

SAÚDE DA POPULAÇÃO EM TEMPOS COMPLEXOS

OLHARES DIVERSOS



ORGANIZAÇÃO

Francisco José Maia Pinto

Cybelle Façanha Barreto Medeiros Linard

Tereza Doralucia Rodrigues Ponte

REALIZAÇÃO





2022 - Editora Ampla

Copyright da Edição © Editora Ampla

Copyright do Texto © Os autores

Editor Chefe: Leonardo Pereira Tavares

Design da Capa: Editora Ampla

Diagramação: João Carlos Trajano

Revisão: Os autores

Saúde da população em tempos complexos: olhares diversos está licenciado sob CC BY 4.0.



Esta licença exige que as reutilizações deem crédito aos criadores. Ele permite que os reutilizadores distribuam, remixem, adaptem e construam o material em qualquer meio ou formato, mesmo para fins comerciais.

O conteúdo da obra e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, não representando a posição oficial da Editora Ampla. É permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores. Todos os direitos para esta edição foram cedidos à Editora Ampla.

ISBN: 978-65-5381-085-3

DOI: 10.51859/ampla.spt853.1122-0

Editora Ampla

Campina Grande – PB – Brasil

contato@amplaeditora.com.br

www.amplaeditora.com.br



2022

CONSELHO EDITORIAL

Andréa Cátia Leal Badaró – Tecnológica Federal do Paraná

Andréia Monique Lermen – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Antoniele Silvana de Melo Souza – Universidade Estadual do Ceará

Aryane de Azevedo Pinheiro – Universidade Federal do Ceará

Bergson Rodrigo Siqueira de Melo – Universidade Estadual do Ceará

Bruna Beatriz da Rocha – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Bruno Ferreira – Universidade Federal da Bahia

Caio César Costa Santos – Universidade Federal de Sergipe

Carina Alexandra Rondini – Universidade Estadual Paulista

Carla Caroline Alves Carvalho – Universidade Federal de Campina Grande

Carlos Augusto Trojaner – Prefeitura de Venâncio Aires

Carolina Carbonell Demori – Universidade Federal de Pelotas

Cícero Batista do Nascimento Filho – Universidade Federal do Ceará

Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Dandara Scarlet Sousa Gomes Bacelar – Universidade Federal do Piauí

Daniela de Freitas Lima – Universidade Federal de Campina Grande

Darlei Gutierrez Dantas Bernardo Oliveira – Universidade Estadual da Paraíba

Denise Barguil Nepomuceno – Universidade Federal de Minas Gerais

Dylan Ávila Alves – Instituto Federal Goiano

Edson Lourenço da Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Piauí

Elane da Silva Barbosa – Universidade Estadual do Ceará

Érica Rios de Carvalho – Universidade Católica do Salvador

Fernanda Beatriz Pereira Cavalcanti – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

Gabriel Gomes de Oliveira – Universidade Estadual de Campinas

Gilberto de Melo Junior – Instituto Federal do Pará

Givanildo de Oliveira Santos – Instituto Brasileiro de Educação e Cultura

Higor Costa de Brito – Universidade Federal de Campina Grande

Isabel Fontgalland – Universidade Federal de Campina Grande

Isane Vera Karsburg – Universidade do Estado de Mato Grosso

Israel Gondres Torné – Universidade do Estado do Amazonas

Italan Carneiro Bezerra – Instituto Federal da Paraíba

Ivo Batista Conde – Universidade Estadual do Ceará

Jaqueline Rocha Borges dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Jessica Wanderley Souza do Nascimento – Instituto de Especialização do Amazonas

João Henriques de Sousa Júnior – Universidade Federal de Santa Catarina

João Manoel Da Silva – Universidade Federal de Alagoas

João Vitor Andrade – Universidade de São Paulo

Joilson Silva de Sousa – Instituto Federal do Rio Grande do Norte

José Cândido Rodrigues Neto – Universidade Estadual da Paraíba

Jose Henrique de Lacerda Furtado – Instituto Federal do Rio de Janeiro

Josenita Luiz da Silva – Faculdade Frassinetti do Recife

Josiney Farias de Araújo – Universidade Federal do Pará

Karina de Araújo Dias – SME/Prefeitura Municipal de Florianópolis

Katia Fernanda Alves Moreira – Universidade Federal de Rondônia

Laís Portugal Rios da Costa Pereira – Universidade Federal de São Carlos

Laíze Lantyer Luz – Universidade Católica do Salvador

Lindon Johnson Pontes Portela – Universidade Federal do Oeste do Pará

Lucas Araújo Ferreira – Universidade Federal do Pará

Lucas Capita Quarto – Universidade Federal do Oeste do Pará

Lúcia Magnólia Albuquerque Soares de Camargo – Unifacisa Centro Universitário

Luciana de Jesus Botelho Sodré dos Santos – Universidade Estadual do Maranhão

Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas

Luiza Catarina Sobreira de Souza – Faculdade de Ciências Humanas do Sertão Central

Manoel Mariano Neto da Silva – Universidade Federal de Campina Grande

Marcelo Alves Pereira Eufrasio – Centro Universitário Unifacisa

Marcelo Williams Oliveira de Souza – Universidade Federal do Pará

Marcos Pereira dos Santos – Faculdade Rachel de Queiroz

Marcus Vinicius Peralva Santos – Universidade Federal da Bahia

Marina Magalhães de Moraes – Universidade Federal do Amazonas

Mário C zar de Oliveira – Universidade Federal de Uberlândia

Michele Antunes – Universidade Feevale

Milena Roberta Freire da Silva – Universidade Federal de Pernambuco

Nadja Maria Mourão – Universidade do Estado de Minas Gerais

Natan Galves Santana – Universidade Paranaense

Nathalia Bezerra da Silva Ferreira – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

Neide Kazue Sakugawa Shinohara – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Neudson Johnson Martinho – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso

Patrícia Appelt – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Paula Milena Melo Casais – Universidade Federal da Bahia

Paulo Henrique Matos de Jesus – Universidade Federal do Maranhão

Rafael Rodrigues Gomides – Faculdade de Quatro Marcos

Re ngela Cíntia Rodrigues de Oliveira Lima – Universidade Federal do Ceará

Rebeca Freitas Ivanicska – Universidade Federal de Lavras

Renan Gustavo Pacheco Soares – Autarquia do Ensino Superior de Garanhuns

Renan Monteiro do Nascimento – Universidade de Brasília

Ricardo Leoni Gonçalves Bastos – Universidade Federal do Ceará

Rodrigo da Rosa Pereira – Universidade Federal do Rio Grande

Sabrynna Brito Oliveira – Universidade Federal de Minas Gerais

Samuel Miranda Mattos – Universidade Estadual do Ceará

Shirley Santos Nascimento – Universidade Estadual Do Sudoeste Da Bahia

Silvana Carloto Andres – Universidade Federal de Santa Maria

Silvio de Almeida Junior – Universidade de Franca

Tatiana Paschoalette R. Bachur – Universidade Estadual do Ceará | Centro Universitário Christus

Telma Regina Stroparo – Universidade Estadual do Centro-Oeste

Thayla Amorim Santino – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Virgínia Maia de Araújo Oliveira – Instituto Federal da Paraíba

Virginia Tomaz Machado – Faculdade Santa Maria de Cajazeiras

Walmir Fernandes Pereira – Miami University of Science and Technology

Wanessa Dunga de Assis – Universidade Federal de Campina Grande

Wellington Alves Silva – Universidade Estadual de Roraima

Y scara Maia Araújo de Brito – Universidade Federal de Campina Grande

Yasmin da Silva Santos – Fundação Oswaldo Cruz

Yuciara Barbosa Costa Ferreira – Universidade Federal de Campina Grande



2022 - Editora Ampla

Copyright da Edição © Editora Ampla

Copyright do Texto © Os autores

Editor Chefe: Leonardo Pereira Tavares

Design da Capa: Editora Ampla

Diagramação: João Carlos Trajano

Revisão: Os autores

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Saúde da população em tempos complexos [livro eletrônico]:
olhares diversos / Francisco José Maia Pinto...[et al]. --
Campina Grande : Editora Ampla, 2022.
309 p.

Formato: PDF

ISBN: 978-65-5381-085-3

1. Saúde pública. 2. Atenção à saúde. 3. Ciências da
saúde. I. Pinto, Francisco José Maia. II. Linard, Cybelle
Façanha Barreto Medeiros. III. Ponte, Tereza Doralucia
Rodrigues. IV. Título.

CDD-362.1068

Sueli Costa - Bibliotecária - CRB-8/5213
(SC Assessoria Editorial, SP, Brasil)

Índices para catálogo sistemático:

1. Saúde pública 362.1068

Editora Ampla

Campina Grande - PB - Brasil

contato@ampllaeditora.com.br

www.ampllaeditora.com.br



2022

PRÉFACIO

Há inúmeros desafios para os sistemas globais de saúde, que têm exigido vultoso investimento das sociedades para minorá-los. A busca por melhora da qualidade de vida das pessoas, ampliação do acesso aos serviços de saúde nos territórios, novos modelos de atenção, gestão e financiamento, emergem como temáticas potentes para o desenvolvimento de pesquisas.

Isso pode fortalecer o diálogo essencial entre academia e os tomadores de decisão na saúde global, para resolução das dificuldades no âmbito local. Na perspectiva nacional, vivenciamos tempos complexos de poucos recursos financeiros para a ciência e tecnologia, bem como o cenário de tempestade perfeita com a junção de diversas crises: sanitária, econômica, política e social.

Neste ambiente adverso é importante o empenho de pesquisadores para, a partir dos transtornos cotidianos, estruturar parcerias para construção de pesquisas que visem responder à algumas demandas que influenciam sobremaneira a vida das pessoas. No campo da Saúde Coletiva esta necessidade se explicita de forma premente, visto que como área do conhecimento aplicada, deve tentar produzir mudanças positivas nas práticas dos serviços a partir das reverberações dos construtos teóricos.

Salienta-se que neste campo há potência pela heterogeneidade de sua formação, ao aliar conhecimentos da Epidemiologia, Ciências Sociais em Saúde e Política, Planejamento e Gestão. Este arcabouço teórico constitui terreno fértil para indivíduos com formações de graduação distintas, defenderem no país um sistema público e universal de saúde.

Nesta perspectiva, esta obra científica agrega uma importante conjunção de forças de diversos pesquisadores que representam variadas instituições no país, na tentativa de apresentar o contexto situacional que representa atualmente os desafios que nosso sistema de saúde possui. Liderados pelo Prof. Francisco José Maia Pinto, da Universidade Estadual do Ceará, que merece deferência pela coragem de resistir acreditando na ciência e na formação de qualidade em saúde em tempos tão difíceis.

Os autores lançam olhares acerca de objetos de pesquisa importantes, com o intuito de qualificar a discussão acerca destas temáticas e produzir novos conhecimentos que podem repercutir em melhora da atenção em saúde no país. As temáticas focam a situação de vida das populações, especialmente as mais vulneráveis, nas mais variadas vertentes. Há abordagens de temas diversos, tais como: comportamento nutricional, acesso a serviços odontológicos, serviços na atenção primária à saúde, segurança do paciente e gestão em saúde.

Produtos constituídos a partir de pesquisas teóricas e de campo que exprimem mormente o vultoso desafio dos profissionais, gestores e usuários do sistema de saúde para a constituição de um ambiente que facilite o acesso aos serviços, amplie a produção de cuidado nas comunidades e desenvolva o desejo explícito de aprofundamento de questões necessárias para melhora contínua da formação e do trabalho em saúde.

Considero que esta obra é importante para leitura de todos que se interessem em conhecer a realidade da saúde a partir de múltiplos olhares no Brasil, mesmo que as visões desvelem situações críticas. O conhecimento científico publicizado tem o papel essencial de incomodar e produzir movimento, especialmente naqueles que entendem o campo da Saúde Coletiva como ambiente potencial de modificações sociais para melhora da vida das gentes nos territórios.

Prof. Dr. Antonio Rodrigues Ferreira Júnior
Docente da Universidade Estadual do Ceará – UECE

SUMÁRIO

CAPÍTULO I - A INFLUÊNCIA DA RENDA NA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS BRASILEIROS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.....	10
CAPÍTULO II - A PERCEPÇÃO DOS PROFESSORES DO ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO COM RELAÇÃO A INCLUSÃO DOS ALUNOS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL NA REDE PÚBLICA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO DE FORTALEZA.....	26
CAPÍTULO III - ABORDAGENS GRUPAIS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA GESTANTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: EXPERIÊNCIA DE DISCENTES DE ENFERMAGEM	38
CAPÍTULO IV - ACESSO DE PESSOAS COM HANSENÍASE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA À LUZ DOS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS.....	53
CAPÍTULO V - ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DO TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO NO BRASIL POR ACIDENTE DE TRÂNSITO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.....	68
CAPÍTULO VI - ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À IDOSA COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA À LUZ DA TEORIA DE MÉDIO ALCANCE PARA REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR	79
CAPÍTULO VII - AVALIAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA MELHORIA DO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	96
CAPÍTULO VIII - COMPORTAMENTO ALIMENTAR E ESTADO NUTRICIONAL DE UNIVERSITÁRIOS EM FORTALEZA – CE.....	111
CAPÍTULO IX - COMPORTAMENTO DESTRUTIVO EM CENTRO CIRÚRGICO: PERCEPÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.....	123
CAPÍTULO X - CONHECIMENTO DE LEIGOS SOBRE RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR	138
CAPÍTULO XI - CONSUMO DE ULTRAPROCESSADOS E PREVALÊNCIA DE EXCESSO DE PESO EM ADULTOS BRASILEIROS.....	151
CAPÍTULO XII - CONTRIBUIÇÕES DO NÚCLEO DE ENSINO E EXTENSÃO EM ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR PARA A FORMAÇÃO ACADÊMICA EM ENFERMAGEM.....	163
CAPÍTULO XIII - EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS SOBRE OS FATORES ASSOCIADOS À ATROFIA MUSCULAR ESPINHAL EM CRIANÇAS	170
CAPÍTULO XIV - EVIDÊNCIAS SOBRE A SEGURANÇA DO CLAREAMENTO DENTÁRIO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA.....	185
CAPÍTULO XV - FERRAMENTA DE ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL PARA CONSUMIDORES DE ALIMENTOS FORA DO DOMICÍLIO NO BRASIL.....	197
CAPÍTULO XVI - GÊNERO E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA NA SAÚDE COLETIVA .	217
CAPÍTULO XVII - IMAGEM CORPORAL E ORTOREXIA NERVOSA: UM ESTUDO COMPARATIVO ENTRE ESTUDANTES DE NUTRIÇÃO, DIREITO E ENGENHARIA	253
CAPÍTULO XVIII - O ACESSO DA CRIANÇA COM DOENÇA CRÔNICA NA BUSCA DE CUIDADO NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO	263
CAPÍTULO XIX - O CONSÓRCIO NORDESTE E AS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DE COVID-19	272

CAPÍTULO XX - USO DO EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL PARA A ENFERMAGEM EM CENTROS DE MATERIAL E DE ESTERILIZAÇÃO	283
CAPÍTULO XXI - VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER DURANTE A COVID-19 NO CONTEXTO MUNDIAL	294
POSFÁCIO - SAÚDE DAS POPULAÇÕES EM TEMPOS COMPLEXOS: OLHARES DIVERSOS	309

A INFLUÊNCIA DA RENDA NA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS BRASILEIROS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

DOI: 10.51859/AMPLA.SPT853.1122-1

Amanda Gomes Barros Maia ¹
Francisca Dayane Vieira Silva ¹
Amanda Kelly Pereira Carneiro ¹
José Ítalo da Silva Damasceno Gomes ²
Manoelise Linhares Ferreira Gomes ³
Francisco José Maia Pinto ⁴

¹ Graduanda do curso de Medicina da Universidade Estadual do Ceará (UECE), Brasil.

² Graduando do curso de Medicina da Universidade Estadual do Ceará (UECE), Brasil.

³ Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Brasil.

⁴ Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil (2005) e Professor Associado Nível 'O' da Universidade Estadual do Ceará (UECE), Brasil; contato: francisco.pinto@uece.br

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento é influenciado e constituído por mudanças e processos complexos e, em nível biológico, está associado ao acúmulo de muitos tipos de danos celulares e moleculares. Com o tempo, esses danos acarretam perda gradual das reservas fisiológicas, com acréscimo do risco de várias doenças e declínio na capacidade intrínseca do indivíduo em geral. No entanto, essas mudanças não são lineares ou consistentes, e estão relacionadas à idade (OMS, 2015).

A Qualidade de Vida (QV) nos idosos está associada à felicidade e a fatores inter-relacionados, tais como: equilíbrio emocional, relacionamentos interpessoais, manutenção da boa saúde física e mental, entretenimento, satisfação no trabalho, religião, solidariedade, ambiente favorável à QV e preservação de bens materiais (ALMEIDA et al., 2020). Todavia, desvantagens relativas à saúde e à renda estão associadas à menor QV no envelhecimento. Idosos com maiores recursos educacionais e financeiros têm mais acesso às atividades de saúde e bem-estar, a exemplo de práticas sociais, corporais, intelectuais e de lazer (OMS, 2015; SOUSA; LIMA; BARROS, 2021).

Em nível mundial, em 2019, a proporção de pessoas com 65 anos ou mais era cerca de 9%, com projeções para chegar a 16% em 2050, o que indica mudanças na transição demográfica para as próximas décadas (UNITED NATIONS, 2019; OMS, 2020). No Brasil, o

número de pessoas com 65 anos ou mais, acompanha essa expectativa, com estimativa de 10% para 2022, e projeção para, aproximadamente, 22% em 2050. Com essas tendências, mais idosos enfrentarão maior risco de doenças crônicas e incapacitantes; contudo, é possível que o envelhecimento saudável seja realidade para todos (UNITED NATIONS, 2019; OMS, 2020; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2020).

O público senil tem mais doenças crônicas e custos, menos recursos e alta prevalência de fragilidade, que está associada ao menor índice de escolaridade, polifarmácia e comorbidades, em especial, Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e cardiopatia (DE BREIJ et al., 2021; PINHEIRO; MUCIO; OLIVEIRA, 2020; VERAS; OLIVEIRA, 2018). A fragilidade nos idosos também está associada a alterações cognitivas e depressão, e o aumento de Transtornos Mentais Comuns (TMC) se relaciona com a redução da QV desse público (PINHEIRO; MUCIO; OLIVEIRA, 2020; JÚNIOR et al., 2021). Além das enfermidades mentais, outras afetam a QV dessa população ao longo do envelhecimento, como a redução da força muscular (GUSMÃO et al., 2021). Em relação a doenças do coração, há maior risco de óbito entre idosos mais velhos, sobretudo, quando associados à menor renda (FRANCISCO et al., 2021).

No que concerne às variáveis socioeconômicas, os idosos que apresentam restrições financeiras têm pior QV, o que demanda serviços assistenciais no Sistema Único de Saúde (SUS) (HARBER-ASCHAN et al., 2020; SOUSA; LIMA; BARROS, 2021) e exige monitoramento dos cuidados em saúde, com o intuito de minorar as hospitalizações evitáveis. Essa crescente demanda gera maior sobrecarga no sistema de saúde e decorre de idosos terem doenças que exigem acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos, o que ocasiona maior frequência e tempo de ocupação em leitos hospitalares (LIMA-COSTA; VERAS, 2003; VERAS, 2009).

Nessa perspectiva, é pertinente viabilizar o acompanhamento dos idosos adscritos nos territórios de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo respeitadas suas necessidades de saúde a partir da elaboração de programas preventivos ao declínio funcional e à morte precoce (CABRAL et al., 2019).

Desse modo, esta pesquisa objetivou relacionar a renda com a qualidade de vida dos idosos.

2. MÉTODO

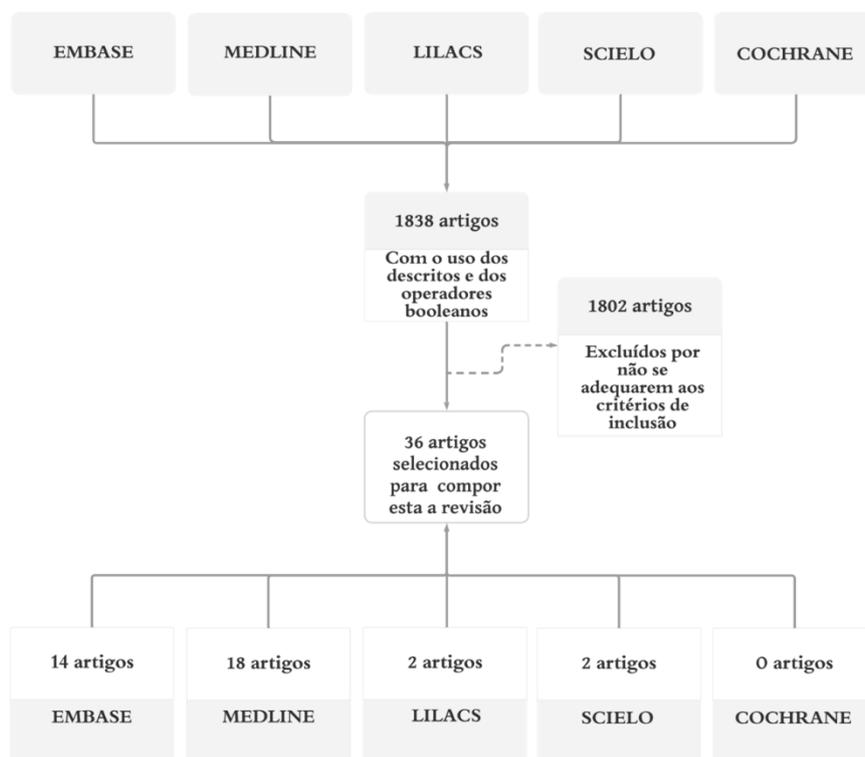
Trata-se de uma revisão integrativa da literatura acerca da influência da renda na QV de idosos, realizada no período de 2018 a 2022. A revisão integrativa permite sintetizar informações a partir de rigor metodológico e sistemático (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2019).

Esta revisão seguiu as seguintes etapas de produção: 1) definição da pergunta norteadora ("Como a renda pode influenciar na qualidade de vida dos idosos brasileiros de acordo com a literatura?; 2) busca de estudos na base de dados; 3) uso de instrumento de registro de informações para coleta de dados dos artigos selecionados após leitura na íntegra, com detalhamento de título, autores, referência e resultados; (4) análise dos estudos selecionados para avaliar os métodos utilizados, resultados e desfechos; 5) síntese dos dados analisados; 6) mostra do método (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2019).

O processo de pesquisa bibliográfica foi conduzido a partir das bases de dados Cochrane; Embase; Scientific Electronic Library Online (SCIELO) Medline e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Utilizou-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): "Idoso", "Envelhecimento", "Qualidade de Vida" e "Renda"; bem como os descritores MeSh (Medical Subject Headings) e Emtree, "Aged", "Aging", "Quality of Life", e "Income", correspondentes ao DeCS no inglês, com cruzamento dos termos a partir dos operadores booleanos "OR" e "AND".

Após aplicação da estratégia de busca, foram encontrados 1838 estudos. Para o delineamento do estudo, fez-se necessário elencar critérios de elegibilidade, sendo incluídos artigos completos, com idiomas em português, inglês e espanhol, publicados de 2018 a 2022. Foram excluídos estudos de revisão e literaturas cinzas, a exemplo de teses, dissertações e resumos. Após leitura na íntegra, foram selecionados 36 artigos para compor a amostra desta revisão, sendo zero da Cochrane, dois da LILACS, dois da SCIELO, 14 da Embase e 18 da Medline, conforme Figura 1.

