, outra problemática que ainda impera na ESF é a falta de segurança e o medo de retaliação pelo parceiro, que coloca em risco não somente a mulher como também o profissional, caso o sigilo seja quebrado. Dessa forma, por temer se expor a riscos a integridade física e mental, assim como por temer uma maior vulnerabilidade para a mulher, muitos profissionais se abstêm de investigar mais a fundo os sinais de violência ou de realizar a notificação compulsória quando da suspeita ou confirmação (ACOSTA *et al.*, 2017).

Diante do exposto, emergem as seguintes questões norteadoras do estudo: Quais as experiências na atuação dos profissionais de saúde frente a problemática? Esses profissionais se sentem preparados para atuar na assistência dessas mulheres?

Justifica-se a realização dessa pesquisa pelo interesse em contribuir para a visibilização da problemática da violência doméstica, com vistas a suscitar reflexões na sociedade em geral, em especial os profissionais de saúde e, dessa forma, desempenhar uma ação de sororidade para apoiar outras mulheres. Bem como, pela necessidade de evidenciar ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde que facilitem ou dificultem

a detecção, acolhimento, intervenção, notificação e encorajamento no empoderamento da mulher em situação de violência. Além disso, essa temática encontra-se na agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde, no eixo referente a saúde da mulher (BRASIL, 2018).

A partir dessas evidências, poder-se-á visualizar a relevância do estudo para a dimensão prática e social, em que a identificação de potencialidades e dificuldades na atuação profissional da ESF poderá suscitar para a elaboração de políticas públicas locais, regionais e nacionais que visem a otimizar as potencialidades e sanar as dificuldades e, dessa forma, contribuir para a melhoria da promoção da saúde da mulher.

Para responder os presentes questionamentos tem-se como objetivo conhecer as experiências enfrentadas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família diante do atendimento das mulheres vítimas de violência doméstica.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. A pesquisa descritiva se ocupa em observar, registrar, analisar e ordenar dados, sem manipulá-los, ou seja, o pesquisador não interfere nos dados obtidos (PODRANOV; FREITAS, 2013).

No que se refere à abordagem qualitativa, esta permite compreender o significado, individual ou coletivo de um determinado fenômeno na vida das pessoas (TURATO, 2005).

A pesquisa foi desenvolvida em uma Unidade Básica de Saúde no município de Iguatu – Ceará, que se localiza na região Centro Sul do estado do Ceará, com aproximadamente 365 km de distância da capital Fortaleza. O município possui uma média de 102.614 habitantes, sendo município polo da 18ª Região de Saúde do estado (IBGE, 2016). O referido município possui 30 Estratégias de Saúde da Família, distribuídas entre zona rural (12 unidades) e urbana (18 unidades).

A coleta de dados foi realizada nos meses de setembro e outubro de 2021.

Os participantes da pesquisa foram oito profissionais que integram a equipe mínima da Estratégia Saúde da Família, sendo eles: 1 atendente de consultório, 1 auxiliar de serviços gerais, 1 auxiliar de saúde bucal, 1 enfermeira, 1 dentista e 3 Agentes Comunitários de Saúde.

Foram incluídos os profissionais que possuam ao menos seis meses de atuação na ESF escolhida, visto que este critério de limitação temporal mínima evidencia a possibilidade de formação de vínculo com as mulheres em situação de violência doméstica. Foram excluídos os profissionais afastados das suas atividades laborais por motivo de férias, licença e/ou doença no período da coleta de dados.

Para coleta foram adotadas todas as medidas de biossegurança contra a COVID-19, com o uso de equipamento de proteção individual (EPI) como máscara, *face shields*, gorro, avental, álcool em gel, que serão custeados pelo pesquisador, além de manter o distanciamento mínimo de 2 metros (GARCIA *et al.*, 2020).

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados, uma entrevista sociodemográfica para caracterizar os participantes e um roteiro de entrevista semi-estruturado, previamente elaborado com questões abertas sobre a percepção dos profissionais acerca violência doméstica contra a mulher.

Os dados dessa pesquisa foram analisados com base na Análise Categorical Temática, a qual se divide em: i) pré-análise, ii) exploração do material e iii) tratamento dos resultados (MINAYO, 2014).

Essa pesquisa obedeceu aos aspectos éticos das Resoluções 510/2016 e 466/2012 (BRASIL, 2012, 2016) e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Regional do Cariri (URCA) sob número de parecer 4.964.456.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Após análise dos discursos emergiram nas seguintes categorias temáticas: Experiências frente casos de violência doméstica contra a mulher e Percepções acerca das capacitações sobre violência doméstica contra a mulher.

Experiências frente casos de violência doméstica contra a mulher

Em relação a experiência profissional com mulheres em situação de violência doméstica, mediante os relatos infere-se que os profissionais são mais discretos, fazendo generalizações dos casos. não detalhando muito a respeito dos casos que já atenderam, se detendo a generalizações. Além disso, nota-se uma fragilidade em relação a culpabilização da vítima em permanecer na relação ou não verbalizar sobre sua situação para os profissionais, como se observa a seguir.

“(...) então a violência domestica vem aumentando a cada dia a gente vê ai muitos casos e eu já tenho gente que eu conheço que já faz parte desse grupo, mas a pessoas ter a consciência e tentar sair né, porque a gente só fica até o dia que quer, mas realmente tem gente que tem medo por conta que ameaça” (AMARILIS, 2021).

“Assim de eu já ter sido procurada não, mas eu já passei por isso na área sabia que a pessoa sofria agressão, principalmente física, só dela me procurar não... Elas procuram a unidade de saúde para tratar do machucado, mas em nenhum momento ela revela realmente o que foi” (PEÔNIA, 2021).

Frente ao exposto pelos participantes, vale refletir que os discursos se aproximam do imaginário popular de culpabilização da mulher. No entanto, é importante lembrar que a mulher em situação de violência encontra-se encarcerada pelas promessas de mudança típicas da fase de lua de mel (fase pertencente ao ciclo evidenciado na violência contra a mulher). Além disso, geralmente, essas situações de violência são permeadas pelo medo, tanto de perder o companheiro, quanto o medo decorrente de ameaças, sendo fortemente influenciados pela dependência emocional (BARRETO, 2018, p. 150; CALLOU; MAGALHÃES; ALBUQUERQUE, 2021).

Nesse sentido, é importante que os profissionais de saúde ampliem seu olhar para além dos sintomas físicos, uma vez que o seu trabalho não consiste somente no tratamento de sintomas, mas permeia o acolhimento humanizado com criação de vínculo que permita confiança a mulher e, desta forma, a esta possa se sentir segura para relatar a situação de violência (SOUZA; REZENDE, 2018; ARBOIT; PADOIN; VIEIRA, 2020).

Os profissionais entrevistados relataram fragilidades acerca desse enfrentamento. Nota-se um enfoque ao medo de represálias pelo parceiro agressor, especialmente por se tratar de um ambiente perigoso, com exposição a drogas. Há que se destacar também como fragilidades referentes a indistinção entre notificação compulsória e denúncia, além de limitação da assistência relacionada ao encarceramento do agressor, levando a negligência frente a outros aspectos de saúde da vítima, como se observa nos trechos que seguem.

“[...] o profissional de saúde também fica numa situação difícil, porque não é fácil nem pra pessoa por ela sofrer ameaça e há possibilidade de o profissional também sofrer ameaça em caso de denúncia” (LIRIO, 2021).

“[...] a gente mora num bairro muito vulnerável um bairro que tem alto índice de criminalidade porque ta todo dia aqui trabalho... e a vítima é... também tem a questão do medo, muitas são submissas, tem medo pela família, muitas tem filho pequeno aí tem medo de chegar a precisar abandonar os filhos” (ROSA, 2021).

É sabido que mesmo após o fim do relacionamento, as mulheres sofrem grandes ameaças dos ex-companheiros, o que antecede, muitas vezes, a tentativa ou concretização do feminicídio, levando ao receio da mulher de relatar suas vivências. Assim como as mulheres em situação de violência, os profissionais de saúde que lhes presta atendimento, também estão suscetíveis a essas ameaças, especialmente mediante a falta de segurança e a impunidade ainda presente, o que gera medo nos profissionais especialmente quando a área de atendimento já demonstra sinais de perigo, conforme relatados acima (MENEGHEL; PORTELLA, 2017).

Mesmo com a impunidade, é importante deixar claro que é dever do profissional de saúde realizar a notificação compulsória da situação de violência, seja ela suspeita ou confirmada. No entanto, percebe-se uma certa confusão entre a notificação compulsória e a denúncia, causando barreiras ainda maiores, devido o medo de represálias (CÁSSIA; LEITE, 2019). Aliado a isso, com a atual Lei 13.931/2019 que altera a Lei 10.778/2003,

trazendo a obrigatoriedade da comunicação da violência à autoridade policial no prazo de 24 horas, pode refletir em um maior receio em notificar, já que, necessariamente envolverá a polícia (BRASIL, 2019), correndo o risco de quebrar o vínculo com a mulher, que na maioria das vezes não quer denunciar (ARBOIT; PADOIN; VIEIRA, 2020).

Os profissionais apontam potencialidades, estas se manifestam através de estratégias e/ou ações desenvolvidas frente as situações de violência doméstica exposta pelos profissionais, destacando-se como positivas, a escuta qualificada e o envolvimento da equipe multiprofissional.

“A gente sempre se coloca no lugar de escuta, para ouvir as queixas, ouvir o que ela ta passando, o que ela ta sentindo, mas normalmente eu faço um encaminhamento para um profissional da assistência social, da psicologia” (LÍRIO, 2021).

“Eu acho assim, por exemplo, se a mulher chega na unidade e a gente notar que ela foi agredida ou as vezes ate relatam, a gente devia falar com a enfermeira e a enfermeira fazer um atendimento mais específico, encaminhar essa mulher para ser acompanhada pelo psicólogo mas eu acho que não tem essa rede de apoio” (GIRASSOL, 2021).

Nessas falas, percebe-se a importância da implementação de tecnologias leves, que permitam a criação de vínculo, promovam um acolhimento humanizado e facilitem o resgate da autoestima da mulher, uma vez que a mulher em situação de violência, na maioria das vezes, apresenta baixa auto-estima, o que a faz permanecer na relação abusiva por muito mais tempo. Além disso, é importante os profissionais trabalharem com a escuta qualificada, atentando-se também aos sinais que não estão visíveis na pele, tampouco, são verbalizados (ARBOIT *et al.*, 2018; NETTO *et al.*, 2018; ARBOIT; VIEIRA; PADOIN, 2020).

Assim vale ressaltar como o trabalho frente a violência contra a mulher se torna potencializado quando realizado de forma multiprofissional e interprofissional, como previsto na Política Nacional de Enfrentamento a violência contra a Mulher, a qual discute o fenômeno da violência a partir de uma análise social e ampliada, trazendo medidas de enfrentamento também complexas que não se resumem a ações isoladas ou responsabiliza apenas o setor da justiça (BRASIL, 2011).

Percepções acerca da preparação e capacitação para atender a mulher em situação de violência doméstica

Nessa categoria, nota-se uma dualidade em que ora os profissionais admitem a falta de preparo e ora expressam potencialidades favoráveis ao atendimento da mulher em situação de violência (como no caso do acolhimento).

“Eu não to preparada, a gente sabe que a qualquer momento pode abrir nossa porta uma mulher que sofreu esse tipo de coisa e ai assim realmente eu não me sinto preparada para lidar, como eu lhe disse a gente tem que fazer uma escuta, mas assim dá um encaminhamento” (LÍRIO, 2021).

Devido a violência doméstica ser um problema de origem social, é comum que a literatura evidencie um certo despreparo dos profissionais de saúde frente ao atendimento da vítima, uma vez que muitos ainda são formados sob uma perspectiva biologicista, o que os faz centralizar sua assistência na doença e não nos aspectos psicossociais (ESMERALDO *et al.*, 2017; NASCIMENTO *et al.*, 2019).

Em relação as capacitações sobre o assunto, percebe-se que quando são realizadas, se associam a entidades como igrejas e não ao serviço de saúde. Apesar disso, destaca-se o reconhecimento da importância das capacitações de forma ampliada e interdisciplinar, que envolva todos as pessoas e profissionais que terão contato com a mulher desde a sua chegada na unidade de saúde.

“Eu acho que não é só o profissional que atende que deve ser capacitado não, mas toda uma equipe. Desde a porta de entrada da unidade de saúde, desde o porteiro, o atendente, todas as pessoas que estão dentro da unidade de saúde, precisam ser preparadas e estar atentas a alguns sinais que essas mulheres dizem ou deixam escapar” (LÍRIO, 2021).

“Sim da minha igreja todo ano a gente faz um projeto “quebrado o silêncio” no mês de agosto a gente faz uma passeata na rua e fala da agressão contra a mulher, o idoso, o abuso a criança, porque as vezes pode acontecer ali mesmo dentro da igreja, da comunidade e a pessoa não sente força né” (CAMÉLIA, 2021).

Em relação as capacitações, o estudo de Marinho e Gonçalves (2016) traz que as capacitações sobre violência contra a mulher são escassas, tanto durante a graduação, quanto após a formação inicial. Quando raramente ocorre uma capacitação, esta geralmente ocorre de forma fragmentada com palestras esporádicas. No entanto, se reconhece que a união entre teoria e a prática profissional são essenciais mediante um problema tão complexo, o que reflete a necessidade de capacitações ampliadas que sejam inseridas desde a graduação e transcendam também a educação permanente (MARINHO e GONÇALVES, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais demonstraram uma compreensão ampliada acerca da violência doméstica contra a mulher. Associam as experiências ao medo de ameaças tanto da mulher quanto dos profissionais. Quando se refere a mulher, muitas vezes a mesma não verbaliza sua situação de sofrimento com receio de os profissionais denunciarem o companheiro e o mesmo se cumprir com possíveis ameaças. E em relação aos profissionais, nota-se que o medo se relaciona principalmente ao fato de a área de atendimento já se configurar como violenta.

Verificou-se potencialidades através das ações executadas frente as mulheres em situação de violência, predominou o discurso de um atendimento pautado na criação de vínculo. Apesar disso, é válido destacar que os profissionais relataram não terem sido

capacitados sobre o assunto, o que reflete a sugestão para estudos vindouros, de pesquisa-ação, que possam implementar ações educativas para profissionais de saúde a respeito da violência de gênero, fomentando evidências que reforcem a precisão de ações como essas.

Como limitações da pesquisa, destaca-se a resistência dos profissionais em falar sobre o assunto mesmo após os devidos esclarecimentos sobre a ética na pesquisa, bem como, a baixa disponibilidade mediante a alta carga de trabalho na Atenção básica. Além disso, destaca-se a pandemia como uma fragilidade, devido ao incômodo dos profissionais em relação à máscara, já que teriam que falar sobre um assunto que requeria aprofundamento, tornando-se cansativo.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, D. F. *et al.* Aspectos éticos e legais no cuidado de enfermagem as vítimas de violência doméstica. **Texto Contexto Enferm.**, v. 26, n. 3, p. 1-9, 2017.

ALI, P. A.; NAYLOR, P. B. Intimate partner violence: A narrative review of the feminist, social and ecological explanations for its causation. **Aggression and Violent Behavior**, v. 18, n. 6, p. 611-619, 2013.

ARBOIT, J.; PADOIN, S. M. S.; VIEIRA, L. B. Violence against women in primary healthcare: Potentialities and limitations to identification. **Atencion primaria**, v. 52, n. 1, p. 14-21, 2020.

BARRETTO, R. S. Relacionamentos abusivos: uma discussão dos entraves ao ponto final. **Revista Gênero**, v. 18, n. 2, 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016.** Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília: Diário Oficial da União, 2016.

BRASIL. **Lei 13.931 de 10 de dezembro de 2019.** Altera a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, para dispor sobre a notificação compulsória dos casos de suspeita de violência contra a mulher. 2019.

BRASIL. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha).** Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e dá outras providências. Brasília,

2006.

BRASIL. **Ministério da mulher, da família e dos direitos humanos**. Balanço anual: ligue 180. 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. **Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres Secretaria de Políticas para as Mulheres** – Presidência da República. Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CALLOU, R. C. M.; MAGALHÃES, B. C.; ALBUQUERQUE, G. A. Violência doméstica: construções, repercussões e manutenção. **Revista Saúde. com**, v. 17, n. 2, 2021.

CARNEIRO, A. C.; FRAGA, C. K. A Lei Maria da Penha e a proteção legal à mulher vítima em São Borja no Rio Grande do Sul: da violência denunciada à violência silenciada. **Serv. soc. soc**, p. 369-397, 2012.

COIMBRA, J. C; RICCIARDI, U.; LEVY, L. Lei Maria da Penha, equipe multidisciplinar e medidas protetivas. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 70, n. 2, p. 158-172, 2018.

CORDEIRO, K. C. C. *et al.* Formação profissional e notificação da violência contra a mulher. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 29, n. 3, p. 209-217, 2015.

DE CÁSSIA L. A.; FONTANELLA, B. J. B. Violência doméstica contra a mulher e os profissionais da APS: predisposição para abordagem e dificuldades com a notificação. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 2059, 2019.

DIAS, M. S. A. *et al.* Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.1,p.103-114, 2018.

ESMERALDO, G. R. O. V. *et al.* Tensão entre modelo biomédico e estratégia saúde da família: percepções dos trabalhadores de saúde. **Revista de APS**, v. 20, n. 1, 2017.

FRANCO, D. A.; MAGALHÃES, A. S.; FÉRES-CARNEIRO, T. Violência doméstica e rompimento conjugal: repercussões do litígio na família. **Pensando famílias**, v. 22, n.2, p. 154-171, 2018.

GARCIA, G. P. A. *et al.* Utilização de equipamentos de proteção individual para atendimento de pacientes com covid-19: revisão de escopo. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, 2021.

IBGE. **Censo demográfico 2010**. Características gerais da população. Resultados da amostra. IBGE, 2016.

KURTZ, G. B. Manifestações de violência simbólica contra a mulher nos videogames: uma revisão bibliográfica. **Rev Metamorfose**, v. 2, n.1, 90-109, 2017.

MARINHO, P. A. S.; GONÇALVES, H. S. As práticas dos profissionais de saúde em relação

à violência de gênero em uma maternidade no Rio de Janeiro. **HU Revista**, v. 42, n. 2, 2016.

MENEGHEL, S. N.; PORTELLA, A. P. Feminicídios: conceitos, tipos e cenários. **Ciência & saúde coletiva**, v. 22, p. 3077-3086, 2017.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14^a ed. Editora Hucitec. São Paulo, 2014.

NASCIMENTO, V. F. *et al.* Desafios no atendimento aos casos de violência doméstica contra a mulher em um município Matogrossense. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 23, n. 1, 2019.

NETTO, L. A. *et al.* Atuação da Enfermagem na conservação da saúde de mulheres em situação de violência. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 22, p. 1-8, 2018.

OLIVEIRA, T. G. Feministas ressignificando o direito: desafios para aprovação da Lei Maria da Penha. **Revista Direito e Práxis**, v. 8, n. 1, p. 616-650, 2017.

PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, p. 255-276, 2017.

PRODANOV, C. C.; Freitas, E. C. **Metodologia do trabalho Científico**: Métodos e Técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico, 2^a ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

SALCEDO-BARRIENTOS, D.M. *et al.* Violência doméstica e enfermagem: da percepção do fenômeno à realidade cotidiana. **Avanc Enferm.**, v.29, n.2, p.353-62, 2011.

SOUZA, T. M. C.; REZENDE, F. F. Violência contra mulher: concepções e práticas de profissionais de serviços públicos. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v. 9, n.2, p. 21-38, 2018.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.3, p.507-514, 2005.

COVID-19 EM ADOLESCENTES: CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DOS CASOS CONFIRMADOS NO NORDESTE DO BRASIL

Brena Shellem Bessa de Oliveira¹;

Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, Ceará.

<https://orcid.org/0000-0001-6142-1421>

Ires Lopes Custódio²;

Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, Ceará.

<https://orcid.org/0000-0003-4741-3091>

Francisca Elisângela Teixeira Lima³;

Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, Ceará.

<https://orcid.org/0000-0002-7543-6947>

Sabrina de Sousa Gurgel Florencio⁴;

<https://orcid.org/0000-0002-2180-5946>

Glaubervania Alves Lima⁵;

Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, Ceará.

<https://orcid.org/0000-0001-7210-4368>

Kirley Kethellen Batista Mesquita⁶;

Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, Ceará.

<https://orcid.org/0000-0002-6459-3656>

Ana Barbosa Rodrigues⁷;

Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, Ceará.

<https://orcid.org/0000-0001-9670-3349>

Patricia Neyva da Costa Pinheiro⁸

Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, Ceará.

<https://orcid.org/0000-0001-7022-8391>

RESUMO: Introdução: A Coronavírus disease (COVID-19) é um problema de saúde pública que tem afetado a saúde de adolescentes mundialmente. **Objetivo:** analisar as características demográficas e clínicas de casos confirmados de COVID-19 em adolescentes no Nordeste brasileiro. **Método:** Estudo transversal, realizado com 226.896 registros de casos confirmados de COVID-19 em adolescentes na região do Nordeste brasileiro registrados no período de março de 2020 até 10 de agosto de 2021 no sistema e-SUS Notifica. A análise foi descritiva por Statistical Package for the Social Sciences 20.0. **Resultados:** A maioria dos adolescentes diagnosticados com COVID-19 no Nordeste brasileiro era do sexo feminino (N=125.143; 55,15%), com média de idade de 15,5 anos (DP±2,80) e residia no interior de seus respectivos estados (N=188.997; 83,30%). O estado com maior número de casos foi Bahia (N=61.681; 27,18%). Predominou como sintoma a febre (N=94.385; 20,18%); como morbidade as doenças respiratórias (N= 3.443; 1,52%) e como desfecho a cura (N=139.815; 87,93%). **Conclusão:** Concluiu-se que entre os adolescentes investigados prevaleceram sintomas leves da doença e desfechos benignos, demonstrando que a COVID-19 tende a se manifestar de maneira menos agressiva neste público.

PALAVRAS-CHAVE: Infecções por Coronavirus. Adolescente. Dados Demográficos.

COVID-19 IN ADOLESCENTS: DEMOGRAPHIC AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF CONFIRMED CASES IN NORTHEAST BRAZIL

ABSTRACT: Introduction: Coronavirus disease (COVID-19) is a public health problem that has affected the health of adolescents worldwide. **Methods:** To analyze the demographic and clinical characteristics of confirmed cases of COVID-19 in adolescents in Northeast Brazil. Cross-sectional study carried out with 226,896 records of confirmed cases of COVID-19 in adolescents in the Northeast region of Brazil registered from March 2020 to August 10, 2021 in the e-SUS Notifica system. The analysis was descriptive by Statistical Package for the Social Sciences 20.0. **Results:** Among the adolescents diagnosed with COVID-19 in Northeastern Brazil, the majority were female (N=125,143; 55.15%), with a mean age of 15.5 years (SD ± 2.80) and resided in rural areas (N=188,997; 83.30%). The state with the highest number of cases was Bahia (N=61,681; 27.18%). The most frequent symptom was fever (N=94,385; 20.18%) and the most prevalent morbidity was respiratory diseases (N= 3,433; 1,52%). The most frequent outcome was healing (N=139,815; 87.93%). **Conclusion:** It was concluded that among the investigated adolescents, mild symptoms of the disease and benign outcomes prevailed, demonstrating that COVID-19 can be less aggressive in this public.

KEY-WORDS: Coronavirus Infections. Adolescent. Demographic Data.

INTRODUÇÃO

A Coronavírus disease (COVID-19), causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), surgiu na China em dezembro de 2019 por meio de uma infecção zoonótica responsável por causar a Síndrome Respiratória Aguda Grave (ZHU *et al.*, 2020). Essa patologia iniciou em dezembro de 2019 restrita à cidade de Wuhan, na China. No entanto, com o passar do tempo ela se disseminou por diversos países e continentes, ganhando status de pandemia pela Organização Mundial da Saúde no dia 11 de março de 2020 (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2021a).

Até o dia 20 de setembro de 2021 foram confirmados no mundo 228.206.384 casos de COVID-19, dos quais 4.687.066 evoluíram para o óbito. Em todos os continentes há casos da doença e a Região das Américas se destaca por possuir o maior número de casos (N= 88.053.862; 38,58%) e óbitos (N= 2.172.973; 46,36%) quando comparada às demais regiões (WHO, 2021a). No Brasil, até o dia 19 de setembro de 2021, foram contabilizadas 21.239.783 casos confirmados de COVID-19 e 590.752 mortes. No que tange as regiões brasileiras, a Região Nordeste apresenta o segundo maior número de casos (4.775.933) e óbitos (116.411), ficando atrás somente da Região Sudeste que possui 8.307.644 casos e 279.504 mortes (BRASIL, 2021).

A COVID-19 consiste em uma patologia que pode afetar os diversos grupos etários existentes e relatórios atuais têm demonstrado que toda a população global pode ser suscetível à essa infecção. No entanto, existem alguns grupos que têm apresentado maior risco de desenvolvimento de doença grave, tais como idosos, pessoas com doenças respiratórias, cardíacas, imunossupressoras, diabetes mellitus, tabagistas, dentre outros (NICOLA *et al.*, 2020; SANTANA *et al.*, 2020).

Os adolescentes não estão inclusos no grupo de risco, visto que a COVID-19 é menos prevalente e tem mostrado ser inferiormente agressiva com desencadeamento de sintomas mais leves nesta população quando comparada às demais (ZIMMERMANN; CURTIS, 2020). Todavia, casos graves e óbitos também já foram descritos em adolescentes (CRUZ NETO *et al.*, 2021).

Em virtude disso, a COVID-19 passou a integrar o panorama de saúde infantil, com potencial de ocasionar sérios impactos, principalmente, em países em desenvolvimento. Assim, no Brasil e demais países latinos, a doença pode apresentar um efeito muito mais negativo do que já foi referido em nações desenvolvidas (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ, 2020a).

Corroborando com tais afirmações, pesquisas têm revelado que a pandemia da COVID-19 se apresenta mais letal em regiões em que se encontram os estados mais pobres do Brasil, como os da região Nordeste (KERR *et al.*, 2020). Enfatiza-se que o número de mortes entre crianças e adolescentes no Brasil é maior do que em outros países atingidos pela COVID-19 e especialistas apontam a pobreza como fator de risco para principais comorbidades desta população, citando ainda a asma e a obesidade como fatores de risco

(DOLCE; FONSECA, 2020).

Dessa maneira, é imprescindível que os adolescentes recebam atenção especial no que tange à COVID-19, uma vez que estes, mesmo sem apresentar o fator de risco idade, podem estar expostos aos determinantes sociais, como condições sociodemográficas, sanitárias e de acesso à saúde desfavoráveis, deixando-os mais vulneráveis e suscetíveis à infecção por SARS-CoV-2 (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Assim, o fortalecimento da atenção à saúde da criança e do adolescente no Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser prioritário, cujos fatores como contingente de crianças com condições crônicas com controle insuficiente; desafios no acesso e qualidade do cuidado, tanto no âmbito de menor como no de maior complexidade; e aumento da vulnerabilidade social devem ser considerados e superados a fim de buscar dirimir os riscos de aumento de morbimortalidade por COVID-19 em crianças e adolescentes no Brasil (FIOCRUZ, 2020a).

No entanto, para que esse fortalecimento do serviço aconteça, faz-se premente: a divulgação e a análise dos dados sobre síndromes gripais em crianças e adolescentes; a análise de cenários das realidades locais nas regiões e estados brasileiros; e a ampla disseminação de conhecimento sobre o manejo clínico da COVID-19 e suas complicações em crianças e adolescentes (FIOCRUZ, 2020a).

Diante desse cenário, este estudo demonstra sua relevância, uma vez que permitirá aos gestores, profissionais da saúde e público geral o acesso às informações sobre a infecção por SARS-CoV-2 em adolescentes do Nordeste brasileiro.

Além disso, com a existência de disparidades regionais presentes no Brasil, bem como as peculiaridades da COVID-19 em cada região, é imprescindível a realização de pesquisas que visem investigar como esta patologia tem se apresentado em adolescentes nestes locais a fim de subsidiar melhores ações de assistência à saúde para este público. Ressalta-se, por fim, a escassez de estudos que avaliem como a COVID-19 tem se apresentado em adolescentes que residem no Nordeste do Brasil, fato que justifica a realização da pesquisa.

Isto posto, tem-se por objetivo analisar as características demográficas e clínicas de casos confirmados de COVID-19 em adolescentes do Nordeste brasileiro.

METODOLOGIA

Estudo transversal e de natureza quantitativa, realizado com base nos registros de casos confirmados de COVID-19 em adolescentes na região do Nordeste brasileiro, composta por nove Estados (Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe) e 1.793 municípios. Esta região possui uma área aproximada de 1,5 milhões de km² e 53 milhões de habitantes, sendo que 36,3% são crianças e adolescentes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2020).

Foram incluídos dados de adolescentes diagnosticados com COVID-19, que foram informados em base nacional (e-SUS notifica) por meio da digitação das fichas de notificação da patologia em seus respectivos estados. Excluíram-se adolescentes que residiam em estados pertencentes as regiões Norte, Centro-Oeste, Sudeste e Sul. Para a delimitação da faixa etária do estudo, adotou-se os limites cronológicos da adolescência, entre 10 e 19 anos, definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 1995).

Os dados concernentes ao número de casos confirmados em cada estado foram extraídos do banco de dados epidemiológicos do sistema e-SUS Notifica, em vigor a partir de março de 2020, cujo acesso se deu por meio da plataforma do Ministério da Saúde sobre Notificações de Síndrome Gripal (<https://opendatasus.saude.gov.br/dataset/casos-nacionais>). Inseriram-se no estudo todos os casos registrados até 10 de agosto de 2021 de adolescentes com resultado positivo do teste para COVID-19 no Nordeste brasileiro, correspondendo a 226.896 adolescentes.

As seguintes variáveis dos registros foram extraídas: sexo (feminino, masculino e indeterminado), idade (registrada em anos completos, categorizada nas faixas etárias 10 a 14; 15 a 19 anos), zona de moradia (residentes nas capitais ou no interior dos Estados), Unidade da Federação (UF) de residência, sintomas (febre, dor de garganta, tosse, dispneia, cefaleia, distúrbio olfativo, distúrbio gustativo, coriza, assintomático e outros), morbidades (doenças respiratórias crônicas descompensadas, doenças renais crônicas em estágio avançado, portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica, doenças cardíacas crônicas, diabetes, imunossupressão) e evolução do caso (cancelado, ignorado, em tratamento domiciliar, internado, óbito, cura).

Ressalta-se que o quantitativo relacionado as variáveis sintomas são superiores das morbidades, visto que nem todos os adolescentes possuíam alguma morbidade. Além disso, o número de casos e suas respectivas porcentagens das variáveis sintomas e morbidades superam o quantitativo total de casos notificados (N= 226.896), pois nestas variáveis mais de uma opção poderiam ser assinaladas no momento da notificação.

As planilhas referentes a cada estado do Nordeste brasileiro foram compiladas e armazenadas em formato DTA. Os dados foram armazenados e processados no *Statistical Package for the Social Sciences* 20.0. Os dados ausentes, resultantes da indisponibilidade de informações ou da ausência de preenchimento no momento da notificação, foram desconsideradas na análise referente à variável que continha os dados faltantes. Procedeu-se análise de forma descritiva por meio dos cálculos para frequência absoluta e relativa, média e desvios padrão das variáveis numéricas. Os resultados foram organizados e apresentados em tabelas.

O estudo respeitou as políticas que envolvem pesquisas em seres humanos. Por se tratar de dados de domínio público até a data da exportação dos dados, o estudo não foi submetido a um comitê de ética em pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Conforme dados do e-SUS notifica, dentre os adolescentes diagnosticados com COVID-19 no Nordeste brasileiro predominaram sexo feminino (N=125.143; 55,15%), com média de idade de 15,5 anos (DP±2,80). Em relação à zona de moradia, verificou-se que 83,30% (N= 188.997) eram do interior. Os estados que concentraram os maiores números de casos confirmados da infecção em adolescentes foram: Bahia 27,18% (N= 61.681), Ceará 17,27% (N= 39.182) e Pernambuco 13,13% (N= 29.796), respectivamente (Tabela 1).

Tabela 1: Perfil demográfico de adolescentes com diagnóstico confirmado de COVID-19 no Nordeste brasileiro. 2021 (N= 226.896)

Variáveis	N	(%)	Média (DP)
Sexo			
Feminino	125.143	55,15	
Masculino	101.728	44,83	
Indeterminado	25	0,02	
Faixa etária			15,5 (±2,82)
10-14	79.004	34,80	
15-19	147.892	65,20	
Zona de moradia			
Capital	37.899	16,70	
Interior	188.997	83,30	
Estado			
Bahia	61.681	27,18	
Ceará	39.182	17,27	
Pernambuco	29.796	13,13	
Piauí	27.168	11,97	
Maranhão	22.137	9,76	
Paraíba	16.554	7,30	
Alagoas	12.589	5,55	
Sergipe	9.370	4,13	
Rio Grande do Norte	8.419	3,71	

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do e-SUS notifica.

A COVID-19 consiste em uma patologia que tem mostrado potencial de acometer diversos grupos etários. No entanto, embora tenha uma prevalência menor em adolescentes quando comparada a adultos e idosos, essa infecção também tem ocasionado casos graves

e óbitos neste público. Dessa maneira, o banco de dados epidemiológicos do sistema e-SUS Notifica permitiu verificar as características demográficas e clínicas de todos os casos registrados de adolescentes que testaram positivo para Covid-19 no Nordeste brasileiro.

Em relação ao sexo, predominou-se o sexo feminino (55,15%), diferindo de um estudo na China que identificou as características epidemiológicas de pacientes pediátricos com a Covid-19 constatou que 56,6% eram do sexo masculino (EASTIN; EASTIN, 2020). De forma semelhante, revisão sistemática que investigou casos de COVID-19 em crianças e adolescentes (0-18 anos) pela análise de 65 artigos publicados de fevereiro a maio de 2020, verificou que 52,1% da amostra era composta por meninos (LIGUORO *et al.*, 2020).

A variável sexo, parece ter um papel relevante nesta infecção, já que pesquisa baseada na análise multidimensional de milhões de registros de parâmetros laboratoriais, dos quais 33.266 apresentaram resultados positivos para SARS-CoV-2, indicou que indivíduos do sexo masculino são os que apresentam maior risco de evoluir para quadros graves (TEN-CATEN *et al.*, 2020).

A idade apresentou média de 15,5 anos, divergindo de pesquisa retrospectiva realizada em 12 hospitais da França e um hospital da Suíça na qual identificou uma média de idade de 10 anos entre os pacientes pediátricos com COVID-19 que apresentaram comprometimento cardíaco após Síndrome Respiratória Aguda causada por SARS-CoV-2 (BELHADJER *et al.*, 2020). Todavia, acredita-se que essa diferença de média de idade exista devido a faixa de idade incluída nas pesquisas, já que o estudo ora desenvolvido incluiu somente adolescentes (10-19 anos) e a outra pesquisa foi realizada com pacientes com idade que variou de dois a 16 anos (FIOCRUZ, 2020b).

Além disso, fatores como incidência da doença, letalidade, acesso aos serviços de saúde, exposição, contexto social e demográfico também podem ser determinantes que contribuem para a variação da média de idade de adolescentes acometidos por COVID-19, tendo em vista as desigualdades e aspectos epidemiológicos da doença em cada local, os quais tendem a ser diferentes.

Outra variável analisada diz respeito à zona de moradia e verificou-se que a maioria dos adolescentes do Nordeste brasileiro que tiveram diagnóstico confirmado de COVID-19 residia no interior de seus respectivos estados (83,30%). Esse achado reflete o processo de interiorização da infecção que vem sendo observado em diversos estados e regiões brasileiras, o qual já tinha sido alertado em abril de 2020 pela FIOCRUZ (DOLCE; FONSECA, 2020). A tendência inicial consistia em uma maior disseminação em grandes centros urbanos, onde o tráfego de pessoas era intenso, no entanto, a doença se difundiu para cidades menores e mais próximas dos grandes centros urbanos à medida que a pandemia avançou (FIOCRUZ, 2020b). Essa realidade tende a gerar um outro desafio ao sistema de saúde: governação, financiamento, serviços de saúde, fornecimentos e equipamento, sistemas de informação e recursos humanos (GUEVARA *et al.*, 2021).

Assim, a infraestrutura das unidades de saúde deve ser vista como um fator importante de ser considerado no que se refere à assistência prestada ao paciente com COVID-19. Neste contexto, uma pesquisa que mapeou o Índice de Infraestrutura de Saúde das Unidades da Federação brasileiras para enfrentamento da COVID-19 verificando a sua distribuição espacial, constatou que nove estados do Norte e Nordeste registraram os menores índices (BEZERRA *et al.*, 2020), o que ratifica a necessidade de maior investimento nessas regiões.

Além disso, neste estudo os estados da região Nordeste que tiveram maiores percentuais de diagnóstico positivo para COVID-19 em adolescentes foram Bahia (27,18%) e Ceará (17,27%). Corroborando com tais achados, pesquisa desenvolvida na região Nordeste que descreveu a evolução dos indicadores e a capacidade de atendimento em saúde na fase inicial da epidemia de COVID-19, seis de março a primeiro de abril, constatou que foram identificados 1.005 casos confirmados da infecção por SARS-CoV-2, sendo a maioria deles provenientes do Ceará e da Bahia (65,5%) (MARINELLI *et al.*, 2020).

Estudo que analisou os principais aspectos da epidemia da COVID-19 nos nove estados nordestinos até o dia 21/07/2020 mostrou que o estado do Ceará foi o que apresentou a terceira maior taxa de incidência da infecção (1677/100.000 hab.) e a maior taxa de mortalidade (80,1/100.000 hab.). Já no que tange à testagem para identificação dos casos de infecção por SAR-CoV-2, foi verificado que os estados com maior número de testes realizados a cada 100 mil habitantes foram, respectivamente, Piauí (5.122), Paraíba (4.954) e Ceará (4.219). No entanto, ao ser analisada a relação entre o número de testes realizados e o número de casos positivos a cada 100 mil habitantes, os índices foram maiores no Piauí (4,0), na Bahia (2,9) e na Paraíba (2,9) (KERR *et al.*, 2020). Assim, acredita-se que o maior número de casos confirmados de COVID-19 em adolescentes na Bahia e no Ceará possa ter relação direta ou indireta com a taxa de incidência e o número de testes realizados.

No que tange ao perfil clínico dos adolescentes investigados, observou-se que os sintomas mais comuns foram: febre (N=94.385; 20,18%) e tosse (N= 90.767; 19,40%), enquanto que a dispneia foi a menos frequente (N= 21.479; 4,59%). As doenças respiratórias (N= 3.4431,52%) foram as morbidades mais prevalentes, seguida de doenças cardíacas (N=587; 0,26%) e diabetes (N= 482; 0,21%). Na evolução do quadro clínico dos adolescentes, a maioria (N= 139.815; 87,93%) evoluiu para cura, 8,60% (N= 13.671) foram encaminhados para tratamento domiciliar, enquanto que 0,08% (N= 124) morreram (Tabela 2). Enfatiza-se que a variável sintomas apresenta um somatório superior à totalidade de casos confirmados de COVID-19 em adolescentes do Nordeste (N=467.817), uma vez que há a possibilidade de o indivíduo apresentar mais de um sintoma na ficha de notificação.

Tabela 2: Perfil clínico de adolescentes com diagnóstico confirmado de COVID-19 no Nordeste brasileiro. 2021 (N= 226.896)

Variáveis	N	%
Sintomas (N= 467.817)		
Febre	94.385	20,18
Tosse	90.767	19,40
Dor de garganta	76.881	16,43
Cefaleia	64.435	13,77
Coriza	38.380	8,20
Distúrbio Olfativo	27.819	5,95
Assintomático	27.057	5,78
Distúrbio Gustativo	26.614	5,70
Dispneia	21.479	4,59
Morbidades		
Doença respiratória	3.443	1,52
Doença cardíaca	587	0,26
Diabetes	482	0,21
Obesidade	462	0,20
Doença cromossômica/imunológica	367	0,16
Imunossupressão	303	0,13
Doença renal	163	0,07
Evolução (N= 159.004)		
Cura	139.815	87,93
Tratamento domiciliar	13.671	8,60
Ignorado/Cancelado	5.292	3,33
Óbito	124	0,08
Internado	102	0,06

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do e-SUS notifica.

Em relação ao perfil clínico dos adolescentes investigados, observou-se que os sintomas mais comuns foram: febre (20,18%), tosse (19,40%). Resultados semelhantes também são descritos na literatura, o que ratifica que a febre e a tosse são os sintomas mais frequentes (LIGUORO *et al.*, 2020). Todavia, dor de garganta e dispneia/taquipneia também são referidas como manifestações comuns nos casos confirmados de COVID-19 (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE – OPAS, 2020).

Percebeu-se neste estudo que os distúrbios olfativo (5,95%) e gustativo (5,70%) foram pouco frequentes. Em uma revisão sistemática realizada para identificar as evidências na literatura científica sobre os distúrbios olfativo-gustativos acerca da apresentação clínica, prevalência e possíveis tratamentos específicos associados à COVID-19, constatou que

esses distúrbios podem ocorrer em intensidades variadas e o início pode ocorrer antes dos sintomas gerais da infecção por SARS-CoV-2. Também não foram identificadas evidências científicas para tratamentos específicos e eficazes para tais distúrbios na COVID-19, sendo considerados como parte dos sintomas da doença, mesmo em quadros leves (COSTA *et al.*, 2020). Há evidências de que os distúrbios olfativo-gustativos sejam fortes preditores de infecção pelo SARS-CoV-2, podendo-se recomendar o isolamento do paciente, para evitar a disseminação do vírus (KRAJEWSKA *et al.*, 2020).

Além destas sintomatologias, casos de síndrome inflamatória emergente em adolescentes com COVID-19 têm sido relatados. Nestes casos, eles apresentam uma síndrome inflamatória multissistêmica, com manifestações clínicas graves e quadro semelhante aos observados em crianças e adolescentes com síndrome de Kawasaki, Kawasaki incompleto e/ou síndrome do choque tóxico, que exige cuidados intensivos. Esses casos têm em comum características sobrepostas da síndrome do choque tóxico e doença de Kawasaki atípica com parâmetros sanguíneos consistentes com COVID-19 grave em crianças. Também foram relatadas como características comuns: dor abdominal, sintomas gastrointestinais e inflamação cardíaca (MAHASE, 2020).

As manifestações clínicas desta infecção em adolescentes são importantes de serem conhecidas pelos profissionais da saúde, tornando possível um diagnóstico precoce, um cuidado mais adequado a fim de evitar complicações e um melhor prognóstico para o paciente. Diante desta relevância, a Organização Pan-Americana da Saúde tem conduzido uma série de seminários virtuais com especialistas de diferentes países como China, Espanha, Itália e Japão, para apoiar o Brasil no desenvolvimento de protocolos, bem como na identificação de sinais e sintomas da COVID-19, tais como lesões de pele e síndrome inflamatória multissistêmica em crianças e adolescentes (KRAJEWSKA *et al.*, 2020).

Outro aspecto a ser investigado quando se trata de COVID-19, diz respeito à presença de morbidades prévias apresentadas pelas crianças e adolescentes, já que algumas patologias aumentam o risco de agravamento do quadro clínico, podendo cursar com o desenvolvimento de complicações e, conseqüentemente, o óbito (YAMAMOTO *et al.*, 2020).

Quanto às morbidades encontradas no presente estudo, podem-se citar: doença respiratória; doença cardíaca; doença cromossômica/imunológica; diabetes; imunossupressão; e doença renal. Todavia, a prevalência dessas patologias foi baixa no público estudado, menos de 2%, sendo que as mais frequentes foram as doenças respiratórias (1,52%). Numa publicação brasileira, um estudo que avaliou as características clínicas de crianças e adolescentes com infecção por SARS-CoV-2, algumas comorbidades demonstraram-se presentes em 50 casos (75,8%) da amostra analisada, dentre eles: diabetes mellitus tipo 1 (9,1%); anemia falciforme (7,6%); malformação do trato urinário (7,6%); doença renal crônica (6,1%); asma (4,5%); síndrome de down (4,5%); história de prematuridade, megacólon congênito e pacientes com epilepsia, cada um com dois casos

(3%); leucemias (7,6%) (VIEIRA *et al.*, 2020).

Ainda acerca desta variável, um estudo com 48 crianças e adolescentes hospitalizados por COVID-19 em UTI do Canadá e dos Estados Unidos concluiu que a presença de comorbidades parece atuar como fator de risco para complicações como a necessidade de ventilação mecânica, falência de múltiplos órgãos e morte (SHEKERDEMIAN *et al.*, 2020). A apresentação grave da doença neste público, a qual compromete o funcionamento de diferentes órgãos e que pode evoluir para óbito com maior frequência é denominada de síndrome pediátrica multissistêmica inflamatória (LIU *et al.*, 2020).

A evolução do quadro clínico dos adolescentes predominou para cura (87,93%), enquanto 0,08% evoluíram para óbito. Esse desfecho encontrado no presente estudo corrobora com achados na literatura que demonstram que a COVID-19 em adolescentes, em grande parte dos casos, é assintomática ou leve e com prognóstico favorável para a cura. Pesquisa que avaliou 31 crianças e adolescentes com o novo coronavírus, verificou que nenhum paciente que compôs a amostra apresentou caso grave ou crítico da doença (WANG *et al.*, 2020). No entanto, outros estudos mostraram crescimento no número de óbitos nessas faixas etárias (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION - CDC, 2020; FIOCRUZ, 2020a).

A ausência ou o registro incompleto em prontuários e outros documentos é um dos problemas enfrentados na assistência em saúde de maneira geral (DODO *et al.*, 2020) e na COVID-19 também tem se mostrado presente. Dos 226.896 adolescentes nordestinos com diagnóstico confirmado de COVID-19, 67.892 (29,92%) não possuíam a evolução do quadro clínico (desfecho) registrado no e-SUS Notifica. Esse achado demonstra a dificuldade que se possui em avaliar epidemiologicamente a infecção em adolescentes e de realizar inferências acerca dos resultados encontrados por meio de banco de dados nacionais.

A subnotificação, bem como a ausência de informações nas fichas de notificação de COVID-19 e a escassez de estudos com ênfase no público hebiátrico para a discussão dos dados consistiram em fatores limitantes neste estudo.

Compreende-se que este estudo contribui para embasar debates e reflexões acerca da temática, uma vez que conhecer o perfil epidemiológico e clínico da COVID-19 em adolescentes permite a identificação de fatores de risco e possibilita um melhor direcionamento na prescrição de cuidados da enfermagem.

CONCLUSÃO

Concluiu-se ao analisar as características demográficas de casos confirmados de COVID-19 em adolescentes no Nordeste Brasileiro, que grande parte dos participantes eram do sexo feminino, com idade média de 15,5 anos, residentes nos estados da Bahia e do Ceará. Quanto ao perfil clínico dos adolescentes investigados, constatou-se que os sintomas mais comuns foram febre e tosse; as morbidades mais frequentes foram

as doenças respiratórias e na maioria dos casos o desfecho foi cura, porém, 3,33% não possuíam esta evolução registrada no e-SUS Notifica.

Por fim, espera-se que este estudo contribua como uma fonte de informação rápida para gestores, profissionais e para a população, os quais tenham o objetivo de conhecer o perfil demográfico e clínico de adolescentes nordestinos com COVID-19. Além disso, espera-se que ele também sirva como base para a elaboração de políticas públicas, para criação de indicadores, para subsidiar a realização de outras pesquisas e para qualificar a assistência prestada aos adolescentes com COVID-19.

AGRADECIMENTOS

Ao Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações e pelo Conselho Nacional de Ciência e Desenvolvimento Tecnológico do Brasil (Processo nº 402170 / 2020-2) pelo apoio financeiro para a pesquisa. À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

BELHADJER, Z. *et al.* Acute Heart Failure in Multisystem Inflammatory Syndrome in Children in the Context of Global SARS-CoV-2 **Pandemic**. *Circulation.*, v. 142, n. 5, p. 429–436, 2020.

BEZERRA, E.C.D. *et al.* Análise espacial das condições de enfrentamento à COVID-19: uma proposta de Índice da Infraestrutura da Saúde do Brasil. **Cien Saude Colet.** 2020. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/analise-espacial-das-condicoes-de-enfrentamento-a-covid19-uma-proposta-de-indice-da-infraestrutura-da-saude-do-brasil/17776>. Acesso em: 25 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coronavírus Brasil. **COVID-19: Painel Coronavírus**. 2021. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 28 set. 2021.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION - CDC COVID-19 RESPONSE TEAM. Coronavirus Disease 2019 in Children – United States, February 12- April 2, 2020. **MMRV Morb Mortal Wkly Rep.**, v. 69, n. 14, p.422-426, 2020.

COSTA, K.V.T. *et al.* Olfactory and taste disorders in COVID-19: a systematic review. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, v. 86, n. 6, p. 781-792, 2020.

CRUZ NETO, J. *et al.* Análisis de indicadores epidemiológicos de niños y adolescentes afectados por Covid-19 en el Noreste de Brasil. **Rev Enferm UFSM – REUFSM.**, v. 11, e19, p. 1-19, 2021.

DODO, N.B. *et al.* Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem em um hospital do norte do Brasil. **Enferm. Foco**, v. 11, n. 4, p. 202-207, 2020.

DOLCE, J.; FONSECA, B. **Desigualdade social é fator de risco para mortes de crianças e adolescentes por Covid-19 no país.** Pública Agência de Jornalismo Investigativo [Internet]. 2020. Disponível em: <https://apublica.org/2020/06/desigualdade-social-e-fator-de-risco-para-mortes-de-criancas-e-adolescentes-por-covid-19-no-pais/>. Acesso em: 20 set. 2021.

EASTIN, C.; EASTIN, T. Epidemiological characteristics of 2143 pediatric patients with 2019 coronavirus disease in China: Dong Y, Mo X, Hu Y, Qi X, Jiang F, Jiang Z. **Pediatrics.**,v. 58, n. 4, p.712–713, 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. **COVID-19 e Saúde da Criança e do Adolescente.** 2020a. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-crianca/covid-19-saude-crianca-e-adolescente>. Acesso em: 15 set. 2021.

_____. Monitora Covid-19. **Tendências atuais da pandemia de Covid-19: Interiorização e aceleração da transmissão em alguns estados.** Nota Técnica 28 de abril de 2020. 2020b. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/monitoracovid_notatecnica_28_04.pdf. Acesso em: 26 set. 2021.

GUEVARA, R.J.M. *et al.* Clima laboral en servicios de neonatología de Hospitales Nivel III en tiempos de la COVID-19. **Revista Cubana de Enfermería.**, v. 37, p. e4330, 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades e Estados Brasileiros.** 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados.html?view=municipio>. Acesso em: 11 set. 2021

KERR, L. *et al.* COVID-19 in Northeast Brazil: achievements and limitations in the responses of the state governments. **Cien Saude Colet**, v. 25, Supl.2, p. 4099-4120, 2020.

KRAJEWSKA, J. *et al.* COVID-19 in otolaryngologist practice: a review of current knowledge. **Eur Arch Otorhinolaryngol.**, v. 18, p. 1-8, 2020.

LIGUORO, I. *et al.* SARS-COV-2 infection in children and newborns: a systematic review. **Eur J Pediatr.**, v. 179, n. 7, p. 1029-1046, 2020.

LIU, W. *et al.* Detection of Covid-19 in Children in Early January 2020 in Wuhan, China. **N Engl J Med.**, v. 382, p. 1370-1371, 2020.

MAHASE, E. Covid-19: concerns grow over inflammatory syndrome emerging in children.

BMJ., v. 369, p. m1710, 2020.

MARINELLI, N.P. *et al.* Evolution of indicators and service capacity at the beginning of the COVID-19 epidemic in Northeast Brazil, 2020. **Epidemiol Serv Saude.** v. 29, n. 3, p. e2020226, 2020.

NICOLA, M. *et al.* Evidence based management guideline for the COVID-19 pandemic - Review article. **Int J Surg.**, v. 77, p. 206-216, 2020.

OLIVEIRA, W.A. *et al.* A saúde do adolescente em tempos da COVID-19: scoping review. **Cad Saúde Pública.**, v. 36, n. 8, p. e00150020, 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Folha informativa COVID-19** - Escritório da OPAS e da OMS no Brasil. Principais informações. Apoio da OPAS ao Brasil [Internet]. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Accessed 2021 sep. 26.

SANTANA, V.V.R.S. *et al.* Revisão integrativa de literatura fatores de risco para o agravamento da COVID-19 em indivíduos jovens. **Enferm Foco**, v. 11, Esp. 2, p. 37-45, 2020.

SHEKERDEMIAN, L.S. *et al.* International COVID-19 PICU Collaborative. Characteristics and Outcomes of Children With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Infection Admitted to US and Canadian Pediatric Intensive Care Units. **JAMA Pediatr.**, v. 174, n. 9, p. 868-873, 2020.

TEN-CATEN, F. *et al.* In-depth Analysis of Laboratory Parameters Reveals the Interplay Between Sex, Age and Systemic Inflammation in Individuals with COVID-19. **medRxiv.** 2020; 08.07.20170043. Available from: <https://doi.org/10.1101/2020.08.07.20170043>. Accessed 2021 sep. 26.

VIEIRA, R.S.R. *et al.* Clinical Characteristics in Children and Adolescents with SARS-CoV-2 Infection: Experience in a highly complex Public Hospital in the city of Sao Paulo [Internet]. **MedRXiv**, 2020. Available from: <https://doi.org/10.1101/2020.06.22.20136994>. Accessed 2021 sep. 26.

WANG, D. *et al.* Clinical analysis of 31 cases of 2019 novel coronavirus infection in children from six provinces (autonomous region) of northern China. **Zhonghua Er Ke Za Zhi.**, v. 58, n. 4, p. 269-274, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Physical status:** use and interpretation of anthropometry [Internet]. Geneva: WHO; 1995. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37003/1/WHO_TRS_854.pdf . Accessed: 2021 aug. 28 ago.

_____. **WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard.** 2021. Available from: <https://covid19.who.int/>. Accessed: 2021 aug. 28 ago.

YAMAMOTO, L. *et al.* SARS-CoV-2 infections with emphasis on pediatric patients: a narrative review. **Rev Inst Med Trop.**, v. 62, p. e65, 2020.

ZHU, N. *et al.* A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. **N Engl J Med**, v. 382, p.727-733, 2020.

ZIMMERMANN, P.; CURTIS, N. Coronavirus infections in children including COVID-19: an overview of the epidemiology, clinical features, diagnosis, treatment and prevention options in children. **Pediatr Infect Dis J.**, v. 39, p. 369–373, 2020.

SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NO BRASIL: PERCURSO HISTÓRICO, AVANÇOS E DESAFIOS DA ATUALIDADE

Mariana Nathália Gomes de Lima¹;

Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, Pernambuco.

<http://lattes.cnpq.br/2839780680017755>

Vanessa Sá Leal²;

Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, Pernambuco.

<http://lattes.cnpq.br/3944908671298442>

RESUMO: Atualmente, entende-se por Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) o acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente. Contudo, desde a sua primeira menção até a atualidade, este conceito tem sofrido transições em seu significado, influenciado sobretudo pelo contexto histórico. O presente estudo tem por objetivo descrever a trajetória da SAN no Brasil analisando seus principais marcos históricos, além de identificar os principais avanços e desafios da área frente à atualidade. Optou-se por uma revisão narrativa da literatura, conduzida de forma não sistemática, priorizando artigos científicos dos últimos 15 anos e considerando livros, documentos e relatórios técnicos da área. Observou-se que durante o século XX as campanhas e programas específicos eram as principais estratégias executadas, desconsiderando a multifatorialidade do processo e apenas tratando o problema e não a sua causa. Ao final do século XX e durante os primeiros anos do século XXI, a abordagem ganha perspectiva integral, considerando os programas de transferência de renda como uma das estratégias a fim garantir o direito humano à alimentação adequada. Pelo conjunto de ações traçadas, verificou-se melhora dos indicadores de SAN e a saída do Brasil do Mapa da Fome. Contudo, os últimos anos foram marcados por eventos que levam ao retrocesso e volta dos preocupantes indicadores de fome, pobreza e miséria do século anterior. Diante do exposto, o compromisso do combate à insegurança alimentar e nutricional requer um esforço intersetorial e governamental para examinar possíveis fatores determinantes da SAN no Brasil atual para a construção estratégias pautadas na compreensão holística dos sujeitos e das estruturas sociais.

PALAVRAS-CHAVE: Fome. Políticas públicas de saúde. Segurança alimentar.

FOOD AND NUTRITIONAL SECURITY IN BRAZIL: HISTORICAL PATH, ADVANCES AND TODAY'S CHALLENGES

ABSTRACT: Currently, food and nutrition security (FNS) means regular and permanent access to quality food, in sufficient quantity. However, from its first mention to the present day, this concept has undergone transitions in its meaning, influenced mainly by the historical context. This study aims to describe the trajectory of FNS in Brazil analyzing its main historical milestones, in addition to identifying the main advances and challenges of the area in the face of current. A non-systematic narrative review of the literature was chosen, prioritizing scientific articles from the last 15 years and considering books, documents and technical reports in the area. It was observed that during the twentieth century specific campaigns and programs were the main strategies implemented, disregarding the multifactoriality of the process and only dealing with the problem and not its cause. At the end of the 20th century and during the first years of the 21st century, the approach gained an integral perspective, considering income transfer programs as one of the strategies in order to guarantee the human right to adequate food. The set of actions outlined showed an improvement in the indicators of FNS and the departure of Brazil from the Hunger Map. However, the last few years have been marked by events that lead to the setback and return of the worrying indicators of hunger, poverty and misery of the previous century. In view of the above, the commitment to combat food and nutritional insecurity requires an intersectoral and governmental effort to examine possible determining factors of FNS in today's Brasil for the construction of strategies based on the holistic understanding of subjects and social structures.

KEY-WORDS: Food and Nutrition Security. Hunger. Policies, national health.

INTRODUÇÃO

Atualmente, compreende-se Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) como a garantia do acesso a alimentos de qualidade em quantidade suficiente para todos os cidadãos brasileiros, de forma que as demais necessidades essenciais não sejam comprometidas (BRASIL, 2006). Contudo, desde a sua primeira menção até a atualidade, este conceito tem sofrido transições em seu significado. A aparição inicial do termo data do final da Primeira Guerra Mundial, no qual entendia-se a questão da segurança alimentar (ainda sem o uso do termo “nutricional”) enquanto a capacidade de um país em fornecer alimentos que garantissem a subsistência de seus cidadãos (MACHADO; SPERANDIO, 2020).

Nas décadas seguintes o entendimento de segurança alimentar (SA) permanece centrado na produção alimentícia apoiado na ideia de que a produtividade agrícola era proporcional à SA da população, o que é refutado após a percepção do déficit econômico como fator determinante para o acesso aos alimentos, sobretudo em países em desenvolvimento (MACHADO; SPERANDIO, 2020).

É somente na década de 1990, através da realização da Cúpula Mundial da Alimentação (1996), que o termo ganha uma nova perspectiva e é entendido como o “acesso físico e econômico a alimentos seguros, nutritivos e suficientes para satisfazer as suas necessidades dietéticas e preferências alimentares, a fim de levarem uma vida ativa e sã” (FAO, 1996). Além disso, durante o evento delibera-se entre 159 países, incluindo o Brasil, um plano de ação com compromisso de combate à fome com duração de 20 anos, considerando o conceito supracitado (IPEA, 2014).

Contudo, garantir o estado de SAN para todos ainda é um desafio, visto que seu conceito é complexo e envolve dimensões anteriores ao consumo alimentar propriamente dito. Sendo assim, fatores que vão desde a produção e distribuição de alimentos ao acesso aos direitos sociais como educação, saúde, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e infância e assistência social devem ser considerados (BEZERRA *et al.*, 2020; RIGON; SCHMIDT; BÓGUS, 2016). O não acesso aos direitos sociais leva à diminuição e/ou restrição do consumo e acesso aos alimentos, caracterizando o estado de insegurança alimentar e nutricional (IAN), gerando desordens nutricionais como desnutrição, anemia e hipovitaminoses (GUERRA; CERVATO-MANCUSO; BEZERRA, 2019).

Dessa forma, o presente estudo tem por objetivo descrever a trajetória da Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil, analisando os principais marcos históricos do campo à luz do seu contexto histórico; bem como identificar os principais avanços e desafios da área frente à atualidade.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo-descritivo, do tipo revisão narrativa da literatura, no qual é caracterizado por “levantar indicadores que fornecem caminhos ou referências teóricas para novas pesquisas” (VOSGERAU; ROMANOWSKI, 2014). Foram consultados artigos científicos coletados de forma não sistemática no período de agosto a novembro de 2021 nas seguintes bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e o Portal de periódicos da CAPES. Para direcionar a busca, foram utilizados os descritores “segurança alimentar e nutricional”, “políticas públicas de saúde” e “fome”, de forma isolada ou combinada, sendo priorizadas as publicações dos últimos 15 anos. Além disso, foram incluídos livros, documentos e relatórios técnicos publicados no decorrer dos anos que versassem sobre o tema. Os materiais que constituíram os resultados foram lidos na íntegra e categorizados em ordem cronológica, a fim de atender aos objetivos do estudo.

REFERENCIAL TEÓRICO

À medida em que os debates sobre direito à alimentação avançavam ao redor do globo, o Brasil construía seu próprio trajeto no sentido de assegurar comida na mesa de seus cidadãos. Em 1935, com a publicação “As Condições de Vida das Classes Operárias do Recife: estudo econômico da sua alimentação”, o médico e nutrólogo pernambucano Josué de Castro expõe a fome enquanto problema social e moral do país (BIZZO, 2009), inspirando a criação da política salarial no ano seguinte, com objetivo de garantir condições mínimas para a aquisição de gêneros alimentícios por parte do trabalhador (BARROS; TARTAGLIA, 2009; HAACK *et al.*, 2018).

A criação de políticas públicas voltadas à alimentação e nutrição nos próximos anos são novamente influenciadas pelos estudos de Josué de Castro. O livro “Geografia da fome: o dilema brasileiro do pão e aço” (1946) é uma nova denúncia sobre a miséria nacional, a fome e suas diversas faces, consequência da desigualdade social que acometia o país – não muito diferente da situação vivenciada atualmente (BIZZO, 2009).

Estratégias como a Comissão Nacional de Alimentação (CNA), Instituto Nacional de Nutrição (INN), Campanha Nacional de Merenda Escolar (atual Programa Nacional de Alimentação do Escolar – PNAE) e o Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS) foram criadas ou fortalecidas pela própria figura de Castro e/ou de suas análises nas décadas posteriores às suas publicações (BIZZO, 2009; TAVARES; LEAL, 2012). Contudo, apesar da forte crítica social que o autor exprime em suas obras, tais estratégias estavam nas mãos do Estado brasileiro, que direcionava suas abordagens para a distribuição de alimentos e educação nutricional da população (com foco em aspectos científicos e biológicos), sem a resolução dos fatores determinantes da fome e da pobreza (BARROS; TARTAGLIA, 2009; TAVARES; LEAL, 2012).

Em 1972, na vigência da ditadura militar e durante a crise de alimentos supracitada, é criado o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição – INAN, que dá origem ao PRONAN – Programa Nacional de Alimentação e Nutrição. Dele, vários subprogramas de atendimento às populações de risco são criados, alguns presentes até os dias atuais, como o Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT) (HAACK *et al.*, 2018).

Sendo os programas de saúde a principal forma de execução de políticas públicas no âmbito alimentar e nutricional (BARROS; TARTAGLIA, 2009), essas estratégias buscavam garantir o direito à alimentação desde a década de 30. Contudo, algumas dessas iniciativas foram de curta duração e ausentes de articulação intersetorial, ignorando a multifatorialidade do processo (CUSTÓDIO *et al.*, 2011).

Foi somente na segunda metade da década de 80, durante o processo de redemocratização do país, que a segurança alimentar entra na agenda política nacional, determinando a abordagem que molda as políticas públicas de alimentação e nutrição até os dias atuais (DO AMARAL; BASSO, 2016). Em 1985, a partir de um evento técnico ligado ao Ministério da Agricultura, propõe-se a criação de uma Política Nacional de Segurança

Alimentar. Contudo, essa proposta não é implementada (DO AMARAL; BASSO, 2016; IPEA, 2014). No ano seguinte, a realização da I Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição – como um dos desdobramentos da VIII Conferência Nacional de Saúde – delibera sobre a introdução da alimentação enquanto um direito de todo cidadão, propõe a criação de um Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional (cujas propostas não são efetivadas) e incorpora a qualidade nutricional no conceito de SA (MACHADO; SPERANDIO, 2020).

Os anos posteriores são marcados pela criação da nova Constituição Federal (BRASIL, 1988) e a eleição democrática do primeiro presidente pós ditadura militar. Na contramão das recentes conquistas atingidas coletivamente, o governo de Fernando Collor de Mello (1990-1992) caracterizou-se por uma política neoliberal que protagonizou o desmonte das políticas públicas que vinham sendo construídas até então, ameaçando a SAN (BARROS; TARTAGLIA, 2009; DO AMARAL; BASSO, 2016).

Com o *impeachment* de Collor e a chegada de Itamar Franco ao poder, o campo da alimentação e combate à fome voltam ao debate, impulsionados pelo movimento “Ação da Cidadania Contra a Fome, a Miséria e pela Vida” e a publicação do novo Mapa da Fome pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), que identificou cerca de 32 milhões de pessoas passando fome no Brasil e mais de 60 milhões na linha da pobreza (BARROS; TARTAGLIA, 2009; DO AMARAL; BASSO, 2016). Diante do estado de calamidade social vivenciado pela população identificado pelo referido estudo, em 1993 é criado o Plano de Combate à Fome e à Miséria (PCFM), que articulava entes federativos e sociedade civil em um objetivo comum (BARROS; TARTAGLIA, 2009; IPEA, 2014).

Nesse sentido, foi criado o CONSEA – Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, órgão consultivo com ligação direta à Presidência da República composto por representantes do governo e da população, este último em maioria numérica (BURLANDY, 2009; MACHADO; SPERANDIO, 2020).

Em 1994, o CONSEA e outras entidades de combate à fome realizaram a I Conferência Nacional de Segurança Alimentar (CNSA), evento que reuniu mais de dois mil delegados de todo o país a partir de uma forte mobilização social (DO AMARAL; BASSO, 2016). A conferência evidenciou a Segurança Alimentar e Nutricional como um componente estratégico do governo, capaz de criar políticas para assegurar o acesso a alimentos de qualidade em quantidade suficiente; além de pautar a necessidade iminente da criação de uma Política Nacional de Segurança Alimentar (MACHADO; SPERANDIO, 2020).

Entretanto, a extinção do CONSEA ocorre com a troca de Presidente da República. Durante a primeira gestão de Fernando Henrique Cardoso ocorre o encerramento das atividades do INAN, bem como do conselho previamente instituído (MACHADO; SPERANDIO, 2020). As políticas sociais de alimentação e nutrição passam a ser vinculadas ao Programa Comunidade Solidária (PCS), criado nos primeiros dias do novo governo (BARROS; TARTAGLIA, 2009). O PCS era a principal estratégia do governo no combate à fome e à pobreza, dividindo a responsabilidade de seu enfrentamento com toda a

sociedade e instituições privadas através de parcerias com empresas, sindicatos e agências internacionais de financiamento (ABRAMOV, 2016; BURLANDY, 2009; IPEA, 2014).