Figura 1 - Processo de seleção dos artigos para a revisão integrativa. Fortaleza-CE, 2022.



3. RESULTADOS

3.1. ASPECTOS RELACIONADOS AOS FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS

No que concerne à natureza multifacetada do bem-estar físico, mental e social, os achados se propuseram a analisar a relação entre fatores sociodemográficos e qualidade de vida. Estudo transversal realizado na Catalunha com idosos acima de 80 anos evidenciou que ser mais velho reduziu a pontuação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) no teste EQ-VAS (Escala Visual Analógica EuroQol-5D) (ALCAÑIZ; SOLÉ-AURÓ, 2018). Outro trabalho constatou que o avanço da idade reduziria a QV (SINCIHU; PRAWESTI, 2019).

Identificou-se, ainda, que a longevidade dos idosos é indiretamente influenciada pelo estado civil (ROSA et al., 2019). O estado civil foi significativamente relacionado à QV entre os idosos (YODMAI; SOMRONGTHONG; KUMAR, 2018; VALDEZ-HUIRACHE; ALVAREZ-BOCANEGRA, 2018). Em estudo realizado com idosos atendidos pela ESF na cidade de Manaus, por meio do instrumento WHOQOL-BREF, verificou-se que o estado civil foi a única variável associada à QV (ROSA et al., 2019). É possível observar que o estado civil influencia no bem-estar dos idosos, pois não ter cônjuge, nessa faixa etária, pode estar associado à solidão e a transtornos psicológicos, como depressão (SINCIHU; PRAWESTI, 2019).

A ausência de trabalho remunerado também foi uma das variáveis com maior impacto nas trajetórias adversas da QV relacionada à saúde física (PHYO et al., 2021; VALDEZ-HUIRACHE; ALVAREZ-BOCANEGRA, 2018). Idosos que não trabalham mostraram maior frequência de sintomas depressivos (FERREIRA et al, 2021). No México, constatou-se existência de associações estatisticamente significativas entre QV segundo ocupação e familiares residentes na mesma casa (VALDEZ-HUIRACHE; ALVAREZ-BOCANEGRA, 2018). Contudo, não foi percebida correlação entre carga de trabalho, estado civil e QV em idosos (SINCIHU; PRAWESTI, 2019).

Entre a população idosa coreana, averiguou-se que região de habitação e renda familiar foram os únicos fatores sociodemográficos com associação significativa relacionada às incapacidades no envelhecimento (MOON et al., 2019). Locais economicamente desfavorecidos oferecem menos acesso e poucas opções de serviços, atividades de lazer e interação social à comunidade local, o que contribui para o desenvolvimento de incapacidades (GÓMEZ et al., 2021).

Em estudo com idosos tailandeses, a maioria dos sujeitos que moravam na zona rural apresentaram QV moderada. Habitar em áreas periurbanas foi associado a uma menor QV para os domínios de saúde física, psicológica e ambiental (ZIN et al., 2020). Idosos residentes na zona rural demonstraram maior risco de menor QV relacionada aos transtornos psiquiátricos (SRIVASTAVA et al., 2021). Comparados ao meio urbano, os idosos do meio rural tiveram acesso limitado aos serviços públicos, a exemplo de transporte coletivo (YODMAI; SOMRONGTHONG; KUMAR, 2018).

3.2. DIFERENÇA DA QUALIDADE DE VIDA ENTRE OS GÊNEROS

Quanto ao sexo feminino, verificou-se pontuação mais baixa na QV (ALCAÑIZ; SOLÉ-AURÓ, 2018; GOBBENS; VAN ASSEN, 2018). Estudo realizado com idosos não institucionalizados, no município de Campinas (SP), apontou que idosas apresentaram declínios significativos nos escores que avaliaram o estado de saúde, sobretudo, na capacidade funcional, nos aspectos físicos, na dor e no componente físico (PAIVA; LIMA; BARROS, 2020). Em outra pesquisa, não foram encontradas diferenças significativas de gênero na QV entre idosos (RISAL et al., 2020).

Condições sociodemográficas e de saúde melhores estão associadas a idosos que praticam mais atividades prazerosas e de lazer (FERREIRA; BARHAM; ARAÚJO, 2019). Consoante a isso, idosos que realizam atividades físicas e são acompanhados nos serviços de

saúde preventiva obtiveram pontuação mais alta em todas as dimensões da QVRS (GALLEGOS-CARRILLO et al., 2019).

Além disso, elevados níveis de atividade física estão associados à alta renda em mulheres mais velhas. Em relação à satisfação com os serviços sociais e de saúde disponibilizados, mulheres com altos níveis de atividade física relataram maior satisfação consigo mesmas, em detrimento daquelas que apresentaram baixos níveis. Além disso, idosas que praticam atividade física tendem a possuir maior nível de escolaridade (ZAPATA-LAMANA et al., 2021).

3.3. QUALIDADE DE VIDA E ESCOLARIDADE DOS IDOSOS

A Educação tem um efeito positivo na QV (HENRIQUES et al., 2020; SINCIHU; PRAWESTI, 2019). Estudo realizado na Catalunha com idosos acima de 80 anos concluiu associação entre os níveis médio e alto de escolaridade, classe social e nível elevado de QV (ALCAÑIZ; SOLÉ-AURÓ, 2018). Em relação a comportamentos de risco à saúde (tabagismo, consumo de álcool, inatividade física, hábito alimentar não saudável, peso não saudável e distúrbio do sono), participantes com diferentes níveis de escolaridade apresentaram proporção significativamente diferente (YANG et al., 2020). O nível de escolaridade mais alto ocasiona indicador de Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade (DALY) mais baixo (ZHANG et al., 2021). Em contrapartida, outro estudo não verificou correlação entre escolaridade e QV (COSTA; CARRERA; MARQUES, 2021).

3.4. QUALIDADE DE VIDA E O SURGIMENTO DE DOENÇAS

A QV entre idosos também tem como fator de risco o sofrimento por doenças crônicas (ZHU et al., 2018). Pessoas mais velhas, com pelo menos, uma condição crônica de saúde, apresentam pior QV. Má saúde física, como presença de doenças crônicas, e adoecimento psiquiátrico foram relacionados à menor QV na população senil (RISAL et al., 2020). Pessoas com multimorbidade e que são mais velhas, tendem a ter menor escolaridade e menor renda familiar, se comparadas às pessoas sem multimorbidade (MAKOVSKI et al., 2020).

De acordo com estudo realizado em Alabama (EUA), baixa escolaridade e níveis mais altos de dificuldade de renda, junto a pontuações mais altas em síndrome metabólica e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), apresentaram associação com escores mais baixos na QV relacionada à saúde física (CLAY et al., 2018). Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), artrite, etilismo e doenças coronarianas são as condições de saúde que

apresentaram associação com a QV e a renda (ALENCAR; SARDINHA, 2019; KEYVANARA; AFSHARI; DEZFOULIAN, 2018; KWON; KIM; SO, 2020; RONG et al., 2020).

Outrossim, pesquisa conduzida no Distrito Federal, Brasil, revelou que a maioria dos idosos depressivos apresentaram três ou mais doenças crônicas como comorbidades (FERREIRA et al., 2021).

3.5. SAÚDE MENTAL E QUALIDADE DE VIDA NO ENVELHECIMENTO

Os desafios enfrentados por renda insuficiente apresentaram associação com o estado de saúde mental (CLAY et al., 2018). Estar desempregado e apresentar poucos recursos financeiros, tem impacto no bem-estar mental durante a velhice (SRIVASTAVA et al., 2021). A aposentadoria e o processo de redução de produtividade econômica podem gerar um período de crise, evocando sentimentos de incapacidade e inutilidade do indivíduo mais velho (MENDES et al., 2005). À vista disso, baixa renda e pobreza foram identificadas como fatores de risco para depressão (FERREIRA et al., 2021). Essa relação foi percebida, também, em um grupo de mulheres idosas com baixa renda que apresentavam sintomas depressivos (KWON; KIM; SO, 2020).

Ainda, outro estudo, constatou que idosas procuram mais os serviços de saúde, o que justifica, talvez, a maior relação entre esse gênero e a saúde mental (SOARES et al., 2017). No tocante às melhores condições socioeconômicas e de saúde, verificou-se associação entre melhor QV e menores níveis de depressão (DANTAS et al., 2021). Achados semelhantes revelaram que idosos com alta renda eram menos propensos a sofrer com transtornos psiquiátricos, quando comparados aos de baixa renda (SRIVASTAVA et al., 2021). Assim, o desenvolvimento de sintomas depressivos pode ser influenciado pela maior dependência de auxílio de outras pessoas, o que revela a diminuição da autonomia (KONZEN et al., 2021).

3.6. ASPECTOS RELACIONADOS À RENDA E À QUALIDADE DE VIDA

As dificuldades financeiras estão entre as variáveis que mais impactam a QV (AUSÍN; ZAMORANO; MUÑOZ, 2020). Em pesquisa com tibetanos de áreas agrícolas e pastoris, a QVRS apresentou associação significativa com o Status Socioeconômico (SSE). O grupo de SSE alto era mais propenso a ter índice EQ-5D (EuroQol 5 dimensões) mais alto do que o grupo de SSE baixo (XU et al., 2020), corroborando com estudos anteriores que relataram a associação significativa entre QV e renda.

Ademais, percebeu-se que ter baixa renda, proveniente de, pelo menos, uma fonte, é melhor do que não ter nenhuma renda (ZIN et al., 2020). Participantes com diferentes níveis de renda apresentaram proporção significativamente diferente em relação a comportamentos de risco à saúde (YANG et al., 2020). Na Colômbia, populações com diferentes níveis econômicos também possuem diferenças de incapacidade, a qual é associada de forma negativa à renda insuficiente e/ou líquida inferior (GÓMEZ et al., 2021).

Na região central da China, devido às más condições econômicas e danos físicos excessivos causados pelo trabalho, idosos de baixa renda podem ter dimensões de dor e desconforto mais elevados (RONG et al., 2020). Declínios significativos dos escores do estado de saúde foram observados nos idosos de menor renda, que não são institucionalizados do município de Campinas (SP) (PAIVA; LIMA; BARROS, 2020). Isso reflete associações significativas entre menor QV e idosos sem renda ou com dificuldades financeiras (VALDEZ-HUIRACHE; ALVAREZ-BOCANEGRA, 2018; AUSÍN; ZAMORANO; MUÑOZ, 2020).

No Alabama (EUA), níveis mais elevados de dificuldade de renda apresentaram associação com escores mais baixos na QV relacionada à saúde física (CLAY et al., 2018; PHYO et al., 2021). O SSE baixo foi associado à maior probabilidade de declínio do componente físico da QVRS (PHYO et al., 2021). A probabilidade de idosos com 60 anos ou mais relatarem estado de saúde excelente/bom foi 51% menor para os idosos que afirmaram que seus níveis de renda não eram suficientes para suprir suas despesas (PINILLA-RONCANCIO; GONZÁLEZ-URIBE; LUCÍMI, 2020). Contudo, evidenciou-se, também, que a baixa renda foi responsável por uma pequena variação na QV e autoavaliação da saúde (OETZEL et al., 2019).

Outros estudos constataram que os elevados níveis de renda seriam responsáveis por melhor QV (SINCIHU; PRAWESTI, 2019; GOBBENS; REMMEN, 2019; YODMAI; SOMRONGTHONG; KUMAR, 2018; KIM; HONG; NOH, 2018). Na Catalunha, concluiu-se associação entre classe social e nível elevado de QV entre idosos acima de 80 anos (ALCAÑIZ; SOLÉ-AURÓ; 2018). Idosos com 60 anos ou mais, em Bogotá, Colômbia, que pertencem ao nível mais alto do estrato socioeconômico, tiveram maiores chances de relatar um estado de saúde excelente/bom (65%), quando comparados com pessoas que pertencem ao nível mais baixo (PINILLA-RONCANCIO; GONZÁLEZ-URIBE; LUCÍMI, 2020). Ademais, os idosos com renda mais alta têm DALY mais baixo (ZHANG et al., 2021). Nesse sentido, idosos com renda elevada experimentam melhor QV em todos os domínios (GOBBENS; REMMEN, 2019).

3.7. ASPECTOS RELACIONADOS AO APOIO SOCIAL E À QUALIDADE DE VIDA

A QVRS é melhorada e protegida pelo capital social, que ajuda a diminuir comportamentos de risco à saúde (YANG et al., 2020). Esse determinante, afetado positivamente pela renda, permite que os membros acessem os serviços por meio de transporte, instituições comunitárias de saúde e instalações de entretenimento, o que afeta a satisfação pessoal de vida ao fornecer apoio emocional e mudanças nos processos psicológicos e sociais (WANG et al., 2022). Ter amigos íntimos e boa interação social com vizinhos influenciam na QV de idosos (ZIN et al., 2020). Estratégias de incentivo à autonomia física, interação social e apoio emocional melhoram as relações interpessoais e geram melhorias relacionadas aos indicadores de depressão e QV nos idosos (DANTAS et al., 2021).

No México, estudo conduzido com 368 idosos da Unidade de Medicina de Família constatou associação significativa entre QV e apoio familiar, o que notabiliza que quanto maior o apoio familiar, maior a QV (VALDEZ-HUIRACHE; ALVAREZ-BOCANEGRA, 2018). Isso reforça a importância das redes sociais e de apoio no envelhecimento. A contribuição do suporte social em populações com baixa posição socioeconômica pode resultar na redução das desigualdades de QV e, conseqüentemente, contribuir para um envelhecimento saudável (HENRIQUES et al., 2020). Desse modo, o capital social deve ser considerado importante componente de saúde dos idosos, bem como ser fortalecido de maneira direcionada (YANG et al., 2020).

4. DISCUSSÃO

O aumento da idade pode influenciar, de forma negativa, na qualidade de vida dos idosos (SINCIHU; PRAWESTI, 2019). Esse efeito acontece haja vista as necessidades de apoio mínimo para desenvolver atividades básicas. A ausência de trabalho remunerado é uma das variáveis que influenciam na QV dessa esfera populacional (PHYO et al., 2021; VALDEZ-HUIRACHE; ALVAREZ-BOCANEGRA, 2018).

Ao compararmos os idosos de alta renda com os que apresentam vulnerabilidade econômica, é possível identificar que ter maior capital financeiro proporciona melhores condições de saúde, inclusive, no que concerne aos fatores psicossocial e ambiental. Idosos que residem em ambientes desfavoráveis e insalubres, que oferecem menor acesso às práticas de saúde, lazer e serviços básicos, estão mais propensos a menor QV (SRIVASTAVA et al., 2021; ZIN et al., 2020; YODMAI; SOMRONGTHONG; KUMAR, 2018). Essas dificuldades enfrentadas pelos habitantes de regiões vulneráveis atrapalham o desenvolvimento social desse público (REBÊLO et al., 2021).

Ademais, apesar de ser algo que pode variar de acordo com o contexto da amostra analisada, a presença da QV mais baixa em idosas remete a questões de desigualdade entre os gêneros, inclusive, no aspecto de manutenção da saúde durante o envelhecimento (ALCAÑIZ; SOLÉ-AURÓ, 2018; GOBBENS; VAN ASSEN, 2018; PAIVA; LIMA; BARROS, 2020). Além de ser vítima da desigualdade de gênero, a mulher idosa, com baixa renda e menor nível de escolaridade, tem a sua QV afetada negativamente devido à menor prática de atividade física (ZAPATA-LAMANA et al., 2021). Nesse sentido, o sedentarismo torna essa população mais vulnerável frente ao surgimento de incapacidades e de doenças (REBÊLO et al., 2021), diminuindo a QV.

Ao considerarmos que a Educação pode ser um meio de transformação social, idosos que apresentam melhores índices de escolaridade tiveram maior chance de ter melhor qualidade de vida no envelhecimento (ALCAÑIZ; SOLÉ-AURÓ, 2018; HENRIQUES et al., 2020; SINCIHU; PRAWESTI, 2019; ZHANG et al., 2021). Congruente a isso, idosos com menor escolaridade e menor renda familiar estão mais sujeitos às situações de estresse econômico, social, físico e emocional (CLAY et al., 2018; MAKOVSKI et al., 2020). Dessa maneira, esse público está mais suscetível ao desenvolvimento de doenças crônicas e transtornos mentais durante o processo de envelhecimento, o que, em conjunto com a senilidade, piora a QV de idosos.

A diferença de renda é variável que está relacionada à QV de idosos, com menor renda afetando negativamente a QV; e maior renda, positivamente (SINCIHU; PRAWESTI, 2019; GOBBENS; REMMEN, 2019; YODMAI; SOMRONGTHONG; KUMAR, 2018; KIM; HONG; NOH, 2018). Foi observado que idosos que possuam baixa QV, mais associada à baixa renda, possam ter melhora nessa variável à medida que seja ampliado o suporte social e familiar (DANTAS et al., 2021; VALDEZ-HUIRACHE; ALVAREZ-BOCANEGRA, 2018; ZIN et al., 2020). Consoante a isso, é possível considerar apoio social como elemento relevante à vida de idosos, principalmente, ao público de baixa renda.

Desse modo, esses resultados podem servir como embasamento para ações que promovam a melhoria da qualidade de vida do público senil, favorecendo o seu envelhecimento saudável e ativo a partir da melhoria de planos de assistência a esse público pela ESF e profissionais da saúde.

Como limitações, a maioria dos estudos incluídos não foram realizados em contexto brasileiro, o que pode interferir na relação dos achados com a realidade da população idosa no Brasil.

Devido ao quantitativo baixo de estudos que correlacionam a diferença de renda com a QV entre idosos brasileiros, sugere-se que mais estudos sejam conduzidos em diferentes regiões brasileiras para maior elucidação desse conhecimento.

5. CONCLUSÃO

Observou-se, pelos resultados apresentados nesta revisão, que a renda, em sinergia com a escolaridade e o sexo foram os fatores sociodemográficos mais relacionados à QV em idosos. Renda e escolaridade elevadas, influenciaram positivamente na QV de idosos, porém, averiguou-se que baixa renda pode provocar dificuldade de acesso aos serviços de saúde, comorbidade e pior saúde mental entre idosos. Quanto ao gênero, idosas de baixa renda apresentaram maiores dificuldades para manter a QV.

REFERÊNCIAS

- ALCAÑIZ, Manuela; SOLÉ-AURÓ, Aïda. *Feeling good in old age: factors explaining health-related quality of life*. **Health and quality of life outcomes**, v. 16, n. 1, p. 1-9, 2018.
- ALENCAR, Larissa Cristina Rodrigues.; SARDINHA, Ana Hélia de Lima. *Hypertensive elderly people: assessing the quality of life*. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 41, n. 1, p. e44652, 11 set. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/actascihealthsci.v41i1.44652>. Acesso em: 22 de abril de 2022.
- ALMEIDA, Barbara Lopes et al. *Quality of life of elderly people who practice physical activities/Qualidade de vida de idosos que praticam atividade física*. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 12, p. 432-436, 2020.
- AUSÍN, Berta; ZAMORANO, Alba; MUÑOZ, Manuel. *Relationship between quality of life and sociodemographic, physical and mental health variables in people over 65 in the community of Madrid*. **International journal of environmental research and public health**, v. 17, n. 22, p. 8528, 2020.
- CABRAL, Juliana Fernandes et al. *Vulnerability and associated factors among older people using the family health strategy*. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 3227-3236, 2019.
- CLAY, Olivio J. et al. *Associations of multimorbid medical conditions and health-related quality of life among older African American men*. **The Journals of Gerontology: Series B**, v. 73, n. 2, p. 258-266, 2018.
- COSTA, Roumayne; CARRERA, Márcia; MARQUES, Ana Paula. *Fatores que influenciam a qualidade de vida global de idosos longevos*. **Geriatr Gerontol Aging**, v. 15, p. e0210002, 2021.
- DANTAS, Bruno Araújo da Silva et al. *Depression and quality of life in Brazilian and Portuguese older people communities: Analysis of association*. **Medicine**, v. 100, n. 46, 2021.

Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1097%2FMD.00000000000027830>. Acesso em: 22 abr 2022.

- DE BREIJ, Sascha et al. *Predictors of frailty and vitality in older adults aged 75 years and over: Results from the longitudinal aging study amsterdam*. **Gerontology**, v. 67, n. 1, p. 69-77, 2021.
- FERREIRA, Fernanda Guedes et al. *Prevalência de depressão e fatores associados em idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde em região metropolitana do Distrito Federal*. **Scientia Medica**, v. 31, n. 1, p. e38237-e38237, 2021.
- FERREIRA, Heloísa Gonçalves; BARHAM, Elizabeth Joan; ARAÚJO, Felipe Costa. *Profiles of Older People Who Practice Pleasant Events: sociodemographic aspects, social vulnerability and functionality*. **Psico-USF**, v. 24, p. 541-553, 2019.
- FRANCISCO, Priscila Maria Stolses Bergamo et al. *Risco de mortalidade por todas as causas e sua relação com estado de saúde em uma coorte de idosos residentes na comunidade: Estudo FIBRA*. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 6153-6164, 2021.
- GALLEGOS-CARRILLO, Katia et al. *Preventive health services and physical activity improve health-related quality of life in Mexican older adults*. **Salud Pública de México**, [s. l.], 2019.
- GUSMÃO, Diego Ferraz et al. *Relação entre força muscular e qualidade de vida em idosos da comunidade*. **Fisioterapia Brasil**, v. 22, n. 3, p. 334-345, 2021.
- GOBBENS, Robbert JJ; REMMEN, Roy. *The effects of sociodemographic factors on quality of life among people aged 50 years or older are not unequivocal: comparing SF-12, WHOQOL-BREF, and WHOQOL-OLD*. **Clinical interventions in aging**, v. 14, p. 231, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/cia.s189560>. Acesso em: 22 abr 2022.
- GOBBENS, Robbert JJ; VAN ASSEN, Marcel ALM. *Associations of environmental factors with quality of life in older adults*. **The Gerontologist**, v. 58, n. 1, p. 101-110, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/geront/gnx051>. Acesso em: 22 abr 2022.
- GÓMEZ, Fernando et al. *Healthy aging determinants and disability among older adults: SABE Colombia*. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 45, 2021.
- HARBER-ASCHAN, Lisa et al. *Beyond the social gradient: the role of lifelong socioeconomic status in older adults' health trajectories*. **Aging (Albany NY)**, v. 12, n. 24, p. 24693, 2020.
- HENRIQUES, A. et al. *Socioeconomic position and quality of life among older people: The mediating role of social support*. **Preventive medicine**, v. 135, p. 106073, 2020.
- JÚNIOR, Edison Vitório de Souza et al. *Association between common mental disorders and quality of life in older adults*. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0057>.
- KEYVANARA, Mahmoud; AFSHARI, Maryam; DEZFOULIAN, Elham. *The relationship between social capital and quality of life among patients referring to diabetes centers in isfahan, iran*. **Journal of Diabetes Research**, v. 2018, 2018.