Contudo, as ações propostas pela Comunidade Solidária não foram capazes de provocar as mudanças estruturais necessárias para a melhoria da qualidade de vida da população, dado o seu caráter de cunho emergencial (IPEA, 2014). Diante da ineficiência da estratégia e não cumprimento dos objetivos do programa, o segundo mandato de Fernando Henrique foi marcado pela reorganização da agenda social e criação de programas de transferência de renda, como o Programa Bolsa Alimentação, Bolsa Escola e Bolsa Renda (ABRAMOV, 2016; BARROS; TARTAGLIA, 2009).

Além disso, vale ressaltar a criação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) em 1999 (e atualizada em 2012) como um dos pontos positivos do governo (IPEA, 2014). A política, que evidencia a alimentação e nutrição como requisitos básicos para a garantia do direito à saúde através de articulação intra e intersetorial, traz entre seus propósitos a “a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais, bem como o estímulo às ações intersetoriais [...]” (BRASIL, 1999; 2012).

Diante do exposto, percebe-se que o acesso e garantia à alimentação adequada no Brasil do século XX esteve atrelado ao contexto histórico de diferentes interesses políticos e econômicos. As décadas finais foram marcadas por um novo entendimento da garantia de direitos e papel do Estado no âmbito alimentar e nutricional, bem como a construção e fortalecimento da base teórica sobre o tema, influenciado pelas deliberações de conferências realizadas internacionalmente, mobilizações coletivas e o próprio panorama social do país.

É no contexto da virada do século e eleição de um novo presidente da república que as teorias começam a se converter em prática de maneira mais efetiva (DO AMARAL; BASSO, 2016). Além dos programas de transferências de renda criados no final do governo de Fernando Henrique, a chegada de Luís Inácio Lula da Silva à presidência em 2003 foi marcada por um discurso de posse contra a fome, miséria e exclusão social como principal objetivo do governo (BARROS; TARTAGLIA, 2009).

O primeiro mandato de Lula foi marcado pela aglutinação dos programas criados na gestão anterior e transformados no Programa Bolsa Família (PBF), que posteriormente tornou-se o maior programa de transferência de renda do mundo (VASCONCELOS *et al.*, 2019). Nesse sentido, o fortalecimento de tal estratégia enquanto política social resgata e dá validade ao que Josué de Castro há muito abordava em suas obras: a necessidade de ações afirmativas para reversão das adversidades alimentares (IPEA, 2014).

Em adição, cabe destacar como feitos do governo Lula a reinstituição do CONSEA como órgão consultivo da presidência, o lançamento do Programa Fome Zero e Programa de Aquisição de Alimentos, além do estímulo à realização da II Conferência de Segurança Alimentar e Nutricional (II CNSAN) (CUSTÓDIO *et al.*, 2011; VASCONCELOS *et al.*, 2019). Esta última deu origem à Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN),

criando um sistema unificado com objetivo de assegurar o direito humano à alimentação adequada (BRASIL, 2006).

A criação da LOSAN e o estímulo à articulação entre diversos setores criou um ambiente facilitador para o fortalecimento da SAN. A lei 11.346/2006 instituiu o SISAN – Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional, que tinha como principal objetivo a garantia do direito humano à alimentação adequada através da execução de políticas e planos de SAN. Ademais, a normativa considera fatores ambientais, sociais, regionais, culturais e econômicos e atribui ao poder público em colaboração com a sociedade civil a proteção, promoção e monitoramento de tal direito (BRASIL, 2006; CUSTÓDIO *et al.*, 2011). A atuação do poder público, na figura dos entes federativos, está condicionada à importância que a pauta de SAN tem para os governos nacional, estaduais e municipais. Ou seja, para a consecução dos objetivos do sistema, a gestão precisa: compreender a importância da intersectorialidade para a sua consolidação da SAN e estar minimamente estruturada para articular essas relações (VASCONCELLOS; MOURA, 2018).

Na LOSAN, o conceito de segurança alimentar e nutricional é apresentado como:

“Realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (BRASIL, 2006).”

Portanto, a garantia de SAN é indissociável da garantia de demais direitos sociais como saúde, moradia e educação (GUERRA; CERVATO-MANCUSO; BEZERRA, 2019). Dessa forma, é importante ressaltar que mensurar e monitorar a segurança alimentar das populações é uma tarefa complexa, ou seja, um único instrumento não é suficiente para sua avaliação. Para a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN), sete dimensões da SAN devem ser consideradas: produção de alimentos; disponibilidade de alimentos; renda e condições de vida; acesso à alimentação adequada e saudável, incluindo água; saúde, nutrição e acesso a serviços relacionados; educação; e programas e ações relacionadas à SAN (BRASIL, 2010).

Levando em consideração tal entendimento e o contexto histórico de fortalecimento e criação de políticas públicas de SAN no início do século, cabe destacar a evolução de sua prevalência nos domicílios brasileiros. O resultado é expressivo: entre 2004 e 2013, a segurança alimentar e nutricional avança de 65,1% para 77,4% dos domicílios brasileiros. Em contrapartida, a insegurança alimentar leve, moderada e grave diminui com o passar dos anos (IBGE, 2020), saindo de um patamar em que sete estados brasileiros apresentavam prevalências de IAN superiores a 54% em 2004 para apenas 2 estados com tal condição em 2013 (BEZERRA *et al.*, 2020). A priorização da SAN na agenda política através da criação de programas de transferência de renda e abordagem intersectorial com agricultura, assistência social e educação foi essencial para a mudança de tais indicadores (BEZERRA

et al., 2020).

Já durante a segunda gestão presidencial de Luiz Inácio, a inclusão do direito à alimentação no rol dos direitos sociais através da Emenda Constitucional nº 64/2010 é um dos feitos que merecem destaque, assim como a instituição da Política Nacional de SAN e o início da atualização da PNAN em 2009 – concretizada em 2012 na gestão de sua sucessora e companheira de partido político, Dilma Rousseff (MACHADO; SPERANDIO, 2020; VASCONCELOS *et al.*, 2019). Foi no mandato de Rousseff e por consequência das políticas e programas instituídos e priorizados nos anos anteriores que o Brasil vira referência no combate à fome, conseguindo sair do Mapa da Fome da Organização das Nações Unidas (ONU) em 2014 (FAO, 2014).

Contudo, os anos seguintes são marcados pela crise econômica, instabilidade democrática e fragilidade do Estado Brasileiro. O *impeachment* da então presidente Dilma em 2016, na vigência do seu segundo mandato, abriu as portas para uma agenda de enfraquecimento das conquistas relacionadas à garantia de direitos sociais até então (BRANDT; SALLES, 2018; RIZZOTTO, 2016). A Emenda Constitucional nº 95/2016, aprovada na recém-posse do presidente interino Michel Temer, foi a principal estratégia de desmonte do novo governo: os investimentos na saúde e educação públicas foram congelados por 20 anos, afetando de forma direta e indireta a garantia do direito à saúde e alimentação adequada (VIEIRA; DE SÁ, 2016).

Em 2018, o chefe de Estado eleito foi Jair Messias Bolsonaro, que logo em seu primeiro dia à frente do Executivo assinou a extinção do CONSEA, fragilizando ainda mais a garantia do direito humano à alimentação adequada e a participação da sociedade na construção de políticas públicas de SAN (CASTRO, 2019).

Além disso, o governo Bolsonaro intensificou os desmontes dos equipamentos públicos promotores da SAN através de cortes orçamentários e/ou extinção de programas sociais como o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA), Programa Bolsa Família e Programa Um Milhão de Cisternas (P1MC); extinção da Secretaria de Segurança Alimentar e Nutricional (SESAN) e desmonte dos estoques da Companhia Nacional de Abastecimento (CONAB) (ALPINO; BOCCA; BARROS, 2021). Cabe destacar a liberação exponencial de agrotóxicos pelo atual governo, prática que contribui para o agravamento da IAN. Como forma de resistência, faz-se necessário o fortalecimento das esferas de gestão e controle social estaduais e municipais com vistas a evitar os eminentes desmontes federais (VASCONCELLOS; MOURA, 2018).

Diante do contexto pandêmico iniciado em março de 2020, a situação se agrava. A trágica condução da crise sanitária atrelada à econômica levam ao retrocesso dos avanços conquistados depois de anos de mobilização social e instituição de políticas públicas de combate às iniquidades. Através do “Inquérito nacional sobre insegurança alimentar e nutricional no contexto da pandemia de Covid-19 no Brasil”, realizado pela Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar (Rede PENSSAN), foi verificado que

mais da metade (55,2%) dos domicílios brasileiros conviviam com algum grau de IAN. Nove por cento da população encontrava-se em situação de insegurança alimentar grave, ou seja, cerca de 19 milhões de brasileiros e brasileiras passavam fome (PENSSAN, 2021). Dentre as macrorregiões, a região Nordeste é a única que apresentou prevalências de IA leve (41,1%) superiores à média nacional (34,7%) e às demais regiões do país (PENSSAN, 2021).

CONCLUSÃO

A postura adotada pelo governo antes e durante a pandemia de Covid-19 agrava a situação de IAN no país. O desprezo à vida, à ciência e aos direitos sociais em contraste com a supervalorização do modelo econômico traz perceptíveis consequências a curto prazo para a população, colocando o Brasil de volta em um cenário que acreditava-se estar superado. A imoralidade dessas práticas à longo prazo ainda são desconhecidas, mas caso tais retrocessos persistam, definitivamente o prognóstico não é positivo.

Como forma de enfrentamento, gestão e comunidade precisam pautar a SAN, conhecendo as fragilidades e potencialidades do seu território e apoderar-se da questão enquanto pauta identitária e objeto de mudança social (CASTRO, 2019). Caso contrário, a situação de insegurança alimentar e nutricional permanecerá como um desafio para a garantia do DHAA e conseqüentemente do direito à saúde. Nesse sentido, cumprir este compromisso requer um esforço intersetorial e governamental para examinar possíveis fatores determinantes da SAN no Brasil e construir estratégias pautadas na compreensão holística dos sujeitos e das estruturas sociais.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

ABRAMOV, O. Governo FHC e Estratégia de Parceria: retomando a análise crítica do Programa Comunidade Solidária. **Revista Eletrônica de Ciência Política**, 7, n. 2, 2016.

ALPINO, T. M. A.; BOCCA, C.; BARROS, D. REFLEXÕES SOBRE OS EFEITOS DA PANDEMIA DA COVID-19 NA (IN) SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL DA POPULAÇÃO BRASILEIRA. **SEMELAR: Revista de Alimentação, Nutrição e Saúde**, 2, n. 2, p. 04-04, 2021.

BARROS, M. S. C.; TARTAGLIA, J. C. A política de alimentação e nutrição no Brasil: breve histórico, avaliação e perspectivas. **Alimentos e Nutrição Araraquara**, 14, n. 1, 2009.

- BEZERRA, M. S. *et al.* Insegurança alimentar e nutricional no Brasil e sua correlação com indicadores de vulnerabilidade. **Cien Saude Colet**, 25, p. 3833-3846, 2020.
- BIZZO, M. L. G. Ação política e pensamento social em Josué de Castro. **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas**, 4, p. 401-420, 2009.
- BRANDT, V. C.; SALLES, L. M. F. POLÍTICAS SOCIAIS EM TEMPOS (NEO) LIBERAIS: UM ENSAIO CRÍTICO. **Educação: Teoria e Prática**, 28, n. 59, p. 583-601, 2018.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, pp.
- BRASIL. Portaria n.º 710, de 10 de junho de 1999. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. **Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**, Brasília, pp. 48.
- BRASIL. Lei n. 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 set 2006, pp.
- BRASIL. Decreto nº 7.272, de 25 de agosto de 2010. Regulamenta a Lei no 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada, institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PNSAN, estabelece os parâmetros para a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 de agosto de 2010, pp.
- BRASIL. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. **Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**, Brasília, pp.
- BURLANDY, L. A construção da política de segurança alimentar e nutricional no Brasil: estratégias e desafios para a promoção da intersectorialidade no âmbito federal de governo. **Ciência Saúde Coletiva**, 14, p. 851-860, 2009.
- CASTRO, I. R. R. d. A extinção do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e a agenda de alimentação e nutrição. **Cad Saude Publica [online]**, 35, n. 2, p. e00009919, 2019.
- CUSTÓDIO, M. B. *et al.* Segurança Alimentar e Nutricional e a construção de sua política: uma visão histórica. **Segurança Alimentar e Nutricional**, 18, n. 1, p. 1-10, 2011.
- DO AMARAL, V. R.; BASSO, D. Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil: uma análise em perspectiva histórica. **COLÓQUIO-Revista do Desenvolvimento Regional**, 13, n. 1, p. 181-200, 2016.
- FAO. Food And Agriculture Organization Of The United Nations. **Declaração de Roma sobre Segurança Alimentar Mundial e Plano de Ação da Cúpula Mundial da Alimentação.**

Roma: Cúpula Mundial da Alimentação: 1996.

FAO. Food And Agriculture Organization Of The United Nations. **The State of Food Insecurity in the World. Strengthening the enabling environment for food security and nutrition.** Roma: 2014.

GUERRA, L. D. d. S.; CERVATO-MANCUSO, A. M.; BEZERRA, A. C. D. Alimentação: um direito humano em disputa-focos temáticos para compreensão e atuação em segurança alimentar e nutricional. **Cien Saude Colet**, 24, p. 3369-3394, 2019.

HAACK, A. *et al.* Políticas e programas de nutrição no Brasil da década de 30 até 2018: uma revisão da literatura. **Comun. ciênc. saúde**, p. [126-138], 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: análise da segurança alimentar no Brasil.** Rio de Janeiro: 2020.

IPEA. **A trajetória histórica da segurança alimentar e nutricional na agenda política nacional: projetos, descontinuidades e consolidação.** Brasília: 2014.

MACHADO, J. C.; SPERANDIO, N. Segurança Alimentar e Nutricional: Histórico, Conceito e Situação. . *In: Atualizações e debates sobre Segurança Alimentar e Nutricional.* Viçosa, MG: Dayane de Castro Moraes; Naiara Sperandio; Eloiza Priore (org.), 2020. p. 18.

PENSSAN, R. Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil. **Rio de Janeiro: Rede Penssan**, 2021.

RIGON, S. d. A.; SCHMIDT, S. T.; BÓGUS, C. M. Desafios da nutrição no Sistema Único de Saúde para construção da interface entre a saúde e a segurança alimentar e nutricional. **Cad Saude Publica**, 32, p. e00164514, 2016.

RIZZOTTO, M. L. F. O cenário depois do golpe. **Saúde em Debate**, 40, n. 110, p. 5-6, 2016.

TAVARES, F. C. d. L. P.; LEAL, V. S. Editora Universitária da UFPB, **Evolução da política e dos programas de alimentação e nutrição no Brasil: de Josué de Castro à política nacional de segurança alimentar e nutricional.** Recife: 2012. 123 p.

VASCONCELLOS, A. B. P. d. A.; MOURA, L. B. A. d. Segurança alimentar e nutricional: uma análise da situação da descentralização de sua política pública nacional. **Cad Saude Publica**, 34, 2018.

VASCONCELOS, F. d. A. G. d. *et al.* Políticas públicas de alimentação e nutrição do Brasil: de Lula a Temer. **Revista de Nutrição**, 32, 2019.

VIEIRA, F. S.; DE SÁ, R. P. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. **Périplos: Revista de Estudos sobre Migrações**, 10, n. 3, 2016.

VOSGERAU, D. S. A. R.; ROMANOWSKI, J. P. J. R. d. e. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. 14, n. 41, p. 165-189, 2014.

A RELAÇÃO DO CONSUMO DE BEBIDAS AÇUCARADAS E AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Iana Carolina Meira Barboza¹;

Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), Ouro Preto, Minas Gerais.

<http://lattes.cnpq.br/6793561650272766>

Francisco Fábio Bezerra de Oliveira²;

Centro Universitário Paraíso (UniFAP), Juazeiro do Norte, Ceará.

<https://orcid.org/0000-0003-1783-838X>

Ludmila Araújo Rodrigues de Lima³;

Centro Universitário Paraíso (UniFAP), Juazeiro do Norte, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/0984890176527264>

Maria Misrelma Moura Bessa⁴.

Centro Universitário Paraíso (UniFAP), Juazeiro do Norte, Ceará.

<https://orcid.org/0000-0003-4867-3485>

RESUMO: O crescimento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil está relacionado às diversas transformações que o país enfrentou nas últimas décadas, que evidenciaram modificações no processo saúde-doença, nas taxas de mortalidade e fecundidade, bem como no padrão alimentar da população. Essas transformações repercutiram no modo de vida da população, destacando-se o aumento no consumo de alimentos ultraprocessados, com alta densidade energética, ricos em gorduras e açúcares e pobres em nutrientes. O consumo de bebidas açucaradas está entre os principais marcadores do padrão alimentar não saudável, e essas bebidas constituem um dos principais fatores de risco para as DCNT. No Brasil, a relevância das DCNT são responsáveis por mais da metade do total de mortes. Em 2019, 54,7% dos óbitos registrados no país foram causados por DCNT. Foi realizado um estudo através de revisão sistematizada de artigos publicados sobre DCNT e Bebidas Açucaradas em bases de dados eletrônicas, com abordagem qualitativa. A pesquisa na literatura foi por meio de dados online: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Biblioteca Eletrônica Científica Online (SciELO). Conclusão: O alto consumo de bebidas açucaradas revela impacto significativo na carga de DCNT. Considerando que as condições crônicas de saúde demandam cuidado contínuo e frequente intervenção de profissionais de saúde, além de mudanças no estilo de vida e no padrão alimentar.

PALAVRAS-CHAVE: Doenças crônicas não transmissíveis. Bebidas açucaradas. Diabetes Mellitus.

THE INFLUENCE OF THE CONSUMPTION OF SUGAR-FREE BEVERAGES IN THE FIGHTING OF CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES

ABSTRACT: The growth of Chronic Non-Communicable Diseases (NCDs) in Brazil is related to the various transformations that the country has faced in recent decades, which have evidenced changes in the health-disease process, in mortality and fertility rates, as well as in the population's dietary pattern. These transformations had repercussions on the population's way of life, highlighting the increase in the consumption of ultra-processed foods, with high energy density, rich in fats and sugars and poor in nutrients. The consumption of sugary drinks is among the main markers of unhealthy dietary patterns, and these drinks are one of the main risk factors for NCDs. In Brazil, the relevance of NCDs is responsible for more than half of all deaths. In 2019, 54.7% of deaths recorded in the country were caused by NCDs. A study was carried out through a systematic review of published articles on CNCD and Sugary Drinks in electronic databases, with a qualitative approach. The literature search was done using online data: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) and Scientific Electronic Library Online (SciELO). Conclusion: The high consumption of sugary drinks reveals a significant impact on the burden of NCDs. Considering that chronic health conditions demand continuous care and frequent intervention by health professionals, in addition to changes in lifestyle and dietary pattern.

KEY-WORDS: Chronic non-communicable diseases. Sugary drinks. Diabetes Mellitus.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) compõem um conjunto de condições crônicas, que em geral, estão relacionadas a causas múltiplas, sendo caracterizadas por início gradual e de prognóstico incerto. As principais causas dessas doenças incluem fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo nocivo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada (BRASIL, 2021).

No Brasil em 2019 as DCNT corresponderam a 54,7% das causas de morte, sendo as mais prevalentes as doenças cardiovasculares, que ocuparam o primeiro lugar nas causas de óbito (29,7% de óbitos corrigidos), seguidas das neoplasias (16,8%), doenças respiratórias crônicas (5,9%) e diabetes (5,1%) (MALTA et al, 2019).

O crescimento das DCNT no Brasil está relacionado às diversas transformações que o país enfrentou nos últimos anos, gerando as transições demográfica, epidemiológica e nutricional, na qual evidenciaram modificações no processo saúde-doença, nas taxas

de mortalidade e fecundidade, bem como no padrão alimentar da população (BRASIL, 2014). Essas transformações repercutiram, principalmente, no modo de vida da população, destacando-se aqui o aumento do consumo de alimentos ultraprocessados, com alta densidade energética (ricos em gorduras e açúcares), baixo teor de nutrientes e redução do consumo de alimentos in natura, ricos em vitaminas, minerais e fibras (IBGE, 2011; LOUZADA et al., 2015).

Dentro desse contexto de transição nutricional, observa-se um aumento na tendência no consumo de alimentos e bebidas processados e ultraprocessados, com ênfase especial ao alto consumo de bebidas açucaradas, que incluem, mas, não limitado a esses, refrigerantes, sucos adoçados, sucos em pó, sucos em caixa, bebidas esportivas, águas, chás açucarados e energéticos, todos estes detentores de altas cargas calóricas (MALIK VS; SCHULZE MB; HU FB, 2015).

Dessa forma, constata-se a relação entre consumo de bebidas açucaradas e a obesidade, uma das doenças associadas ao risco para o desenvolvimento das DCNT. A prevalência mundial de sobrepeso/obesidade vem apresentando rápido e progressivo aumento nas últimas décadas. Existe mais de 1 bilhão de pessoas nessa condição, e a estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o ano de 2025, é de que chegue a 2,3 bilhões de adultos com sobrepeso e mais de 700 milhões com obesidade (ABESO, 2015). No cenário brasileiro, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2019), mais da metade dos adultos apresenta excesso de peso (60,3%, o que representa 96 milhões de pessoas), com prevalência maior no público feminino (62,6%) do que no masculino (57,5%) (IBGE, 2019).

Evidências científicas revelam que o consumo elevado de açúcares na forma de bebidas açucaradas favorece não só o aumento da prevalência de obesidade e/ou excesso de peso, mas também a resistência à insulina (RI), hiperglicemia e diabetes mellitus (MALIK; HU, 2015)

Desse modo, no contexto da saúde pública brasileira, estudos que aprofundam a relação entre DCNT e consumo de bebidas açucaradas representam uma importante ferramenta para profissionais de saúde, para o incremento de políticas públicas abrangentes que atuem nos diversos níveis de assistência, para prevenir e tratar complicações e agravos decorrentes dessas patologias.

REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo os dados de 2020 da OMS, as DCNT estão entre as principais causas de adoecimento e morte no mundo, estima-se que sejam responsáveis por 41 milhões de óbitos por ano, sendo 70% de todas as mortes (OMS, 2020). O aumento da carga dessas doenças pode estar relacionado ao envelhecimento populacional, mudanças nos hábitos e estilo de vida, disparidades socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde, sendo os

dois últimos considerados fenômenos não biológicos (SIMÕES et al, 2021).

São consideradas doenças de origem multifatorial, englobando condições ambientais nas quais os indivíduos estão expostos a mais tempo e outras condições que podem ser modificadas, uma vez que estão relacionadas a hábitos de vida, especialmente alimentares (ABBAFATI *et al.*, 2020a).

Contudo, para compreender a relevância das DCNT na saúde pública e sua relação com hábitos alimentares, é necessário pontuar que, nas últimas décadas diversos países, incluindo o Brasil, vivenciaram um processo de mudanças do perfil populacional quanto a taxas de fecundidade e expectativa de vida, na qual acarretou alterações importantes no perfil de morbimortalidades das populações (VASCONCELOS e GOMES, 2012).

Pode-se afirmar que a redução das taxas de mortalidade e fecundidade é o principal responsável pelo processo conhecido como transição demográfica, apresentando como consequência a mudança na composição por idade e sexo da população, com a redução dos grupos etários mais jovens e a ampliação dos grupos etários mais velhos (ALVES, 2014).

A simples mudança na chamada pirâmide populacional, explicada a partir da mudança da estrutura etária apontada por Nasri (2008) em seu estudo, não explica por si só o impacto em termos de saúde pública, compreendendo o viés econômico que condiciona a qualidade de vida das populações. O padrão distinto da transição demográfica entre países europeus e países em desenvolvimento explica em muitos aspectos como este fenômeno reflete uma série de eventos que repercutem no perfil epidemiológico, no processo saúde doença, bem como evidencia características da qualidade de vida e comportamento de grupos distintos destes países.

A diminuição da fração jovem na população é um processo desencadeado principalmente pela queda da fecundidade, como já foi apontado, que durante certo período proporciona o aumento relativo das pessoas em idade ativa, podendo estar relacionado com o crescimento da poupança e da produtividade, contudo o aumento da proporção das pessoas idosas fará com que essa poupança seja consumida gerando efeitos nos gastos públicos e pensões (PAIVA e WAJNMAN, 2005).

No Brasil, o gasto em saúde com a população idosa é alto, sendo observado um aumento gradativo nas taxas de internação a partir da quinta década de vida, e na faixa de 80 anos ou mais essa taxa quadruplica quando comparada à dos 50 anos de idade (PEREZ, 2008).

As condições de envelhecimento atrelado às diferenças do processo saúde-doença fortemente influenciado por fatores sociais, econômicos e ambientais, compõem o processo de transição epidemiológica como resultante da transição epidemiológica. Mudanças no perfil demográfico de uma população acarretam transformações em outros segmentos dignos de observação. À medida que as pessoas vivem mais, estarão mais expostas às

condições ambientais e fatores comportamentais, acompanhados de consequências para sua saúde (VERAS, 2009).

A transição demográfica é determinante da transição epidemiológica, ou seja, as doenças que ocasionam adoecimento por mais ou menos tempo e morte irão se modificar. Em um país essencialmente jovem, as doenças são caracterizadas por eventos causados por doenças infectocontagiosas, cujo desfecho se resume superficialmente em cura ou morte. Ademais, as doenças no idoso tendem a mudar para o padrão de doenças crônicas, portanto, o paradigma muda para o controle ou não controle; sendo que o não controle da doença crônica inclui maior disfunção, dependência e quedas (NASRI, 2008).

Além do aspecto do acometimento de doenças em idosos, outra característica da transição epidemiológica são as diferenças entre perfis de adoecimento e mortalidade, considerando outras variáveis como sexo, etnia e local de moradia (OKSUZYAN, 2018).

Apesar de experimentar uma transição de um padrão de mortalidade e morbidade por enfermidades infecciosas para um perfil com maior relevância de doenças crônicas não transmissíveis, no geral, o país convive com distintos padrões de transição que são o resultado de diferenças de nível de desenvolvimento regional e social (MARTINS et al, 2021).

As diferenças entre os sexos, comumente está relacionada a fatores comportamentais como afirmam Luy e Wegner (2015) sobre as razões biológicas e não biológicas arroladas para explicar essas diferenças entre homens e mulheres, a maior parte do diferencial é atribuída a fatores não biológicos.

Dadas as mudanças no perfil de adoecimento supracitadas, faz-se necessário compreender que as DCNT são doenças de origem multifatorial, englobando condições ambientais nas quais os indivíduos estão expostos a mais tempo e outras condições que podem ser modificadas, uma vez que estão relacionadas a hábitos de vida, especialmente alimentares (ABBAFATI et al., 2020a).

Também integram o grupo das DCNT o sobrepeso e obesidade, que são caracterizados pelo acúmulo de gordura corporal, excedendo os padrões aceitáveis de normalidade antropométrica em diferentes graus (OLIVEIRA, *et al* 2009). Atuam como importantes fatores de risco para a morbimortalidade de populações adultas, associando-se a 63% do total global de mortes causadas pela DCNT. Desse valor, 78% da mortalidade ocorre em países de média e baixa renda (GOURLAT, 2011). Dadas às desigualdades de acesso à alimentação, educação e atenção à saúde desses países, 30% dessas mortes ocorrem em pessoas com menos de 60 anos de idade (PULLAR *et al*, 2018).

As DCNT geram consequências socioeconômicas importantes ao favorecerem o empobrecimento de famílias, e impactarem negativamente os desenvolvimentos social e econômico nacionais (CARDOSO *et al*, 2021).

Considerando que DCNT são de etiologia multifatorial e compartilham vários fatores de riscos, o enfrentamento a estas seguem recomendações em comum, muitas destas envolvem mudanças comportamentais, contempladas em políticas públicas e estratégias de cuidado. As evidências acumuladas apontam que, para deter o crescimento das DCNT, são necessárias estratégias integradas e sustentáveis de prevenção e controle, assentadas sobre seus principais fatores de risco modificáveis como: tabagismo, inatividade física, alimentação inadequada, obesidade, dislipidemia e consumo de álcool (MALTA *et al.*, 2017).

A vigilância é uma das estratégias primordiais, especialmente para o monitoramento dessas doenças e dos seus fatores de risco. Essa é uma ação de relevância na saúde pública, com o objetivo de subsidiar o planejamento, a execução e a avaliação da prevenção e do controle (MALTA, MOURA e SILVA, 2013). Deve-se reunir um conjunto de ações que possibilitem conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência dessas doenças.

No que se refere ao estudo da relação entre consumo de SSBs e DCNT, uma das iniciativas que se destacam é o *Global Burden of Disease* (GBD), um estudo global sobre doenças, lesões e fatores de riscos que engloba 204 países e territórios, a partir de dados altamente padronizados e abrangentes, fornecendo uma base detalhada e ampla sobre as tendências globais de saúde e desafios emergentes (ABBAFATI *et al.*, 2020b). Dentre seus objetivos, tem-se a análise da carga de DCNT através de um esforço sistemático e científico para quantificar a magnitude comparativa da perda de saúde decorrente de doenças, lesões e fatores de risco (incluindo o consumo alimentar de bebidas açucaradas) por idade, sexo e geografia para pontos específicos no tempo (SOUZA, 2017).

O GBD fornece uma avaliação abrangente com o objetivo de estimar a incapacidade e a morte por todas as causas e causas específicas em todo o mundo, para isso utiliza estratégias analíticas e variadas fontes de dados para traçar estimativas comparáveis de número de óbitos, taxas de mortalidade, incidência e prevalência de doenças e anos vividos com incapacidade, segundo sexo, idade, causa, ano e localização geográfica (ABBAFATI *et al.*, 2020a).

A abordagem analítica do GBD para realizar a estimativa é guiada por soluções padronizadas para problemas analíticos gerais: inconsistência em definições ou códigos para diferentes épocas ou áreas geográficas; dados faltantes; dados contraditórios para um mesmo ano e localização; e grupos populacionais (por exemplo: população de baixa renda, minorias e grupos vulneráveis) que são frequentemente omitidos em fontes de dados administrativos (ABBAFATI *et al.*, 2020b).

O GBD 2019 investigou 87 fatores de risco e a agregação desses fatores em nível regional e global, para seus 204 países e territórios. Para os níveis de fatores de risco, o GBD usa valores de exposição sumária, com a intenção de facilitar comparações no decorrer do tempo, entre os fatores de risco e as diferentes localizações. Os fatores de risco do GBD são apresentados em níveis hierárquicos (MURRAY *et al.*, 2020).

Entre as DCNT merece destaque no que diz respeito ao consumo de bebidas açucaradas, o Diabetes Mellitus tipo 2 (DM-2). Os mecanismos biológicos associados à ingestão de bebidas açucaradas e o desenvolvimento do DM-2, está em parte por sua capacidade de induzir ganho de peso, mas também de maneira independente por meio de efeitos metabólicos dos açúcares constituintes. O consumo dessas bebidas induz picos rápidos nos níveis de glicose e insulina no sangue, uma vez que apresentam valores elevados de índice glicêmico (IG) que, em grandes quantidades consumidas, contribuem para uma carga glicêmica (CG) alimentar elevada (MALIK e HU, 2019).

Dietas com alto teor de índice glicêmico, estimulam mais a secreção de insulina, podendo promover resistência a esse hormônio, exacerbar biomarcadores inflamatórios, e estão associadas a maior risco de DM-2.

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão sistematizada de artigos publicados sobre Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e Bebidas Açucaradas em bases de dados eletrônicas previamente selecionadas. A abordagem qualitativa foi eleita considerando que outros métodos como: meta-análise a qual informações relevantes para o cálculo e resultado da amostra não podem ser mensuradas restringindo a quantidade de estudos. Foi realizada uma pesquisa na literatura por meio de bases de dados online: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Biblioteca Eletrônica Científica Online (SciELO), limitado a artigos publicados nos últimos 20 anos (de 2002 a 2022), período de intensificação das publicações nessa temática. Inicialmente, foram utilizados os seguintes descritores para busca na base de dados MEDLINE: 1. “Doenças Crônicas Não Transmissíveis” (Medical Subject Headings [MeSH]); 2. “Bebidas Açucaradas” (Descritores em Ciências da Saúde [DeCS]). As pesquisas realizadas foram 1 AND 2. A estratégia de busca e os itens obtidos na busca foram revisados em duas ocasiões distintas para garantir a seleção adequada da amostra. Uma estratégia de busca semelhante foi realizada na base de dados SciELO, utilizando os descritores relacionados anteriormente e os descritores equivalentes em língua portuguesa. A análise do artigo seguiu critérios de elegibilidade previamente determinados. Adotou-se os seguintes critérios de inclusão: (1) artigos que tivessem no título pelo menos uma combinação dos termos descritos na estratégia de busca; (2) publicações escritas em inglês ou em português; (3) estudos que abordem a temática da relação entre consumo de Bebidas Açucaradas e ocorrência de DCNT; (4) artigos com texto completo acessíveis por meio do Portal de Periódicos da Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), biblioteca vinculada ao Ministério da Educação do Brasil e com conteúdo restrito a usuários autorizados; e (5) estudos observacionais prospectivos ou retrospectivos (descritivos ou analíticos, exceto estudos de caso), experimentais ou quase experimentais. Os critérios de exclusão foram: (1) outros desenhos de estudo, por exemplo, relatos de casos, séries de casos, revisões e comentários da literatura; (2) estudos não originais,

incluindo editoriais, resenhas, prefácios, comunicações curtas e cartas ao editor.

CONCLUSÃO

Considerando as condições crônicas de saúde que demandam cuidado contínuo, frequente intervenção de profissionais de saúde e desencadeiam mudanças no estilo de vida, o cuidado as DCNT deve ser integral desde a promoção da saúde até a devida assistência no manejo, tendo em vista a repercussão no sistema de saúde e impacto negativo na qualidade de vida nos indivíduos acometidos.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

ABBAFATI, C. et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **The Lancet**, v. 396, n. 10258, p. 1204–1222, 2020a.

ABBAFATI, C. et al. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **The Lancet**, v. 396, n. 10258, p. 1223–1249, 2020b.

ALVES, José. Transição demográfica, transição da estrutura etária e envelhecimento. **Revista Longeviver**. São Paulo, 2014. Disponível em: <https://revistalongeviver.com.br/index.php/revistaportal/article/view/440/440>. Acesso em: 10 abr. 2022.

Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica - ABESO. Diretrizes brasileiras de obesidade [online]. ABESO; 2015. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasil: Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. Portaria nº 483, de 01 de abril de 2014. Redefine a rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Diário Oficial da União 2014; 02 abr.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE).

Pesquisa Nacional de Saúde. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. [S.l: s.n.], 2019.

CARDOSO, Laís Magalhães et al. Mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis nos municípios brasileiros, nos triênios de 2010 a 2012 e 2015 a 2017. **Revista Brasileira de Epidemiologia.** 2021, v. 24, suppl 1 [Accessed 29 April 2022]

GOULART FAA. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**; 2011.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018 – POF. Rio de Janeiro, 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa de Orçamentos Familiares:** POF 2008-2009. Análise do Consumo Alimentar Pessoal no Brasil. [S.l: s.n.], 2011.

LOUZADA, Maria Laura da Costa et al. Ultra-processed foods and the nutritional dietary profile in Brazil. **Revista de Saúde Pública** [online]. 2015, v. 49, n. 00 [Acessado 16 maio 2022], 38. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049006132>>. Epub 10 Jul 2015.

LUYM, Wegner-Siegmundt C. The impact of smoking on gender differences in life expectancy: more heterogeneous than often stated. **Eur J Public Health.** 2015; 25(4):706-10.

MALIK VS, Hu FB. Fructose and Cardiometabolic Health: What the Evidence from Sugar-Sweetened Beverages Tells Us. **J Am Coll Cardiol** 2015; 66(14):1615-1624.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Burden of disease attributable to Risk Factors in Brazil: an analysis of national and subnational estimates from the 2019 Global Burden of Disease study. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 55, n. Suppl I, p. e0262, 2022

MALTA DC, França E, Abreu DMX, Perillo RD, Salmen MC, Teixeira RA, et al. Mortality due to noncommunicable diseases in Brazil, 1990 to 2015, according to estimates from the Global Burden of Disease study. **São Paulo Med J** 2017; 135(3):

MALTA DC, Moura, L. Silva Jr, JB. Epidemiologia das Doenças Crônicas Não transmissíveis no Brasil. In: Rouquayrol MZ, Gurgel, M. **Epidemiologia & Saúde**, 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2013. Cap. 14.

MARTINS, Thalyta Cássia de Freitas et al. Transição da morbimortalidade no Brasil: um desafio aos 30 anos de SUS. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2021, v. 26, n. 10 [Acessado 11 junho 2022], pp. 4483-4496.

MURRAY, Christopher J. L. et al, Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019,

The Lancet, v. 396, n. 10258, p. 1223–1249, 2020.

NASR Fabio. O envelhecimento populacional no Brasil. **Rev Einstein**. 2008; 6 (Supl 1): S4-S6.

OKSUZYAN A. Sex differences in health and survival. In: G. Doblhammer, J. Gumà, editors. A demographic perspective on gender, family and health in Europe. Cham: **Springer International Publishing**; 2018. p. 65-100.

OLIVEIRA LPM, Assis AMO, Silva MCM, Santana MLP, Santos NS, Pinheiro SMC, *et al.* Fatores associados a excesso de peso e concentração de gordura abdominal em adultos na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad Saúde Pública** 2009; 25(3): 570-82.

OMS. Site da Organização Mundial de Saúde. Estimativas globais de saúde: principais causas de morte. Disponível em <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-72-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>. Acessado em: 28 abril. 2021.

PAIVAPTA, Wajnman S. From the causes to the economic consequences of the demographic transition in Brazil. **Rev Bras Estud Popul**. 2005;22(2):303-22

PEREZ, Mariângela. A população idosa e o uso de serviços de saúde. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, [S.l.], v. 7, n. 1, set. 2014. Disponível em: <<https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/9278>>. Acesso em: 29 mai. 2022.

PULLAR J, Allen L, Townsend N, Williams J, Foster C, Roberts N, Rayner M, Mikkelsen B, Branca F, Wickramasinghe K. The impact of poverty reduction and development interventions on non-communicable diseases and their behavioural risk factors in low and lower-middle income countries: A systematic review. **PLoS One** 2018; 13(2):e0193378

SIMÕES, Taynãna César et al. Prevalências de doenças crônicas e acesso aos serviços de saúde no Brasil: evidências de três inquéritos domiciliares. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2021, v. 26, n. 09 [Acessado 10 junho 2022], pp. 3991-4006

VASCONCELOS, Ana Maria Nogales; GOMES, Marília Miranda Forte. Transição demográfica: a experiência brasileira. *Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília*, v. 21, n. 4, p.539-548, dez. 2012. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742012000400003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 junho. 2022.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública** [online]. 2009, v. 43, n. 3 [Acessado 05 junho 2022] , pp. 548-554.

BARBOZA, Iana. **Título da obra em negrito**: subtítulo sem negrito. Cidade: Editora, Ano.

SOBRENOME, Nome. **Título da obra em negrito**. Cidade: Editora, Ano.

Obs: Antes de submeter à obra, os autores deverão analisá-la em um detector de plágio,

não devendo exceder mais do que 20% de detecção confirmada de plágio. Nas áreas da ciência, medicina e engenharia, tem-se o nível de tolerância maior, devido à pesquisa ocorrer de forma interligada.

INDICADORES DE SAÚDE DO IDOSO: CONTEXTUALIZAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA PARA A SAÚDE PÚBLICA

Iara Maria Ferreira Santos¹;

<https://orcid.org/0000-0002-7938-6262>

<http://lattes.cnpq.br/5755186687915924>

Doutoranda em Saúde Pública do DINTER UNCISAL/USP e Professora de Graduação da UNCISAL - Maceió, AL.

Cidênia Mônica Soares de Souza².

Fonoaudióloga Formada pela UNCISAL - Maceió, AL.

<http://lattes.cnpq.br/4175619601699196>

RESUMO: O idoso tem vulnerabilidades bastante conhecidas, que trazem consigo perda funcional em vários aspectos. É indispensável a participação do fonoaudiólogo na atenção à população idosa, por meio de ações de educação em saúde, trabalhando a integralidade do cuidado a partir da detecção de fatores determinantes em saúde, conforme a singularidade de cada indivíduo. Os indicadores de saúde são sinalizadores que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como servem para a vigilância das condições de saúde. Objetivou-se relacionar fatores determinantes de saúde da população idosa com aspectos fonoaudiológicos. A pesquisa teve um corte transversal de caráter descritivo, utilizando elementos estatísticos provenientes de um sistema de informação. Analisaram-se dados referentes a pessoas maiores de 60 anos, com dados dos anos 2000, 2007, 2010, 2017 e 2019, na cidade de Maceió, estado de Alagoas, em que se buscou verificar a interferência que determinados indicadores de saúde têm no cuidado fonoaudiológico desses indivíduos. A comparação entre os anos de 2000 e de 2019 mostra que houve um aumento de 3.94 na proporção da população idosa e de 25.93 no índice de envelhecimento da população. Foi constatada, ainda, uma redução de 0.06 na razão de sexo entre idosos e de 20.40 na razão de dependência. Os dados encontrados permitiram concluir que os indicadores de saúde, com ênfase na fonoaudiologia, são voltados para patologias, mas a atuação desse profissional na saúde pública não se limita à tangente saúde/doença, existindo a dedicação na promoção de qualidade de vida, proteção e reabilitação da saúde do idoso.

PALAVRAS-CHAVE: Indicadores de saúde. População idosa. Fonoaudiologia e Saúde Pública.

INDICATORS OF ELDERLY HEALTH: SPEECH THERAPY CONTEXTUALIZATION FOR PUBLIC HEALTH

ABSTRACT: The elderly have well-known vulnerabilities, which bring functional loss in several aspects. The participation of the speech therapist in the care of the elderly population is essential, through health education actions, working with comprehensive care based on the detection of determinants in health, according to the uniqueness of each individual. Health indicators are flags that contain relevant information about certain attributes and dimensions of health status, as well as serve to monitor health conditions. The objective was to relate factors that determine the health of the elderly population with speech therapy aspects. For this, the research had a cross section of a descriptive character, using statistical elements from an information system. Data on people older than 60 years were analyzed, with data from the years 2000, 2007, 2010, 2017 and 2019, in the city of Maceió, state of Alagoas, in which we sought to verify the interference that certain health indicators have in the care speech therapy of these individuals. The comparison between the years 2000 and 2019 shows that there was an increase of 3.94 in the proportion of the elderly population and of 25.93 in the population aging index. There was also a reduction of 0.06 in the sex ratio among the elderly and of 20.40 in the dependency ratio. The data found allowed us to conclude that health indicators, with an emphasis on speech therapy, are focused on pathologies, but the performance of this professional in public health is not limited to the tangent of health / disease, with a dedication to promoting quality of life, protection and rehabilitation of the health of the elderly.

KEY-WORDS: Health indicators; elderly population; speech therapy and public health.

INTRODUÇÃO

O idoso tem vulnerabilidades bastante conhecidas, que trazem consigo perda funcional em vários aspectos, podendo ser dificuldades na linguagem, fala, voz, motricidade orofacial, audição, episódios específicos de dificuldades na deglutição, bem como alterações do equilíbrio corporal, doenças crônicas e fragilidades diversas (MORAES *et al*, 2016; VERAS, 2018).

Uma das fragilidades da população idosa é que aproximadamente um quinto dos indivíduos acima de 65 anos apresenta alguma dificuldade de comunicação; assim, necessitarão de atenção multidisciplinar e integrada, executada por profissionais de saúde de diversas áreas, dentre as quais a Fonoaudiologia. O fonoaudiólogo contribuirá de forma eficaz nas ações de atenção à saúde do idoso no âmbito da comunicação humana e seus distúrbios (MORAES *et al*, 2009; MORAES *et al*, 2016).

A redução da função comunicativa tem relação direta com a incapacidade de se comunicar no idoso, podendo acarretar perda ou restrição da participação social, interferindo na autonomia de tomada de decisões, afetando significativamente a independência e a qualidade de vida do indivíduo (MORAES *et al*, 2018).

As funções cognitivas também sofrem modificações com o envelhecer. A habilidade de memória é uma das mais comprometidas, podendo se manifestar com perda de memória recente, por exemplo, o que afeta diretamente o desempenho físico e social do idoso (GOMES *et al*, 2020).

A capacidade funcional do idoso permite uma melhor qualidade de vida. A relação entre aspectos físicos e sociais possibilitam uma boa saúde emocional e cognitiva nos idosos. Quanto aos aspectos auditivos, observa-se uma perda fisiológica em consequência do envelhecimento, os quais comprometem a capacidade de discriminar e compreender a linguagem. Quanto à motricidade orofacial, está ligada às funções estomatoglossognáticas que são mastigação, deglutição, respiração e fala que quando alteradas, afetam diretamente a vida dos indivíduos, visto que são funções importantes para a manutenção da vida. Há ainda questões ligadas à fonação e ao envelhecimento das estruturas ligadas a esse aspecto (SANTIAGO *et al.*, 2016).

O envelhecer não pode ser discutido como se fosse um processo homogêneo. As relações comunicativas que se dão no e pelo meio social, refletem as identidades e as características específicas dos sujeitos dessa faixa etária. Não há como pensar em envelhecimento sem considerar as relações, a comunicação humana, a audição, a diminuição da capacidade de reconhecimento de fala, acesso lexical, memória, aprendizagem, envelhecimento de estruturas vocais, hipotonia em órgãos fonoarticulatórios e em termos gerais □ promoção da saúde (NUCCI *et al.*, 2013).

A seleção do conjunto básico de indicadores deve ajustar-se à disponibilidade de sistemas de informação, às fontes de dados, aos recursos, às prioridades e às necessidades específicas em cada região. Dessa forma, consegue-se fazer uma ligação direta entre os indicadores de saúde e a Rede de Atenção à Saúde (RAS), devido a uma das finalidades dessa rede, que é produzir intervenções baseadas nas necessidades da população. Podem-se encontrar esses indicadores em bases de dados como Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Sistema de Indicadores para Acompanhamento de Políticas de Saúde do Idoso (SISAP – Idoso), por exemplo.

No caso do Sistema de Indicadores para Acompanhamento de Políticas de Saúde do Idoso, o objetivo é fornecer aos gestores e à sociedade dados úteis à formulação de políticas e de ações de prevenção, além de contribuir na melhoria da qualidade da assistência à saúde e da informação gerada nos níveis básicos de atenção do SUS. O SISAP-Idoso, sistema de consulta de indicadores pela internet sobre a saúde do idoso a nível federal, estadual e municipal, foi lançado em 2011 pelo Laboratório de Informação em

Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (LIS-ICICT/Fiocruz), de modo a trazer uma facilidade em relacionar as principais influências no processo saúde-doença da população senil (ROMERO *et al.* 2018).

Grande parte da inovação do SISAP-Idoso vem da combinação de duas lógicas independentes, mas complementares de estruturação dos indicadores. A primeira é a Matriz Conceitual por Dimensões de Saúde que subsidiou os achados deste estudo e esta é utilizada para o diagnóstico da situação de saúde da população idosa e tem como objetivo fornecer aos gestores e à população uma ferramenta para realizar a análise de situação de saúde da população idosa. A segunda delas é a Matriz Conceitual para o acompanhamento de Políticas e Programas que tem como objetivo permitir o acompanhamento de dispositivos específicos de políticas e programas de saúde da pessoa idosa através de indicadores selecionados.

A primeira matriz é composta por quatro grandes dimensões que são subdivididas em áreas e os indicadores são agrupados de acordo com o tema que estão relacionados. As dimensões são: 1. Determinantes da Saúde, fatores de risco e condições demográficas □ que trata dos fatores ambientais que atuam como determinantes de agravos à saúde (Indicadores contextuais e ambientais), dos fatores econômicos e sociais da população idosa (Indicadores socioeconômicos e de fragilidade social), de características demográficas da população (Indicadores demográficos) e de fatores relacionados à comportamentos, atitudes e práticas que podem influenciar a ocorrência de doenças e agravos (Indicadores comportamentais); 2. Condições de saúde dos idosos □ que explana os indicadores de auto avaliação do estado de saúde, o estado funcional, expectativa de vida saudável, Indicadores de Mortalidade, indicadores que mostram o perfil de internações (Indicadores de Morbidade); 3. Serviços de Saúde □ que foram calculados segundo dados contidos no SIM, SIH, PNAD, PNS, Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) e Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) e tem como subdivisões Cobertura da Estratégia de Saúde da Família e Utilização dos Serviços, Cobertura Vacinal, Recursos, Medicamentos e Materiais especiais e Financiamento; e por fim, 4. Qualidade da Informação □ que possui indicadores que avaliam a qualidade do preenchimento das Declarações de Óbito (DO) e das Autorizações para Internação Hospitalar (AIH) de idosos, considerando a completitude das informações do SIM e do SIH/SUS.

Isso posto, indicamos que neste artigo, partiremos do SISAP; Escolher o referido sistema ocorre por considerarmos que no Brasil o envelhecimento populacional tem assumido características próprias; é notória a necessidade de abranger a atenção à saúde do idoso, apontando para uma visão integral dos indivíduos e ressaltando a necessidade de preservação da funcionalidade e, conseqüentemente, da qualidade de vida dos sujeitos (MEDEIROS, *et al.* 2017) e o SISAP pela sua configuração e robustez nos dados dessa população específica, atende a uma discussão mais completa. Desse modo, tendo vista a importância que esses sistemas possuem para o desenvolvimento de pesquisas, esse trabalho se baseou no SISAP que possui dados de livre acesso, a fim de discutir como

alguns fatores interferem na saúde da população idosa do estado de Alagoas e que se relacionam a fonoaudiologia.

METODOLOGIA

A pesquisa teve um corte transversal de caráter descritivo, que se caracteriza por descrever os dados em um retrato da situação através de uma determinação simultânea do fator interesse e do desfecho em investigação numa população bem definida em um determinado momento. Para isso utilizamos elementos estatísticos provenientes de um sistema de informação, disponíveis na base de dados do Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP-Idoso) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Analisamos dados referentes a pessoas maiores de 60 anos, buscando considerar os anos de forma isolada desde 2000 a cada dez anos, sendo utilizado sempre o menor ano e maior ano disponível para o indicador selecionado. Com isso verificou-se os dados de 2000, 2007, 2010, 2017 e 2019, na cidade de Maceió, estado de Alagoas, em que se buscou analisar a interferência que determinados indicadores de saúde têm no cuidado fonoaudiológico desses indivíduos. Ocorreu exceção no indicador de fumantes que somente tinha disposto no site dados referentes aos anos de 2008 e 2013.

Justificando a irregularidade da periodicidade e a falta de atualização dos dados dispostos no site SISAP-Idoso pode-se inferir que o sistema utiliza dados de diferentes fontes de informação como o SIH (Sistema de Informação Hospitalar), o SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade), o SINAN (Sistema de Informação de Agravos e Notificações) entre outras, com diferentes periodicidades de atualização. Por isso, o sistema não tem uma data regular de atualização dos indicadores, sendo atualizado na medida em que os dados são liberados nessas fontes.

Todas as informações foram obtidas a partir dos relatórios disponíveis no supracitado SISAP-Idoso, no painel de indicadores; o acesso foi realizado em 09 de fevereiro de 2020 □ até o final de 2020 não havia dados atualizados.

O SISAP-Idoso utiliza informações de fontes específicas e selecionadas de acordo com a matriz conceitual, por isso os usuários não podem atualizar ou inserir informações de outras fontes ou sem que sejam avaliadas. Além disso, os indicadores passam por diferentes processos de cálculo antes de serem disponibilizados no sistema. O SISAP-Idoso conta com informações de diferentes fontes, pesquisas e inquéritos, como já indicado.

Para produzir os indicadores foram utilizadas informações do SIA/SUS (Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade), SI-PNI (Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações), SIH/SUS (Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde). As pesquisas e inquéritos utilizados no SISAP são selecionadas de acordo com os dois critérios: (1)

Devem ser representativos da população e (2) devem ser desagregáveis e representativos da população idosa de 60 anos e mais. Assim, são utilizadas no Sistema a PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios), a PNS 2013 (IBGE - Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013) e o VIGITEL. Informações demográficas são obtidas através dos Censos Demográficos realizados pelo IBGE.

Para obter os dados, foi necessário entrar no site do SISAP-Idoso, em seguida clicar em gerador de gráficos, selecionar o estado (Alagoas) e município (Maceió), posteriormente a dimensão que estava sendo procurada e, por fim, selecionar o ano.

As dimensões utilizadas para este estudo foram: determinantes de saúde, fatores de risco e condições demográficas, em específico as subdivisões demográficas e comportamentais; e as condições de saúde dos idosos nas subdivisões estado funcional, morbidade e agravos, morbidade hospitalar e mortalidade.

Devido às características do estudo, o qual analisa elementos meramente de domínio público, referentes a sistemas oficiais e em que não se identificam sujeitos participantes, considerou-se que o mesmo não necessita de aprovação em comitês reconhecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, conforme prevê os princípios éticos para realização de pesquisas que envolvam seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os determinantes de saúde selecionados foram aqueles que fazem referência a fonoaudiologia □ direta ou indiretamente.

Tabela 1: Determinantes de interferência Direta e sua relação com a fonoaudiologia

DETERMINANTES	RELAÇÃO QUE POSSUI COM A FONOAUDIOLOGIA
Proporções dos Idosos com alguma dificuldade para ouvir	Presbiacusia
Proporções dos Idosos com alguma deficiência mental	Linguagem e saúde mental;
Proporções dos Idosos com AVC	Linguagem (afasia), Motricidade orofacial e Disfagia;
Proporção de idosos com doenças do aparelho respiratório	Proporção de idosos com doenças do aparelho respiratório
Proporção de fumantes	Voz;

Tabela 2: Determinantes de interferência Indireta e sua relação com a fonoaudiologia

DETERMINANTES	RELAÇÃO QUE POSSUI COM A FONOAUDIOLOGIA
Proporções da população idosa	Saúde pública e geriatria e gerontologia;
Proporção de idosos internados	Disfagia, motricidade orofacial, voz e linguagem;
Proporção de mortalidade hospitalar	Disfagia;

Foi feita uma relação demográfica para a cidade de Maceió, os quais estão descritos comparando os anos de 2000 e 2019 e estão dispostos na tabela 3.

Tabela 3: Proporções dos Idosos da cidade de Maceió para 100 mil habitantes, nos anos de 2000 e de 2019.

	Ano de 2000	Ano de 2019
Proporção de população Idosa	7.17	11.11
Índice de envelhecimento da população	20.12	46.05
Razão de sexo entre idosos	0.82	0.76
Razão de dependência	74.82	54.42

A comparação entre os anos de 2000 e de 2019, mostra que houve um aumento de 3.94 na proporção da população idosa e de 25.93 no índice de envelhecimento da população. Foi constatada, ainda, uma redução de 0.06 na razão de sexo entre idosos e de 20.40 na razão de dependência.

A Tabela 4 se refere aos determinantes específicos de saúde. Devido a não atualização do sistema o quantitativo de idosos que possuem dificuldade de ouvir e com deficiência mental estão dispostos um comparativo com os anos de 2000 e de 2010.

Tabela 4: Proporções dos Idosos com alguma dificuldade para ouvir e/ou com alguma deficiência mental na cidade de Maceió para 100 mil habitantes, nos anos de 2000 e de 2010.

	Ano de 2000	Ano de 2010
Proporção de idosos com dificuldade de ouvir	20.46	24.91
Proporção de idosos com deficiência mental	4.24	3.07

Observou-se, ao confrontar os anos de 2000 e de 2010, que houve um aumento de 4.45 na proporção da população idosa com dificuldade de ouvir e uma redução de 1.17 na proporção de idosos com deficiência mental.

Em relação ao número de fumantes na cidade de Maceió, nos anos de 2008 e de 2013, essa proporção passou de 22.80 para 13.47 (para 100 mil habitantes), ou seja, houve uma redução de 9.3 na proporção total.

Pesquisando os indicadores de morbimortalidade hospitalar, os resultados encontrados foram referentes aos anos de 2000 e 2019 e tiveram destaque, conforme dispostos na Tabela 5.

Tabela 5: Proporções dos Idosos com AVC, doenças do aparelho respiratório, internação e mortalidade hospitalar na cidade de Maceió nos anos de 2000 e de 2019, para 100 mil habitantes.

	Ano de 2000	Ano de 2019
Acidente Vascular Cerebral (AVC)	0.88	7.03
Doenças do aparelho respiratório	15.79	10.65
Internação de idosos	11.11	21.57
Mortalidade hospitalar	777.06	1.411.56

A partir desses resultados, ao se comparar os anos 2000 e de 2019, infere-se um aumento de 6.15 na proporção da população idosa com AVC, de 10.46 na internação de idosos e de 634.5 na mortalidade hospitalar, além de uma redução de 5.14 nas doenças do aparelho respiratório.

No tocante às proporções de óbitos em geral, comparando os anos de 2007 e de 2017, esse número variou de 2647.00 para 3823.00 (para 100 mil habitantes), respectivamente, apresentando um aumento de 1176.00, o que representa um percentual de 48% para o sexo masculino e de 52% para o sexo feminino no ano de 2007, e 46% para o sexo masculino e de 54% para o sexo feminino no ano de 2017.

Portanto, os dados apresentados apontam um aumento no número de idosos, os quais apresentam menor nível de dependência, no entanto, com maiores dificuldades para ouvir e casos de AVC e diminuição de deficiência mental, e esses dados em geral refletem nos casos de internação e mortalidade hospitalar.

A tendência do envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, em que se constata uma desaceleração no ritmo de crescimento e uma conseqüente inversão da pirâmide etária brasileira. Com isso, espera-se um aumento na proporção de idosos, haja vista, de acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde, a expectativa de vida global aumentou na proporção de 21.6 (para 100 mil habitantes) nas últimas seis décadas (OPAS, 2021).

De acordo com o estudo realizado por Oliveira (2019), que corrobora nossos achados, o Brasil vem apresentando uma diminuição nas taxas de natalidade e um aumento na expectativa de vida □ alargando o topo da pirâmide, que representa a população idosa -, o que claramente evidencia uma transição demográfica e epidemiológica, com um aumento expressivo dos indicadores de mortalidade voltados a doenças associados ao envelhecimento.

Na perspectiva maceioense, tomam-se por referência os dados das tabelas aqui apresentadas, em que há destaque para o aumento do número de AVC, que acarreta, por sua vez, o aumento em internações de idosos, exposto na tabela 5.

Estudos realizados por Freire, Gagliardi e dos Santos (2021) verificou os ganhos de um programa de intervenção fonoaudiológica em pacientes com afasia após AVC e concluiu que os pacientes que passaram por intervenção fonoaudiológica apresentaram melhora no desempenho da linguagem após a fonoterapia. Miquilussi e col. (2019) avaliou outro aspecto comumente encontrado em idosos após AVC - a disfagia - e concluiu que houve mudanças na percepção da qualidade de vida dos idosos disfágicos, situação atribuída ao programa de reabilitação fonoaudiológica.

Desse modo, trata-se de um importante indicador em saúde, sobretudo porque o reconhecimento das implicações que esse indicador causa na vida do idoso pode ser amplamente trabalhado pelos serviços de saúde - pelo fonoaudiólogo, tanto para reabilitação desses idosos quanto para prevenção de agravos causados pela demora nas intervenções.

Quando analisado o indicador "dificuldade para ouvir", observou-se um aumento na sua proporção nos anos de 2000 e de 2010, o que chama a atenção para o estudo realizado por Boger e col. (2016), que aponta a presbiacusia como um fator de limitação ao idoso, gerando um impacto negativo na qualidade de vida, aspectos emocionais e promovendo um isolamento social, tornando uma associação entre a perda auditiva e a baixa autoestima, enfatizando que quanto maior o grau da perda mais evidente essas características, ou seja, reforça a importância de uma identificação precoce.

Quanto aos aspectos de dependência foi observada uma tendência a maior independência com o passar dos anos. Comparando-se com o estudo realizado por Santiago e col. (2016), evidencia-se a necessidade de valorizar a autonomia dos idosos, visto que visam um melhor convívio social, atividades de lazer e manutenção de trabalhos. Nessa perspectiva, evidencia-se, em conjunto, o reconhecimento do cuidado à saúde sob a ótica da fonoaudiologia.

Lima, Araujo e Scattolin (2016), avaliaram a qualidade de vida e a independência funcional de idoso e puderam concluir que idosos que participam de grupos de convivência, minimizam sentimentos de isolamento, diminuem as demandas por serviços de saúde e melhoram a qualidade de vida. Ademais, o estudo realizado por De Sousa, Gonçalves e Gamba (2018) descreveu a capacidade funcional de idosos e pôde concluir que a boa capacidade funcional desenvolve fator importante na qualidade de vida e na manutenção do envelhecimento ativo e saudável.

Não se pode descartar os idosos mais frágeis pois, de acordo com Moraes *et al.* (2016) aspectos físicos ou cognitivos, ou ambos podem estar comprometidos, trazendo consigo riscos para o desenvolvimento da disfagia. A presbifagia, é um desses comprometimentos e ocorre devido à redução da funcionalidade dos órgãos e sistemas, acarretando dano das funções motoras orofaciais e sensitivas. Esses autores afirmam o aumento na porcentagem de idosos com queixa na alimentação/deglutição, corroborando com os achados deste estudo.

De acordo com os resultados encontrados, a proporção de idosos com deficiência mental diminuiu na cidade de Maceió, capital do estado de Alagoas, sendo essas deficiências mentais a esquizofrenia, transtorno bipolar, psicose ou TOC (Transtorno Obsessivo Compulsivo). No entanto, estudos que abordam a relação do idoso e a saúde mental apontam para um aumento dessa relação, a exemplo do estudo realizado por dos Santos e col. (2014), eles concluíram que com o aumento da longevidade o número de casos de indivíduos com sofrimento psíquico aumentaria, como também uma dificuldade com precisão para identificar o início da doença. No entanto, chamam a atenção para a contribuição do fonoaudiólogo e para os poucos estudos que abordem o fonoaudiólogo nesses serviços.

O estudo realizado por Da Rocha e col. (2009), chama a atenção para o aumento no número de idosos e, em consequência disso, para o fortalecimento de grupos de apoio que buscam incluir idosos contribuindo na melhoria da saúde mental e diminuição do sofrimento emocional.

Assim, talvez seja necessário um aprofundamento nesses dados, que por hora não é possível, devido aos contornos deste artigo. Mas o fato de termos um dado tão distinto da literatura chama a atenção para um estudo mais minucioso.

Ao analisar o indicador de fumantes foi observada uma diminuição na proporção de fumantes idosos, o que corrobora o estudo realizado por dos Santos e col. (2018), em que os mesmos chamaram a atenção para a diminuição na prevalência de fumantes devido a programas de incentivo antitabagista. Com esse trabalho, foi vista uma redução no número de fumantes, o que coaduna com a teoria desse estudo.

A questão do antitabagismo serve para a saúde pública como um grande exemplo da importância das ações preventivas e promocionais. Trata-se de uma política amplamente realizada e que alcançou resultados indiscutivelmente positivos e que embora não tenha sido voltado a população idosa, os alcançou. Desse exemplo podemos justificar porque é necessário estar atento aos indicadores de saúde e como avaliá-los nos possibilita pensar políticas amplas para a melhoria da vida como um todo.

Só é possível garantir um envelhecimento populacional adequado e bem sucedido, se houver investimento na formação de profissionais especializados e sobretudo profissionais que tenham amplo conhecimento em saúde pública, pois assim há possibilidades de que eles desenvolvam habilidades suficientes para atuar na prevenção e na atenção integral à saúde da população idosa, conseguindo identificar pontos determinantes que acarretam um aumento na susceptibilidade a doenças e uma diminuição na capacidade funcional do idoso □ assim como buscamos nesse artigo.

Em resumo e fazendo associação com dados do UNASUS (2014), a atuação do fonoaudiólogo no acompanhamento da pessoa idosa dentro do sistema de saúde tem ampla extensão e perpassa pelos diferentes níveis de atenção, dirigindo seu foco em ações de promoção da qualidade de vida e envelhecimento ativo e saudável, proteção e recuperação/

reabilitação da saúde, rompendo com o paradigma de atenção e cuidado voltados somente às doenças.

Os indicadores de saúde utilizados e explanados neste estudo, como já posto anteriormente, estão contidos na Matriz Conceitual por Dimensões de Saúde do Sisap-Idoso que abarca: Determinantes Da Saúde, Fatores De Risco E Condições Demográficas, Condições De Saúde Dos Idosos, Serviços De Saúde e Qualidade Da Informação, que são dados utilizados para diagnóstico da situação de saúde da população idosa e traz como objetivo o fornecimento de um instrumento para os gestores e a sociedade realizar análise de situação de saúde da população idosa.

Cada dimensão apresenta informações relevantes sobre a saúde dos idosos no Brasil e estas estão dispostas em formato de rede, interligando-se uma com as outras, não podendo ser analisadas de forma isolada, pois um único indicador não é capaz de retratar todas as dimensões da vida da pessoa idosa. Aqui neste artigo nos valem os dados isolados para pensar algumas questões, mas o fato é que no conjunto de saúde, de promoção de qualidade de vida para esta população, para alcançar políticas assertivas, todas as dimensões precisam ser levadas em consideração.

CONCLUSÃO

Mediante o exposto neste artigo, o profissional fonoaudiólogo junto à gestão do seu serviço pode usufruir das informações contidas nas matrizes de dimensões do Sisap-Idoso, que trazem dados que podem ser utilizados para diagnóstico da situação de saúde da população idosa, para construção de políticas públicas voltadas para o benefício desta população.

Destacamos também que para atender as demandas geradas pelo envelhecimento da população, enfatiza-se a importância do fonoaudiólogo junto à detecção dos indicadores trazidos aqui neste trabalho. O impacto do envelhecimento pode provocar vários distúrbios limitantes na comunicação e nos processos de alimentação/deglutição, associados ou não às doenças que acometem essa população. Reconhecê-los e sobretudo, se antever a eles □ a partir do estudo cuidadoso dos indicadores em saúde aqui destacados pode nos fazer chegar a indicadores gerais de saúde mais positivos para a população idosa, o que consequentemente provoca incentivo na inserção social, melhor qualidade de vida para eles e melhor aproveitamento dos serviços de saúde.

Embora os indicadores de saúde encontrados estejam diretamente ligados às patologias quando se trata da fonoaudiologia, faz-se necessário evidenciar que a atuação desse profissional na saúde pública não se limita à tangente saúde/doença, existindo a dedicação na promoção de qualidade de vida, proteção e reabilitação da saúde do idoso, que dentro das outras matrizes pode auxiliar o profissional.

Para além e em virtude do que foi mencionado, reforçamos a importância de incluir novos indicadores, que também são inerentes ao processo normal do envelhecimento,

como alterações na deglutição, linguagem, cognição e voz, as quais promovem uma melhor qualidade de vida quando cuidadas de maneira integral.

REFERÊNCIAS

FIOCRUZ. Instituto de Informação e Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde. (ICICT). **Sistema de Indicadores de saúde e Acompanhamento de Políticas Públicas do Idoso (SISAP-Idoso)**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<https://sisapidoso.iciet.fiocruz.br/>>. Acesso em: 13 de maio de 2021.

BOGER, M. E. *et al.* A perda auditiva no idoso e suas interferências na linguagem e na vida psicossocial. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. v. 7, n. 1, p. 407-412, 2016.

DA ROCHA, I. A. *et al.* A terapia comunitária como um novo instrumento de cuidado para saúde mental do idoso. **Rev. Bras. Enferm.** v. 62, n. 5, p. 687-694, 2009.

DE SOUZA, F. J. D.; GONÇALVES, L. H. T.; GAMBA, M. A. Capacidade funcional de idosos atendidos pelo programa saúde da família em Benevides, Brasil. **Rev. Cui.** v. 9, n. 2, p. 2135-2144, 2018.

DOS SANTOS, A. E. *et al.* Comportamento comunicativo de indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia. **Rev. CEFAC**. v. 16, n. 4, p. 1283-1293, 2014.

DOS SANTOS, K. P.; SANTANA, A. P. A linguagem dos idosos da região sudeste do Brasil: o nível prosódico. **Acta Scientiarum. Language and Culture**. v. 38, n. 4, 2016

DOS SANTOS, S. R. Perfil e fatores associados ao sucesso terapêutico de tabagistas atendidos em um serviço público especializado. **Rev. Enf. UERJ**. v. 26, 2018.

FERREIRA, K. *et al.* **A FONOAUDIOLOGIA NA SAÚDE PÚBLICA □ ATENÇÃO BÁSICA**. 2017. Disponível em: <https://www.iessa.edu.br/revista/index.php/jornada/article/download/142/164>. Acesso em: 23. Abr. 2021

FREIRE, A. M. N.; GAGLIARDI, R. J.; DOS SANTOS, M. D. Efeito de programa de intervenção fonoaudiológica para pacientes afásicos não fluentes após acidente vascular cerebral. **CoDAS**. v. 32, n. 6, 2021.

GOMES, E. C. C. *et al.* Treino de estimulação de memória e a funcionalidade do idoso sem comprometimento cognitivo: uma revisão integrativa. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 25, n. 6, 2020.

LAMY, M. *et al.* Oral status and nutrition in the institutionalized elderly. **J. Dent.** v. 27, n. 6, p. 443-448, 1999.

LIMA, B. M.; ARAUJO, F. A.; SCATTOLIN, F. A. A. Qualidade de vida e independência funcional de idosos freqüentadores do clube do idoso do município de Sorocaba. **ABCS**.

Health Sci. v. 41, n. 3, p. 168-175, 2016.

MEDEIROS, K. K. A. S. *et al.* O desafio da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. **Saúde Debate.** v. 41. n. 3. p. 288-295, 2017.

MIQUILUSSI, P. A. *et al.* A percepção da qualidade de vida do idoso disfágico após intervenção fonoaudiológica. **R. Saúde Públ.** v. 2, n. 1, p. 93-102, 2019.

NUCCI, P. *et al.* O envelhecimento na ótica da fonoaudiologia brasileira. **Tuiuti: Ciência e Cultura.** n. 47, p. 139-154, 2013.

OLIVEIRA, A. S. Transição Demográfica, Transição Epidemiológica e Envelhecimento Populacional no Brasil. **Hygeia.** v. 15, n. 31, p. 69 – 79, 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Atenção integrada para as pessoas idosas (ICOPE). **Diretrizes de intervenções comunitárias para o manejo dos declínios na capacidade intrínseca.** Acesso em: 20 de abril de 2021. Disponível em: <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/53357>>.

ROMERO, D. E. *et al.* Metodologia integrada de acompanhamento de políticas públicas e situação de saúde: o SISAP-Idoso. **Cienc. Saúde Coletiva.** v. 23, n. 8, p. 2641-2650, 2018.

RUSSO, I. C. P. Intervenção fonoaudiológica na terceira idade. Rio de Janeiro: **Revinter.** 1999.

SANTIAGOL, M. *et al.* Caracterização da saúde de idosos numa perspectiva fonoaudiológica. **Rev. CEFAC,** v. 18. n. 5, p. 1088-1096, 2016.

TAVARES, D. M. S. *et al.* Fatores associados à independência de comunicação entre idosos da comunidade. **Rev. Enferm. UERJ,** v. 28, 2020.

UNASUS. **Saúde da pessoa idosa.** Disponível em:<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciict/43871/2/Sa%C3%BAdade%20da%20Pessoa%20Idosa_Unidade%201.pdf> . Acesso em: 07 de maio de 2021.

O PAPEL DA FISIOTERAPIA CARDIOVASCULAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Cecília Gonçalves de Souza¹;

Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM).

Igor Lucas Geraldo Izalino de Almeida²;

Programa de Pós-graduação em Reabilitação e Desempenho Funcional da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM).

Keity Lamary Souza Silva³;

Programa de Pós-graduação em Reabilitação e Desempenho Funcional da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM).

Residência em Fisioterapia na Saúde Coletiva da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM).

Débora Fernandes de Melo Vitorino⁴;

Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM).

Residência em Fisioterapia na Saúde Coletiva da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM).

Henrique Silveira Costa⁵.

Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM).

Programa de Pós-graduação em Reabilitação e Desempenho Funcional da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM).

Residência em Fisioterapia na Saúde Coletiva da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM).

RESUMO: Introdução: Desde a expansão e consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS), a Fisioterapia revisou o seu papel como profissão. O novo modelo de saúde destacava a prevenção e promoção de saúde, e não apenas a cura e reabilitação. Dentre as especialidades reconhecidas, a Fisioterapia Cardiovascular é recente e pode desempenhar um papel central na APS. Entretanto, a atuação da Fisioterapia Cardiovascular na APS ainda é tímida e seu valor deve ser discutido. **Objetivo:** Discutir o papel da Fisioterapia Cardiovascular na Atenção Primária à Saúde. **Métodos:** Foi realizada uma busca nas principais bases de dados na literatura. Toda ação passível de execução pela Fisioterapia Cardiovascular foi

discutida entre dois autores. **Resultados:** Todas as ações de saúde cardiovascular devem começar pela territorialização. Na entrevista com os usuários, devem ser verificados os dados demográficos, os principais sinais e sintomas da semiologia cardiológica e hábitos de vida, além da aferição da pressão arterial, cálculo do índice tornozelo-braquial e avaliação da hipotensão ortostática. A análise do desempenho funcional pela ser realizada pela classe funcional da *New York Heart Association* (NYHA) ou *Duke Activity Scale Index* (DASI). Além disso, algumas ferramentas e algoritmos foram desenvolvidos para estratificar o risco cardiovascular do usuário, sendo o Escore de Framingham o mais recomendado. Elaborar estratégias relacionadas à saúde cardiovascular e discutir as temáticas com a população assistida também devem ser objetos de atuação do matriciamento e das ações de educação em saúde. Além disso, usuários com comprometimento cardiovascular geralmente apresentam fadiga e dispneia, o que torna importante o acompanhamento funcional dessa população. Considerando as estratégias eficazes e pouco onerosas, o Teste de Caminhada de Seis Minutos, o *Incremental Shuttle Walk Test*, o Glittre-ADL Test e o Teste de Sentar e Levantar podem ser realizados. Por fim, a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde também pode auxiliar no seguimento dos usuários. **Conclusão:** A Fisioterapia Cardiovascular pode desempenhar papel importante na APS, principalmente com a transição epidemiológica experimentada nos dias de hoje.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema Único de Saúde, Atenção Primária, Fisioterapia, Qualidade de vida Relacionada à Saúde.

INTRODUÇÃO

No início dos anos 70, foi dado o primeiro passo para a construção de um modelo de saúde que pudesse atender efetivamente a população como um todo, sem nenhuma distinção, sendo esse movimento político-social denominado de Reforma Sanitária (1). Trata-se de uma união de ideias com o objetivo de implementar um sistema que ofereça saúde pública de qualidade para a população. O marco do movimento foi a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que tinha como principais reivindicações a saúde com o direito de todos e a reformulação do Sistema Nacional de Saúde, além de financiamento setorial (2). As propostas foram intensamente discutidas e idealizadas na Constituição Federal de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (3).

A nova Constituição Federal definiu que “Saúde é direito de todos e dever do Estado” (4), sendo regulamentado o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil pautado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade (5, 6). A universalidade preconiza a saúde como um direito de todos e que o Estado deve ser o provedor de tais recursos (7). Esse princípio propõe a garantia dos serviços de saúde, bem como a necessidade de trabalhar ações de prevenção e redução de agravos. A integralidade trata-se da assistência aos usuários, de forma que não se limita aos aspectos curativos, e sim que abranja o sujeito em diferentes esferas sociais, como seu contexto familiar, cultural e social (7). Considerando o Brasil

como um país de extensão continental e de consideráveis divergência sociais e regionais, o princípio da equidade trata da busca pela redução de desigualdades, já estabelece a assistência de acordo com a necessidade social, econômica, cultural e ambiental (8, 9).

Diante do novo sistema, era necessário setorizar os níveis de atenção à saúde para evitar o afogamento do sistema hospitalar (10), sendo instituídas a Atenção Primária, Secundária e Terciária. A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada do SUS, é caracterizada por um conjunto de ações em saúde, individuais e coletivas, com atuação na prevenção e promoção à saúde. O foco é o usuário na fase de pré-patogênese, com características de assistência longitudinal, integral e de coordenação (11).

A APS forte e bem estruturada é capaz de reduzir internações e os índices de morbimortalidade, oferecendo à população maior qualidade em atendimento, resultados eficientes e menos onerosos. A APS também pode ser efetiva na coordenação e nos encaminhamentos para os demais níveis, pois é assertiva quanto há necessidade de contrarreferência (12, 13). Para consolidação da APS, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), atual Estratégia Saúde da Família (ESF). Na composição, estabeleceu-se que os profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de Enfermagem e agentes comunitários de saúde fariam parte da equipe mínima de trabalho (14). Com a progressiva expansão da ESF, surgiu a necessidade da inserção de diversos profissionais da saúde nesse nível de atenção. A fisioterapia entra na APS junto com a criação do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) para ampliar a sua cobertura afim de crescer a capacidade de respostas as demandas da comunidade de maneira efetiva e resolutiva. Apesar de não fazer parte do corpo clínico mínimo exigido, o profissional fisioterapeuta poderia auxiliar nas ações realizadas nas Unidades Básicas de Saúde, principalmente pelas mudanças ocorridas na formação dos novos profissionais nos últimos anos. A entrada da Fisioterapia na APS é relativamente recente, mas a inclusão desse profissional já apresenta bons resultados, evidenciados por melhora na qualidade de vida, prevenção de agravos e autonomia individual dos usuários (15, 16).

Desde a sua regulamentação, em 13 de outubro de 1969 (17), a Fisioterapia sempre direcionou as suas ações para a reabilitação (18). Nessa data, os objetivos eram focados na reabilitação de pessoas que sofreram acidentes de trabalho e vítimas de poliomielite (19, 20). Na década de 90, diante da expansão da APS pela ESF, pela criação de residências multiprofissionais em Saúde da Família, pelos eventos relacionando a Fisioterapia com a saúde coletiva e pela reformulação das Diretrizes Curriculares da Fisioterapia (Parecer CNE/CES no 1.210/2001) (15), o foco também passou a ser na prevenção e promoção da saúde, tanto individual como coletiva.

Dentre as possibilidades de atuação, destacam-se a organização de atividades coletivas (21), atendimentos individuais em casos específicos e visitas domiciliares, promoção, prevenção e educação em saúde (22). Além disso, o fisioterapeuta pode auxiliar também na prevenção de agravos, na vigilância em saúde (18) e atender as demandas nos

diferentes ciclos da vida (criança, adolescentes, saúde do homem, saúde da mulher, adultos, idosos, trabalhadores) e nas condições de saúde crônicas (18). Por fim, também pode ser responsável por questões administrativas como planejamento de ações, coordenação e gestão em saúde (23).

Dentre as especialidades da profissão, a Fisioterapia Cardiovascular foi reconhecida recentemente (COFFITO, 2015). Na resolução no 454, de 25 de abril de 2015, fica definido que o profissional especialista em Fisioterapia Cardiovascular que a prevenção primária e secundária são focos de atuação desse profissional. Tal ação é particularmente importante considerando as mudanças no perfil epidemiológico brasileiro, com aumento da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão arterial sistêmica e doenças isquêmicas do coração (24). A atuação desse profissional pode auxiliar na prevenção e redução dos altos índices de mortalidade em decorrência de cardiopatias e fatores de risco cardiovasculares que são sensíveis à intervenções (15). Entretanto, a atuação da Fisioterapia Cardiovascular na APS ainda é tímida e pouco expressiva (25), sendo necessário discutir o papel desse profissional no contexto na APS. Diante disso, o objetivo do presente estudo foi discutir, por achados da literatura, o papel da Fisioterapia Cardiovascular na APS.

CARACTERIZAÇÃO, MAPEAMENTO E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR DOS USUÁRIOS

Antes de iniciar qualquer planejamento estratégico, é importante conhecer a população adstrita. Para isso, é necessário fazer a territorialização ou diagnóstico situacional. Além dos dados referentes à estrutura física da Unidade Básica de Saúde, é desejável conhecer o perfil dos usuários, tanto demográfico como clínico, social e econômico. A infraestrutura local também deve ser observada, como a disponibilidade de praças ou outros locais disponíveis para a prática de exercício. Por fim, o comércio local também deve ser considerado, uma vez que a predominância de certas atividades laborais pode guiar as ações da Fisioterapia Cardiovascular no contexto da APS. Por exemplo, pessoas que trabalham em salão de beleza tendem a passar longos períodos em ortostatismo, fator de risco para insuficiência venosa crônica. Dessa forma, destaca-se a necessidade de se conhecer a população-alvo das ações programadas.

Durante as entrevistas individuais na territorialização, é necessário investigar alguns dados para realizar a caracterização da população do ponto de vista da saúde cardiovascular. A presença de fatores de risco modificáveis e parcialmente modificáveis são importantes objetivos de atuação (26). Além disso, os hábitos de vida dos usuários, como nível de atividade física, tabagismo, etilismo e qualidade auto-relatada do sono, por exemplo, devem ser considerados. Também devem ser identificados a presença de sinais e sintomas comumente encontrados em patologias cardiovasculares, como a dispneia, edema, palpitações, cianose, síncope e dor torácica. Úlceras diabéticas ou angiogênicas, ambas passíveis de correção pela Fisioterapia Cardiovascular, estão diretamente relacionadas à

maior morbimortalidade do usuário e exigem trabalho em equipe envolvendo a Fisioterapia e técnicos de Enfermagem. Por fim, um breve exame físico, como avaliação da pressão arterial sistêmica, cálculo do índice tornozelo-braquial (para identificação de possível doença arterial periférica) (27) e glicemia. A hipotensão ortostática, queda da pressão arterial sistólica de 20 mmHg ou da pressão arterial diastólica de 10 mmHg (28), também pode ser avaliada.

Além dos dados clínicos, é importante verificar a aptidão dos usuários. em realizar tarefas do cotidiano, definida como desempenho funcional. O desempenho funcional engloba atividade e participação que o indivíduo executa rotineiramente, em ambiente padrão ou na vida real (29). Usualmente o desempenho funcional é avaliado por auto-relatos ou por questionários já estruturados. Dentre as ferramentas de avaliação do desempenho funcional que podem ser utilizadas na APS, pode-se citar a classe funcional da New York Heart Association (NYHA) e o Duke Activity Scale Index (DASI).

A escala da classe funcional NYHA é uma ferramenta muito utilizada para identificar o momento da presença de sintomas adversos do usuário, como fadiga, dispneia e palpitação (30). A classificação varia de I a IV, sendo que na classe I o usuário é assintomático, na classe II os sintomas são percebidos durante atividades mais intensas que as ordinárias e na classe III os sintomas são desencadeados por atividades com intensidade menor do que as ordinárias. Por fim, na classe IV os usuários relatam sintomas até mesmo durante o repouso. Dessa forma, quanto maior a classe funcional, pior o desempenho do usuário. Trata-se de uma escala simples e extremamente útil no acompanhamento dos usuários, sendo considerada um bom preditor de mortalidade (31). No contexto da APS, por exemplo, ela pode auxiliar na elaboração de estratégias direcionadas para populações com limitações semelhantes e no estabelecimento de frequência de consultas junto à equipe.

Já o DASI é composto por 12 perguntas relacionadas à capacidade dos sujeitos em realizar as atividades do cotidiano, desde andar em ambientes fechados até correr distância curtas. O DASI já foi traduzido para a língua portuguesa (32) e é capaz de identificar os custos metabólicos das atividades que o usuário consegue realizar. A pontuação final varia entre zero e 58,2 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, melhor o desempenho funcional.

A estratificação de risco dos usuários é uma ação útil na identificação daqueles com possibilidade de sofrerem eventos adversos, óbito ou sequelas graves. Identificar tais usuários sob risco permite a intervenção precoce e a adoção de medidas preventivas eficazes e mais assertivas. Sendo assim, detectar usuários assintomáticos é fundamental para que a prevenção seja eficiente e resolutiva no contexto da APS (33, 34).

Existem ferramentas e algoritmos que foram desenvolvidos para facilitar tal avaliação. Esses algoritmos classificam o usuário em baixo, moderado ou alto risco. Os principais escores de risco são o Escore de Framingham (ERF), o Escore de Risco de Reynolds (ERR), o Escore de Risco Global (ERG) e o Risco pelo Tempo de Vida (RTV) (35-41).

Dentre os escores citados, o Escore de Framingham é o recomendado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (42), utilizado para avaliar a chance, no período de 10 anos, do usuário sofrer infarto agudo do miocárdio. O instrumento é sensível ao identificar usuários com diferentes estratificações de risco (35). Ele avalia o risco dos usuários baseando-se na idade, níveis de lipoproteína de baixa (LDL) e alta densidade (HDL), pressão arterial sistólica e diastólica, presença de diabetes melito e tabagismo. Como vantagens, destaca-se a precisão e o baixo custo. Diante dessas ferramentas, acredita-se que os usuários serão bem acompanhados, garantindo um dos aspectos primordiais da APS: a longitudinalidade. Outro aspecto importante para garantir o acompanhamento multiprofissional dos usuários é o matriciamento.

MATRICIAMENTO

O conceito de matriciamento apresentado pelo Ministério da Saúde é “...modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (43).

Dado o conceito, ressalta-se que o matriciamento deve ser composto por uma mescla de profissionais de saúde que podem ou não manter vínculos diários com os usuários. O papel do matriciamento é ofertar apoio a equipe de referência daquele usuário, dado então a importância e necessidade da ESF (44).

O matriciamento, por sua vez, possui duas bases de execução das demandas que surgem para aquela determinada comunidade. São elas: assistencial e técnico-pedagógico. A primeira, diz respeito ao suporte clínico ao usuário, oferecendo uma resposta terapêutica e assertiva a necessidade apresentada. Por outro lado, a segunda, trata-se do fornecimento de conhecimento em apoio educativo para a equipe da ESF (44). Esse conceito de matriciamento é uma forma de fornecer saúde de forma contínua, afinal, são diversos profissionais das múltiplas áreas do conhecimento em saúde, com habilidades diferentes que se somam na proposta de entender o processo saúde-doença, o que permite uma melhor abordagem e compreensão do usuário dentro da perspectiva biopsicossocial (43).

Proposto de forma pioneira por Gastão Wagner Campos, em 1999, o apoio matricial se constituía de um formato de estrutura diferente do modelo tradicional hierárquico. No modelo hierárquico, há transferências de responsabilidades quando o usuário é encaminhado, podendo ser pouco resolutivo em decorrência dos encaminhamentos, formulários, ou papéis com vagas informações de contrarreferência (45)

Já o modelo matricial, de visão integradora, propõe uma mudança na lógica tradicional engessada e oferta a horizontalização, que é fruto do matriciamento, assim, dividindo o sistema de saúde em duas equipes (45, 46): a equipe de referência (ESF) e a equipe de apoio matricial (NASF).

Dentro do contexto da saúde cardiovascular, no modelo tradicional, a enfermeira encaminharia o usuário hipertenso para consulta com cardiologista, por exemplo. Após a consulta, o cardiologista poderia encaminhar o usuário para atendimento com fisioterapeuta. Já no modelo de apoio matricial, poderia haver debate do tema “hipertensão arterial sistêmica” com equipe do NASF e ESF (maior número de profissionais possíveis), objetivando extrair propostas e estratégias para o seu controle e prevenção, além de construir de forma conjunta (ESF e NASF) um grupo operativo voltado para a prática de atividade física.

O conhecimento em saúde é o que faz o matriciamento ser extremamente necessário dentro da ESF (47). Assim, contempla a possibilidade de diversos profissionais opinarem e chegarem em um denominador importante e resolutivo ao usuário, reafirmando assim os princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade (48).

Por fim, a prática do matriciamento é uma ferramenta desejada para reduzir a quebra na rede de cuidados e proporcionar soluções de qualidade nas ações de saúde em uma ESF, o que gera resultados benéficos aos usuários e na complexidade do sistema (49). Outra estratégia potencialmente eficaz é a educação em saúde.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE APLICADA À SAÚDE CARDIOVASCULAR

O Ministério da Saúde define educação em saúde como o *“Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população [...] Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades”* (50).

Deve-se enfatizar que a educação em saúde necessita de: (1) profissionais comprometidos com o desenvolvimento de prevenção e promoção de saúde; (2) população engajada na construção da sua cidadania através dos saberes com o intuito de elevar o empoderamento sobre o processo de saúde-doença, nas suas individualidades e de seus pares e (3) gestores que se propõem a colaborar com os profissionais e com a população (51).

Os grupos de educação em saúde podem acontecer como ações em sala de espera ou rodas de conversa formadas por grupos fechados ou abertos (52). As ações em sala de espera são direcionadas aos usuários que estão aguardando a hora da consulta. É um grupo formado espontaneamente e, muitas vezes, em um único encontro. Apresenta-se como alternativa viável nos serviços que não dispõem de espaço físico para atividades coletivas. O modelo de grupo fechado delimita o número de participantes e do tempo de existência do grupo, ou seja, começa e termina com os mesmos participantes e segue um cronograma previamente determinado. Já o modelo de grupo aberto há rotatividade dos participantes e, dessa forma, permite o contato com novas vivências.

Independentemente do modelo escolhido, a oportunidade de desenvolver grupos de educação em saúde é repleta de privilégios, pois tem a possibilidade de ocorrer em outros espaços fora das Unidades Básicas de Saúde, se unindo aos demais instrumentos sociais das áreas de abrangência (53). Tais grupos de apoio possuem o potencial de promover de saúde, trocar conhecimentos e favorecer de maneira direta o empoderamento da população (54).

O empoderamento é uma visão idealizada desde a Carta de Ottawa, define promoção da saúde como o processo pelo qual os indivíduos e a comunidade são capacitados a ter maior controle sobre sua própria saúde (55). Sendo assim, o empoderamento surge como um processo de saúde comprometido com a transformação da realidade e a produção de saúde e de sujeitos saudáveis, que pode ser alcançado principalmente pelas ações de educação em saúde.

Diante da mudança do perfil epidemiológico da população brasileira, emerge a necessidade de se discutir estratégias eficazes de prevenção das doenças cardiovasculares com a população. Temas como a adoção de hábitos saudáveis, mudança no estilo de vida (56), combate aos fatores de risco cardiovascular e fisiopatologia das principais cardiopatias podem possibilitar o empoderamento e a melhor qualidade de vida dos usuários (54). Já foi previamente demonstrado por revisão sistemática que a adoção de estratégias de educação em saúde direcionada à prevenção primária dos fatores de risco cardiovascular é eficaz em melhorar os hábitos de vida da população (57).

Diante do exposto, por auxiliar no empoderamento da população e por torna-los sujeitos ativos da sua saúde, a educação em saúde é uma ferramenta valiosa na prevenção, promoção de saúde, mudança no estilo de vida, prevenção de agravos e melhora na qualidade de vida dos usuários. Tal fato se torna ainda mais relevante se considerarmos a redução da capacidade funcional comumente presentes nos usuários com cardiopatias.

ACOMPANHAMENTO FUNCIONAL DOS USUÁRIOS

Pessoas com fatores de risco para doenças cardiovasculares e com cardiopatias já instaladas tendem a evoluir com achados clínicos comuns, principalmente fadiga e dispneia (58). Ambas são limitantes e podem comprometer a capacidade funcional dos usuários. A capacidade funcional é definida pela aptidão de um indivíduo em realizar uma tarefa em ambiente padronizado, normalmente realizada por testes de esforço (29). O teste ergométrico convencional e o Teste de Esforço Cardiopulmonar são instrumentos que fornecem informações precisas sobre a capacidade funcional dos sujeitos, entretanto, apresentam alto custo operacional e muitas vezes não estão disponíveis em regiões com recursos financeiros escassos. Dessa forma, discutir métodos de avaliação da capacidade funcional por instrumentos que não tenham custo é mandatório. Dentre os mais utilizados, destacam-se o Teste de Caminhada de Seis Minutos (TC6') e o Incremental Shuttle Walk Test (ISWT).

O TC6' é amplamente utilizado em pessoas com doenças cardiovasculares em decorrência da (1) facilidade de aplicação e compreensão do usuário, (2) por não necessitar de treinamento específico para aplicação e (3) por ser efetivo em fornecer dados funcionais, resposta terapêutica pós-intervenção e estabelecimento do prognóstico dos usuários (59, 60). O teste é padronizado pela *American Thoracic Society* (59) e, resumidamente, o usuário deve percorrer um corredor plano de 30 metros de extensão na maior velocidade possível durante seis minutos. A capacidade funcional é definida pela distância percorrida nos seis minutos. O teste é útil no contexto da APS porque, por ser pouco oneroso, pode ser aplicado frequentemente na população atendida e acompanhar as possíveis alterações funcionais da comunidade. Além disso, fornece informações importantes sobre o comportamento cardiovascular, como o aumento exagerado da pressão arterial e frequência cardíaca durante o esforço submáximo, nível de intensidade onde a maioria das atividades de vida diária são realizadas. Entretanto, apesar das grandes vantagens, o TC6' necessita de um corredor de 30 metros de extensão, e muitas das Unidades Básicas de Saúde não possuem estrutura física para tal. Uma possível alternativa é a realização do ISWT.

Ao contrário do TC6', o ISWT necessita de um corredor de 10 metros de extensão. O teste possui 12 ou 15 níveis de intensidade incremental e os usuários devem percorrer o corredor, pelo menos, na velocidade mínima exigida pelo nível (61). A velocidade é guiada por um sinal de áudio e a capacidade funcional é determinada pela distância percorrida durante o teste. Assim como o TC6', o ISWT é pouco oneroso e pode ser útil no acompanhamento funcional dos usuários.

Além do TC6' e do ISWT, o Glittre-ADL Test também pode ser uma ferramenta importante no acompanhamento funcional dos usuários atendidos pela ESF. Enquanto o TC6' e o ISWT são baseados em caminhada e atividades dos membros inferiores, o Glittre-ADL Test mimetiza as atividades de vida diária dos usuários. O teste, também pouco oneroso, necessita de um corredor de 10 metros de extensão para a sua realização. Na avaliação funcional, de acordo com a sua padronização (62) o usuário inicia o teste sentado em uma cadeira, no início do corredor, e com uma mochila. Tal mochila pesa 2,5 Kg para as mulheres e 5,0 Kg para os homens. Os usuários devem percorrer o corredor com a mochila, tendo que subir e descer de uma escada com dois degraus no meio do caminho e movimentar 3 halteres de 1 Kg na estante ao final do corredor. Os halteres devem ser transportados na prateleira mais alta (nível da cintura escapular) para a prateleira mais baixa (nível da cintura pélvica) e depois para o chão. Após colocar os halteres no chão, o usuário deve seguir o caminho contrário, ou seja, coloca-los novamente na prateleira de baixo e, em seguida, na prateleira de cima. Na última etapa, o usuário deve retornar para a posição sentada, passando novamente pela escada. São necessárias cinco voltas e a capacidade funcional será avaliada pelo tempo gasto durante o teste. Em pessoas com cardiopatias, o teste foi capaz de discriminar diferentes níveis de capacidade e desempenho funcional (63, 64).

Por fim, como mencionado anteriormente, a fadiga muscular é um achado recorrente da população com fatores de risco cardiovasculares ou com cardiopatia já instalada. Sendo assim, a avaliação da força e/ou resistência muscular deve fazer parte da rotina de acompanhamento funcional. O Teste de Sentar e Levantar de 1 minuto é um teste pouco oneroso e muito simples de realizar, necessitando apenas de uma cadeira. Durante o teste, o usuário é solicitado a levantar-se e sentar-se novamente em uma cadeira, o mais rápido possível, durante um minuto (65). O número de repetições é registrado e o valor atingido pode ser utilizado na comparação com valores de referência para a população saudável ou na comparação entre diferentes períodos de tempo.

Dessa forma, diante de instrumentos úteis e de baixo custo operacional, a capacidade funcional dos usuários atendidos pelas Unidades Básicas de Saúde pode ser acompanhada de forma frequente mesmo nos locais que dispõe de poucos recursos financeiros e tecnológicos. Outra importante ferramenta é a avaliação da qualidade de vida.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

A avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) se faz tão necessária quanto o acompanhamento funcional dos usuários. Trata-se de uma ferramenta que avalia um amplo espectro da funcionalidade do paciente: estrutura e função, atividades e participação. Além disso, a avaliação da QVRS vem ganhando destaque nos últimos anos. Por refletir a percepção dos usuários sobre o impacto da doença, tem sido utilizada em ensaios clínicos e como um preditor de morbimortalidade da população, uma vez que o usuário percebe que sua saúde está piorando.

A QVRS pode ser mesurada por instrumentos genéricos e por instrumentos específicos para as doenças cardiovasculares (66). Os questionários genéricos são aqueles que podem ser aplicados a qualquer população, sem nenhuma especificidade sobre ela. Já os questionários específicos são compostos por questões particulares de uma doença ou situação de saúde. Em decorrência da grande prevalência da hipertensão arterial sistêmica, a avaliação da QVRS dessa população pode ser necessária. Para tal, o Mini-Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial (MINICHAL) é o mais utilizado, tendo sido validado para a população brasileira (67). O questionário contém 16 perguntas de múltipla escolha organizadas em dois fatores: estado mental (10 questões), manifestações somáticas (6 questões) e uma questão específica para avaliar como o usuário tem a percepção que a hipertensão e o seu tratamento repercutem na sua QVRS. O usuário deve responder às questões fazendo referência a sua última semana. As respostas dos domínios possuem quatro opções de respostas de 0 (Não, absolutamente) a 3 (Sim, muito). A pontuação máxima que pode ser obtida para o estado mental é de 30 pontos, e para as manifestações somáticas é de 18 pontos. Nessa escala, quanto mais próximo de 0 melhor a QVRS do usuário (67).

O Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLWHFQ) é um questionário traduzido para a língua portuguesa e validado para avaliar a QVRS em pacientes com insuficiência cardíaca no Brasil (68). Possui 21 questões relacionadas à intensidade das limitações enfrentadas pelos usuários no último mês. As respostas para cada pergunta variam de 0 (sem limitação) a 5 (limitação máxima). O escore total (soma da pontuação de todas as perguntas) é calculado pela soma da dimensão física (perguntas de 1 a 7, 12 e 13), dimensão emocional (perguntas de 17 a 21) e outras questões (perguntas 8, 9, 10, 11, 14, 15 e 16). Quanto maior o escore, pior a QVRS do usuário.

Outro questionário, o Questionário de Ansiedade Cardíaca, é um instrumento de 18 itens originalmente desenvolvido por Eifert et al. (69), tendo a versão brasileira modificado o questionário para 14 itens (70). Todos os itens são avaliados em escala Likert de cinco pontos: (0) nunca, (1) raramente, (2) às vezes, (3) frequentemente e (4) sempre. Os itens podem ser agrupados em dois domínios: medo e hipervigilância de estímulos relacionados ao coração (nove itens) e evitação de atividades que possam desencadear os sintomas (cinco itens). O escore total é obtido pela soma das respostas, de 0 a 56 (até 36 para “medo e hipervigilância” e até 20 para “evitação de atividades”). Quanto maior o escore, pior a QVRS do usuário.

Por fim, o AQUAREL é o questionário específico para avaliação QVRS de usuários com marcapasso cardíaco. O questionário contém 20 perguntas organizadas em três domínios: desconforto no peito (perguntas de 1 a 6), arritmia (perguntas de 7 a 12) e dispneia ao exercício (perguntas de 13 a 20). As mesmas devem ser respondidas levando em consideração as últimas quatro semanas. Cada domínio possui 5 opções de resposta equivalente A=5; B= 4; C=3; D=2; E= 1. O total de pontos obtidos variam de 0 a 100, sendo que 0 representa todas as queixas (pior QVRS) e 100 que representa sem queixas, definida por uma boa qualidade de vida. Ou seja, quanto mais próximo de 100, melhor qualidade de vida daquele usuário (71).

CONCLUSÃO

A Fisioterapia cardiovascular pode desempenhar papel central na APS, podendo atuar no mapeamento dos usuários, estratificação de risco, participando de ações de educação em saúde e matriciamento, realizando o acompanhamento funcional dos usuários e avaliando regularmente a QVRS da população assistida.

REFERÊNCIAS

1. Vieira-da-Silva LM. O campo da saúde coletiva: gênese, transformações e articulações com a Reforma Sanitária brasileira: SciELO-Editora FIOCRUZ; 2018.
2. Paiva CHA, Teixeira LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas

- sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 2014;21(1):15-36.
3. Elias PE, Cohn A. Health reform in Brazil: lessons to consider. *Am J Public Health*. 2003;93(1):44-8.
 4. Scaglia JP, Zanoti MDUJC, Enferm. Conhecimento de usuários de uma unidade básica de saúde quanto aos princípios do SUS. 2021:96-102.
 5. Stedile NL, Guimarães MC, Ferla AA, Freire RC. Contributions of national health conferences to the definition of public environmental and health information policy. *Ciênc. Saúde Colet*. 2015;20(10):2957-71.
 6. Rezende Md, Moreira MR, Amâncio Filho A, Tavares MdFL. A equipe multiprofissional da “Saúde da Família”: uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. *Ciênc saúde coletiva*. 2009;14:1403-10.
 7. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus-estrutura-principiose-como-funciona>
 8. Santos NRD. 30 years of SUS: the beginning, the pathway and the target. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018;23(6):1729-36.
 9. Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, Buchweitz C, Harzheim E. Recommendations to strengthen primary health care in Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e4.
 10. Czeresnia D, de Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências: SciELO-Editora FIOCRUZ; 2009.
 11. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília. 726 p.
 12. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção básica. Ministério da saúde Brasília; 2012.
 13. Brasil. Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? : Opas Brasília; 2018.
 14. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf2012
 15. Tavares LRC, Costa JLR, Oishi J, Driusso P. Inserção da fisioterapia na atenção primária à saúde: análise do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde em 2010. *Fisioter. Pesqui*. 2018;25:9-19.
 16. Fonseca JMAd, Rodrigues MTP, Mascarenhas MDM, Lima LHdO. A fisioterapia na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. *Rev. bras. promoç. saúde*. 2016;29(2):288- 94.
 17. Brasil. Decreto LEI n. 938 – de 13 de Outubro de 1969 https://www.coffito.gov.br/nsite/?page_id=23571969

18. Júnior JPB. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. *Ciênc. Saúde Colet.* 2010;15:1627-36.
19. Nascimento MdC, Sampaio R, Salmela J, Mancini M, Figueiredo IJBJoPT. A profissionalização da fisioterapia em Minas Gerais. *Braz. J. Phys. Ther.* 2006;10:241-7.
20. Barros FBMd. Poliomielite, filantropia e fisioterapia: o nascimento da profissão de fisioterapeuta no Rio de Janeiro dos anos 1950. *Ciênc. Saúde Colet.* 2008;13(3):941-54.
21. Santos M, Medeiros A, Batiston A, Pontes E, Ferrari F, Fernandes J, et al. Competências e atribuições do fisioterapeuta na Atenção Primária à Saúde. *Fisioter Bras.* 2014;15(1):69-76.
22. Baena CP, Soares MCFJFeM. Subsídios reunidos junto à equipe de saúde para a inserção da fisioterapia na Estratégia Saúde da Família. *Fisioter. mov.* 2012;25(2):419-31.
23. Ragasson CAP, Almeida D, Comparin K, Mischiati M, Gomes JJROM. Atribuições do fisioterapeuta no programa de saúde da família: reflexões a partir da prática profissional. [monografia online]. Cascavel. Unioeste, 2004.
24. Aveiro MC, Aciole GG, Driusso P, Oishi J. Perspectivas da participação do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família na atenção à saúde do idoso. *Ciênc. Saúde Colet.* 2011;16:1467-78.
25. Silva LG, Cavalcante LR, Andrade FMD, Alcântara EC. Fisioterapia respiratória e cardiovascular na atenção primária: uma tímida participação. *Assobrafir Ciência.* 2018;8(2):7-12.
26. Paschoal MA. Fisioterapia Cardiovascular: Avaliação e conduta na Reabilitação Cardíaca. Barueri: Manole; 2010. 344 p.
27. Leng GC, Fowkes FG, Lee AJ, Dunbar J, Housley E, Ruckley CV. Use of ankle brachial pressure index to predict cardiovascular events and death: a cohort study. *BMJ.* 1996;313(7070):1440-4.
28. Freeman R, Wieling W, Axelrod FB, Benditt DG, Benarroch E, Biaggioni I, et al. Consensus statement on the definition of orthostatic hypotension, neurally mediated syncope and the postural tachycardia syndrome. *Clin Auton Res.* 2011;21(2):69-72.
29. Machado FvN, Machado AN, Soares SnM. Comparação entre a capacidade e desempenho: um estudo sobre a funcionalidade de idosos dependentes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2013;21(6):1321-9.
30. American Heart Association. Classes of Heart Failure. <https://www.heart.org/en/healthtopics/heart-failure/what-is-heart-failure/classes-of-heart-failure>. 2017.
31. Del Buono MG, Arena R, Borlaug BA, Carbone S, Canada JM, Kirkman DL, et al. Exercise

Intolerance in Patients With Heart Failure: JACC State-of-the-Art Review. *J Am Coll Cardiol*. 2019;73(17):2209-25.

32. Coutinho-Myrrha MA, Dias RC, Fernandes AA, Araújo CG, Hlatky MA, Pereira DG, et al. Duke Activity Status Index em Doenças Cardiovasculares: Validação de Tradução em Português. *Arq Bras Cardiol*. 2014;102(4):383-90.

33. Simão AF, Precoma DB, Andrade JP, Correa Filho H, Saraiva JFK, Oliveira GMM, et al. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. *Arq Bras Cardiol*. 2013;101(6):1-63.

34. Xavier HT, Izar MC, Faria Neto JR, Assad MH, Rocha VZ, Sposito AC, et al. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. *Arq Bras Cardiol*. 2013;101(4):1-20.

35. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Program(NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (adult treatment panel III). *JAMA*. 2001;285(19):2486-97.

36. Ridker PM, Buring JE, Rifai N, Cook NR. Development and validation of improved algorithms for the assessment of global cardiovascular risk in women: the Reynolds Risk Score. *JAMA*. 2007;297(6):611-9.

37. Ridker PM, Paynter NP, Rifai N, Gaziano JM, Cook NR. C-reactive protein and parental history improve global cardiovascular risk prediction: the Reynolds Risk Score for men. *Circulation*. 2008;118(22):2243-51, 4p following 51.

38. D'Agostino Sr RB, Vasan RS, Pencina MJ, Wolf PA, Cobain M, Massaro JM, et al. General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham Heart Study. *Circulation*. 2008;117(6):743-53.

39. Lloyd-Jones DM, Leip EP, Larson MG, d'Agostino RB, Beiser A, Wilson PW, et al. Prediction of lifetime risk for cardiovascular disease by risk factor burden at 50 years of age. *Circulation*. 2006;113(6):791-8.

40. Berry JD, Dyer A, Cai X, Garside DB, Ning H, Thomas A, et al. Lifetime risks of cardiovascular disease. *N Engl J Med*. 2012;366(4):321-9.

41. Fox CS, Pencina MJ, Wilson PW, Paynter NP, Vasan RS, D'Agostino Sr RBJDc. Lifetime risk of cardiovascular disease among individuals with and without diabetes stratified by obesity status in the Framingham heart study. *Diabetes Care*. 2008;31(8):1582-4.

42. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. *Arq Bras Cardiol*. 2017;109:1-76.

43. Chiaverini DH, Gonçalves DA, Ballester D, Tófoli LF, Chazan LF, Almeida N, et al. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Ministério da Saúde, Centro de Estudo e

Pesquisa Coletiva; 2011.

44. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde na escola. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Cadernos de Atenção Básica, n. 24) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

45. Campos GWdSJC, Coletiva S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Ciênc. Saúde Colet. 1999;4(2):393-403.

46. Campos GWdS, Domitti ACJCdsp. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública. 2007;23(2):399-407.

47. Arona EdCJSeS. Implantação do matriciamento nos serviços de saúde de Capivari. Saude soc. 2009;18(suppl 1):26-36.

48. Iglesias A, Avellar LZJC, Coletiva S. Apoio Matricial: um estudo bibliográfico. Ciênc. Saúde Colet. 2014;19:3791-8.

49. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de apoio à saúde da família-volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Ministério da Saúde Brasília; 2014.

50. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Ministério da Saúde Brasília; 2009.

51. Falkenberg MB, Mendes TdPL, Moraes EPd, Souza EMdJC, coletiva s. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. Ciênc. Saúde Colet. 2014;19:847-52.

52. BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35)

53. Paim JS, Almeida Filho NdJRdsP. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? Rev. Saúde Pública. 1998;32(4):299-316.

54. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27) (Série A. Normas e Manuais Técnicos) 55. Souza JMd, Tholl AD, Córdova FP, Heidemann ITSB, Boehs AE, Nitschke RG. Aplicabilidade prática do empowerment nas estratégias de promoção da saúde. Ciênc. Saúde Colet. 2014;7(19):2265-76.

56. Ministério da Saúde. Atenção às condições crônicas cardiovasculares: uma proposta de estratificação baseada nas necessidades das pessoas. 2012. 2014.

57. Ramôa Castro A, Oliveira NL, Ribeiro F, Oliveira J. Impact of educational interventions on primary prevention of cardiovascular disease: A systematic review with a focus on physical

activity. *Eur J Gen Pract.* 2017;23(1):59-68.

58. Tsai MF, Hwang SL, Tsay SL, Wang CL, Tsai FC, Chen CC, et al. Predicting Trends in Dyspnea and Fatigue in Heart Failure Patients' Outcomes. *Acta Cardiol Sin.* 2013;29(6):488-95.

59. American Thoracic Society. ATS statement: guidelines for the six-minute walk test. *Am J Respir Crit Care Med.* 2002;166(1):111-7.

60. Enright PL. The six-minute walk test. *Respir Care.* 2003;48(8):783-5.

61. Singh SJ, Morgan MD, Scott S, Walters D, Hardman AE. Development of a shuttle walking test of disability in patients with chronic airways obstruction. *Thorax.* 1992;47(12):1019-24.

62. Skumlien S, Hagelund T, Bjortuft O, Ryg MS. A field test of functional status as performance of activities of daily living in COPD patients. *Respir Med.* 2006;100(2):316-23.

63. Fernandes-Andrade AA, Britto RR, Soares DCM, Velloso M, Pereira DAG. Evaluation of the Glittre-ADL test as an instrument for classifying functional capacity of individuals with cardiovascular diseases. *Braz J Phys Ther.* 2017;21(5):321-8.

64. Leite J, Araujo BTS, SoaresBrandao SC, Resqueti VR, Pinheiro F, Monteiro B, et al. Association between performance on the Glittre ADL-test and the functional capacity of patients with HF: A cross-sectional study. *Physiother Theory Pract.* 2022;38(2):337-44.

65. Bohannon RW, Crouch RJJocr, prevention. 1-Minute sit-to-stand test: systematic review of procedures, performance, and clinimetric properties. *J Cardiopulm Rehabil Prev.* 2019;39(1):2-8.

66. Carvalho MAN, Silva IBS, Ramos SBP, Coelho LF, Gonçalves ID, Figueiredo Neto JAdJABdC. Qualidade de vida de pacientes hipertensos e comparação entre dois instrumentos de medida de QVRS. *Arq Bras Cardiol.* 2012;98:442-51.

67. Schulz RB, Rossignoli P, Correr CJ, Fernández-Llimós F, Toni PMdJABdC. Validação do mini-questionário de qualidade de vida em hipertensão arterial (MINICHAL) para o português (Brasil). *Arq Bras Cardiol.* 2008;90(2):139-44

68. Carvalho VO, Guimaraes GV, Carrara D, Bacal F, Bocchi EA. Validation of the Portuguese version of the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. *Arq Bras Cardiol.* 2009;93(1):39-44.

69. Eifert GH, Thompson RN, Zvolensky MJ, Edwards K, Frazer NL, Haddad JW, et al. The cardiac anxiety questionnaire: development and preliminary validity. *Behav Res Ther.* 2000;38(10):1039-53.

70. Sardinha A, Nardi AE, Araujo CG, Ferreira MC, Eifert GH. Brazilian Portuguese validated version of the Cardiac Anxiety Questionnaire. *Arq Bras Cardiol.* 2013;101(6):554- 61.

71. Oliveira BG, Melendez JGV, Ciconelli RM, Rincón LG, Torres AAS, Sousa LAPd, et al. Versão em português, adaptação transcultural e validação de questionário para avaliação da qualidade de vida para pacientes portadores de marcapasso: AQUAREL. Arq Bras Cardiol. 2006;87:75-83.

ESCOMBROS DA SAÚDE MENTAL: ALGO AINDA ESTÁ DE PÉ?

Marcella Dantas Ribeiro¹;

Universidade de Pernambuco (UPE), PE- Recife, Pernambuco.

<https://orcid.org/0000-0001-6414-8205>

Mariana Nathália Gomes de Lima²;

Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, Pernambuco.

<https://orcid.org/0000-0003-1218-5607>

Lucas Lima de Medeiros³;

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), Maceió, Alagoas.

<https://orcid.org/0000-0003-4506-7500>

Raphaella Christine Ribeiro de Lima⁴;

Universidade de Pernambuco (UPE), Recife, Pernambuco.

<https://orcid.org/0000-0002-8951-8732>

Elieudes Alves Teté dos Santos⁵;

Secretaria de Saúde do Recife, Recife, Pernambuco.

<https://orcid.org/0000-0002-4859-1079>

Elânia Vanderlei da Silva⁶;

Universidade de Pernambuco (UPE), PE- Recife, Pernambuco.

<https://orcid.org/0000-0003-0425-6268>

Kary Roberta Silva Ramos⁷;

Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, Pernambuco.

<https://orcid.org/0000-0002-5077-1853>

Railton Florencio De Moura Farias⁸;

Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), Recife, Pernambuco.

<https://orcid.org/0000-0001-5829-680X>

Raíssa Andrade De Araújo Silva⁹;

Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, Pernambuco.

<https://orcid.org/0000-0002-9432-5062>

Mariana Guimarães Dos Santos¹⁰;

Centro Universitário Brasileiro (UNIBRA), Recife Pernambuco.

<https://orcid.org/0000-0002-1537-713X>

Paula Regina Lima de Moraes Pergentino¹¹.

Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, Pernambuco.

<https://orcid.org/0000-0001-7135-9860>

RESUMO: A Política Nacional de Saúde Mental é compreendida por estratégias e diretrizes necessárias para sistematizar o tratamento e assistência à indivíduos e familiares acometidos por transtornos mentais, incluindo uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas. Sendo assim, este estudo tem por objetivo analisar os marcos históricos da PNSM no Brasil, através de um estudo documental de arquivos abertos de caráter público. Nesse contexto, após anos na tentativa de construir uma rede de saúde mental ideal, hoje no Brasil ocupa um lugar alarmante, tido que os parâmetros adotados pelo atual governo em nada corroboram com a luta da Reforma Psiquiátrica, situação que faz parte de um ataque ao SUS que está ocasionando seu desmonte. Diante da atual situação é fundamental que a sociedade erga a voz para possibilitar novos rumos as medidas destrutivas, em uma tentativa de impossibilitar a destruição dos direitos dos indivíduos que esteja em sofrimento mental.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção à Saúde. Saúde mental. Sistema único de Saúde.

MENTAL HEALTH RUBBLE: IS SOMETHING STILL STANDING?

ABSTRACT: The National Mental Health Policy (NMHP) is comprised of strategies and guidelines necessary to systematize the treatment and assistance to individuals and family members affected by mental disorders, including harmful use and dependence on psychoactive substances. Therefore, this study aims to analyze the historical landmarks of the NMHP in Brazil, through a documentary study of open archives of a public nature. After years of trying to build an ideal mental health network, today's Brazil it occupies an alarming place, given that the parameters adopted by the current government in no way corroborate the struggle for the Psychiatric Reform, a situation that is part of an attack on the Unified Health System that is being causing its dismantling. Faced with the current situation, it is essential that society raise its voice to enable new directions for destructive measures, in an attempt to prevent the destruction of the rights of individuals who are in mental suffering.

KEY-WORDS: Basic standards for health Care. Mental health. Unified Health System.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Lei Federal 8.080/90, sendo definido como uma rede de ações e serviços de saúde, de caráter público, moldados para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organizado de forma regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 1990), sendo parte integrante desse sistema a rede de Atenção à Saúde Mental (BRASIL, 2005). Simultaneamente em 1990, ocorria a primeira iniciativa relacionada ao compromisso com a saúde e respeito aos Direitos Humanos das pessoas com transtornos mentais (COSTA; MAIOR; SILVA, 2020), quando a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) apresentaram um documento nomeado: A reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina: uma nova política para os serviços de Saúde Mental (SM), conhecida como a Declaração de Caracas, representando uma remodelação da Atenção Psiquiátrica (OPAS, 1990).

Logo depois em 1991 foi realizada a Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas, que legitimou os Princípios para a Proteção dos Enfermos Mentais e para a Melhoria da Atenção à Saúde Mental, através da inclusão do direito de viver em comunidade de um modo menos restritivo possível (JORGE; FRANCA, 2001). Dentro desse cenário uma grande mobilização entre usuários, familiares e trabalhadores da saúde, a Política de Saúde Mental (PSM) teve início nos anos 80, tendo o Brasil como um dos pioneiros nesse movimento, conquistando um lugar de destaque internacional, por ter implementado com sucesso essa política há mais de 30 anos (CALDAS DE ALMEIDA; HORVITZ- LENNON, 2010). O objetivo da mudança era em torno da realidade dos manicômios, ganhando força pautado na importância dos direitos humanos e nas experiências de países europeus que obtiveram êxito na substituição de um modelo centrado no hospital psiquiátrico para um de base comunitária (BRASIL, 2013).

Nos anos 90 vários deputados do Partidos dos Trabalhadores propuseram projetos de lei nos vários estados brasileiros, com destaque o deputado Paulo Delgado com a proposta de fechar os manicômios e proibição da eletroconvulsoterapia (BRASIL, 2005). Mas o projeto demorou alguns anos para ser aprovado devido os interesses e negociações legislativas (NASSERE, 2007) e só em 2001 a III Conferência Nacional de Saúde Mental consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo (III CONFERÊNCIA DE SAÚDE MENTAL, 2001).

A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) é compreendida por estratégias e diretrizes necessárias para sistematizar o tratamento e assistência a indivíduos e familiares acometidos por transtornos mentais, incluindo uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas (BRASIL, 2019). Manter a discussão no âmbito de políticas de saúde sobre a assistência à SM soma esforços no legislativo, de maneira a assegurar a proteção dos direitos e respeito à cidadania dessas pessoas e garantir sua autonomia se para o êxito do tratamento (DENDAI; BERNARDES, 2018). A partir de 2011, pela regulamentação da Portaria nº 3.088, se apresenta um novo modelo organizativo de serviços e estratégias, que

sugere a integralidade e continuidade do cuidado, a integração e comunicação de sistemas e a construção de relações horizontais: a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2011).

ARAPS encontra no Centro de Atenção Psicossocial (Caps), um instrumento essencial para a mudança do modelo de assistência e organização da rede, defendendo a construção de uma política de saúde mental para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e estabelecendo o controle social (YASIU, 2010). Precisamente podemos visualizar que estamos vivendo uma crise dos elementos da nossa existência pessoal, nacional e mundial, sendo possível identificar que na terra como um todo nada funciona contento (BOFF, 2018), não diferente na SM, a partir de 2016 é possível identificar a dissolução das conquistas alcançadas até então, pelo surgimento de documentos normativos que trouxeram a **“Nova Política Nacional de Saúde Mental”** que apresenta características que retrocesso e desmonte (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020).

Sendo assim este estudo tem por objetivo analisar os marcos históricos da SMAD no Brasil, através de um estudo documental dos dados de caráter público, afim de compreender os avanços, retrocessos e estratégias de resistência no cenário atual.

ALICERCE E EDIFICAÇÃO

Diante de um cenário representado por grande quantidade de hospitais psiquiátricos, precariedade do cuidado e extrema violação dos direitos humanos, uma readequação desses serviços era indispensável, no Brasil os primeiros indícios de reforma aconteceram em Santos, estado de São Paulo contribuindo de maneira enriquecedora para as mudanças que estavam por vir, devido a implementação de novas práticas de cuidado (ALMEIRA, 2019).

A diminuição dos leitos hospitalares nas alas psiquiátricas e desinstitucionalização das pessoas com longos históricos de internação ganharam força nos anos 90 e os movimentos sociais em através do Projeto de Lei Paulo Delgado impulsionaram as primeiras leis de modelos substitutivos que moldavam uma rede integrada de atenção à saúde mental (BRASIL, 2005). A Lei Paulo Delgado tramitou por longos 12 anos no Congresso Nacional, mas a aprovação veio pela Lei Federal 10.216, trazendo novos rumos à assistência à SM, com ênfase nos serviços de base comunitária, mas ainda sem objetivos claros para o fim dos manicômios (BRASIL, 2005).

Outras leis ao longo da década de 90 demonstraram a força na mobilização social no campo as Saúde e junto a normativas federais impulsionaram as mudanças frente a rede de serviços de base territorial (BRASIL, 2013) e nas Américas o Brasil se evidenciou no campo da SM em relação aos outros países por ter sido percussor na construção dessa Política (COSTA; MAIOR; SILVA, 2020). Ainda nos anos de 1990 a 2003 é possível encontrar

indícios do que compõem na atualidade os objetivos da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), articulações que visavam o financiamento da SM e a criação de uma rede de serviços substitutivos, mas ao mesmo tempo eram cobradas mais rigidez no funcionamento dos Hospitais Psiquiátricos (BERLINK; MAGTAZ e TEIXEIRA, 2008).

Através da Portaria GM nº 336/2002, a PNSM se pautou como uma rede de serviços substitutivos, constituída em especial pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) Psiquiátricos (BERLINK; MAGTAZ e TEIXEIRA, 2008), sendo apontado como um local de referência para o tratamento de pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes que apresentam a necessidade de um atendimento intensivo, comunitário e individualizado, assumindo a responsabilidade de articulação na (BRASIL, 2004). Os CAPS são classificados em CAPS I, CAPS II e CAPS III (determinados por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional), além de serem divididos em CAPS Infantil (CAPSi) e adultos e os CAPS Álcool e Drogas (CAPSad) infanto-juvenil e adultos (BRASIL, 2002). Para compor os novos dispositivos da SM foram implantados os Serviços de Residências Terapêutica, atuando como importante ambiente de desinstitucionalização para pacientes de longa permanência e o Programa de Volta pra Casa, aprovado em Lei Nacional em 2003, visando apoio financeiro para pacientes internados sem interrupção por pelo menos um ano (ALMEIDA, 2019).

Diante dessas conquistas, acontecia precedida de inúmeras Conferências municipais, regionais e estaduais a III Conferência Nacional de SM, em Brasília, com grande participação popular e democracia, marcada por grandes debates relacionados ao enfrentamento do estigma, reorientação do modelo assistencial, garantia de equidade de acesso, priorização dos direitos, cidadania e autonomia dos sujeitos, ampliação do financiamento e controle social (PITTA, 2011). Assim em 2010, as Redes de Atenção à Saúde (RAS), através da Portaria nº 4.279 /2010 estabelece diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS, sendo estruturadas por pontos coordenados pra prestação de assistência contínua e integral (ARRUDA *et. al.*, 2015). Entre as redes temáticas da RAS para serem implantadas nas regiões de saúde a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (RAPS) faz parte de um dos eixos (BRASIL, 2015).

A rede de cuidados se fortalecia através da RAPS pela Portaria 3.088/2011 com sua expansão e qualificação dos processos da Reforma Psiquiátrica e Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), com espaços caracterizados por uma gestão regional, com base comunitária que assegura um atendimento integral e humanizado, com livre circulação das pessoas com problemas mentais pelos serviços e pela comunidade (BRASIL, 2011). Durante esse processo, recursos da rede hospitalar foram destinados para os serviços comunitários, avanços que asseguraram as atividades dos serviços substitutivos (ALMEIDA, 2019). As mobilizações também contribuíram para os alicerces e edificações da SM no Brasil, dentre elas as lutas ocorridas no Dia 18 de Maio, sendo instituída assim como o Dia da Luta Antimanicomial, desenvolvendo ao longo dos anos várias atividades culturais, artísticas

e científicas por todo país, com o propósito de sensibilizar e envolver a sociedade, várias associações surgiram e deixaram de existir ao longo dos últimos 20 anos, mas pode se dar ênfase a várias áreas da sociedade civil que incluíram o tema nas suas pautas de atuação (PITTA, 2011).

Adicionalmente a intersectorialidade do serviço lança o Programa “É possível Vencer”, uma intervenção dos Ministérios da Justiça, Saúde, Educação, Assistência Social e Combate a Fome e Secretaria dos Direitos Humanos, com intuito era aumentar a oferta do cuidado aos usuários e familiares através da ampliação dos fatores de proteção, além de qualificar os profissionais que integrava a rede de atenção aos usuários de crack (BRASIL, 2013).

DEMOLIÇÃO E RUÍNAS

Em 13 de setembro de 2016 é aprovada a Emenda Constitucional 95 (EC 95/2016), o setor saúde incorpora uma nova forma de financiamento que deve vigorar até 2036, o novo regime fiscal com limitação de gastos e investimentos públicos, em especial aos serviços de natureza social, foi apresentada como única medida que fosse capaz de impulsionar novamente o crescimento da economia, vários protestos organizados pela sociedade civil foram organizados, mas não foi possível de impedir que fosse sancionada (MARIANO, 2017), devido aos grande retrocessos trazidos pela nova medida, foi apelidada de “Pec da morte”. Entre os anos de 2016 e 2018 no Governo Temer as conquistas da PNSM são atacadas sendo identificado uma tentativa de desmonte, várias portarias, notas técnicas, decretos e resoluções foram publicadas nesse período, as mudanças se referiam ao incentivo à internação psiquiátrica, mudança do financiamento das Comunidades Terapêuticas, situação que interferia o ideal dos serviços de base comunitária (CRUZ; GOLÇALVES; DELGADO, 2020).

A desestruturação da PNSM ganha força com a Resolução nº 32/2017 e a Resolução nº 1/2018 por defenderem a centralização do tratamento aos Hospitais Psiquiátricos e ampliação desse financiamento, inserção das Comunidades Terapêuticas no rol de serviços da RAPS. A Resolução nº 32 em particular foi aprovada em uma reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), sem que houvesse qualquer debate com participação social que antecederesse a decisão (DEMIER, 2017, p. 33). De acordo do o até então Ministro da Desenvolvimento Social Osmar Terra, a Política Nacional sobre Drogas (PNSD) vigente tem gerado danos a sociedade, por isso surgiu a necessidade de um redirecionamento (GUIMARÃES; ROSA, 2019). As resoluções foram apoiadas pela Associação Brasileira de Psiquiátrica (ABP) e o Conselho Federal de Medicina (CFM), entidades faziam das instituições de aspectos manicomial um ambiente que promovia uma espécie de holocausto brasileiro (BORGES, 2017).

Diferentemente o Conselho Federal de Psicologia (CFP), o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA) e a Associação Brasileira de Saúde

Mental (Abrasme), foram contra a recomendação considerando um ato antiético, ilegal e inconstitucional” (BOLETIM PROJETO ANÁLISE DE POLÍTICAS EM SAÚDE NO BRASIL (2013-2017), 2018).

Em 2018 a Portaria nº 2.434 sustenta as ações manicomiais, através do reajuste no valor das diárias de internação hospitalar acima de noventa dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos (BRASIL, 2018a). Logo após é lançada a Portaria nº 3.659, que suspende o repasse mensal dos CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), proposta pautada em suposta ausência de registros, em seguida a Portaria nº 3.718, que listava Estados e Municípios que receberam recursos disponibilizados para dispositivos da RAPS e não concretizam a utilização do recurso (BRASIL, 2018b).

Em 2019 uma das primeiras medidas do Governo de Bolsonaro foi publicação do Decreto 9.761/2019 (BRASIL, 2019), que aprovava a Nova Política Nacional sobre Drogas, na qual fortalece a lógica do tratamento em Comunidades Terapêuticas, defesa da abstinência como estratégia uniformizada, fator que dificulta o cuidado integral pregado pelos Direitos Humanos, tais eles a estratégia de Redução de Danos legitimada no âmbito da Saúde (LIMA; TAVARES, 2012). Tais mudanças são respaldadas por um embasamento científico hipotético, uma vez que o III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela população brasileira, estudo que sofreu censura, realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) entre os anos de 2014 e 2017, envolvendo 500 pesquisadores com aplicação de 16 mil entrevistas em mais de 100 municípios distribuídos pelo país, identificou que ao contrário do que era difundido não há a epidemia das drogas e nem a droga mais utilizada é o crack (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE, 2017), só em 2019 após grandes discussões a pesquisa foi permitida para conhecimento da sociedade (COSTA; MAIOR; SILVA, 2020).

Em seguida o Grupo Técnico do MS desenvolveu uma planilha que constavam mudanças relacionadas a fiscalização dos Hospitais Psiquiátricos, fim das equipes que dão suporte a transferência das pessoas que vivem em equipamentos substitutivos para as suas famílias ou para dispositivos de assistência social, extinção do atendimento psiquiátrico nos CAPS, possibilidade de extinção do CAPSad, fim do atendimento à população em situação de rua, mudanças no controle da internação involuntária, revogação do Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescente se das diretrizes sobre SM indígena e ainda substituição, transferência e atribuição da política sobre drogas para o Ministério da Cidadania (COLLUCI, 2020).

Assim com os novos moldes lógica da SM, é possível identificar o retorno de um serviço segregador e de desassistência aos usuários, acrescido de um cunho repressivo (COSTA; MAIOR; SILVA, 2020). Ainda em 2019 a Medida Provisória nº 870, relacionadas a Política de Drogas a chamada “nova era”, com divisão das atribuições da Política sobre

o Ministério da Cidadania, com responsabilidade de reduzir a demanda e o Ministério da Justiça e Segurança Pública no encargo de reduzir a oferta da droga (BRASIL, 2019).

Seguindo houve a publicação de um Nota Técnica de n.º 11/20198 assinada pelo então Ministro da Cidadania Quirino Cordeiro Júnior, explicando as mudanças da PNSM, que contém verdadeiras atrocidades a assistência a SM, tais como a internação, tanto de adultos como de crianças e adolescentes, em hospitais psiquiátricos tidos como ambientes privilegiados de cuidados, fator que fere o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o lugar de legitimidade as Comunidades Terapêuticas, depreciação das estratégias de redução de danos; equipamentos de eletroconvulsoterapia passando a integrar a lista do Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM) do Fundo Nacional de Saúde (BRASIL, 2019).

Os danos parecem não ter fim e encontramos cerca de cem portarias ditadas entre 1991 e 2014 com propostas para serem revogadas, um “revogaço”, redirecionando assim o cuidado para o retorno acelerado do modelo manicomial. Diante da demolição da SM, diversas entidades vão à luta contra o desmonte da PNSM.

REEDIFICAÇÃO

Na tentativa de reedificar a SM em 2018 houve a criação Frente Parlamentar Mista em Defesa da Nova Política Nacional de Saúde Mental e da Assistência Hospitalar Psiquiátrica, promovendo debates ampliados sobre questões relacionadas aos direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental (GUIMARÃES; ROSA, 2019). Em 2020 a Frente Ampliada em Defesa da Saúde Mental, da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, reafirma junto à sociedade civil que a luta é pelo cuidado em liberdade

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde mental atualmente no Brasil ocupa um lugar alarmante, tido que os parâmetros adotados pelo atual governo em nada corroboram com a luta da Reforma Psiquiátrica, situação que faz parte de um ataque ao SUS que está ocasionando seu desmonte. Diante da atual situação é fundamental que a sociedade erga a voz para possibilitar novos rumos as medidas destrutivas, em uma tentativa de impossibilitar a destruição dos direitos de qualquer indivíduo que esteja em sofrimento mental.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que possuímos/não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, J.M.C. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Caderno de Saúde Pública**. 3,5 (11), 2019.
- ARRUDA, C.; LOPES, S. G. R.; KOERICH, M.H.A.L.; WINCK, D.R.; MEIRELLES, B.H.S.; MELLO, A.L.S.F. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Escola Anna Nery- Revista de Enfermagem**. 19(1):169-173, 2015.
- BERLINK, M. T.; MAGTAZ, A. C.; TEIXEIRA, M. A reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas e problemas. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. 11(1), 21-27, 2008.
- BOFF, L. **Crise - oportunidade de crescimento**. Campinas: Verus.
- Boletim projeto análise de políticas em saúde no brasil (2013-2017). Salvador: Observatório de Análise Política em Saúde; Centro de Documentação de Análise Política em Saúde, ano 4, n. 15, jan./fev. 2018.
- BORGES, D. Ministério da Saúde aprova retrocessos na Política Nacional de Saúde Mental. [S. l.]. Esquerda Diário, 2017.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Nota Técnica de n.º 11/2019, de 04 de fevereiro de 2019**. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, 2019.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 2.434, de 15 de agosto de 2018**. Altera a Portaria de Consolidação n.º 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para reajustar o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos. Brasília, 2018a.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 3.718, de 22 de novembro de 2018**. Publica lista de Estados e Municípios que receberam recursos referentes a parcela única de incentivo de implantação dos dispositivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e não executaram o referido recurso no prazo determinado nas normativas vigentes. Brasília, 2018b.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n.º. 3088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- BRASIL, Presidência da República. **Medida Provisória n.º 870, de 1º de janeiro de 2019**. Estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios. Brasília, 2019.
- BRASIL. Congresso. Senado. Constituição. **Lei n.º 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe

sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 19 set. 1990.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília: CONASS, 2015.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Cartilha crack, é possível vencer. Enfrentar o crack, compromisso de todos.** Brasília, DF: Ministério da Justiça; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. **Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS.** Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34.** □ Brasília: Ministério da Saúde. 176 p. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 336/GM de 19 de fevereiro de 2002. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Brasília, 19 fev. 2002.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019.** Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília, 2019.

CALDAS DE ALMEID, J.M.; HORVITZ-LENNON M. Mental health care reforms in Latin America: an overview of mental health care reforms in Latin America and the Caribbean. **Psychiatric Services.** 61:218-21, 2010.

COLLUCI, C. **Governo Bolsonaro quer revogar portarias que sustentam política de saúde mental.** Reportagem publicada no jornal Folha de São Paulo, edição de 07.12.2020.

COSTA, R.O; MAIOR, N. S.S.; SILVA A.X. A inflexão dos Direitos Humanos na Política de Saúde Mental e Drogas. **Argumentum.**, Vitória, v. 12, n. 2, p. 75-90, maio/ago. 2020.

CRUZ, N.F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G.G. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020.