- KIM, Geun Myun; HONG, Myung Sun; NOH, Wonjung. *Factors affecting the health-related quality of life in community-dwelling elderly people*. **Public Health Nursing**, v. 35, n. 6, p. 482-489, 2018.
- KONZEN, Lilian Thais; ZACHARIAS, Dulce Grasel. *Marcadores Biopsicossociais Para Os Sintomas Depressivos Na Pessoa Idosa*. **Boletim Entre SIS**, v. 6, n. 1, p. 23-36, 2021. Acesso em: 29 abr. 2022.
- KWON, Myoungjin; KIM, Sun Ae; SO, Wi Young. *Factors influencing the quality of life of Korean elderly women by economic status*. **International journal of environmental research and public health**, v. 17, n. 3, p. 888, 2020.
- LIMA-COSTA, Maria Fernanda; VERAS, Renato. *Saúde pública e envelhecimento*. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p. 700-701, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/QcPXW7P53YFKBqQjxqF3rrs/?lang=pt>. Acesso em: 22 abr 2022.
- MAKOVSKI, Tatjana T. et al. *Role of clinical, functional and social factors in the association between multimorbidity and quality of life: Findings from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)*. **Plos one**, v. 15, n. 10, p. e0240024, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240024>. Acesso em: 22 abr 2022.
- MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. *Uso de gerenciador de referências bibliográficas na seleção dos estudos primários em revisão integrativa. Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 28, 2019.
- MENDES, M. R. S. S. et al. *A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração*. **Acta paulista de enfermagem**, v. 18, p. 422-426, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002005000400011>. Acesso em: 29 abr. 2022.
- MOON, Jong-Hoon. *Factors Affecting Activity Limitation in the Elderly: Data Processed from the Korea National Health and Nutrition Examination Survey, 2016*. **Osong Public Health and Research Perspectives**, v. 10, n. 3, p. 117, 2019.
- OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Comitê Regional para a África. Documento de informação, AFR/RC70/INF.DOC/1. **Relatório Sobre Os Progressos Realizados Na Implementação Da Estratégia E Plano De Ação Mundiais Sobre O Envelhecimento E A Saúde 2016-2030**, [s. l.], p. 1-4, 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/334007>. Acesso em: 22 abr. 2022.
- OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. United States of America: Organização Mundial da Saúde, 2015. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acesso em: 22 abr 2022.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Década do Envelhecimento Saudável 2020-2030**. Institutional Repository for Information Sharing, [s. l.], 2020. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2022.
- OETZEL, John G. et al. *Correlates of health-related quality of life for Māori elders involved in a peer education intervention*. **Journal of Health Communication**, v. 24, n. 5, p. 559-569,

2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/10810730.2019.1637483>. Acesso em: 22 abr 2022.

PAIVA, Mariana Mapelli de; LIMA, Margareth Guimarães; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. *Desigualdades sociais do impacto das quedas de idosos na qualidade de vida relacionada à saúde*. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1887-1896, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34102019>. Acesso em: 22 abr. 2022.

PINHEIRO, Hudson Azevedo; MUCIO, Adriana de Almeida; OLIVEIRA, Larissa de Freitas. *Prevalence and factors associated with the frailty syndrome in older adults in the Brazilian Federal District*. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 14, n. 1, p. 8-14, 2020. Disponível em: https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/en_v14n1a04.pdf. Acesso em: 22 abr. 2022.

PINILLA-RONCANCIO, Monica; GONZÁLEZ-URIBE, Catalina; LUCUMÍ, Diego I. *Do the determinants of self-rated health vary among older people with disability, chronic diseases or both conditions in urban Colombia?*. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00041719>. Acesso em: 22 abr 2022.

PHYO, Aung Zaw Zaw et al. *Impact of economic factors, social health and stressful life events on physical health-related quality of life trajectories in older Australians*. **Quality of Life Research**, p. 1-13, 2021. Disponível em: Impact of economic factors, social health and stressful life events on ... Acesso em: 22 abr. 2022.

REBÊLO, Felipe Lima et al. *Qualidade de vida de participantes de um programa de prevenção de quedas no município de Maceió*. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 11, n. 1, p. 116-124, 2021.

RISAL, Ajay et al. *Quality of life and its predictors among aging people in urban and rural Nepal*. **Quality of Life Research**, v. 29, n. 12, p. 3201-3212, 2020. Disponível em: [10.1007/s11136-020-02593-4](https://doi.org/10.1007/s11136-020-02593-4). Acesso em: 22 abr 2022.

RONG, Jian et al. *Quality of life of rural poor elderly in Anhui, China*. **Medicine**, v. 99, n. 6, 2020. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1097%2FMD.00000000000019105>. Acesso em: 22 abr 2022.

ROSA, Tábada Samantha Marques et al. *The quality of life and the sociocultural, economic and health characteristics of the elderly living in the amazon region*. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, v. 41, p. 37836, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/actascihealthsci.v41i1.37836>. Acesso em: 22 abr 2022.

SINCIHU, Yudhiakuari; PRAWESTI, Galuh Nawang. *The Elderly's Quality of Life Based on Individual Characteristics Determinants in the Elderly Population of Surabaya, Indonesia*. **Aging Medicine and Healthcare**, [S. l.], 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.33879/AMH.2019.1778>. Acesso em: 22 abr 2022.

SRIVASTAVA, Shobhit et al. *Factors associated with psychiatric disorders and treatment seeking behaviour among older adults in India*. **Scientific reports**, v. 11, n. 1, p. 1-13, 2021. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41598-021-03385-7>. Acesso em: 22 abr. 2022.

- SOARES, S. M. et al. *Associação entre depressão e qualidade de vida em idosos: atenção primária à saúde*. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 25, 2017. Disponível em: <<http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/19987/2651>>. Acesso em: 29 abr. 2022.
- SOUSA, Neuciani Ferreira da Silva; LIMA, Margareth Guimarães; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. *Social inequalities in indicators of active aging: a population-based study*. **Ciencia & saude coletiva**, v. 26, p. 5069-5080, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.24432019>. Acesso em: 22 abr. 2022.
- UNITED NATIONS. *Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects 2019: Highlights*. **United Nations**, [S. l.], 2019. Disponível em: https://populationmatters.org/population-numbers?gclid=Cj0KCQjwpImTBhCmARIsAKr58cyP_mtIh5-ysMJ_p-QtVts-tKu3bj64ix4cEuO9_x8n5W-4IbBbD1oaAvgDEALw_wcB link. Acesso em: 22 de abril de 2022.
- VALDEZ-HUIRACHE, Mayra Griselda; ÁLVAREZ-BOCANEGRA, Carlos. *Calidad de vida y apoyo familiar en adultos mayores adscritos a una unidad de medicina familiar*. **Horizonte sanitario**, v. 17, n. 2, p. 113-121, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.19136/hs.a17n2.1988>. Acesso em: 22 abr 2022.
- VERAS, Renato. *Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações*. **Revista de saúde pública**, v. 43, p. 548-554, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000025>. Acesso em: 22 abr 2022.
- VERAS, Renato Peixoto; OLIVEIRA, Martha. *Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado*. **Ciência & saúde coletiva**, v. 23, p. 1929-1936, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>. Acesso em: 22 abr 2022.
- WANG, Xiaolei et al. *Relationships among mental health, social capital and life satisfaction in rural senior older adults: a structural equation model*. **BMC geriatrics**, v. 22, n. 1, p. 1-9, 2022. Disponível em: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-022-02761-w>. Acesso em: 22 abr 2022.
- XU, Xinpeng et al. *Inequalities in health-related quality of life and the contribution from socioeconomic status: evidence from Tibet, China*. **BMC public health**, v. 20, n. 1, p. 1-10, 2020.
- YANG, Ying et al. *Socioeconomic status, social capital, health risk behaviors, and health-related quality of life among Chinese older adults*. **Health and quality of life outcomes**, v. 18, n. 1, p. 1-8, 2020. Disponível em: <https://hql.o.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-020-01540-8>. Acesso em: 22 abr 2022.
- YODMAI, Korravarn; SOMRONGTHONG, Ratana; KUMAR, Ramesh. *Determinants of quality of life among rural elderly population in Khonkean Province of Thailand*. **Journal of Liaquat University of Medical & Health Sciences**, v. 17, n. 03, p. 180-184, 2018. Disponível em: *Determinants of Quality of Life among Rural Elderly Population in* Acesso em: 22 abr 2022.

- ZIN, Poe Ei et al. *Assessment of quality of life among elderly in urban and peri-urban areas, Yangon Region, Myanmar*. **Plos one**, v. 15, n. 10, p. e0241211, 2020. Disponível: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241211>. Acesso em: 22 abr 2022.
- ZAPATA-LAMANA, Rafael et al. *The Practice of Vigorous Physical Activity Is Related to a Higher Educational Level and Income in Older Women*. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 20, p. 10815, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph182010815>. Acesso em: 22 abr 2022.
- ZHANG, Gangming et al. *Trajectories of middle-aged and elderly people's chronic diseases Disability Adjusted Life Years (DALYs): cohort, socio-economic status and gender disparities*. **International journal for equity in health**, v. 20, n. 1, p. 1-15, 2021. Disponível em: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-021-01517-z>. Acesso em: 22 abr 2022.
- ZHU, Yaxin et al. *Quality of life, loneliness and health-related characteristics among older people in Liaoning province, China: a cross-sectional study*. **BMJ open**, v. 8, n. 11, p. e021822, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-021822>. Acesso em: 22 abr 2022.

A PERCEPÇÃO DOS PROFESSORES DO ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO COM RELAÇÃO A INCLUSÃO DOS ALUNOS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL NA REDE PÚBLICA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO DE FORTALEZA

DOI: 10.51859/AMPLLA.SPT853.1122-2

Ana Claudia Dantas Franco Nabuco
Glaucia Lisboa Linard
Patricia Quirino da Costa
Rômulo Façanha Barreto Medeiros
Cybelle Façanha Barreto Medeiros Linard

1. INTRODUÇÃO

A área de estudo sobre Educação Especial tem ganhado cada vez mais enfoque nas últimas décadas, em prejuízo da determinação de que a matrícula dos alunos com deficiência deve ser feita, primordialmente, na rede regular de ensino da Educação Básica, o que fez com que aumentasse a demanda a cada ano. Diante dessa situação, nos últimos tempos, os estudos voltados para essa área aumentaram bastante. Além disso, muitas das mães desses alunos foram em busca dos direitos dos seus filhos nos meios judiciais, pois compreenderam a importância da matrícula na escola regular. Assim, é urgente a necessidade das Instituições escolares se organizarem para atender esse público da melhor maneira possível e integrá-los ao projeto político pedagógico para atingir os objetivos de formação integral do indivíduo (MANTOAN, 2006).

Há vários estudos e pesquisas mostrando a relevância do acesso à escolarização regular para os discentes com deficiência, considerando o valor da socialização, o contato e a convivência destes alunos com o ambiente estudantil vislumbrando o seu desenvolvimento global (MANTOAN, 2004).

Este trabalho visa também analisar o problema dos alunos com deficiência intelectual que estão inseridos nas salas de aula, mas muitas vezes, não estão incluídos na mesma.

O processo de inclusão dos alunos com necessidades educacionais específicas vem transformando o meio das comunidades escolares e a sociedade como um todo. Diante deste modelo de escola, em que se prioriza a inclusão dos alunos nas salas de aulas regulares, os docentes precisam se preparar e se reinventar. Essa dinâmica impulsiona a reflexão de novos modelos de práticas educativas que envolvam: núcleo gestor, professores, pais e alunos. Um novo espaço deve ser criado para que a convivência com esses alunos ocorra de maneira bastante harmônica, além de modificações no projeto político pedagógico de cada Instituição.

Dessa forma, em se tratando especificamente do aluno com deficiência intelectual, as chances desse estudante se desenvolver intelectualmente e socialmente dentro das suas limitações é muito maior. O contato com diferentes pessoas, gera experiências profundas que vão contribuir com o processo de amadurecimento e muitas vezes, ocorre até a remissão de comportamentos ditos atípicos ou inadequados. Diante do exposto, é fundamental também as famílias tomarem conhecimento dos seus direitos e deveres para irem em busca da garantia do acesso e permanência na escola pública, gratuita e de qualidade.

Mediante este fato, indagamos: como os professores se sentem em relação à preparação necessária para lidar com os alunos com deficiência intelectual? Como fazer o processo de inclusão? O que ensinar para esses alunos? Como ajudá-los na organização do próprio comportamento?

Diante do exposto, este capítulo tem como objetivo analisar a prática dos professores do Atendimento Educacional Especializado por meio de um questionário validado considerando o período da Pandemia de 2020/2021.

2. METODOLOGIA

A metodologia a ser utilizada é extremamente importante para definir os rumos da pesquisa, pois deve mostrar o caminho a ser desenvolvido, ajudar a refletir sobre os escritos e incitar uma nova percepção a respeito do objeto de estudo.

Com efeito, a estruturação de um projeto e a construção da própria pesquisa, são necessárias para atingirem resultados exitosos, se fundamentar em uma organização com primazia e ponderações teóricas baseadas em conhecimentos advindos de fontes confiáveis. Assim, no caso do trabalho em questão, a meta que se deseja.

Dessa forma, o método da pesquisa é quantitativo, mostrou-se o mais adequado, uma vez que se fará a coleta de informações por meio de uma entrevista estruturada, em que obteremos dados numéricos.

A pesquisa foi realizada por conveniência com 22 professores do Atendimento Educacional Especializado (AEE), da rede pública municipal de Fortaleza-CE, que trabalham com discentes que possuem deficiência intelectual, que constituíram a amostra da pesquisa. A unidade da amostra foi composta pelos professores do AEE do Distrito IV, da Rede Pública Municipal de Educação de Fortaleza, que lecionam no Ensino Infantil, Ensino Fundamental anos iniciais ou Ensino Fundamental anos finais, e que aceitaram responder às perguntas do questionário validado referente aos alunos com deficiência intelectual. Os critérios de exclusão foram os professores afastados por motivo de saúde, os que se negaram a responder ao questionário.

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário previamente validado denominado *Teacher Inclusion Attitudes Questionnaire* (TIAQ), – Questionário de Atitudes dos Professores validado por Sideridis e Chandler (1997). Este questionário é uma escala tipo *Likert* com 12 afirmações, para as quais existem quatro possíveis tipos de resposta: Um – concordo totalmente; Dois – concordo parcialmente; Três – Discordo parcialmente; Quatro – Discordo totalmente. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, resguardando os direitos assegurados pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, parecer número 4.679.616.

2.1. TÉCNICA DE ANÁLISE:

Para descrição das variáveis categóricas utilizou-se quantidade e percentual de entrevistados e das variáveis quantitativas: mínimo, máximo, mediana, média, desvio padrão (DP) e coeficiente de variação (CV). Para verificar existência de associação entre variáveis utilizou-se o teste da razão de verossimilhança, considerando-se como associação significativa, o valor de $p < 0,05$.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os professores pesquisados, verificou-se que a maioria tem especialização completa 19 (86,4%) e leciona em apenas uma escola 19 (86,4%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Número e percentual de professores por escolaridade e quantidade de escolas em que lecionam, ONDE? QUANDO?

Variável	n	%
Escolaridade		
Especialização completa	19	86,4
Mestrado incompleto	2	9,1
Mestrado completo	1	4,5
Quantidade de escolas		
UMA	19	86,4
DUAS ou mais	3	13,6

Fonte: Autoria própria.

As perguntas do questionário tiveram maioria de concordância total, para as questões: Q2(19; 86,4%), Q3(18; 81,8%), Q5(14; 63,6%), Q7(21; 95,5%) e Q12(21; 95,5%); a maioria de concordância parcial foi para as questões: Q4(19; 86,4%), Q6(13; 59,1%) e Q8(12; 54,5%), enquanto, a maioria de discordância total foi relativa à questão Q10(18; 81,8%) e maioria de discordância total ou parcial para a questão Q11(17; 77,3%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Número e percentual de professores por questão do questionário acerca da inclusão dos alunos com deficiência intelectual na rede pública municipal de Educação de Fortaleza.

Questões	n	%
1 - Eu sinto que tenho conhecimentos para lidar com as necessidades educacionais de alunos com deficiência.		
Concordo totalmente	11	50,0
Concordo parcialmente	11	50,0
2 - Eu sinto que crianças com deficiência vão se beneficiar da interação resultando da sua colocação em uma sala regular.		
Concordo totalmente	19	86,4
Concordo parcialmente	3	13,6
3 - Eu sinto que as crianças sem deficiência vão se beneficiar da integração com alunos com deficiência na sala regular.		
Concordo totalmente	18	81,8
Concordo parcialmente	3	13,6
Discordo totalmente	1	4,5
4 - Eu sinto que as crianças com deficiência são socialmente aceitas por seus colegas sem deficiência.		
Concordo totalmente	2	9,1
Concordo parcialmente	19	86,4
Discordo totalmente	1	4,5
5 - Eu sinto que sou capaz de amenizar os déficits de aprendizagem das crianças com deficiência.		

Questões	n	%
Concordo totalmente	14	63,6
Concordo parcialmente	7	31,8
Discordo parcialmente	1	4,5
6- Eu sinto que sou capaz de gerenciar o comportamento de crianças com deficiência.		
Concordo totalmente	5	22,7
Concordo parcialmente	13	59,1
Discordo parcialmente	2	9,1
Discordo totalmente	2	9,1
7- Eu gosto de ter alunos com deficiência na minha aula.		
Concordo totalmente	21	95,5
Concordo parcialmente	1	4,5
8 - Eu sinto que crianças com deficiência sofrem humilhações consideráveis de seus colegas sem deficiência na sala regular.		
Concordo totalmente	1	4,5
Concordo parcialmente	12	54,5
Discordo parcialmente	3	13,6
Discordo totalmente	6	27,3
9 - Eu sinto que os materiais educacionais adequados estão disponíveis para que eu possa ensinar crianças com deficiência.		
Concordo totalmente	1	4,5
Concordo parcialmente	11	50,0
Discordo parcialmente	6	27,3
Discordo totalmente	4	18,2
10 - Eu sinto que os serviços de apoio tais como apoio para leitura, fonoaudiologia, reforço escolar, psicologia, diagnósticos e enfermagem estão prontamente disponíveis para mim.		
Concordo parcialmente	4	18,2
Discordo totalmente	18	81,8
11 - Eu sinto que tenho recursos financeiros suficientes para adquirir os materiais para planejar minhas aulas e trabalhar com crianças com deficiência.		
Concordo parcialmente	5	22,7
Discordo parcialmente	6	27,3
Discordo totalmente	11	50,0
12 - Eu pretendo frequentar cursos adicionais para ampliar meus conhecimentos sobre a educação de alunos com deficiência.		
Concordo totalmente	21	95,5
Concordo parcialmente	1	4,5

Fonte: autoria própria.

A média de idade dos entrevistados foi de 47,86 anos com desvio padrão de 6,79 anos e o tempo médio de magistério foi de 18,36 anos com desvio padrão de 6,43 anos. As médias por questões foram próximas de 1 (Concordo totalmente) para as questões 2, 3, 5, 7 e 12, variando de 1,05 a 1,41; próximas ou iguais a 2 (Concordo parcialmente) para as questões 4 e 6; próximas de 3 (Discordo parcialmente) para as questões 8, 9 e 11, e próxima de 4 (Discordo totalmente) para a questão 10 (Tabela 3).

Tabela 3 – Estatísticas descritivas das variáveis, idade, tempo de magistério e questões do questionário acerca da inclusão dos alunos com deficiência intelectual na rede pública municipal de Educação de Fortaleza.

Variável	n	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	DP	CV(%)
Idade	22	36	61	47,0	47,86	6,79	14,19
Tempo de magistério(anos)	22	6	28	20,0	18,36	6,43	34,99
Quantidade de escolas em que leciona	22	1	5	1,0	1,36	1,05	76,90
1 - Eu sinto que tenho conhecimentos para lidar com as necessidades educacionais de alunos com deficiência.	22	1	2	1,5	1,50	0,51	34,12
2 - Eu sinto que crianças com deficiência vão se beneficiar da interação resultando da sua colocação em uma sala regular.	22	1	2	1,0	1,14	0,35	30,91
3 - Eu sinto que as crianças sem deficiência vão se beneficiar da integração com alunos com deficiência na sala regular.	22	1	4	1,0	1,27	0,70	55,20
4 - Eu sinto que as crianças com deficiência são socialmente aceitas por seus colegas sem deficiência.	22	1	4	2,0	2,00	0,53	26,73
5 - Eu sinto que sou capaz de amenizar os déficits de aprendizagem das crianças com deficiência.	22	1	3	1,0	1,41	0,59	41,89
6- Eu sinto que sou capaz de gerenciar o comportamento de crianças com deficiência.	22	1	4	2,0	2,05	0,84	41,26
7- Eu gosto de ter alunos com deficiência na minha aula.	22	1	2	1,0	1,05	0,21	20,39
8 - Eu sinto que crianças com deficiência sofrem humilhações consideráveis de seus colegas sem deficiência na sala regular.	22	1	4	2,0	2,64	0,95	36,17
9 - Eu sinto que os materiais educacionais adequados estão disponíveis para que eu possa ensinar crianças com deficiência.	22	1	4	2,0	2,59	0,85	32,96
10 - Eu sinto que os serviços de apoio tais como, apoio para leitura, fonoaudiologia, reforço escolar, psicologia, diagnósticos e enfermaria estão prontamente disponíveis para mim.	22	2	4	4,0	3,64	0,79	21,71
11 - Eu sinto que tenho recursos financeiros suficientes para adquirir os materiais para planejar minhas aulas e trabalhar com crianças com deficiência.	22	2	4	3,5	3,27	0,83	25,27
12 - Eu pretendo frequentar cursos adicionais para ampliar meus conhecimentos sobre a educação de alunos com deficiência.	22	1	2	1,0	1,05	0,21	20,39

Fonte: autoria própria.

Cerca de 22,62% dos entrevistados possuem habilidades que está relacionada a como o professor percebe sua condição para lidar com as condições diferenciadas de seus alunos com deficiência e seu comportamento durante a aula, com desvio padrão de 0,49; 30,92% dos entrevistados percebem benefício da inclusão para alunos com e sem deficiência com desvio

padrão de 0,30; 17,36% dos entrevistados suporte da escola para o trabalho com alunos com deficiência, incluindo mão de obra qualificada, recursos materiais e acessibilidade arquitetônica com desvio padrão 0,31 e 21,49% percebem uma aceitação social dos alunos com deficiência com desvio padrão de 0,51 (Tabela 4).

Tabela 4 - Estatísticas descritivas das características, habilidade, benefício, suporte e aceitação acerca da inclusão dos alunos com deficiência intelectual na rede pública municipal de educação de Fortaleza.

Característica	n	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	DP	CV(%)
Habilidade	22	1	3	2,3	2,15	0,49	22,62
Benefício	22	1	2	0,8	0,95	0,30	30,92
Suporte	22	1	3	1,8	1,77	0,31	17,36
Aceitação	22	2	3	2,5	2,38	0,51	21,49

Fonte: autoria própria

Ao testar a possível associação entre a escolaridade com as respostas do questionário, verificou-se que não houve associação significativa com nenhuma das questões abordadas ($p > 0,05$) (Tabela 5).

Tabela 5 - Número e percentual de professores por escolaridade e por questões do questionário, com respectivo valor p, acerca da inclusão dos alunos com deficiência intelectual na rede pública municipal de Educação de Fortaleza.