DEMIER, F. Depois do golpe: a dialética da democracia blindada no Brasil. 1. ed. Rio de Janeiro: **Mauad X**, 2017.

DENADAI, M. C. V. B.; BERNARDES, F. Política De Saúde Mental: Retrocessos à Vista? **Argumentum**. Vitória, v. 10, n. 3, p. 5-9, set./dez. 2018.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ); INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE (ICICT). **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Organização: Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro Bastos et al. Rio de Janeiro, 2017.

GUIMARÃES, T. A.A; ROSA, L.C.S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O Social em Questão** - Ano XXII - nº 44 - Mai a Ago/2019.

III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. **Caderno Informativo / Secretaria de Assistência à Saúde**. Conselho Nacional de Saúde – 1. ed. – Brasília Ministério da Saúde, 2001.

JORGE, M.R.; FRANCA, J.M.F. A associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.23, n.1, mar.2001.

LIMA, R. C. C.; TAVARES, P. Desafios recentes às políticas sociais brasileiras sobre as drogas: enfrentamento ao crack e proibicionismo. **Argumentum**, Vitória, v. 4, n. 2, p. 6-23, jul./dez. 2012.

MARIANO, C. M. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. **Revista de Investigações Constitucionais**. Curitiba, v. 4, n. 1, p. 259-281, Abr. 2017.

NASSERE, N. **Da desconstrução do aparato manicomial à implementação da “política pública” de saúde mental caps – o caso de santa cruz do sul/rs**. 2007. 155 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Desenvolvimento Regional., Universidade de Santa Cruz do Sul – Unisc, Santa Cruz do Sul, 2007.

PITTA, A.M.F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, Dec. 2011.

YASUI, S. **CAPS: estratégia de produção de cuidados**. In: **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. Loucura & Civilização collection. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 113-160, 2010.

SAÚDE MENTAL NO PÓS PANDEMIA: UMA QUESTÃO EMERGENTE

Mônica Vicente de Souza¹;

Faculdade Adventista da Bahia (FADBA), Cachoeira, Bahia.

<http://lattes.cnpq.br/3604902948391923>

Francisco das Chagas Maciel²;

Faculdade Adventista da Bahia (FADBA), Cachoeira, Bahia.

<http://lattes.cnpq.br/9906796497841315>

Thainara Santos de Oliveira³;

Faculdade Adventista da Bahia (FADBA), Cachoeira, Bahia.

<http://lattes.cnpq.br/3960199172318625>

Alessandra Gonzaga Ramos⁴;

Faculdade Adventista da Bahia (FADBA), Cachoeira, Bahia.

<http://lattes.cnpq.br/5577623058675932>

Monikelle Costa Rocha⁵;

Faculdade Adventista da Bahia (FADBA), Cachoeira, Bahia.

<http://lattes.cnpq.br/3938373135641628>

Livia de Jesus Vasconcelos⁶;

Faculdade Adventista da Bahia (FADBA), Cachoeira, Bahia.

<http://lattes.cnpq.br/5231896401492703>

Gemima Lima Pereira⁷.

Faculdade Adventista da Bahia (FADBA), Cachoeira, Bahia.

<http://lattes.cnpq.br/2425500822060859>

RESUMO: Introdução: A pandemia da Covid-19 trouxe uma série de repercussões nas mais diversas esferas da vida cotidiana em todo o mundo, trazendo consigo implicações que culminaram no aparecimento de inúmeras e diversificadas demandas psicológicas e agravamento dos transtornos para os que já sofriam com o problema. Neste sentido a saúde mental é um dos elementos que apresenta grande importância para a promoção de bem estar, onde interligada com outros fatores possibilita que o sujeito possa ter uma vida normal, sendo capaz de realizar as atividades cotidianas, livre de comprometimentos

físicos, intelectuais, cognitivos e psicológicos. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão bibliográfica sistemática, constituída na pesquisa de artigos científicos nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) no período de maio a junho de 2022. **Resultados e discussão:** a pesquisa mostrou que o contexto trago pela pandemia se configura como um enorme desafio para o campo da saúde mental, se apresentando como um tema de emergência para saúde pública mundial e brasileira. **Considerações finais:** Mediante as repercussões da pandemia na saúde mental da população tanto no período pandêmico e principalmente no pós pandemia, considera-se necessário o esforço imediato de entidades governamentais e de profissionais das diversas áreas de conhecimento, a fim de buscar minimizar os prejuízos na saúde mental da população. É importante que haja investimento no setor da saúde e, sobretudo, no campo científico, para que esse período seja enfrentado com eficácia e eficiência no cuidado em saúde mental.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental. Covid-19. Pós pandemia.

MENTAL HEALTH IN THE POST PANDEMIC: AN EMERGING ISSUE

ABSTRACT: Introduction: The Covid-19 pandemic brought a series of repercussions in the most diverse spheres of daily life around the world, bringing with it implications that culminated in the emergence of numerous and diverse psychological demands and aggravation of disorders for those who already suffered from the problem. In this sense, mental health is one of the elements that is of great importance for the promotion of well-being, where interconnected with other factors, it allows the subject to have a normal life, being able to carry out daily activities, free from physical, intellectual, and mental impairments. cognitive and psychological. **Methodology:** This is a systematic literature review, consisting of a search for scientific articles in the Scientific Electronic Library Online (SCIELO) and Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences (LILACS) databases from May to June. de 2022. **Results and discussion:** the research showed that the context brought by the pandemic is configured as a huge challenge for the field of mental health, presenting itself as an emergency topic for global and Brazilian public health. **Final considerations:** Due to the repercussions of the pandemic on the mental health of the population both in the pandemic period and especially in the post-pandemic period, an immediate effort by government entities and professionals from different areas of knowledge is considered necessary, in order to seek to minimize the losses in the population mental health. It is important that there is investment in the health sector and, above all, in the scientific field, so that this period is faced with effectiveness and efficiency in mental health care.

KEY-WORDS: Mental health. Covid-19. Post pandemic.

INTRODUÇÃO

As repercussões da pandemia no âmbito econômico, familiar e social trouxeram uma série de implicações que culminaram no aparecimento de inúmeras e diversificadas demandas psicológicas e agravamento dos transtornos para os que já sofriam com o problema. (COSTA, 2022)

Considerada um eixo fundamental para a saúde, a saúde mental é um dos elementos que apresenta grande importância para a promoção de bem estar, onde interligada com outros fatores possibilita que o sujeito possa ter uma vida normal, sendo capaz de realizar as atividades cotidianas, livre de comprometimentos físicos, intelectuais, cognitivos e psicológicos. (FOGAÇA, 2021)

Oliveira, 2020 afirma que o cenário de um evento de grande magnitude como uma pandemia, traz consigo uma série de implicações psicossociais que impactam na capacidade de enfrentamento da população; principalmente daquelas marcadas por condições acentuadas de vulnerabilidade social.

Nesta direção, acredita-se que um terço ou metade da população mundial apresente algum tipo de problema psicológico ou transtorno mental, que podem ser manifestados de acordo com a intensidade dos fenômenos, associados ao estado de vulnerabilidade, o tempo e a efetividade das ações governamentais no decorrer do período da pandemia de COVID-19 (FIOCRUZ, 2020)

Deste modo, é inevitável que a população não seja afetada com o decorrer do tempo. Assim, considera-se essencial incluir e intensificar os cuidados em saúde mental, principalmente no âmbito da saúde pública para que haja o enfrentamento das repercussões, possibilitando uma menor durabilidade dos eventos e a diminuição de custos para tratamento. (Araújo e Machado, 2020)

Diante disso, este trabalho objetiva trazer uma breve discussão a respeito das repercussões da pandemia na saúde mental da população e de como os impactos representam uma questão emergente de saúde no pós pandemia.

RESULTADOS E DISCURSSÃO

O contexto trago pela pandemia se configura como um enorme desafio para o campo da saúde mental, se apresentando como um tema de emergência de saúde pública mundial e brasileira. Este cenário traz diversas inquietações quanto à saúde física, à saúde mental e ao sofrimento que podem ser experimentados tanto pela população em geral, pelos usuários, profissionais da saúde, entre outros. (GONÇALVES et al,2021)

O estudo realizado por Pereira et al, 2020 nos mostra que dentre as inúmeras repercussões na saúde mental causadas pela pandemia estão a ansiedade, medo, sentimento de culpa, estresse, tristeza e pânico; causando sofrimento psíquico que podem

desencadear quadros graves como a depressão. Assim, este autor considera que as pessoas afetadas estão em situação de vulnerabilidade e precisam de cuidados em saúde mental (PEREIRA et al,2020)

Já os estudos de Costa, 2022 mostram que apesar de existir uma significativa procura para tratar esses problemas, ainda é considerado alto o número de pessoas que não tem acesso a ajuda profissional em saúde mental por diversas razões, dentre elas a falta de informação e preconceito. Este autor afirma ainda ser importante ações do poder público na perspectiva de promover prevenção e conscientização, especialmente nos pós pandemia.

Nessa perspectiva, Garrido e Rodrigues observam em seu estudo que na pandemia há a tendencia de agravamento de quadros psicopatológicos e também o aumento no consumo de álcool e outras drogas que potencializam ainda mais a probabilidade de surgimento de outras patologias relacionadas a saúde mental. (GARRIDO e RODRIGUES,2020)

Dentre os principais gatilhos para o surgimento de demandas psicológicas na pandemia, observa-se o sentimento de solidão ocasionado pelo longo período de isolamento e distanciamento das relações sociais, tristeza, episódios de estresse, ansiedade e medo. (Enumo, et al., 2020).

Pensando nisso, cabe ao estado investir em ações de saúde mental e aos profissionais desenvolver suas práticas pautadas na acessibilidade, garantido desta forma a integralidade, a equidade e o controle social, visando sempre superar o desafio de transformar e apoiar os processos de trabalho e observando a descentralização, a multiprofissionalidade das ações e serviços em saúde. (OLIVEIRA e CAETANO,2021)

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica sistemática, constituída na pesquisa de artigos científicos nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) no período de maio a junho de 2022.

Os artigos foram selecionados a partir das buscas pelos descritores: “Saúde Mental”, “COVID-19” e “Pós pandemia”. Como critérios de inclusão consideramos artigos que abordavam a temática sobre o campo da saúde mental na pandemia e pós pandemia, artigos nacionais que tenham sido publicados entre os anos de 2020 a 2022, escritos em português.

Os procedimentos foram organizados na seguinte sequência: na primeira etapa da investigação, realizou-se um levantamento de artigos encontrados com os descritores propostos nas bases de dados anteriormente mencionadas; na segunda etapa foi realizada uma leitura e seleção criteriosa dos artigos onde escolheu-se inicialmente pela leitura do título, em seguida pela leitura do resumo e logo depois a leitura do artigo na íntegra. Foram excluídos: artigos que não estivessem no idioma português; artigos duplicados e artigos

que não se encaixava com a temática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante as repercussões da pandemia na saúde mental da população tanto no período pandêmico e principalmente no pós pandemia, considera-se necessário o esforço imediato de entidades governamentais e de profissionais das diversas áreas de conhecimento, a fim de buscar minimizar os prejuízos na saúde mental da população. É importante que haja investimento no setor da saúde e, sobretudo, no campo científico, para que esse período seja enfrentado com eficácia e eficiência no cuidado em saúde mental, prevenindo danos maiores no futuro.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, L. F. S. C., & MACHADO, D. B. (2020). Impact of COVID-19 on mental health in a Low and Middle-Income Country (LMIC). **Ciênc. Saúde Coletiva Preprints**. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigs/impact-of-covid19-on-mental-health-in-a-low-and-middle-income-country-lmic/17557>

DA COSTA, Anna Carolina Amorim. Implementação de políticas públicas para o tratamento dos problemas de saúde mental decorrentes da pandemia do Covid-19. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 8, n. 1, p. 1287-1301, 2022.

DE OLIVEIRA, Daniela Sousa; CAETANO, George Luiz Nêris. Residência multiprofissional em saúde mental do adulto: modos de reinventar as práticas no contexto da pandemia causada pela Covid-19. **Health Residencies Journal-HRJ**, v. 2, n. 11, p. 42-61, 2021.

ENUMO, Sônia Regina Fiorim et al. Enfrentando o estresse em tempos de pandemia: proposição de uma cartilha. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 37, 2020.

FARO, André et al. COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. **Estudos de psicologia (Campinas)**, v. 37, p.1-14, 2020.

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. (2020b). **Cartilha Saúde Mental e Atenção Psicossocial -Recomendações para Gestores**. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/saude-mental-e-atencao-psicossocial-na-pandemia-covid-19-recomendacoes-para-gestores>

FOGAÇA, Priscila Carvalho; AROSSI, Guilherme Anzilero; HIRDES, Alice. Impacto do

isolamento social ocasionado pela pandemia COVID-19 sobre a saúde mental da população em geral: Uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 4, p. e52010414411-e52010414411, 2021.

GARRIDO, Rodrigo Grazinoli; RODRIGUES, Rafael Coelho. Restrição de contato social e saúde mental na pandemia: possíveis impactos das condicionantes sociais. **Journal of health & biological sciences**, v. 8, n. 1, p. 1-9, 2020.

GONÇALVES, Gabriela da Silva et al. Interface entre saúde mental e pandemia da COVID-19: o olhar dos profissionais de saúde. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 16, p. e59101623134-e59101623134, 2021.

MALLOY-DINIZ, Leandro Fernandes et al. Saúde mental na pandemia de COVID-19: considerações práticas multidisciplinares sobre cognição, emoção e comportamento. **Debates em psiquiatria**, v. 10, n. 2, p. 46-68, 2020.

OLIVEIRA, Eliany Nazaré. Saúde Mental durante a Pandemia do novo Coronavírus: algumas reflexões necessárias. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, p. e413985478-e413985478, 2020.

PEREIRA, Mara Dantas et al. A pandemia de COVID-19, o isolamento social, consequências na saúde mental e estratégias de enfrentamento: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, p. e652974548-e652974548, 2020.

IMPACTO DA PANDEMIA PELA COVID-19 NO COMPORTAMENTO DE CÃES E GATOS EM SERGIPE

Lívia Santos Lima¹;

Universidade Federal de Sergipe (UFS), Porto da Folha, Sergipe.

<http://lattes.cnpq.br/4810855935936231>

Jéssica Layane Oliveira Fontes²;

Universidade Federal de Sergipe (UFS), Nossa Senhora da Glória, Sergipe.

ORCID: [0000-0002-7113-2604](https://orcid.org/0000-0002-7113-2604).

Anita de Souza Silva³;

Universidade Federal de Sergipe (UFS), Nossa Senhora da Glória, Sergipe.

ORCID: [0000-0003-0478-8264](https://orcid.org/0000-0003-0478-8264).

Renata Rocha da Silva⁴;

Universidade Federal de Sergipe (UFS), Aracaju, Sergipe.

ORCID: [0000-0001-8562-9008](https://orcid.org/0000-0001-8562-9008).

Roseane Nunes de Santana Campos⁵.

Universidade Federal de Sergipe (UFS), Nossa Senhora da Glória, Sergipe.

ORCID: [0000-0001-6217-9278](https://orcid.org/0000-0001-6217-9278).

RESUMO: A pandemia do novo coronavírus ocasionou diversos problemas, dentre estes, mudanças no relacionamento tutor e animal de estimação. Os cães e gatos tiveram rotinas alteradas em decorrência das medidas restritivas adotadas pelos seres humanos a fim de evitar a propagação do vírus. Assim, alterações comportamentais foram observadas nesses animais como uma resposta às situações adversas, o que pode resultar em Síndrome de Ansiedade por Separação (SAS). O presente trabalho teve o objetivo de analisar o impacto que a pandemia de COVID-19 causou no comportamento de cães e gatos no estado de Sergipe. Para isso, foi elaborado e enviado um questionário *online* aos tutores de cães e gatos de Sergipe, através de mídias sociais, sobre o comportamento dos animais de companhia na pandemia. Através da análise dos dados obtidos, observou-se que alguns tutores relataram alterações comportamentais em seus *pets*, tais como ansiedade, carência, inquietação e impaciência, estando, possivelmente, interligadas às consequências da pandemia de COVID-19 e indicando que as mudanças na rotina dos tutores refletem também na dos animais, provocando alterações comportamentais e situações de estresse

para ambos. Além disto, uma quantidade considerável de tutores não conhece a SAS, o que implica em uma necessidade de maior propagação de informações a respeito da temática.

PALAVRAS-CHAVE: COVID-19. Ansiedade por Separação. Comportamento animal.

IMPACT OF THE COVID-19 PANDEMIC ON THE BEHAVIOR OF DOGS AND CATS IN SERGIPE

ABSTRACT: The new coronavirus pandemic caused several problems, among them, changes in the tutor and pet relationship. Dogs and cats had their routines changed as a result of restrictive measures adopted by humans in order to prevent the spread of the virus. Thus, behavioral changes were observed in these animals as a response to adverse situations, which may result in Separation Anxiety Syndrome (SAS). The present work aimed to analyze the impact that the COVID-19 pandemic caused on the behavior of dogs and cats in the state of Sergipe. For this, an online questionnaire was prepared and sent to dog and cat tutors in Sergipe, through social media, about the behavior of companion animals in the pandemic. Through the analysis of the data obtained, it was observed that some tutors reported behavioral changes in their pets, such as anxiety, neediness, restlessness and impatience, possibly being linked to the consequences of the COVID-19 pandemic and indicating that changes in tutors routine also reflect on animals, causing behavioral changes and stress situations for both. In addition, a considerable number of tutors do not know about SAS, which implies a need for greater dissemination of information on the subject.

KEY-WORDS: COVID-19. Separation Anxiety. Animal Behavior.

INTRODUÇÃO

O mundo vivenciou um dos maiores desafios do século, a doença ocasionada pelo novo coronavírus desencadeou uma pandemia, acometendo mais de 100 países, causando uma emergência em saúde pública de importância internacional, impactando a saúde e a economia mundial (BRITO et al., 2020).

Esta doença teve origem em um mercado de frutos do mar na cidade de Wuhan, na China, no final de 2019 (OMS, 2020).

Tal situação, promoveu mudanças nos hábitos e comportamento das pessoas em todo o mundo. As autoridades de saúde como forma de controlar a pandemia e reduzir os impactos da COVID-19 em diversos setores, como a saúde e economia, recomendaram o isolamento, distanciamento social e a quarentena (OLIVEIRA et al., 2020).

Diante desse novo cenário, muitos setores organizacionais tiveram que adaptar suas práticas de trabalho, aderindo ao *home office*, as atividades laborais passaram a ser realizadas na residência do trabalhador, reconfigurando a rotina (MENDES; FILHO;

TELLECHEA, 2020).

Além dos humanos, os animais de companhia também tiveram mudanças nos hábitos diários e no comportamento com o isolamento social. As alterações comportamentais podem ser ocasionadas por diversos fatores e afetam o bem-estar animal e a qualidade de vida destes (ADAMANTE et al., 2021).

A Síndrome da Ansiedade por Separação (SAS) é definida como uma expressão de ansiedade patológica que o animal apresenta quando se está distante de uma figura de vínculo. O tutor representa, portanto, um ponto de equilíbrio para o *pet*, e a partir do momento que o contato entre ambos é modificado são geradas respostas fisiológicas e comportamentais que o afetam clinicamente (Appleby & Pluijmakers, 2004).

Os cães e gatos de estimação são tratados, em grande parte, como membros da família, sendo inclusive, por vezes, inseridos neste contexto como filhos. Essa ligação forte entre humano-animal faz com que os *pets* se tornem cada vez mais dependentes de seus tutores, não sabendo como lidar em situações de restrições de contato e alterações de rotina. As famílias que incluem seus animais de estimação como membros, os legitimando e introduzindo no seio afetivo são chamadas de famílias multiespécies (AGUIAR, M. de S. de; ALVES, C. F. *apud* Gazzana & Schimit, 2015; Ximenes & Teixeira, 2017).

Dentre a sintomatologia característica da SAS incluem-se um ou mais destes sinais: lambedura excessiva, comportamento expressivo de medo, automutilação, procura de atenção, vocalização excessiva, escavação e agressividade (DIAS, M. B. M. C. et al. *apud* BORCHELT & VOITH, 1996; McCRAVE, 1991).

Desse modo, este estudo teve por objetivo analisar o impacto da pandemia da COVID-19 no comportamento dos animais de estimação, mediante as mudanças do novo cenário ocasionada pela pandemia do coronavírus.

METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada no Estado de Sergipe. O estado é considerado o menor do Brasil e possui cerca de 2.2 milhões de habitantes, possuindo 75 municípios (IBGE, 2014).

Este estudo trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva e exploratória. Foram entrevistados tutores de cães e gatos do estado de Sergipe e de forma remota através do *Google formulário*. O questionário continha informações sobre a faixa etária, gênero, município do tutor, espécie do animal de estimação, número de animais na residência, faixa etária dos animais, uso de enriquecimento ambiental, alterações comportamentais, proximidade entre animal e tutor, passeios na pandemia e síndrome da ansiedade por separação.

A concessão das respostas do questionário foi após a assinatura eletrônica do ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), permitindo voluntariamente a participação na pesquisa.

Os dados foram representados através de gráficos e tabelas e expressos em estatística descritiva.

O estudo foi submetido na Plataforma Brasil do Conselho Nacional de Saúde (CNS), obtendo a aprovação sob o número do parecer: 5.173.057.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Como resultado dos dados foram obtidas informações sobre os tutores destes animais como idade, gênero, quantidade de pessoas residentes no domicílio, espécies de animais e idade dos *pets*.

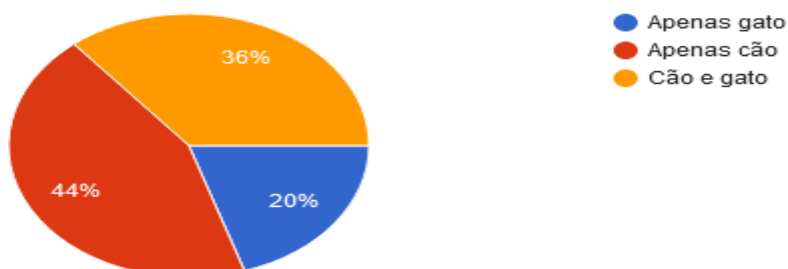
Das informações recebidas, foi possível confirmar que a maioria dos tutores (66%) possuem idade entre 18 a 25 anos e 20% deles, de 26 a 35 anos. Sobre o gênero dos participantes, 86% são do gênero feminino e 14% do gênero masculino. Além disso, foi perguntado sobre a quantidade de pessoas residentes no domicílio: 26% dos participantes moram com mais uma pessoa além de si e 20% com mais três pessoas.

Foi questionado também para os entrevistados sobre as espécies de animais que estes possuem como animal de estimação (Gráfico 1). Destes, 44% afirmaram ter como animal de estimação somente o cão, 20% apenas o gato e 36% o cão e o gato. A partir dessa análise é possível perceber que o número de tutores que têm cães é maior comparado aos que têm gatos, entretanto há tutores que possuem ambos os animais, evidenciando assim que, possivelmente, há uma boa convivência entre estes animais.

Gráfico 1: Animais de estimação dos entrevistados.

Qual(is) da(s) espécie(s) abaixo você possui como animal de estimação?

50 respostas



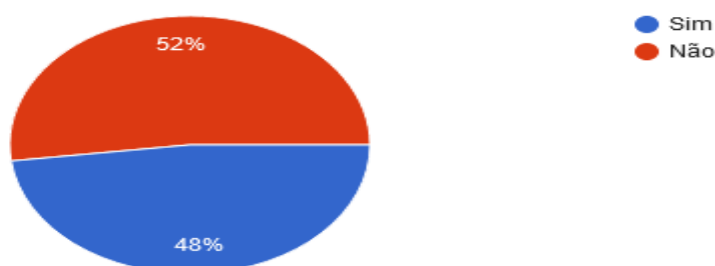
Sobre a idade dos pets, a maioria (21,1%) possui 2 anos de idade, 15,8% 1 ano de idade, 9,5% entre 4 ou 5 anos, 7,4% menos de 1 ano e os demais, idade superior a 6 anos.

Relacionado a convivência com os *pets*, foi questionado aos tutores se os mesmos costumam brincar com os animais de estimação, 96% responderam que sim e apenas 4% responderam não. Quanto à utilização de enriquecimento ambiental para os animais, 52% responderam que não fazem uso e 48% que fazem (Gráfico 2). O enriquecimento ambiental é um método importante para a manutenção do bem-estar de cães e gatos, o que evita a constante preocupação em estar sobre a presença dos seus tutores, auxiliando a reduzir a ansiedade.

Gráfico 2: Uso de enriquecimento ambiental para os *pets*.

Você faz uso de enriquecimento ambiental para seu(s) pet(s)?

50 respostas



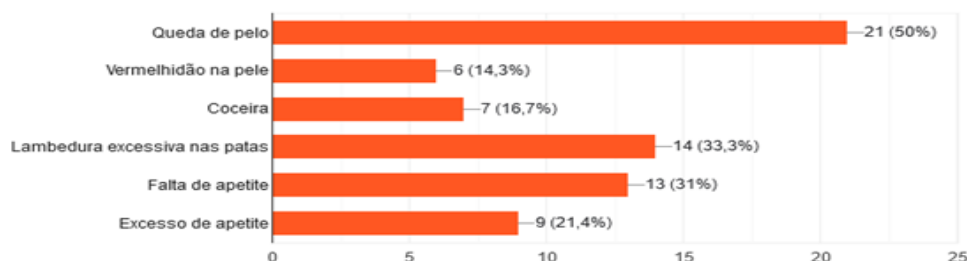
Sobre o comportamento dos animais durante o período do isolamento social, foi perguntado sobre as possíveis alterações que os animais apresentaram e os sinais clínicos (Gráfico 3).

Gráfico 3: Sinais clínicos apresentados pelos *pets* durante o período de isolamento social.

Durante o isolamento social seu animal apresentou alguns dos sinais abaixo?

[Copiar](#)

42 respostas

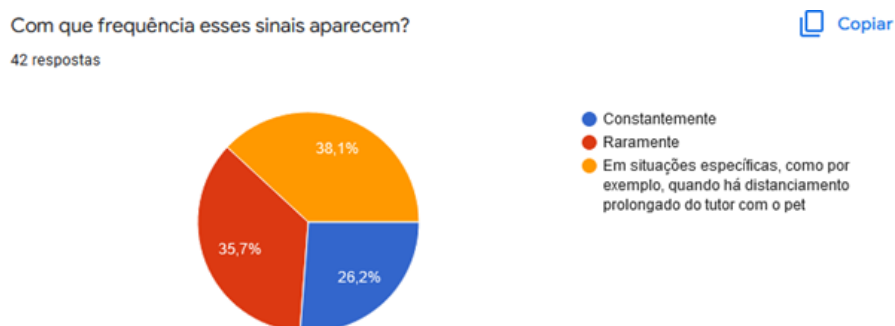


No resultado da pesquisa foi possível analisar que 50% dos animais apresentaram queda de pêlo, 33,3% lambedura excessiva nas patas, 31% falta de apetite, 21,4% excesso de apetite, 16,7% coceira e 14,3% vermelhidão na pele. Estes sinais clínicos podem estar

relacionados à ansiedade, esta pode ter sido causada devido a diminuição dos passeios na pandemia e o medo dos tutores que na maioria das vezes reflete nos animais, assim como citado por Borchelt & Voith (1996) e McCrave (1991) em que determina que os principais sinais clínicos decorrentes da ansiedade ocorre justamente de forma variada, incluindo-se além da lambedura excessiva, tremores, vômito e automutilação, sendo o melhor meio de solução para estes casos, o tratamento com terapia comportamental. Ainda Rossi (2018) descreve que a falta de apetite faz parte do processo de alteração ocorrido no animal quando este inicia a ansiedade que gera estados emotivos problemáticos.

Ainda sobre a presença desses sinais clínicos, foi questionado com que frequência esses sinais apareciam (Gráfico 4).

Gráfico 4: Porcentagem da frequência do aparecimento de sinais clínicos durante o isolamento social.



Nota-se que 38,1% responderam que os sinais clínicos só aparecem em situações específicas, como por exemplo, quando há distanciamento prolongado do tutor com o pet, 35,7% raramente e 26,2% constantemente.

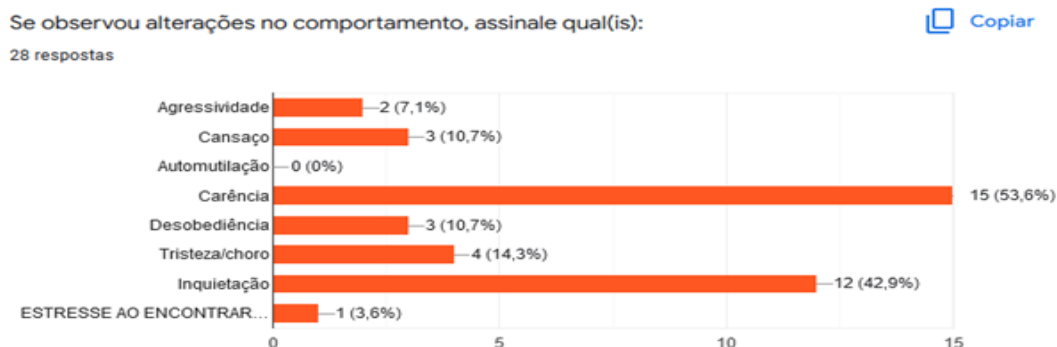
Sobre o comportamento dos animais durante a pandemia do COVID-19, a maioria dos tutores (58%) notou alterações e 42% afirmou não ter visto nenhuma alteração comportamental (gráfico 5).

Gráfico 5: Se o tutor percebeu alguma alteração do *pet* durante a pandemia de COVID-19.



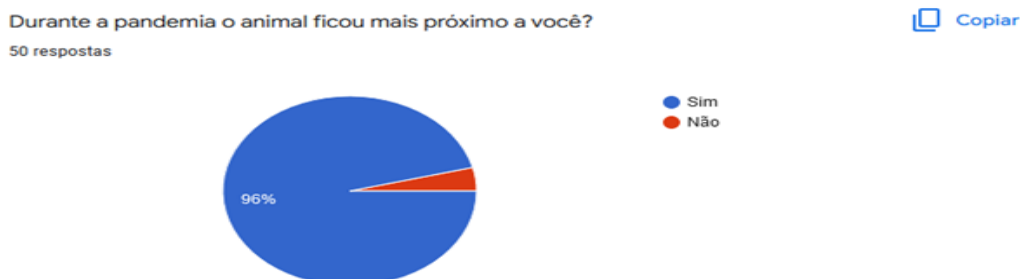
Em seguida questionou-se sobre os tipos de alterações comportamentais visualizadas pelos tutores (gráfico 6). No resultado foi possível perceber que 53,6% dos animais apresentaram carência, 42,9% inquietação, 14,3% tristeza/choro, 10,7% cansaço ou desobediência, 7,1% agressividade e 3,6% estresse ao encontrar outras pessoas ou animais.

Gráfico 6: alterações de comportamento presentes nos *pets* durante o isolamento social.



Foi perguntado também sobre a proximidade do animal com o tutor durante a pandemia (gráfico 7) e a maioria dos tutores (96%) afirmou que os animais ficaram mais próximos deles durante o período da pandêmico.

Gráfico 7: Proximidade entre o *pet* e o tutor durante a pandemia.

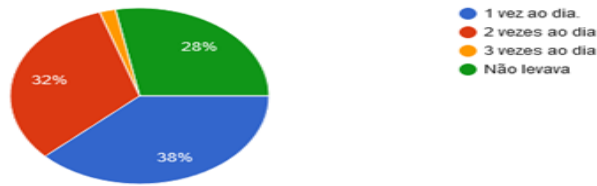


Em relação aos passeios, questionou-se com que frequência os participantes da pesquisa levavam seu animal para passear antes da pandemia (gráfico 8). As seguintes respostas foram obtidas: 38% respondeu que levava 1 vez por dia; 32%, 2 vezes ao dia; 28%, não levava o animal para passear; 2% levava o animal para passear 3 vezes ao dia.

Gráfico 8: frequência de passeios antes da pandemia.

Com que frequência levava seu animal de companhia para passear antes da pandemia?
50 respostas

 Copiar

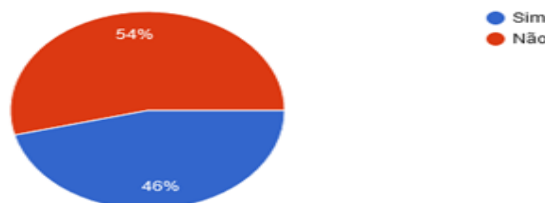


Sobre os passeios durante a pandemia (gráfico 9), 54% dos tutores afirmaram não ter diminuído os passeios com os *pets* e 46% afirmaram o contrário.

Gráfico 9: diminuição da quantidade de passeios durante a pandemia.

Durante a pandemia diminuiu a quantidade de passeios?
50 respostas

 Copiar

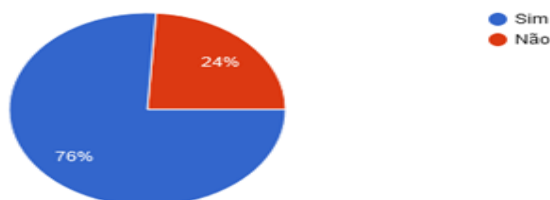


Ainda sobre a diminuição dos passeios, foi questionado se os tutores acreditam que isso poderia afetar psicologicamente os *pets* (gráfico 10) e 78% dos tutores responderam que sim, enquanto 24% responderam que não.

Gráfico 10: sobre a diminuição dos passeios e o psicológico do animal.

Sobre a diminuição de passeios com seu pet durante a pandemia, acha que isso pode afetar psicologicamente ele?
50 respostas

 Copiar

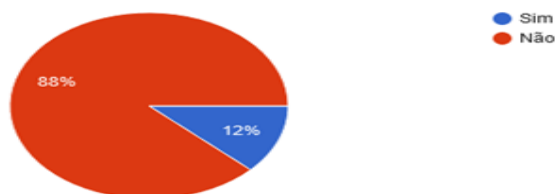


Perguntou-se aos tutores se algum membro familiar ou o próprio teria permanecido um longo período de tempo ausente em internamento devido infecção por COVID-19 (gráfico 11). Com as respostas, percebeu-se que 88% dos tutores não precisaram passar

por internamento e nem tiveram nenhum membro da família nesta situação, enquanto 12% responderam de forma afirmativa.

Gráfico 11: internamento de membro familiar ou do próprio tutor devido infecção por COVID-19.

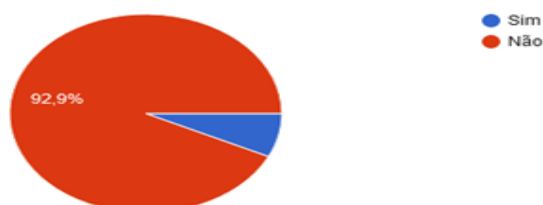
Algun membro da familia ou você teve covid-19 e precisou ficar internado (a) por muito tempo? [Copiar](#)
50 respostas



Para os que responderam sim à pergunta anterior, foi questionado se o *pet* apresentou alguma alteração comportamental no período de tempo que decorreu o internamento do tutor ou membro familiar (gráfico 12), ao que a maioria (92,9%) negou.

Gráfico 12: diferença no comportamento do *pet* durante o internamento de tutor ou membro familiar.

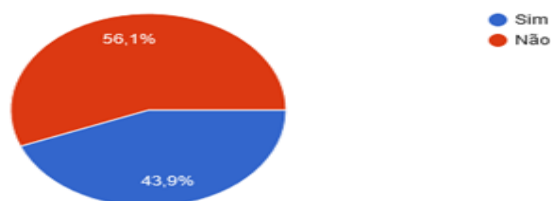
Se sim, foi observado diferença no pet na época do internamento? [Copiar](#)
14 respostas



Foi questionado aos tutores se após o retorno de suas atividades profissionais, os *pets* apresentaram algum comportamento diferente (gráfico 13). A maior porcentagem (56,1%) respondeu que os animais não apresentaram nenhuma mudança de comportamento com o retorno de suas atividades profissionais e conseqüentemente mais distância deles e 43,9% apresentaram mudanças de comportamento, sendo estas: estresse, euforia quando retorno do tutor a casa, ansiedade para sair, depressão, carência, impaciência, inquietação, agitação, desânimo e choro.

Gráfico 13: diferença no comportamento do animal após retorno ao trabalho e diminuição das medidas restritivas.

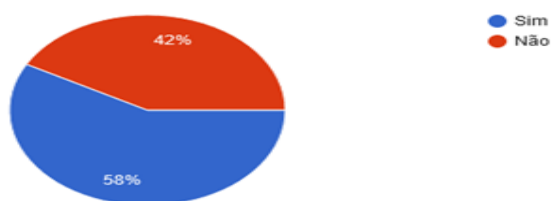
Se voltou a trabalhar, após diminuição de medidas restritivas, notou diferença no seu pet ao voltar à rotina e sair mais vezes de casa? [Copiar](#)
41 respostas



Por fim, foi perguntado se os tutores possuíam conhecimento sobre a Síndrome de Ansiedade por Separação em animais de companhia (gráfico 14). A resposta dos tutores se baseou em 58% ter conhecimento sobre o assunto e 42% não saber sobre o tema.

Gráfico 14: conhecimento sobre o tema “Síndrome de Ansiedade por Separação em animais de companhia”.

Você tem conhecimento sobre o tema “síndrome de ansiedade por separação em animais de companhia”? [Copiar](#)
50 respostas



CONCLUSÃO

A pandemia de COVID-19 causou um grande impacto nos animais de estimação do estado de Sergipe. Durante o isolamento social houve mudanças comportamentais relevantes nos cães e gatos, além disso, com a diminuição das medidas restritivas e retorno ao trabalho alguns animais sofreram da Síndrome por Ansiedade de Separação (SAS). Muitos tutores perceberam que os animais desenvolveram alterações como: estresse, ansiedade, depressão, carência e impaciência. Porém, a SAS ainda é uma síndrome desconhecida por grande parte dos tutores sergipanos de cães e gatos, sendo necessário uma maior orientação dos médicos veterinários aos tutores sobre como evitar esta condição.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

- ADAMANE, D.; LEICHTWEIS, T. M.; NACONESKI, F.; SACOMAN, S.; GARILINI, M. A.; MATTANA, M. R. A.; TININI, R. C. dos R.; GAMBALE, P. G. **Relação do coronavírus com os animais**: revisão de literatura. Arquivos de Ciências Veterinárias e Zoologia da UNIPAR, v. 24, n. 2, p. 1-8, 2021.
- AGUIAR, M. de S. de.; ALVES, C. F. **A família multiespécie**: um estudo sobre casais sem filhos e tutores de pets. Pepsic. Porto Alegre, vol. 25, nº 2, dez. 2021.
- APPLEBY, D.; PLUIJMAKERS, J. **Separation anxiety in dogs**: the function of homeostasis in its development and treatment. Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice, v.33, n.2, p.321-344, 2003. Acesso 22 de julho de 2022.
- BORCHELT, P.L.; VOITH, V.L. **Separation Anxiety in Dogs**. In: Readings in Companion Animal behavior. New Jersey: VLS. 1996. p.124-134.
- BRITO, S.B.P.; BRAGA, I.O.; CUNHA, C.C.; PALÁCIO, M.A.V.; TAKENAMI, I. **Pandemia da COVID-19**: o maior desafio do século XXI. Revista Visa em Debate, v. 8, n. 2, p. 54-63, 2020.
- DIAS, M. B. M. C. **Ansiedade de separação em cães**: revisão. Medicina Veterinária, Recife, v.7, n.3, p.39-46, 2013.
- MCCRAVE, E. A. **Diagnostic criteria for separation anxiety in the dog**. Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice. v.21, p.247-256. 1991.
- MENDES, D.C.; HASTENREITER FILHO, H.N.; TELLECHEA, J. **A realidade do trabalho home office na atipicidade pandêmica**. Revista Valore, 5, p. 160-191, 2020.
- OLIVEIRA, W. KI.; DUARTE, E.; FRANÇA, G.V.A; GARCIA, L.P. **Como o Brasil pode deter a COVID-19**. Epidemiol. Serv. Saúde, v. 29, n.2, p. 1-8, 2020.
- ROSSI, F. C. **Síndrome da ansiedade de separação em cães**. TCC (Graduação em Medicina Veterinária) — Faculdade de Veterinária, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul, p. 25. 2018.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Coronavirus disease 2019 (Covid-19)**: situation report 51. Geneva: World Health Organization; 2020 [acesso 05 mai 2022]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331475/nCoVsitrep11Mar2020-eng.pdf>

PARTO PREMATURO NO BRASIL: UMA REVISÃO DA LITERATURA CONTEMPLANDO O CENÁRIO ATUAL

Ana Carolina Melo Franco Sleumer Hamacek¹;

Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG), Belo Horizonte, Minas Gerais.

<http://lattes.cnpq.br/0167723774954969>

Luana Costa Vieira²;

Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG), Belo Horizonte, Minas Gerais.

<http://lattes.cnpq.br/7787960323601890>

Rachel Barros Pinheiro³;

Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG), Belo Horizonte, Minas Gerais.

<http://lattes.cnpq.br/2913749717710497>

Liv Braga de Paula⁴;

Médica Ginecologista e Obstetra; Mestre em Saúde da Mulher pela UFMG; Professora e chefe do departamento de Saúde da Mulher da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG), Belo Horizonte, Minas Gerais.

<http://lattes.cnpq.br/5450606050533893>

RESUMO: Introdução: Este artigo apresenta uma revisão bibliográfica a respeito dos partos prematuros no cenário atual brasileiro, centrada na abordagem dos fatores que corroboram para suas altas taxas e consequente morbimortalidade neonatal, tendo em vista que o país ocupa a 9ª posição no ranking mundial de partos prematuros. **Metodologia:** Realizou-se o levantamento bibliográfico nas bases de dados Literatura Latinoamericana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), nos idiomas português, inglês e espanhol, por meio dos descritores prematuridade, Brasil e parto pré-termo, chegando-se a 10 artigos analisados, após critérios de inclusão e exclusão, quais sejam, artigos repetidos e divergentes da temática central do estudo. **Resultados e Discussões:** Os resultados apontam uma relação intrínseca entre os fatores que levam às altas taxas de partos prematuros e morbimortalidade infantil, sendo eles o perfil sociodemográfico brasileiro, que reflete a vulnerabilidade social, a cultura do país e o baixo investimento governamental em saúde pública de qualidade, colocando as altas taxas de prematuridade como um problema de saúde pública brasileiro. **Conclusão:** Ressalta-se a necessidade de políticas públicas de saúde de qualidade e investimento governamental, objetivando a diminuição da taxa de

prematuridade no Brasil e melhoria do sistema de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Prematuridade. Brasil. Parto Pré-Termo.

PREMATURE BIRTH IN BRAZIL: A LITERATURE REVIEW CONTEMPLATING THE CURRENT SCENARIO

ABSTRACT: Introduction: This article presents a bibliographic review about premature births in the current Brazilian scenario, focused on the factors that corroborate their high rates and consequent morbidity and mortality, considering that the country ranks 9th in the world ranking of neonatal births updated. **Methodology:** A bibliographic search was made in the Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) and Scientific Electronic Library Online (SciELO) databases, in Portuguese, English and Spanish, through the key-words prematurity, Brazil and preterm. After the search, using inclusion and exclusion criteria (repetitive and divergent articles) 10 articles were analyzed for the present study. **Result and Discussion of the Country:** The results point to an intrinsic relation between the factors of high birth rates that lead to childhood and infant morbidity and mortality, being the Brazilian sociodemographic factors, which reflect the social vulnerability of the population, government culture and poor quality public health, pointing out that the high rates of premature births are a Brazilian public health problem. **Conclusion:** We emphasize the need for a quality public health policy system and government investment, aiming to decrease the rate of premature births in Brazil and improve the health care system.

KEY-WORDS: Prematurity. Brazil. Preterm Birth.

INTRODUÇÃO

A gestação é o período de desenvolvimento e amadurecimento do embrião dentro do útero da mulher que ocorre por um tempo estimado de 40 semanas. Todavia, o nascimento pode dar-se de forma prematura e assim será considerado quando ocorrido antes das 37 semanas de gestação.

O Brasil ocupa importante lugar de prevalência no ranking mundial de partos prematuros, ocupando a 9ª posição, ficando atrás apenas de países como China, Nigéria, Paquistão, Indonésia, Estados Unidos, Bangladesh, Filipinas e República Democrática do Congo.

O impacto negativo da alta taxa de prematuridade no país, que em 2019 girava em torno de 12% dos partos, é que esta implica em grande número de óbitos neonatais, sendo considerada uma das principais causas de mortalidade infantil no país.

Nesse sentido, a partir de pesquisa realizada em artigos de bases de dados renomadas, este capítulo, por meio de uma revisão bibliográfica, faz uma reflexão sobre os principais fatores que contribuem para as taxas de partos prematuros no Brasil, como a vulnerabilidade social, que engloba mais da metade do número de partos prematuros, as altas porcentagens de cesarianas realizadas no sistema suplementar e privados de saúde e a precariedade do pré-natal, que compromete a identificação do risco gestacional. Dentre os fatores que contribuem para a vulnerabilidade social, pode-se citar a baixa escolaridade, o uso de drogas e os extremos etários.

Além disso, este capítulo abordará a epidemiologia da prematuridade, demonstrando como a alta taxa de partos prematuros possui vínculo inegável com o perfil sociodemocrático brasileiro e a disparidade étnico-racial, apontando para um problema muito mais profundo, que envolve a necessidade de políticas públicas governamentais.

Dessa forma, considerando as altas taxas de partos prematuros no país e todos os fatores que se associam a esta problemática, este estudo pretende demonstrar ao leitor como a prematuridade pode ser considerada, hoje em dia, um problema de saúde pública no país em seu cenário atual.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica, cuja coleta de dados foi realizada no período de julho de 2022, com abordagem qualitativa e objetivo descritivo, incluindo estudos publicados nos últimos cinco anos até a presente data, nos idiomas português, inglês e espanhol que faziam referência central ao tema a ser abordado.

Para tanto, as bases de dados foram constituídas por livros e trabalhos científicos que se adequaram aos objetivos traçados para o presente estudo. Para a seleção dos artigos foram utilizadas as bases de dados Literatura Latinoamericana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Outros tipos de publicações foram obtidas por meio do Google Acadêmico. Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) empregados foram: prematuridade, Brasil e parto pré-termo.

Utilizou-se como critério de exclusão as publicações repetidas nas bases de dados, aquelas que não respondem às questões do estudo; bem como reflexões teóricas, monografias, teses, dissertações, resumos de congresso, anais, editoriais, comentários, opiniões, documentos técnicos e aqueles divergentes do tema central.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Atualmente, o Brasil ocupa a 9ª posição no ranking mundial de nascimentos prematuros. Segundo estudos realizados em 2019, a prevalência chegava a 12% dos partos, representando 3 milhões de nascidos vivos com menos de 37 semanas.

Em consonância, pesquisas apontam que 70% dos óbitos entre as primeiras 24 horas de vida são causadas pela prematuridade, o que a configura como a principal causa de mortalidade infantil e uma importante questão de saúde pública.

A prematuridade é definida como o nascimento ocorrido antes das 37 semanas de gestação, estimada preferencialmente pela data da última menstruação (DUM), ou, quando desconhecida, por meio do exame físico e ultrassonografia. Sua classificação se divide em três categorias: prematuridade extrema (entre 22 a menos de 28 semanas), prematuridade severa (entre 28 e menos de 32 semanas) e prematuridade moderada a tardia (de 32 a menos de 37 semanas) (MARTINELLI et. al., 2021). Em relação ao peso ao nascer, o prematuro pode ser categorizado com baixo peso (igual ou menos de 2 kg), muito baixo peso (inferior a 1,5 kg) e extremo baixo peso (menos de 1kg).

Epidemiologicamente, estudos recentes apontam uma prevalência de 60,7% dos partos prematuros em situações de vulnerabilidade social no país, com maiores percentuais no Norte e no Nordeste. Mulheres não brancas, com baixa escolaridade, pré-natal inadequado, uso de drogas e em extremos etários (10-14 anos e acima de 45 anos) são mais suscetíveis a um trabalho de parto precoce, em comparação ao restante da população. Em contraponto, 35,9% dos prematuros associam-se à alta incidência de cesarianas, em especial dentro da saúde privada.

Segundo OLIVEIRA et. al., 2018, foi evidenciado uma importante disparidade étnico-racial no risco de prematuridade, na qual mulheres negras e pardas apresentaram uma tendência de evoluírem para o parto pré-termo 2,5 vezes maior em comparação às mulheres brancas. Este índice foi intimamente relacionado ao cenário de desigualdade social do país, em especial sobre o acesso à saúde, conjuntamente com questões discriminatórias raciais.

Comprovou-se que o número de consultas ginecológicas e de pré-natal são realizadas com menor frequência entre mulheres não brancas, justificando a ausência da prevenção de riscos evitáveis por meio da assistência integral nessa população. A diferença étnica também apresenta prevalência entre outros fatores associados à prematuridade, como o consumo de álcool e drogas durante a gravidez, baixa escolaridade, mães adolescentes e condição socioeconômica precária.

Em âmbito nacional, MAIA et. al., 2022, afirma que 60% das mães de prematuros compareceram a menos de 5 consultas de pré-natal e apenas 15% das mulheres que as realizaram em unidades básicas de saúde receberam a assistência completa preconizada pelo Ministério da Saúde. A ausência de acompanhamento médico aumenta em 5 vezes o risco de desencadeamento de prematuridade, quando comparado aos nascidos a termo.

O acompanhamento gineco-obstétrico constante é primordial para controle de patologias como as Infecções do Trato Genitourinário, Diabetes Gestacional e a Doença Hipertensiva Específica da Gravidez, além de importantes fatores precursores de prematuridade, quando não devidamente controladas. Ademais, o pré-natal pode oferecer suporte psicossocial nas situações de estresse, evitando distúrbios endócrinos e consequente parto prematuro.

O uso abusivo do álcool e outras drogas predispõe a um maior risco de prematuridade. SILVA et. al., 2021, demonstrou que em 2018, 11,8% das mães prematuras realizaram o consumo de alguma substância durante a gestação, sendo que 5,1% fizeram uso de tabaco, 4,7% fizeram uso do álcool e 2% usaram algum tipo de droga ilícita. Estudos demonstraram que o consumo de álcool está fortemente ligado à inibição do crescimento e desenvolvimento intrauterino. No concernente ao uso de tabaco, foram relatadas a presença de monóxido de carbono e nicotina transpassando a barreira placentária, desencadeando alterações na hemoglobina fetal e evoluindo para hipoxemia. Vincula-se também o retardo do crescimento intrauterino e o deslocamento prematuro da placenta ao tabagismo.

Em uma análise dos estudos provenientes da pesquisa “Nascer no Brasil”, foi comparada a prevalência de partos prematuros entre puérperas adolescentes precoces (12 a 16 anos), adolescentes tardias (17 a 19 anos) em relação à adultas jovens (20 a 34 anos). Diante dos resultados, observou-se que quanto menor a idade materna, maior a razão de chance de evoluir com prematuridade espontânea, atingindo uma diferença de 24% quando comparada a mulheres adultas.

Achados demonstram que adolescentes no Brasil realizam um menor número de acompanhamentos de pré-natal e os iniciam tardiamente, com maior incidência apenas após o primeiro trimestre de gestação. Correlaciona-se este fator ao cenário vulnerável presente entre a maior parte das puérperas adolescentes. Pesquisas realizadas no Maranhão verificaram maior chance de prematuridade entre mulheres com menos de 20 anos, com menos de 3 consultas de pré-natal e com menos de 7 anos de estudo.

Em contrapartida, a idade materna menor que 19 anos se apresentou como fator de proteção para nascimentos pré-termo por intervenção obstétrica em comparação às mulheres adultas. Este dado indica uma menor prevalência de puérperas adolescentes com acesso a procedimentos complexos como a cesariana, associada a melhor qualidade socioeconômica.

No outro extremo etário, mulheres em idade materna avançada (acima de 45 anos) registraram tendência de 18% a mais de risco de prematuridade, configurando-se como importante agente na interrupção precoce da gestação. Presume-se que o número crescente de reproduções assistidas no país seja responsável pelo aumento de gestações múltiplas e gemelaridade, fatores de risco conhecidos para o parto pré-termo espontâneo. Este grupo etário apresentou-se, também, como o mais suscetível a prematuridade iatrogênica por parto cesariano, correlacionado a uma maior incidência de complicações obstétricas entre

mulheres em idade materna avançada, por doenças de base prévias ou desenvolvidas durante a gestação, aumentando a necessidade desse tipo de parto.

Apesar da implementação da “Diretriz de Atenção à Gestante: a operação cesariana” (BRASIL, 2015) e “Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal” (BRASIL, 2017) pelo Ministério de Saúde, algumas regiões do Brasil (Norte, Sudeste e Centro-Oeste) não obtiveram redução no número de cesarianas eletivas, justificando a crescente de prematuridade moderada a tardia desde 2016, atingindo 35,9% dos nascidos pré-termo.

No que se refere ao histórico gineco-obstétrico da mãe, estudos corroboram a relação entre partos prematuros prévios e a menor idade gestacional ao nascer (IC=-0,522, p=0,008). Este risco se eleva quando o histórico da gestante pode ser classificado como prematuridade recorrente, definido pela ocorrência de dois ou mais nascimentos antes das 37 semanas de gestação.

Os recém-nascidos pré-termo são fisiologicamente e metabolicamente imaturos, estando predispostos a elevados riscos de complicações neonatais, descritos na Tabela 1, das quais 70% podem ser fatais. Os prematuros sobreviventes ao parto e internação neonatal podem conviver com graus de sequelas e incapacidades, evoluindo com prejuízos no crescimento e neurodesenvolvimento.

Tabela 1: Complicações neonatais do feto pré-termo por classificação da idade ao nascer.

MORBIMORTALIDADE RELACIONADA À PREMATURIDADE	
Complicações neonatais em prematuros tardios	Dificuldade respiratória Hipotermia Hipoglicemia Hiperbilirrubinemia Dificuldade de alimentação Infecções Óbito neonatal Reinternações no primeiro mês de vida
Complicações neonatais em prematuros moderados	Hiperbilirrubinemia Baixo ganho de peso Óbito neonatal
Complicações neonatais em prematuros severos	Síndrome da angústia respiratória (SAR) Hemorragia intracraniana Enterocolite necrosante Óbito neonatal
Complicações à longo prazo	Cegueira Paralisia cerebral Problemas de aprendizagem e desenvolvimento

Fonte: Dados da Pesquisa.

Comprovou-se que este grupo de RN necessita de internação hospitalar 10 vezes mais que RNs a termo, com média de 12,71 dias de internação. A necessidade prolongada de assistência médica intensiva caracteriza-se como altos custos para hospitais públicos e familiares do RN. Em vista disso, faz-se essencial a avaliação do sistema de saúde, com monitoramento constante do perfil epidemiológico da prematuridade.

Diante dos dados de análise estatística, o melhor método de controle da incidência da prematuridade é a prevenção de riscos evitáveis. Isso se faz por meio da ampliação do acesso a consultas gineco-obstétricas em âmbito nacional, reduzindo a desigualdade na saúde brasileira. Este fator foi apontado como fundamental protetor materno e fetal e sua carência implica no agravamento da prematuridade, em especial nos grupos de risco de maior vulnerabilidade social.

Apesar do Sistema Único de Saúde alcançar uma cobertura praticamente universal no Brasil, ainda persistem desigualdades no acesso. De acordo com o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), somente 15% das puérperas receberam uma atenção de qualidade, com menos de 25% destas tendo realizado exame físico apropriado e pouco mais da metade receberam todas as orientações preconizadas pela Diretriz Brasileira de Obstetrícia. Dentre as mães adolescentes (até 20 anos) o resultado foi de somente 10%.

A ausência do cuidado adequado promove a incidência de desfechos desfavoráveis, que poderiam ser evitados através da identificação precoce de fatores de risco e manifestações clínicas do parto prematuro (Imagem 1), tanto ambulatorialmente quanto em situações de urgência.

Imagem 1: Principais Manifestações Clínicas da Evolução do Parto Prematuro.



Fonte: Dados da Pesquisa.

São necessárias estratégias de saúde pública destinadas às populações de maior risco de prematuridade: mulheres adolescentes, pretas, com menor escolaridade e de classe econômica mais baixa, de maneira a abranger a assistência gineco-obstétrica à este grupo. Dentre elas, estudos propõem investimentos na educação em saúde, com maior abrangência na atenção básica, em conjunto com além de maior qualidade do pré-natal, como medida de prevenção primária de agentes causadores de prematuridade. O fortalecimento da articulação saúde e educação mostrou-se considerável alternativa para a redução da prematuridade na adolescência, principalmente no controle da incidência de gravidez nessa faixa etária.

CONCLUSÃO

A partir da revisão bibliográfica realizada no presente capítulo, percebe-se que as altas taxas de prematuridade dentre os nascimentos no Brasil decorrem de diversos aspectos e fatores que associam o perfil sociodemográfico, a cultura do país e o baixo investimento governamental em saúde pública de qualidade.

Em relação ao perfil sociodemográfico, abordou-se aspectos como faixa etária, classe econômica, gênero, escolaridade, renda, etnia, entre outras. Observou-se, assim, uma maior prevalência de partos prematuros em mulheres de 10 a 14 anos e acima de 45 anos, com baixa escolaridade, não brancas e que fazem uso de drogas.

No que tange à cultura do país, demonstrou-se uma maior prevalência da prematuridade associada às altas taxas de cesarianas exercidas no sistema de saúde privado do país, em divergência ao que ocorre em outros países, como os mais desenvolvidos, em que as taxas de partos normais são mais prevalentes.

Por último, observa-se o baixo investimento em saúde pública de qualidade e de maneira integral à população brasileira a partir das altas proporções de pré-natais inadequados, que culminam na baixa percepção médica e hospitalar de gestações de alto risco.

Dessa maneira, levando-se em consideração os diversos aspectos, em sua maioria passíveis de mudanças, observa-se a necessidade de investimento na atenção primária e assistência pré natal de qualidade na saúde pública, já que as altas taxas de prematuridade implicam diretamente em alta morbimortalidade neonatal, sendo umas das principais causas de morte infantil no Brasil.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, política, acadêmica e pessoal.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, André Henrique do Vale de et al. Prematuridade e gravidez na adolescência no Brasil, 2011-2012. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/6SLGV69GPhbkfhXbL4vZNVc/abstract/?lang=pt>
- DIAS, Barbara Almeida Soares et al. Prematuridade recorrente: dados do estudo “Nascer no Brasil”. **Revista de Saúde Pública**, v. 56, p. 7, 2022. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rsp/2022.v56/7/pt/>
- DOS SANTOS ADRIANO, Ana Paula et al. Mortalidade neonatal relacionada à prematuridade. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 4, p. e27511421565-e27511421565, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/21565/23906>
- FERNANDES, Karayna Gil et al. Resultados perinatais e fatores associados à etnia em casos de parto pré-termo: Estudo multicêntrico de investigação de prematuridade no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 43, n. 11, p. 811-819, 2021. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032021001100811&script=sci_abstract&tlng=pt
- JANTSCH, Leonardo Bigolin et al. Factores obstétricos asociados con el nacimiento de bebés prematuros moderados y tardíos. **Enfermería Global**, v. 20, n. 61, p. 23-58, 2021. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v20n61/pt_1695-6141-eg-20-61-23.pdf
- JUNIOR, Antonio Rodrigues Ferreira et al. Perfil epidemiológico de mães e recém-nascidos prematuros. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 7, n. 1, p. 6-12, 2018. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/1159>
- MAIA, Alef Alioscha Andrade et al. Fatores de risco da prematuridade: uma revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 2, p. e9711-e9711, 2022. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/9711>
- MARTINELLI, Katrini Guidolini et al. Prematuridade no Brasil entre 2012 e 2019: dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 38, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepop/a/6L36BD8CVYczcXZ63gs7Cdj/abstract/?lang=pt>
- OLIVEIRA, Kelly Albuquerque de et al. Associação entre raça/cor da pele e parto prematuro: revisão sistemática com meta-análise. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/JkWdcTPhqjpwCwrzDdYCRjR/?format=html&lang=pt>
- SILVA, Mateus Moura da et al. Perfil de mulheres acometidas por parto prematuro e desfechos neonatais. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 21, p. 979-986, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/8WXGw5pV9Z4kgPQhbgfLhJN/abstract/?lang=pt>

CONTROLADORES DE ELITE COMO ESTRATÉGIA DE CURA DO VÍRUS HIV

Andressa de Oliveira Rosa¹;

Aluna do curso de Graduação em Biomedicina da Universidade Paulista - UNIP.

Xisto Sena Passos²;

Doutor em Medicina Tropical pela Universidade Federal de Goiás. Professor Titular do Curso de Nutrição da Universidade Paulista - UNIP.

Mariana Félix Prudente³.

Mestre em Medicina tropical área de concentração Imunologia, pela Universidade Federal de Goiás. Professora e colaboradora da Universidade Paulista – UNIP.

RESUMO: Introdução: O vírus da Imunodeficiência humana (HIV) atua atacando o sistema imunológico do indivíduo, podendo permanecer em estado dormente dentro das células até o momento em que o organismo humano esteja vulnerável. O nível elevado de replicação leva à doença da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), no entanto, alguns indivíduos são capazes de controlar essa replicação viral e não desenvolver a AIDS, estes são chamados de Controladores de Elite. **Objetivo:** Este trabalho teve como objetivo demonstrar os pontos comuns entre os indivíduos controladores de Elite do vírus HIV visando a cura da doença. **Metodologia:** Utilizando as bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e PubMed entre os anos 2011 a 2021 utilizando os descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH) e nos sites do Ministério da Saúde. **Resultados:** A entrada do vírus HIV para dentro das células do sistema de defesa, é mediada por dois principais correceptores, o CCR5 e o CXR4 ao qual o vírus estabelece preferência pelo CCR5. A modificação genética chamada CCR5delta32 apresentada pelos controladores de Elite torna-os capazes de controlar a replicação viral sem uso dos antirretrovirais, contudo várias estratégias de bloqueio viral vêm sendo pesquisada, a fim de paralisar a replicação. **Conclusão:** através das pesquisas feitas e descritas neste trabalho mostra-se que, os indivíduos controladores de Elite possuem algumas modificações tanto genéticas quanto bioquímicas capazes de suprimir a replicação viral e combater a doença da AIDS nos pacientes HIV positivos transplantados.

DESCRITORES: HIV. Infecção HIV. Receptores. Controladores de Elite.

ELITE CONTROLLERS AS HIV VIRUS CURE STRATEGY

ABSTRACT: Introduction: The Human Immunodeficiency Virus (HIV) acts by attacking the individual's immune system and may remain in a dormant state inside the cells until the human organism is vulnerable. The high level of replication leads to Acquired Immunodeficiency Disease (AIDS), however some individuals are able to control this viral replication and not develop AIDS, these are called Elite Controllers. **Goal:** This work aimed to demonstrate the commonalities between the Elite HIV virus controllers aiming at curing the disease. **Methodology:** Using the databases of the Virtual Health Library (VHL) and PubMed between the years 2011 to 2021 using the descriptors in Health Sciences (DeCS) and Medical Subject Headings (MeSH) and on the websites of the Ministry of Health. **Results:** The entry of the HIV virus into the cells of the defense system is mediated by two main co-receptors, CCR5 and CXR4 to which the virus establishes a preference for CCR5. The genetic modification called CCR5delta32 presented by Elite controllers makes them capable of control viral replication without the use of antiretrovirals, however several viral blocking strategies have been researched in order to paralyze replication. **Conclusion:** through the researches done and described in this work, it is shown that Elite controllers have some genetic and biochemical modifications capable of suppressing viral replication and fighting the AIDS disease in HIV-positive transplanted patients.

DESCRIPTORS: HIV. HIV Infection. Receptors. Elite Controllers.

INTRODUÇÃO

O vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é classificado estruturalmente em dois tipos: HIV-1 e HIV-2. Sendo o HIV-1 com maior distribuição mundial. Assim como, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) que é diagnosticada com maior assiduidade nos pacientes com HIV tipo1. O vírus HIV é classificado como um Retrovírus da família *Retroviridae* do gênero *Lentivirus* que geralmente está associado a processos patológicos crônicos, com um prolongado período de evolução clínica, latência e replicação viral(FANALES-BELASIO et al., 2010). Retrovisores são caracterizados por um tipo viral que é composto um envelope de glicoproteínas, um capsídeo viral com duas cópias de RNA fita simples, e enzimas de protease e transcriptase reversa, a qual possibilita que o RNA viral se converta em DNA dentro das células do hospedeiro(BRASIL, 2014).

A patogênese do vírus da imunodeficiência humana (HIV) necessita ainda de muitos estudos e pesquisas, mas sabe-se que, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é uma consequência que acomete os indivíduos que contraem o vírus. O mecanismo de desenvolvimento do mesmo, tem relação intrínseca com o hospedeiro, afetando principalmente as células do sistema imunológico, em que ocorre uma queda significativa dos linfócitos TCD4+, o aumento dos linfócitos TCD8+, citosinas inflamatórias e proteínas

celulares, favorecendo assim, a exposição dos pacientes a outras doenças que podem ser fatais(MOOSA et al., 2018). Sendo transmitido através de sangue contaminado e via sexual desprotegida, o ciclo replicativo e entrada celular desse vírus dentro do organismo humano é algo um pouco complexo pois depende de várias proteínas, e receptores de membrana, para que então a replicação se inicie e ocorra a transcrição reversa dando origem a novos vírions contendo o genoma viral do HIV e dessa forma possa permanecer no fluido extracelular ou infectar novas células do indivíduo(MCLAREN; FELLAY, 2021)

A depender da carga viral e resposta imune contra HIV, os indivíduos infectados podem ser diferenciados em, paciente com a doença em estado progressivo não tratada com os Antirretrovirais (ART),os quais apresentam altas cargas virais e baixa contagem de células TCD4+, culminando então no desenvolvimento acelerado para a AIDS(JIA et al., 2020). Os não progressões a longo prazo, são assim denominados por manterem os níveis celulares dos linfócitos TCD4+ estáveis por muitos anos sem o uso dos ART(POROPATICH; SULLIVAN, 2011). Mas existe um pequeno grupo de que contém o vírus HIV-1 com a carga viral não detectável nos testes comerciais, estes indivíduos também não fazem uso dos antirretrovirais e não apresentam sinais clínicos e nem a progressão da doença, estes são os chamados “controladores ou supressores de elite”. Este subconjunto de pessoas com esta capacidade de controlar o vírus HIV apresenta algumas características ainda a serem analisadas, mas dentre os indivíduos controladores estudados verificou-se uma maior resposta imune aos vírus fato que proporciona a estabilidade dos linfócitos TCD4+(CARVALHO-SILVA et al., 2020). Outra particularidade a qual é apresentada por essas pessoas é de que possuem uma modificação no gene que codifica uma proteína de membrana celular a CCR5 , que inviabiliza a entrada do vírus dentro das células(PELUSO et al., 2019).

Este trabalho teve como objetivo demonstrar os pontos comuns entre os indivíduos controladores de Elite do vírus HIV visando a cura da doença.