Questão	Especialização		Mestrado incompleto/completo		p
	n	%	n	%	
Q1					
Concordo totalmente	10	52,6	1	33,3	0,531
Concordo parcialmente	9	47,4	2	66,7	
Q2					
Concordo totalmente	16	84,2	3	100,0	0,329
Concordo parcialmente	3	15,8	0	0,0	
Q3					
Concordo totalmente	16	84,2	2	66,7	0,083
Concordo parcialmente	3	15,8	0	0,0	
Discordo totalmente	0	0,0	1	33,3	
Q4					
Concordo totalmente	1	5,3	1	33,3	0,374
Concordo parcialmente	17	89,5	2	66,7	
Discordo totalmente	1	5,3	0	0,0	
Q5					
Concordo totalmente	11	57,9	3	100,0	0,226
Concordo parcialmente	7	36,8	0	0,0	
Discordo parcialmente	1	5,3	0	0,0	
Q6					
Concordo totalmente	4	21,1	1	33,3	0,441
Concordo parcialmente	12	63,2	1	33,3	
Discordo parcialmente	2	10,5	0	0,0	

Questão	Escolaridade				p
	Especialização		Mestrado incompleto/completo		
	n	%	n	%	
Discordo totalmente	1	5,3	1	33,3	
Q7					
Concordo totalmente	18	94,7	3	100,0	0,583
Concordo parcialmente	1	5,3	0	0,0	
Q8					
Concordo totalmente	1	5,3	0	0,0	0,391
Concordo parcialmente	11	57,9	1	33,3	
Discordo parcialmente	3	15,8	0	0,0	
Discordo totalmente	4	21,1	2	66,7	
Q9					
Concordo totalmente	1	5,3	0	0,0	0,821
Concordo parcialmente	10	52,6	1	33,3	
Discordo parcialmente	5	26,3	1	33,3	
Discordo totalmente	3	15,8	1	33,3	
Q10					
Concordo parcialmente	4	21,1	0	0,0	0,253
Discordo totalmente	15	78,9	3	100,0	
Q11					
Concordo parcialmente	4	21,1	1	33,3	0,352
Discordo parcialmente	6	31,6	0	0,0	
Discordo totalmente	9	47,4	2	66,7	
Q12					
Concordo totalmente	18	94,7	3	100,0	0,583
Concordo parcialmente	1	5,3	0	0,0	

Fonte: autoria própria.

Ao testar possível associação entre a quantidade de escolas em que os professores lecionam e as respostas do questionário, verificou-se que não houve associação significativa com nenhuma das questões abordadas ($p > 0,05$) (Tabela 6).

Tabela 6: Número e percentual de professores por quantidade de escolas em que leciona e por questões do questionário com respectivo valor p do teste de associação entre as variáveis, acerca da inclusão dos alunos com deficiência intelectual na rede pública municipal de Educação de Fortaleza.

Questão	Quantidade de escolas em que leciona				p
	UMA		DUAS ou mais		
	n	%	n	%	
Q1					
Concordo totalmente	9	47,4	2	66,7	0,531
Concordo parcialmente	10	52,6	1	33,3	
Q2					
Concordo totalmente	17	89,5	2	66,7	0,338
Concordo parcialmente	2	10,5	1	33,3	
Q3					
Concordo totalmente	15	78,9	3	100,0	0,521
Concordo parcialmente	3	15,8	0	0,0	
Discordo totalmente	1	5,3	0	0,0	
Q4					
Concordo totalmente	2	10,5	0	0,0	0,094
Concordo parcialmente	17	89,5	2	66,7	
Discordo totalmente	0	0,0	1	33,3	
Q5					
Concordo totalmente	13	68,4	1	33,3	0,378

Questão	Quantidade de escolas em que leciona				p
	UMA		DUAS ou mais		
	n	%	n	%	
Concordo parcialmente	5	26,3	2	66,7	
Discordo parcialmente	1	5,3	0	0,0	
Q6					
Concordo totalmente	5	26,3	0	0,0	0,323
Concordo parcialmente	10	52,6	3	100,0	
Discordo parcialmente	2	10,5	0	0,0	
Discordo totalmente	2	10,5	0	0,0	
Q7					
Concordo totalmente	18	94,7	3	100,0	0,583
Concordo parcialmente	1	5,3	0	0,0	
Q8					
Concordo totalmente	1	5,3	0	0,0	0,258
Concordo parcialmente	9	47,4	3	100,0	
Discordo parcialmente	3	15,8	0	0,0	
Discordo totalmente	6	31,6	0	0,0	
Q9					
Concordo totalmente	0	0,0	1	33,3	0,055
Concordo parcialmente	11	57,9	0	0,0	
Discordo parcialmente	5	26,3	1	33,3	
Discordo totalmente	3	15,8	1	33,3	
Q10					
Concordo parcialmente	3	15,8	1	33,3	0,494
Discordo totalmente	16	84,2	2	66,7	
Q11					
Concordo parcialmente	5	26,3	0	0,0	0,430
Discordo parcialmente	5	26,3	1	33,3	
Discordo totalmente	9	47,4	2	66,7	
Q12					
Concordo totalmente	18	94,7	3	100,0	0,583
Concordo parcialmente	1	5,3	0	0,0	

Fonte: autoria própria

O conceito de escola inclusiva, de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação Especial (DCNEE) (BRASIL, 1998), implica, em uma nova postura da escola regular, que deve propor: no projeto político-pedagógico, currículo, metodologia, avaliação e estratégias de ensino, ações que favoreçam a inclusão social e práticas educativas diferenciadas que atendam a todos os alunos, pois, numa escola inclusiva a diversidade é valorizada em detrimento da homogeneidade (BRASIL, 2008).

A escola inclusiva deve abrigar na sala de aula, alunos com diversos perfis, todos respeitados com suas diferenças individuais. Na metodologia da sala de aula devem, igualmente, serem contemplados, embora a forma de apreensão dos conteúdos seja peculiar e próprios de sua deficiência. No entanto, a escola inclusiva é aquela que reconhece o quanto o aluno deve ser acompanhado em seu processo de aprendizagem, mesmo com predisposições para aprender, correspondendo a sua individualidade (BRASIL, 2008).

De acordo com asseverações para esta pesquisa, observa-se dentro do âmbito da deficiência intelectual, no intento de auferir discussão acadêmica sobre a função social da

escola, a construção de um projeto pedagógico que privilegie práticas heterogêneas e o protagonismo dos professores são vistos como chaves para a inclusão. Nesse viés, compreende-se que os sistemas escolares são instados a assegurar a matrícula de todos os alunos e a organizar-se para atendê-los. Devem oferecer os recursos pedagógicos necessários e capacitarem profissionais para atender as demandas dos alunos com necessidades especiais (PRIOSTE, RAICA e MACHADO, 2006).

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências, aprovada pela Organização das Nações Unidas (ONU, 2006) e da qual o Brasil é signatário, estabelece que os Estados-Partes devem assegurar um sistema de Educação inclusiva em todos os níveis de ensino, em ambientes que maximizem o desenvolvimento acadêmico e social compatível com a meta da plena participação e inclusão. É nessa conjuntura que SE avalia a percepção dos professores do Atendimento Educacional Especializado com relação à inclusão dos alunos com deficiência intelectual na rede pública municipal de Educação de Fortaleza-CE (BRASIL, 2009).

Esta pesquisa apresentou um perfil de professores que lidam com aprendizes no contexto de limitações, de ensino-aprendizagem. A proposta não foi estabelecer um padrão fixo de como se dá o contexto de professor-aluno com DI, mas sim, permear esse universo, apresentando um esboço qualitativo e quantitativo, por meio dos questionários aplicados aos partícipes desta pesquisa.

No entanto, há de se ressaltar que, no âmbito das políticas inclusivas, que pelo menos, há uma década vem sendo implementada, é possível verificar a partir das publicações disponíveis no *Site* do Ministério da Educação que as propostas educacionais inclusivas podem ser opostas, dependendo da gestão. Desse fato, Segundo o Parecer CNE/CEB nº 17/2001, em vez de focalizar a deficiência da pessoa, enfatiza o ensino e a escola, bem como as formas e condições de aprendizagem; em vez de procurar, no aluno, a origem de um problema, define-se pelo tipo de resposta educativa e de recursos e apoios que a escola deve proporcionar-lhe para que obtenha sucesso escolar; por fim, em vez de pressupor que o aluno deve ajustar-se a padrões de “normalidade” para aprender, aponta para a escola, o desafio de ajustar-se para atender à diversidade de seus alunos (BRASIL, 2001 p. 14).

Para atender a todos e atender melhor, a escola atual tem de mudar, e a tarefa de mudar a escola exige trabalho em muitas frentes. Cada escola, ao abraçar este trabalho, terá de encontrar soluções próprias para os seus problemas. As mudanças necessárias não acontecem por acaso e nem por Decreto, mas fazem parte da vontade política do coletivo da escola, explicitadas no seu Projeto Político Pedagógico - PPP e vividas a partir de uma gestão escolar democrática.

4. CONCLUSÃO

A escola deve promover o desenvolvimento físico, cognitivo, afetivo, moral e social dos alunos com necessidades especiais, e ao mesmo tempo, facilitar-lhes a integração na sociedade como membros ativos. Mas, para que isto aconteça, é importante que as pessoas com deficiência, sejam vistas como sujeitos capazes, produtivos e, principalmente, aptos a aprender, tendo em vista que, na perspectiva da inclusão escolar, as identidades são transitórias, instáveis, inacabadas e, portanto, os alunos não são categorizáveis, não podendo ser reunidos e fixados em categorias, grupos, conjuntos, que se definem por certas características arbitrariamente escolhidas.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Ministério da Educação**. Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva. 2008. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/politica.pdf>. Acesso em: 16 maio 2019.
- BRASIL. **Constituição de 1988 da República Federativa do Brasil**. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 5 out. 1988.
- BRASIL. Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência: protocolo facultativo à convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência – Decreto Legislativo nº 186/2008 – Decreto nº 6.949/2009: Brasília, 2009.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Política Nacional de Educação Especial na perspectiva da educação inclusiva**. 2008.
- BRASIL. **Ministério da Educação**. **Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica**. Resolução Nº2, 11 de setembro de 2001.
- MANTOAN M. T. E. Inclusão Escolar-caminhos e descaminhos, desafios e perspectiva. **Ensaio Pedagógico**. Brasília: MEC/SEESP, 2006.
- MANTOAN, A. **O direito a diferença nas escolas**. Pátio - Revista Pedagógica, Porto Alegre, v. 8, n. 32, p. 12-15, 2004.
- MANTOAN, A. **Inclusão escolar** - O que é? Por quê? Como fazer? São Paulo: Editora Moderna, 2006.
- ONU. **Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência**. Protocolo Facultativo, Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas, 2006.
- PRIOSTE, C. D.; RAICA, D.; MACHADO, M. L. G. **Dez questões sobre a educação inclusiva da pessoa com deficiência mental**. São Paulo: Avercamp, 2006. Reflexões.

SIDERIDIS, G. D.; CHANDLER, J. P. Assessment of teacher attitudes toward inclusion of students with disabilities: a confirmatory factor analysis. *Adapted Physical Activity Quarterly*, v. 14, n. 1, p. 51-64, 1997.

ABORDAGENS GRUPAIS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA GESTANTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: EXPERIÊNCIA DE DISCENTES DE ENFERMAGEM

DOI: 10.51859/AMPLLA.SPT853.1122-3

Manoelise Linhares Ferreira Gomes
Francisca Jessika Nunes de Moura
Natália Iara Rodrigues de Araújo
Andréa Mazza Beliero
Aline Ávila Vasconcelos
Cristiane Coelho Timbó Ferreira Gomes
Francisco José Maia Pinto

1. INTRODUÇÃO

A gestação é uma fase excepcional na vida de cada mulher, e que, pode ocasionar grandes transformações fisiológicas, psicológicas, sociais e familiares. É importante que, nesse momento, o acompanhamento pré-natal seja iniciado o mais precocemente possível e que a gestante receba orientações e apoio a respeito das modificações ocasionadas pela gestação. Quando o pré-natal é bem assistido e qualificado, a saúde materna é assegurada e a vivência da maternidade é mais tranquila (LIVRAMENTO *et al.*, 2019; DE LIMA *et al.*, 2021).

A ausência ou não aderência da gestante às consultas de pré-natal podem gerar grandes riscos e prejuízos a sua vida e a do recém-nascido (OLIVEIRA; HADDAD, 2018). Um dos maiores desafios da saúde pública é a mortalidade materna que configura um indicador de acesso da mulher aos cuidados de saúde e da capacidade do sistema de saúde de responder às suas necessidades. A Razão de Mortalidade Materna (RMM) no Brasil é de 59,1 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos, número superior às metas firmadas com a Organização das Nações Unidas (ONU) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021a). De acordo com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), a meta era reduzir, até 2015, a RMM a 35 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos. Atualmente, segundo os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), a meta é reduzir, até 2030, a RMM a 30 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021b).

No Brasil, em 2019, os óbitos maternos foram decorrentes de causas obstétricas: 5,7% diretas, 30,4% indiretas e 3,9% inespecíficas. Dentre as obstétricas diretas, predominaram a hipertensão, hemorragia, infecção puerperal e aborto. Quanto às obstétricas indiretas, predominaram as doenças do aparelho circulatório e respiratório que, em 2009, apresentaram aumento, em decorrência da Epidemia de H1N1, doenças infecciosas e parasitárias maternas, das quais destaca-se, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021c).

Os cuidados pré-natais devem assegurar o rastreio diagnóstico e prevenção dos agravos, minimizando os riscos envolvidos, além de preparar a gestante para um trabalho de parto, parto e nascimento respeitoso e seguro, em consonância com a fisiologia do processo de gestar, parir, nascer e amamentar, tornando-a conhecedora de seus direitos (AMORIM *et al.*, 2022). Nessa perspectiva, a Educação em Saúde (ES) apresenta-se como componente indissociável do cuidado da Enfermagem, à medida que contribui para a promoção da qualidade de vida e saúde na conjuntura familiar da mulher e do bebê. Nesse sentido, a implementação de práticas de saúde pautadas na abordagem dialógica, através de grupos educativos de gestantes, é uma estratégia fortalecedora na promoção da saúde materno-infantil. É pertinente conceder às mulheres, o empoderamento, a fim de que desenvolvam suas próprias estratégias mediante reflexão ativa que reforce a importância do pré-natal e as prepare para gerir o cuidado com sua saúde e do neonato, além de viabilizar o fortalecimento de laços entre gestantes e profissionais (DA SILVA LIMA *et al.*, 2019; ALVES *et al.*, 2019). As competências necessárias no período gravídico-puerperal envolvem habilidades técnica, prática e humanizada, com o intuito de amplificar a assistência e torná-la eficiente e segura, a partir da minoração de custos e intervenções, promoção do atendimento humanizado, preservação da vida de forma acolhedora, tranquila e com redução de traumas físicos e/ou psicológicos (RICKLI *et al.*, 2021).

Educar engloba distintas dimensões da formação humana, a exemplo de orientar e dar sentido à convivência dos sujeitos e suas coletividades, o que torna o processo adaptativo, evolutivo, crítico e inacabado, além de abranger contínuas remodelações, o que evidencia as necessidades reais dos envolvidos (HUBERT *et al.*, 2019). Os Grupos de Gestantes na Atenção Primária à Saúde (APS), visam reconhecer as principais dificuldades e necessidades que as mulheres enfrentam durante a gravidez (FONSECA *et al.*, 2020). Desse modo, a ES se configura componente indissociável dos cuidados de Enfermagem, baseada na abordagem dialógica, e intenta discutir assuntos inerentes à gestação, compartilhar experiências, conhecer o fluxograma do serviço e os setores assistenciais pelos quais a gestante transitará durante o período gravídico (FREITAS *et al.*, 2017; ALVES *et al.*, 2019). Ressalta-se que as atividades

coletivas fortalecem o acompanhamento e monitoramento da adesão ao pré-natal, além de auxiliarem na compreensão do processo gestacional, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido (DOMINGUES; PINTO; PEREIRA, 2018). À vista disso, o Ministério da Saúde, indica, por meio do Decreto nº 94.406/87 (BRASIL, 1987), a atuação interdisciplinar frente ao pré-natal, sendo o profissional de Enfermagem, facilitador dos cuidados pré-natais de baixo risco na APS (BRASIL, 2012). Esses são oportunizados mediante ações promotoras e educativas em saúde, além da investigação de doenças e agravos, com a finalidade de oportunizar a manutenção da saúde do binômio. Nesse contexto, cabe à equipe da Estratégia da Saúde da Família (ESF) favorecer canais de diálogo sobre aspectos biomédicos, psicológicos, comportamentais e socioculturais para sanar dúvidas sobre o período gravídico (WHO, 2016). Dessa forma, pode ser viabilizado, também, o desenvolvimento performativo dos discentes que atuam na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) frente ao cuidado a essa esfera populacional.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo descrever a experiência de promoção da saúde para gestantes por meio de abordagens grupais na APS.

2. MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência, do tipo qualitativo, com abordagem descritiva, e desenvolvido a partir das vivências do módulo Práticas Interdisciplinares de Ensino, Pesquisa e Extensão II (PIEPE II), no curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), em um Centro de Saúde da Família (CSF) localizado na região norte do Ceará, no período de agosto a outubro de 2018.

Os atendimentos em saúde no CSF foram oportunizados por três equipes da ESF compostas por: enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, fisioterapeuta, profissionais de educação física, nutricionista, dentista e auxiliar em saúde bucal.

As ações extensionistas foram implementadas em oito encontros, nos quais foram elaborados: diagnóstico situacional, definição de prioridades, planejamento das ações e intervenções educativas.

O diagnóstico situacional foi realizado a partir da observação das gestantes, em rodas de conversa, mediante atividades lúdicas, antes das consultas de pré-natal.

Na perspectiva da integração de estratégias promotoras de saúde, resolveu-se indagar as gestantes sobre as principais necessidades e/ou problemas vivenciados no período

gravídico, o que viabilizou o planejamento das intervenções de acordo com o perfil das participantes.

Dentre as dúvidas acerca das remodelações no cotidiano familiar, averiguou-se questionamentos relacionados ao período gestacional e às adequabilidades na amamentação, nutrição da puérpera e cuidados com o recém-nascido (RN). Tentou-se, ainda, sanar as dúvidas das gestantes durante as abordagens grupais, com o intuito de favorecer a melhoria da qualidade gestacional, maior vínculo do binômio, orientar sobre o autocuidado e esclarecer as potencialidades do parto vaginal, sempre que não houver risco à mãe e ao bebê, a fim de prevenir complicações relativas ao trabalho de parto e puerpério.

A definição de prioridades foi desenvolvida após escuta qualificada das gestantes acerca das necessidades de saúde e de orientações sobre o período gravídico-puerperal, e a partir do diálogo síncrono com as equipes da ESF.

Quanto ao planejamento do projeto de intervenção, optou-se por explicar temáticas recorrentes no primeiro contato com as gestantes, por meio de discussão dialógica na Sala de Espera para consulta de pré-natal. Assim, foi possível elaborar ações de Educação em Saúde sobre a importância do Aleitamento Materno Exclusivo (AME), e complementar; Nutrição saudável na gestação; Cuidados com o RN; Saúde bucal da mãe e do bebê e Tabus da gravidez.

Os encontros grupais foram planejados e implementados por meio de técnicas coletivas, tendo a ludicidade como principal ferramenta educativa. A escolha das participantes se deu por conveniência, mediante convite nas consultas de pré-natal e sala de espera. Os encontros ocorreram com periodicidade semanal, nos quais foi observada a presença de quantitativos diferentes de participantes, com cerca de 20 gestantes em cada reunião.

Pactuou-se, mediante contrato de saúde entre facilitadores e participantes, que as intervenções aconteceriam de forma sistematizada, com o intuito de fomentar o conhecimento crítico e reflexivo acerca das temáticas abordadas. Salienta-se que o planejamento das intervenções educativas ocorreu de forma compartilhada, o que viabilizou o envolvimento dos discentes, frente à consolidação do cuidado.

As metodologias ativas dos encontros foram efetivadas em quatro etapas: 1) acolhimento e breve explicação sobre a temática proposta para o encontro; 2) dinâmica de quebra-gelo; 3) operacionalização da metodologia escolhida e 4) avaliação da intervenção educativa.

Os encontros grupais tiveram como temáticas principais: a) Grupo de Gestantes (percepção das usuárias acerca dos serviços de saúde); b) Aleitamento Materno Exclusivo

(AME) e complementar; c) Nutrição saudável na gestação; d) Cuidados com o RN; e) Saúde bucal da mãe e do bebê; f) Tabus da gravidez.

2.1. GRUPO DE GESTANTES: PERCEPÇÃO DAS USUÁRIAS ACERCA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Essa temática foi abordada em dois momentos: sala de espera e grupo de gestantes. Os dois encontros foram planejados com o intuito de melhorar a qualidade do acompanhamento durante a gestação, após ser observado, pelas equipes da ESF, que algumas gestantes faltavam às consultas de pré-natal e/ou não estavam com exames ou imunização em conformidade com o preconizado para as semanas do período gravídico.

A busca ativa se deu por meio de convite nominal. Os discentes propuseram reflexão sobre a importância do Grupo de Gestantes como espaço norteador de orientações à promoção da saúde do binômio e autonomia da mãe nessa nova fase da vida. Os materiais usados foram: pincéis coloridos, folhas de papel, revistas, colas, tesouras e canetas, a fim de que as gestantes montassem, com técnica de escrita e colagem, como elas percebiam os atendimentos nos serviços de saúde no período gestacional.

2.2. ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO (AME) E COMPLEMENTAR

As atividades ludopedagógicas do encontro grupal ocorreram por meio de recurso audiovisual e jogo interativo de “mitos e verdades”. Neste, foi discutido sobre a influência do Aleitamento Materno Exclusivo (AME), para a nutrição da criança nos primeiros seis meses de vida e, de forma complementar, até os dois anos de idade.

Após as participantes serem indagadas sobre conhecimentos populares acerca do AME e complementar, estas expressaram os saberes através das placas de cores verde e vermelha, sendo a primeira utilizada para representar o que consideravam como verdade e a segunda como mito. Somou-se a isso, a apresentação das respostas por meio de recursos de mídia para efetivar a ação educativa.

2.3. NUTRIÇÃO SAUDÁVEL NA GESTAÇÃO

A ação educativa foi viabilizada por meio de metodologia ativa sobre o conhecimento dos alimentos e de suas propriedades nutritivas frente ao aperfeiçoamento dos preditivos de saúde na gestação, associando-os à qualidade de vida do binômio. Para tal, elaboraram-se cinco casos clínicos abordando os seguintes temas recorrentes durante o período gravídico: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), Constipação,

Anemia e Obesidade. A partir destes, as gestantes foram convidadas a montar refeições saudáveis. Propôs-se, ainda, um recordatório alimentar individual das últimas 24 horas, com o intuito de conscientizá-las sobre as possibilidades nutritivas e a vigilância quanto à promoção da saúde nutricional, sem, contudo, desconsiderar as vulnerabilidades social e financeira das participantes. Acrescentou-se a isso, o estímulo à prática de exercícios físicos como potencializadores da saúde física e mental na gestação.

2.4. CUIDADOS COM O RN

A abordagem grupal sobre “cuidados com o RN” contou com dois encontros. No primeiro, realizou-se um corredor do cuidado, no qual as gestantes escutaram músicas e imaginaram o ambiente intrauterino. Propiciaram-se, assim, reflexões acerca do conforto que os neonatos precisam ter nos primeiros dias de vida, efetivado por meio dos cuidados oportunizados pelos familiares e profissionais de saúde. No segundo, como principal metodologia, distribuiu-se, para as gestantes, balões secos com perguntas escritas e dobradas em seu interior. As participantes os encheram até estourar, e responderam aos questionamentos sobre os cuidados com o RN, o que viabilizou diálogo síncrono entre facilitadores e participantes. Foram entregues, ainda, folhas A4 para cada mulher, e solicitado que elas desenhassem um *emoticon* como forma de avaliação de si e do aprendizado resultante da intervenção.

2.5. SAÚDE BUCAL DA MÃE E DO BEBÊ

Nesse encontro, foi propiciada uma roda de conversa sobre a temática, na qual foi discutida a influência da fluoretação das águas, técnica adequada de escovação dos dentes, uso correto do fio dental e o impacto da utilização de soluções tópicas de fluoretos em bochechos matinais. Orientou-se, também, sobre a higienização bucal dos lactentes, equívocos relacionados ao uso inadequado de mamadeiras, escolha de bicos ortodônticos e introdução alimentar conforme a fase do desenvolvimento.

2.6. TABUS DA GRAVIDEZ

No encontro, as gestantes foram divididas em dois grupos, nos quais foram explanados assuntos populares acerca do período gestacional, tais como: utilização de medicamentos e possíveis agravos à saúde do bebê, alimentação multiplicada por dois, síndromes congênitas,

afetividade e prática sexual na gestação, atividade física e suas potencialidades para a saúde do binômio, e limitações fisiológicas nos primeiros meses após a fecundação.

Como metodologia ativa, utilizou-se um jogo de perguntas e respostas do tipo tabuleiro, o qual favoreceu a argumentação dos grupos sobre o conhecimento prévio acerca dos questionamentos propostos. Dessa forma, os facilitadores traziam recortes da literatura científica para embasar a discussão, minimizar dúvidas e promover o cuidado em saúde.

No que concerne à coleta de dados, ocorreu por meio da observação das gestantes e discussão dialógica nos encontros grupais. Os dados foram analisados de acordo com as avaliações das participantes e dos facilitadores em sinergia com as evidências científicas acerca das temáticas propostas.

Ressalta-se que, por se configurar relato de experiência, este estudo não precisou ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, entretanto, obedeceu a todas as sugestões da Resolução n.º 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b).

3. RESULTADOS

Realizaram-se oito abordagens grupais, com cerca de 20 participantes por encontro. As intervenções educativas viabilizaram habilidades sociais às gestantes e desenvolvimento performativo aos discentes, por meio da troca de experiências, além de oportunizar o fortalecimento do vínculo entre os envolvidos, configurando-se meio promotor de saúde para as gestantes, bem como contribuir para o conhecimento científico sobre o período gravídico-puerperal.

A seguir, estão descritos os principais resultados das ações de Educação em Saúde, efetivados junto às participantes do Grupo de Gestantes no CSF.

3.1. PERCEPÇÃO DAS USUÁRIAS ACERCA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Notabilizou-se, a partir da escuta ativa das mulheres, que embora a maioria 12 (60%) soubesse da existência do Grupo de Gestantes no CSF, não participava devido ao horário dos encontros, sendo, a partir disso, acordada a remodelação deste. Verificou-se, ainda, que as gestantes estavam atentas e participaram de forma ativa mediante perguntas sobre os fluxos de referência e contrarreferência no acompanhamento do binômio no trabalho de parto, parto e puerpério. Além disso, percebeu-se a criatividade das participantes na execução da metodologia, na qual sugeriram melhorias para o Grupo de Gestantes, a fim de efetivar as adequabilidades na condução deste e favorecer maior adesão nos encontros subsequentes.

3.2. ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO (AME) E COMPLEMENTAR

Constatou-se interação entre as gestantes durante o jogo, à medida que era propiciado o relato das experiências pessoais. Quanto às dúvidas das gestantes, as principais foram relacionadas à posição correta do bebê durante a amamentação, massagem dos mamilos para estimular a ejeção do leite materno por meio da Rede de Haller, fórmulas infantis, mamadeiras e chupetas adequadas para cada fase do desenvolvimento infantil. Enfatizou-se, também, as orientações sobre a importância do acompanhamento alimentar nas consultas de puericultura, uma vez que algumas multigestas relataram ter oferecido mingau aos seus outros filhos antes dos seis meses de idade.

3.3. NUTRIÇÃO SAUDÁVEL NA GESTAÇÃO

Durante a metodologia ativa, as gestantes estavam animadas e relataram lembrar da ludicidade relacionada aos jogos infantis, porém, surgiram dúvidas sobre a ingestão hídrica durante e após as principais refeições, o que oportunizou o protagonismo discente ao referenciar estudos que elencam como essenciais para a absorção de ferro os alimentos ricos em vitamina C. Orientou-se, ainda, quanto às possibilidades do uso sinérgico de dois ou mais alimentos na mesma refeição, respeitando-se as necessidades nutricionais no período gravídico, além do aperfeiçoamento técnico-científico quanto ao manuseio dos alimentos.

3.4. CUIDADOS COM O RN

Perceberam-se sentimentos de ambivalência entre as gestantes, sobretudo, em 5 (25%) primíparas que participaram dos encontros sobre a temática. Ademais, foram elencadas dúvidas sobre os testes para verificação de doenças congênitas, imunização, amamentação, troca de calor, higienização do coto umbilical, icterícia fisiológica, tipos de banho e uso adequado de fraldas nos neonatos, sanadas conforme evidências científicas. Optou-se, também, por informar sobre os cuidados no âmbito familiar, como proporcionar ambiente silencioso para o neonato. De forma geral, notou-se a interação e a consolidação do conhecimento ativo entre as gestantes.

3.5. SAÚDE BUCAL DA MÃE E DO BEBÊ

Observou-se que as gestantes apresentaram dúvidas quanto ao edema gengival e o motivo da sensibilidade durante o período gravídico. Outrossim, questionaram sobre o

estímulo às revisões da cavidade bucal, haja vista que algumas não associavam tal prática a possíveis riscos na gestação.

Em relação à saúde bucal do bebê, os discentes explanaram técnicas para minorar dificuldades adaptativas quanto à pega correta na amamentação. Inferiu-se, assim, o empoderamento das gestantes sobre a importância do cuidado com a cavidade oral, o que favoreceu relatos de adesão ao tratamento odontológico materno após encontro e de intenção satisfatória para a AME.

3.6. TABUS DA GRAVIDEZ

A partir do jogo de tabuleiro, viabilizou-se habilidade imaginativa, entretenimento e consolidação de saberes entre as gestantes. Evidenciou-se o uso de metodologias ativas como estratégia de Educação em Saúde eficaz, posto que 7 (35%) participantes utilizavam medicamentos aprazados para DMG ou HAS, mas não acreditavam que o uso indiscriminado poderia afetar o bebê, e 3 (15%) tinham receio de viver a sexualidade conjugal, por medo de machucar o(a) filho(a). As percepções das mulheres sobre os tabus da gravidez fizeram os profissionais repensarem a necessidade de novas abordagens nas consultas de pré-natal.

4. DISCUSSÃO

Há de se discutir a importância dos grupos de gestantes no período de pré-natal, o que é comprovado na literatura, uma vez que a discussão de temas ligados ao parto e ao puerpério fortalece e dá segurança às mulheres quanto ao processo de parir. Por ser uma tecnologia leve e de baixo custo, o Grupo de Gestantes, implica, em ganhos consideráveis para a saúde da mulher e do recém-nascido, já que aumenta a qualidade da assistência ao possibilitar melhor ajuste das informações repassadas, favorece a elucidação de dúvidas e agrega novos conhecimentos (D'AVILA *et al.*, 2022).

Verificou-se que a abordagem grupal se configura técnica efetiva e com boa aceitação entre as participantes, tendo sido necessária, para tal, a adequação dos horários e do tempo a ser realizado, de acordo com a disponibilidade das gestantes. A partir dessa remodelação, que se deu por meio de sugestões das próprias partícipes, notou-se uma melhor adesão à metodologia utilizada.

Quanto às percepções sobre AME e complementar, averiguou-se que à medida que é oportunizado o compartilhamento das vivências pessoais, há melhor envolvimento das participantes. Grande parte das dificuldades relativas à amamentação pode ser evitada com

escuta qualificada, orientações e medidas preventivas acerca de possíveis intercorrências. Estudos destacam a importância de orientar as gestantes acerca da pega e da posição correta do bebê ao mamar, visto que o manejo incorreto pode influenciar no ganho de peso do RN. Além disso, deve-se atentar para as orientações sobre a técnica de ordenha e massagem mamilar no estímulo à produção do leite (SILVA *et al.*, 2022; FERREIRA *et al.*, 2020; DOMINGUEZ *et al.*, 2017). Desse modo, é inescusável favorecer a troca de experiências, uma vez que estas contribuem para sanar dúvidas e auxiliam no processo de segurança da mãe acerca da importância de perseverar na AME nos primeiros seis meses de vida do bebê.

Vale salientar que a transmissão das representações sociais também perpassa o discurso das ciências. Dessa maneira, os profissionais que atuam junto às mulheres em suas necessidades de saúde detêm saberes científicos e sociais (KÖLLN GENERO; REIS DOS SANTOS, 2020), que otimizam o esclarecimento de informações e reduzem inseguranças sobre a maternidade.

No que concerne à nutrição saudável na gestação, a principal discussão foi sobre a qualidade da ingestão de alimentos e quantidades de porções necessárias para obtenção de nutrientes, corroborando com o estudo de Lucindo e Souza (2021), no qual foi evidenciado que a nutrição adequada no período gestacional é essencial aos desfechos positivos à gravidez saudável. Nessa perspectiva, manter uma alimentação adequada e rica em ferro minimiza os riscos para a anemia (EL BEITUNE *et al.*, 2020), sobretudo, a anemia ferropriva. Faz-se necessário enriquecer a dieta com refeições baseadas em alimentos que auxiliam a absorção do ferro pelo organismo, a exemplo de brócolis, morango, suco de limão e laranja.

A escolha metodológica das intervenções educativas, com foco na ludicidade, constituiu-se estratégia favorável, pois possibilitou o resgate das lembranças e permitiu a interação e troca de informações entre as participantes, sendo encorajado o relato das impressões e percepções de saúde de cada uma, a fim de esclarecer dúvidas.

No que concerne aos cuidados com o RN, observou-se maior dificuldade entre as primíparas, uma vez que experienciarão a maternidade pela primeira vez, e podem ter inseguranças. Dentre os temas que mais geraram dúvidas, estão: testes para verificação de doenças congênitas, imunização e icterícia neonatal. O Ministério da Saúde apresentou, em 2018, ações inseridas na Política Nacional de Ações Integradas à Saúde da Criança (PNAISC) que priorizam a qualificação da assistência aos recém-nascidos em três eixos, os quais englobam a detecção precoce de doenças congênitas e a importância da adesão à imunização (BRASIL, 2018). Por se tratarem de causas que podem gerar danos irreversíveis ao RN, é imprescindível

a promoção de capacitações que integrem pais e familiares no cuidado a estes, a fim de diminuir os medos dos cuidadores e empoderá-los acerca da assistência ao bebê.

Referente à detecção precoce de doenças congênitas, há a triagem neonatal biológica, mais popularmente conhecida no Brasil por “teste do pezinho”, que é um conjunto de ações preventivas, responsável por identificar precocemente indivíduos com doenças metabólicas, genéticas, enzimáticas e endocrinológicas, com o intuito de tratá-los em tempo oportuno e evitar as sequelas e óbitos (BRASIL, 2016). Desse modo, deve-se propor o gerenciamento dos casos positivos por meio de monitoramento e acompanhamento da criança durante o tratamento.

Notabilizou-se, ainda, dúvidas sobre doenças periodontais entre as participantes deste estudo. Essas surgem no período gravídico e aumentam devido às alterações hormonais e em consequência dos maus hábitos de higiene bucal (BOTELHO *et al.*, 2019). Dessa forma, o período gestacional é propício para o esclarecimento e orientação acerca da importância da saúde bucal (OLIVEIRA; HADDAD, 2018).

Ao se considerar que a promoção da saúde bucal integra ações que permeiam a saúde coletiva e tem especial importância no período gravídico-puerperal, com o intuito de reduzir os fatores de risco, incapacidades e doenças para o binômio, é pertinente que o odontólogo, em sinergia com os outros profissionais da ESF apresentem às gestantes um plano de cuidados inerentes à saúde bucal, bem como favoreçam orientações preventivas às cáries no binômio.

Algumas mulheres acompanhadas neste estudo não acreditavam que o uso indiscriminado de medicamentos poderia trazer malefícios ao bebê. O uso indiscriminado de fármacos pode afetar o organismo materno e interferir no desenvolvimento do feto, de modo que a automedicação pode ocasionar intoxicações, interações medicamentosas e óbitos (ARALDI *et al.*, 2021). Cabe, então, à equipe da ESF discutir o uso adequado de fármacos, com o intuito de controlar as condições de saúde e promover a qualidade de vida no período gravídico.

Sabe-se, ainda, que o período gestacional é permeado de crenças culturais e tabus relacionados à forma de viver a sexualidade. Neste estudo, uma das principais dúvidas foi relacionada ao medo de machucar o feto durante o ato conjugal. Nesse contexto, devem ser viabilizadas orientações que reduzam os sentimentos de ambivalência entre as gestantes, sobretudo, diante das remodelações físicas e psicológicas desse período (FIAMONCINI; REIS, 2018), que interferem no comportamento sexual das mulheres (FERNÁNDEZ-SOLA *et al.*, 2018). Assim, recomendam-se ações educativas que proporcionem tranquilidade e compreensão acerca da vivência sexual na gestação, e desmistifiquem os pensamentos contrários à prática sexual como complementar entre os parceiros.

Dentre as contribuições do estudo, a utilização da ES, no período gestacional, fortalece o vínculo e a confiança dos adeptos e intensifica a comunicação entre o serviço de saúde e a gestante, o que leva a uma melhor adesão às consultas e atividades propostas (SCHWAB *et al.*, 2021). A experiência pode, ainda, fomentar a literatura acerca do manejo de abordagens grupais como espaço socializador e promotor de saúde, a partir das reflexões acerca das principais dificuldades enfrentadas durante o período gravídico, além de contribuir no processo de formação e senso crítico, haja vista que articulam os conhecimentos técnico-científicos à prática em saúde. Destacou-se, também, a aplicação prática e capacidade de escuta dos discentes de Enfermagem às participantes, conforme realidade do serviço, o que notabilizou o sentimento de pertença à equipe da ESF e permitiu o acompanhamento dos cuidados ao binômio.

Como limitações do estudo, citam-se o regionalismo e a cultura local, uma vez que as impressões e perspectivas das gestantes podem ter sido influenciadas pelos contextos social e familiar, o que inviabiliza a generalização dos resultados. Ademais, o diminuto quantitativo de encontros impossibilitou a avaliação das intervenções educativas após o nascimento do bebê e/ou em outras gestações.

Sugere-se, assim, a elaboração de pesquisas longitudinais, com amostras em diferentes regiões do país, a fim de avaliar a eficácia de programas educativos em saúde na adesão às consultas de pré-natal e puericultura, configurando resultados a médio e longo prazos.

5. CONCLUSÃO

As abordagens grupais configuraram espaço potente para reflexão crítica e significativa do período gravídico-puerperal, a partir da troca de experiências e aprendizado mediante socialização de saberes e fortalecimento de vínculos. Além disso, foram viabilizados o empoderamento e poder decisório das mulheres frente as remodelações inerentes à gestação.

REFERÊNCIAS

- ALVES, F. L. C. et al. Grupo de gestantes de alto-risco como estratégia de educação em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, p. e20180023, 2019.
- AMORIM, T.S., BACKES, MTS, CARVALHO, KM, SANTOS, EKA, DOROSZ, PAE, BACKES, DS. Gestão do cuidado de Enfermagem para a qualidade da assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde. *Esc Anna Nery* 2022;26:e20210300.

- ARALDI, BL; SILVERIO, MC; FERREIRA, EDF. Overdose medicamentosa na gestação: uma revisão bibliográfica. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.10, p. 98875-98902 out. 2021.
- BOTELHO, D. L. L.; LIMA, V. G. A.; BARROS, M. M. A. F.; ALMEIDA, J. R. de S. Odontologia E Gestação: A Importância Do Pré-Natal Odontológico. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, [S. l.], v. 18, n. 2, 2020.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 94.406 de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7498 de 25 de Junho de 1986 que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 09 Mar 1987.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 dez. 2012b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 180 p.: il.
- COSTA, L. D. et al. Maternal difficulties in home care for newborns. **Rev Rene**, v. 21, p. e44194, 25 set. 2020.
- D'AVILA, C. G. et al. Efetividade de jogo educativo para gestantes: conhecimento agregado e vivência das mulheres. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. e20210078, 2022.
- DA SILVA LIMA, V. K. et al. Health education for pregnant women: the search for maternal empowerment over the puerperal-pregnancy cycle / Educação em saúde para gestantes: a busca pelo empoderamento materno no ciclo gravídico-puerperal. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 11, n. 4, p. 968-975, 1 jul. 2019.
- DE LIMA, M. M. et al. Adesão de mulheres e acompanhantes participantes de um grupo de gestantes e casais grávidos. **Enfermagem em Foco**, v. 12, n. 3, 6 dez. 2021.
- DOMINGUES, F.; PINTO, F. S.; PEREIRA, V. M. Grupo de gestantes na atenção básica: espaço para construção do conhecimento e experiências na gestação. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 20, n. 3, p. 150-154, 3 dez. 2018.
- DOMINGUEZ, C. C. et al. Dificuldades no estabelecimento da amamentação: visão das enfermeiras atuantes nas unidades básicas de saúde [Difficulties in establishing breastfeeding: view of nurses working in primary care facilities] [Dificultades para establecer la lactancia: visión de las enfermeras de unidades básicas de salud]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 25, p. e14448, 20 dez. 2017.

- El BEITUNE, P. et al. Nutrição durante a gravidez. São Paulo: **Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo)**; 2018. (Protocolo Febrasgo – Obstetrícia, nº 14/Comissão Nacional Especializada em Assistência Pré-Natal).
- FERNÁNDEZ-SOLA, C. et al. Sexuality throughout all the stages of pregnancy: Experiences of expectant mothers. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, p. 305–312, jun. 2018.
- FERREIRA, G. R. et al. Prevenção De Intercorrências Mamárias Para Evitar O Desmame Precoce. **NBC-Periódico Científico do Núcleo de Biociências**, v. 10, n. 20, 8 dez. 2020.
- FIAMONCINI, A. A.; REIS, M. DE M. F. DOS. Sexualidade E Gestação: Fatores Que Influenciam Na Expressão Da Sexualidade. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v. 29, n. 1, p. 91–102, 31 dez. 2018.
- FONSECA, M. J. F. DA et al. Educação Em Saúde Como Ferramenta Para O Cuidado Às Gestantes E Puérperas: Revisão De Literatura/ Health Education As A Tool For Caring Pregnant And Pregnant Women: Literature Review. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 10, p. 76885–76896, 2020.
- FREITAS, N. A.; PINTO, R. A.; MENDONÇA, G. M.; SILVA, M. R. F. Intimidade e Vínculo nas práticas de cuidado na ESF: Enlaço entre o binômio mãe-filho mediante a estratégia de abordagem grupal desenvolvida na Residência Multiprofissional em Saúde. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. Pág. 25-37, 14 jul. 2017.
- KOLLN GENERO, I.; REIS DOS SANTOS, K. Vivências de mulheres sobre o processo de parturição e pós-parto em um hospital escola. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 9, n. 3, p. 261, 26 nov. 2020.
- GUEDES, DCV; BRITO, AS; SILVA, DR. A importância do cuidado farmacêutico em mulheres no período gestacional. *Research, Society and Development*, v. 9, n.7, 2020.
- HUBERT, K. A. et al. Atividades De Educação Em Saúde Para Gestantes No Cenário Da Atenção Primária À Saúde: relato de experiência. **Inova Saúde**, v. 9, n. 1, p. 71, 3 jul. 2019.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Fundação Oswaldo Cruz**. Boletim observatório da COVID-19. Semanas epidemiológicas 20 e 21. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2021a. [citado em 2022 mai 10]. Disponível em: https://agencia.fiocruz.br/sites/agencia.fiocruz.br/files/u34/boletim_covid_2021-semanas_20-21-red.pdf
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de atenção primária à saúde (SAPS)**. MS, Opas, Conass e Conasems apresentam proposta de plano nacional para enfrentamento da mortalidade materna e infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2021b. [citado em 2022 mai 10]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/13457>
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. Boletim Epidemiológico Nº 29. Volume 52. Brasília: Ministério da Saúde; Ago. 2021c. [citado em 2022 mai 10]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_29.pdf/@download/file/Boletim_epidemiologico_SVS_29.pdf

- LIVRAMENTO, D. DO V. P. DO et al. Percepções de gestantes acerca do cuidado pré-natal na atenção primária à saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, p. e20180211, 2019.
- LUCINDO, A. L. M. M. M.; SOUZA, G. S. DE. A nutrição materna como ponto chave na prevenção de doenças e no desenvolvimento fetal / Maternal nutrition as a key point in disease prevention and fetal development. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 2, p. 5489–5497, 2021.
- MORAES, K. R. P. et al. Desmistificando a sexualidade na gestação: a continuidade da promoção em saúde em tempos de pandemia. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 16, p. e446101623701, 15 dez. 2021.
- OLIVEIRA, J. H. B. R. DE; HADDAD, A.E. (Orgs). **Saúde Bucal da Gestante: Acompanhamento Integral em Saúde da Gestante e da Puérpera**. São Luís: EDUFMA, 2018. Disponível em:
<https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/ARES/10865/1/Sa%c3%bade%20Bucal%20da%20Gestante_Portugu%c3%aas_978-85-7862-779-9.pdf>. Acesso em: 15 mai 2022.
- RICKLI, E. M.; DA ROCHA MARANDOLA, C. M.; MARQUES PINHA, A. P. Educação em Saúde como Estratégia de Empoderamento das Gestantes na Atenção Primária: Relato de Experiência. **Saúde em Redes**, v. 7, n. 2, p. 25–33, 1 dez. 2021.
- SAPS. MS, Opas, Conass e Conasems apresentam proposta de plano nacional para enfrentamento da mortalidade materna e infantil. Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Brasília, DF, 16 de ago. 2021. Disponível em:
<<https://aps.saude.gov.br/noticia/13457>>. Acesso em: 15 mai 2022.
- SCHWAB, F. C. B. DE S. et al. Fatores associados à atividade educativa em saúde bucal na assistência pré-natal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 1115–1126, mar. 2021.
- SILVA, D. P. DA et al. Orientações para o aleitamento materno e alimentação complementar à criança atendida na puericultura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 1, p. e9401, 21 jan. 2022.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience**. Geneva: WHO, 2016.

ACESSO DE PESSOAS COM HANSENÍASE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA À LUZ DOS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS

DOI: 10.51859/AMPLA.SPT853.1122-4

Eliziane Oliveira de Lima ¹

Ana Suelen Pedroza Cavalcante ²

José Wicto Pereira Borges ³

Nelson Filice de Barros ⁴

Maria Rocineide Ferreira da Silva ⁵

¹ Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará, Técnico administrativo em educação na Universidade Federal do Piauí (UFPI)

² Enfermeira, Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará, Doutoranda em Saúde Coletiva - Universidade Estadual do Ceará

³ Mestre e Doutor em Cuidados Clínicos em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará- UECE, Docente da Universidade Federal do Piauí

⁴ Doutor em Saúde Coletiva pela Unicamp, Docente do Curso de graduação em Medicina; e da pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas

⁵ Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará, Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e da Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará

1. INTRODUÇÃO

A hanseníase é considerada um complexo problema de saúde pública, com repercussões físicas, sociais e psicológicas, por ser uma doença crônica, de evolução lenta, infectocontagiosa, e que possui uma alta infectividade e baixa patogenicidade, causada pelo *Mycobacterium leprae*, que se instala nos nervos periféricos e causa alterações dermatológicas e neurológicas (BRASIL,2017).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), 213.899 casos novos foram notificados em 2014, desses, 94% eram habitantes de 13 países, dentre eles, o Brasil. Desses novos casos notificados, 14.110 apresentavam Incapacidade Grau 2, ao indicar a presença de incapacidades e deformidades do tipo lagoftalmo, garras, reabsorção óssea, mãos e pés caídos, entre outros; 18.869 eram crianças, 36% eram do sexo feminino e 61% eram casos multibacilares (MB) de hanseníase (WHO,2016).