METODOLOGIA

Este estudo constituiu-se de revisão da literatura sobre controladores de Elite do vírus HIV Para iniciar a busca das referências na língua portuguesa e inglesa foi acessado o *site* da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados Literatura Latino-Americana (Lilacs), e na Literatura Internacional em Ciências da Saúde (Medline), e no site do *National Center for Biotechnology Information* (NCBI),nas bases de dados PubMed. Em artigos publicados entre 2011 e 2021. Aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), identificaram-se os descritores: HIV, Infecção HIV, Receptores HIV, Receptores CCR5 utilizando os mesmos descritores para pesquisa nas bases dados com auxílio do operador booleano (AND).

REVISÃO DA LITERATURA

Aspectos relacionados a infecção do vírus HIV

A Imunodeficiência humana causada pela infecção do vírus HIV apresenta aspectos singulares, nos mecanismos que o vírus utiliza para a replicação e propagação de novos vírions, uma característica de grande relevância clínica nos indivíduos infectados é uma deterioração significativa dos linfócitos TCD4+ provocada pela apoptose das células infectadas mas, principalmente a ativação dos linfócitos TCD8+ que reconhece os linfócitos com as moléculas virais acoplado em seu DNA provocando então a morte dessas células(PINTO NETO et al., 2021).

O vírus HIV apresenta propriedades de constituição específicas como um envelope viral composto por glicoproteínas gp120 e gp41, sendo a gp120 é a camada mais externa do envelope que está associado ao sitio de ligação com as células do hospedeiro(RAYMOND et al., 2013). Parte interna do envelope viral é constituído pela proteína p17,e a camada seguinte, o capsídeo viral é formado pela proteína p24 além das enzimas transcriptase reversa, integrase e nuclease, as quais após desestabilização da gp120 através da ligação, com os receptores celulares dos linfócitos TCD4,provocando a exposição da alça V3 da gp120 que interage com o correceptor CCR5 aonde irá ocorrer a ativação da gp41, permitindo a entrada do vírus dentro das células bem como das enzimas que fazem parte da replicação viral(BRASIL, 2014)

A baixa contagem dos linfócitos TCD4+nos indivíduos HIV-1 positivos é alvo de muitas pesquisas e estudos para que se possa conhecer a verdadeira causa sobre o assunto, visto que essa queda afeta diretamente o sistema imunológico. Alguns desses estudos científicos e análises afim de verificar a possibilidade de variantes como a (x4) com tropismo de ligação celular CXCR4,na qual demonstrou-se que em alguns indivíduos, progressores lentos para doença, com a presença da variação(x4) do correceptor observou-se uma queda na contagem dos linfócitos TCD4+ demonstrando vários fatores desconhecidos sobre o vírus HIV e sua relação com o hospedeiro(HAYASHIDA et al., 2017). Outro aspecto interessante de estudo relacionado ao tropismo do vírus quando o indivíduo já apresenta a (AIDS) é que uma grande maioria dos casos de HIV-1B (o tipo mais comum da doença) o vírus é convertido a uma cepa X4 ou R5X4 em estágio avançado da doença driblando assim a efetividade dos antirretrovirais aos quais geralmente tentam impedir a ligação dos linfócitos com o correceptor CCR5(RAYMOND et al., 2013; CONNELL et al., 2020).

Diferenças entre os portadores da AIDS e os controladores de Elite

A síndrome da Imunodeficiência Adquirida diagnosticada em decorrência da infecção do vírus HIV é apresentada por diversos fatores e processos tais como período de latência que é quando ocorre a infecção do HIV com o DNA viral no interior das células TCD4+ caracterizada pela baixa atividade transcricional ou nenhuma atividade detectada no

organismo podendo exceder por um longo período até que a replicação viral seja detectável e o sistema imune comprometido(YUKL et al., 2018). Sendo a interação do vírus HIV com os dois correceptores CC, o tipo 5 CCR5 e o tipo 4 CRX4 que provocam uma cascata de eventos bioquímicos devido à esta ligação(HAYASHIDA et al., 2017; WANG et al., 2017)

O paciente de Berlim como ficou conhecido o homem morador de Berlim (Alemanha), diagnosticado com HIV-1 durante anos de sua vida, após receber um transplante de medula óssea para tratamento da leucemia mieloide aguda, obteve a remissão do vírus HIV ao qual permaneceu indetectável a replicação viral(SOUZA et al., 2012). Essa remissão do HIV no paciente aconteceu devido uma mutação no correceptor CCR5delta32 genótipo homozigoto, na qual ocorre a deleção dos 32 nucleotídeos do gene CCR5 apresentando uma proteína defeituosa que não é expressa na membrana das células(TAJBAKHS et al., 2019)Essa condição proporciona resistência ao HIV-1 e retarda a progressão da AIDS nos indivíduos infectados, sendo conhecidos como “controladores de Elite do HIV” que conseguem suprimir o vírus sem tratamento anti retroviral(SALGADO et al., 2018).

Além dessa mutação no gene CCR5 outros fatores podem estar associados com a não replicação viral do HIV, visto que o vírus passa por constantes modificações de cepas e região de ligação celular não estabelecendo assim um padrão específico, como ocorre no complexo HLA de classe 1 que apresenta forte influência na progressão do HIV-1. Estudos demonstraram que em pacientes controladores de Elite o complexo HLA P5 (HCP5) e a variação alélica do HIV-1 em HLA-C estão associados a uma proteção contra a progressão da doença(ARELLANO et al., 2019) Algumas citocinas como SDF-1Beta, CCL14, CCL27 foram quantificadas em um estudo *in-vitro* demonstrando a inibição da proteína viral p24 bloqueando os correceptores CCR5 e CXCR4, no qual foi demonstrado também uma elevação dessas citocinas nos Controladores de Elite(JACOBS et al., 2017).

Possíveis soluções de tratamento para a doença da AIDS

O tratamento com os antirretrovirais possibilitou melhor qualidade de vida e maiores perspectivas de sobrevivência aos pacientes com a síndrome da imunodeficiência adquirida, contudo vários estudos e pesquisas são feitas a fim de encontrar a possível cura para a doença. Pesquisadores relataram em um estudo sobre os riscos e benefícios de iniciar a terapia antirretroviral, conduzido a pacientes adultos HIV-1 positivo assintomático com contagem de TCD4+ com mais de 500 células por milímetro cúbico .ou adiar a terapia até que a contagem de CD4+ diminuísse ou mesmo para a evolução para AIDS e concluíram que pacientes que iniciam a terapia com os medicamentos combinados apresentam maiores benefícios em relação aqueles que a iniciam depois da queda celular TCD4+(LUNDGREN et al., 2015).

A infecção pelo o vírus HIV ainda permanece sem a cura, no entanto vários tratamentos com medicamentos combinados são estudados e além dos antirretrovirais disponíveis uma outra abordagem é bastante investigada e pesquisada que é fabricação de uma vacina

eficiente para o tratamento da AIDS que consiste na indução de anticorpos neutralizantes (bnAbs)(GILBERT et al., 2010) O bnAbs é capaz de neutralizar cepas do HIV-1 além das regiões variáveis (V1/V2/V3), glicanos circulantes, membrana externa, e interface gp120 e gp41. Além dos neutralizantes uma vacina eficiente necessita de um sistema de entrega do gene do antígeno viral para as células hospedeiras capaz de provocar imunização e vários vetores são estudados como os vírus recombinantes, incluindo Adenovírus, poxvírus citomegalovírus além de outros vírus como vetores que induzem diferentes respostas imunológicas por isso apresentam um obstáculo em uma vacina precisa para o HIV-1(WEN; SUN, 2020).

Além dos medicamentos Antirretrovirais e a criação de uma vacina que seja eficiente paralisando a replicação viral e impedindo que a doença da AIDS seja desenvolvida, outro método estudado para bloquear a replicação do vírus é um meio no qual baseia-se no Vírus da Estomatite Vesicular (VSV) que é um protótipo de Rabdovírus RNA fita simples negativa que codifica cinco proteínas estruturais (N, P, M, G e L). A glicoproteína G do envelope viral anexa o vírus a um receptor de superfície celular e catalisa a infecção da células com o vírus (OKUMA et al., 2017). Para direcionar o VSV as células infectadas, a proteína G do vírus VSV foi modificada para CXCR4 receptor do vírus HIV em células CD4(SCHNELL et al., 1997). Apesar dos esforços em conseguirem um novo método de cura para AIDS os resultados obtidos do estudo demonstrou que a modificação do gene G pelo receptor CXCR4 pode eliminar somente células infectadas com receptor X4, para que direcione o VSV para o CCR5 é necessária a modificação do gene receptor das células CD4 (OKUMA et al., 2017).

DISCUSSÃO

Os “Controladores de Elite” como são chamados um pequeno subconjunto da população HIV-positivos, que são capazes de manter a replicação viral em níveis significativamente baixo sem tratamento com os antirretrovirais, devido a uma mutação genética no correceptor celular CCR5, chamada mutação CCR5delta32(RUIZ-MATEOS et al., 2018).

A mutação CCR5delta32 em indivíduos homocigotos do correceptor CCR5 ocorre por uma deleção dos 32 pares de bases de nucleotídeos formando uma proteína truncada que não é expressa na superfície celular aonde o vírus HIV-1 estabelece preferência de ligação(GUPTA; PADH, 2012). Vários estudos foram conduzidos utilizando o método de transplante de medula óssea a pacientes HIV positivos após o caso do paciente de Berlim que obteve a cura após o transplante. Seguindo essa mesma linha de estudo recentemente foi relatado a remissão da replicação viral por 30 meses após o transplante e a cura em um paciente, o paciente de Londres(GUPTA et al., 2020).

Segundo Salgado et al.(SALGADO et al., 2018) O transplante de células troncos em pacientes HIV positivos tratados com os antirretrovirais que recebem de doadores com a mutação no correceptor celularCCR5 proporciona um controle viral mais eficaz e eficiente em relação a terapia medicamentosa, em um estudo com 6 pacientes HIV positivos, 5 destes pacientes transplantados conseguiram suprimir a replicação viral obtendo o mesmo quimerismo padrão nas células T(SALGADO et al., 2018).

Essa mutação genética permite a expansão de novos horizontes de pesquisa sobre o vírus HIV e pontua os principais pontos de pesquisa e estudo sobre o assunto a chegar a uma cura definitiva para a AIDS, visto que o tratamento mais empregado e disponibilizado é através dos antirretrovirais com a finalidade de bloquear a os receptores do vírus. No entanto este método não viabiliza a cura e enfrenta barreiras como a resistência aos medicamento e alteração de ligação dos receptores(JUBB et al., 2019) Contudo relatos de casos de cura e remissão de carga viral tem demonstrado que esses indivíduos podem controlar a replicação do vírus como o relato de caso de uma paciente que suprimiu a replicação viral na fase aguda da infecção por HIV(MORLEY et al., 2019).

CONCLUSÃO

A cura da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) ainda não foi concretizada pelos diversos estudos e pesquisas, que permanecem constantes na busca desta conquista tanto para os indivíduos infectados quanto para a ciência. Os meios utilizados para neutralizar ou paralisar a replicação viral, atuam principalmente no bloqueio no correceptor CCR5, pois o vírus estabelece preferência por tal receptor. Entretanto outro obstáculo pode dificultar essa conquista, pois o vírus apresenta em certos casos tropismo X4 do correceptor CXR4 tornando a cura ainda mais distante(CONNELL et al., 2020)

Seguindo a linha de pesquisa de neutralização do vírus por meio do bloqueio do correceptor CCR5 Conclui-se então que, os indivíduos que foram tratados com o transplante celular com a mutação CCR5delta32 de doadores Controladores de Elite descritos neste trabalho, apresentaram resultados satisfatórios para a cura, avançando em eficiência dos métodos utilizados para tal descoberta.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses, de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

- ARELLANO, E. R. DE; DÍEZ-FUERTES, F.; AGUILAR, F.; et al. Novel association of five HLA alleles with HIV-1 progression in Spanish long-term non progressor patients. **PLoS ONE**, v. 14, n. 8, p. 1–17, 2019.
- BRASIL, M. DA S. **Diagnóstico do HIV**. 1ª ed. Santa Catarina: Ministério da Saúde, 2014.
- CARVALHO-SILVA, W. H. V.; ANDRADE-SANTOS, J. L.; GUEDES, M. C. DOS S.; CROVELLA, S.; GUIMARÃES, R. L. CCR5 genotype and pre-treatment CD4+ T-cell count influence immunological recovery of HIV-positive patients during antiretroviral therapy. **Gene**, v. 741, n. 10, p. 144568, 2020.
- CONNELL, B. J.; HERMANS, L. E.; WENSING, A. M. J.; et al. Immune activation correlates with and predicts CXCR4 co-receptor tropism switch in HIV-1 infection. **Scientific Reports**, v. 10, n. 1, p. 1–10, 2020.
- FANALES-BELASIO, E.; RAIMONDO, M.; SULIGOI, B.; BUTTÓ, S. HIV virology and pathogenetic mechanisms of infection: a brief overview. **Annali dell'Istituto Superiore di Sanita**, v. 46, n. 1, p. 5–14, 2010.
- GILBERT, P.; WANG, M.; WRIN, T.; et al. Magnitude and breadth of a nonprotective neutralizing antibody response in an efficacy trial of a candidate HIV-1 gp120 vaccine. **Journal of Infectious Diseases**, v. 202, n. 4, p. 595–605, 2010.
- GUPTA, A.; PADH, H. The global distribution of CCR5 delta 32 polymorphism: role in HIV-1 protection. **BMC Infectious Diseases**, v. 12, n. S1, p. 2334, 2012.
- GUPTA, R. K.; PEPPA, D.; HILL, A. L.; et al. Evidence for HIV-1 cure after CCR5 Δ 32/ Δ 32 allogeneic haemopoietic stem-cell transplantation 30 months post analytical treatment interruption: a case report. **The Lancet HIV**, v. 7, n. 5, p. e340-47, 2020.
- HAYASHIDA, T.; TSUCHIYA, K.; KIKUCHI, Y.; OKA, S.; GATANAGA, H. Emergence of CXCR4-Tropic HIV-1 variants followed by rapid disease progression in hemophiliac slow progressors. **PLoS ONE**, v. 12, n. 5, p. 1–13, 2017.
- JACOBS, E. S.; KEATING, S. M.; ABDEL-MOHSEN, M.; et al. crossm Cytokines Elevated in HIV Elite Controllers Reduce HIV Replication In Vitro and Modulate HIV Restriction. **Journal of Virology**, v. 91, n. 6, p. 19, 2017.
- JIA, X. C.; XIA, Z. H.; SHI, N.; et al. The factors associated with natural disease progression from HIV to AIDS in the absence of ART, a propensity score matching analysis. **Epidemiology and Infection**, v. 148, n. 57, p. 1–7, 2020.
- JUBB, B.; LEWIS, M.; MCFADYEN, L.; et al. Incidence of CXCR4 tropism and CCR5-tropic resistance in treatment-experienced participants receiving maraviroc in the 48-week MOTIVATE 1 and 2 trials. **Antiviral Chemistry and Chemotherapy**, v. 27, p. 1–11, 2019.

LUNDGREN, J. D.; BABIKER, A. G.; GORDIN, F.; et al. How achievable is immediate ART for all? **The Lancet HIV**, v. 2, n. 9, p. 1–13, 2015.

MCLAREN, P. J.; FELLAY, J. HIV-1 and human genetic variation. **Nature Reviews Genetics**, v. 22, n. 10, p. 645–57, 2021.

MOOSA, Y.; TANKO, R. F.; RAMSURAN, V.; et al. Case report: Mechanisms of HIV elite control in two African women. **BMC Infectious Diseases**, v. 18, n. 1, p. 1–7, 2018.

MORLEY, D.; LAMBERT, J. S.; HOGAN, L. E.; et al. Correction to: Rapid development of HIV elite control in a patient with acute infection (BMC Infectious Diseases (2019) 19:815 DOI: 10.1186/s12879-019-4374-8). **BMC Infectious Diseases**, v. 19, n. 1, p. 1–6, 2019. BMC Infectious Diseases.

OKUMA, K.; FUKAGAWA, K.; KOHMA, T.; et al. A recombinant vesicular stomatitis virus encoding CCR5-tropic HIV-1 receptors targets HIV-1-infected cells and controls HIV-1 infection. **Microbes and Infection**, v. 19, n. 4–5, p. 277–287, 2017.

PELUSO, M. J.; DEEKS, S. G.; MCCUNE, J. M. HIV “cure”: A shot in the arm? **EBioMedicine**, v. 42, n. 3, p. 3–5, 2019.

PINTO NETO, L. F. DA S.; PERINI, F. DE B.; ARAGÓN, M. G.; FREITAS, M. A.; MIRANDA, A. E. **Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecção pelo HIV em adolescentes e adultos**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

POROPATICH, K.; SULLIVAN, D. J. Human immunodeficiency virus type 1 long-term non-progressors: The viral, genetic and immunological basis for disease non-progression. **Journal of General Virology**, v. 92, n. 2, p. 247–68, 2011.

RAYMOND, S.; DELOBEL, P.; ROGEZ, S.; et al. Genotypic prediction of HIV-1 CRF01-AE tropism. **Journal of Clinical Microbiology**, v. 51, n. 2, p. 564–70, 2013.

RUIZ-MATEOS, E.; TARANCON-DIEZ, L.; ALVAREZ-RIOS, A. I.; et al. Association of heterozygous CCR5 Δ 32 deletion with survival in HIV-infection: A cohort study. **Antiviral Research**, v. 150, n. September 2017, p. 15–19, 2018.

SALGADO, M.; KWON, M.; GÁLVEZ, C.; et al. Mechanisms that contribute to a profound reduction of the HIV-1 reservoir after allogeneic stem cell transplant. **Annals of Internal Medicine**, v. 169, n. 10, p. 674–83, 2018.

SCHNELL, M. J.; JOHNSON, J. E.; BUONOCORE, L.; ROSE, J. K. Construction of a novel virus that targets HIV-1-infected cells and controls HIV-1 infection. **Cell**, v. 90, n. 5, p. 849–57, 1997.

SOUZA, T. L. DE; FERNANDES, R. C. DE S. C.; MEDINA-ACOSTA, E. Tratamento para cura do HIV-1: “O paciente de Berlim.” **SÉRIE**, v. 7, n. 1, p. 09–11, 2012.

TAJBAKHSI, A.; FAZELI, M.; REZAEE, M.; et al. Prevalence of CCR5delta32 in Northeastern Iran. **BMC Medical Genetics**, v. 20, n. 1, p. 1–10, 2019. BMC Medical Genetics.

WANG, Y.; WHITTALL, T.; NEIL, S.; et al. A novel mechanism linking memory stem cells with innate immunity in protection against HIV-1 infection. **Scientific Reports**, v. 7, n. 1, p. 1–13, 2017.

WEN, Z.; SUN, C. A zigzag but upward way to develop an hiv-1 vaccine. **Vaccines**, v. 8, n. 3, p. 1–17, 2020.

YUKL, S. A.; KAISER, P.; KIM, P.; et al. HIV latency in isolated patient CD4+ T cells may be due to blocks in HIV transcriptional elongation, completion, and splicing. **Science Translational Medicine**, v. 10, n. 430, p. 1–16, 2018.

INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE PROFISSIONAIS DO SEXO: REVISÃO DE LITERATURA

Antônio Bertolino Cardoso Neto¹;

Hospital Veterinário da Universidade Federal de Uberlândia - Uberlândia-MG

<http://lattes.cnpq.br/0462355169495768>

Dilma Aparecida Batista Ferreira²;

Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia - Uberlândia-MG

<http://lattes.cnpq.br/1904243993822189>

Mariana Machado dos Santos Pereira³;

Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde -
Uberlândia - MG

<http://lattes.cnpq.br/2555822000588949>

Juliano Fábio Martins⁴;

Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia - Uberlândia-MG

<http://lattes.cnpq.br/3590964411850427>

Ana Paula da Silva Queiroz⁵;

Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia - Uberlândia-MG

<http://lattes.cnpq.br/4516683210576943>

Thays Peres Brandão⁶;

Departamento Educacional - Patrocínio - MG

<http://lattes.cnpq.br/0857704143417847>

Márcio Paulo Magalhães⁷;

Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia - Uberlândia-MG

<http://lattes.cnpq.br/9221849053911178>

Paula Cardinalle de Queiroz Romão⁸;

HC-UFU - Uberlândia-MG

<http://lattes.cnpq.br/7015541064050477>

Cristiano Vieira Sobrinho⁹;

Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia - Uberlândia-MG

<http://lattes.cnpq.br/3505470529730299>

Maxwel Soares Santos¹⁰;

Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia - Uberlândia-MG

<http://lattes.cnpq.br/8787417892706336>

Carolina Peres Brandão¹¹.

Departamento Educacional - Patrocínio - MG

<https://orcid.org/my-orcid?orcid=0000-0002-2440-6123>

RESUMO: Os profissionais do sexo são indivíduos que possuem a associação entre vida e trabalho e assim demandam atenção na saúde do trabalhador. Paradoxalmente observa-se que a assistência à saúde para esses profissionais é direcionada apenas para controle de infecções sexualmente transmissíveis, evidenciando diversas nuances. Com isso esta pesquisa se justifica pois permitirá ampliar saberes e desenvolver ações que incluam esses/as trabalhadores/as no âmbito da saúde coletiva de maneira integral e com equidade. Objetivamos conhecer sobre os fatores que limitam o acesso de profissionais do sexo aos serviços de saúde, e levantar as possibilidades de ampliação da assistência e produção do cuidado na garantia da oferta das ações de saúde. Metodologicamente trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, com busca nas bases de dados do Portal de Periódicos da Capes e Google acadêmico, com publicações entre 2017 e 2022. Sendo os dados construídos por meio de análise temática de conteúdo. Concluímos que entre as principais nuances para a abstenção na assistência à saúde está a falta de preparo dos profissionais, e o medo e insegurança dos/das profissionais do sexo em procurar os serviços de saúde e sofrerem diferentes tipos de discriminação. Entre as possibilidades para de ampliação da assistência apontamos readequar os horários de atendimento, fomentar o desenvolvimento de competências e habilidades da equipe de saúde para o alcance de cuidados integrais, contínuos, que respeitem a liberdade de escolha e sem qualquer tipo de discriminação.

PALAVRAS-CHAVE: Integralidade. Assistência à saúde. Profissionais do sexo

COMPREHENSIVE HEALTH CARE FOR SEX PROFESSIONALS: LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Sex workers are individuals who have the association between life and work and thus demand attention in the health of the worker. Paradoxically, it is observed that health care for these professionals is directed only to the control of sexually transmitted infections, evidencing several nuances. With this, this research is justified because it will allow to expand knowledge and develop actions that include these workers in the scope

of collective health in an integral and equitable way. We aim to learn about the factors that limit the access of sex workers to health services, and to raise the possibilities of expanding assistance and care production in order to guarantee the provision of health actions. Methodologically, this is a qualitative research, with a search in the databases of the Capes Periodicals Portal and academic Google, with publications between 2017 and 2022. The data were constructed through thematic content analysis. We conclude that among the main nuances for abstention in health care is the lack of preparation of professionals, and the fear and insecurity of sex workers in seeking health services and suffering different types of discrimination. Among the possibilities for expanding care, we point to readjusting service hours, promoting the development of skills and abilities of the health team to achieve comprehensive, continuous care that respects freedom of choice and without any type of discrimination.

KEY-WORDS: Integrality. Health assistance. Sex workers.

INTRODUÇÃO

A prostituição é considerada uma das profissões mais antigas do mundo e pode ser conceituada como serviços sexuais em troca de dinheiro. Sua história é configurada através de grandes avanços e recuos, com momentos de tolerância e outros de abominação social. Nos primórdios tempos era vista como uma forma de poder e controle de reprodução, considerada sagrada. Após a instauração dos dogmas patriarcais, inseridos de maneira forçosa e preconceituosa na sociedade, a visão dessa profissão foi estigmatizada de forma suja e contrária aos objetivos da sociedade, de forma a carregar grande preconceito ainda na contemporaneidade (ARAÚJO, 2021).

Atualmente, no Brasil, embora a prática da prostituição não seja criminalizada também não é consensuada. Ainda é entendida como uma atividade imoral, na qual pessoas que exercem essa profissão são julgadas como pervertidas, usuárias de drogas, preguiçosas e disseminadoras de doenças. Sendo exclusas da sociedade e das ações do Estado como as políticas de saúde (MORAES, 2013).

Até a segunda metade do século XX as políticas de saúde eram voltadas apenas para controle de natalidade. Mas a partir da década de 1980, surgiu a epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/Aids), sendo necessária uma articulação entre os poderes públicos no intuito de conter a disseminação, posto que, a prostituição era vista como a maior forma de contaminação. Neste momento a discussão sobre prostituição e saúde pública passa a incorporar novos discursos e valores (MORAES, 2013).

Neste âmbito, percebe-se que os profissionais do sexo, termo atualmente utilizado, são indivíduos que possuem a associação entre vida e trabalho e assim demandam atenção na saúde do trabalhador.

Paradoxalmente, ainda nota-se falhas na atenção à saúde integralizada desses/dessas trabalhadores/as. Méllo (2018) aponta que os serviços de saúde para esses profissionais são direcionados apenas para controle de infecções sexualmente transmissíveis (IST's), que transfigura em uma repetição de procedimentos classificatórios que convencionalmente tem sido chamado de cuidado. Contudo percebe-se que todas as outras demandas de saúde são ignoradas.

Neste contexto, é inegável a perenização do preconceito nos serviços de saúde ainda é contrária aos direitos humanos garantidos. O que para a maior vulnerabilidade desse grupo à doenças e agravos de um modo geral (SILVA, Lorena Brito da; SAMPAIO; MÉLLO, 2022).

Perante as nuances tanto sociais quanto de assistência à saúde que os/as profissionais do sexo ainda estão expostos este estudo apresenta como problemática a seguinte questão: quais as nuances para abstenção da assistência à saúde de profissionais do sexo?

E, se justifica de maneira pessoal, pois os autores, ao estudarem a área da saúde do trabalhador, notaram que os/as profissionais do sexo ainda são muito vulneráveis à assistência integral à sua saúde. Justifica-se socialmente, pois através do conhecimento produzido permitirá ampliar saberes e assim desenvolver ações que incluam esses/as trabalhadores/as no âmbito da saúde coletiva de maneira integral e com equidade. E, cientificamente é um estudo fundamental, pois de acordo com autores como Araújo (2021) esta ainda é uma temática que carece de espaço e visibilidade científica.

Nesse sentido, este estudo objetiva conhecer sobre os fatores que limitam o acesso de profissionais do sexo aos serviços de saúde, e levantar as possibilidades de ampliação da assistência e produção do cuidado na garantia da oferta das ações de saúde, no âmbito público, considerando os diferentes contextos culturais, étnicos, sociais, geográficos, de gênero e classe.

REFERENCIAL TEÓRICO

Princípios do Sistema Único de Saúde e a realidade para os/as Profissionais do Sexo

A prostituição é uma profissão reconhecida no Brasil pela Classificação Brasileira de Ocupação (CBO), desde 2002, contudo, apesar disso, os profissionais do sexo continuam sem uma legalização regulamentadora no país. E a partir disso, o que se vê é uma gama de políticas públicas limitadas, pautadas em uma vertente que potencializa o controle de doenças, mas está longe de abranger todas as necessidades do ser humano (BRASIL, 2002).

Diante dos diversos riscos associados à atividade profissional, o acesso ao serviço de saúde de forma completa deve ser considerado pauta primordial para esses profissionais, principalmente considerando as vulnerabilidades psicológicas, físicas e socioeconômicas

relacionadas (SILVA, Vanessa Antônio da, 2019).

Essa ausência de políticas públicas de saúde voltadas às profissionais do sexo reflete negativamente sobre a equidade em saúde, sem a qual não se pode assegurar os outros dois princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): a integralidade e a universalidade.

Desde as décadas de 1980 e 1990 tem-se observado que as políticas e ações de saúde voltadas para os/as profissionais do sexo se relacionam com a parte sexual, com prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis e aspectos da saúde da mulher.

Coadunando com esta assertiva, estudo realizado com 4.328 mulheres trabalhadoras do sexo demonstrou que a maioria delas tem uma fonte habitual de cuidado com a saúde reprodutiva e utilizam predominantemente os serviços da Atenção Primária à Saúde para o cuidado com as Infecções Sexualmente Transmissíveis como o Papiloma Vírus Humano (MATTEONI *et al.*, 2021).

Com isso, ainda hoje, Santos *et al.* (2021) apontam que dentre as estratégias de saúde desenvolvidas para profissionais do sexo destacam-se apenas o fornecimento de métodos contraceptivos, camisinhas feminina e masculina e anticoncepcionais de forma gratuita. Pesquisas evidenciam uma severa invisibilidade destes/as trabalhadores/as por parte das equipes de saúde, visto que são contemplados de forma indireta, com exceção das infecções sexualmente transmissíveis, ignorando o fato de que esse público não se restringe apenas à prática sexual e seus desfechos, mas também todo um contexto de exposição de danos à saúde e barreiras de apoio e na assistência.

Em uma pesquisa realizada com 12 profissionais de enfermagem da Atenção Primária à Saúde (APS) em Tocantins averiguou que as equipes de enfermagem não possuem planejamento ou estratégia para atender os profissionais do sexo. As justificativas apontam que todas as atividades de educação em saúde sobre planejamento familiar e infecções sexualmente transmissíveis já contemplam esse público, além do tratamento de algumas doenças adquiridas pelo sexo desprotegido, mas não há um planejamento que abranja esses/as trabalhadores de maneira integral (SANTOS *et al.*, 2021).

Em virtude do exposto pode-se considerar que um dos principais desafios para as redes de saúde pública, no seu campo de prática e saberes, ainda é a implementação de políticas de saúde que promovam a integralidade, equidade, redução de danos e desigualdades, legitimando o direito à saúde desses/as trabalhadores (BELÉM *et al.*, 2018).

A presença de paradigmas sociais e preconceito para com trabalhadores/as do sexo ainda é constante, fato que prejudica a atenção integralizada à saúde, seja por falta de preparo dos profissionais da saúde seja por abstenção dos profissionais do sexo, circunstâncias que trazem prejuízos.

Abstenção dos cuidados com a saúde pelos/as profissionais do sexo

Em 1984 foi implementado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), e em 2004 surgiu a proposta da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), ambos objetivando a garantia da equidade e o acesso integral à saúde para as mulheres. Para isso, foram instauradas ações educativas, preventivas, de diagnósticos e tratamentos, abrangendo também todas as outras necessidades de cada mulher de forma holística e individual. Porém as profissionais do sexo não têm um atendimento igualitário o que interfere na garantia dessas ações e dos seus direitos (BRASIL, 2004, 1984; VILLA; CÂNDIDO; SISTE, 2016).

Vale a pena ressaltar que essa é uma profissão predominantemente feminina, mas ainda existem pessoas de diferentes gêneros e identidades que a exercem. Porém, notamos literatura escassa sobre a abordagem para a saúde de homens e indivíduos dos grupos de lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, queer, intersexo, assexual e outros (+), assim como políticas públicas de saúde integral, direcionadas a profissionais do sexo, independente da orientação sexual.

Os problemas de saúde sexual e reprodutiva, saúde mental, uso abusivo de álcool e drogas e suscetibilidade às violências são situações constantes entre os/as profissionais do sexo, o que evidencia a necessidade e importância do acesso aos serviços de saúde e da assistência integral à saúde para essa população (BRITO *et al.*, 2019).

Paradoxalmente, estudos expõem que as profissionais do sexo constantemente encontram dificuldades quando procuram por atendimento nos serviços públicos de atenção primária à saúde. E dentre os motivos mais citados estão a forma predominante ao estigma retratado por preconceitos e horários limitados (BRITO *et al.*, 2019; COSTA *et al.*, 2020; SALMERON; PESSOA, 2012).

Corroborando com os fatores de abstenção aos cuidados de saúde de trabalhadores/as do sexo, estudo realizado com 4.328 prostitutas demonstrou que 19,2% das mulheres nunca realizaram o exame de colpocitologia oncótica e 29% não frequentava nenhum tipo de serviço de saúde e a insatisfação com o atendimento prestado pelos profissionais de saúde foi relatada por grande parte das profissionais, como motivo principal para a ausência (MATTEONI *et al.*, 2021). Isso expõe a falta de preparo e capacitação dos profissionais evidenciados por mau atendimento, prática de julgamentos e discriminação, o que faz com que as profissionais do sexo se sintam expostas, indiferentes e humilhadas.

Assim, fica claro que na maioria das vezes o/a profissional do sexo não exerce seu direito de cidadã ou cidadão por se sentirem menosprezados/as, excluídos/as e discriminados/as socialmente.

Ademais, a inexistência de adaptações à realidade e particularidades desse grupo, como o caráter inerentes a profissão e a ausência de tempo, aliada ao medo de serem mal atendidas em função do estigma sobre sua profissão, fazem com que essas profissionais

se distanciem dos serviços de saúde (GEHLEN *et al.*, 2018; PASTORI; COLMANETTI; AGUIAR, 2022).

É fundamental, por parte dos gestores, nas diferentes esferas governamentais e dos trabalhadores da saúde que atendem os/as profissionais do sexo, a dotação de sensibilidade em suas condutas e atitudes, com intuito a enxergar o contexto de trabalho dentro da prostituição. Além disso, é necessário que essa conduta supere a visão biomédica na acepção curativista no processo de cuidar, integrando a promoção da saúde, na perspectiva da integralidade (BELÉM *et al.*, 2018).

Nota-se a necessidade de maior atenção à saúde dos/as profissionais do sexo, visando respeitar seus aspectos biopsicossociais, econômico e culturais, além de suprir suas necessidades relativas ao estado de saúde.

Dito isso, considerando as principais dificuldades e desafios no atendimento aos profissionais do sexo, vê-se a necessidade de uma investigação quanto a pessoa que exerce essa profissão

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, de natureza básica, descritivo exploratória quanto aos objetivos e bibliográfica em relação aos procedimentos.

Para sua execução foram selecionados artigos publicados no recorte temporal de janeiro de 2017 a junho de 2022 que retratassem a abordagem a integralidade da assistência à saúde para os/as profissionais do sexo.

Inicialmente definimos o problema de pesquisa: quais as nuances para abstenção da assistência à saúde de profissionais do sexo?

Posteriormente traçamos os critérios de inclusão que foram artigos publicados na íntegra, no idioma português e de exclusão artigos que não abrangessem os objetivos.

Foi realizado uma busca nas bases de dados do Portal de Periódicos da Capes e do Google acadêmico utilizando as palavras-chave: integralidade; assistência a saúde; profissionais do sexo, combinados de diferentes formas, utilizando o operador booleano *And*.

Os dados foram construídos por meio de análise temática de conteúdo Bardin (2016) de 10 artigos, publicados no idioma português que abarcaram as nuances da abstenção de profissionais do sexo para assistência à saúde pública.

CONCLUSÃO

Diante do presente estudo percebeu-se que entre as principais nuances para a abstenção na assistência à saúde está a falta de preparo dos profissionais, que ainda são cercados de preconceitos socioculturais, mas também o medo e insegurança dos/das profissionais do sexo em procurar os serviços de saúde e sofrerem diferentes tipos de discriminação.

O SUS prega uma assistência à saúde integralizada e equânime, porém não prepara os profissionais para as adversidades presentes nos diferentes ambientes e contextos sociais. Isso ocasiona um serviço incompleto, no qual a promoção da saúde, física, mental, biológica e social é insuficiente, e pode provocar doenças que atingem os diferentes aspectos biopsicossociais de profissionais do sexo.

Para proporcionar uma assistência integral à saúde deste público faz-se necessário o desenvolvimento de ações como readequar os horários de atendimento, fomentar o desenvolvimento de competências e habilidades da equipe de saúde para o alcance de cuidados integrais, contínuos, que respeitem a liberdade de escolha, e sem qualquer tipo de discriminação. E uma educação social com os/as profissionais do sexo, para que entendam a importância do cuidado integralizado à saúde e com a população em geral, para que respeitem de maneira integral essa profissão.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Beatriz Alvarenga Bonella de. “Você nos colocou na História”: Uma História Social da prostituição brasileira nas décadas de 1980 e 1990. **Epígrafe**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 21–49, 1 jun. 2021. <https://doi.org/10.11606/issn.2318-8855.v10i1p21-49>.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições, 2016.

BELÉM, Jameson Moreira; ALVES, Maria Juscinaide Henrique; PEREIRA, Emanuelly Vieira; MAIA, Evanira Rodrigues; QUIRINO, Glauberto Da Silva; ALBUQUERQUE, Grayce Alencar. Prostituição e saúde: representações sociais de enfermeiros/as da estratégia saúde da família. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 32, p. 1–15, 20 mar. 2018. <https://doi.org/10.18471/rbe.v32.25086>.

BRASIL. **Política nacional de atenção integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Portaria do ministério do trabalho nº 397, de 09 de outubro de 2002**. Aprova a

Classificação Brasileira de Ocupações - CBO/2002, para uso em todo território nacional e autoriza a sua publicação. Brasília: Ministério do trabalho e emprego, 2002.

BRASIL. **Saúde Integral da Mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRITO, Nayara Santana; BELÉM, Jameson Moreira; OLIVEIRA, Tayenne Maranhão de; ALBUQUERQUE, Grayce Alencar; QUIRINO, Glauberto da Silva. Cotidiano de trabalho e acesso aos serviços de saúde de mulheres profissionais do sexo. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 20, n. e33841, p. 1–9, 2019. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20192033841>.

COSTA, Amanda Shammai Souza Ferreira; SOUZA, Marília Natielli Lima Almeida; SOUSA, Anderson Reis de; LIMA, Alcione Assunção Correia; OLIVEIRA, Michelle Teixeira; PASSOS, Núbia Cristina Rocha. Itinerários terapêuticos e rotas críticas de profissionais do sexo no acesso aos serviços de saúde. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, Valparaíso de Goiás, v. 9, n. 1, p. 53–64, 15 jan. 2020. <https://doi.org/10.3623/revisa.v%.n%.p471%>.

GEHLEN, Rubia Geovana Smaniotto; COSTA, Marta Cocco da; ARBOIT, Jaqueline; SILVA, Ethel Bastos da. Situaciones de vulnerabilidad a la violencia vivenciada por trabajadoras sexuales: estudio de caso. **Ciencia y enfermería**, Concepcion, Chile, v. 24, p. 1–12, 2018. <https://doi.org/10.4067/s0717-95532018000100208>.

MATTEONI, Talita Castro Garcia; MAGNO, Laio; LUPPI, Carla Gianna; GRANGEIRO, Alexandre; SZWARCOWALD, Celia Landmann; DOURADO, Inês. Fonte habitual de cuidado em saúde e o uso de serviços de saúde sexual e reprodutiva entre mulheres trabalhadoras do sexo no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 10, p. e00188120, 2021. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00188120>.

MÉLLO, Ricardo Pimentel. **Cuidar? De quem? De que? A ética que nos conduz**. Curitiba: Appris editora, 2018.

MORAES, Eliane Robert. Puta, putus, putida: devaneios etimológicos em torno da prostituta. **Revista da Biblioteca Mário de Andrade**, São Paulo, n. 69, p. 38–49, 2013.

PASTORI, Beatriz Guerta; COLMANETTI, Andrei Biliato; AGUIAR, Cláudia de Azevedo. Percepções de profissionais do sexo sobre o cuidado recebido no contexto assistencial à saúde. **Journal of Human Growth and Development**, [s.:/], v. 32, n. 2, p. 275–282, 23 jun. 2022. <https://doi.org/10.36311/jhgd.v32.10856>.

SALMERON, Neiva de Alencar; PESSOA, Thalita Almeida Martins. Profissionais do sexo: perfil socioepidemiológico e medidas de redução de danos. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, p. 549–554, 2012. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000400011>.

SANTOS, Patrícia Sabino dos; FERREIRA, Priscilla Gonçalves; FIGUEREDO, Rogério Carvalho de; SILVA, Leidiany Souza; AMORIM, Renata Cristina Correia da Silva. Atenção à saúde dos profissionais do sexo: a ótica da equipe de enfermagem da estratégia saúde da família. **Scire Salutis**, Aracaju, v. 11, n. 3, p. 90–99, 22 jun. 2021. <https://doi.org/10.6008/>

CBPC2236-9600.2021.003.0012.

SILVA, Lorena Brito da; SAMPAIO, Juliana Vieira; MÉLLO, Ricardo Pimentel. “Cuida!”: práticas de cuidado em saúde com mulheres trabalhadoras do sexo. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 267–291, 3 maio 2022. <https://doi.org/10.22456/2238-152X.111468>.

SILVA, Vanessa Antônio da. **As profissionais do sexo: trabalho sexual, políticas públicas e regulamentação da profissão**. 2019. 36 f. Monografia (Graduação) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2019.

VILLA, Eliana Aparecida; CÂNDIDO, Maria Cecília Rodrigues Macedo; SISTE, Luiz Felipe. A assistência à saúde das profissionais do sexo no Brasil: uma revisão integrativa. **Journal of Nursing and Health**, [s.:/], v. 6, n. 1, p. 92–102, 26 abr. 2016.

MÉTODOS CONTRACEPTIVOS OFERECIDOS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA COM O DISPOSITIVO INTRAUTERINO DE COBRE

Camilly Helena Fiusa Tenório¹;

UNICID, São Paulo – SP.

<http://lattes.cnpq.br/1800710086252147>

Maria Alexandra Silva dos Santos²;

UNICID, São Paulo – SP.

<http://lattes.cnpq.br/2688250058780812>

Fabiana Aparecida Vilaça³;

UNICSUL, São Paulo – SP.

<http://lattes.cnpq.br/0666609059760660>

Adriano dos Santos Oliveira⁴;

USP, São Paulo – SP.

<http://lattes.cnpq.br/8732398520615667>

RESUMO: A contracepção gratuita disponibilizada pelo Sistema Único de Saúde possui grande importância, bem como, o entendimento sobre todos os processos, visando também a percepção do usuário sobre a disponibilização, para promover possíveis melhorias garantindo a continuação do oferecimento com qualidade. O trabalho possui o intuito de expor o Dispositivo Intrauterino de cobre, designado o primeiro método de longo prazo que tem sua inserção gratuita pelo Sistema Único de Saúde, analisando a percepção das mulheres em relação ao método como contraceptivo e o que isso influencia em relação a sua utilização ou não. A metodologia utilizada foi “Estado da Arte” e os resultados foram examinados conforme a Análise de Dados de Bardin, no qual, resultou em um quadro contendo um corpus com 23 componentes, sendo, artigos contendo pesquisas, manuais de contracepção, sites, termo de consentimento e leis. Apesar dos inúmeros materiais confiáveis e de fácil acesso ao público na internet, concluiu-se a necessidade de melhorias na divulgação e oferecimento do Dispositivo Intrauterino de cobre, pois ambos são ineficientes, assim como, na capacitação e organização dos profissionais e do Sistema Único de Saúde, pois esses empecilhos refletem no desconhecimento ou na ausência do interesse para a inserção.

PALAVRAS-CHAVE: Anticoncepção, Divulgação, Gratuidade, DIU

CONTRACEPTIVE METHODS OFFERED BY THE UNIFIED HEALTH SYSTEM: AN EXPERIENCE WITH THE COPPER INTRAUTERINE DEVICE

ABSTRACT: The free contraception provided by the Sistema Único de Saúde (Unified Health System in Brazil) is of great importance, as well as the understanding of all the processes, also aiming at the user's perception of the availability, to promote possible improvements ensuring the continuation of the offer with quality. The work aims to evaluate the use of the copper Intrauterine Device by the Sistema Único de Saúde. The methodology used was "State of the Art" and the results were examined according to Bardin's Data Analysis, which resulted in a table containing a corpus with 23 components, being articles containing research, contraception manuals, websites, term of consent and laws. Despite the numerous reliable materials available to the public on the internet, it was concluded that there was a need for improvements in the dissemination and provision of the copper Intrauterine Device, as both are inefficient, as well as in the training and organization of professionals and the Sistema Único de Saúde, as these obstacles reflect the lack of knowledge or lack of interest in insertion.

KEY-WORDS: Contraception, Disclosure, Gratuity, DIU

INTRODUÇÃO

Hipócrates há mais de 2500 anos sugerira a inserção de objetos no útero com a ajuda de tubo de chumbo para evitar a gravidez, podendo ser uma das origens dos métodos comportamentais e de barreira para evitar a gestação, já que é o método mais antigo que relata esse uso (SANTOS, 2019).

O Dispositivo Intrauterino (DIU) foi o primeiro método de longo prazo que se originou por observações feitas pelos mercadores árabes e turcos em suas travessias pelo deserto, onde introduziam pedras no útero das camelas, impossibilitando que engravidassem durante toda a trajetória (BOZA, 2002).

No ano de 1960 Jaime Zipper e Howard Tatum fizeram diversos estudos com DIU produzido de plástico, porém esse material causava males as mulheres, provocando dores e sangramentos, como também o aspecto não era compatível com o formato do útero, com maior número de estudos constataram que o útero da mulher quando contraído fica em forma de T, em virtude desse pensamento fabricaram um novo dispositivo com esse formato e ao ser testado tiveram resultado positivo quando comparado aos usados anteriormente, todavia, apresentava uma taxa de gravidez alta, levando aos criadores Zipper e Tatum aperfeiçoá-lo enrolando um fio de cobre em volta da haste que possuía o formato em T, obtendo sucesso, levando-os a mais experimentos para a implementação e como resultado foi gerado o primeiro DIU comendo cobre, o TCU 200 (BOZA, 2002).

No mesmo ano simultaneamente ocorreu a denominada Revolução Sexual ou Revolução Contraceptiva, que foi um movimento estimulado pela emancipação feminina, adjacente a isso houve o início da divulgação de métodos contraceptivos, tornando possível a liberdade do prazer sexual independentemente da procriação, gerando mais autonomia às mulheres sobre seus próprios corpos e lhes dando escolha sobre ter ou não uma gestação. As pessoas começaram a ter mais abertura para debaterem sobre sexo, outros assuntos também começaram a surgir como, aborto, divórcio, relações sexuais precoces e com o aumento do sexo desregrado iniciou-se a epidemia do HIV/AIDS (SANT ANA, 2016).

Diversos métodos contraceptivos começaram a ser propagados, com o objetivo de diminuir o número de gravidezes não desejadas. De acordo com Demartini (2015, p.34):

No início da década de 1960 métodos anticoncepcionais inovadores ganhavam espaço, além do Dispositivo Intrauterino-DIU, diafragma e pílula, tinha-se a “pílula do dia seguinte”, procedimentos cirúrgicos, como vasectomia e laqueadura, condón, etc. [...].

O assunto sobre DIU é cercado de mitos e desinformações, que devem ser combatidos com conhecimento científico e a divulgação correta do método.

É pressuposto de que o DIU gera esterilidade, câncer, infecções como por exemplo a DIP (Doença Inflamatória Pélvica) e que não é adequado para adolescentes ou mulheres que não tiveram gestações. Quando o Planejamento Familiar é feito corretamente e com profissionais preparados, essas crenças sobre o DIU podem ser abordadas e desmistificadas, já que com o conhecimento sobre o método as mulheres se sentem mais confiantes para usá-lo (BORGES *et al.*, 2002).

No Brasil a inserção do DIU TCu 380A, demonstrado na Figura 1, pode ser realizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, quando a mulher opta pelos procedimentos no SUS, se depara com inúmeras dificuldades, como alguns procedimentos que devem ser seguidos, porém eles podem ser um empecilho para quem deseja o método de maneira rápida, segura e gratuita. São necessários participar de grupos e palestras educativas oferecidas no Planejamento Familiar, existe também a demora de agendamento e retirada dos resultados de exames, prazo de inserção com datas distantes, o que prejudica o acesso ao DIU de cobre, e que resulta na desistência do método, fazendo com que as interessadas prefiram métodos mais práticos que podem haver hormônios e muitos efeitos colaterais (GONZAGA *et al.*, 2017; HEILBORN *et al.*, 2009).

O Dispositivo Intrauterino é considerado um contraceptivo de longa duração (LARC, sua sigla em inglês), pois sua validade é igual ou superior a três anos, o DIU de cobre permanece ativo por até dez anos. Sendo um método de alta eficácia, sem hormônio, baixo custo, reversível (ou seja, pode ser retirado a qualquer momento que a mulher deseje e isso não afeta sua fertilidade) e com remoção segura (FEBRASGO, 2016).

Segundo o Planejamento Familiar: Um Manual Global para Profissionais e Serviços de Saúde (2007, p. 131) o DIU de cobre é:

[...] uma pequena estrutura de plástico flexível com a forma da letra T com um fio de cobre na haste vertical do T e tubinhos de cobre em cada braço horizontal. Um profissional de saúde especificamente treinado para tal, insere o DIU no útero da mulher através de sua vagina e cérvix.

No momento de sua inserção o DIU de cobre já é funcional, pois como afirma Santos (2019, p. 40) “[...] O cobre promove mudanças bioquímicas e morfológicas do endométrio e muco cervical, que consiste em uma reação inflamatória asséptica local [...]” há três modos que o DIU age, ele aumenta a quantidade de muco cervical que dificulta a movimentação dos espermatozoides, promove alterações na parede interna do útero que impede a implantação do embrião e diminui as chances de sobrevivência do espermatozoide (BOZA, 2002).

O trabalho teve como objetivo analisar a percepção das mulheres em relação ao DIU de cobre como contraceptivo e o que isso influencia em relação a utilização ou não do método.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter qualitativo com nível de pesquisa descritivo, segundo Silva (2014) a abordagem qualitativa busca compreender e interpretar a realidade de determinados fenômenos ou interações de fenômenos sociais complexas, baseada em técnica de coleta, codificação e análise de dados, gerando uma percepção nova a partir dos resultados obtidos na pesquisa. Não há o uso de medidas, ou seja, ao invés de estatísticas, regras e outras generalizações, a abordagem qualitativa se envolve com interpretações, comparações e descrições do objeto de estudo. O nível de pesquisa descritivo tem como objetivo descrever as características dos mecanismos, processos e realidade do cenário de estudo (SILVA, 2014).

A metodologia utilizada no nosso trabalho foi o “Estado da Arte”, no qual é feito um mapeamento de publicações anteriores, sendo possível obter uma visão mais panorâmica sobre as produções já existentes, bem como, auxiliando a identificar lacunas sobre o tema, além de contribuir com novas elaborações de ideias correlacionando os dados adquiridos, buscando o não encerramento sobre o assunto (PRADO, 2018).

Romanowski e Ens (2006) dizem que o Estado da Arte é desenvolvido a partir de etapas fundamentais, como no início deve-se estabelecer um direcionamento acerca da procura a ser realizada, ademais é necessário definir um banco de dados filtrando os estudos, coletando as pesquisas, realizando a leitura dos trabalhos selecionados e os identificando, sucedendo a conclusões e a realização de análises.

Para tanto, foram utilizados os bancos de dados Scielo e Lilacs, para a busca de textos adequados à pesquisa, também foi acessado documentos direcionados a profissionais da saúde. Os filtros foram sobre idioma e assunto, permanecendo os textos em “português” e trabalhos relacionados a “DIU” e “SUS”, bem como, outros parâmetros para selecionar os artigos foram: texto completo e disponível; apresentar relação direta com o tema abordado; e idioma em português. Todos os textos selecionados abrangem o período de 2000 a 2020.

Os artigos que foram mais condizentes com o trabalho foram lidos na íntegra e foram analisados conforme as técnicas de Análise de Dados de Bardin, no qual visa adquirir indicadores, podendo ser eles qualitativos ou não, por meio da indução de conhecimentos referentes às condições de recepção das mensagens, ou seja, do material de estudo, sendo resultantes de procedimentos objetivos, bem como, sistemáticos (BARDIN, 2016).

A Análise de Conteúdo é organizada com base em três polos cronológicos, sendo eles:

Pré-análise;

Exploração do material e o tratamento dos resultados;

Inferência e interpretação.

Na pré-análise, primeiramente foi realizada a leitura flutuante com 45 componentes, sendo, artigos contendo pesquisas realizadas com mulheres e profissionais de saúde sobre métodos contraceptivos, termo de consentimento, leis e manuais disponíveis para os profissionais de saúde e ao público, assim como, sites do SUS, no qual foi feita uma primeira análise do material, e utilizando a regra da homogeneidade, ou seja, efetuando os critérios de escolha “DIU” e “SUS”, 22 materiais foram descartados, procedendo ao *corpus* que conteve 23 componentes, segundo Apêndice A.

O *corpus* foi constituído de artigos, manuais, sites, leis e um termo. Composto de 8 artigos contendo pesquisas com mulheres, 2 artigos contendo pesquisas com profissionais de saúde, ambos com as pesquisas realizadas pelos autores de cada artigo e citando o Dispositivo Intrauterino, 3 revisões bibliográficas, 6 manuais para profissionais de saúde e/ou público, 2 sites, sendo 1 do próprio SUS e o outro como extensão, 1 termo de consentimento informado do SUS para colocação do DIU e 1 anexo contendo leis sobre a ampliação do acesso ao DIU pelo SUS, adicionados no *corpus* por ser considerados como um recurso disponível para a mulher na internet, onde a mesma pode consultar o seu conteúdo para obter informações.

Vale ressaltar, que na leitura flutuante houve o início da exploração do material, que resultou na codificação de hipóteses, sendo:

Mulheres instruídas corretamente no Planejamento Familiar, terão mais interesse em utilizar o DIU de cobre;

O conhecimento sobre o DIU de cobre é baixo;

Existe muita burocracia para a inserção do DIU de cobre no SUS;

O SUS disponibiliza material de consulta sobre a inserção do DIU, porém não divulga;

O uso do DIU de cobre é muito baixo.

Posteriormente, continuou-se a exploração do material e o tratamento dos resultados, ocorrendo a leitura na íntegra. Com base nesses elementos obtidos, iniciou-se a terceira etapa da Análise de Dados de Bardin “inferência e interpretação”, onde, realizou-se a categorização, sendo, “Aspectos que influenciam as mulheres a não colocarem o DIU de cobre” e “Aspectos que influenciam as mulheres a colocarem o DIU de cobre”. Esta categorização foi baseada no problema de pesquisa do trabalho “Quais os fatores que influenciam as mulheres a não colocarem o DIU de cobre gratuitamente pelo SUS nos dias atuais?”. Os resultados foram adicionados em um quadro adaptada de Bardin.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O quadro 1 refere-se a codificação realizada por meio de recortes dos componentes do *corpus*, onde através da leitura feita na íntegra desses materiais houve uma separação em duas colunas, “Aspectos que influenciam as mulheres a não usarem o DIU de cobre” e “Aspectos que influenciam as mulheres a usarem o DIU de cobre”, representando a resposta para o problema de pesquisa do trabalho: “Quais são os fatores que influenciam as mulheres a não colocarem o DIU de cobre gratuitamente pelo SUS nos dias atuais?”.

Quadro 1: Resultado da codificação dos componentes do *corpus*. A Primeira coluna do quadro refere-se as informações coletadas de ambos materiais do *corpus*. A segunda e terceira coluna, correspondem aos aspectos que que cada informação influencia na utilização ou não do DIU de cobre e a quarta coluna, corresponde a todos os componentes do *corpus*, que possuem a mesma interpretação de cada informação. Os números citados na segunda e terceira coluna, correspondem a quantidade de componentes do *corpus* que citam a mesma informação, mencionada na primeira coluna.

	Aspectos que influenciam as mulheres a não colocarem o DIU de cobre	Aspectos que influenciam as mulheres a colocarem o DIU de cobre	Nº componente do <i>corpus</i>
Materiais disponíveis para os profissionais de saúde e/ou ao público (manuais, termo de inserção, sites e informativos)	0	12	2; 3; 5; 6; 7; 8; 9; 10; 12; 20; 22; 23
Divulgação e oferecimento escasso e ineficiente por parte do SUS	6	0	4; 13; 15; 16; 18; 19
Organização e capacitação ineficiente dos profissionais de saúde na divulgação do DIU de cobre e do seu funcionamento	4	0	11; 15; 16; 21
Planejamento Familiar feito corretamente	0	6	5; 7; 12; 14; 21; 24

Burocracias no Planejamento Familiar e/ou nos procedimentos para a inserção	3	0	14; 16; 18
Desinformação das mulheres acerca do oferecimento gratuito do DIU de cobre pelo SUS	2	0	1;13
Pouco ou nenhum conhecimento sobre os métodos contraceptivos	4	0	1; 4; 17; 21
Receio de uso causado por mitos, crenças e informações sem fundamentos científicos	3	0	16; 17; 21

Fonte: Adaptado de BARDIN, 2016.

Encontra-se o primeiro aspecto que influencia o uso, em “Materiais disponíveis para os profissionais de saúde e/ou público (manuais, sites e informativos)”, refere-se a seis manuais que apresentam, o funcionamento, eficácia, efeitos colaterais, indicações e contraindicações do DIU de cobre, um site próprio do SUS e extensão desse que expõe tutoriais de como adquiri-lo, além de, informativos compondo um termo de consentimento informado do SUS para a colocação do DIU de cobre e um anexo com leis sobre a ampliação do acesso ao DIU pelo SUS.

Denota-se que na internet as informações por fontes confiáveis sobre a inserção gratuita do DIU de cobre pelo SUS é acessível, e as mulheres possuem obtenção de informativos que servem de ferramentas na busca de seus direitos, também, os manuais disponibilizados pelo governo possuem informações essenciais, não só sobre o DIU de cobre, mas de todos os outros métodos disponíveis, o que possibilita também ao profissional da saúde se manter informado sobre todos os contraceptivos.

Na classificação “Planejamento Familiar feito corretamente”, encontra-se o segundo e também último aspecto que influencia o possível uso do método, vale ressaltar, que na Constituição Brasileira, é assegurada por lei a assistência para o Planejamento Familiar. Há diversos métodos anticoncepcionais que os serviços de saúde são obrigados a oferecer. O Ministério da Saúde garante que há metodologia que os profissionais devem utilizar para informar a população sobre os métodos contraceptivos, como atividades educativas, aconselhamento e atividades clínicas Com esses três procedimentos o objetivo é estabelecer individualmente ou em grupo uma consciência e conhecimento sobre os contraceptivos, contemplar todas as dúvidas em relação à vida familiar, solucionar as inseguranças, refletir sobre temas acerca da sexualidade e desmistificar crenças populares com ciência (BRASIL, 2002).

Segundo a Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico/Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher (BRASIL, 2002) profissional deve se comprometer a expor as contraindicações dos métodos e possíveis efeitos colaterais, possibilitando a mulher, homem ou casal plena segurança sobre o método em questão.

Quando feito da maneira correta auxilia o usuário na prevenção de gravidezes indesejadas, já que conhecendo sobre todos os métodos contraceptivos disponíveis é possível escolher o melhor, visando a saúde. Esses dois aspectos, “Materiais disponíveis para os profissionais de saúde e/ou público (manuais, sites e informativos)” e “Planejamento Familiar feito corretamente” são considerados positivos, pois eles expõem o conhecimento e a precisão da importância de que os procedimentos sejam realizados da maneira correta.

Foi encontrado maior proporção de situações que influenciam as mulheres a não usarem o DIU de cobre nas classificações “Divulgação e oferecimento escasso e ineficiente por parte do SUS”; “Organização e capacitação ineficiente dos profissionais de saúde na divulgação do DIU de cobre e do seu funcionamento”; “Burocracias no Planejamento Familiar e/ou nos procedimentos para a inserção”; “Desinformação das mulheres acerca do oferecimento gratuito do DIU de cobre pelo SUS”; “Pouco ou nenhum conhecimento sobre os métodos contraceptivos”; “Receio de uso causado por mitos, crenças e informações sem fundamentos científicos”, no qual, indicam extrema necessidade de melhorias.

Nas unidades de classificação “Divulgação e oferecimento escasso e ineficiente por parte do SUS” e “Desinformação das mulheres acerca do oferecimento gratuito do DIU de cobre pelo SUS”, relatam que o DIU é um dos métodos menos divulgado, oferecido e conhecido, e ressaltam a necessidade de melhorias na divulgação e oferecimento, como relatado no componente 13 do *corpus*, onde foi realizado uma pesquisa sobre oferecimento do DIU por parte dos profissionais de saúde para puérperas, e concluiu-se que o DIU era um dos métodos pouco ofertados, além de, que maior parte das puérperas não sabia que o Dispositivo Intrauterino é indicado para o puerpério e da sua disponibilidade no SUS. Vale salientar, que uma parte razoável das puérperas disseram que gostariam de usar o DIU se o mesmo fosse ofertado na internação do pós-parto (MELLI, 2019).

Ademais, no componente 4, a pesquisa realizada expôs que maiores porcentagens de jovens não vão atrás dos profissionais de saúde para obter informações sobre os métodos contraceptivos, gerando ponto negativo para a saúde dos jovens (RAMOS *et al.*, 2018). Destacando a importância da divulgação e oferecimento para todos, além do fundamental papel que o profissional de saúde possui para a comunicação e informação.

Na classificação “Organização e capacitação ineficiente dos profissionais de saúde na divulgação do DIU de cobre e do seu funcionamento” acentua a carência de organização e capacitação dos profissionais de saúde, que ocasiona a omissão de informações fundamentais, como, no componente 11, foi realizada uma pesquisa com profissionais de saúde, no qual, foi abordado o tema “Planejamento Familiar”, onde uma parte dos entrevistados disseram não terem participado da capacitação, e também foi reconhecido algumas deficiências no planejamento familiar pelos profissionais, salientando a necessidade de qualidade na capacitação (PIERRE; CLAPIS, 2010).

Na classificação “Receio de uso causado por mitos, crenças e informações sem fundamentos científicos”, foi demonstrado que ainda existem mitos e crenças acerca do DIU de cobre, como, causar câncer, ser abortivo, causar esterilidade, receio de se mover pelo corpo, ou medo dos efeitos colaterais, causados pela falta de conhecimento sobre o método. Estes anseios podem ser combatidos com consultas e acompanhamento do Planejamento Familiar.

Vale ressaltar, a importância de que na consulta, o profissional de saúde tire todas as dúvidas e oriente sobre as contraindicações e possíveis incômodos temporários, como, sangramentos e cólicas. Segundo o Manual Técnico para profissionais de Saúde o DIU com Cobre TCu 380 (2018) não é indicado em casos de anormalidades anatômicas que distorcem a cavidade uterina, como útero bicorno, septado ou estenose cervical uterina, em miomas uterinos submucosos há uma contraindicação do uso do DIU em virtude de adversidades no momento da inserção e por existir maior risco de expulsão do método.

O Manual Técnico para profissionais de Saúde o DIU com Cobre TCu 380 (2018) aborda que o DIU de cobre não pode ser inserido em usuárias com confirmação de IST, mulheres com infecção inflamatória pélvica aguda ou crônica, endometrite, cervicite mucopurulenta e tuberculose pélvica contraindicam a inserção do DIU. O Dispositivo Intrauterino não deve ser inserido no pós-parto caso durante o trabalho de parto a mulher seja acometida com elevação da temperatura corporal acima de 37,8°C. Mulheres que utilizam anticoagulantes não irão usufruir do uso do DIU de cobre pois há probabilidade de ocorrer aumento do fluxo menstrual. E é contraindicado em mulheres com câncer de colo uterino.

Na classificação “Burocracias no Planejamento Familiar e/ou nos procedimentos para a inserção”, foi relatado por mulheres por meio de entrevistas realizadas por autores dos artigos do *corpus*, a desistência da inserção do DIU pelo SUS, por causa de, longa espera no sistema de regulação, Planejamento Familiar com prazo extenso, demora para obter os resultados de exames, possibilitando o acontecimento da ocorrência citada no componente 16, onde, a espera foi tão grande, que os exames venceram e tiveram que realizá-los novamente (SANTOS, 2019). Ou seja, apesar das mulheres possuírem o conhecimento, são surpreendidas por diversos empecilhos.

Porém, apesar da grande demora, muitas continuam na espera, como novamente citado no componente 16, que uma das entrevistadas ficou aguardando mais de um ano, ficando na expectativa se iriam ou não entrar em contato com ela (SANTOS, 2019).

Na leitura flutuante houve formulações de hipóteses acerca do tema, onde foram verificadas e corroboradas após a leitura na íntegra e finalização da quadro, sendo eles, que o Planejamento Familiar desempenhado corretamente aumenta a chance das mulheres preferirem utilizar o DIU de cobre, o conhecimento sobre o DIU de cobre é baixo, e quando há conhecimento e interesse sobre a inserção gratuita existe muita burocracia para a inserção, como a demora para realizar e retirar os resultados de exames. O SUS disponibiliza sites informativos sobre o DIU de cobre, porém sua divulgação e oferecimento presencial por

parte da unidade de saúde e dos profissionais é ineficaz, apenas esclarecendo as dúvidas para as mulheres que de forma autônoma tem iniciativa sobre a aquisição do método, ainda sim muitas não vão em busca de seus direitos por não os conhecerem. Por fim, o DIU de cobre é pouquíssimo utilizado, como apresenta Borges *et al.*,(2002) “No Brasil, dados da terceira e mais recente edição da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), realizada em 2006, revelaram que o DIU era usado por 1,5% das mulheres”.

O objetivo da pesquisa foi concluído, dado que, com a Análise de Dados foi possível analisar por meio de leituras realizadas pelos materiais pertencentes ao *corpus*, a percepção das mulheres, que resultaram em sua maioria no desconhecimento sobre o DIU de cobre, da sua gratuidade no Sistema Único de Saúde e insatisfações causadas pelas burocracias e demoras para a inserção, sendo estes os principais motivos que interferem na não utilização do método.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Análise de Dados realizada evidenciou que a escassez de conhecimento sobre o DIU de cobre, sucede a necessidade de melhorias na divulgação e oferecimento do método, por parte do Sistema Único de Saúde e dos profissionais de saúde, além da organização e capacitação dos profissionais para que saibam como direcionar o público sobre os métodos contraceptivos.

Como conquistas, os materiais usados no trabalho foram encontrados com facilidade na internet, o que mostra positivamente a acessibilidade de conteúdo disponível para o público, porém, muitas pessoas não possuem acesso a internet ou não sabem usar, o que mostra a necessidade de outras maneiras de divulgações acessíveis a todas as pessoas. Os manuais possibilitaram o entendimento profundo sobre o DIU de cobre, que em conjunto com os demais materiais colaboraram para o entendimento de toda a história dos contraceptivos. Vale salientar, que o DIU é considerado um tema relevante no Brasil, pois foram encontrados inúmeros trabalhos sobre o Dispositivo Intrauterino, maioria citando a sua disponibilidade no Sistema Único de Saúde.

As limitações foram, o desconhecimento do porquê o SUS não divulga amplamente o DIU, não foram encontrados trabalhos que questionam o motivo dessa falta de divulgação, e não foram encontrados materiais esclarecendo os exames para a inserção do método e explicações sobre as origens dos mitos.

É de referir, que o Sistema Único de Saúde e os profissionais de saúde precisam ser valorizados, pois, desempenham papéis fundamentais e os registros de complicações citadas no trabalho, possuem o intuito de contribuição, para que as melhorias sejam realizadas e que todos sejam beneficiados.

Uma nova abordagem que pode ser utilizada é uma entrevista realizada com enfermeiros para suprir a carência de informações que não foram encontradas.

Assim como, entrar em contato com uma UBS para que fosse realizada uma pesquisa, promovendo um cartaz informativo sobre a divulgação do DIU de cobre, e seria feita uma análise em um determinado período de tempo, para verificar se com a presença do cartaz o interesse em saber mais sobre o Dispositivo Intrauterino aumentaria.