O grande número de casos de hanseníase no Brasil, que em 2012 ficou em segundo lugar em relação ao número de casos novos no mundo, com 33.303, correspondendo a 15,4%, perdendo apenas para a Índia, com 126.800.3 e em 2013 teve prevalência de 1,42 casos por dez

mil habitantes, correspondendo a 28.445 casos em tratamento, demonstra que o diagnóstico ainda ocorre de forma tardia (BRASIL, 2017).

A demora na busca por atendimento nos serviços de saúde aponta para a falta de informação sobre os sinais e sintomas da doença por parte dos usuários. Para compreender esse trajeto até o diagnóstico e início do tratamento são utilizados os itinerários terapêuticos – que possibilitam conhecer essas diferentes trajetórias e as fragilidades do serviço de saúde (GERHARDT, 2016).

Por meio dos itinerários terapêuticos, o usuário descreve os fatos ocorridos e as várias escolhas que fez ao longo desse percurso em busca do diagnóstico e tratamento, e ainda é possível identificar as múltiplas redes de cuidado e de atenção nesse processo (PINHEIRO, MARTINS, 2011).

Para Gerhardt *et al.*, (2016), “as pessoas lembram o que aconteceu, e as experiências constroem a vida individual e social, onde a subjetividade do indivíduo é tudo o que envolve o adoecimento”. Permite apreender discursos e práticas, por meio dos quais os princípios da integralidade e resolutividade na atenção em saúde podem ser questionados e evidenciam tensionamentos resultantes das experiências de adoecimento e de buscas por cuidados (BELLATO, ARAÚJO, CASTRO, 2008). Entende-se que o conhecimento dos itinerários percorridos pelos usuários do sistema de saúde ajuda a fazer a crítica necessária para qualificação do acesso.

Ao absorver a finalidade dos itinerários terapêuticos como a forma de apreender a trajetória da pessoa no processo de adoecimento, emergiu o questionamento: como ocorre o acesso aos serviços de saúde brasileiros pelas pessoas com hanseníase na busca do diagnóstico, tratamento e acompanhamento a partir de seus itinerários?

A partir dessa pergunta, a presente pesquisa objetivou analisar as produções científicas acerca do acesso aos serviços de saúde de pessoas com hanseníase em busca do diagnóstico e tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS).

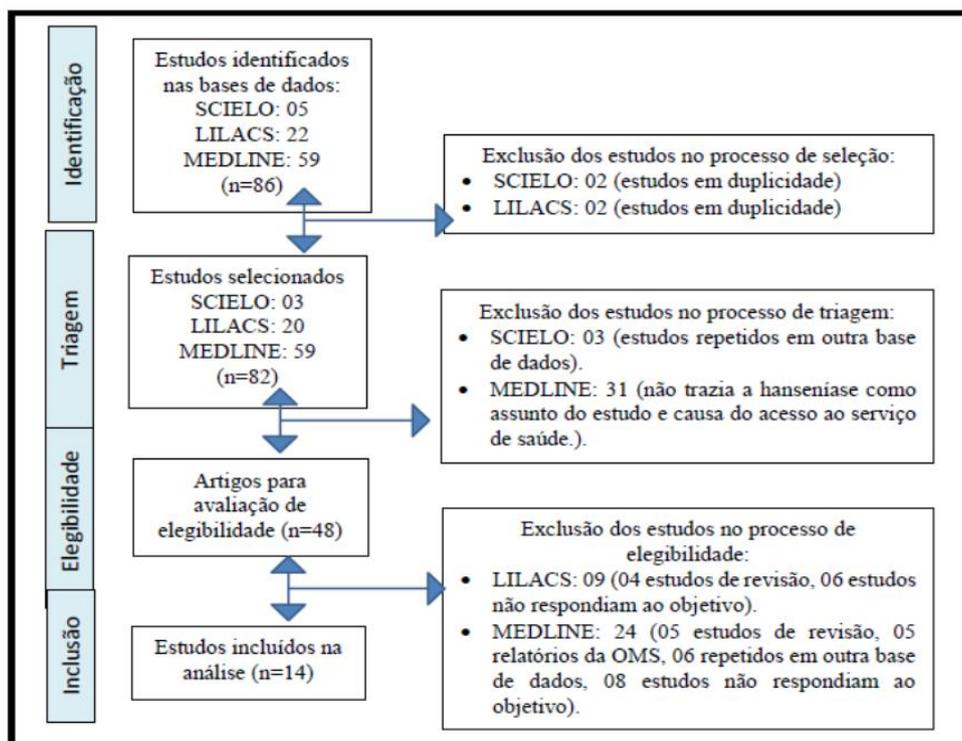
2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa que cumpriu criteriosamente as seis etapas descritas por Souza, Silva, Carvalho (2010): 1) elaboração da questão norteadora; 2) busca ou amostragem na literatura; 3) coleta dos dados; 4) análise crítica dos achados dos estudos incluídos na revisão; 5) interpretação e discussão dos resultados; e 6) apresentação da revisão.

Esta revisão pretendeu responder a uma questão estruturada no acrônimo PVO (P- população= pessoas com hanseníase; V- variável de interesse= acesso ao serviço de saúde; O- Outcomes/resultados= itinerário terapêutico). Para construção da resposta foram realizadas buscas nas bases de dados Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) via Pubmed, biblioteca eletrônica Scielo (Scientific Eletronic Library On-line).

As buscas foram realizadas nos meses de março e abril de 2018. Para a realização das buscas foram utilizados os descritores MeSH (Medical Subject Headings da U.S. National Library of Medicine): *leprosy e access to health care*; e DeCS (Descritores em Ciências da Saúde da BIREME: hanseníase e acesso aos serviços de saúde. Para sistematizar as buscas, os descritores foram unidos em chave de busca pelo operador booleano “and”. Os critérios de inclusão utilizados foram: estudos sobre hanseníase e o acesso das pessoas com essa doença aos serviços de saúde, realizados no Brasil, disponíveis na íntegra, em Língua Portuguesa, Espanhola ou Inglesa, publicados entre 2008 e 2018. Foram excluídos os estudos de revisão, guidelines e relatórios. Neste estudo foi utilizado o documento PRISMA7 (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses) para apresentar como foi realizada a busca e seleção dos estudos, conforme fluxograma da Figura 01.

Figura 1 - Fluxograma de seleção dos estudos adaptado de Fuchs e Paim (2010).



Foi elaborado um instrumento de coleta de dados contendo as seguintes variáveis: autores do estudo, cidade, estado e país onde foram realizados, amostra, tipo de estudo, objeto de estudo, interesse do estudo, local de coleta de dados, contexto e a caracterização do acesso ao serviço de saúde.

Os dados compilados foram analisados por meio da categorização temática 8. Foram identificadas as categorias iniciais que se configuram como as primeiras impressões acerca da realidade do acesso aos serviços de saúde pelas pessoas com hanseníase. Por identificação de semelhanças semânticas e temporal considerando o curso do tratamento, desde a descoberta dos sinais e sintomas até o momento do pós-alta, os dados foram organizados de modo que pudéssemos compor os itinerários dos pacientes a partir dos estudos secundários (SILVA, FOSSÁ, 2015).

Para guiar as análises utilizou-se do aporte conceitual do itinerário terapêutico. As temáticas dos itinerários terapêuticos elencadas para dar subsídio à análise dos artigos selecionados foram: a identificação de estratégias desenvolvidas para resolução de problemas de saúde; a caracterização de modelos ou padrões nos percursos de tratamento ou cura; e o trânsito de pacientes nos diferentes subsistemas de cuidados à saúde (ALVES, 2015).

Matrizes de dados foram elaboradas para a apresentação dos resultados. Além das matrizes categorias analíticas foram representadas por meio da elaboração de uma figura que compôs a síntese dos itinerários terapêuticos das pessoas com hanseníase. Sobre a caracterização e descrição deles, o quadro 1, apresenta uma síntese.

Os estudos analisados nesta revisão integrativa foram realizados em municípios com alta prevalência e disseminação de casos de hanseníase. A abordagem mais frequente foi transversal, descritiva de natureza quantitativa, além de estudos de caso controle e estudos que valorizavam a abordagem qualitativa, envolvendo as narrativas de pessoas com hanseníase.

As investigações foram direcionadas na busca do paciente pelo diagnóstico e tratamento em áreas com alto risco para hanseníase, o acompanhamento desses casos contemplando o conhecimento dos profissionais de saúde sobre o diagnóstico e tratamento da hanseníase, recidiva, incapacidades físicas o abandono e a migração populacional. A partir dos textos analisados foi possível a formulação de três categorias que traduzem os itinerários terapêuticos para o acesso aos serviços de saúde: 1) acesso ao diagnóstico e tratamento da pessoa com hanseníase; 2) atuação dos profissionais de saúde no diagnóstico e tratamento da hanseníase; e 3) acesso aos serviços de saúde por pessoas com hanseníase no pós-alta. **Quadro 1-** Descrição da produção científica sobre hanseníase e o acesso aos serviços de saúde, Fortaleza, 2018.

Autor	Cidade/Estado/País	Amostra	Interesse do estudo	Tipo de estudo	Local de coleta de dados	Contexto
ALMEIDA <i>ET AL.</i> , 2017	Cacoal/ Rondônia/ Brasil	303 pacientes	Acesso aos cuidados dentários.	Descritivo, transversal	UBS e locais de apoio na comunidade.	Região hiperendêmica com história de desigualdades intra e intermunicipal persistente.
BARBOSA <i>ET AL.</i> , 2014	Fortaleza e Sobral/ Ceará/ Brasil	304 pacientes	Acesso aos serviços de saúde no pós-alta.	Transversal descritivo	UBS e Centros de Referência	Estudo focalizando o momento do pós-alta de pacientes que fizeram poliquimioterapia.
EVANGELISTA <i>et al.</i> , 2008	Senador Pompeu, Iguatu, Juazeiro do Norte/ Ceará/ Brasil	31 profissionais e 38 pacientes	Concentração do atendimento em UBS da rede.	Estudo operacional	UBS fora da área de abrangência	Municípios com alta incidência, porém, a busca por tratamento era fora das áreas de abrangência.
FERREIRA, IGNOTTI, GAMBA, 2011	Cáceres, Cuiabá, Diamantino, Rondonópolis, Várzea Grande/ Mato Grosso/ Brasil	159 pacientes maiores de 15 anos.	Fatores associados à recidiva em hanseníase.	Caso-controle	Unidades de saúde de referência para o atendimento.	Pareados por sexo e classificação operacional. Foram usados dados do SINAN, prontuários e entrevistas.
FERREIRA, FERREIRA, MORRAYE, 2013.	Paracatu/ Minas Gerais/ Brasil	46 contatos	Motivos do não comparecimento à unidade dos contatos.	Transversal descritivo	Visita domiciliar aos contatos identificados.	Contatos intradomiciliares de pessoas que fizeram tratamento para hanseníase da zona urbana quanto da zona rural.
FILGUEIRA <i>et al.</i> , 2014	Sobral/ Ceará/ Brasil	65 pacientes	Condição de saúde bucal dos pacientes	Transversal descritivo	UBS e domicílio do paciente.	Casos novos não recidivantes, residentes na sede do município, identificados pelo SINAN.
RIBEIRO, LANA, 2015	Diamantina/ Minas Gerais/ Brasil	71 pacientes	Caracterizar os casos novos de hanseníase	Coorte	UBS e visita domiciliar	Região hiperendêmica, com alta incidência de incapacidades físicas no diagnóstico.
TOMALERI, <i>et al.</i> , 2013.	São José do Rio Preto/ São Paulo/ Brasil	34 pacientes	Assistência em saúde oferecida	Transversal descritivo	Ambulatório e o domicílio.	Incidência e a prevalência com níveis de média endemicidade.
LANZA, LANA, 2011.	Região de saúde de Almenara/ Minas Gerais/ Brasil	45 profissionais	Acesso às ações de Controle da Hanseníase na APS	Pesquisa qualitativa	UBS, Ambulatório de referência	Representatividade dos serviços e dos sujeitos no processo de descentralização e acesso a saúde.

Autor	Cidade/Estado/País	Amostra	Interesse do estudo	Tipo de estudo	Local de coleta de dados	Contexto
LANA, LANZA 2011.	Região de saúde de Almenara/Minas Gerais/Brasil	45 profissionais da saúde	Descentralização das ações de controle da hanseníase	Pesquisa qualitativa	UBS, Ambulatório de referência	Representatividade dos serviços e dos sujeitos no processo de descentralização e acesso a saúde.
MURTO <i>et al.</i> , 2012.	79 municípios do Estado do Tocantins/Brasil	1074 pessoas recém-diagnosticadas	Determinantes para o movimento da população após o diagnóstico	Estudo transversal	Domicílios e locais de apoio.	Municípios em um <i>cluster</i> de alto risco para a transmissão da hanseníase.
VIEIRA, 2015	Belo Horizonte, Contagem, Betim e Lagoa Santa/Minas Gerais/Brasil	83 ACS; 134 outros profissionais; 34 gestores e 16 pacientes	Desempenho dos serviços de APS nas ações de controle da hanseníase.	Pesquisa avaliativa.	UBS e visita domiciliar.	Avaliação das atribuições da atenção primária a Saúde na descentralização das ações de controle da doença.
RESENDE SOUZA SANTANA, 2009	Anápolis-Goiás/Brasil.	12 profissionais; 01 gestor e 30 pacientes	Alta prevalência de hanseníase	Quanti-qualitativa	UBS de referência	Região hiperendêmica para hanseníase.
FERREIRA <i>et al.</i> , 2008.	Fortaleza, Ceará/Brasil	600 usuários	Excesso de pacientes em um centro de referência.	Estudo transversal	Centro de referência nacional	Centro de referência com excesso na demanda de pessoas com hanseníase para avaliação do serviço secundário.

*Os artigos LANZA, LANA, 2011 e LANA, LANZA 2011 compõem a mesma pesquisa.

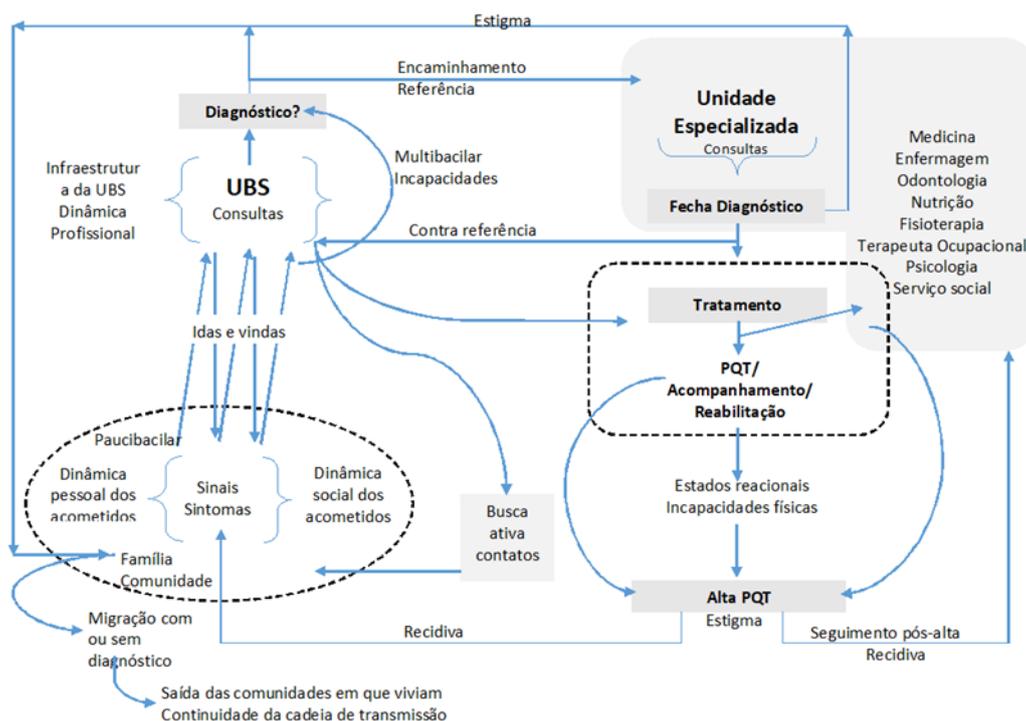
UBS: Unidade Básica de Saúde; SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação; APS: Atenção Primária a Saúde; ACS: Agente Comunitário de Saúde.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O acesso ao serviço de saúde na busca por diagnóstico e tratamento de pessoas com hanseníase, mostrou que o perambular das pessoas acontece em todos os períodos do adoecimento, desde a suspeita até o pós-alta. Em muitas cidades onde os estudos analisados foram desenvolvidos não existe serviço de referência para os casos de hanseníase e em outras não existe UBS para a realização do acompanhamento do paciente na sua área de adstrição. Nos municípios em que existem serviços para o cuidado de pessoas com hanseníase, no entanto, são necessárias adequações tanto em nível de profissionais capacitados para o diagnóstico, como de infraestrutura para receber e acompanhar os pacientes.

O acesso ao serviço de saúde e o itinerário terapêutico das pessoas com hanseníase estão representados na figura 2.

Figura 2 - Itinerários terapêuticos de pessoas com hanseníase. Fortaleza, 2018.



Esta figura (2) sobre os itinerários terapêuticos de pessoas com hanseníase mostra a sociodinâmica que o paciente acometido pela hanseníase vive. A figura destaca um contexto de endemidade, em que a realidade pessoal e social guarda características de baixo poder socioeconômico, baixos níveis educacionais, baixos níveis de acesso a equipamentos educacionais e de saúde. Neste contexto, aparecem os primeiros sinais e sintomas da doença

que, devido à falta de informações sobre a doença, acabam despercebidos por uma parte das pessoas acometidas. Aqueles que percebem os sintomas iniciam uma peregrinação às unidades básicas de saúde com idas e vindas em busca de atendimento que culminem com o diagnóstico.

Os estudos sobre acesso aos serviços de saúde demonstram o nível da diversidade e dificuldade ao tratar do tema, ao considerar que acesso envolve disponibilidade, acessibilidade, adequação institucional, capacidade financeira e aceitabilidade. As idas e vindas retardam o processo diagnóstico, que quando ocorre tardiamente mostra uma doença em grau avançado com classificação multibacilar e presença de incapacidades, com a necessidade de acompanhamento em unidades especializadas. Por vezes, não há o fechamento do diagnóstico na UBS, sendo o paciente referenciado para unidade especializada para este fim. Os deslocamentos de casa à UBS e da UBS à unidade especializada em busca do diagnóstico fazem com que alguns pacientes e suas famílias migrem para outras comunidades, com ou sem o diagnóstico fechado da doença, podendo ser este um ponto de continuidade da cadeia de transmissão. Neste entremeio a busca pelos contatos mostra-se tímida contribuindo também para o diagnóstico tardio e manutenção da cadeia de transmissão da doença.

Compreender o acesso aos serviços de saúde de pessoas com hanseníase a partir dos seus itinerários terapêuticos pressupõe a busca pela compreensão da lacuna entre os avanços terapêuticos existentes e a alta endemicidade de uma doença incapacitante. Desvelar a “lógica interna de funcionamento” dos serviços de saúde (seu “contexto social”) e das “forças sociais” implícitas nas ações realizadas pelos atores no uso dos serviços quando acometido pela hanseníase mostra os percalços do caminho que dificultam a utilização do serviço de saúde (ALVES,2015).

O período entre a decisão do usuário de procurar atendimento até obtê-lo variou de menos de um mês, para 48,74% dos usuários, até mais de vinte e quatro meses, para 8,0% deles. Outro ponto de fragilidade é que 26,4% dos usuários já perderam o dia de serviço ou algum compromisso esperando por uma consulta (RESENDE, SOUZA, SANTANA,2009). Apesar de muitas vezes as manchas serem bem características há registros de casos em que não houve interesse do profissional em investigar e examinar o paciente, culminando com o aparecimento de casos com seqüela, como a mão em garra ou o pé sem sensibilidade. (LANA, LANZA,2011).

A proporção de incapacidades entre os casos novos, indica a passividade dos serviços de saúde na implementação das estratégias de controle e a necessidade de intensificação das ações, principalmente, atividades de sensibilização da comunidade e capacitação profissional, para promover o diagnóstico precoce e tratamento para todos os casos na comunidade (LANA, LANZA,2011; NSAGHA, BAMGBOYE, OYEDIRAM,2009).

Os estudos dos itinerários terapêuticos mostraram falhas na realização da busca ativa de casos e avaliação dos contatos, uma vez que a forma de detecção passiva foi a mais frequente, em que 77,5% dos casos foram identificados pelos encaminhamentos e demanda espontânea (RIBEIRO, LANA, 2015). Em um município hiperendêmico, apesar do acesso a Atenção Primária à Saúde ser relativamente boa (90,0% de cobertura populacional), foram identificadas dificuldades de acesso às ações de controle da hanseníase, indicando a existência de problemas operacionais, principalmente, na falha em realizar o diagnóstico (LANZA, LANA, 2015). Ao serem questionados sobre a melhoria do serviço de hanseníase os pacientes acrescentaram a necessidade da visita domiciliária por parte da equipe de saúde como um ponto a ser adicionado ao tratamento e ao controle, tanto do doente quanto de seus familiares (FERREIRA, FERREIRA, MORRAYE, 2012).

O déficit de conhecimento da população em relação à doença está intimamente relacionado à falta de ações educativas de forma comunitária. TOMARELI *et al.*, (2013), mostrou que 47% dos pacientes estavam insatisfeitos com a realização de ações educativas; observou ainda que os profissionais de saúde raramente solicitam a participação de alguém da comunidade para discutir o problema da hanseníase e as possíveis ações de prevenção e tratamento da doença.

A busca por tratamento fora da área de abrangência da UBS, em quatro municípios com alta incidência, mostrou que a oferta incompleta do serviço leva o usuário a migrar em busca de solução para o seu problema de saúde. Os principais motivos para a mudança de território foram a ausência de UBS no bairro de origem, o melhor atendimento nas unidades concentradas/especializadas, o costume de frequentar a unidade, o encaminhamento para exames de contato, o encaminhamento por outros motivos, a orientação por conhecidos ou parentes e para recebimento da medicação (EVANGELISTA *et al.*, 2008). Além disso, 73,2% dos participantes de outro estudo afirmaram não saber da existência de tratamento para hanseníase em UBS (FERREIRA *et al.*, 2008).

Outro ponto nevrálgico do acesso ao serviço de saúde foi o que diz respeito aos contatos, pois 35,0% dos contatos não tinham conhecimento sobre a doença e 9,0% afirmaram desconhecer que tinham um familiar doente; 65,0% dos contatos não foram examinados pelo serviço de saúde e 83,0% afirmaram que sabiam da importância de serem examinados. Além disso, 48,0% alegaram que ainda haviam familiares que não tinham sido examinados pelo serviço de saúde (FERREIRA, FERREIRA, MORRAYE, 2012).

Essa situação pode estar relacionada ao fato de que as unidades de referência para atendimento de hanseníase estão em locais afastados da residência de 61,8% dos pacientes

entrevistados (TOMARELI *et al.*,2013). Na cidade de Fortaleza-Ceará, a maior parte dos entrevistados foram ao Centro de Referência de ônibus (84,2%), sendo o tempo de deslocamento de menos de uma hora (76,7 %), enquanto para a UBS mais próxima 84,2% fazem o percurso a pé, em um tempo de até 30 minutos (96,2%) (FERREIRA *et al.*, 2008). Em outras três cidades do estado do Ceará, 52,6% dos usuários das UBS dirigem-se a elas a pé, 15,8% de bicicleta e 7,9% por moto própria, levando em média 25 minutos (EVANGELISTA *et al.*,2008). Em São José do Rio Preto/SP, 79,4% dos usuários utilizam algum tipo de transporte, sendo que 55,9% deles precisam pagar por esse transporte.

Profissionais, gestores e usuários do serviço apontam entraves que contribuem com a alta prevalência de hanseníase, como: as inadequações na estrutura física para atender os pacientes que buscam o serviço; espaço físico de atendimento com ventilação inadequada; ausência de disponibilidade de veículos para visita domiciliar; períodos em que há escassez dos medicamentos para estados reacionais; quantidades insuficientes de material de consumo laboratorial; tempo da consulta insuficiente, não sendo realizado o exame físico e anamnese regular; orientação com linguagem técnica insuficiente; falta de rotina de ação educativa coletiva e/ou individual; falta de educação permanente para os profissionais da assistência, desconhecimento da população em relação à doença com conseqüente diagnóstico tardio; e a falta de ações educativas envolvendo as coletividades afetadas. (RESENDE, SOUZA, SANTANA, 2009).

Depreende-se que para analisar o acesso é preciso reconhecer os componentes que facilitam ou dificultam a oferta dos serviços de saúde para a população com hanseníase. Além disso, é necessário dar ênfase aos serviços de saúde ofertados, a distribuição geográfica da região, assim como os profissionais envolvidos e recursos disponíveis.

Apesar de todos os avanços, ainda há a necessidade de uma organização que efetive a atenção com excelência, pois o acesso de forma tardia impede o diagnóstico precoce, levando a diversidade clínica e dermatológica dos sinais e sintomas da hanseníase. O diagnóstico e tratamento do paciente com hanseníase é essencial para interromper a cadeia de transmissão da doença, bem como para o controle da Endemia para isso, é necessário que a atenção primária mantenha a busca ativa dos casos e faça o tratamento de forma integral.

Ao explorar os itinerários terapêuticos que as pessoas fizeram em busca do diagnóstico, observou-se uma predominância de pessoas com hanseníase multibacilar, caracterizando a demora no diagnóstico após a suspeita (BARBOSA *et al.*, 2014; RESENDE, SOUZA, SANTANA, 2009). Estudo mostrou que durante a procura pela UBS para efetivar o diagnóstico, após os primeiros sintomas da doença, as pessoas precisaram comparecer uma ou duas vezes na UBS

para conseguir o diagnóstico, no entanto, alguns casos necessitaram de quatro ou mais consultas para a definição do diagnóstico (TOMARELI, 2013). O alto percentual de casos notificados de hanseníase com grau 2 de incapacidade física e o predomínio das formas multibacilares estão associados a falta de busca ativa dos casos de hanseníase (contatos domiciliares e sociais do caso-índice) (RIBEIRO, LANA, 2015).

A classificação operacional multibacilar também predispõe o indivíduo a estados reacionais. A frequência de episódios reacionais nas pessoas com a forma clínica dimorfa foi de 59,4% em Sobral/CE e 45,4% em Fortaleza/CE. Além de associados a reações hansênicas estiveram associadas também a reações bucais, como: presença de pelo menos um dente cariado; necessidade de exodontia; sangramento gengival; cálculo dentário; bolsa periodontal; perda de inserção; e lesão bucal (FILGUEIRA *et al.*, 2014). Com o diagnóstico confirmado, quer na UBS, quer na unidade especializada, com ou sem contrarreferência, o paciente inicia a poliquimioterapia (PQT) e, nesta fase, pode enfrentar a falta de medicamentos. Parte dos pacientes que possui incapacidades necessita de atendimentos especializados para reabilitação, porém, o acesso é ainda mais restrito, gerando em alguns, o aumento no grau de incapacidades e a exacerbação de estágios reacionais. Após completar a PQT o paciente recebe alta. Falhas no pós-alta pode induzir recidivas e agravamento das incapacidades deixando o paciente cada vez mais distante da reabilitação. Cumpre salientar que em todo o itinerário, o paciente vai sendo marcado pelo estigma da doença, desde o diagnóstico até o pós-alta. Além disso, uma coorte mostrou que o deslocamento até as unidades de saúde é influenciado pela condição física presente naquele com grau 2 de incapacidade física (RIBEIRO, LANA, 2015).

O tratamento com a PQT é realizada tanto em UBS quanto em unidades especializadas ou Centros de Referência para hanseníase (BARBOSA *et al.*, 2014). O acesso aos medicamentos também se mostrou com falhas quando em um estudo mais da metade (57,3%) dos usuários afirmou que nenhuma vez deixou de receber a medicação prescrita no Centro de Referência, enquanto que nas UBS este número foi de apenas 26,9% (FERREIRA *et al.*, 2008).

O acesso ao exame de baciloscopia está condicionado à liberação de transporte pelas prefeituras e conclusão do resultado demora em média 30 dias. Como muitos profissionais não têm muita experiência no manejo da hanseníase, preferem aguardar o resultado da baciloscopia para instituir o tratamento PQT e, enquanto isso, se o paciente for multibacilar, continua mantendo a cadeia de transmissão da doença (LANZA, LANA, 2015). Ao término da PQT os pacientes podem receber alta e necessitam de acompanhamento pós-alta, no entanto, estudo mostrou que 25% dos pacientes na cidade de Sobral volta para este acompanhamento e na cidade de Fortaleza este percentual girou em torno de 5%. Entre os motivos que levaram essas

pessoas a buscar o atendimento de pós-alta, ressalta-se: presença de dor, dormência, falta de força, entupimento do nariz, aumento/reaparecimento de alguns sinais, como manchas e caroços, necessidade de fazer cirurgia, atendimento fisioterápico e realizar curativo nas lesões (BARBOSA *et al.*, 2014).

As consequências de um programa de eliminação da hanseníase hipoativo, em que os profissionais têm dificuldade em diagnosticar e acompanhar os casos é significativo para a ocorrência de recidiva. Somado a isso, estão os condicionantes sociais como: condições de moradia, tipo de moradia, aglomeração de pessoas, transtorno de uso de álcool, tratamento irregular da PQT, não orientação sobre a doença/tratamento pelos profissionais do serviço, forma clínica e esquema terapêutico (FERREIRA, IGNOTTI, GAMBA, 2011). Além da discriminação e estigmatização regular dentro e fora dos serviços de saúde (MURTO *et al.*, 2012).

O tratamento da hanseníase envolve a questão multiprofissional. O acesso ao serviço especializado ainda é frágil e as consultas concentram-se no profissional médico. Ao analisar o procedimento de referência e contrarreferência em três cidades cearenses, observou-se que 45,2% dos pacientes foi referenciado, sendo que 92,9% encaminharam para outro médico e 7,1% (1) para o enfermeiro da própria unidade. Quando a referência é para unidade especializada, 77,8% solicitaram o diagnóstico¹⁸. (EVANGELISTA *et al.*, 2008; BARBOSA *et al.*, 2014). O acesso ao serviço odontológico pelos pacientes com hanseníase ainda é uma barreira a ser enfrentada. Grande parte dos entrevistados referiu não ter sido orientado a procurar serviço odontológico após o diagnóstico da hanseníase, (ALMEIDA *et al.*, 2017). Além disso, falta atendimento de terapia ocupacional, de enfermagem, nutricional, psicológico e de serviço social (BARBOSA *et al.*, 2014). Salienta-se ainda que para a reabilitação, os pacientes necessitam de materiais específicos como órteses ou calçados adequados a cada situação. (FERREIRA, FERREIRA, MORRAYE, 2012).

Além de todo itinerário percorrido em busca do diagnóstico e acompanhamento, com o término do tratamento, os pacientes ainda estão expostos à recidiva da doença. As chances de ocorrência de recidiva em hanseníase nos indivíduos com residência alugada foi 4,1 vezes a dos indivíduos com residência própria/cedida. Também, se observou que indivíduos residentes em moradia de madeira/taipa apresentaram chance de recidiva 3,2 vezes em relação aos que residiam em domicílios de alvenaria e 2,1 vezes maior entre indivíduos que moravam com cinco ou mais pessoas no domicílio. Além disso, não receber orientação quanto à doença/tratamento apresentou chance de recidiva 2,6 em relação às pessoas que referiram ter recebido orientação (FERREIRA, IGNOTTI, GAMBA, 2011).

Considerando o vasto campo de conhecimento da pesquisa em saúde coletiva devem-se reconhecer as limitações desta revisão integrativa, referentes as buscas em apenas três bases de dados, bem como o limite temporal delineado. No entanto, as análises dos estudos identificados permitiu a integração dos resultados e deu corpo à demarcação dos itinerários percorridos pelos pacientes com hanseníase. Além disso, estudos de revisão que se sustentam em aportes teóricos fornecem um modo de conhecer estruturado, além de permitir explicar realidade a partir da teoria.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS/CONCLUSÕES

O acesso aos serviços de saúde pelas pessoas com hanseníase a partir de seus itinerários terapêuticos na busca do diagnóstico e tratamento é marcado por barreiras aos serviços de saúde. Deste modo, o programa de combate e controle à hanseníase, necessita envidar maior esforço para proporcionar subsídios científicos e tecnológicos para o cuidado com vistas a satisfazer as necessidades reais existentes na vida dos pacientes.

Os itinerários mostraram que dentre os motivos da alta prevalência de casos de hanseníase no Brasil estão: falhas nas estruturas físicas dos serviços de saúde, falta de profissionais capacitados para prestar uma assistência de forma integral, diagnóstico tardio, ausência de educação permanente para os profissionais da saúde, ausência de ações educativas a nível comunitário e familiar, baixo conhecimento da população sobre a doença, carência de busca ativa, baixa cobertura na avaliação de contatos intradomiciliares e dificuldades de acesso à serviços especializados.

Apesar de os profissionais serem habilitados para prestar assistência à pessoa com hanseníase são necessárias mudanças e atualizações sobre os contextos sociopolíticos que atravessam o desenvolvimento dos processos de adoecimento e cura dos usuários.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA ZM, RAMOS JUNIOR AN, RAPOSO MT, MELO FRM, VASCONCELLOS C. Oral health conditions in leprosy cases in hyperendemic area of the Brazilian Amazon. *Rev Inst Med Trop São Paulo*. 2017; 59(50).
- ALVES PCB. Narrativas de itinerários terapêuticos e doenças crônicas. In: Reunião Brasileira de Antropologia, 29. 2015, Natal. Anais... Natal: UFRN, 2015.
- BARBOSA JC, RAMOS JUNIOR NA, ALENCAR OM, PINTO MSP, CASTRO CGJ. Atenção pós-alta em hanseníase no Sistema Único de Saúde: aspectos relativos ao acesso na região Nordeste. *Cad. Saúde Colet*. 2014; 22 (4): 351-8.

- BELLATO R, ARAÚJO LFS, CASTRO P. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In: Pinheiro R, Junior AGS, Mattos RA (Org.) *Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ ABRASCO, 2008.
- EVANGELISTA CMN, TAVARES CM, CORIOLANO LS, BORGES SMS, HINDERS D, GOMIDE M. Concentração do atendimento a pacientes com hanseníase em municípios do estado do Ceará. *Cad. saúde colet*. 2008; 16 (2): 231 - 242.
- FERREIRA MLLT, PONTES, MAA, SILVEIRA MIS, ARAÚJO LF, KERR LRS. A demanda de um centro de referência nacional para hanseníase no nordeste brasileiro: por que o excesso de pacientes? *Cad. saúde colet*. 2008; 16 (2): 243 - 256.
- FERREIRA SMB, IGNOTTI E, GAMBA MA. Fatores associados à recidiva em hanseníase em Mato Grosso. *Rev Saude Publica*. 2011; 45(4): 756-764.
- FERREIRA ILCSN, FERREIRA IN, MORRAYE MA. Os Contatos de Portadores de Hanseníase em Paracatu(MG): Perfil, Conhecimentos e Percepções. *Hansen Int*. 2012; 37 (1): 35-44.
- FILGUEIRA AA, PARESQUE MAC, CARNEIRO SMF, TEIXEIRA AKM. Saúde bucal em indivíduos com hanseníase no município de Sobral, Ceará. *Epidemiol. serv. Saúde*. 2014; 23(1): 155-164.
- FUCHS SC, PAIM BS. Revisão sistemática de estudos observacionais com metanálise. *Rev HCPA*. 2010; 30(3):294-301.
- GERHARDT TE, PINHEIRO R, RUIZ ENF, SILVA JUNIOR, AGS. *Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde*. Rio de Janeiro. CEPESC Editora, 2016.
- LANZA FM, LANA FCF. Descentralização das ações de controle da hanseníase na microrregião de Almenara, Minas Gerais. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 2011; 19(1): 187-194.
- LANA FCF, LANZA FM. Acesso às ações de controle da hanseníase na atenção primária à saúde em uma microrregião endêmica de Minas Gerais. *Revista de APS*. 2011; 14(3):343-353.
- Ministério da Saúde (Brasil). *Guia de Vigilância em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- MURTO C, ARIZA L, OLIVEIRA AR, CHICHAVA OA, ALENCAR CH, DA SILVA LF, TANNER M, HEUKELBACH J. Motives and determinants for residence change after leprosy diagnosis, central Brazil. *Lepr Rev*. 2012; 83(1):16-23.
- NSAGHA DS, BAMGBOYE EA, OYEDIRAN ABOO. Operational barriers to the implementation of multidrug therapy and leprosy elimination in Cameroon. *India J Dermatol Venereol Leprol.*, 2009; 75:469-75.
- Organização Mundial da Saúde. *Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020. Aceleração rumo a um mundo sem hanseníase*. Biblioteca da OMS/SEARO - Catalogação na fonte 2016.
- PINHEIRO R, MARTINS PH (Org.). *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2011. 312p.

- RIBEIRO GC, LANA FCF. Incapacidades físicas em hanseníase: caracterização, fatores relacionados e evolução. *Cogitare enferm.* 2015; 20(3): 495-502.
- RESENDE DM, SOUZA MR, SANTANA CF. Hanseníase na atenção básica de saúde: principais causas da alta prevalência de hanseníase na cidade de Anápolis - GO. *Hansenol Int.* 2009; 34(1).
- SILVA AH, FOSSÁ MIT. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. *Qualit@s.* [Internet]. 2015 [citado em 11 jul 2018]; 17(1):1-14. Disponível em: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/2113/1403>
- SOUZA MT; SILVA MD; CARVALHO R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein.* 2010; 8(1 Pt 1):102-6.
- TOMARELI JP, NARDI SMT, FERNANDES GB, PEDRO HSP, PASCHOAL VD, FARIA JIL. Qualidade da atenção as pessoas com hanseníase na rede pública de saúde. *Hansenol Int.* 2013; 38(1/2): 26-36.

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DO TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO NO BRASIL POR ACIDENTE DE TRÂNSITO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

DOI: 10.51859/AMPLA.SPT853.1122-5

Yan Gondim de Sousa¹
Daniel Monte de Andrade Gervásio¹
Júlio Farias Rangel¹
Miguel Vieira de Almeida¹
Manoelise Linhares Ferreira Gomes²
Francisco José Maia Pinto³

¹ Acadêmico de Medicina da Universidade Estadual do Ceará (UECE)

² Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE)

³ Professor titular da Universidade Estadual do Ceará (UECE)

1. INTRODUÇÃO

Trauma Cranioencefálico (TCE) é caracterizado como qualquer lesão decorrente de um trauma externo, que tenha como consequência, alterações anatômicas do crânio, bem como o comprometimento funcional das meninges, do parênquima cerebral ou dos seus vasos. A lesão geralmente, ocasiona alterações cerebrais, momentâneas ou permanentes, de natureza cognitiva ou funcional (MONTENEGRO DE ALBUQUERQUE *et al.*, 2016). A principal causa do TCE são os acidentes de trânsito, que é todo acontecimento não intencional e evitável que envolve veículo em via pública. Está incluso na Classificação Internacional das Doenças (CID) 10, subdividindo-se em acidentes envolvendo pedestre, ciclista, motociclista, ocupante de automóvel, caminhonete e veículo de transporte pesado (CONSTÂNCIO *et al.*, 2019).

Conforme dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 50 milhões de lesões e 1,2 milhão de óbitos associados a acidentes de trânsito são registrados anualmente (DE MOURA *et al.*, 2011). No Brasil, os índices de mortalidade no trânsito são maiores em relação aos dos países desenvolvidos e atestam uma das mais representativas causas de óbito prematuro (BARBOSA *et al.*, 2010). Nas regiões Norte e Nordeste, há a maior prevalência epidemiológica de desfechos letais por acidente de trânsito, sendo o TCE uma das principais consequências associadas a essa causa externa (CARVALHO *et al.*, 2020).

Entre 2001 e 2010, cerca de 1 milhão de pessoas tornaram-se invalidadas em decorrência de traumas mecânicos, a exemplo do TCE, associados predominantemente com

acidentes de trânsito (DE MOURA *et al.*, 2011). A ocorrência do TCE no trânsito acomete principalmente, os adultos jovens, o que produz impacto na economia, já que essa parcela da população se enquadra como economicamente ativa (BARROS, FURTADO, BONFIM, 2015). O impacto financeiro do TCE no Brasil também está associado aos gastos com internações e tratamentos, observando-se um custo, de 2010 a 2019, de 1.647.116.576,99 reais por 1.045.070 internações, o que seria equivalente a 1.576,08 reais por internação (DO CARMO *et al.*, 2020).

Nos últimos anos, o Brasil tem registrado um grande crescimento na frota de veículos, sobretudo, motocicletas, o que resulta em um crescimento no número de acidentes de trânsito. Desorganização, deficiência geral da fiscalização, péssimas condições de muitos veículos e falta de prevenção dos indivíduos acerca do uso de equipamentos de proteção de trânsito justificam a importância do presente estudo pelo contexto epidemiológico de alta taxa de morbimortalidade por TCE associado a essa causa externa no país (DE MOURA *et al.*, 2011).

Objetiva-se analisar dados estatísticos acerca de variáveis epidemiológicas e clínicas, envolvendo o TCE por acidente de trânsito no Brasil.

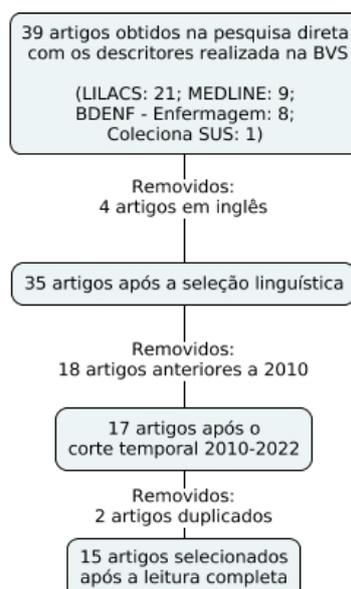
2. MÉTODOS

O presente estudo representa uma revisão integrativa da literatura, em que foi selecionada a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), como plataforma de pesquisa, a qual inclui bases de dados como a LILACS e a Pubmed/MEDLINE. A pergunta norteadora deste estudo se baseou em: “Como se caracteriza o perfil epidemiológico dos acometidos por TCE em acidentes de trânsito no Brasil”? Com intuito de captar artigos dentro do contexto da saúde coletiva brasileira, a BVS é a melhor opção de plataforma com utilização de descritores restritivos de pesquisa para trazer uma maior amplitude de dados dentro da América Latina, especificamente, o Brasil, ao mesmo tempo que maior rigor aos dados obtidos na busca.

A pesquisa foi realizada no dia 24/04/2022. Foram utilizados os descritores DeCS ‘traumatismos craniocerebrais’ e ‘acidentes de trânsito’. Os descritores foram ligados no mecanismo de busca avançada utilizando o operador booleano ‘AND’. Obtiveram-se 39 resultados na pesquisa, sendo 21 artigos provenientes da LILACS, nove da MEDLINE, oito da BDEF - Enfermagem, e um do ColecionaSUS.

Foram excluídos trabalhos duplicados, que foram produzidos em línguas estrangeiras e que traziam temáticas paralelas não relativas aos temas, com corte temporal de 2010-2022, resultando em 15 artigos que foram utilizados nessa revisão após a leitura completa.

Figura 1 - Fluxograma da seleção dos artigos



Fonte: Autoria própria

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir do direcionamento dos descritores utilizados nas bases de dados e da exclusão de artigos apresentados na metodologia, foram selecionados 15 artigos de publicação nacional que relacionavam o TCE com acidentes automobilísticos.

Mediante levantamento bibliográfico realizado, identificaram-se aspectos centrais associados à análise epidemiológica de traumatismos intracranianos gerados por acidentes de trânsito como causa externa. Diante dos artigos selecionados, conforme consta no quadro 1, os resultados e discussões da pesquisa foram pautados nos seguintes tópicos: perfil sociodemográfico de vítimas de trânsito acometidas por TCE; uso de equipamentos de proteção e Escala de Coma de Glasgow na admissão hospitalar; mecanismo de trauma associado ao TCE; tempo de internamento de pacientes; gastos financeiros com internações; e outros aspectos epidemiológicos de pacientes acometidos por TCE devido a acidentes de trânsito.

Quadro 1 - Artigos selecionados para revisão integrativa

Nº	Autor	Título	País	Revista	Ano
1	ONÉDIA <i>et al.</i>	Trauma Cranioencefálico: perfil dos pacientes atendidos em um hospital público de Teresina	Brasil	Revista de Pesquisa (Universidade Federal do Rio de Janeiro <i>Online</i>)	2020
2	TATIANE <i>et al.</i>	Repercussões psicossociais do traumatismo cranioencefálico causado por acidente motociclístico	Brasil	Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental	2019

Nº	Autor	Título	País	Revista	Ano
3	LARA <i>et al.</i>	Análise das características de indivíduos com sequelas de Traumatismo Cranioencefálico (TCE) em um centro de referência em reabilitação (características de TCE)	Brasil	Revista brasileira de Neurologia	2018
4	ELINADJA <i>et al.</i>	Análise epidemiológica das internações por Trauma Cranioencefálico em um hospital de urgência e emergência	Brasil	Revista de Enfermagem UFPE <i>on-line</i>	2017
5	PONTE <i>et al.</i>	Vítimas de traumatismo cranioencefálico: Perfil epidemiológico em uma unidade de terapia intensiva	Brasil	Revista de Enfermagem UFPE <i>on-line</i>	2017
6	MONTENEGRO DE ALBUQUERQUE <i>et al.</i>	Motorcycle accident victims with trauma	Brasil	Revista de Enfermagem UFPE	2016
7	AMARAL <i>et al.</i>	Perfil de crianças vítimas de acidente motociclístico, internadas no Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência, Estado do Pará	Brasil	Revista da Universidade Vale do Rio Verde	2016
8	SILVA <i>et al.</i>	Factors associated with speech-language disorders in motorcycle accident victims	Brasil	Communication Disorders, Audiology and Swallowing	2016
9	BARROS, FURTADO, BONFIM	Características clínicas e epidemiológicas de motociclistas com trauma cranioencefálico atendidos em hospital de referência	Brasil	Revista Enfermagem UERJ	2015
10	VIÉGAS <i>et al.</i>	Traumatismo cranioencefálico em um hospital de referência no estado do Pará, Brasil: prevalência das vítimas quanto a gênero, faixa etária, mecanismos de trauma, e óbito	Brasil	Arquivos Brasileiros de Neurocirurgia	2013
11	PARREIRA <i>et al.</i>	Análise comparativa entre as lesões encontradas em motociclistas envolvidos em acidentes de trânsito e vítimas de outros mecanismos de trauma fechado	Brasil	Revista da Associação Médica Brasileira	2012
12	FIGUEIREDO JÚNIOR <i>et al.</i>	Trauma pediátrico devido a acidente veicular em via de grande tráfego	Brasil	Revista: Einstein (São Paulo)	2012
13	DE MOURA <i>et al.</i>	Perfil clínico-epidemiológico de traumatismo cranioencefálico do Hospital de Urgências e Traumas no município de Petrolina, estado de Pernambuco	Brasil	Revista: Arquivo brasileiro de Neurocirurgia	2011
14	BARBOSA <i>et al.</i>	Fatores desencadeantes ao trauma cranioencefálico em um hospital de emergência municipal (Ceará)	Brasil	Revista: Baiana de saúde pública	2010
15	CANOVA <i>et al.</i>	Traumatismo cranioencefálico de pacientes vítimas de acidentes de motocicletas	Brasil	Revista: arquivo brasileiro de ciências da saúde	2010

Fonte: Autoria própria

3.1. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE VÍTIMAS DE TRÂNSITO ACOMETIDAS POR TCE

Artigos demonstraram uma prevalência do TCE por acidentes automobilísticos em homens, havendo uma proporção de, aproximadamente, 4 acometimentos no sexo masculino para 1 acometimento no sexo feminino em 10 dos 15 artigos revisados. Esse perfil vem ao

encontro com diversos estudos encontrados na literatura que demonstram uma proporção similar em internamentos por traumas craniocerebrais entre esses grupos sociodemográficos (CARVALHO *et al.*, 2020).