Por fim, é sugerido realizar uma nova pesquisa com mulheres para conhecer quais mitos que elas conhecem e qual foi a origem, para que, com base neste levantamento, fosse entregue um material com informações verídicas, comprovadas cientificamente, para que essas mulheres lessem e após a leitura do material, houvesse um questionário, para analisar se a confiança no Dispositivo Intrauterino de cobre aumentaria após a leitura do material disponibilizado e a crença diminuiria.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Luiz Carlos de. **Métodos Contraceptivos: Uma Revisão Bibliográfica**. Monografia (Especialização). Universidade Federal de Minas Gerais, Contagem, 2010. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUBD-A79HA8/1/monografia_luiz_carlos_de_almeida.pdf. Acesso em: 03 ago. 2021.

ARAÚJO, Karina Simão. **Conhecimentos, atitudes e práticas de mulheres usuárias de unidades básicas de saúde da cidade de São Paulo sobre o dispositivo intrauterino**. Dissertação (mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2017. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-16112017-042331/publico/2017karinaaraujo.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2021.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. 3º reimp. da 1º edição de 2016. Edições 70, 2016. ISBN 978-85-62938-04-7. Disponível em: <https://madmuni.facs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2021.

BITTENCOURT, Claudia. Conheça mais sobre os métodos contraceptivos distribuídos gratuitamente no SUS. **UNA-SUS**, 2015. Disponível em: <https://unasus.gov.br/noticia/conheca-mais-sobre-os-metodos-contraceptivos-distribuidos-gratuitamente-no-sus>. Acesso em: 06 ago. 2021.

BORGES, Ana Luiza Vilela *et al.* Conhecimento e interesse em usar o dispositivo intrauterino entre mulheres usuárias de unidades de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 28, e3232, 2020. Disponível em: <https://scielo.br/j/rlae/a/MBdtsctXQTtVZhMX6rmyQzB/?lang=pt>. Acesso em: 25 mar. 2021.

BOZA, Vera Maria Araujo Garcia e. **Avaliação crítica do uso do DIU por mulheres atendidas no ambulatório de anticoncepção do Serviço de Reprodução Humana, do Departamento de Tocoginecologia, da Maternidade do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná**. Curitiba, 2002. Dissertação (Mestrado) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2002. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/48671/D%20-%20VERA%20MARIA%20ARAUJO%20GARCIA%20E%20BOZA.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DIU TCu 380A – FURP. Instrução de Uso**. Disponível em: http://furp.sp.gov.br/arquivos/produtos/bulas/profissional/70/DIU_T_Folheto%20Profissional_REV05.pdf. Acesso em: 07 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **PORTARIA Nº 3.265, DE 1º DE DEZEMBRO DE 2017**. Altera o Anexo XXVIII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a ampliação do acesso ao Dispositivo Intrauterino Tcu 380 (DIU de cobre) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3265_07_12_2017.html. Acesso em: 10 ago. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico/Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher – 4ª edição – Brasília: Ministério da Saúde, 2002**. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual Técnico para Profissionais de Saúde: DIU com Cobre TCu 380A**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/494559>. Acesso em: 11 ago. 2021.

BRASIL. Prefeitura de São Paulo. **Termo de Consentimento Informado Para Colocação de Dispositivo Intrauterino (DIU)**. Disponível em: <https://prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/DIUmar16.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2021.

Cartão SUS. Cartão do SUS 2021: Como fazer, Consulta online, Imprimir, Farmácia Popular. **Cartão SUS**. Disponível em: <https://cartaodosus.info/>. Acesso em: 12 ago. 2021.

DEMARTINI, Gabriel Ribeiro. **A Articulação entre Paulo Freire e Herbert Marcuse para uma educação sexual humanizadora**. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de São Carlos, Campus Sorocaba, Sorocaba, 2015.

Disponível em: https://www.ppged.ufscar.br/pt-br/arquivos-1/dissertacoes-defendidas/2015/gabriel_demartini.pdf. Acesso em: 01 abr. 2021.

Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa (SRP) da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Escola Bloomberg de Saúde Pública/Centro de Programas de Comunicação (CPC) da Universidade Johns Hopkins, Projeto INFO. **Planejamento Familiar: Um Manual Global para Prestadores de Serviços de Saúde**. Baltimore e Genebra: CPC e OMS, 2007. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44028/9780978856304_por.pdf. Acesso em: 08 abr. 2021.

Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa Organização Mundial da Saúde. **Crítérios Médicos de Elegibilidade para o uso de Métodos Anticoncepcionais** 3º edição. Organização Mundial da Saúde, 2004. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42907/9241562668_por_B.pdf. Acesso em: 12 ago. 2021.

DIU OPTIMA TCU 380 A. MultiCirúrgica. **DIU OPTIMA TCu 380 A**. Disponível em: <https://telediu.com.br/produto/28/diu-optima-tcu-380-a>. Acesso em: 07 ago. 2021.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). **Manual de Anticoncepção**. Série de Orientações e recomendações FEBRASGO- São Paulo, 2015. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/494569/>. Acesso em: 22 ago. 2021.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). **Contracepção reversível de longa ação**. Série de Orientações e recomendações FEBRASGO, nº1 v. 3 - São Paulo, 2016. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/03-CONTRACEPCAO_REVERSIVEL_DE_LONGA_ACAO.pdf. Acesso em: 26 de mar. 2021.

FERREIRA, Laura Fernandes; *et al.* O uso da pílula anticoncepcional e as alterações das principais vias metabólicas. **Revista FEMINA** v. 47 n.7: p. 426-32, 2019 Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1046533/femina-2019-477-426-432.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2021.

GONZAGA, Vanderléa Aparecida Silva. **Barreiras organizacionais para disponibilização do dispositivo intrauterino nos serviços de atenção básica à saúde (macrorregião Sul de Minas Gerais)**. Dissertação (mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2016. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7144/tde-19052017-103148/publico/DISERTACAO_MPAPS_pdf_Vanderlea.pdf. Acesso: 23 ago. 2021.

GONZAGA, Vanderléa Aparecida Silva; BORGES, Ana Luiza Vilela; SANTOS Osmara Alves do; SANTA ROSA, Patrícia Lima Ferreira; GONÇALVES, Renata Ferreira Sena. Barreiras organizacionais para disponibilização e inserção do dispositivo intrauterino nos serviços de

atenção básica à saúde. **Rev Esc Enferm USP**. 2017. Disponível em: <https://scielo.br/pdf/reeusp/v51/0080-6234-reeusp-S1980-220X2016046803270.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2021.

HEILBORN, Maria Luiza et al. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 25, supl. 2, p. s269-s278, 2009. Disponível em: <https://scielo.br/j/csp/a/DscckxQCyjbSbkd9nfYVd6Q/?lang=pt>. Acesso em: 05 abr. 2021.

MELLI, Tamires Lima. **Atenção em contracepção no puerpério: o DIU está sendo ofertado às mulheres usuárias de unidades básicas de saúde?**. Dissertação (mestrado profissional) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2019. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7144/tde-17122019-121642/publico/Melli_TL.pdf. Acesso em: 19 ago. 2021.

OLSEN, Julia Maria et al. Práticas contraceptivas de mulheres jovens: inquérito domiciliar no Município de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, vol. 34, n. 2, 2017. Disponível em: <https://scielo.br/j/csp/a/Xwfk8VDJJcTryPkxNcbpvrn/?lang=pt>. Acesso em: 15 ago. 2021.

PIERRE, Luzia Aparecida dos Santos; CLAPIS, Maria José. Planejamento familiar em Unidade de Saúde da Família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, 2010. Disponível em: <https://scielo.br/j/rlae/a/yPy8RpvPbTHgGS GFDtNyj9F/?lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2021.

PRADO, Leandro Aparecido do. **O “Estado da Arte” em ciência, tecnologia e sociedade: um estudo em teses e dissertações de 2014 a 2017**. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação e Novas Tecnologias). Centro Universitário Internacional Uninter. Curitiba, 2018. Disponível em: <https://repositorio.uninter.com/bitstream/handle/1/118/LEANDRO%20APARECIDO%20DO%20PRADO.pdf>. Acesso em: 01 ago.2021.

ROMANOWSKI, Joana Paulin; ENS, Romilda Teodora. As pesquisas denominadas do tipo “estado da arte” em educação. **Revista Diálogo Educacional**, v. 6, n. 19, p 37 – 50, 2006. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/dialogoeducacional/article/view/24176/22872>. Acesso em: 03 ago. 2021.

RAMOS, Larissa de Andrade Silva et al. Uso de métodos anticoncepcionais por mulheres adolescentes de escola pública Universidade Federal do Paraná. **Cogitare Enfermagem**, vol. 23, núm. 3, e55230, 2018. Disponível em: <https://redalyc.org/journal/4836/483660055008/html/>. Acesso em: 22 ago. 2021.

SANT ANA, Anderson Luís. **As consequências da revolução sexual: uma reflexão sobre as transformações da vida íntima em tempos de modernidade líquida**. Juiz de Fora, Universidade Estadual de Juiz de Fora,

2016. Disponível em: <https://ufff.br/bach/files/2016/10/ANDERSON-LU%c3%8dS-DE-SANT%c2%b4ANA-sda.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2021.

SANTOS, Analuce Mussel Dunley. **Planejamento reprodutivo: políticas públicas e a acessibilidade ao Dispositivo Intrauterino**. – Rio de Janeiro, 2019. Dissertação (mestrado) – Universidade Estácio de Sá, 2019. Disponível em: <https://portal.estacio.br/media/4681811/dissertac-a-o-analuce-versa-o-final.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2021.

SILVA, Antônio João Hocayen da Silva. **Metodologia de pesquisa: conceitos gerais**. Universidade Estadual do Centro Oeste - Unicentro. Paraná, 2014. Disponível em: <http://repositorio.unicentro.br:8080/jspui/bitstream/123456789/841/1/Metodologia-da-pesquisa-cient%C3%ADfica-conceitos-gerais.pdf>. Acesso em: 18 set. 2021.

TRINDADE, Raquel Elias da, *et al.* Uso de contracepção e desigualdades do planejamento reprodutivo das mulheres Brasileiras. **Ciência & saúde coletiva** 26, suplemento 2, 2019. Disponível em: <https://scielo.br/j/csc/a/wYMBdngQjR9dRs48jbwjCVL/?lang=pt>. Acesso em: 12 set. 2021.

ATÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS PREVENTIVAS AOS RISCOS OCUPACIONAIS CAUSADOS PELA PANDEMIA DE COVID-19 A PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Isadora Fernandes da Costa¹;

Bacharelanda em Enfermagem. Faculdade de Educação São Luís (FESL), Jaboticabal, São Paulo.

<https://orcid.org/0000-0002-6795-4074>

Rosirene Maria Fernandes da Costa²;

Bacharelanda em Enfermagem. Faculdade de Educação São Luís (FESL), Jaboticabal, São Paulo.

<https://orcid.org/0000-0002-7446-6079>

Isilda Soares³;

Bacharelanda em Enfermagem. Faculdade de Educação São Luís (FESL), Jaboticabal, São Paulo.

<https://orcid.org/0000-0002-6414-2871>

Marilurdes Silva Farias⁴;

Doutora em Ciências. Faculdade de Educação São Luís (FESL), Jaboticabal, São Paulo.

<http://lattes.cnpq.br/4403667873311780>

Maura Magda Cucolicchio Guedes Barreto⁵;

Especialista em Gestão de Serviços de Saúde. Faculdade de Educação São Luís (FESL), Jaboticabal, São Paulo.

<http://lattes.cnpq.br/4253556862346551>

Leandra Andréia de Sousa⁶;

Enfermeira. Doutora em Ciências. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos.

<http://lattes.cnpq.br/7156410096583566>

José Renato Gatto Júnior⁷.

Doutor em Ciências. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais. Orientador.

<http://lattes.cnpq.br/6781082065837104>

RESUMO: Os profissionais de Enfermagem estão em contato constante com o vírus que causa a COVID-19, sendo necessária a implementação de medidas para prevenir o risco ocupacional de sua contaminação e seu adoecimento. Essa pesquisa teve como objetivo integrar e sintetizar os conhecimentos produzidos a respeito das medidas não farmacológicas de prevenção às ameaças físicas causadas pela exposição ocupacional do profissional da equipe de enfermagem ao vírus Sars-CoV-2. O método utilizado foi uma revisão narrativa de literatura, com uma abordagem qualitativa e um caráter exploratório, utilizando as bases de dados BVS e SciELO, com artigos em português, inglês, espanhol e francês, publicados entre o período de janeiro de 2020 a agosto de 2021. Como resultado, a amostra final obtida foi de sessenta artigos, que originaram as seis seguintes categorias temáticas: protocolos/medidas de prevenção multifacetadas; monitoramento e substituição/redistribuição de profissionais da saúde; métodos alternativos para utilização de EPI; estratégias para reduzir o contato físico de forma a possibilitar a continuidade do cuidado; uso de recursos de comunicação clara e rápida para melhor a segurança ocupacional; e métodos de treinamento de pessoal. Desse modo, constatou-se que muitos artigos foram e continuam sendo produzidos na literatura científica com relação às ações preventivas não farmacológicas para mitigar o risco ocupacional físico que a pandemia de COVID-19 traz para os profissionais de enfermagem, sendo importantes para tornar o ambiente de trabalho do profissional de enfermagem mais seguro.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do Trabalhador. COVID-19. Profissionais de Enfermagem.

NON-PHARMACOLOGICAL ACTIONS TO PREVENT OCCUPATIONAL RISKS CAUSED BY THE COVID-19 PANDEMIC TO NURSING PROFESSIONALS

ABSTRACT: Nursing professionals are in constant contact with the virus that causes COVID-19, and it is necessary to implement measures to prevent the occupational risk of their contamination and illness. This research aimed to integrate and synthesize the knowledge produced regarding non-pharmacological measures to prevent physical threats caused by the occupational exposure of nurse practitioners to the Sars-CoV-2 virus. The method used was a narrative literature review, with a qualitative approach and an exploratory character, using the BVS and SciELO databases, with articles in Portuguese, English, Spanish and French, published between January 2020 and August 2021. As a result, the final sample obtained consisted of sixty articles, which created the following six thematic categories: multifaceted prevention protocols/measures; monitoring and replacement/redistribution of health professionals; alternative methods for using PPE; strategies to reduce physical contact in order to enable continuity of care; use of clear and fast communication resources to improve occupational safety; and personnel training methods. Therefore, it was found that many articles were and continue to be produced in the scientific literature regarding non-pharmacological preventive actions to mitigate the physical occupational risk that the

COVID-19 pandemic brings to nursing professionals, which is important to make the work environment safer for nursing professionals.

KEY-WORDS: Occupational Health. Nurse Practitioners. COVID-19.

INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019, os primeiros casos de pessoas vítimas de um novo vírus, que mais tarde seria denominado Sars-CoV-2, foram reportados na cidade de Wuhan, na China. A doença recebeu o nome de COVID-19, também chamada de novo coronavírus, uma vez que o vírus pertence à família *Coronaviridae*. Causa uma síndrome respiratória aguda grave com evoluções diferentes que variam de casos assintomáticos, sintomas leves, sintomas graves e até óbito. Nos meses seguintes, a doença se espalhou por países e as primeiras mortes foram anunciadas, chegando ao Brasil em fevereiro de 2020 (CRODA; GARCIA, 2020), e, em março, a Organização Mundial da Saúde decretou oficialmente a pandemia do Coronavírus, período em que o número de casos no mundo já era considerado alarmante (SOUTO, 2020).

Desde então, os profissionais de saúde se viram diante de um grande desafio: atender a essa nova demanda sem precedentes e, ao mesmo tempo, se proteger da doença. Nesse cenário, destaca-se a atuação da Enfermagem, que atua na linha de frente da pandemia, em constante contato com os pacientes e em diversas esferas dos serviços de saúde. Segundo o Cofen (2021), o número de profissionais de Enfermagem com inscrições ativas atualmente passa de 2,5 milhões no Brasil, incluindo técnicos, auxiliares, enfermeiros e obstetrias. Entretanto, esse grande número ainda não é suficiente para suprir a necessidade de atendimento no atual contexto de crise, o que prejudica o cuidado e põe em risco a saúde não apenas dos pacientes, como também dos profissionais.

[...] a literatura mostra que os profissionais de enfermagem que atuam na linha de frente para prestar cuidados aos pacientes infectados pelo novo coronavírus estão expostos a riscos ocupacionais e ficam constantemente sob pressão, devido à sobrecarga de trabalho, o alto poder de transmissão do vírus, o medo de adoecer, a ansiedade e a dificuldade na manipulação dos equipamentos de proteção individual (MESSIAS; SILVA; PRADO, 2020, p. 755).

Desse modo, a falta de recursos humanos não é o único fator que contribui para a deterioração da saúde ocupacional da equipe de Enfermagem. Também há excesso de trabalho, falta de EPI, ambiente de trabalho inadequado e sentimentos de medo e ansiedade relacionados ao processo de adoecimento e morte, que comprometem física e emocionalmente os profissionais de saúde. Além disso, apesar dos esforços das autoridades, ainda há muita dificuldade de controlar o número de casos de pessoas doentes com o novo coronavírus e, em março de 2021, o Brasil perdia um profissional de saúde a cada 19 horas para a Covid, chegando a 646 óbitos de enfermeiros, técnicos e auxiliares desde o início

da pandemia (Cofen, 2021).

A pandemia escancara as condições desiguais de acesso à saúde universal e a precarização dos serviços públicos. As populações mais vulneráveis estão sendo severamente afetadas. Por exemplo, as comunidades indígenas, na bacia amazônica, estão tendo cinco vezes mais casos do que a população em geral. Além disso, os trabalhadores da saúde do Brasil permanecem entre os mais acometidos pela doença e com maior número de mortes (FERNANDEZ; LOTTA; PASSOS; CAVALCANTE; CORRÊA, 2021).

O Estado brasileiro, durante o governo Bolsonaro, deixou de lado o boicote passivo do SUS, que já ocorria há muito tempo, por meio do subfinanciamento público crônico, e adotou um boicote ativo, prejudicando sua sustentabilidade financeira de forma a privilegiar o setor privado, além de assumir uma postura de desprezo à saúde pública e uma atitude negacionista em relação à ciência e à pandemia (MENDES; MELO; CARNUT, 2022).

Sem critérios nos gastos e sem gerenciamento no controle da pandemia, as respostas do Brasil à pandemia da Covid-19 são impactantes, não só pelo recorde em números de óbitos e adoecimentos, mas pela crise permanente articulada pelo Governo Federal e “aliados estaduais e municipais” de negar medidas que se comprovaram efetivas, para reduzir os efeitos nocivos e deletérios dessa doença, especialmente as medidas protetivas voltadas para a redução da circulação do vírus, como: higienização das mãos, uso de máscaras, testagem em massa da população, identificação e isolamentos dos casos e quarentena dos contatos (CASTRO JUNIOR; SILVA; DUARTE; SANTOS, 2021).

Como a doença se propaga por meio de gotículas e aerossóis do nariz e da boca da pessoa contaminada e superfícies contaminadas, desde o início a principal orientação foi manter o distanciamento social (SOUTO, 2020), o que é impossível para trabalhadores da saúde, que se encontram em contato constante com os pacientes. Daí a importância de se conhecer e destacar as ações de prevenção ao risco ocupacional de se trabalhar em meio à pandemia, para promover um ambiente de trabalho seguro na medida do possível. Essa investigação também é necessária no sentido de compilar e sintetizar as práticas mais utilizadas, uma vez que o conhecimento acerca do tema ainda está sendo produzido conforme mais informações sobre o vírus são descobertas.

De modo geral, a compreensão sobre os planos de ação para controlar e prevenir os riscos ocupacionais associados com o novo coronavírus, no ambiente de trabalho dos profissionais de Enfermagem, tem relevância para a comunidade científica e para os profissionais, não apenas porque o assunto está em evidência no contexto atual, mas também porque, no futuro, essas práticas poderão ser integradas definitivamente no cotidiano do trabalho nos estabelecimentos de saúde. Na eventual ocorrência futura de outra situação semelhante à pandemia da Covid-19, essa compreensão poderá facilitar o exercício seguro da Enfermagem e prevenir a morbidade e a mortalidade da classe de profissionais da saúde como um todo, assim como as experiências anteriores com outros surtos de Coronavírus, em 2003, com a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) e,

em 2012, com a Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS), contribuíram para a produção de conhecimento acerca da pandemia atual, por exemplo (YEN; SCHWARTZ; SHIH, 2021).

É necessário destacar que, apesar de a pandemia também impactar a saúde mental dos profissionais de saúde, trazendo sentimentos de angústia, raiva, medo e ansiedade, o que interfere intensamente na sua saúde ocupacional, o foco deste trabalho é investigar a prevenção ao risco ocupacional físico que o Coronavírus traz, logo, ações voltadas para o não adoecimento, deixando de lado as ações de prevenção ao risco de sofrimento psíquico, direcionadas à saúde mental dos profissionais. Além disso, a pesquisa também é direcionada a encontrar ações não farmacológicas de prevenção, excluindo conteúdos sobre vacinação e profilaxia pré-exposição medicamentosas.

Portanto, o objetivo desta pesquisa é integrar e sintetizar os conhecimentos produzidos a respeito das medidas não farmacológicas de prevenção às ameaças físicas causadas pela exposição ocupacional do profissional da equipe de Enfermagem ao vírus Sars-CoV-2.

METODOLOGIA

O método utilizado para a realização deste estudo foi uma revisão narrativa de literatura, possui uma abordagem qualitativa e caráter exploratório, realizada por meio de uma pesquisa bibliográfica na base de dados da Scientific Electronic Library Online (SciELO) e da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que reúnem as publicações de vários recursos de pesquisa, incluindo a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), o Sistema Online de Busca e a Análise de Literatura Médica (MEDLINE) e a Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Por se tratar das circunstâncias envolvendo a pandemia do novo Coronavírus, as buscas se limitaram ao período de 1/1/2020 a 30/8/2021.

A questão de pesquisa que norteia esta revisão é a seguinte: O que tem sido produzido na literatura científica sobre as ações não farmacológicas de prevenção ao risco ocupacional físico que a pandemia de COVID-19 traz para os profissionais de Enfermagem?

O processo de elaboração se deu por meio das seguintes etapas esquematizadas por Brum *et al* (2016): delimitação do tema, escolha da pergunta de pesquisa e dos descritores/palavras-chave, elaboração da justificativa e do objetivo da pesquisa, definição dos critérios de inclusão e exclusão das publicações, análise das publicações, exposição dos resultados, discussão dos achados e desenvolvimento das conclusões.

Para a seleção das publicações, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: o texto estar disponível nos idiomas português, inglês, espanhol e francês, limitar-se ao cenário da pandemia de COVID-19 e se tratar do contexto dos profissionais de Enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem). Os descritores foram selecionados a partir do DeCS e foram combinados para a realização das buscas:

Riscos Ocupacionais, Saúde do Trabalhador, Infecções por Coronavírus, Profissionais de Enfermagem e Enfermagem. Utilizaram-se as seguintes palavras-chave para complementação das buscas: Covid-19, coronavírus, prevenção, enfermagem, pandemia.

Os caminhos de busca utilizados na seleção inicial de artigos estão descritos no quadro 1, disponível a seguir:

Quadro 1 - Caminho de busca e total de artigos.

Data da busca	Local de busca	Caminho da busca	Artigos encontrados
30-8-2021	Biblioteca Virtual em Saúde	(riscos ocupacionais) OR (saúde do trabalhador) AND (infecções por coronavírus) AND (profissionais de enfermagem) OR (enfermagem)	4.595
30-8-2021	SciELO	(Covid-19) OR (coronavírus) AND (Pandemia) AND (Enfermagem) AND (Prevenção)	18
	...	TOTAL	4.613

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

RESULTADOS

Inicialmente, havia um total de 4.613 resultados encontrados nas bases de dados BVS e SciELO. Posteriormente, houve uma seleção de acordo com o título das publicações, originando 420 resultados. Destes, 79 resultados foram selecionados, após leitura a do resumo. Em seguida, 63 resultados foram selecionados com base na leitura de seu conteúdo integral. Por fim, após a exclusão de artigos duplicados, a amostra final foi um total de 60 artigos.

Os motivos que resultaram na exclusão de publicações incluem: estar em idiomas que não os descritos na metodologia; não se tratar do contexto da pandemia de Covid-19 e/ou dos profissionais de Enfermagem; referir-se a medidas farmacológicas de prevenção; abordar exclusivamente ações de prevenção aos impactos mentais que a pandemia traz; ser relativo a medidas de profilaxia pós-infecção; focalizar apenas os impactos da pandemia ou os conhecimentos, as atitudes e práticas dos profissionais de saúde; concernir apenas questionamentos éticos; tratar-se de qualquer outro tipo de publicação que não seja um artigo científico; e não estar disponível gratuitamente em plataformas de acesso aberto.

No quadro a seguir, está detalhado como a quantidade de resultados finais foi alcançada:

Quadro 2 - Seleção da amostra final de artigos a serem lidos para esta revisão narrativa.

Local de busca	Total de resultados encontrados por local de busca	Total de resultados selecionados pelo título	Total de resultados selecionados pela leitura dos resumos	Total de resultados selecionados para leitura na íntegra	Após exclusão de duplicatas (amostra final)
Biblioteca Virtual em Saúde	4.595	413	76	60	58
SciELO	18	7	3	3	2
TOTAL	4.613	420	79	63	60

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

No quadro a seguir, estão detalhados os artigos selecionados na amostra final, seus métodos, seus objetivos e os principais resultados:

Quadro 3 - Distribuição dos estudos selecionados por título, métodos, objetivos e principais resultados.

Título	Métodos	Objetivos	Principais resultados para esta revisão
Gestão do cuidado no enfrentamento da COVID-19 em hospital de ensino (BERNARDINO <i>et al</i> , 2021)	Relato de experiência.	Relatar a experiência de implementação de estratégias de gestão do cuidado no enfrentamento à pandemia de COVID-19 em hospital de ensino.	As estratégias de gestão do cuidado foram estruturadas a partir da dinâmica de atendimento, estrutura física, recursos humanos, segurança do profissional e do usuário.
Covid-19: cuidados de enfermagem para segurança no atendimento de serviço pré-hospitalar móvel (MARQUES <i>et al</i> , 2020)	Estudo descritivo-reflexivo.	Descrever as ações realizadas por enfermeiros do serviço pré-hospitalar móvel antes, durante e após atendimentos e transferências de pacientes suspeitos e/ou confirmados para Covid-19 e as limitações encontradas por esses profissionais para diminuir a exposição à doença.	O estudo permitiu refletir sobre a multidimensionalidade de ações necessárias para prevenção e controle da pandemia. Foram identificadas condutas para garantir a segurança instrumental nas unidades móveis, a segurança profissional e a segurança do paciente em atendimento pré-hospitalar móvel.

<p>Adaptive staffing can mitigate essential worker disease and absenteeism in an emerging epidemic (AGUILAR <i>et al</i>, 2021)</p>	<p>Brief report.</p>	<p>Here we develop a susceptible-infected-quarantined-recovered adaptive network model using pair approximations to gauge the effects of worker replacement versus redistribution of work among remaining healthy workers in the early epidemic phase.</p>	<p>Parameterized with hospital data, the model exhibits a time-varying trade-off: Worker replacement minimizes peak prevalence in the early phase, while redistribution minimizes final outbreak size. Any “ideal” strategy requires balancing the need to maintain a baseline number of workers against the desire to decrease total number infected.</p>
<p>Study of the use of a personalized peripheral sealing device on surgical face masks in high-risk situations against COVID-19 (RIUTORD-SBERT <i>et al</i>, 2021)</p>	<p>R e s e a r c h article.</p>	<p>To investigate whether the use of a personal peripheral sealing device (PSD) on surgical face masks (SM) allows them to achieve double mask properties, by providing two-way protection to professionals or users. The proposed device is a thermoplastic resin ring composed of a reusable and biodegradable polylactic acid (PLA) designed to be used in a healthcare setting.</p>	<p>The use of a personalized PLA thermoplastic PSD, together with an inexpensive and widely available SM, could have a significant impact in terms of preventive safety by providing bi-directional protection to its user.</p>
<p>Empty waiting rooms: the New Zealand general practice experience with telehealth during the COVID-19 pandemic (WILSON <i>et al</i>, 2021)</p>	<p>Qualitative analysis study.</p>	<p>This study explores the experiences of New Zealand general practice teams in their use of telehealth during the early stages of the COVID-19 pandemic in New Zealand.</p>	<p>Benefits included rapid triage, convenience and efficiency, and limitations included financial and technical barriers for practices and patients and concerns about clinical risk. Respondents rapidly returned to in-person consultations and wanted clarification of conditions suited to telehealth, better infrastructure and funding.</p>

<p>Is It Possible to Prevent Sars-Cov-2 Infection in a Non-Infectious Diseases Ward during the Pandemic on the Example of a Diabetes Clinic Institute of Rural Health, Lublin, Poland? (DZIEMIDOK; GORCZYCA-SIUDAK; DANIELAK, 2021)</p>	<p>Case study.</p>	<p>Considering the global importance of diabetes and its prevalence worldwide, it seemed important to investigate how the Diabetes Clinic passed through the individual phases of the pandemic, and the possibility of protecting hospitalized patients against future pandemic infection.</p>	<p>The avoidance of COVID-19 infections in our Diabetology Clinic during 3 out of 4 stages of the epidemic was rather connected to flexible decision making and consequence in executing actual recommendations.</p>
<p>UV decontamination of protective equipment with idle laboratory biosafety cabinets during the COVID-19 pandemic (WEAVER <i>et al</i>, 2021)</p>	<p>Research article.</p>	<p>In this study, we outline a procedure by which PPE may be decontaminated using ultraviolet (UV) radiation in biosafety cabinets (BSCs), a common element of many academic, public health, and hospital laboratories.</p>	<p>According to the literature, effective decontamination of N95 respirator masks or surgical masks requires UV-C doses of greater than 1 Jcm⁻², which was achieved after 4.3 hours per side when placing the N95 at the bottom of the BSCs tested in this study. We then demonstrated complete inactivation of the human coronavirus NL63 on N95 mask material after 15 minutes of UV-C exposure at 61 cm (232 μWcm⁻²).</p>
<p>Safer primary healthcare facilities are needed to protect healthcare workers and maintain essential services: lessons learned from a multicountry COVID-19 emergency response initiative (PATEL <i>et al</i>, 2021)</p>	<p>Case study.</p>	<p>In response to COVID-19, we designed an emergency intervention to address these constraints in 22 African countries by supporting rapid in-service training, systematic data collection and stopgap provision of PPE and other supplies.</p>	<p>Our response efforts, including training, monitoring and provision of resources, likely contributed to short-term improvements in IPC capacity and HCW behaviours. However, efforts to improve IPC programmes need to continue beyond acute response efforts.</p>

<p>Exploring the use and challenges of implementing virtual visits during COVID-19 in primary care and lessons for sustained use (MOHAMMED <i>et al</i>, 2021)</p>	<p>Descriptive cross-sectional study.</p>	<p>This descriptive cross-sectional study explored the current use of virtual visits in providing care among primary care providers in southwestern Ontario during the first wave of the COVID-19 pandemic and the anticipated level of utilization post-pandemic. It also explored clinicians' perceptions of the available support tools and resources and challenges to incorporating virtual visits within primary care practices.</p>	<p>Our study shows that the adoption of virtual visits has exponentially increased during the pandemic, with a significant interest in continuing to use virtual care options in the delivery of primary care post-pandemic.</p>
<p>What are the measures taken to prevent COVID-19 infection among healthcare workers? A retrospective study in a cluster of primary care clinics in Singapore (MOEY <i>et al</i>, 2021)</p>	<p>Retrospective study.</p>	<p>To examine factors contributing to the low COVID-19 infectivity rate among healthcare workers in SingHealth Polyclinics (SHP), Singapore, from February to July 2020.</p>	<p>Provision of adequate personal protection equipment, zonal segregation of high-risk patients, reduction in physical patient visits, effective staff communication, implementation of self-declared temperature monitoring and the maintenance of sustainable workload and work hours of HCWs contributed to the mitigation of COVID-19 infection risk among our staff.</p>
<p>The COVID-19 pandemic and N95 masks: reusability and decontamination methods (PETERS <i>et al</i>, 2021)</p>	<p>Systematic literature review.</p>	<p>The overall aim of this article is to provide the reader with a quick overview of the various methods for decontamination and the potential issues to be taken into account when deciding to reuse masks. Ultraviolet germicidal irradiation (UVGI), hydrogen peroxide, steam, ozone, ethylene oxide, dry heat and moist heat have all been methods studied in the context of the pandemic.</p>	<p>This paper analyzes the acceptable methods for respirator decontamination and reuse, and scores them according to a number of variables that we have defined as being crucial (including cost, risk, complexity, time, etc.) to help healthcare facilities decide which method of decontamination is right for them.</p>

<p>Gestão do enfrentamento dos riscos da COVID-19 em uma rede ambulatorial onco-hematológica: relato de experiência (MONTEIRO <i>et al</i>, 2021)</p>	<p>Relato de experiência.</p>	<p>Descrever a experiência de uma rede ambulatorial privada de tratamento onco-hematológico na adoção de ferramentas de gestão para o enfrentamento do risco de contaminação por SARS-CoV-2.</p>	<p>Foi reduzido o quantitativo de atendimentos presenciais e de pessoas circulantes nas unidades, medidas protetivas de distanciamento e novas barreiras de proteção foram fundamentais ao controle dos riscos de disseminação da COVID-19 em pacientes e colaboradores.</p>
<p>Improving knowledge, attitudes and practice to prevent COVID-19 transmission in healthcare workers and the public in Thailand (MAUDE <i>et al</i>, 2021)</p>	<p>Research article.</p>	<p>In order to maximise the impact of infection prevention and control measures on COVID-19 spread, we undertook a study to assess and improve knowledge, attitudes and practice among 119 healthcare workers and 100 general public in Thailand.</p>	<p>Detailed information on gaps in knowledge, attitudes and practice among the general public and healthcare workers regarding COVID-19 transmission and its prevention were obtained from a combination of questionnaires and observations. This was used to produce targeted educational videos which addressed these gaps with subsequent improvements on retesting.</p>
<p>Management and infection control practices in a Taiwanese radiology department during the COVID-19 outbreak (CHAN <i>et al</i>, 2021)</p>	<p>Case study.</p>	<p>To share the COVID-19 management and infection control practices utilized by our radiology department, emphasizing the 'double zero' infection control goal and step-by-step practices to achieve it.</p>	<p>The establishment of management and infection control practices in a radiology department is only the first step. Continuous on-the-job education and training, supervision and audit mechanisms, and increasing awareness are key factors to ensure achievement of the 'double zero' goal.</p>
<p>Contribution of Occupational Health to multidisciplinary team work for COVID-19 prevention and management (GROSS <i>et al</i>, 2021)</p>	<p>Perspective article.</p>	<p>We present a structured approach (the Cycle of prevention) which involves different stakeholders and perspectives to develop, and monitor, prevention strategies in transparent and effective ways.</p>	<p>Considering different stakeholders' expertise can be of high importance to reduce the risk of missing relevant information. The Cycle of Prevention could help to create and monitor sound prevention strategies that are transparently based on different perspectives and empirical insights through team-work.</p>

<p>Low Incidence and Mortality by SARS-CoV-2 Infection Among Healthcare Workers in a Health National Center in Mexico: Successful Establishment of an Occupational Medicine Program (SALAZAR <i>et al</i>, 2021)</p>	<p>R e s e a r c h article.</p>	<p>To evaluate the efficiency of the INER-POL-TRAB-COVID19 program to mitigate the SARS-CoV-2 infection risk among the INER-healthcare workers (INER-HCW).</p>	<p>The implementation of the INER-POL-TRAB-COVID19 program is efficient to decrease the risk of infection among the HCWs. Our findings suggest that the implementation of a similar program at a national level can be helpful to provide a safe environment to HCWs and to prevent the collapse of health institutions.</p>
<p>The experience of executing preventive measures to protect a nursing home in Taiwan from a COVID-19 outbreak (HUANG <i>et al</i>, 2021)</p>	<p>Multivariate analyses.</p>	<p>We share our strategies for preventing the COVID-19 outbreak in a nursing home in Taiwan.</p>	<p>The association between our preventive measures and decreasing the risk of respiratory tract infection in nursing home residents and staff could be found. Sharing these experiences is valuable, as they provide important insights related to clinical practice during the COVID-19 pandemic.</p>
<p>Containment of COVID-19 and reduction in healthcare-associated respiratory viral infections through a multi-tiered infection control strategy (WEE <i>et al</i>, 2021)</p>	<p>R e s e a r c h article.</p>	<p>To reduce the impact of SARS-CoV-2 and other respiratory viruses on patients and healthcare workers (HCWs) we devised and evaluated a multi-tiered infection control strategy with the goal of preventing nosocomial transmission of SARS-CoV2 and other respiratory viral infections across a large healthcare campus.</p>	<p>This strategy included improved patient segregation and distancing, and heightened infection prevention and control (IPC) measures including universal masking. This multi-tiered infection control strategies can be implemented at-scale to successfully mitigate healthcare-associated transmission of respiratory viral pathogens.</p>
<p>Nosocomial transmission and outbreaks of coronavirus disease 2019: the need to protect both patients and healthcare workers (ABBAS <i>et al</i>, 2021)</p>	<p>N a r r a t i v e literature review.</p>	<p>To compile current published reports on nosocomial outbreaks of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2), evaluate the role of healthcare workers (HCWs) in transmission, and evaluate outbreak management practices.</p>	<p>There has been a paradigm shift in management practices of viral respiratory outbreaks, that includes widespread testing of patients (or residents) and HCWs, including asymptomatic individuals. These expanded testing criteria appear to be crucial in identifying and controlling outbreaks.</p>

<p>Telehealth in the COVID-19 Era: A Balancing Act to Avoid Harm (REEVES; AYERS; LONGHURST, 2021)</p>	<p>Perspective article.</p>	<p>As outcomes are studied and federal regulations reconsidered, it is important to be precise in the virtual patient encounter approach.</p>	<p>We offer some simple guidelines that could assist health care providers and clinic schedulers in determining the appropriateness of a telehealth visit by considering visit types, patient characteristics, and chief complaint or disease states.</p>
<p>The use of personal protective equipment during the COVID-19 pandemic in a tertiary pediatric hospital (DIBBS <i>et al</i>, 2021)</p>	<p>Case study.</p>	<p>In this report we will discuss the evolution of our surgical PPE protocols, describe their distribution within our institution, and delineate the major lessons learned from this experience.</p>	<p>While these perioperative PPE protocols were less stringent compared to the original guidelines, we were able to create a safe surgical environment without further exposing patients and health care providers to SARS-CoV-2.</p>
<p>Personal protective equipment for reducing the risk of COVID-19 infection among health care workers involved in emergency trauma surgery during the pandemic: An umbrella review (GRISWOLD <i>et al</i>, 2021)</p>	<p>Umbrella review.</p>	<p>To inform future recommendations, we set to summarize the effects of different personal protective equipment (PPE) on the risk of COVID-19 infection in health personnel caring for trauma surgery patients.</p>	<p>There is high certainty that the use of N95 respirators and surgical masks is associated with a reduced risk of COVID-19 when compared with no mask use. In moderate- to high-risk environments, N95 respirators are associated with a further reduction in risk of COVID-19 infection compared with surgical masks. Eye protection also reduces the risk of contagion in this setting. Decontamination of masks and respirators with ultraviolet germicidal irradiation, vaporous hydrogen peroxide, or dry heat is effective and does not affect PPE performance or fit.</p>
<p>Evaluation of a personal protective equipment support programme for staff during the COVID-19 pandemic in London (CASTRO-SÁNCHEZ <i>et al</i>, 2021)</p>	<p>Research article.</p>	<p>Evaluation of the PPE Helper Programme.</p>	<p>The 'PPE Helper Programme' was developed at a large London hospital group to counteract suboptimal PPE practice. Based on a behaviour change model of capability, opportunity and motivation (COM-B), the programme provided PPE support, advice and education to ward staff. The PPE Helper Programme is a feasible and beneficial intervention for providing support, advice and education to ward staff during infectious disease outbreaks.</p>

<p>Patient care protocols and personal safety measures for health care professionals in cardiac catheterization rooms during the COVID-19 outbreak in the National Institute of Cardiology (EID-LIDT; PASOS, 2020)</p>	<p>Multicenter study.</p>	<p>The objective of this document is to inform and to train health care professionals that works in cardiac catheterization rooms on the risks as well on the plan for containment, mitigation, and response to the global situation of COVID-19 infection in order to apply this in their own local work environments.</p>	<p>Hereby, we present a summary of the most recent treatment algorithms in the most important cardiovascular interventions (acute coronary syndromes, structural and congenital heart diseases) as well as specific safety measures with a step-by-step preparedness before and after any interventional procedure during COVID-19 outbreak.</p>
<p>3 D - p r i n t e d protected face shields for health care workers in Covid-19 pandemic (LEMARTELEUR <i>et al</i>, 2021)</p>	<p>Brief report.</p>	<p>The coronavirus pandemic resulted in a shortage of protective equipment. To meet the request of eye-protecting devices, an interdisciplinary consortium involving practitioners, researchers, engineers and technicians developed and manufactured thousands of inexpensive 3D-printed face shields, inside hospital setting.</p>	<p>The fast provisioning of 3D-printed face shields during Covid-19 pandemic highlights the interest of using 3D-printing inside hospital setting, supported by an interdisciplinary consortium, to rapidly manufacture alternative resources at a large scale. Many other devices can also be developed such as 3D-printed masks, connections for respirators, adaptation valves.</p>
<p>Developing and implementing an infection prevention and control program for a COVID-19 alternative care site in Philadelphia, PA (TADAVARTHY <i>et al</i>, 2021)</p>	<p>Case study.</p>	<p>The aim of this paper is to describe the development and implementation of the novel CSF-L (COVID-19 Surge Facility-Liacouras) infection prevention and control program.</p>	<p>Use of existing guidance and comprehensive facility and patient management assessments guided the development of the IPC program. Program priorities were to keep staff and patients safe and implement procedures to judiciously use limited resources that affect infection transmission.</p>
<p>Manejo seguro de la ropa e higiene de la piel en pacientes y profesionales sanitarios frente a la COVID-19: scoping review (MARTÍN-V A Q U E R O ; GONZÁLES-SANZ; MUÑOZ-MARTÍN, 2021)</p>	<p>S c o p i n g review/revisión panorâmica.</p>	<p>El objetivo es identificar las intervenciones a realizar durante la hospitalización para un manejo correcto y seguro de la ropa e higiene de los pacientes y profesionales sanitarios.</p>	<p>Se han seleccionado 14 documentos, principalmente de entidades gubernamentales. Las recomendaciones se estructuran en 5 epígrafes sobre manejo de ropa e higiene de la piel de pacientes infectados y profesionales sanitarios, en el ámbito hospitalario.</p>

<p>Containing SARS-CoV-2 in hospitals facing finite PPE, limited testing, and physical space variability: Navigating resource constrained enhanced traffic control bundling (DE GEORGE, 2021)</p>	<p>R e s e a r c h article.</p>	<p>The primary purpose of this paper is to elaborate on steps taken to customize and deploy the eTCB (enhanced Traffic Control Bundling) framework. Another purpose of this paper is to contribute to emerging discussions in the literature regarding eTCB deployment from a variety of contexts, settings, and situations.</p>	<p>While eTCB has come to be viewed as a standard of practice, COVID-19 related resource constraints often require hospital implementation teams to customize eTCB solutions. By effectively facilitating eTCB deployment, hospital leaders and practitioners can establish clearer 'zones of risk' and related protective practices that prevent transmission to HCWs and patients.</p>
<p>Chinese Expert Consensus on Protection for Ultrasound Healthcare Workers against COVID-19 (LUO <i>et al</i>, 2021)</p>	<p>Scoping review.</p>	<p>Because healthcare workers in ultrasound departments are in close contact with patients who might be infected or virus carriers, it is extremely important that they be provided sufficient protection. Extremely aggressive protection should be avoided because it might lead to a lack of protection equipment for the hospital. Guidance on proper protection management should be provided in detail, for example, how to choose personal protective equipment, how to disinfect the environment. The authors have summarized the recommendations for effective protection according to existing hygienic standards, their experience and available literature.</p>	<p>The aforementioned suggestions are the expert consensus based on existing hygienic standards, our experience and available literature, and were strictly followed during the past few months. Among all of these suggestions, the most important is to keep a clear idea about what is contaminated and what is not, to minimize unnecessary exposure and to prevent further spread of the disease.</p>

<p>Protection Level and Reusability of a Modified Full-Face Snorkel Mask as Alternative Personal Protective Equipment for Healthcare Workers during the COVID-19 P a n d e m i c (SCHMITT <i>et al</i>, 2021)</p>	<p>R e s e a r c h article.</p>	<p>In this work, an alternative full-face mask is adapted from a modified snorkel mask to be used as PPE with two medical-grade filters and a 3D-printed adapter. The aim of the present work is to provide new data on modified snorkel masks, similar to those previously described, with a novel adapter designed to hold two medical filters.</p>	<p>The device shows a good resistance to several cycles of decontamination (autoclaving and ethanol immersion), is easy to be produced locally at low cost, and helps to address the shortage in FFP2 masks and face shields by providing adequate protection to healthcare workers against particles <500 nm in size.</p>
<p>A COVID-19 call center for healthcare providers: dealing with rapidly evolving health policy guidelines (G L A T M A N - FREEDMAN <i>et al</i>, 2020)</p>	<p>O r i g i n a l research article.</p>	<p>In this work we describe and analyze the operation of the call center established by the ICDC (which belongs to the Israel MOH) in order to facilitate effective communication with health care providers during the early stages of the COVID-19 public health emergency.</p>	<p>Our work indicates that a central call center for healthcare providers can facilitate the development, implementation and amendment of guidelines and should be an integral element of the early response to public health emergencies.</p>
<p>P r e v e n ç ã o relacionada à exposição ocupacional do profissional de saúde no cenário de COVID-19 (GALLASCH, 2020)</p>	<p>Revisão da literatura.</p>	<p>Descrever as principais recomendações sobre ações de prevenção de contágio relacionadas à exposição ocupacional dos profissionais de saúde atuantes frente à COVID-19, disponíveis até março de 2020.</p>	<p>Práticas organizacionais de prevenção devem ser previstas antes da chegada do paciente ao serviço de saúde, reduzindo o fluxo de atendimento, no primeiro atendimento e durante as ações assistenciais, para minimizar a exposição ocupacional ao agente biológico. Profissionais de saúde classificados como grupo de risco devem ser afastados de atividades de risco de contaminação. Aqueles contaminados ou adoecidos devem permanecer em quarentena para minimizar a propagação da COVID-19.</p>

<p>Protecting Healthcare Workers Amid the COVID-19 Crisis: A Safety Protocol in Wuhan (LIU <i>et al</i>, 2020)</p>	<p>Police brief article.</p>	<p>In this article, we share our successful protocol for protecting the safety of HCWs in the course of their daily work in an orthopedics department with the aim of eventually reducing the risk of nosocomial infection</p>	<p>This protocol covered five aspects: (1) safety protection classification, (2) reasonable working hours, (3) ward protection, (4) operating room protection, and (5) rest area protection. None of our HCWs or their families contracted the infection during the COVID-19 pandemic.</p>
<p>Construção e validação do checklist para paramentação e desparamentação dos equipamentos de proteção individual (BRAGA <i>et al</i>, 2020)</p>	<p>Pesquisa metodológica.</p>	<p>Descrever a construção e validação de um checklist, para paramentação e desparamentação dos equipamentos de proteção individual (EPI), pelos profissionais de saúde para a prevenção da autocontaminação por agentes infectocontagiosos como o SARS-CoV-2.</p>	<p>O checklist foi organizado, em três momentos antes da paramentação, durante a paramentação e durante a desparamentação. Contém itens sobre higienização das mãos, avaliação da integridade dos EPI, colocação e remoção dos EPI e descarte seguro dos mesmos.</p>
<p>Papel de la impresión 3D para la protección de los profesionales del área quirúrgica y críticos en la pandemia de COVID-19 (PEDRAJA <i>et al</i>, 2020)</p>	<p>Artículo original.</p>	<p>El objetivo es describir el papel de la impresión 3D en un servicio de salud durante la pandemia de COVID-19, con énfasis en proceso para desarrollar un producto final listo para ser implementado en el entorno clínico.</p>	<p>Se producen 1) dispositivos que ayudan a prevenir el contagio de los profesionales: pantallas de protección facial (2.400 unidades), accesorios personalizados para fotóforos (20 unidades) y horquillas salvaorejas para mascarillas (1.200 unidades); 2) productos relacionados con la ventilación de pacientes infectados: conectores de sistemas de ventilación no invasiva entre tubuladura y mascarilla; y 3) hisopos oro y nasofaríngeos (7.500 unidades) para la identificación de portadoras del coronavirus con el objetivo de diseñar protocolos de actuación en las área clínicas.</p>

<p>Affordable digital innovation to reduce SARS-CoV-2 transmission among healthcare workers (NTSHALINTSHALI; MNQWAZI, 2020)</p>	<p>Review article.</p>	<p>We discuss a digital option that has been partially used at Tygerberg Hospital (TBH), Cape Town, to avoid SARS-CoV-2 patient hard-copy record manipulation.</p>	<p>It includes assignment of a QR code to every patient admitted as a person under investigation or confirmed COVID-19 case. The QR code is synced to one of the many free online medical notes smartphone applications (apps), which are password-protected with patient information privacy regulations (Trello is used at TBH), for daily medical notes review and editing. Upon discharge, all notes made during the patient's hospital stay, together with the discharge summary, are printed to generate a hard copy of notes for filing to avoid violation of the current national and provincial patient records policy.</p>
<p>Recomendações para o enfrentamento da disseminação da COVID-19 em Instituições de Longa Permanência para Idosos (SANTANA <i>et al</i>, 2020)</p>	<p>Estudo de recomendações de especialistas.</p>	<p>Elaborar um protocolo de recomendações para o enfrentamento da disseminação da COVID-19 em Instituições de Longa Permanência para Idosos.</p>	<p>O protocolo foi estruturado em um núcleo de intervenções de enfermagem para o enfrentamento da disseminação da COVID-19 em ILPIs e consiste nas seguintes ações: Gerenciamento da assistência; Intervenções educacionais; Avaliação/monitoramento periódico de todos os residentes; Prevenção e controle para impedir a disseminação do vírus; Limpeza e desinfecção das superfícies, dos utensílios e produtos utilizados pelos residentes; Residentes com quadro suspeito ou com diagnóstico de COVID-19; Tratamento de resíduos; Saúde e segurança profissional; Comunicação com a família.</p>
<p>A web-based health education module and its impact on the preventive practices of health-care workers during the COVID-19 pandemic (ABBAS <i>et al</i>, 2020)</p>	<p>Comparative study.</p>	<p>The present study evaluated the efficacy of a brief web-based module on the practice of hand hygiene and respiratory etiquette among respective health-care workers.</p>	<p>In short, the study was able to demonstrate that a web-based health education module is an effective tool for the education and promotion of preventative measures in hospital setups, which may ultimately aid in halting the spread of COVID-19 among health-care workers.</p>

<p>Critical Care Guidance for Tracheostomy Care During the COVID-19 Pandemic: A Global, Multidisciplinary Approach (PANDIAN <i>et al</i>, 2020)</p>	<p>Invited review.</p>	<p>In this article, we summarize current evidence on caring for patients with a tracheostomy, outlining state-of-the-art consensus guidance while also acknowledging the challenges inherent in providing such care in low-resource health systems.</p>	<p>Standard personal protective equipment includes an N95/FFP3 mask with or without surgical masks, gloves, goggles, and gown when performing aerosol-generating procedures for patients with known or suspected COVID-19. Viral testing of bronchial aspirate via tracheostomy may inform care providers when determining the protective equipment required.</p>
<p>Personal protective equipment (PPE) in a pandemic: Approaches to PPE preservation for South African health care facilities (ROUX; DRAMOWSKI, 2020)</p>	<p>Review article.</p>	<p>This article discusses the available PPE preservation strategies and addresses the issue of decontamination and re-use of N95 respirators as a last-resort strategy for critical shortages during the pandemic.</p>	<p>Restricted use, extended use, procurement of re-usable PPE and development of alternative PPE items should remain the focus of local PPE preservation activities. However, decontamination to enable re-use of N95 respirators could be a last resort strategy for critical shortages during the pandemic.</p>
<p>Donning and doffing of personal protective equipment protocol and key points of nursing care for patients with COVID-19 in ICU (YUAN; CHEN; XU, 2020)</p>	<p>Literature review.</p>	<p>Based on the summarized experience of Chinese health workers, literature review and clinical practice, this article introduced donning and doffing of personal protective equipment (PPE) protocol and some keypoints of nursing critical care in patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19).</p>	<p>The article introduced a protocol of donning and doffing of personal protective equipment (PPE) that summarised from Chinese health workers⁵ and discussed six key points on nursing critical care: caring of patients with intubation and ventilation, preventing venous thromboembolism (VTE), monitoring patients with extracorporeal membrane oxygenation (ECMO), caring for patients on enteral nutrition, psychological support and nursing management of COVID-19 ICU.</p>
<p>Caring for the Workforce of a Health System During the COVID-19 Epidemic in Brazil: Strategies of Surveillance and Expansion of Access to Care (DUIM <i>et al</i>, 2020)</p>	<p>Experience report.</p>	<p>To describe the strategies to monitor and expand access to care for a health system workers in the first 2 months of the COVID-19 epidemic in Brazil.</p>	<p>During phase 1, the surveillance strategy focused on monitoring suspected cases among employees. In phase 2, surveillance was restricted to employees with confirmed COVID-19, aiming at monitoring of symptoms and following hospitalizations. Access to care was expanded. A total of 1089 employees were diagnosed with COVID-19, 89 required hospitalizations and none had died.</p>

<p>Improving staff safety with checklists during novel coronavirus disease (COVID-19) pandemic: A quasi-experiment study in vascular surgical department (HUANG <i>et al</i>, 2020)</p>	<p>Q u a s i - e x p e r i m e n t study.</p>	<p>In order to protect the safety of patients and staffs, and maintain the normal order of hospital, we provided a try for the design, context, and structure of checklists adapted for healthcare workers and vascular surgery department when operating prevention and control work.</p>	<p>Checklist summarized the actual clinical nursing work and management practices, hope to provide a reference for the order of surgery during the epidemic prevention and control, and standardize the clinical nursing work of surgery during pandemic.</p>
<p>An Integrated Strategy for the Prevention of SARS-CoV-2 Infection in Healthcare Workers: A Prospective Observational Study (CATTELAN <i>et al</i>, 2020)</p>	<p>P r o s p e c t i v e observational study.</p>	<p>The aim of this study was to investigate the occurrence of SARS-CoV-2 infection among HCWs involved in the first management of infected patients and to describe the measures adopted to prevent the transmission in the hospital.</p>	<p>An integrated hospital infection control strategy, consisting of dedicated areas for infected patients, strict measures for PPE use and mass surveillance, is successful to prevent infection among HCWs.</p>
<p>Chest Radiographs and CTs in the Era of COVID-19: Indications, Operational Safety Considerations and Alternative Imaging Practices (CHIA <i>et al</i>, 2020)</p>	<p>O r i g i n a l investigation.</p>	<p>In this article, we present the indications and operational considerations used by our institution to safely image patients with suspected or confirmed COVID-19. Alternative practices for imaging radiographs are also discussed.</p>	<p>Appropriate use of imaging, enhanced workflows with emphasis on infection control, as well as sustained efforts by all staff in complying with measures, are all critical to minimize infection transmission in the radiology department.</p>

<p>Protección de los profesionales sanitarios en nefrología ante la pandemia por COVID-19 (ARENAS <i>et al</i>, 2020)</p>	<p>Original article.</p>	<p>Presentamos un conjunto de estrategias diseñadas para prevenir el contagio entre profesionales sanitarios en un servicio de Nefrología a través de pacientes y los propios compañeros.</p>	<p>Acciones individuales en el marco hospitalario y asistencial; acciones colectivas en el marco hospitalario y asistencial; medidas y propuestas para el personal que trabaja en las áreas de diálisis (hemodiálisis y diálisis peritoneal); medidas y propuestas para el personal que trabaja en las áreas de hospitalización o en unidades de agudos de nefrología; medidas y propuestas para el personal de las consultas de nefrología y consultas de trasplante renal; medidas y propuestas dirigidas al personal que realiza procedimientos invasivos (biopsia renal, colocación de catéteres tenckoff para diálisis peritoneal o para hemodiálisis, etc.); y protección psicológica de los profesionales.</p>
<p>SIR HELMET (Safety In Radiology Healthcare Localised Metrological EnviromenT): a low-cost negative-pressure isolation barrier for shielding MRI frontline workers from COVID-19 exposure (ONG <i>et al</i>, 2020)</p>	<p>Original article.</p>	<p>A low-cost physical barrier was designed and developed for use within the MRI machine that could produce a localised negative-pressure containment area around the patient's head. The barrier has been named "SIR HELMET" from Safety In Radiology HEalthcare Localised Metrological EnviromenT. In addition to assessing its functionality, the present study also evaluates the impact of the shield on MRI image quality.</p>	<p>Hence, use of this helmet would effectively provide frontline healthcare staff and patients with an added layer of protection against airborne pathogens. This can also avoid the cost and time required in installing negative-pressure ventilation systems within an MRI room. The image quality of MRI examinations was not affected by scanning with the helmet on. The adoption of this or similar barriers would provide frontline healthcare staff and patients with an additional level of protection without prohibitive financial costs to the institution.</p>

<p>Measures for preventing nosocomial infection with SARS-CoV-2 in hematology departments (WANG <i>et al</i>, 2020)</p>	<p>Original article.</p>	<p>In the present study, we shared our experience from the past 2 months in the hematological department and suggest preventive actions for the future.</p>	<p>Considering all the measures described above, such as rational local organization, training courses and emergency drilling, standardized operation procedures or documents for medical activities, local disinfection and hygiene maintenance, and patient education brochures, the hematology department has maintained zero infection among the medical staff and no cross-infection among patients and their family members.</p>
<p>A Double Triage and Telemedicine Protocol to Optimize Infection Control in an Emergency Department in Taiwan During the COVID-19 Pandemic: Retrospective Feasibility Study (LIN <i>et al</i>, 2020)</p>	<p>Retrospective Feasibility Study.</p>	<p>The aim of this study was to evaluate the benefits and feasibility of a double triage and telemedicine protocol in improving infection control in the emergency department (ED).</p>	<p>This study shows that the double triage and telemedicine protocol in the ED could reduce physicians' time of exposure to patients who pose a risk of COVID-19 transmission without compromising patient satisfaction. The time of direct exposure to individual patients in the telemedicine group could be 39% to 64% of that in the conventional group. During the COVID-19 pandemic, our protocol could effectively protect our health care workers from contracting infections in the ED.</p>
<p>Modifying a Full-Face Snorkel Mask to Meet N95 Respirator Standards for Use With Coronavirus Disease 2019 Patients (KECHLI; LERMAN; ROSS, 2020)</p>	<p>Original article.</p>	<p>We evaluated a full-face snorkel mask with an airway circuit filter to protect health care providers against airborne pathogens.</p>	<p>The modified mask passed the United States Occupational Safety and Health Administration (OSHA) N95 respirator (N95) fit test requirements with a fit factor of 142. Neither hypercapnia nor hypoxemia occurred. This modified mask has the potential to protect providers who care for patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19).</p>

<p>Safety briefing and visual design key to protecting health care personnel during the COVID-19 pandemic (KUHN <i>et al</i>, 2020)</p>	<p>Commentary.</p>	<p>At our health service in Victoria, Australia, we have implemented a human factor-centric education model with the aim to maximize safety through key messages and clear communication.</p>	<p>Our education model is based on providing consistent and clear safety messages to all HCP, regardless of role and hospital site. It is modelled on the principles of pre-flight safety announcements used in the aviation industry; another high-stakes sector. Infographics, video summaries and pre-shift briefings are part of the education model. The use of easily identifiable infographics with simple and consistent shift briefings allows for the rapid communication of information to HCP across multiple hospitals, while maintaining message recognition.</p>
<p>Rhinologic Procedures in the Era of COVID-19: Health-care Provider Protection Protocol (TAHA <i>et al</i>, 2020)</p>	<p>Prospective cohort study.</p>	<p>The purpose of this study is to propose a protocol that may be used as a guide to reduce the incidence of COVID-19 infections among otolaryngology care teams.</p>	<p>Our protocol resulted in zero transmissions to our health-care providers during the duration of the initial study. We were involved in greater than 150 sinonasal, skull base, open airway, and endoscopy procedures during this study. At the conclusion of the initial 5 weeks, we had no health-care providers test positive for SARS-CoV-2.</p>
<p>Operative team checklist for aerosol generating procedures to minimise exposure of healthcare workers to SARS-CoV-2 (SOMA <i>et al</i>, 2020)</p>	<p>Original article.</p>	<p>The objective of this paper is to explore a structured way for the operative team to approach AGP to reduce aerosolisation of secretions, decrease open airway time and minimise staff exposure.</p>	<p>An 8 step operative team checklist is provided describing details for the immediate pre-operative, intra-operative and post-operative journey of the patient to encourage healthcare workers to reflect upon and modify usual practice during AGP to mitigate exposure to SARS-CoV-2.</p>
<p>Maximising application of the aerosol box in protecting healthcare workers during the COVID-19 pandemic (MALIK; JENNER; WARD, 2020)</p>	<p>Brief report.</p>	<p>We report the rapid evolution of the aerosol box, originally designed by Dr Hsien Yung Lai, Mennonite Christian Hospital, Taiwan.</p>	<p>The aerosol box was intended to protect healthcare workers performing aerosol generating procedures, specifically tracheal intubation, by providing a physical barrier to droplet and/or aerosol exposure. We have made significant modifications to the design in order to improve patient safety, maximise viral protection for staff, optimise operator ergonomics and increase its utility for different tasks and in different clinical settings.</p>

<p>Respiratory Protection Considerations for Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic (FRIESE <i>et al</i>, 2020)</p>	<p>Review article.</p>	<p>In the context of rapidly changing conditions and incomplete data, this article outlines 3 important strategies to improve healthcare workers' respiratory protection.</p>	<p>At a minimum, healthcare workers delivering care to patients with confirmed or suspected COVID-19 should wear N95 respirators and full-face shields. Several mechanisms exist to boost and protect the supply of N95 respirators, including rigorous decontamination protocols, invoking the Defense Production Act, expanded use of reusable elastomeric respirators, and repurposing industrial N95 respirators. Finally, homemade facial coverings do not protect healthcare workers and should be avoided.</p>
<p>Estratégias protetivas, administrativas e ambientais para a saúde dos trabalhadores durante a pandemia (GOMES <i>et al</i>, 2020)</p>	<p>Revisão integrativa de literatura.</p>	<p>Identificar publicações com indicativos de enfrentamento que enfatizem as estratégias protetivas, administrativas e ambientais descritas na literatura científica utilizadas para a prevenção e controle da infecção pelo novo coronavírus, em trabalhadores da saúde.</p>	<p>As estratégias individuais de proteção foram as mais frequentes e observadas até mesmo de maneira indireta através de ações administrativas, ambientais e de engenharia, com vistas ao uso racional dos EPIs. Não obstante a isso, observou-se a incorporação de estratégias inovadoras como a telemedicina/telessaúde e o “observador olhos de águia” que correspondem às mudanças no processo de trabalho, que poderiam ser incorporadas ao cotidiano laboral.</p>

<p>Protecting healthcare personnel from 2019-nCoV infection risks: lessons and suggestions (ZHANG <i>et al</i>, 2020)</p>	<p>Commentary.</p>	<p>Based on literature search and interviews with some HCP working at Wuhan, capital city of Hubei, we have summarized some of the effective measures taken to reduce infection among HCP, and also made suggestions for improving occupational safety during an infectious disease outbreak.</p>	<p>The ratio of confirmed HCP infection to patients is on the decrease, from 5.72% (January 11–20, 2020) to 2.68% (February 1–11, 2020), thanks to the increased supply of critical PPE, enhanced vigilance, and accumulated experienced among HCP. It is hard to predict when and where an epidemic, like the COVID-19, will occur in the world as disease knows no national boundaries. Therefore, the compelling lessons learned in the fight against coronavirus in China must be remembered so that better public health emergency response preparedness mechanisms can be established not only in China but all over the world.</p>
<p>Protecting Health Care Workers during the COVID-19 Coronavirus Outbreak –Lessons from Taiwan’s SARS response (SCHWARTZ; KING; YEN, 2020)</p>	<p>Brief report.</p>	<p>We draw primarily on Taiwan’s SARS experiences, but also on lessons learned from the current COVID-19 outbreak to offer recommendations specific to in-hospital preparedness and response with the goal of protecting the front-line HCWs striving to contain the outbreak.</p>	<p>To this end, we recommend implementing TCB—a tool that proved effective in dramatically reducing infection rates among HCWs in Taiwan during the SARS outbreak. We slightly modify the TCB model applied during SARS to address differences between SARS and COVID-19. Finally, we recommend routine daily environmental cleaning and disinfection in the clean and transition zones.</p>
<p>Segurança dos profissionais de saúde no enfrentamento do novo coronavírus no Brasil (SANTANA <i>et al</i>, 2020)</p>	<p>Estudo descritivo.</p>	<p>Apresentar o número de profissionais de saúde acometidos pela COVID-19 no Brasil, identificar algumas medidas de controle para redução da vulnerabilidade e as repercussões sobre a saúde desses profissionais no enfrentamento da pandemia COVID-19.</p>	<p>Algumas medidas recomendadas são: controle de engenharia, segurança, administrativas, práticas de segurança no trabalho e equipamentos de proteção individual. As repercussões envolvem saúde mental com implicações psíquicas, transtornos psicológicos e psiquiátricos.</p>

Ações da comissão de controle de infecção hospitalar frente ao novo coronavírus (OLIVEIRA <i>et al</i> , 2020)	Relato de experiência.	Relatar a experiência vivenciada por enfermeiros executores da comissão de controle de infecção hospitalar, em um hospital público, no combate ao novo coronavírus.	Evidenciam-se mudanças de práticas, normas e rotinas por toda a equipe de saúde que visam a qualidade e segurança da assistência à saúde ao paciente, bem como a proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde.
--	------------------------	---	--

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Após a análise dos resultados dos 60 artigos selecionados na amostra final, nós os aglutinamos de acordo com semelhanças de abordagem e, a partir disso, criamos temas para reunir os artigos semelhantes. No quadro a seguir, estão relacionados os seis temas e o título de seus artigos correspondentes.

Quadro 4 – Apresentação dos temas e dos respectivos títulos dos estudos correspondentes.

Protocolos/measures de prevenção multifacetadas	Gestão do cuidado no enfrentamento da COVID-19 em hospital de ensino (BERNARDINO et al, 2021)
	Covid-19: cuidados de enfermagem para segurança no atendimento de serviço pré-hospitalar móvel (MARQUES et al, 2020)
	Is It Possible to Prevent Sars-Cov-2 Infection in a Non-infectious Diseases Ward during the Pandemic on the Example of a Diabetes Clinic Institute of Rural Health, Lublin, Poland? (DZIEMIDOK, GORCZYCA-SIUDAK, DANIELAK, 2021)
	What are the measures taken to prevent COVID-19 infection among healthcare workers? A retrospective study in a cluster of primary care clinics in Singapore (MOEY et al, 2021)
	Gestão do enfrentamento dos casos da COVID-19 em uma rede ambulatória onco-hematológica: relato de experiência (MONTEIRO et al, 2021)
	Management and infection control practices in a Taiwanese radiology department during the COVID-19 outbreak (CHAN et al, 2021)
	Contribution of Occupational Health to multidisciplinary team work for COVID-19 prevention and management (GROSS et al, 2021)
	Low Incidence and Mortality by SARS-CoV-2 Infection Among Healthcare Workers in a Health National Center in Mexico: Successful Establishment of an Occupational Medicine Program (SALAZAR et al, 2021)
	The experience of executing preventive measures to protect a nursing home in Taiwan from a COVID-19 outbreak (HUANG et al, 2021)
	Containment of COVID-19 and reduction in healthcare-associated respiratory viral infections through a multi-tiered infection control strategy (NICE et al, 2021)
	Nosocomial transmission and outbreaks of coronavirus disease 2019: the need to protect both patients and healthcare workers (ABBAS et al, 2021)
	The use of personal protective equipment during the COVID-19 pandemic in a tertiary pediatric hospital (DIBBS et al, 2021)
	Personal protective equipment for reducing the risk of COVID-19 infection among health care workers involved in emergency trauma surgery during the pandemic: An umbrella review (GRISWOLD et al, 2021)
	Patient care protocols and personal safety measures for health care professionals in cardiac catheterization rooms during the COVID-19 outbreak in the National Institute of Cardiology (EIDLIT; PASOS, 2021)
	Developing and implementing an infection prevention and control program for a COVID-19 alternative care site in Philadelphia, PA (TADAVARTHY)et al, 2021)
Manejo seguro de la ropa e higiene de la piel en pacientes y profesionales sanitarios frente a la COVID-19: scoping review (MARTIN-YAGUERO; GONZALES-SANZ; MUÑOZ-MARTÍN, 2021)	
Containing SARS-CoV-2 in hospitals facing finite PPE, limited testing, and physical space variability: Navigating resource constrained enhanced traffic control bundling (GEORGIO, 2021)	

		<p>Efficacy of face masks in preventing nosocomial infection with <i>Staphylococcus aureus</i> in intensive care units during the COVID-19 pandemic (GALLASCH, 2020)</p> <p>Protecting Healthcare Workers Amid the COVID-19 Crisis: A Safety Protocol in Wuhan (LIU et al, 2020)</p> <p>Recomendações para o enfrentamento da disseminação da COVID-19 em instituições de Longa Permanência para Idosos (SANTANA et al, 2020)</p> <p>Critical Care Guidance for Tracheostomy Care During the COVID-19 Pandemic: A Global, Multidisciplinary Approach (PANDIAN et al, 2020)</p> <p>Donning and doffing of personal protective equipment protocol and key points of nursing care for patients with COVID-19 in ICU (YUAN; CHEN; XU, 2020)</p> <p>An Integrated Strategy for the Prevention of SARS-CoV-2 Infection in Healthcare Workers: A Prospective Observational Study (GATTELAN et al, 2020)</p> <p>Chest Radiographs and CTs in the Era of COVID-19: Indications, Operational Safety Considerations and Alternative Imaging Practices (CHIN et al, 2020)</p> <p>Protección de los profesionales sanitarios en neurología ante la pandemia por COVID-19 (ARENAS et al, 2020)</p> <p>Measures for preventing nosocomial infection with SARS-CoV-2 in hematology departments (WANG et al, 2020)</p> <p>A Double Triage and Telemedicine Protocol to Optimize Infection Control in an Emergency Department in Taiwan During the COVID-19 Pandemic: Retrospective Feasibility Study (LIU et al, 2020)</p> <p>Rhinologic Procedures in the Era of COVID-19: Health-care Provider Protection Protocol (TAHA et al, 2020)</p> <p>Respiratory Protection Considerations for Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic (FRIESE et al, 2020)</p> <p>Estratégias protetivas, administrativas e ambientais para a saúde dos trabalhadores durante a pandemia (GOMES et al, 2020)</p> <p>Protecting healthcare personnel from 2019-nCoV infection risks: lessons and suggestions (ZHANG et al, 2020)</p> <p>Protecting Health Care Workers during the COVID-19 Coronavirus Outbreak –Lessons from Taiwan's SARS response (SCHWARTZ; KING; YEN, 2020)</p> <p>Segurança dos profissionais de saúde no enfrentamento do novo coronavírus no Brasil (SANTANA et al, 2020)</p> <p>Ações da comissão de controle de infecção hospitalar frente ao novo coronavírus (OLIVEIRA et al, 2020)</p>
Monitoramento e substituição/redistribuição	6	Adaptive staffing can mitigate essential worker disease and absenteeism in an emerging epidemic (AGUILAR et al, 2021)

Métodos alternativos para utilização de EPI	Study of the use of a personalized peripheral sealing device on surgical face masks in high-risk situations against COVID-19 (RIUTORO-SBERT <i>et al.</i> , 2021)
	UV decontamination of personal protective equipment with idle laboratory biosafety cabinets during the COVID-19 pandemic (WEAVER <i>et al.</i> , 2021)
	The COVID-19 pandemic and N95 masks: reusability and decontamination methods (PETERS <i>et al.</i> , 2021)
	3D-printed protected face shields for health care workers in Covid-19 pandemic (LEMARTELEUR <i>et al.</i> , 2021)
	Protection Level and Reusability of a Modified Full-Face Snorkel Mask as Alternative Personal Protective Equipment for healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic (SCHMITT <i>et al.</i> , 2021)
	Papel de la impresión 3D para la protección de los profesionales del área quirúrgica y críticos en la pandemia de COVID-19 (PEDRAJA <i>et al.</i> , 2020)
	Personal protective equipment (PPE) in a pandemic: Approaches to PPE preservation for South African healthcare facilities (ROUX; DRAMOWSKI, 2020)
	SIR HELMET (Safety in Radiology Healthcare Localized Meteorological Environment): a low-cost negative-pressure isolation barrier for shielding MRI frontline workers from COVID-19 exposure (DING <i>et al.</i> , 2020)
	Modifying a Full-Face Snorkel Mask to Meet N95 Respirator Standards for Use With Coronavirus Disease 2019 Patients (KECHLI; LERMAN; ROSS, 2020)
	Maximising application of the aerosol box in protecting healthcare workers during the COVID-19 pandemic (MALIK; JENNER; WARD, 2020)
Estratégias para reduzir o contato físico de forma a possibilitar a continuidade de cuidado	Empty waiting rooms: the New Zealand general practice experience with telehealth during the COVID-19 pandemic (WILSON <i>et al.</i> , 2021)
	Exploring the use and challenges of implementing virtual visits during COVID-19 in primary care and lessons for sustained use (MOHAMMED <i>et al.</i> , 2021)
	Telehealth in the COVID-19 Era: A Balancing Act to Avoid Harm (REEVES; AYERS; LONGHURST, 2021)
	A COVID-19 call center for healthcare providers: dealing with rapidly evolving health policy guidelines (GLATMAN-FREEDMAN <i>et al.</i> , 2020)
	Affordable digital innovation to reduce SARS-CoV-2 transmission among healthcare workers (NTSHALINTSHALI; MNQWAZI, 2020)
Uso de recursos de comunicação clara e rápida para melhorar a segurança operacional	Construção e validação de checklist para paramentação e desparamentação dos equipamentos de proteção individual (BRAGA <i>et al.</i> , 2020)
	Improving staff safety with checklists during novel coronavirus disease (COVID-19) pandemic: A quasi-experimental study in vascular surgical department (HUANG <i>et al.</i> , 2020)

	workers to SARS-CoV-2 (SONIA <i>et al</i> , 2020)
	Safety briefing and visual design key to protecting health care personnel during the COVID-19 pandemic (KUHNI <i>et al</i> , 2020)
Métodos de treinamento de pessoal	Safer primary healthcare facilities are needed to protect healthcare workers and maintain essential services: lessons learned from a multicountry COVID-19 emergency response initiative (PATEL <i>et al</i> , 2021)
	Improving knowledge, attitudes and practice to prevent COVID-19 transmission in healthcare workers and the public in Thailand (MAUDE <i>et al</i> , 2021)
	Evaluation of a personal protective equipment support programme for staff during the COVID-19 pandemic in London (CASTRO-SÁNCHEZ <i>et al</i> , 2021)
	A web-based health education module and its impact on the preventive practices of health-care workers during the COVID-19 pandemic (ABBAS <i>et al</i> , 2020)

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

DISCUSSÃO

PROTOCOLOS/MEDIDAS DE PREVENÇÃO MULTIFACETADAS

Intervenções multifacetadas são essenciais para mitigar amplamente os riscos de infecção dos profissionais de saúde com o novo Coronavírus, sendo necessária a revisão constante dessas medidas para garantir sua eficácia e manter os trabalhadores da saúde protegidos do vírus (MOEY *et al*, 2021).

Segundo Gallasch *et al* (2020), as principais medidas de prevenção à exposição ocupacional ao Coronavírus compreendem o fornecimento e uso consistente de EPI, treinamento adequado, redução do fluxo de atendimentos, pré-triagem, mascaramento, isolamento de casos suspeitos, disponibilidade de informações sobre higiene e etiqueta respiratória, acompanhamento de sinais e sintomas, instalação de unidades de saúde auxiliares exclusivas para o acompanhamento de casos de Covid-19, higienização de mãos, EPIs reforçados para os procedimentos geradores de aerossol, remanejamento de profissionais pertencentes a grupos de risco, monitoramento e automonitoramento da saúde dos profissionais de saúde expostos à Covid-19, etc.

Wee *et al* (2021) relatam uma estratégia de controle de infecção em várias camadas para prevenir a transmissão de Covid-19, em um grande campus de saúde em Singapura. As medidas adotadas incluíam triagem de funcionários, pacientes e visitantes, medição de temperatura, mascaramento universal obrigatório, proibição de visitantes durante um período de tempo, separação de casos suspeitos em “áreas de febre” dedicadas, que ficavam separados por divisórias, e os profissionais utilizavam EPI completo, protocolos para transferência segura de pacientes, protocolo de EPI para a realização de procedimentos geradores de aerossol, medidas de distanciamento seguro, protocolo de limpeza de ambientes, ênfase da higiene das mãos, etc. O estudo concluiu que a adoção da estratégia multifacetada foi bem-sucedida em mitigar a transmissão da Covid-19 associada à assistência médica.

De Georgeo *et al* (2021) expõem uma adaptação do eTCB (*enhanced Traffic Control Bundling*, ou, em português, pacote de controle de tráfego aprimorado), um protocolo criado em Taiwan, para locais com recursos limitados. Essa estratégia divide o local em zonas de cores diferentes de acordo com o risco e atribui protocolos de EPI diferentes para cada zona, dependendo do risco. Áreas cinzas são locais onde a presença do vírus é indefinida, como as entradas, locais de triagem, áreas administrativas, salas de descanso, etc. Áreas amarelas são locais de risco médio onde ficam os pacientes em quarentena ou com testes negativos para Covid-19, além de áreas de passagem que conectam áreas cinzas e vermelhas. E áreas vermelhas são locais contaminados onde são tratados e isolados os pacientes suspeitos ou confirmados com o vírus. Todo o fluxo de trabalho é bem identificado, incluindo a unidade em que os profissionais entram, paramentam-se, trabalham com os pacientes daquela zona, descontaminam-se, desparamentam-se e saem da área de trabalho.

Martín-Vaquero, Gonzáles-Sanz e Muñoz-Martín (2021) discutem o manuseio correto das roupas, toalhas e lençóis utilizados por pacientes infectados com Covid-19, dos uniformes do pessoal da saúde, a higiene da pele do paciente e a higiene da pele dos profissionais de saúde, especialmente as mãos.

Um protocolo efetivo para o manejo de roupas e de outros tecidos e higienização de mãos e pele de pessoas que entraram em contato com o vírus do Covid-19 é importante uma vez que o vírus pode sobreviver até 14 dias em tecidos de algodão a 20°C (RIDDELL *et al*, 2020).

MONITORAMENTO E SUBSTITUIÇÃO/REDISTRIBUIÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Por estarem diretamente expostos a pacientes infectados e, conseqüentemente, receberem uma alta carga viral no seu cotidiano, os profissionais de saúde são classificados como grupo de risco para a Covid-19 (TEIXEIRA *et al*, 2020), havendo a necessidade de monitoramento de seu estado de saúde. Este trabalho é essencial para o enfrentamento da pandemia, tendo várias funções, como permitir medidas de isolamento e diagnóstico precoce, interromper a cadeia de transmissão do vírus e diminuir o número de pessoas infectadas (UNA-SUS, 2021).

Duim *et al* (2020) expuseram a implementação de uma estratégia para monitorar e expandir o acesso a atendimento da força de trabalho de um sistema de saúde do Brasil. Medidas como o monitoramento e a testagem de todos os profissionais que relataram o uso inadequado de EPI (não usar luvas, máscara, jaleco e/ou óculos) e apresentaram febre e outros sintomas parecidos com os da gripe, entraram em contato com um caso suspeito ou confirmado de Covid-19 ou tenham viajado para o exterior recentemente, sugere-se o isolamento de casos suspeitos até a divulgação de exame, e monitoramento por telefone de funcionários com Covid-19 confirmado.

Além dessas medidas, Duim *et al* (2020) também relatam o afastamento ou realocação de profissionais gestantes e com outras condições de risco da linha de frente, a rotatividade de pessoal e a adoção do *home office* para funcionários administrativos como estratégias para prevenir a disseminação da doença e a diminuição de resultados adversos para esta população de alto risco.

Aguilar *et al* (2021) sugerem a adoção de um modelo de rede adaptativa como estratégia para diminuir o absenteísmo de trabalhadores essenciais e limitar a disseminação do Covid-19 no ambiente de trabalho. Segundo eles, para minimizar tanto o pico de prevalência inicial quanto o tamanho do surto posterior, é preciso adaptar a forma de recrutamento de profissionais dependendo do estágio da pandemia. Na fase inicial, a substituição de profissionais doentes por profissionais saudáveis é o mais indicado, de forma a preservar a força de trabalho. Já no pico epidêmico, a redistribuição do trabalho entre os profissionais saudáveis seria a melhor opção, principalmente nos contextos em que os recursos são limitados, apesar dessa estratégia ser de curto prazo.

MÉTODOS ALTERNATIVOS PARA UTILIZAÇÃO DE EPI

Apesar de estar clara a relevância dos EPIs para a proteção dos profissionais de saúde contra o novo Coronavírus, muitos países reportaram a escassez desse recurso durante a pandemia de Covid-19, uma vez que a demanda aumentou e a produção e exportação desses equipamentos foram afetadas, tendo que lidar com problemas como dificuldades de acesso a eles, preços elevados e EPI de qualidade duvidosa (SOARES *et al*, 2020).

Le Roux e Dramowski (2020) apresentam as soluções existentes para conter a escassez de EPI de acordo com diferentes estratégias, como uso restrito e/ou prolongado de EPI, aquisição de EPI alternativo (como os impressos em impressoras 3D) ou substituição de emergência (como sacos plásticos no lugar de aventais), uso de EPI após o vencimento do prazo de validade determinado pelo fabricante, aquisição de EPI reutilizável no lugar dos descartáveis (como *face shields* reutilizáveis) e reutilização de EPI após descontaminação.

A descontaminação de equipamentos de proteção individual pode ser feita de diversas maneiras. Weaver *et al* (2021) expõem a possibilidade de um procedimento de descontaminação por irradiação germicida ultravioleta (UVGI) em Cabines de Segurança Biológica (BSCs), que estão presentes em muitos hospitais, universidades e laboratórios e se encontravam ociosos durante a pandemia.

Já Peters *et al* (2021) discutem a descontaminação de máscaras N95 por meio de diversos métodos diferentes, avaliando também a logística por trás da implementação dessa estratégia, ou seja, a eficiência, os riscos envolvidos, os custos, o tempo necessário para descontaminação completa e a possibilidade/quantidade de repetição do processo de descontaminação de cada método analisado. UVGI, peróxido de hidrogênio, vapor, ozônio,

óxido de etileno, calor seco e calor úmido foram os métodos recomendados.

Há também artigos sobre modificações feitas em máscaras de mergulho tipo *snorkel* para torná-las máscaras com filtragem que possam ser usadas em ambientes de saúde. Kechli, Lerman e Ross (2020) descrevem a modificação de uma máscara *snorkel* de rosto inteiro com filtro de circuito respiratório PALL Ultipor 25, fixado com vedação hermética no encaixe do *snorkel*. Schmitt *et al* (2020) descrevem a modificação de uma máscara *snorkel* com dois filtros (tipo A2B2E2K2P3 R) por meio de um adaptador impresso em impressora 3D.

Além do exemplo anterior, outros produtos importantes para a proteção dos profissionais de saúde podem ser fabricados em impressoras 3D. A possibilidade da utilização de polímeros resistentes, flexíveis, biocompatíveis e esterilizáveis faz com que as impressoras 3D possam ser grandes aliadas da área da saúde na produção de produtos essenciais (PEDRAJA *et al*, 2020).

Riutord-Sbert *et al* (2021) relatam a produção de um dispositivo de selamento periférico pessoal (anel de resina termoplástica) para máscaras faciais cirúrgicas, mais baratas e facilmente disponíveis, para fornecer proteção bidirecional profissional-usuário. Pedraja *et al* (2020) relatam a produção de *face shields*, acessórios para fotóforos e cliques auriculares para máscaras, além de outros dispositivos.

Outros tipos de dispositivos com o mesmo propósito dos EPIs foram desenvolvidos durante a pandemia para tornar o ambiente de trabalho mais seguro para os profissionais de saúde. Malik, Jenner e Ward (2020) modificaram um projeto já existente de uma caixa de acrílico transparente ou policarbonato com espaços para o acesso de braços utilizada durante a realização de procedimentos geradores de aerossol, principalmente intubação traqueal. Ong *et al* (2020) desenvolveram um dispositivo de barreira de baixo custo para uso dentro da máquina de ressonância magnética, denominado “*SIR HELMET*” (*Safety In Radiology HEalthcare Localized Metrological EnviromenT*), para reduzir a propagação de patógenos e facilitar o processo de descontaminação da máquina e da sala de ressonância magnética, diminuindo a transmissão ambiental de Covid-19.

ESTRATÉGIAS PARA REDUZIR O CONTATO FÍSICO DE FORMA A POSSIBILITAR A CONTINUIDADE DO CUIDADO

Ntshalintshali e Mnqwazi (2020) relatam a experiência da equipe de um hospital da Cidade do Cabo para minimizar a manipulação física dos registros dos pacientes pelas diversas categorias de profissionais de saúde. Eles geraram um *QR code* (*quick response code*, ou código de resposta rápida) para cada paciente suspeito ou confirmado com Covid-19, que foi fixado no cubículo ou porta do paciente. Para adicionar anotações ou ler o prontuário do paciente, bastava que os profissionais de saúde escaneassem o *QR code* com seu *smartphone*, abrindo um aplicativo gratuito e seguro de registros médicos. As

informações eram mantidas no aplicativo até o momento da alta do paciente, em seguida, era impressa e arquivada.

A manipulação física dos prontuários, principalmente de pacientes suspeitos ou confirmados com Coronavírus, é uma preocupação, pois o vírus pode sobreviver em cédulas de papel por 2 dias a 40°C, 21 dias a 30°C e 28 dias a 20°C (RIDDELL *et al*, 2020).

Dos três artigos que tinham como temática principal o uso da telessaúde como uma alternativa para que os atendimentos primários em saúde continuassem acontecendo com segurança para os profissionais e para os pacientes durante a pandemia de Coronavírus, dois deles focam em conclusões obtidas por meio de pesquisa sobre a experiência e percepção dos profissionais com as visitas virtuais e um deles oferece diretrizes para adequar as visitas virtuais de acordo com características da situação.

Wilson *et al* (2021) mencionam o uso de dispositivos como telefone e *smartphone*, às vezes por meio de vídeo, já Mohammed *et al* (2021) distinguem os recursos em síncronos, como chamadas telefônicas e videoconferências, e assíncronos, como mensagens seguras, e-mails e mensagens de texto. Reeves, Ayers e Longhurst (2021) vão além, citando a utilização de aplicativos nos *smartphones* e outros dispositivos que permitem eletrocardiografia em tempo real para auxiliar as consultas virtuais.

Segundo Paloski *et al* (2020), a utilização desse tipo de serviço de atendimento a distância traz diversas vantagens em casos de pandemias e desastres que apresentem riscos ambientais e biológicos, podendo auxiliar nas avaliações remotas, na prestação de cuidados e no fornecimento de informações, contribuindo com o distanciamento social. Os três artigos concordam que esse recurso é eficiente em limitar a transmissão do vírus de Covid-19 nos centros de saúde, que o uso dele aumentou e se espelhou por diversos ambientes de saúde durante a pandemia e que deve continuar a ser utilizado em um contexto pós-pandemia.

Wilson *et al* (2021) e Mohammed *et al* (2021) concordam que, entre os principais desafios da utilização da telessaúde, está a dificuldade de acesso à tecnologia e aos dispositivos e problemas de conectividade, principalmente em áreas rurais e para pacientes idosos e deficientes auditivos. Uma preocupação que Wilson *et al* (2021) e Reeves, Ayers e Longhurst (2021) compartilham é com relação ao risco que a falta de contato físico com o paciente traz para o diagnóstico e tratamento adequados, uma vez que a consulta virtual impossibilita a realização do exame clínico. Para ajudar nesse sentido, Reeves, Ayers e Longhurst (2021) detalham uma série de situações, dependendo dos tipos de visita, das características do paciente e das queixas principais, em que o atendimento virtual é adequado ou inadequado, para auxiliar os prestadores de cuidados de saúde a determinar se a telessaúde deve ser adotada.

Glatman-Freedman *et al* (2020) detalham o estabelecimento de um *call center* nacional para informar e orientar os profissionais de saúde de Israel com relação a dúvidas e novas diretrizes sobre o Covid-19. As perguntas recebidas incluíam dúvidas sobre a

quarentena, a testagem de SARS-CoV-2, o uso de equipamentos de proteção individual, o gerenciamento de casos suspeitos e confirmados de Covid-19, etc. Também serviu para trazer o *feedback* dos profissionais para o Ministério da Saúde de Israel sobre informações que não ficaram suficientemente claras nas diretrizes publicadas. Essa estratégia foi importante devido à grande quantidade de informação publicada diariamente no contexto da pandemia, estabelecendo uma fonte confiável para obtenção de informações em um momento de constante atualização de diretrizes de cuidado em saúde.

USO DE RECURSOS DE COMUNICAÇÃO CLARA E RÁPIDA PARA MELHORAR A SEGURANÇA OCUPACIONAL

Kuhn *et al* (2020) relatam a implementação de um modelo de educação, baseado no fornecimento de mensagens visuais de segurança, de forma consistente e clara, para todos os profissionais de saúde de todas as partes da unidade, por meio de infográficos e resumos em vídeo das orientações em briefings pré-turno, focalizados nos riscos que o vírus traz, uso de EPI, higiene das mãos, distanciamento social, etc.

O desgaste físico e psíquico causado por longas jornadas de trabalho, o ritmo intenso, os conflitos interpessoais, etc., afetam a qualidade do trabalho e a segurança dos profissionais de saúde, especialmente em meio a uma pandemia, que requer maior atenção e rapidez na tomada de decisão (CARDOSO; SÓRIA; VERNAGLIA, 2021). Nesse sentido, recursos que facilitem a comunicação de informações de forma rápida e efetiva são importantes.

Outra ferramenta é o uso de *checklists* (listas de verificação). As *checklists* são utilizadas em diversas áreas da saúde como instrumentos para melhorar os processos de cuidado e a segurança, diminuindo a possibilidade de ocorrer erros humanos evitáveis (PARSIAN *et al*, 2018).

Braga *et al* (2020) expõem uma *checklist* de paramentação e desparamentação de EPI, Huang *et al* (2020) expõem *checklists* de segurança cirúrgica que incluíam avaliação e gerenciamento de pacientes, paramentação antes de entrar em contato com os pacientes, higienização de mãos e desinfecção de superfícies e objetos da área de trabalho e Soma *et al* (2020) expõem uma *checklist* que detalha necessidades pré, intra e pós-operatórias de procedimentos otorrinolaringológicos, principalmente os geradores de aerossol. Os três artigos concluíram que o uso desse recurso potencializou a prevenção ao risco de Covid-19 e garantiu a segurança ocupacional dos profissionais de saúde e presume-se que ele possa ser utilizado em outras realidades, após passar por avaliação e adaptação.

MÉTODOS DE TREINAMENTO DE PESSOAL

Dentre os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde durante a pandemia de Covid-19, se destaca a falta de conhecimentos/informações sobre o novo Coronavírus e a ausência de treinamento (GÓES *et al*, 2020). De acordo com a pesquisa “A pandemia de covid-19 e os profissionais de saúde pública no Brasil”, o percentual de profissionais de enfermagem que receberam algum tipo de treinamento para atuar durante a pandemia está em torno de 41,17% (NEB FGV-EAESP, 2020).

Maude *et al* (2021) expõem a realização de uma pesquisa com observação e questionários sobre conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde, na Tailândia, no contexto da pandemia, para a identificação de lacunas no conhecimento e, com base nesses resultados, produzir vídeos educacionais, abordando lavagem das mãos e uso correto de máscaras e outros EPIs. Depois, o estudo foi refeito e constataram-se as melhorias nos conhecimentos, nas atitudes e práticas desses profissionais.

Para que o uso de EPI seja eficaz na proteção do profissional de saúde contra o Coronavírus, é preciso haver treinamento prévio desse pessoal, para a paramentação, a desparamentação, como medidas de mitigação da doença (RIBEIRO *et al*, 2020). Os treinamentos também precisam destacar o risco de transmissão do Covid-19 pelo contato com superfícies inanimadas, como o próprio EPI (ALMEIDA, 2020).

Castro-Sánchez *et al* (2021) relatam a experiência da implementação do PPE Helper Programme (Programa Ajudante de EPI), em que um grupo de profissionais da saúde era selecionado para atuar como “ajudantes de EPI” e, depois de treinados, faziam visitas a enfermarias de outros hospitais para orientar os profissionais daquele local sobre os mecanismos de transmissão de Covid-19, métodos seguros de paramentação e desparamentação e os níveis adequadamente seguros de EPI para cada situação/ambiente. Uma pesquisa posterior mostrou que o programa foi eficaz em diminuir práticas de EPI abaixo do ideal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para responder à questão norteadora escolhida para este trabalho, muitos artigos foram e continuam sendo produzidos na literatura científica com relação às ações preventivas não farmacológicas para mitigar o risco ocupacional que a pandemia de COVID-19 traz para os profissionais de Enfermagem. Todas as ações encontradas tiveram sucesso em diminuir o risco ocupacional de contaminação e adoecimento desses profissionais com o novo Coronavírus e promover um ambiente de trabalho mais seguro, principalmente quando implementadas simultaneamente.

Entre os achados, estavam artigos descrevendo a criação e implementação de protocolos multifacetados de prevenção e segurança ocupacional, artigos sobre monitoramento e modos de substituição/redistribuição de pessoal da saúde de forma a

minimizar riscos de contaminação cruzada, artigos sobre a utilização de estratégias que reduzem o contato físico dos profissionais com pessoas, ambientes e objetos possivelmente contaminados, artigos sobre o uso de comunicação clara e rápida para melhorar a segurança ocupacional e diminuir a possibilidade da ocorrência de erros humanos evitáveis que resultem em contaminação e adoecimento, e artigos sobre métodos de treinamento de pessoal para o enfrentamento da pandemia sem comprometer a segurança ocupacional.

Este trabalho não contempla abordar medidas farmacológicas de enfrentamento ao risco ocupacional do profissional contrair a doença. Também não abrange ações de combate ao risco ocupacional psíquico que a pandemia produz.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

ABBAS, K.; NAWAK, S. M. A.; AMIN, N.; SOOMRO, F. M. *et al.* A web-based health education module and its impact on the preventive practices of health-care workers during the COVID-19 pandemic. **Health Educ Res**, v. 35, n. 5, p. 353-361, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/her/cyaa034>. Acesso em: 16 dez. 2021.

ABBAS, M.; NUNES, T. R.; MARTISCHANG, R.; ZINGG, W.; ITEN, A.; PITTET, D.; HARBARTH, S. Nosocomial transmission and outbreaks of coronavirus disease 2019: the need to protect both patients and healthcare workers. **Antimicrob Resist Infect Control**, v. 10, n. 7, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13756-020-00875-7>. Acesso em: 15 dez. 2021.

AGUILAR, E.; ROBERTS, N. J.; ULUTURK, I.; KAMINSKI, P.; BARLOW, J. W.; ZORI, A. G.; HÉBERT-DUFRESNE, L.; ZUSMAN, B. D. Adaptive staffing can mitigate essential worker disease and absenteeism in an emerging epidemic. **PNAS**, v. 118, n. 34, 2021. Disponível em: <https://www.pnas.org/content/pnas/118/34/e2105337118.full.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2021.

ALMEIDA, I. M. Proteção da saúde dos trabalhadores da saúde em tempos de COVID-19 e respostas à pandemia. **Rev Bras Saúde Ocup**, v. 47, n. 17, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/yyZ869N3cDZpLdsTJvNkvKb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 dez. 2021.

ARENAS, M. D.; VILLAR, J.; GONZÁLEZ, C.; CAO, H. *et al.* Protección de los profesionales sanitarios en nefrología ante la pandemia por COVID-19. **Nefrologia**, v. 40, n. 4, p. 395-402, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2020.06.001>. Acesso em: 16 dez. 2021.

BERNARDINO, E.; NASCIMENTO, J. D.; RABONI, S. M.; SOUSA, S. M. Gestão do cuidado no enfrentamento da COVID-19 em hospital de ensino. **Rev Bras Enferm**, v. 74, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/9scPk59HP7V4pbdhMFnfMCQ/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 15 dez. 2021.

BRAGA, L. M.; SIMAN, A. G.; SOUZA, C. C.; DUTRA, H. S.; GOMES, A. P.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Construção e validação do checklist para paramentação e desparamentação dos equipamentos de proteção individual. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 10, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.19175/recom.v10i0.4079>. Acesso em: 15 dez. 2021.

BRUM, C. N. *et al.* Revisão narrativa de literatura: aspectos conceituais e metodológicos na construção do conhecimento da enfermagem. IN: LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. (org.). **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde**: da prática à teoria. Porto Alegre: Moriá, 2016. p. 123-141.

CARDOSO, F. S.; SÓRIA, D. A. C.; VERNAGLIA, T. V. C. O uso do equipamento de proteção individual em tempos de COVID-19: uma revisão da literatura. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/12772/11594/169375>. Acesso em: 12 dez. 2021.

CASTRO JÚNIOR, A. R.; SILVA, M. R. F.; DUARTE, R. B.; SANTOS, M. A. P. Diarios de batalla: enfermeras a la vanguardia para hacer frente a covid-19. **Revista Uruguaya de Enfermería**, v. 16, n. 1, 2021. Disponível em: <https://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/308>. Acesso em: 22 jul. 2022.

CASTRO-SÁNCHEZ, E.; ALEXANDER, C. M.; ATCHISON, C.; PATEL, D. *et al.* Evaluation of a personal protective equipment support programme for staff during the COVID-19 pandemic in London. **J Hosp Infect**, v. 109, p. 68-77, 2021. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.jhin.2020.12.004>. Acesso em: 15 dez. 2021.

CATTELAN, A. M.; SASSET, L.; DI MECO, E.; COCCHIO, S. *et al.* An Integrated Strategy for the Prevention of SARS-CoV-2 Infection in Healthcare Workers: A Prospective Observational Study. **Int J Environ Res Public Health**, v. 17, n. 16, 2020. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.3390%2Fijerph17165785>. Acesso em: 16 dez. 2021.

CHAN, W. P.; YAO, M. S.; LING, M. F.; CHANG, H. C.; KOSIK, R. O.; LEE, W. S. Management and infection control practices in a Taiwanese radiology department during the COVID-19 outbreak. **J Microbiol Immunol Infect**, v. 54, n. 3, 2021. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.jmii.2021.03.012>. Acesso em: 15 dez. 2021.

CHIA, A. Q. X.; CHENG, L. T.; WIJAYA, L.; PNG, M. A.; SIM, W. Y.; HONG, W. L.; CHEN, R. C. Chest Radiographs and CTs in the Era of COVID-19: Indications, Operational Safety Considerations and Alternative Imaging Practices. **Acad Radiol**, v. 27, n. 9, p. 1193-1203, 2020. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.acra.2020.06.022>. Acesso em: 16

dez. 2021.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Brasil perde ao menos um profissional de saúde a cada 19 horas para a covid. Março de 2021. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/brasil-perde-ao-menos-um-profissional-de-saude-a-cada-19-horas-para-a-covid_85778.html. Acesso em: 7 jun. 2021.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Enfermagem em números. 2021. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>. Acesso em: 7 jun. 2021.

CRODA, J. H. R.; GRACIA, L. P. Resposta imediata da Vigilância em Saúde à epidemia da COVID-19. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 29, n. 1, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/zMMJJZ86vnrBdqpKtfsPL5w/?lang=pt>. Acesso em: 01 dez. 2021.

DE GEORGE, M. R.; DE GEORGE, J. M.; EGAN, T. M.; KLEE, K. P.; SCHWEMM, M. S.; BYE-KOLLBAUM, H.; KINSER, A. J. Containing SARS-CoV-2 in hospitals facing finite PPE, limited testing, and physical space variability: Navigating resource constrained enhanced traffic control bundling. **J Microbiol Immunol Infect**, v. 54, n. 1, p. 4-11, 2021. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.jmii.2020.07.009>. Acesso em: 15 dez. 2021.

DIBBS, R. P.; FERRY, A. M.; ENOCHS, J.; WARD, A. *et al.* The use of personal protective equipment during the COVID-19 pandemic in a tertiary pediatric hospital. **J Healthc Risk Manag**, 2021. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1002%2Fjhrm.21460>. Acesso em: 15 dez. 2021.

DUIM, E.; GUIMARÃES, M. T.; ORNELAS, R. H.; BRITO, N. T. G.; DAHER, G.; SEKO, C. Y.; BORGES-JUNIOR, F. A.; SZLEJF, C. Caring for the Workforce of a Health System During the COVID-19 Epidemic in Brazil: Strategies of Surveillance and Expansion of Access to Care. **JOEM**, v. 62, n. 10, p. 593-597, 2020. Disponível em: https://journals.lww.com/joem/Fulltext/2020/10000/Caring_for_the_Workforce_of_a_Health_System_During.25.aspx. Acesso em: 11 dez. 2021.

DZIEMIDOK, P.; GORCZYCA-SIUDAK, D.; DANIELAK, M. Is It Possible to Prevent Sars-Cov-2 Infection in a Non-Infectious Diseases Ward during the Pandemic on the Example of a Diabetes Clinic Institute of Rural Health, Lublin, Poland? **Int J Environ Res Public Health**, v. 18, n. 14, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8307400/>. Acesso em: 15 dez. 2021.

EID-LIDT, G.; PASOS, J. I. F. Patient care protocols and personal safety measures for health care professionals in cardiac catheterization rooms during the COVID-19 outbreak in the National Institute of Cardiology. **Catheter Cardiovasc Interv**, p. 1-6, 2020. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1002%2Fcccd.28979>. Acesso em: 15 dez. 2021.

FERNANDEZ, M.; LOTTA, G.; PASSOS, H.; CAVALCANTI, P.; CORRÊA, M. G. Condições de trabalho e percepções de profissionais de enfermagem que atuam no enfrentamento

à covid-19 no Brasil. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 30, n. 4, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021201011>. Acesso em: 22 jul. 2022.

FRIESE, C. R.; VEENEMA, T. G.; JOHNSON, J. S.; JAYARAMAN, S.; CHANG, J. C.; CLEVER, L. H. Respiratory Protection Considerations for Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic. **Health Secur**, v. 18, n. 3, p. 237-240, 2020. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1089%2Fhs.2020.0036>. Acesso em: 16 dez. 2021.

GALLASCH, C. H.; CUNHA, M. L.; PEREIRA, L. A. S.; SILVA-JUNIOR, J. S. Prevenção relacionada à exposição ocupacional do profissional de saúde no cenário de COVID-19. **Rev enferm UERJ**, v. 28, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.49596>. Acesso em: 15 dez. 2021.

GLATMAN-FREEDMAN, A.; BROMBERG, M.; RAM, A. *et al.* A COVID-19 call center for healthcare providers: dealing with rapidly evolving health policy guidelines. **Isr J Health Policy Res**, v. 9, n. 73, 2020. Disponível em: <https://ijhpr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13584-020-00433-x#citeas>. Acesso em: 09 dez. 2021.

GÓES, F. G. B.; SILVA, A. C. S. S.; SANTOS, A. S. T. *et al.* Desafios de profissionais de Enfermagem Pediátrica frente à pandemia da COVID-19. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 28, n. 3367, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/Zm88kfbhvkYvrvyQWGqgCF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 dez. 2021.

GOMES, I. C. M.; FARIA, M. G. A.; SANCHES, F. A. D.; SILVA, D. Estratégias protetivas, administrativas e ambientais para a saúde dos trabalhadores durante a pandemia. **J. Nurs. Health**, v. 10, n. 4, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.15210/jonah.v10i4.19367>. Acesso em: 16 dez. 2021.

GRISWOLD, D. P.; GEMPELER, A.; KOLIAS, A.; HUTCHINSON, P. J.; RUBIANO, A. M. Personal protective equipment for reducing the risk of COVID-19 infection among health care workers involved in emergency trauma surgery during the pandemic: An umbrella review. **J Trauma Acute Care Surg**, v. 90, n. 4, p. 72-80, 2021. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1097%2FTA.0000000000003073>. Acesso em: 15 dez. 2021.

GROSS, J. V.; FRITSCHI, L.; MOHREN, J.; WILD, U.; ERREN, T. C. Contribution of Occupational Health to multidisciplinary team work for COVID-19 prevention and management. **Med Lav**, v. 112, n. 2, p. 171-176, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8095326/>. Acesso em: 15 dez. 2021.

HUANG, C. Y.; KUO, Y. H.; CHUANG, S. T.; YEN, H. R.; TOU, S. I. The experience of executing preventive measures to protect a nursing home in Taiwan from a COVID-19 outbreak. **Eur Geriatr Med**, v. 12, n. 3, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7983345/>. Acesso em: 15 dez. 2021.

HUANG, J.; LIU, X.; WU, Z.; ZHANG, L.; YANG, X. Improving staff safety with checklists

during novel coronavirus disease (COVID-19) pandemic: A quasi-experiment study in vascular surgical department. **Medicine (Baltimore)**, v. 99, n. 32, 2020. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1097%2FMD.00000000000021548>. Acesso em: 16 dez. 2021.

KECHLI, M. K.; LERMAN, J.; ROSS, M. M. Modifying a Full-Face Snorkel Mask to Meet N95 Respirator Standards for Use With Coronavirus Disease 2019 Patients. **A A Pract**, v. 14, n. 7, 2020. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1213%2FXAA.0000000000001237>. Acesso em: 16 dez. 2021.

KUHN, L.; LIM, Z. J.; FLYNN, D.; POTTER, E.; EGERTON-WARBURTON, D. Safety briefing and visual design key to protecting health care personnel during the COVID-19 pandemic. **Am J Infect Control**, v.48, n. 9, p. 1122-1124, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7318939/>. Acesso em: 13 dez. 2021.

LEMARTELEUR, V.; FOUQUET, V.; LE GOFF, S.; TAPIE, L. *et al.* 3D-printed protected face shields for health care workers in Covid-19 pandemic. **Am J Infect Control**, v. 49, n. 3, p. 389-391, 2021. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.ajic.2020.08.005>. Acesso em: 15 dez. 2021.

LE ROUX, C.; DRAMOWSKI, A. Personal protective equipment (PPE) in a pandemic: Approaches to PPE preservation for South African healthcare facilities. **SAMJ**, v. 110, n. 6, p. 466-468, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.7196/samj.2020.v110i6.14831>. Acesso em: 16 dez. 2021.

LIN, C.; TSENG, W.; WU, J.; TAY, J. *et al.* A Double Triage and Telemedicine Protocol to Optimize Infection Control in an Emergency Department in Taiwan During the COVID-19 Pandemic: Retrospective Feasibility Study. **J Med Internet Res**, v. 22, n. 6, 2020. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.2196%2F20586>. Acesso em: 16 dez. 2021.

LIU, Y.; YANG, S.; HUNG, M.; TONG, W.; LIU, Y. Protecting Healthcare Workers Amid the COVID-19 Crisis: A Safety Protocol in Wuhan. **Front. Public Health**, v. 8, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.577499>. Acesso em: 15 dez. 2021.

LOTTA, G.; LIMA, D. D.; MAGRI, G.; CORRÊA, M.; BECK, A. A pandemia de covid-19 e os profissionais de saúde pública no Brasil. **NEB FGV-EAESP**, Núcleo de Estudos da Burocracia, Fundação Getúlio Vargas, mai. 2020. Disponível em: <https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2020/06/rel01-saude-covid-19-depoimentos.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2021.

LUO, Y.; YUAN, J.; LIU, M.; FANG, N. *et al.* Chinese Expert Consensus on Protection for Ultrasound Healthcare Workers against COVID-19. **Ultrasound Med Biol**, v. 47, n. 2, p. 222-229, 2021. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.ultrasmedbio.2020.10.006>. Acesso em: 15 dez. 2021.

MALIK, J. S.; JENNER, C.; WARD, P. A. Maximising application of the aerosol box in protecting healthcare workers during the COVID-19 pandemic. **Anaesthesia**, v. 75, n. 7, p.

974-975, 2020. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1111%2Fanae.15109>. Acesso em: 16 dez. 2021.

MARQUES, L. C.; LUCCA, D. C.; ALVES, E. O.; FERNANDES, G. C. M.; NASCIMENTO, K. C. Covid-19: cuidados de enfermagem para segurança no atendimento de serviço pré-hospitalar móvel. **Texto Contexto Enferm**, v. 29, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/TsWF5LWQStRtzYJCnP9jvvK/?lang=pt>. Acesso em: 15 dez. 2021.

MARTÍN-VAQUERO, Y.; GONZÁLES-SANZ, A.; MUÑOZ-MARTÍN, B. Manejo seguro de la ropa e higiene de la piel en pacientes y profesionales sanitarios frente a la COVID-19: scoping review. **Enferm Clin**, v. 31, p. 89-93, 2021. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.enfcli.2020.05.014>. Acesso em: 15 dez. 2021.

MAUDE, R. R.; JONGDEEPAISAL, M.; SKUNTANIYOM, S.; MUNTAJIT, T. *et al.* Improving knowledge, attitudes and practice to prevent COVID-19 transmission in healthcare workers and the public in Thailand. **BMC Public Health**, v. 21, n. 749, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10768-y>. Acesso em: 15 dez. 2021.

MENDES, A.; MELO, M. A.; CARNUT, L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. **Cad. Saúde Pública**, v. 38, n. 2, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00164621>. Acesso em: 18 jul. 2022.

MESSIAS, J. M. A.; SILVA, S. C. C. G.; PRADO, I. F. A covid-19 e os riscos ocupacionais para profissionais de enfermagem. **Fragmentos de Cultura**, Goiânia, v. 30, n. 4, p. 747-757, 2020. Disponível em: <http://revistas.pucgoias.edu.br/index.php/fragmentos/article/view/8526/5100>. Acesso em: 7 jun. 2021.

MOEY, P. K. S.; ANG, A. T. W.; EE, A. G. L.; NG, D. C. C. NG, M. C. W.; TEO, S. S. H.; TAY, E. G.; TAN, N. C. What are the measures taken to prevent COVID-19 infection among healthcare workers? A retrospective study in a cluster of primary care clinics in Singapore. **BMJ Open**, v. 11, n. 6, 2021. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/11/6/e049190>. Acesso em: 15 dez. 2021.

MOHAMMED, H. T.; HYSENI, L.; BUI, V.; GERRITSEN, B.; FULLER, K.; SUNG, J.; ALARAKHIA, M. Exploring the use and challenges of implementing virtual visits during COVID-19 in primary care and lessons for sustained use. **PLoS ONE**, v. 16, n. 6, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253665>. Acesso em: 06 dez. 2021.

MONTEIRO, D. E.; FIALHO, I. C. T. S.; PASSOS, P. M.; FULY, P. S. C. Gestão do enfrentamento dos riscos da COVID-19 em uma rede ambulatorial onco-hematológica: relato de experiência. **Rev Bras Enferm**, v. 74, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/4hBrvcw4SGWYhrGjnfBsPZm/?lang=en>. Acesso em: 15 dez. 2021.

NTSHALINTSHALI, S. D.; MNQWAZI, C. Affordable digital innovation to reduce SARS-

CoV-2 transmission among healthcare workers. **SAMJ**, v. 110, n. 7, 2020. Disponível em: <http://www.samj.org.za/index.php/samj/article/view/12974/9387>. Acesso em: 09 dez. 2021.

OLIVEIRA, E. C. S.; SILVA, F. P.; PEREIRA, E. B. F.; OLIVEIRA, R. C. Ações da comissão de controle de infecção hospitalar frente ao novo coronavírus. **Rev baiana enferm.**, v. 34, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.37259>. Acesso em: 16 dez. 2021.

ONG, S. J.; RENFREW, I.; ANIL, G.; TAN, A. P. *et al.* SIR HELMET (Safety In Radiology HEalthcare Localised Metrological EnviromenT): a low-cost negative-pressure isolation barrier for shielding MRI frontline workers from COVID-19 exposure. **Clin Radiol**, v. 75, n. 9, 2020. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.crad.2020.06.015>. Acesso em: 16 dez. 2021.

PALOSKI, G. R.; BARLEM, J. G. T.; BRUM, A. N.; BARLEM, E. L. D.; ROCHA, L. P.; CASTANHEIRA, J. S. Contribuição do telessaúde para o enfrentamento da COVID-19. **Esc. Anna Nery**, v. 24, n. esp., 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/bvYwTYJg5yBxJSG9TzKDKLL/>. Acesso em: 06 dez. 2021.

PANDIAN, V.; MORRIS, L. L.; BRODSKY, M. B.; LYNCH, J. *et al.* Critical Care Guidance for Tracheostomy Care During the COVID-19 Pandemic: A Global, Multidisciplinary Approach. **Am J Crit Care**, v. 29, n. 6, p. 116-127, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.4037/ajcc2020561>. Acesso em: 16 dez. 2021.

PARSIAN, S.; O'MALLEY, R. B.; HIPPE, D. S.; BUSH, W. H.; BHARGAVA, P.; CHEN, L. E.; WANG, C. L. A Checklist Manifesto: Effectiveness of Checklist Use in Hands-On Simulation Examining Competency in Contrast Reaction Management in a Randomized Controlled Study. **American Journal of Roentgenology**, v. 211, n. 1, 2018. Disponível em: <https://www.ajronline.org/doi/10.2214/AJR.17.19384#>. Acesso em: 13 dez. 2021.

PATEL, L. N.; KOZIKOTT, S.; ILBOUDO, R.; KAMATEEKA, M. *et al.* Safer primary healthcare facilities are needed to protect healthcare workers and maintain essential services: lessons learned from a multicountry COVID-19 emergency response initiative. **BMJ Glob Health**, v. 6, n. 6, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8182752/>. Acesso em: 15 dez. 2021.

PEDRAJA, J.; MAESTRE, J. M.; RABANAL, J. M.; MORALES, C.; APARICIO, J.; DEL MORAL, I. Papel de la impresión 3D para la protección de los profesionales del área quirúrgica y críticos en la pandemia de COVID-19. **Revista Española de Anestesiología y Reanimación**, v. 6, n. 8, p. 417-424, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.redar.2020.07.011>. Acesso em: 14 dez. 2021.

PETERS, A.; PALOMO, R.; NEY, H.; LOTFINEJAD, N.; ZINGG, W.; PARNEIX, P.; PITTET, D. The COVID-19 pandemic and N95 masks: reusability and decontamination methods. **Antimicrob Resist Infect Control**, v. 10, n. 83, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8164050/>. Acesso em: 15 dez. 2021.

REEVES, J. J.; AYERS, J. W.; LONGHUST, C. A. Telehealth in the COVID-19 Era: A Balancing Act to Avoid Harm. **J Med Internet Res**, v. 23, n. 2, 2021. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.2196%2F24785>. Acesso em: 06 dez. 2021.

RIBEIRO, A. P.; OLIVEIRA, G. L.; SILVA, L. S.; SOUZA, E. R. Saúde e segurança de profissionais de saúde no atendimento a pacientes no contexto da pandemia de Covid-19: revisão de literatura. **Rev Bras Saúde Ocup**, v. 45, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/XMb5ddFXbpwB3CQxtPD3VBD/?lang=pt>. Acesso em: 10 dez. 2021.

RIDDELL, S.; GOLDIE, S.; HILL, A.; EAGLES, D.; DREW, T. W. The effect of temperature on persistence of SARS-CoV-2 on common surfaces. **Virology Journal**, v. 17, n. 145, 2020. Disponível em: <https://virologyj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12985-020-01418-7>. Acesso em: 15 dez. 2021.

RIUTORD-SBERT, P.; PEREIRA, T. C.; PEDRO-GÓMEZ, J. E.; GONZÁLES-CARRASCO, D.; LÓPEZ-GÓNZALEZ, A. A.; BARKVOLL, P. Study of the use of a personalized peripheral sealing device on surgical face masks in high-risk situations against COVID-19. **PLoS ONE**, v. 16, n. 8, 2021. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0253382>. Acesso em: 15 dez. 2021.

SALAZAR, M. A.; CHAVEZ-GALAN, L.; CASTORENA-MALDONADO, A.; MATEO-ALONSO, M. *et al.* Low Incidence and Mortality by SARS-CoV-2 Infection Among Healthcare Workers in a Health National Center in Mexico: Successful Establishment of an Occupational Medicine Program. **Front Public Health**, v. 9, 2021. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.3389%2Ffpubh.2021.651144>. Acesso em: 15 dez. 2021.

SANTANA, N.; COSTA, G. A.; COSTA, S. S. P.; PEREIRA, L. V.; SILVA, J. V.; SALES, I. P. P. M. Segurança dos profissionais de saúde no enfrentamento do novo coronavírus no Brasil. **Esc. Anna. Nery**, v. 24, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0241>. Acesso em: 16 dez. 2021.

SANTANA, R. F.; SILVA, M. B.; MARCOS, D. A. S. R.; ROSA, C. S.; WETZEL JUNIOR, W.; DELVALLE, R. Recomendações para o enfrentamento da disseminação da COVID-19 em Instituições de Longa Permanência para Idosos. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 73, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0260>. Acesso em: 15 dez. 2021.

SCHMITT, J.; JONES, L. S.; AEBY, E. A.; GLOOR, C.; MOSER, B.; WANG, J. Protection Level and Reusability of a Modified Full-Face Snorkel Mask as Alternative Personal Protective Equipment for Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic. **Chem Res Toxicol**, v. 34, n. 1, p. 110-118, 2021. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1021%2Facs.chemrestox.0c00371>. Acesso em: 15 dez. 2021.

SCHWARTZ, J.; KING, C.; YEN, M. Protecting Healthcare Workers During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak: Lessons From Taiwan's Severe Acute Respiratory Syndrome Response. **Clin Infect Dis**, v. 71, n. 15, p. 858-860, 2020. Disponível em: <https://>

doi.org/10.1093/cid/ciaa255. Acesso em: 16 dez. 2021.

SOARES, S. S. S.; SOUZA, N. V. D. O.; SILVA, K. G.; CÉSAR, M. P.; SOUTO, J. S. S.; LEITE, J. C. R. A. P. L. Pandemia de Covid-19 e o uso racional de equipamentos de proteção individual. **Rev enferm UERJ**, v. 28, 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/50360>. Acesso em: 14 dez. 2021.

SOMA, M.; JACOBSON, I.; BREWER, J.; BLONDIN, A.; DAVIDSON, G.; SINGHAM, S. Operative team checklist for aerosol generating procedures to minimise exposure of healthcare workers to SARS-CoV-2. **Int J Pediatr Otorhinolaryngol**, v. 134, 2020. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.ijporl.2020.110075>. Acesso em: 16 dez. 2021.

SOUTO, X. M. Covid-19: aspectos gerais e implicações globais. **Recital: Revista de Educação, Ciência e Tecnologia de Almenara**, v. 2, n. 1, jan./abr. 2020. Disponível em: <http://recital.almenara.ifnmg.edu.br/index.php/recital/article/view/90>. Acesso em: 01 dez. 2021.

TADAVARTHY, S. N.; FINNEGAN, K.; BERNATOWICZ, G.; LOWE, E.; COFFIN, S. E.; MANNING, M. Developing and implementing an infection prevention and control program for a COVID-19 alternative care site in Philadelphia, PA. **Am J Infect Control**, v. 49, n. 1, p. 77-81, 2021. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.ajic.2020.07.006>. Acesso em: 15 dez. 2021.

TAHA, M. A.; HALL, C. A.; RATHBONE, R. F.; CORSTEN, L. A. *et al.* Rhinologic Procedures in the Era of COVID-19: Health-care Provider Protection Protocol. **Am J Rhinol Allergy**, v. 34, n. 4, p. 451-455, 2020. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1177%2F1945892420927178>. Acesso em: 16 dez. 2021.

TEIXEIRA, C. F. S.; SOARES, C. M.; SOUZA, E. A.; LISBOA, E. S.; PINTO, I. C. M.; ANDRADE, L. R.; ESPIRIDIANO, M. A. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 25, n. 9, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6J6vP5KJZyy7Nn45m3Vfypx/?lang=pt>. Acesso em: 11 dez. 2021.

UNA-SUS. Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde. UNA-SUS/UFPel lança curso sobre Rastreamento e Monitoramento dos Contatos dos Casos de COVID-19. **UNA-SUS**, nov. 2021. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/una-sus-ufpel-lanca-curso-sobre-rastreamento-e-monitoramento-dos-contatos-dos-casos-de-covid-19>. Acesso em: 11 dez. 2021.

WANG, Y.; LI, J.; LIU, L.; LI, J. *et al.* Measures for preventing nosocomial infection with SARS-CoV-2 in hematology departments. **Ann Hematol**, v. 99, n. 8, p. 1933-1938, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00277-020-04127-x>. Acesso em: 16 dez. 2021.

WEAVER, D. T.; MCELVANY, B. D.; GOPALAKRISHNAN, V.; CARD, K. J. *et al.* UV decontamination of personal protective equipment with idle laboratory biosafety cabinets during the COVID-19 pandemic. **PLoS ONE**, v. 16, n. 7, 2021. Disponível em: <https://journals>.

plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0241734. Acesso em: 15 dez. 2021.

WEE, L. E.; VENKATACHALAM, I.; SIM, X. Y. J.; TAN, K. B. K. *et al.* Containment of COVID-19 and reduction in healthcare-associated respiratory viral infections through a multi-tiered infection control strategy. **Infect Dis Health**, v. 26, n. 2, p. 123-131, 2021. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.idh.2020.11.004>. Acesso em: 15 dez. 2021.

WILSON, G.; CURRIE, O.; BIDWELL, S.; SAEED, B.; DOWELL, A.; HALIM, A. A.; TOOP, L.; RICHARDSON, A.; SAVAGE, R.; HUDSON, B. Empty waiting rooms: the New Zealand general practice experience with telehealth during the COVID-19 pandemic. **NZMJ**, v. 134, n. 1538, 2021. Disponível em: <https://journal.nzma.org.nz/journal-articles/empty-waiting-rooms-the-new-zealand-general-practice-experience-with-telehealth-during-the-covid-19-pandemic-open-access>. Acesso em: 06 dez. 2021.

YEN, M.Y.; SCHWARTZ, J.; SHIH, C.L. Seventeen years after first implementation of traffic control bundling. **J Microbiol Immunol Infect**, v. 54, n. 1, p. 1-3, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jmii.2020.12.006>. Acesso em: 7 jun. 2021.

YUAN, L.; CHEN, S.; XU, Y. Donning and doffing of personal protective equipment protocol and key points of nursing care for patients with COVID-19 in ICU. **Stroke Vasc Neurol**, v. 5, n. 3, p. 302-307, 2020. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1136%2Fsvn-2020-000456>. Acesso em: 16 dez. 2021.

ZHANG, Z.; LIU, S.; XIANG, M.; LI, S.; ZHAO, D.; HUANG, C.; CHEN, S. Protecting healthcare personnel from 2019-nCoV infection risks: lessons and suggestions. **Front Med**, v. 14, n. 2, p. 229-231, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11684-020-0765-x>. Acesso em: 16 dez. 2021.

ADESÃO ÀS CONSULTAS DE PUERICULTURA EM COMUNIDADE RURAL NO SERTÃO PERNAMBUCANO

Maria Clara de Brito Cabral¹;

Faculdade Paraíso Araripina (FAP - MEDICINA), Araripina, Pernambuco.

<http://lattes.cnpq.br/8723695624904881>

Davi Pedro Soares Macedo²;

Faculdade Paraíso Araripina (FAP - MEDICINA), Araripina, Pernambuco.

Link do currículo lattes ou código do ORCID

Ícaro Oliveira Bandeira³;

Faculdade Paraíso Araripina (FAP - MEDICINA), Araripina, Pernambuco.

<http://lattes.cnpq.br/4768923456314383>

João Antônio Gonçalves Filho⁴;

Faculdade Paraíso Araripina (FAP - MEDICINA), Araripina, Pernambuco.

<http://lattes.cnpq.br/2101228641640351>

Maria Clara da Silva Rodrigues⁵;

Faculdade Paraíso Araripina (FAP - MEDICINA), Araripina, Pernambuco.

<http://lattes.cnpq.br/2333287931169313>

Natalya Wegila Felix da Costa⁶;

Faculdade Paraíso Araripina (FAP - MEDICINA), Araripina, Pernambuco.

<http://lattes.cnpq.br/2496122071615765>

Sarah Soares de Melo⁷;

Faculdade Paraíso Araripina (FAP - MEDICINA), Araripina, Pernambuco.

<http://lattes.cnpq.br/5823934830087499>

Maria Misrelma Moura Bessa⁸;

Faculdade Paraíso Araripina (FAP - MEDICINA), Araripina, Pernambuco.

<http://lattes.cnpq.br/3037190997081177>

RESUMO: A fim de revelar o perfil quanto à aderência à puericultura na ESF Serra da Torre, em Araripina – PE em menores de dois anos, esse estudo foi feito através da análise de dados recolhidos pelos Agentes Comunitários de Saúde da respectiva área, juntamente com uma revisão bibliográfica. Tais dados demonstram que apesar de apenas uma das 79 crianças de zero a dois anos não ser cadastrada, o grau de efetividade total dos agendamentos de consultas foi apenas de 30,01%, seguindo com a análise foi possível entender alguns dos desafios expostos não só aos profissionais de saúde, mas também a própria comunidade, que vão de falta de transporte até falta de indisponibilidade para ir as consultas. Como consequência, vários problemas são gerados às crianças devido a essa baixa adesão, isso porque nessas consultas são investigados problemas específicos relacionados ao aleitamento materno, escabiose, desnutrição, pediculose, entre muitos outros, principalmente problemas respiratórios, resfriado comum, dermatite de contato e diarreia. Diante desses fatos, verifica-se também a dimensão do impacto da puericultura no processo saúde doença infantil, apontando a necessidade de sensibilizar a população sobre a importância da assiduidade à puericultura.

PALAVRAS-CHAVE: Puericultura. Criança. Saúde da criança.

ADHERENCE TO CHILD CARE CONSULTATIONS IN RURAL COMMUNITY IN THE SERTÃO PERNAMBUCANO

ABSTRACT: In order to reveal the profile regarding adherence to childcare at the ESF Serra da Torre, in Araripina - PE in children under two years of age, this study was conducted through the analysis of data collected by the CHAs in the respective area, along with a literature review. These data show that although only one of the 79 children from zero to two years old was not registered, the degree of total effectiveness of the appointments was only 30.01%, following the analysis it was possible to understand some of the challenges exposed not only to health professionals, but also to the community itself, ranging from lack of transportation to unwillingness to go to appointments. As a consequence, several problems are generated to the children due to this low adherence, because in these consultations specific problems related to breastfeeding, scabies, malnutrition, pediculosis, among many others, mainly respiratory problems, common cold, contact dermatitis, and diarrhea, are investigated. In view of these facts, the dimension of the impact of childcare on the health-disease process is also verified, pointing to the need to raise awareness among the population about the importance of attending childcare visits.

KEY-WORDS: Childcare. Child. Health child.

INTRODUÇÃO

A etimologia da palavra Puericultura traz a junção dos termos “Puer”: criança e “Cultur/Cultura”: criação, cuidados dispensados a alguém. Esse termo foi difundido pelo médico francês Caron, no ano de 1865, em seu manual com o título: “A puericultura ou a ciência de elevar higienicamente e fisiologicamente as crianças”. Ele observou que a maior parte das internações das crianças, em Paris, poderia ser evitada caso as mães tivessem melhores informações de cuidados para seus filhos (RICCO, 2000).

A puericultura veio como uma forma de difundir e ensinar a oferta de melhores condições de sobrevivência para as crianças, principalmente as lactentes e recém-nascidas, por serem mais jovens e com uma classe social menos favorecida no século XIX. Inicialmente, oferecia informações sobre higiene, nutrição e educação infantil. O objetivo central era a prestação de informações para as mães de forma a melhorar a sobrevivência, nutrição e crescimento das crianças, valorizando o binômio “mãe-filho” como modo empírico de importância nesse processo (PESSOA, 2013).

A importância da assistência à saúde da criança é considerada uma medida de fundamental importância durante essa fase da vida de maior vulnerabilidade, para a sobrevivência e o desenvolvimento da criança. Um acompanhamento orientado dos profissionais da saúde pode reduzir as chances de morbimortalidade e do aparecimento de doenças, o que viabiliza um crescimento saudável para as crianças assistidas pela puericultura (CAMPOS et al., 2010).

Para o Plano Nacional pela Primeira Infância (PNPI), documento político e técnico que orienta decisões com última atualização em 2020, a primeira infância compreende os primeiros 6 (seis) anos de vida, período relevante para a vida humana. Esse plano visa a promoção de uma política adequada que busca assegurar ações de proteção e promoção dos direitos da criança, na fase primária da infância, por meio das consultas de puericultura e do acompanhamento da caderneta da criança (BRASIL, 2020).

Diante desse conhecimento, estudou-se a ESF da Serra da Torre, situada no município de Araripina - PE, que assiste, em média, 3.000 (três mil) famílias cadastradas no e-SUS e possui abrangência real de aproximadamente 6.000 (seis mil) pessoas atendidas, compreendendo as áreas descobertas abrangidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) lotados na unidade. Tal unidade é composta por um médico, um profissional de enfermagem, um técnico em enfermagem e seis ACS, que atendem o binômio “mãe-filho” dessa região.

Assim, coletou informações sobre o número da adesão e da não adesão pela comunidade da Serra da Torre aos serviços de puericultura oferecidos pela sua unidade da Estratégia Saúde da Família (ESF), limitando o estudo às crianças na primeira infância, compreendidas na faixa etária de até 2 anos de idade, e de famílias cadastradas no sistema. Com isso, objetivou-se revelar o perfil quanto a adesão à puericultura na ESF Serra da Torre, em Araripina – PE.

METODOLOGIA

O estudo, de abordagem quantitativa, realizado na ESF Serra da Torre, no município de Araripina – PE, durante o período de 31 de maio a 12 de julho. Para isso, realizou-se uma reunião com as ACS da Unidade Básica de Saúde (UBS) e com a enfermeira preceptora da unidade, em 20 de junho de 2022, para a divulgação de um questionário, instrumento que foi utilizado para coletar os dados, as ACS preencheram de acordo com os dados da microárea correspondente.

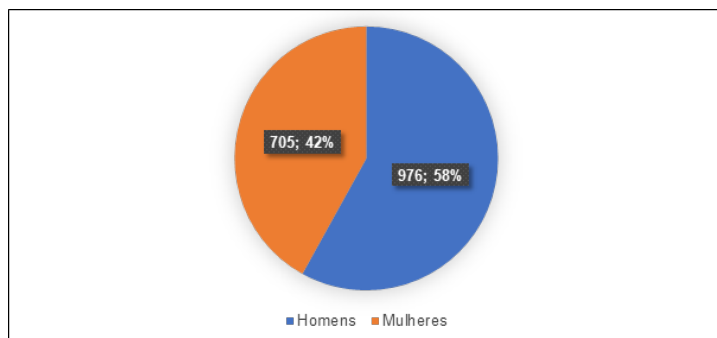
Além disso, foi solicitado dados de atendimento, presentes no sistema da unidade, que seria repassado pela enfermeira após serem liberados. Esses dados estavam incompletos devido a atualizações no sistema que a UBS utiliza e a perda dos dados. Eles se referem as seguintes informações: (1) número de crianças, de zero a dois anos, foram atendidas nos dias 04, 11, 18 e 25 de abril; e nos dias 02, 09, 16, 23 e 30 de maio de 2022, (2) número de crianças, de zero a dois anos, foram vacinadas nesses mesmos dias e (3) levantamento das mães que foram para a puericultura nessas datas solicitadas.

Após a coleta desses dados, traçou-se um trabalho de digitalização deles no Excel 2019 da Microsoft. Após isso, montou-se tabelas padronizadas com as respostas oriundas dos questionários direcionados para as ACS. Em seguida, procedeu-se a tabulação dos dados estatísticos e análises gráficas que nortearam o estudo para posterior comparação com outros achados literários para sedimentar os resultados deste trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com a análise dos dados obtidos, constatou-se que, 1681 são cidadãos cadastrados na UBS Serra da Torre (ST). Dentro desse total, 58% são homens e 42% são mulheres (976 e 705 respectivamente), de acordo com o Gráfico 1. Dessas mulheres, apenas 3% são gestantes como aponta o Gráfico 2. Esse percentual diminuído de gestantes foi justificado pela equipe, pois a maioria das gestações são planejadas nessa comunidade.

Gráfico 1: quantitativo de homens e mulheres cadastrados na UBS Serra da Torre.



Fonte: elaborado pelo autor (2022).

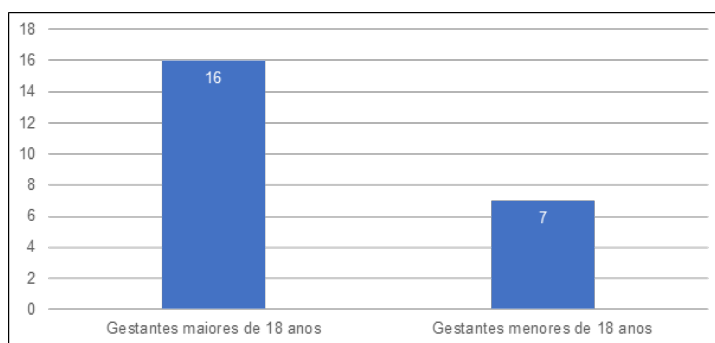
Gráfico 2: quantitativo de mulheres gestantes e não gestantes na UBS Serra da Torre.



Fonte: elaborado pelo autor (2022).

Realizou pesquisa em relação ao quantitativo de gestantes adolescentes para identificar se tinha alguma correlação com a adesão à puericultura. Segundo Ferraz, o aumento da incidência de gravidez na adolescência que envolve diversos fatores de risco, os quais, algumas vezes, se relacionam com menor presença nessas consultas e maiores negligências. No entanto, na comunidade da Serra da Torre, foi visto (Gráfico 3) que a maioria das gestações não são na adolescência e ocorrem de forma planejada. Além disso, foi relatado que até mesmo as mães jovens se mostram comprometidas com a presença na puericultura.

Gráfico 3: quantidade de gestantes menores e maiores de 18 anos na UBS Serra da Torre.



Fonte: elaborado pelo autor (2022).

Por outro lado, o que se nota no estudo é a falta às consultas agendadas. Em Ribeirão Preto, foi observado uma média de 22% ao mês, correspondendo a 800 consultas perdidas no município, já em Porto Alegre uma taxa de 30% e na Paraíba as taxas variaram entre 24% até 41%. Evidenciou-se que as causas alegadas da ausência são em sua maioria socioeconômicas e comportamentais, e que a justificativo “esquecimento da consulta” representa 23,5% das faltas. (GONZAGA, 2017).

Paralelamente, identificou-se, a partir dos dados presentes na Tabela 1, que diariamente ocorre uma discrepância entre o número de consultas agendadas e as

cadastradas no sistema (que representa as pessoas que compareceram à consulta), demonstrando o absenteísmo também presente na unidade Serra da Torre. Este fato ocorre devido a vários fatores, primeiramente a ESF estudada se localiza na zona rural, e uma das principais dificuldades é a locomoção por falta de transporte ou dependência de outras pessoas para se deslocar, outro fator é devido a mudanças climáticas, pois as chuvas dificultam ainda mais esse deslocamento.

Tabela 1: Efetividade das consultas, em números absolutos e relativos, no período de 04 de abril a 30 de maio de 2022, na Unidade Básica de Saúde Serra da Torre em Araripina – Pernambuco – Brasil.

Data	Agendamentos	Realizadas	Efetividade
04 de abril	10	03	30%
11 de abril	10	04	40%
18 de abril	11	02	18%
25 de abril	10	02	20%
02 de maio	03	...	
09 de maio	10	...	
16 de maio	13	-	46%
23 de maio	08	06	75%
30 de maio	08	08	100%
Total	83	25	30,01%

Fonte: Bandeira (2022).

- Notas: Sinais convencionais utilizados

... Dado numérico não disponível.

- Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

.. Não se aplica dado numérico.

Em sociedades mais carentes, existe uma menor busca ativa por informações relacionadas a agendamento de consultas e o respectivo comparecimento e obviamente a unidade deveria ser uma forma de divulgação. De modo paralelo à realidade da ESF Serra da Torre (Tabela 2), percebeu-se que a falta de acompanhamento estava mais associada à negligência dos pais, o que demonstra algo totalmente oposto para a realidade da ESF, pois ocorre disseminação eficiente sobre a importância da puericultura pela equipe multidisciplinar (FERRAZ, 2020).

Tabela 2: Consultas mais negligenciadas e a relevância delas para as mães, em números absolutos e relativos, na Unidade Básica de Saúde Serra da Torre em Araripina – Pernambuco – Brasil – 2022.

Consultas mais negligenciadas	%	Relevância e não relevância	Valores
1ª semana de vida	75%	Relevância	61
15 dias de vida	25%	Não relevância	16

Fonte: Bandeira (2022).

Diante dos resultados obtidos na Tabela 3, constatou-se uma diminuição na cobertura vacinal após o primeiro ano de vida, alguns fatores como os efeitos colaterais desencadeados pela vacina, disseminação virtual de notícias falsas, embasamentos culturais e políticos incentivam a não adesão ao calendário vacinal, conseqüentemente, esta população de menores de 2 anos, extremamente vulnerável, fica exposta a várias doenças, como o sarampo, caxumba e rubéola. Essa realidade local estudada converge com a realidade nacional, pois, de acordo com Beltrão (2020), verificou-se que ocorreu uma redução na cobertura vacinal nos anos de 2015 a 2019, variando entre 7 e 71%; e a média da redução da cobertura está entre 40 e 55%.

Tabela 3: Vacinação por dia, em números absolutos, das crianças menores que ou iguais a 2 anos, na Unidade Básica de Saúde Serra da Torre, no período de 04 de abril a 30 de maio de 2022, em Araripina – Pernambuco – Brasil – 2022.

Data	< 1 ano	≤ 1 ano	≤ 2 anos
04 de abril	04	02	01
11 de abril	03	...	...
18 de abril	01	...	...
25 de abril	11	01	01
02 de maio	04	09	03
09 de maio	05	03	01
16 de maio	...	...	...
23 de maio	...	...	...
30 de maio	04	...	02
Total	32	15	07

Fonte: Bandeira (2022).

Nota: Sinais convencionais utilizados

... Dado numérico não disponível.

Essa realidade da falta de vacinas é algo frequente, principalmente quando se trata de unidades de saúde rurais (como é o caso da ESF Serra da Torre), uma vez que a complexidade para o seu transporte até as unidades mais remotas ainda é um problema a ser superado diante de fatores como o manuseio, a conservação e a forma de transporte que são determinantes para que o imunobiológico possa chegar no devido estado eficaz (SANTOS, 2017).

Diante disso, a partir da análise dos resultados da Tabela 04, é possível verificar que a falta de transporte é o principal motivo (38%) que dificulta a vacinação das crianças de 0 a 2 anos, sendo que razões como a falta de vacina e a presença de febre na criança ficam em segundo lugar (ambos 25%), corroborando para essa queda vacinal infantil. Nesse sentido, o principal fator casuístico, segundo Silva Júnior et al., para o descumprimento do calendário vacinal dos menores de 2 anos, é a falta de imunobiológicos na unidade de saúde.

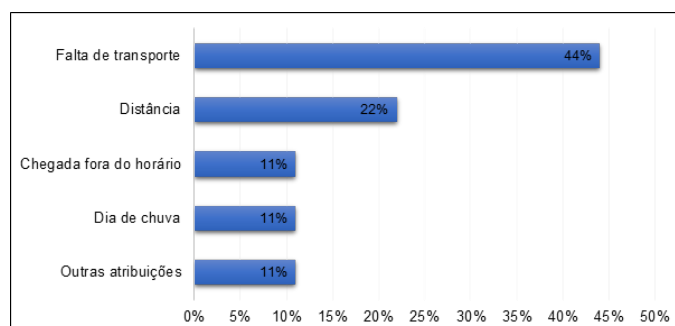
Tabela 4: Motivos para a não vacinação, em números absolutos, das crianças menores que ou iguais a 2 anos na Unidade Básica de Saúde Serra da Torre, em Araripina – Pernambuco – Brasil – 2022

Motivo	%
Febre	25%
Falta de transporte	38%
Falta de vacina	25%
Não informado	13%

Fonte: Bandeira (2022).

Segundo Pereira et al., a primeira infância (de zero a seis anos incompletos) é um momento crítico para o processo de desenvolvimento humano saudável e, com isso, a puericultura é uma das principais ferramentas na assistência à saúde infantil e, a assiduidade das crianças nessas consultas é capaz de minimizar riscos a sua saúde e ao seu crescimento e desenvolvimento, sendo fundamental que a mãe reconheça tal importância para que ela possa aderir a essas consultas. Apesar disso, ela ainda é bastante negligenciada por parte das mães, que justificam tal ausência nas consultas principalmente pela falta de transporte (44%), da distância (22%) e pela não pontualidade com o horário agendado (11%), como mostra o Gráfico 4.

Gráfico 4: motivos para a ausência nas consultas de puericultura na UBS Serra da Torre



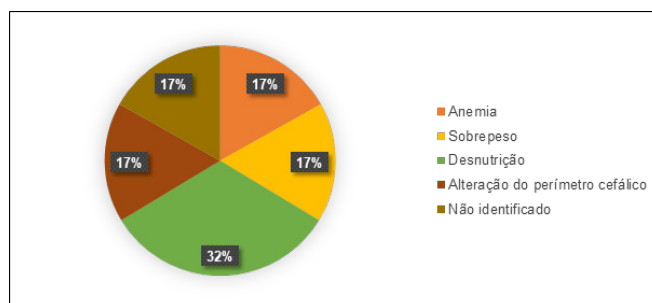
Fonte: elaborado pelo autor (2022).

Esse panorama é comum quando são avaliados os motivos pelos quais as mães não levam seus filhos às consultas, mais precisamente quando se trata do horário (que exige delas uma maior disponibilidade de tempo diante da demora com que são atendidas no serviço de saúde, mesmo que ela possua horário marcado individualizado) e de memória para lembrar da consulta marcada diante de outros afazeres domésticos e/ou profissionais (NETO et al., 2010).

Conseqüentemente, muitos problemas são gerados às crianças devido à baixa adesão à puericultura. Isso porque, nessas consultas, são investigados problemas específicos relacionados ao aleitamento materno, escabiose, desnutrição, pediculose, entre muitos outros, principalmente problemas respiratórios, resfriado comum, dermatite de

contato e diarreia (FERREIRA et al., 2019). Logo, quando essas consultas são ignoradas, muitos desses problemas são juntamente ignorados, podendo passar despercebidos pelas mães, principalmente os casos de desnutrição (33%), anemia, sobrepeso e alteração do perímetro cefálico (17%), como demonstra o Gráfico 5.

Gráfico 5: principais consequências decorrentes do acompanhamento inadequado da puericultura.



Fonte: elaborado pelo autor (2022).

CONCLUSÃO

Por meio da análise quantitativa e da revisão bibliográfica relatada no estudo, foi possível revelar o perfil quanto à adesão à puericultura na ESF Serra da Torre, em Araripina - PE. Verificou-se a dimensão do impacto da puericultura no processo saúde-doença infantil, sendo assim, a adesão às consultas funciona como prevenção de agravos e promoção à saúde.

Percebeu-se diversos fatores que se relacionam e interferem nesse contexto, que vão desde fatores socioeconômicos e comportamentais. Quanto à adesão, os principais motivos para não comparecimento foram a dificuldade de locomoção, ausência do imunobiológico na unidade, negligência dos pais, mudanças climáticas, dificuldade de busca ativa por informações e disseminação de notícias falsas.

O estudo aponta a necessidade de sensibilizar a população sobre a importância da assiduidade à puericultura, contemplando todas as fases de crescimento e desenvolvimento infantil de maneira adequada, uma vez que interfere diretamente na qualidade de vida em todas as etapas da vida.

Além disso, a autoria desse estudo pretende que essa observação realizada acerca dos cuidados à criança possa gerar maiores contribuições para o que tem sido estudado sobre o mesmo assunto e, também possa ajudar na divulgação de novos conhecimentos e dados obtidos acerca dessa temática.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

BELTRÃO, Renata Paula Lima et al. **Perigo do movimento antivacina: análise epidemiológica do movimento antivacinação no Brasil**. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 12, n. 6, p. e3088-3088, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional Primeira Infância: 2010 - 2022 | 2020 - 2030 / Rede Nacional Primeira Infância (RNPI); ANDI Comunicação e Direitos. - 2ª ed. (revista e atualizada). - Brasília, DF: RNPI/ANDI, 2020.

CAMPOS, F.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação de Saúde**. 2.ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010.

FERRAZ, SIMONE VIEIRA. **BAIXA ADESÃO ÀS CONSULTAS DE PUERICULTURA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO INTERIOR DE ALAGOAS**.

Ferreira FÂ, Freitas RSC, Santos MCS dos, Silva SRM, Silva AM da, Santos MKS. Consulta de puericultura: problemas encontrados em menores de 2 anos. **Rev enferm UFPE on line**. 2019;13:e240072 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.240072>.

GONZAGA, Fernando Martins. **Absenteísmo em consultas agendadas na Unidade Básica de Saúde Teotônio Vilela**. Universidade Federal de São Paulo. 2017.

NETO, F. R. G. X. et al. Porque eu não levo meu filho para a consulta de puericultura. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.** 2010; 10 (2): 51-9.

PEREIRA, A. de M. F.; SILVA, D. O. da; MESSIAS, K. R. L.; PEDROSA, A. K.; BEZERRA, A. S. de C. E.; CAVALCANTE, T. C. S.; MIYAZAWA, A. P. Consulta de enfermagem em puericultura segundo a visão materna: uma revisão integrativa. **Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde - UNIT - ALAGOAS**, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 55–66, 2012.

PESSOA J. H. L. **Puericultura: Conquista da saúde da criança e do adolescente**. 1 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2013.

RICCO, Rubens Garcia e DEL CIAMPO, Luiz Antonio e ALMEIDA, Carlos Alberto Nogueira de. **Puericultura: princípios e práticas: atenção integral à saúde da criança**, São Paulo: Atheneu, 2000. Acesso em: 28 jul. 2022.

SANTOS, Evelin Placido dos. Guia de boas práticas em imunização em áreas remotas de difícil acesso. **Sociedade Brasileira de Imunização**, Mato Grosso, 2017.

CABRAL, Maria Clara de Brito et al.,. **ADESÃO ÀS CONSULTAS DE PUERICULTURA EM COMUNIDADE RURAL NO SERTÃO PERNAMBUCANO**. Cidade: Omnis Scientia, 2022.

ANÁLISE DA IMPORTÂNCIA DA VACINA HPV: DISPONÍVEL NOS POSTOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JOÃO LISBOA (MA)

Ana Maria Ferreira dos Santos Torres¹;

Faculdade Cidade de Guanhães - FACIG, Guanhães, Minas Gerais.

<http://lattes.cnpq.br/2575084297303474>

Célia Matos de Oliveira²;

Universidade Estadual do Maranhão (UEMA), Imperatriz, Maranhão.

<http://lattes.cnpq.br/9483596625359736>

Juciana Ferreira dos Santos Torres³.

Universidade Estadual do Maranhão (UEMA), Imperatriz, Maranhão.

<http://lattes.cnpq.br/2416654678539235>

RESUMO: O Papiloma Vírus Humano, é um vírus causador de uma doença viral, responsável por câncer no colo do útero e verrugas no órgão genital. A principal forma de transmissão é via sexual. A maioria das infecções causados por HPV é assintomático ou inaparente, tanto quanto homens e mulheres podem está infectados pelo vírus sem apresentar sintomas, podendo infectar outros indivíduos pelo contato sexual, sendo assim o homem o maior propagador. Atualmente, o Sistema Único de Saúde (SUS), disponibiliza a “Vacina Quadrivalente” que previne os variados tipos de HPV. Disponível em todo o território nacional a partir de 2014, o programa visa imunizar ambos os sexos a partir de 9 a 14 anos de idade, pois acredita-se que a eficácia é maior antes da prática sexual. Contudo a área de estudo foi realizada no município de João Lisboa (MA), a 12 km de Imperatriz (MA), com análises de dados obtidas ao Sistema de Informação Nacional de Imunização, juntamente a Secretaria de Saúde de João Lisboa, entre os anos de 2014 a 2017. A pesquisa foi realizada entre as seis unidades de Saúde, no qual, podemos constatar que desde o início da campanha, após a primeira dose D1 a procura tem reduzido para efetivação da segunda dose D2. Mais precisamente pelo sexo masculino. Sendo necessárias algumas mudanças, para atingir o público alvo na aplicação das duas doses D1 e D2, ou seja; por adolescentes entre 9 a 14 anos de idade.

PALAVRAS-CHAVE: Papiloma Vírus Humano (HPV). Vacina Quadrivalente. Campanha - João Lisboa (MA).

THE IMPORTANCE OF THE HPV VACCINE: AVAILABLE IN HEALTH CENTERS IN THE MUNICIPALITY OF JOÃO LISBOA (MA)

ABSTRACT: The Human Papilloma Virus is a virus that causes a viral disease, responsible for cervical cancer and warts in the genital organ. The main form of transmission is sexual. Most infections caused by HPV are asymptomatic or inapparent, as much as men and women can be infected by the virus without showing symptoms, being able to infect other individuals through sexual contact, thus the man is the biggest spreader. Currently, the Unified Health System (SUS) provides the “Quadrivalent Vaccine” that prevents the various types of HPV. Available nationwide from 2014, the program aims to immunize both sexes from 9 to 14 years of age, as it is believed that the effectiveness is greater before sexual practice. However, the study area was carried out in the municipality of João Lisboa (MA), 12 km from Imperatriz (MA), with data analyzes obtained from the National Immunization Information System, together with the João Lisboa Health Department, between the years from 2014 to 2017. The research was carried out among the six health units, in which we can see that since the beginning of the campaign, after the first D1 dose, demand has reduced for the second D2 dose. More precisely by the male sex. Some changes are necessary to reach the target audience in the application of the two doses D1 and D2, that is; by adolescents between 9 and 14 years of age.

KEY-WORDS: Human Papilloma Virus (HPV). Quadrivalent Vaccine. Campaign - João Lisboa (MA).

INTRODUÇÃO

Atualmente de acordo com Panobianco et al (2013) “Identificou-se que o início da atividade sexual tem acontecido mais cedo nas últimas décadas, fato que sugere uma importante causa para o aumento da prevalência de HPV e as lesões causadas por sua infecção.” O Papilomavírus humano (HPV) pertence à família dos Papovavírus ou Papovaviridae e é responsável por uma infecção de transmissão sexual, conhecida como condiloma acuminado, verruga genital ou também crista de galo. Há cerca de 120 tipos, sendo que 36 deles podem infectar o trato genital.

Uma das metas aqui propostas é de acompanhar ações, que contribuem a promoção de informações da vacina contra HPV - Human Papiloma Vírus, dentre outras vacinas disponíveis em postos de saúde gratuitas pelo SUS - Sistema Único de Saúde; promovidas pelo Ministério da Saúde (MS) a adolescentes com faixa etária entre 9 a 14 anos de idade.

O projeto justifica-se pela necessidade de conscientização por parte da população em geral aos pais em relação à necessidade da vacinação para adolescentes na faixa etária de 9 a 14 anos de idade, comumente estudantes das séries iniciais do 4° ao 9° ano das séries finais das redes escolares, quer seja pública ou privada. Visto que, atualmente

houve uma queda na procura até então da vacina HPV; segundo informações da secretaria de saúde do município de João Lisboa-MA. Município com aproximadamente 23.133 mil habitantes apresentados pelo IBGE (2010).

Este trabalho almeja corroborar com a secretaria de saúde de João Lisboa-MA, de forma sucinta quanto às metas já proposta pelo Ministério da Saúde até então desenvolvidas nos postos da zona urbana e rural. Anualmente é realizado campanhas de vacinação com a Secretaria Municipal de Saúde do município de João Lisboa-MA. Ações como estas realizadas em todo o território nacional. Compostos por secretárias de saúde, juntamente com a Coordenação de Imunização do município. Programas como este, podem ajudar a evitar sistematicamente a propagação de vítimas do vírus HPV, quando não a evolução de casos de cânceres.

De acordo com os dados adquiridos ao sistema de informação do Programa Nacional de Imunização - PNI criado em 1973, por determinação do ministério da saúde com objetivos para coordenar ações de imunizações sendo assim; a proposta básica se baseia na elaboração de documentos por técnicos do Departamento Nacional de Profilaxia e Controle de Doenças (Ministério da Saúde) e da Central de Medicamentos. Em seguida em 1975 foi institucionalizado o PNI, resultante do somatório de fatores de âmbito nacional e internacional, que convergiam para estimular e expandir a utilização de agentes imunizantes, buscando a integridade das ações de imunizações realizadas no país.

No entanto o sistema foi criado para possibilitar aos gestores envolvidos no Programa Nacional de Imunização, para uma avaliação dinâmica do risco quanto à ocorrência de surtos ou epidemias, a partir do registro dos imunobiológicos aplicados e do quantitativo populacional vacinado, agregados por faixa etária período de tempo e área geográfica. Contudo buscamos assim analisar e estudar os dados obtidos, junto a Secretaria de Saúde desde o início da campanha correspondente ao ano de 2014 até o ano de 2017. E a partir daí destacar melhores ações para o desenvolvimento deste programa.

É nesse sentido que esta pesquisa se insere apresentando como objetivo geral, - Compreender com base em estudos da importância da vacina gratuita disponível pelo Sistema Único de Saúde (SUS), contra o vírus do Papiloma Humano (HPV). Na prevenção de doenças como o câncer de colo de útero. Já como objetivos específicos, têm-se como o que se segue: a) Coletar dados sobre o andamento da campanha da vacina contra o HPV, na Secretaria Municipal de Saúde de João Lisboa (MA), juntamente aos Postos inseridos na área urbana e rural; b) Constatar plano de ação participativo, no controle e averiguação do retorno após seis meses da primeira dose da vacina contra o HPV; e c) Identificar os desafios encontrados com a implementação da vacina HPV.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa transversal, sobre conhecimento do Papiloma Vírus Humano (HPV), vírus que pode causar câncer do colo do útero; ele é altamente contagioso, principalmente pelo contato sexual. Em seguida sobre a vacina Quadrivalente contra o HPV, sendo até então o método mais seguro disponível gratuitamente pelo SUS.

Contudo, a partir de análises de dados obtidos durante a pesquisa de campo, adquiridos nos Postos de Saúde juntamente a Secretaria de Saúde, do Município de João Lisboa (MA) e ao SI-PNI - Sistema de Informação do Programa de Imunização. Corroborar identificando desde o início da campanha, compreendidos entre os anos de 2014 a 2017, o andamento e avanços até então adquiridos. E outrora possíveis ações não esperadas.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O presente capítulo apresentará os resultados da pesquisa. Neles estão contidas informações obtidas ao Sistema de Informação Nacional de Imunização, juntamente a Secretaria de Saúde de João Lisboa, sua localização aliada as informações das Campanhas realizadas em Postos de Saúde das zonas rurais e urbanas do município estudado.

Figura 01: Localização de João Lisboa (MA).



Fonte: www.google.com.br.

A área de estudo (Figura 01) abrange 1.135,211 km², localizada no Sudoeste do Estado do Maranhão, a 650 km da Capital São Luís, está entre os 16 municípios pertencentes à microrregião de Imperatriz. Os municípios limítrofes com a área de João Lisboa são: Imperatriz, São Francisco do Brejão, Senador La Roque, Açailândia e Amarante do Maranhão.

Emancipada em 22 de dezembro de 1961, antes pertencia ao município de Imperatriz. De acordo com IBGE, a população é estimada em 23.232 habitantes (IBGE, 2010). Por ser bem próxima a cidade de Imperatriz, João Lisboa dispõe de diversos serviços ofertados, por isso que atualmente Imperatriz se destaca como média cidade.

Responsável pelo acesso dentre outros serviços, aos sistemas como o rodoviário pela Rodovia Pedro Neiva de Santana, MA-122 e BR-010, com acesso para Senador La Rocque, Buritirana, Amarante e várias outras localidades menores. Dinamizam também por estradas vicinais com acesso a povoados pertencentes a João Lisboa, no qual compõem a pesquisa, dentre os 6 postos de saúde.

ESTRUTURA VIRAL

De acordo com o International Council on the Taxonomy of Viruses (ICTV), o HPV pertence a família Papillomaviridae, que compreende os gêneros papilomavírus Alfa, Beta, Gama, Delta, Kappa, entre outros (VILLA et al., 2004; BERNARD, 2005). Clinicamente, o gênero mais importante é o Alfa-papilomavírus, por conter todos os tipos de HPV associadas às lesões mucosa genital. Este gênero inclui as espécies 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10. O HPV 16, por exemplo, está classificado no gênero alfa, espécie 9 (BERNARD, 2005).

O HPV é um vírus pequeno, com 55 nanômetros de diâmetro, não envelopado, apresentando simetria icosaédrica. As partículas virais consistem em uma única molécula de DNA circular de fita dupla de aproximadamente 8000 pares de bases (pb) envolvidas com histonas H2a, H2b, H3, formando um complexo contido no capsídeo, composto por 72 capsômeros. O genoma do HPV pode ser dividido em três regiões principais: precoce ou Early (E), a região tardia ou Late (L) e a região regulatória Long Control Region (LCR), que contém uma variedade de elementos que regulam a replicação viral e a expressão genética (MUNGER et al., 2004).

Os papilomavírus codificam duas proteínas estruturais do capsídeo: a sua estrutura ocorre em pentâmeros. A L2 é a menor e cada partícula tem 12 cópias e localiza-se no centro do pentâmero formado pelas proteínas L1 (NADAL; MANZIONE, 2006). A diferenciação dos HPVs é feita através da comparação da sequência de nucleotídeos do seu DNA, sendo que um novo tipo de HPV é reconhecido quando a sequência de nucleotídeos da região L1 apresenta diferenças maiores que 10% em relação aos vírus já existentes (FREITAS, et al., 2007; de PAULA, et al., 2007).

A IMPORTÂNCIA DA VACINA

Em 2014, o Sistema Único de Saúde (SUS) lançou uma campanha nacional para imunizar meninas de 11 a 13 anos contra o HPV. Contudo atualmente abrange idades de 9 a 14 anos de idade, não somente para meninas, mas para ambos os sexos. A vacina aplicada no Brasil é a quadrivalente, recomendada pela Organização Mundial da Saúde, com eficácia de 98%, protegendo o indivíduo dos tipos 6, 11, 16 e 18 da doença. Porém no Brasil foram aprovadas duas vacinas profiláticas contra o HPV, sendo elas a bivalente da GlaxoSmithKline (2009) e a quadrivalente da Merck Sharp e Dohme (2006) (GIRALDO, P. C et al., 2008).

De acordo com a ANVISA, o custo máximo da vacina para as clínicas pode variar de R\$ 481,93 a R\$ 495,28. Mas a mesma adverte sobre a variação do custo, informa a ANVISA e a Sociedade Brasileira de Imunologia, pode ainda incidir os serviços prestados pela clínica de imunização (atendimento, armazenagem do produto e equipe técnica). Segundo registros a *Agência Brasil* fez um levantamento, conforme 11 clínicas pesquisadas apenas duas apresentaram preço final ao consumidor acima da tabela da Anvisa, ao incluir os serviços profissionais: uma em Belém (PA), por R\$ 562,00, e outra na cidade de Santos (SP) que é vendida por R\$ 510,00.

Porém o lugar mais próximo onde há uma clínica que comercializa a vacina Quadrivalente custa R\$ 550,00 em Imperatriz (MA), a 12 km da área de estudo. Denominada “Pediatras Vacinações” (Pró Infância), empresa privada com banco de vacinas variadas. Ambiente bem movimentado sendo a única da cidade.

ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram disponibilizados por a Secretária de Saúde de João Lisboa, analisados por meio dos softwares Excell 2010 e Word 2019. Foram obtidos dados de 02 - unidades básicas de saúde, 03 - Postos de Saúde, e 01 - Unidade de Saúde da Família, sendo efetuados a campanha no Hospital Municipal de João Lisboa – HMJL somente no primeiro ano da Campanha. Comumente somam seis unidades de saúde para análises dos dados.

CAMPANHA DE 2014

O ano de 2014, (Tabela 01) sabe se que foi o ano da abertura da Campanha da Vacina HPV, no qual a vacina proposta pelo Ministério da Saúde esteve disponível inicialmente somente para meninas, porém sendo disponível para ambos os sexos a partir do ano de 2017.

Sendo assim, o ano de 2014 foi o ano de maior demanda quando analisamos as idades até então permitidas para vacinação, que foram disponíveis entre 11 a 13 anos. Pois comparados aos anos posteriores; porém com destaque, pois apesar dos registros serem maiores houve também um aumento na idade para aplicações; antes disponíveis para 11, 12 e 13 anos de idade, alternando assim para a partir de 9 e 10 anos, para aplicações da vacina quadrivalente HPV.

Ademais, notamos que houve uma defasagem quanto à procura da segunda (D2) dose por meninas de 11 e 12 anos, resultando-se assim que 56% das meninas de 11 anos que tomaram a primeira dose, não procuraram as unidades para aplicação da segunda dose, diferente quanto à procura por meninas de 13 anos onde a procura chega a ser quase absoluta 99% da primeira dose, quando referentes à soma da segunda dose.

Há de se observar também que como mencionado à cima que a campanha realizada no HMJL, ocorreu somente na aplicação da primeira dose. Não havendo assim registros da segunda dose. Segundo informações a administração relata que, por se tratar do início da campanha houve aplicações no Hospital Municipal somente no primeiro semestre, ou seja, foram efetivadas somente aplicações da primeira dose e a segunda nos postos de saúde.

Tabela 01: Relatório aplicações da vacina quadrivalente no município de João Lisboa (MA) – 2014.

SI-PNI SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO								
RELATÓRIO DE DOSES APLICADAS - 2014								
IMUNOBiolÓGICO: HPV QUADRIVALENTE								
SEXO:FEMININO								
CNS	ESTABELECIMENTO	11 ANOS		12 ANOS		13 ANOS		SUBTOTAL
	UBS / PS / USF / HMJL	D1	D2	D1	D2	D1	D2	
2457881	UBS CENTRO	57	37	55	44	83	53	329
2457903	PS CENTRO DOS CARLOS	36	26	37	29	24	21	173
2457911	HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO LISBOA	3	0	4	0	5	0	12
2457938	PS AGRIPINO MARTINS JORGE	20	7	22	16	16	14	95
2457946	UBS CIDADE NOVA	84	22	80	56	57	86	385
3248844	PS NORTE SUL	20	4	17	10	15	10	76
6119151	USF MUTIRÃO	46	23	37	37	36	51	230
	TOTAL	266	119	252	192	236	235	1.300

Fonte: Adaptado de DATASUS (2017)

CAMPANHA DE 2015

O ano de 2015 foi o segundo ano da campanha, (Tabela 02) houve um aumento superior a 25%, pois acredita-se que o aumento de fato ocorreu devido a oferta de idade ser maior, antes apenas três idades eram permitidas a vacinação em adolescentes com (11, 12 e 13 anos), acrescentando para cinco a faixa de idades permitidas; sendo assim, (9, 10, 11, 12 e 13 anos). Podemos observar que a menor e maior procura consequentemente ocorreram nas idades de 13 e 10 anos; em ambas dosagens.

Porém há um aumento considerável na procura da segunda dose: - D2 2014; podendo ser justificável se compararmos o ano anterior, pois 208 adolescentes não tomaram a segunda dose. Acredita-se que é porque a procura da segunda dose não foram efetivadas no período correto de 6 meses após a primeira dose. Porém, ato contra indicado quanto as recomendações laboratoriais, comprometendo assim a eficácia da vacina.

Tabela 02: Relatório aplicações da vacina quadrivalente no município de João Lisboa (MA) – 2015.

SI-PNI SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO												
RELATÓRIO DE DOSES APLICADAS - 2015												
IMUNOBIOLOGICO: HPV QUADRIVALENTE												
SEXO: FEMININO												
CNS	ESTABELECIMENTO	9 ANOS		10 ANOS		11 ANOS		12 ANOS		13 ANOS		SUBTOTAL
	UBS / PS / USF / HMJL	D1	D2	D1	D2	D1	D2	D1	D2	D1	D2	
2457881	UBS CENTRO	79	31	113	34	91	45	18	13	19	25	468
2457903	PS CENTRO DOS CARLOS	34	44	30	34	15	34	0	3	0	6	200
2457938	PS AGRIPINO MARTINS JORGE	18	37	16	45	16	27	1	10	0	5	175
2457946	UBS CIDADE NOVA	76	57	73	47	61	62	2	20	4	9	411
3248844	PS NORTE SUL	15	37	8	33	11	41	3	13	0	3	164
6119151	USF MUTIRÃO	29	42	25	49	12	47	3	1	2	2	212
TOTAL		251	248	265	242	206	256	27	60	25	50	1.630

Fonte: Adaptado de DATASUS (2017)

CAMPANHA DE 2016

No ano de 2016 (Tabela 03) a procura cai drasticamente, com uma queda de 80% neste ano. Sendo notável a procura apenas por meninas de 9, 10 e 11 anos.

Tabela 03: Relatório de aplicações da vacina quadrivalente no município de João Lisboa (MA) – 2016.

SI-PNI SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO												
RELATÓRIO DE DOSES APLICADAS – 2016												
IMUNOBIOLOGICO: HPV QUADRIVALENTE												
SEXO: FEMININO												
CNS	ESTABELECIMENTO	9 ANOS		10 ANOS		11 ANOS		12 ANOS		13 ANOS		SUBTOTAL
	UBS / PS / USF / HMJL	D1	D2	D1	D2	D1	D2	D1	D2	D1	D2	
2457881	UBS CENTRO	13	3	10	10	4	10	0	6	0	5	61
2457903	PS CENTRO DOS CARLOS	9	0	17	0	14	0	0	0	0	0	40
2457938	PS AGRIPINO MARTINS JORGE	11	6	9	4	12	0	0	17	0	14	73
2457946	UBS CIDADE NOVA	13	1	12	7	0	5	1	10	0	0	49
3248844	PS NORTE SUL	4	0	0	0	10	0	0	0	0	0	14
6119151	USF MUTIRÃO	30	2	0	8	0	0	0	0	0	18	58
TOTAL		80	12	48	29	40	15	1	33	0	37	295

Fonte: Adaptado de DATASUS (2017)

Os demais anos restam distorções, pois não há registros de dosagens da primeira dose entre as idades de 12 e 13 anos; restando assim lacunas. Porém comumente é notável a procura efetivadas pela segunda dose; 70 adolescentes tomaram a D2, no entanto há somente 01 (um) registro D1. Restando assim algo preocupante pelo insucesso, ou seja, a não procura/efetivação durante a campanha de 2016.

CAMPANHA DE 2017 (SEXO FEMININO)

Tabela 05: Relatório de aplicações da vacina quadrivalente no município de João Lisboa (MA) – 2017.

SI-PNI SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO														
RELATÓRIO DE DOSES APLICADAS – 2017														
IMUNOBIOLOGICO: HPV QUADRIVALENTE												SEXO: FEMININO		
ESTABELECIMENTO		9 ANOS		10 ANOS		11 ANOS		12 ANOS		13 ANOS		14 ANOS		SUBTOTAL
CNS	UBS / PS / USF / HMJL	D1	D2	D1	D2	D1	D2	D1	D2	D1	D2	D1	D2	
2457881	UBS CENTRO	8	0	5	0	4	0	6	7	3	4	0	0	37
2457903	PS CENTRO DOS CARLOS	3	0	1	0	3	2	19	2	9	3	0	0	42
2457938	PS AGRIPINO MARTINS JORGE	2	0	0	0	5	0	5	2	6	0	0	0	20
2457946	UBS CIDADE NOVA	12	6	7	4	1	1	0	1	0	4	0	0	36
3248844	PS NORTE SUL	6	0	0	0	2	0	2	0	4	0	0	0	14
6119151	USF MUTIRÃO	5	3	3	2	8	2	7	1	2	2	0	0	35
TOTAL		36	9	16	6	23	5	39	13	24	13	0	0	184

Fonte: Adaptado de DATASUS (2017)

O ano de 2017, até então os dados obtidos na (Tabela 05) são parciais restando ainda dois meses para o término do ano. Não sendo assim possível uma análise precisa por conta dos dados não inclusos. Cabe aqui destacar que apesar da oferta e ampliação disponível com aumento na idade de 9 a 14 anos, além dos registros da primeira dose serem demasiadamente poucos, a segunda dose D2 também são poucos os registros se comparados a D1.

CAMPANHA DE 2017 (SEXO MASCULINO)

Somente no ano de 2017, enfim se expande também para meninos (sexo masculino) sendo o Brasil mundialmente o sétimo país a incluir meninos. Porém não sendo possível uma análise precisa por se tratar do ano vigente e início da campanha também para o sexo masculino. Porém nota-se uma procura bem inferior quando comparados ao sexo feminino, principalmente por se tratar do início da campanha como mencionado à cima.

De acordo com os dados obtidos 125 é a soma até então de vacinas aplicadas no sexo masculino, porém crianças de 9 anos não há registros de vacinas aplicadas, sete crianças de 10 anos tomaram a primeira dose, dez crianças de 11 anos tomaram, sessenta e três adolescentes de 12 anos tomaram a primeira dose, totalizando assim o maior registro; trinta e nove adolescentes de 13 anos tomaram, e apenas quatro de 14 anos estiveram nos Postos de Saúde efetivando a vacina.

Tabela 06: Relatório de aplicações da vacina quadrivalente no município de João Lisboa (MA) – 2017.

SI-PNI SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO														
RELATÓRIO DE DOSES APLICADAS - 2017														
IMUNOBIOLOGICO: HPV QUADRIVALENTE													SEXO: MASCULINO	
ESTABELECIMENTO		9 ANOS		10 ANOS		11 ANOS		12 ANOS		13 ANOS		14 ANOS		SUBTOTAL
CNS	UBS / PS / USF / HMJL	D1	D2	D1	D2	D1	D2	D1	D2	D1	D2	D1	D2	
2457881	UBS CENTRO	0	0	0	0	0	0	15	0	18	0	0	0	33
2457903	PS CENTRO DOS CARLOS	0	0	6	0	8	0	17	2	7	0	0	0	40
2457938	PS AGRIPINO MARTINS JORGE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2457946	UBS CIDADE NOVA	0	0	0	0	1	0	12	0	10	0	4	0	27
3248844	PS NORTE SUL	0	0	0	0	0	0	10	0	0	0	0	0	10
6119151	USF MUTIRÃO	0	0	1	0	1	0	9	0	4	0	0	0	15
TOTAL		0	0	7	0	10	0	63	2	39	0	4	0	125

Fonte: Adaptado de DATASUS (2017)

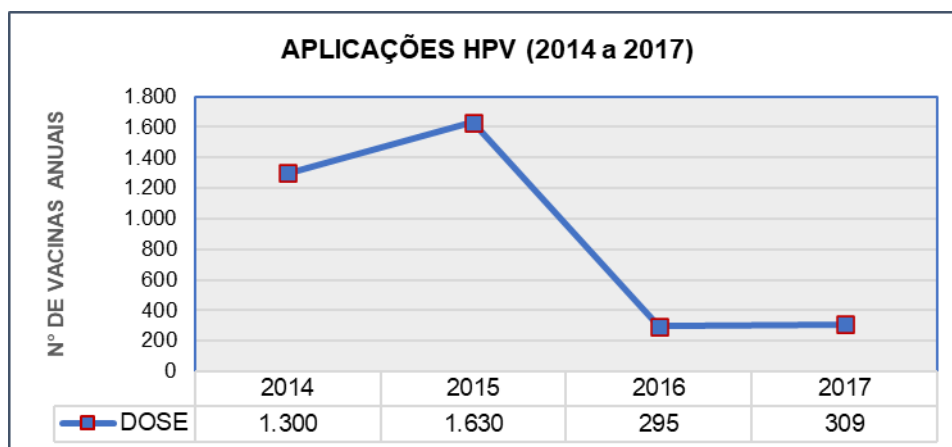
Destaque também entre as unidades de vacinações, no qual o Posto de Saúde dos Centro dos Carlos localizado na zona rural liderando com maior registro: 40 vacinações efetivadas. Tendo em vista a necessidade de mudanças, nos hábitos pra que adolescentes procurem desde cedo atendimento médico.

Outra é fato que os homens ainda são minoria entre os que procuram atendimento médico: por isso mesmo, algumas medidas como a criação da campanha do “Agosto Azul”, segurada pela lei estadual de número 17.099/2012 devido a resistência por muitos homens em cuidar da própria saúde.

REGISTROS DA CAMPANHA 2014 A 2017

A presente pesquisa, (Figura 02) conclui que durante o período da campanha desde 2014, foram registrados 3.532 a soma total de vacinas aplicadas até então. Sendo o ano de 2015 representando 46% com ano de mais aplicações de vacinas contra o HPV, totalizando 1.628 aplicações. E ao oposto o ano de 2016 o ano com menores índices registrados, sendo apenas 8%. Porém considerando a média anual 883, um número relativo considerável. Mas não podendo ser admissível, pois atualmente os números se tornaram ínfimos, se tornando uma preocupação municipal.

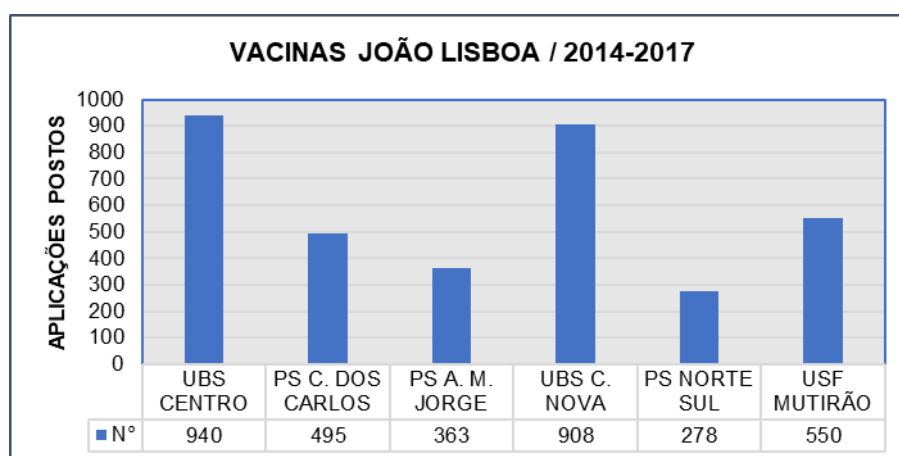
Figura 02: Aplicações Anuais da Vacina HPV em João Lisboa (MA).



Fonte: Adaptado de DATASUS (2017)

O estudo também analisou os números entre as unidades de saúde. Como descritos na (Figura 03), o Posto de Saúde do Centro; há maiores registros localizado na zona urbana quanto aos dados. E o Posto de Saúde do Centro dos Carlos da zona rural totaliza 495 aplicações.

Figura 03: Aplicações por Unidades Básicas de Saúde de João Lisboa (MA).



Fonte: Adaptado de DATASUS (2017)

Sendo assim são 06 (seis) postos de saúde, ambos registrados ao Cadastrado Nacional de Saúde – CNS, dentre as unidades temos: 04 (quatro) na zona urbana e 02 (duas) na zona rural. Todos bem localizados, de fácil acesso são prédios próprios e de boas estruturas: a) CNS 2457881 – Unidade Básica de Saúde Centro; b) CNS 3248844 – Posto de Saúde Norte Sul; (João Pereira Diniz); c) CNS 2457946 – Unidade Básica de Saúde Cidade Nova; d) CNS 6119151 - Unidade Saúde da Família Mutirão (Francisco de Assis Brito); e) CNS 2457903 – Posto de Saúde dos Centros dos Carlos. (José Osmar); e f) CNS 2457938 – Posto de Saúde Agripino Martins Jorge. Localizado no povoado Bom Lugar.

CONCLUSÃO

A presente pesquisa, aborda a necessidade de um acompanhamento regido de normas para que ocorra de fato a efetivação na proteção de mais crianças ou adolescentes, protegidos de eventuais doenças acometidas pelo vírus HPV. Segundo o Ministério da Saúde, esta doença do HPV anualmente lidera o ranque da 4^o posição com maiores vítimas fatais no Brasil.

A proteção promovida a crianças e adolescentes, viabiliza algo a longo prazo, onde busca-se fazer preventiva de ordem primária, pois os gastos podem ser menores do que tratar doenças. Durante a pesquisa identificamos alguns desafios enfrentados por equipes de imunização, como: rejeição de algumas mães pelo fato de achar que permitindo a vacina, seria um incentivo às crianças terem relações mais cedo.

Com suportes mais eficientes para as equipes regidas por ambas as áreas referentes a equipes de saúde e a escola, especialistas como: psicólogos, assistentes sociais, agentes de saúde, enfermeiros, pedagogos e professores; devem trabalhar em conjunto, com realizações de palestras e campanhas, conscientizando a importância da vacina contra o vírus HPV.

Sendo um direito da família, cabendo ao profissional Assistente Social tornar-se assim acessível a todos. Com ênfase em projetos de desenvolvimento com iniciativas em conjunto aos órgãos competentes como; a família, escola e secretarias de saúde. Priorizando o bem estar social, com a inclusão da comunidade em geral ações voltadas à proteção inicial aos adolescentes, promovendo assim; condições saudáveis a saúde futura de jovens, ao iniciarem sua vida sexual.

Propomos que o município, ou seja, a Secretária de Saúde desenvolva nas escolas um acompanhamento escolar de crianças que tomaram ou não as vacinas, no entanto quando não ocorre aceitação é necessária à assinatura do responsável no Termo de Autorização ou de Recusa à Vacinação HPV, das ações, quanto a vacina, pois é muito importante esse controle. Priorizando sempre a prevenção.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

Assembleia Legislativa do Estado do Paraná. **Nova campanha do Agosto Azul é lançada na Assembleia Legislativa.** Disponível em: <<http://www.assembleia.pr.leg.br/comunicacao/noticias/nova-campanha-do-agosto-azul-e-lancada-na-assembleia-legislativa-1>>. Acesso em: 10. jul. 2022.

BERNARD, H. U. **The clinical importance of the nomenclature, evolution and taxonomy of human papillomaviruses.** J Clin Virol. 32:16-24, 2005.

FREITAS, T. P.; CARMO, B. B.; PAULA, F. D.; RODRIGUES, I. f.; FERNADES, A. P. **Molecular detection of HPV 16 and 18 in cervical samples of patients from Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil.** Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo, São Paulo, v. 49, n.5, p.297-301,2007.

GIRALDO, P. C.; SILVA, M. J. P.; FEDRIZZI, E. N.; GONÇALVES, A. K. S.; AMARAL, R. L. G.; JUNIOR, J. E.; FIGUEIREDO, I. V. **Prevenção da infecção por HPV e lesões associadas com o uso de vacinas.** DST – J bras Doenças Sex Transm; 20(2):132-140, 2008.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sistema de avaliação do Programa de Imunização – PNI/API.** Rio de Janeiro: IBGE, 1959.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População e domicílios em grade estatística.** Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 03. nov. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vacina contra HPV na prevenção de câncer de colo do útero.** Relatório de Recomendação da comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias SUS-CONITEC-82. Julho, 2013.

MUNGER, K., B. **Mechanisms of human papillomavirus-induced oncogenesis.** J Virol. 78(21):11451-60, 2004.

NADAL, S. D.; CARVALHO, J. J. M; MANZIONE, C. R. **Vacinas contra o papilomavírus humano.** Revista Brasileira de Coloproctologia, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 337-340, 2006.

PANOBIANCO, Marislei Sanches; LIMA, Aline Daiane Faim de; OLIVEIRA, Iácara Santos Barbosa; GOZZO, Thais de Oliveira. **O conhecimento sobre o hpv entre adolescentes estudantes de graduação em enfermagem.** Florianópolis, Texto Contexto Enferm, 2013. p. 201-7.

SI-PNI Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização. **Ministério da Saúde,** Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/sobre-censo.html>>. Acesso em: 03. nov. 2017.

VILLA, L. L. **Human papillomaviruses and cervical cancer.** Adv Cancer Res. 71:321-341, 2004.

PANORAMA DA PENICILINA NO BRASIL E NO MUNDO

Me. Flávio Gomes Figueira Camacho¹.

Sociedade Brasileira de Epidemiologia (SBEP), Rio de Janeiro, Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/7276884518751155>

RESUMO: O presente artigo analisa a importância da Penicilina no mundo atual, pois foi o primeiro antibiótico utilizado pelo homem e ajudou a promover a transição epidemiológica, onde a maior causa de mortes passou de infecções para doenças não infecciosas. Junto com a vacina é o medicamento que mais salvou vidas no mundo, sendo a Penicilina a primeira que iniciou toda essa nova era, apesar de muito se falar na resistência a antibióticos, a Sífilis causada pela bactéria *Treponema pallidum* até hoje não desenvolveu resistência a penicilina, sendo ainda hoje a melhor escolha no tratamento desta doença, que está atualmente se tornando uma epidemia, com um aumento absurdo de casos. Como está a produção de Penicilina? Temos o suficiente para lidar com esta nova epidemia? Como é o cenário mundial deste fármaco tão importante? Qual o panorama atual da Penicilina na Saúde Pública? A verdade é que o Brasil não tem mais capacidade de produzir este medicamento por decisões políticas e econômicas, e hoje este medicamento está em falta no Brasil e em vários países, isso aconteceu pois só a China hoje domina a produção deste medicamento e com o aumento da demanda mundial devido a epidemia de Sífilis não temos produto suficiente. Outro ponto importante é que a Penicilina é um Insumo para a produção de outros antibióticos e a ausência dela paralisa toda a cadeia produtiva. É essencial que se analise o problema e tomem ações políticas corretivas imediatas para evitar a perda de muitas vidas.

PALAVRAS-CHAVE: Penicilina. Sífilis. Antibiótico.

OVERVIEW OF PENICILLIN IN BRAZIL AND IN THE WORLD

ABSTRACT: This article analyzes the importance of Penicillin in the current world, as it was the first antibiotic used by man and helped to promote the epidemiological transition, where the major cause of death changed from infections to non-infectious diseases. Along with the vaccine, it is the drug that has saved the most lives in the world, with Penicillin being the first that started this whole new era, despite much talk about antibiotic resistance, Syphilis caused by the bacterium *Treponema pallidum* has not developed resistance to penicillin until today. , being still today the best choice in the treatment of this disease, which is

currently becoming an epidemic, with an absurd increase in cases. How is the production of Penicillin? Do we have enough to deal with this new epidemic? How is the world scenario for this important drug? What is the current situation of Penicillin in Public Health? The truth is that Brazil no longer has the capacity to produce this medicine due to political and economic decisions, and today this medicine is in short supply in Brazil and in several countries, this happened because only China today dominates the production of this medicine and with the increase of world demand due to the syphilis epidemic we don't have enough product. Another important point is that Penicillin is an Input for the production of other antibiotics and its absence paralyzes the entire production chain. It is essential to analyze the problem and take immediate corrective policy action to avoid the loss of many lives.

KEY-WORDS: Penicillin. Syphilis. Antibiotic.

INTRODUÇÃO

A penicilina foi o primeiro antibiótico descoberto pelo homem, fato que ocorreu em 1928 por Sir Alexander Fleming, em 1945 já era produzida industrialmente, e é responsável por uma das maiores revoluções que ocorreram na medicina, até a década de 20 as doenças infecciosas como tuberculose, sífilis, pneumonia, entre outras tiravam a vida de muitas pessoas, qualquer infecção tinha grande potencial de levar a morte, a expectativa de vida média da população ao nascer era de 47 anos. (ADEDEJI, 2016). Mudou a principal causa de mortalidade de doenças infecciosas para as não transmissíveis como cardiovasculares, câncer e acidentes vasculares cerebral, a expectativa de vida média subiu para 78,8 anos e a população idosa aumentou 3 vezes nos Estados Unidos da América (ADEDEJI, 2016). Tudo isso foi promovido pela entrada dos antibióticos. A penicilina é a principal molécula terapêutica sendo a molécula de maior impacto nos resultados terapêuticos (KARDOS e DAMAIN, 2011). No final do século 20, a taxa de mortalidade de todas as fontes de infecções caiu para cerca de 4%. O uso de antibióticos foi responsável por acabar com o que era, desde os primórdios da história, a principal causa de mortes na infância, ou seja, doenças infecciosas. Esse fator, por sua vez, levou ao aumento do tamanho da população e teve um grande impacto na demografia global. (KARDOS e DAMAIN, 2011).

A maior parte das infecções de hoje são tratadas, e só tem fatalidade em indivíduos imunossuprimidos. A bactéria *Treponema pallidum*, causadora da sífilis, não apresenta resistência a penicilina. O tratamento é o mesmo desde o início da era dos antibióticos. Sendo a escolha principal para o tratamento desta doença, pois é a droga mais eficaz até hoje. (AVELLEIRA e BOTTINO, 2006).

Atualmente vemos o retorno da Sífilis, conforme mostram os dados epidemiológicos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2021) e da OMS (WHO, 2021), será que o Brasil e o mundo estão preparados para lidar com esta nova epidemia? Teremos medicamentos na quantidade necessária para tratar e salvar vidas? Qual o panorama atual no Brasil e no Mundo da Penicilina?

METODOLOGIA

Foi observado alguns anos atrás a escassez de penicilina no mercado nacional (CORDÃO, 2019), e isso causou um grande impacto na Saúde Pública no Brasil, pois é o medicamento de escolha primário para o tratamento de Sífilis congênita, daí surgiu a pergunta, como o primeiro antibiótico descoberto pelo homem pode estar em falta? Não existe nenhuma patente que impeça ou limite sua produção, as tecnologias já são conhecidas desde a segunda guerra mundial, o que estava causando este desabastecimento? Buscando responder a esta pergunta foi feita uma busca na literatura e publicações recentes para investigar o que estava ocorrendo, e determinar as suas causas e consequências.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para a produção de medicamentos são necessárias matérias-primas, que são chamadas de Insumo Farmacêutico Ativo (IFA), no caso dos antibióticos vários deles são derivados da Penicilina, sendo ela o IFA necessário na sua produção, ou seja, ela é a base de uma grande classe de medicamentos. O Brasil até a década de 1990 produzia a penicilina, mas com a abertura do mercado e a concorrência internacional a produção no Brasil foi suspensa e passamos a importar os IFA. Até 1995 7% dos Insumos Farmacêuticos Ativos para penicilina vinham da China já em 2016 esse número passou para 92% (CISCATI, 2017). Com isso hoje nosso país tem total dependência da China para a produção de medicamentos básicos, e não é só o Brasil, pois hoje no mundo só temos quatro fabricantes de Penicilina e três deles se encontram na China, que produz a um preço extremamente baixo, devido a reduzido custo operacional, levando ao fechamento em todo o mundo das indústrias que produziam o mesmo composto.

É mais barato importar da China do que produzir localmente, temos um excesso de regulamentações e impostos que tornam a atividade econômica insustentável. Hoje o Brasil e o Mundo são dependentes da China para um dos mais básicos antibióticos já descobertos pelo homem. Com a crise do Covid 19 isso se agravou, pois as fabricas chinesas fecharam por conta da Pandemia, e a produção foi suspensa, com problemas de logística que afetaram todo o mundo.

Entre os anos de 2010 e 2020 o número de casos confirmados de sífilis aumentou 29 vezes saltando de 3.936 para 115.371 casos segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2021), o que aumentou a necessidade deste medicamento, pois é o mais indicado para o tratamento desta doença e controle da epidemia. Já em 2019 antes da pandemia estávamos sofrendo com um desabastecimento de penicilina (CORDÃO, 2019), devido ao aumento mundial da demanda, pois esta epidemia de sífilis está ocorrendo em vários países do mundo. E o principal medicamento no tratamento desta doença é justamente a Penicilina, que está em falta no mercado. Isso já havia sido previsto em 2017 por especialistas (REIS, 2017), a Organização Mundial de Saúde estima que apenas uma única dose de penicilina por paciente poderia ter evitado a morte de mais de 53 mil bebês, que morreram de sífilis

contraída no útero da mãe (LAIS, 2019). Combater esta epidemia não é fácil, ainda mais com um desabastecimento mundial da principal droga aplicada ao combate desta doença.

A produção local de medicamentos no Brasil não consegue competir globalmente, as tarifas atuais tornam mais barato importá-los do que produzir localmente. Todas as empresas que atuavam no Brasil transferiram esta atividade para outros países mais competitivos e isso abalou a fabricação nacional de fármacos.

Hoje o Brasil é totalmente dependente do mercado externo não apenas na penicilina o que está afetando o combate à epidemia de sífilis, mas de quase todos os insumos farmacêuticos ativos, segundo o presidente da Associação de Insumos Farmacêuticos o país produz apenas 5% de IFAs, o que mostra nossa dependência em uma área que deveria ser estratégica para o país. Lembrando que a penicilina e muitos IFAs são medicamentos genéricos sem qualquer patente ativa, e podem ser produzidos livremente, sendo muito consumidos e essenciais para a saúde da população e combate as enfermidades.

Muitos antibióticos como ampicilina e amoxicilina por exemplo são derivados da penicilina, tendo esta como seu Insumo Farmacêutico Ativo, de forma que a dependência da penicilina é na verdade a dependência de toda uma gama de antibióticos que tem na penicilina sua base, aquela penicilina inicialmente descoberta por Fleming, foi modificada em laboratório e deu origem a vários dos nossos antibióticos mais utilizados no dia a dia. Nossa capacidade de tratar e curar doenças infecciosas fica extremamente reduzida se formos privados dos antibióticos, como os derivados da penicilina, ou seja, é uma gravíssima situação de saúde pública que estamos passando na atualidade, e devemos alertar a sociedade e a população sobre os riscos que corremos com esta dependência externa e com as políticas que estamos adotando.

CONCLUSÃO

A Penicilina é um medicamento ainda hoje essencial no tratamento de diversas doenças como Sífilis para a qual é o fármaco mais indicado, sendo essencial no combate a recente epidemia desta doença, e o Brasil não tem capacidade de produzir tal medicamento, dependendo apenas da China que hoje monopoliza a produção deste fármaco a nível mundial. Mas a penicilina não é apenas um antibiótico é um Insumo Farmacêutico Ativo na produção de uma grande quantidade de antibióticos como Amoxicilina e Ampicilina, ou seja, é estratégico para a Saúde Pública e desempenha um papel essencial no panorama atual. Hoje a nossa dependência da China na produção de Penicilina é uma ameaça a Saúde Pública. É imperativo que se faça alguma coisa, pois muitas vidas serão perdidas, temos que implementar um Política Pública de incentivo a produção nacional, que já ocorreu no passado, quando nosso país era autossuficiente, a decisão de encerrar a produção foi puramente econômica, mas quando se trata de saúde pública, não se pode pensar apenas em lucro. Não apenas o Brasil, mas todo o mundo criou regras e mais regras que tornaram a produção de medicamentos muito custosa e a China se aproveitando isso tomou um

papel de destaque neste segmento.

O Brasil possui capacidade técnica, pois já produziu este medicamento antes, a necessidade também, pois consome regularmente uma demanda enorme, só falta uma política pública que acima do valor financeiro se priorize a saúde e independência do país, se pudéssemos importar de vários países do mundo seria diferente, mas hoje só a china tem capacidade produtiva, se houver qualquer problema grave com ela o Brasil não tem como adquirir os insumos para produção destes antibióticos. Seria importante que nossos governantes tomassem ciência e promovessem a saúde como algo acima dos valores econômicos, desenvolvendo a Indústria nacional e promovendo políticas de apoio e incentivo buscando a independência externa de insumos como a penicilina que é essencial para a Saúde Pública, e atualmente mais ainda com este aumento absurdo dos casos de sífilis.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Eu, autor deste artigo, declaro que não possuo conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

ADEDEJI, W. A. THE TREASURE CALLED ANTIBIOTICS. **Annals of Ibadan postgraduate medicine**, Ibadan/Nigeria, v. 14, p. 56-57, 2016

AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 81, p. 111-126, mar. 2006.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico de Sífilis 2021**. Brasília: Editora MS/CGDI, 2021.

CISCATI, R. **Por que o Brasil não tem penicilina**. globo.com, 2017. Disponível em: <<https://epoca.oglobo.globo.com/saude/check-up/noticia/2017/06/por-que-o-brasil-nao-tem-penicilina.html>>. Acesso em: 26 jul. 2022.

CORDÃO, M. **Brasil atravessa crise no fornecimento de penicilina para tratar sífilis**. **brasildefato.com.br**, 2019. Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/2019/06/11/brasil-tem-crise-no-fornecimento-de-penicilina-que-trata-sifilis>>. Acesso em: 20 jul. 2022.

KARDOS, N.; DAMAIN, A. **Penicillin: the medicine with the greatest impact on therapeutic outcomes**. *Appl Microbiol Biotechnol*, n. 92, p. 677-687, 2011.

LAIS. **Baixo preço de medicamento contra sífilis desestimula fabricação**. Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde, 2019. Disponível em: <<https://lais.huol.ufrn.br/baixo-preco-de-medicamento-contrasifilis-desestimula-fabricacao/>>. Acesso em: 26 jul. 2022.

REIS, F. Escassez de penicilina preocupa especialistas. **Pfarma.com.br**, 2017. Disponível

em: <<https://pfarma.com.br/noticia-setor-farmaceutico/saude/3192-escassez-de-penicilina-preocupa-especialistas.html>>. Acesso em: 29 jul. 2022.

WHO. Sexually transmitted infections (STIs). **who.int**, 2021. Disponível em: <[https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))>. Acesso em: 29 jul. 2022.

Índice Remissivo

A

Abuso direto 16, 19
Adolescente 129, 140, 201, 202
Agente comunitário de saúde 105, 106, 107
Aleitamento materno 43, 45, 46, 51, 53, 54, 77, 314, 320
Alimentação complementar 43, 45, 46, 49, 51, 52, 53, 54
Alimentação da criança 43, 75
Alimentação saudável 72, 74, 75, 76, 79, 80
Alimentos de qualidade 143, 144, 147, 149
Alimentos ultraprocessados 74, 76, 154, 156
Alterações comportamentais 212, 214, 218
Amamentação 43, 45, 46, 48, 49, 50, 51, 52
Animal de estimação 212, 214, 215
Asma 29, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 130, 137
Assistência a saúde 106
Atenção à criança 43
Atenção primária à saúde (aps) 96, 178, 180, 246
Atendimento oncológico 56, 59
Avaliação nutricional 57, 69, 71

B

Bebidas açucaradas 155

C

Câncer cervical 93, 96
Câncer de mama 65, 93, 95, 103
Câncer do colo do útero 93, 95, 338
Características climatológicas da atmosfera 29, 30
Características de vulnerabilidade 17, 19
Circunferência do braço (cb) 57
Circunferência muscular do braço (cmb) 57
Comportamento de cães e gatos 212
Controladores de elite 232, 236, 237, 238
Coronavírus disease (covid-19) 129, 130
Crescimento das doenças crônicas não transmissíveis (dcnt) 154
Crescimento e desenvolvimento (cd) 43, 46
Cura e reabilitação 178

D

Dados demográficos 129
Densidade energética 154, 156
Departamento de informática do sistema único de saúde (datasus) 29, 33, 40

Desenvolvimento neuropsicomotor 72, 74
Desnutrição 50, 52, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 70, 72, 74, 145, 314, 320
Desnutrição crônica 72, 74
Diabetes mellitus 62, 155, 160
Dieta inadequada 72
Direito humano à alimentação adequada 143, 149, 150, 152
Doença da imunodeficiência adquirida (aids) 232
Doenças respiratórias 29, 30, 31, 32, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 129, 130, 132, 135, 137, 139, 155

E

Educação em saúde 99, 101, 165, 179, 180, 184, 185, 188, 230, 246
Enfermagem 26, 29, 54, 70, 83, 86, 87, 88, 90, 94, 114, 126, 127, 180, 182, 190, 203, 231, 249, 250, 262, 263, 264, 265, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 302, 304, 305, 306
Envelhecimento 17, 26, 163, 177
Estado nutricional 44, 56, 58, 59, 60, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 75, 77
Estratégia saúde da família 96, 114, 117, 119, 120, 180, 190, 315
Eutrofia nutricional 57, 62, 66
Exposição à violência 17

F

Fisioterapia 178, 179, 180, 181, 188, 190
Fisioterapia cardiovascular 178, 181, 190
Fome 143, 147, 148, 150, 200
Fonoaudiologia e saúde pública 165
Fonoaudiólogo 46, 50, 165, 166, 173, 174, 175

G

Gravidez 43, 49, 226, 230, 231, 253, 317

H

Hábitos alimentares 44, 45, 50, 72, 76, 77, 79, 157
Hábitos de vida 78, 157, 158, 179, 181, 185

I

Idoso 17, 26, 167, 168, 169, 170, 175, 176, 177
Indicadores de saúde 165, 176
Índice de massa corporal (imc) 57, 63
Infecção hiv 232, 234
Infecções por coronavirus 129
Infecções sexualmente transmissíveis 243, 245, 246
Interdisciplinaridade 117
Introdução alimentar 44

L

Lactação 43, 48, 50, 52

Leucemia mielóide aguda 57, 62, 65

M

Má nutrição 72, 73, 74

Morbimortalidade infantil 50, 223

Morbimortalidade neonatal 223, 230

Mortalidade e fecundidade 154, 156, 157

O

Oncologia 57, 96

Orientações de amamentação 43

P

Pacientes oncológicos 56, 59, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70

Padrão alimentar 154, 156

Pandemia 19, 27, 101, 125, 130, 134, 140, 150, 151, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 217, 218, 219, 221, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 283, 287, 290, 291, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 306, 307, 309, 310, 311, 350

Papanicolau 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103

Papilomavírus humano - hpv 93

Parâmetros nutricionais 56, 62, 66, 67, 68

Partos prematuros 223, 224, 225, 226, 227, 228, 230

Período pandêmico 207, 210

Pessoas idosas 16, 18, 19, 22, 26, 27, 157, 177

Plano terapêutico 56

Pneumonia 29, 30, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 142, 349

Políticas públicas 16, 19, 26, 73, 77, 107, 120, 139, 145, 146, 147, 149, 150, 156, 159, 175, 177, 210, 223, 225, 245, 246, 247, 251, 266

Pós pandemia 207, 208, 209, 210

Prega cutânea tricípital (pct.) 57

Prematuridade 224, 231

Pré-natal 43, 48, 50, 52, 225, 226, 227, 230

Prevenção à violência 16, 19

Processo saúde-doença 30, 103, 154, 155, 157, 168, 183, 321

Profissionais do sexo 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251

Profissional da enfermagem 81, 83

Promoção à saúde 72, 74, 96, 180, 321

Q

Qualidade de vida 58, 66, 67, 68, 69, 111, 148, 157, 161, 165, 167, 168, 173, 174, 175, 176, 177, 179, 180, 185, 187, 188, 193, 194, 214, 236, 321

R

Receptores 232, 234

Replicação viral 232, 233, 235, 236, 237, 238, 339

Risco nutricional 56, 58, 59, 60, 62, 65, 66, 67, 68

S

Saúde cardiovascular 179, 181, 184

Saúde da mulher 94

Saúde da população idosa 165, 168, 169, 174, 175

Saúde de adolescentes 129

Saúde de qualidade 223

Saúde do idoso 165, 166, 167, 168, 175, 190

Saúde do público infantil 72

Saúde do trabalhador 243, 244, 245, 272

Saúde humana 29, 31, 37

Saúde mental 196, 197, 198, 199, 201, 202, 203, 204, 205, 209, 210, 211

Saúde pública 30, 74, 75, 101, 107, 114, 117, 118, 129, 156, 157, 159, 165, 174, 175, 179, 192, 207, 208, 213, 223, 225, 226, 230, 244, 246, 248, 270, 302, 307, 351

Saúde respiratória das crianças 29

Segurança alimentar e nutricional (san) 143, 144

Síndrome de ansiedade por separação (sas) 212

Sistema de saúde 72, 78, 96, 134, 161, 174, 183, 224, 228, 230, 297

Sistema imunológico 232, 233, 235

Sistemas de informação 81, 84, 85, 134, 167

Sistema único de saúde 29, 33, 40, 60, 73, 96, 117, 119, 131, 153, 161, 169, 179, 188, 189, 197, 203, 229, 242, 245, 246, 252, 253, 254, 261, 263, 265, 311, 335, 336, 337, 339, 347

Situações de estresse 212, 227

Software em enfermagem 81

Softwares 81, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 90, 340

Substâncias psicoativas 196, 197

T

Temperatura ambiental 30

Transtornos alimentares 43

Transtornos mentais 196, 197, 199, 204

Tutores de cães e gatos 212, 214

U

Umidade do ar 30

V

Variáveis climáticas 29, 32, 33, 41

Vigilância das condições de saúde 165

Violação dos direitos pessoais 17, 25

Violência contra a mulher 105, 106, 107, 108, 109, 110, 114, 117, 118, 119, 122, 123, 124, 125, 126

Violência contra a pessoa idosa 16, 18, 19

Violência doméstica 17, 118

Violência e os fatores de riscos relacionados 16, 19

Violência física 106, 118

Violência indireta 16, 24

Violência no meio intrafamiliar 17, 26

Vírus da imunodeficiência humana (hiv) 232



editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora_omnis_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 



editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora_omnis_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 