A faixa etária com maior taxa de internamento por colisão de veículo foi a de indivíduos entre 15 a 39 anos em 9 das 15 publicações analisadas. O perfil epidemiológico de prevalência em jovens de TCE por acidentes de trânsito se justifica pela pouca experiência, comportamento de risco, atitudes inseguras e consumo de álcool e drogas por esse grupo, explicitando os dados estatísticos analisados (BARROS, FURTADO, BONFIM, 2015; MONTENEGRO DE ALBUQUERQUE *et al.*, 2016). O caráter de predominância de acometimentos por TCE em adultos jovens gera impactos econômicos, pois indivíduos desse grupo com repercussões clínicas do evento traumático podem se tornar inválidas, o que impede a inserção de tais pacientes na População Economicamente Ativa do País (DO NASCIMENTO *et al.*, 2017).

3.2. USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO E ESCALA DE COMA DE GLASGOW NA ADMISSÃO HOSPITALAR

A morbimortalidade do TCE pode ser avaliada pela Escala de Coma de Glasgow (ECG), assim, quanto menor o escore do paciente, maior o rebaixamento de consciência e a probabilidade de óbito (PONTES *et al.*, 2017). Os métodos de proteção individual no trânsito, a exemplo do capacete, cinto de segurança, *airbag* e freios ABS, associam-se com uma diminuição na incidência de lesões faciais e um aumento no escore da ECG, indicando um melhor prognóstico aos indivíduos impactados por acidentes automobilísticos (CARVALHO *et al.*, 2020). Uso de capacete diminui cerca de duas vezes o risco do desenvolvimento de lesões cranioencefálicas compressiva em motociclista, entretanto, a baixa incidência de tal equipamento de proteção individual explica a elevada proporção de admissão de TCE grave nos estudos revisados, bem como as sequelas observadas em grande proporção nesse grupo pelo evento traumático (BARROS, FURTADO, BONFIM, 2015).

A utilização de métodos de proteção individual no trânsito se deve pela incipiente realização de campanhas de conscientização sobre os riscos associados à condução imprudente de veículos, bem como pela inexpressiva fiscalização do tráfego de automóveis por órgãos rodoviários reguladores. Esses fatores associados resultam na maior gravidade dos pacientes que são admitidos com TCE por acidente de trânsito.

3.3. MECANISMO DE TRAUMA ASSOCIADO AO TCE

TCE grave apresenta uma taxa de mortalidade de 30 a 70% e, no Brasil, está associado principalmente, a acidentes de trânsito, que representaram 80,7% das lesões. Trauma associado ao tráfego viário envolve diferentes mecanismos que têm, como desfecho comum, sequelas, mutilações e danos psicológicos à vítima, além de mortes, que se fazem presentes em 41,8% dos hospitalizados por essa etiologia (PONTE *et al.*, 2017).

Os principais mecanismos associados à ocorrência do TCE no trânsito são os acidentes motociclísticos, sendo a causa mais frequente do traumatismo craniocerebral. Dados de 2012 da Organização Mundial da Saúde (OMS), expõem que acidentes com esse veículo, resultaram em 45.700 vítimas fatais e 177.400 feridos. O uso desse meio de condução tem sido crescente e a expressividade de lesões a ele correlacionadas justifica-se pela ausência de estruturas e dispositivos protetivos presentes em carros. Isso propicia uma vulnerabilidade pela maior exposição dos ocupantes, que absorvem boa parte da energia da colisão no acidente. Além disso, o mau uso dos equipamentos de proteção individual e o consumo de entorpecentes pelos condutores intensificam a ocorrência de desfechos negativos (SILVA *et al.*, 2016; BARROS, FURTADO, BONFIM, 2015; PONTE *et al.*, 2017).

Em situações de acidentes de trânsito, de acordo com Silva *et al.*, (2016), 46,5% das ocorrências de acidentes foram colisões de moto *versus* carro e 22,2% delas foram quedas de moto. Maior número de óbitos foi observado nas colisões, que são mais comuns em centros urbanos, pelo maior fluxo de automóveis. Porém, comparando-se o prognóstico de condutores de carros e motos, os motociclistas têm um risco de morte 30 vezes maior por milha percorrida, sendo o TCE a causa de morte nesse meio de condução em 50% das ocorrências (BARROS, FURTADO, BONFIM, 2015).

Enquanto houve um aumento de 51% de mortes, entre 2006 e 2010, por acidentes motociclísticos, as ocorrências de óbitos envolvendo os demais meios de transporte se mantiveram constantes ou diminuíram. Regiões Norte e Nordeste tiveram um papel preponderante nesses índices negativos, sendo as localidades de maior incremento nos óbitos por acidentes de tráfego no Brasil. Piauí, que ocupava a 20ª posição em desfechos letais por acidente de trânsito, em 2001, passou para 4º lugar em 2011, expondo o crescimento desses acidentes na região (SILVA *et al.*, 2016; CARVALHO *et al.*, 2020).

O crescente aumento da frota de automóveis, principalmente, de motocicletas, está relacionado com o crescimento dos acidentes e da morbimortalidade do TCE nas grandes cidades. Os mecanismos de trauma que resultam em pacientes mais graves costumam ocorrer

em maior proporção no interior dos estados devido a escassez de fiscalização e educação no trânsito.

3.4. TEMPO DE INTERNAMENTO DE PACIENTES

Associado à recorrência de acidentes de trânsito no país, há uma tendência de incremento de hospitalizações, principalmente, no que se refere a ocorrências traumáticas envolvendo motocicletas. Risco de internação por acidentes de moto aumentou em 243,1% entre 2000 a 2010, e estas efetivamente cresceram 366,1% de 1998 a 2012, no Brasil. Como reflexo dessa maior ocorrência, em 2012, acidentes motociclísticos figuraram como mais da metade das internações por acidentes de trânsito no Sistema Único de Saúde (SUS) (DO NASCIMENTO *et al.*, 2017; AMARAL *et al.*, 2016).

Tempo de internação varia com o grau da lesão e com o tipo de tratamento a ela associado. De Moura *et al* (2011) destacam que 71,29% dos casos receberam tratamento clínico, enquanto 28,71% receberam tratamento cirúrgico. Porém, tendo em vista os diversos tipos de lesões associadas a esses acidentes, não há um consenso acerca do tempo médio de internação dos pacientes, sendo este aproximadamente de 7 a 8 dias, podendo também configurar-se com menos de 24 horas a mais de 30 dias (CARVALHO *et al.*, 2020; DO NASCIMENTO *et al.*, 2017; BARBOSA *et al.*, 2010).

O período de internação de pacientes acometidos por TCE devido a acidentes de trânsito está associado a gravidade do trauma e o nível de consciência no qual o paciente é admitido no hospital onde será realizado o tratamento. Protocolos hospitalares de atendimento de pacientes mais graves exigem decisões imediatas que geralmente estão relacionadas com abordagem cirúrgica ao trauma. Esse manejo pode permitir uma melhora significativa resultando num tempo de internação menor ou não ser eficaz e o paciente vir ao óbito rapidamente. Já pacientes com TCE moderado podem evoluir para um rebaixamento grave do nível de consciência e necessitarem de cirurgia ou podem apresentar melhora significativa com tratamento conservador e isso está associado com um tempo de internação maior comparado aos pacientes mais graves. Apesar dessas tendências, o tempo de internação é altamente dependente do funcionamento dos serviços hospitalares no qual o tratamento do paciente com TCE está sendo feito e os trabalhos utilizados nesta revisão mostram que não há uma convergência total de dados.

3.5. GASTOS FINANCEIROS COM INTERNAÇÕES

Um aspecto epidemiológico de grande importância do TCE são os gastos financeiros para os cofres públicos e para as famílias das vítimas. De 2001 a 2005 o SUS teve um gasto de aproximadamente R\$104 milhões, sendo, desse total, R\$22 milhões apenas da região Nordeste com as internações de pacientes vítimas de TCE (PONTE *et al.*, 2017). Demonstra-se um gasto de R\$ 1.647.116.576,99 reais no período de 2010 a 2019 somente com internações de vítimas de TCE (DO CARMO *et al.*, 2020). Custo com as internações aumenta com a gravidade do TCE, visto que os pacientes mais graves costumam passar mais tempo internado. Mesmo que 53,47% dos TCEs sejam classificados como leves, ainda existem números expressivos de casos moderados (25,73%) e graves (20,80%), o que explica o enorme impacto negativo que o TCE gera para o Estado (DE MOURA *et al.*, 2011). Impactos econômicos relacionados com a internação por paciente variou de 5 mil reais até mais de 15 mil reais. Relativo a todo o cuidado médico esses custos são ainda maiores, pois os pacientes com TCE moderado e grave costumam ser submetidos a procedimentos neurocirúrgicos e a cuidados intensivos (PONTE *et al.*, 2017). É importante ser notado que a família dessas vítimas acaba sofrendo com a diminuição de sua renda, visto que grande parte dos acometidos são importantes provedores financeiros, pois a maior parte dos pacientes que sofrem TCE fazem parte da população economicamente ativa do Brasil (BARROS, FURTADO, BONFIM, 2015).

É importante ser notado que os pacientes que são submetidos à cirurgia geram um gasto ainda maior aos cofres públicos e devido ao tempo de internação, a família dessas vítimas acaba sofrendo com a diminuição de sua renda. Isso acontece, pois grande parte dos acometidos são importantes provedores financeiros de suas casas, pois a maior parte dos pacientes que sofrem TCE fazem parte da população economicamente ativa do Brasil.

3.6. OUTROS ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE PACIENTES ACOMETIDOS POR TCE DEVIDO A ACIDENTES DE TRÂNSITO

3 dos 15 artigos revisados que analisaram a prevalência dos acidentes de trânsito de acordo com os dias da semana, evidenciaram o domingo como sendo o principal dia na ocorrência de fatalidades, seguido pelo sábado e depois pela sexta-feira (BARBOSA *et al.*, 2010; DE MOURA *et al.*, 2011; MONTENEGRO DE ALBUQUERQUE *et al.*, 2016).

O final de semana é um período que culturalmente é propenso ao lazer e à embriaguez, sobretudo, no que concerne à população jovem, sendo essa, justamente, a população predominante nos casos de TCE.

Foi possível concluir a associação entre o uso de drogas lícitas e ilícitas nos acidentes de trânsito. Uso de álcool foi citado em 5 dos 15 artigos como sendo o responsável por pelo menos 30% dos casos relatados nos estudos, esse número variou até em média 60%, o que traz em pauta a escassez de políticas públicas relacionadas ao combate a essa problemática (BARBOSA *et al.*, 2010; DE MOURA *et al.*, 2011; MONTENEGRO DE ALBUQUERQUE *et al.*, 2016; PONTE *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2016).

A direção de veículos associada com o consumo de álcool e outras drogas devido a uma formação educacional precária sobre os riscos da direção imprudente de automóveis, assim como a fiscalização insuficiente de órgãos estatais de regularização rodoviária geram altas taxas de morbimortalidade, associadas ao TCE por acidentes de trânsito.

Em muitos casos do TCE para avaliar a gravidade das lesões é necessário fazer uso de exames de imagem. É observado que as lesões com motociclistas mais graves foram as que os pacientes não utilizaram capacete durante a colisão. Lesões mais comuns evidenciadas nos exames de imagem de pacientes acometidos por TCE foram as fraturas em face variando de 3,8% até 5,4%, seguidos pelas contusões cerebrais de 1,2% até 3,6%, hemorragia subaracnoidea de 0,9% até 2,2%, hematomas subdurais agudos de 0,9% até 2,1%, hematomas extradurais variando de 0,6% até 2,1%, e lesão axonal difusa 1,6% até 0,7% (PARREIRA, *et al.* 2012).

Em outro estudo, nos prontuários de pacientes vítimas de TCE que fizeram TC de crânio, foram evidenciados hematomas extradurais em 19,82% dos casos, contusões cerebrais em 17,82%, hemorragias subaracnoideas em 9,9%, hematomas subdurais em 5,94%, hemorragias subgaleais em 5,94%, lesões axonais difusas em 0,99%, fraturas de base de crânio em 0,99% e o restante dos prontuários não apresentava laudo neurorradiológico ou não apresentavam alterações relativas ao trauma (MOURA *et al.*, 2011).

Para se avaliar esses pacientes acometidos por TCE, dentre os diversos exames, o mais importante no manejo para averiguar a gravidade e fazer decisão de tratamento é a tomografia computadorizada (TC), de crânio, que consegue produzir imagens rápidas com eficiência e qualidade necessárias para avaliar a possibilidade de intervenção neurocirúrgica. Uma dificuldade que surge no tratamento dos pacientes vítimas de TCE é a falta de orientação quanto aos centros hospitalares que têm esse tipo de equipamento disponível. Levar um paciente para um centro que não tenha um tomógrafo não possibilita verificar a real gravidade do problema do paciente e isso acaba por aumentar a taxa de mortalidade do TCE.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluiu-se que os acidentes de trânsito são as principais etiologias para TCE no Brasil. Nos últimos anos, o aumento da frota de motocicletas, o uso irregular de materiais de proteção individual e o consumo de drogas lícitas e ilícitas têm direta correlação com as taxas de mortalidade descritas nos artigos revisados.

O perfil epidemiológico dos pacientes acometidos por TCE devido a acidentes automobilísticos como causa externa convergiram com as publicações analisadas. Indivíduos do sexo masculino e na faixa etária entre 15 e 39 anos tiveram a maior prevalência de traumatismo intracraniano por fatalidades na via urbana. Inexperiência, atitudes inseguras e consumo de álcool e drogas por esse grupo explicam a estatística do TCE associada a esse grupo.

O presente estudo limita-se a reunir dados epidemiológicos associados ao TCE no trânsito, medidas de prevenção e suas eficácias não foram abordadas e são motivos de ampla discussão. Esse trabalho contribuirá para reunir os dados epidemiológicos acerca dessa temática recorrente no país para a facilitação de posteriores estudos. Sugere-se a necessidade de análises assertivas mais aprofundadas acerca da prevenção e do controle da problemática. Verifica-se a necessidade da apuração de mais dados em regiões que têm baixa fiscalização de trânsito, como áreas interioranas.

Observa-se que o TCE no trânsito é um problema de saúde pública que se agrava principalmente, devido ao álcool e ao não uso de capacete pelos motociclistas. Práticas educativas sobre a importância da prevenção e do cuidado no trânsito devem ser implementadas pelas autoridades governamentais e pelos agentes sociais.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, Isabella Lima *et al.* Fatores desencadeantes ao trauma crânio-encefálico em um hospital de emergência municipal. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 240-240, 2010.
- BARROS, Mariana Sousa Arruda; FURTADO, Betise Mery Alencar Sousa Macau; BONFIM, Cristine Vieira. Características clínicas e epidemiológicas de motociclistas com trauma crânio-encefálico atendidos em hospital de referência [Clinical and epidemiological characteristics of motorcyclists with traumatic brain injuries treated at a referral hospital]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 23, n. 4, p. 540-547, 2015.
- CANOVA, Jocilene de *et al.* Traumatismo cranioencefálico de pacientes vítimas de acidentes de motocicletas. **Arq. ciênc. saúde**, p. 9-14, 2010.

- CARVALHO, Onédia Naís de *et al.* Trauma cranioencefálico: perfil dos pacientes atendidos em um hospital público de Teresina. **Rev. Pesqui.(Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**, p. 946-952, 2020.
- CONSTÂNCIO, Tatiane Oliveira de Souza *et al.* Repercussões psicossociais do traumatismo cranioencefálico causado por acidente motociclístico. **Rev. pesqui. cuid. fundam.(Online)**, p. 914-920, 2019.
- DE MOURA, José Carlos *et al.* Perfil clínico-epidemiológico de traumatismo cranioencefálico do Hospital de Urgências e Traumas no município de Petrolina, estado de Pernambuco. **Arquivos Brasileiros de Neurocirurgia: Brazilian Neurosurgery**, v. 30, n. 03, p. 99-104, 2011.
- DO NASCIMENTO, Elinadja Targino *et al.* Análise epidemiológica das internações por trauma cranioencefálico em um hospital de urgência e emergência. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 11, n. 7, p. 2864-2870, 2017.
- DO AMARAL, Juliana Anezia Rodrigues *et al.* Perfil de crianças vítimas de acidente motociclístico internadas em hospital referência em trauma no Estado do Pará: Região amazônica. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 14, n. 2, p. 466-480, 2016.
- FIGUEIREDO JUNIOR, Israel; CARVALHO, Mauricio Vidal de; LIMA, Glaucia Macedo de. Trauma pediátrico devido a acidente veicular em via de grande tráfego. **Einstein (São Paulo)**, v. 10, p. 29-32, 2012.
- MONTENEGRO DE ALBUQUERQUE, Adriana *et al.* MOTORCYCLE ACCIDENT VICTIMS WITH TRAUMA. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 10, n. 5, 2016.
- PARREIRA, José Gustavo *et al.* Análise comparativa entre as lesões encontradas em motociclistas envolvidos em acidentes de trânsito e vítimas de outros mecanismos de trauma fechado. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 58, p. 76-81, 2012.
- PONTE, Francisca Ribeiro da *et al.* Vítimas de traumatismo cranioencefálico: perfil epidemiológico em uma unidade de terapia intensiva. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 1826-1834, 2017.
- SILVA, Lara Oliveira Bona do Vale *et al.* Análise das características de indivíduos com sequelas de traumatismo cranioencefálico (TCE) em um centro de referência em reabilitação (características de TCE). **Rev. bras. neurol**, p. 28-33, 2018.
- SILVA, Maria Gabriella Pacheco da *et al.* Factors associated with speech-language disorders in motorcycle accident victims. In: CoDAS. **Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, 2016. p. 745-752.
- VIÉGAS, Maria Luana Carvalho *et al.* Traumatismo cranioencefálico em um hospital de referência no estado do Pará, Brasil: prevalência das vítimas quanto a gênero, faixa etária, mecanismos de trauma, e óbito. **Arquivos Brasileiros de Neurocirurgia: Brazilian Neurosurgery**, v. 32, n. 01, p. 15-18, 2013.
- WHO: World Health Organization. Global status report on road safety 2013: supporting a decade of action. **Luxembourg: WHO**; 2013.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À IDOSA COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA À LUZ DA TEORIA DE MÉDIO ALCANCE PARA REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR

DOI: 10.51859/AMPLLA.SPT853.1122-6

Manoelise Linhares Ferreira Gomes
Maria Eunice Nogueira Galeno Rodrigues
Iane Ximenes Teixeira
Keila Maria de Azevedo Ponte
Kairo Cardoso da Frota
Erica Carine Rodrigues Pedrosa
Francisco José Maia Pinto

1. INTRODUÇÃO

Doenças cardiovasculares (DCV) configuram-se morbidades ocasionadas pelo suprimento inadequado nos vasos sanguíneos e/ou no coração. São responsáveis por elevados índices de hospitalização, tendo sido registradas, em 2018, 441.725 internações por DCV. Além disso, é a principal causa de óbitos no Brasil (FIGUEIREDO *et al.*, 2020) e apresenta caráter pandêmico, com elevado índice de prevalência, sendo a Insuficiência Cardíaca (IC) o desfecho comum entre as cardiopatias (GOMES; MONTENEGRO, 2021).

A IC é constituída como síndrome multifatorial, em consequência das anomalias estruturais ou disfunção cardíaca, devido à diminuta perfusão sanguínea nos ventrículos. Tais condições, impedem o fornecimento adequado de oxigênio, pelo coração, ao metabolismo tecidual (QUEIROZ *et al.*, 2021), além de reduzirem o débito cardíaco e elevarem as pressões em repouso ou mediante esforço (ROHDE *et al.*, 2018), o que exige intervenção terapêutica. Considerado grave problema de saúde pública, ela resulta em elevada morbimortalidade (PAZ *et al.*, 2019; OLIVEIRA *et al.*, 2020) e, cerca de 240 mil brasileiros são diagnosticados com IC a cada ano. Ademais, é a principal causa de hospitalização entre idosos (KALIL; SILVA; TREVIZAN, 2020), o que gera impactos na qualidade de vida dos sujeitos e custos onerosos aos sistemas de saúde (PAZ *et al.*, 2019). Dentre as principais doenças que geram IC estão as valvopatias degenerativas não reumáticas, em especial, a Estenose Aórtica Severa (EAS), com elevada

prevalência no grupo etário com 75 anos ou mais (LOPES; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2020). Essa é caracterizada pelo longo período assintomático (SARMENTO-LEITE R; OLIVEIRA JÚNIOR, 2020) e evolui para o surgimento dos sintomas: dor torácica, síncope e dispneia (PUJARI; AGASTHI, 2020).

O processo saúde e doença de idosos com EAS, viabilizado no ambiente hospitalar, tende a ser prolongado. Isso posto, faz-se necessário propor estratégias para detecção de riscos assistenciais, promoção do conforto e melhora do bem-estar geral, a fim de oportunizar o cuidado qualitativo e seguro aos pacientes cardiológicos, bem como estimular a Reabilitação Cardiovascular (RCV) destes, baseada na ressignificação dos aspectos biopsicossociais, ou seja, promover a saúde a partir da condição crônica de doença grave.

Salienta-se, que pacientes com EAS e IC apresentam diminuta expectativa de vida, de até dois anos, sendo a terapêutica baseada na cirurgia cardíaca com implantação de prótese substitutiva à válvula aórtica (LOPES; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2020).

No contexto das DCVs, a utilização de teorias ou modelos teóricos no planejamento e implementação dos cuidados com foco na RCV é discutida por especialistas. Dentre as teorias que apresentam intervenções a partir de mediações externas no exercício profissional de Enfermagem, podem ser citadas *Transtheoretical Model of behavior change and Marlatt and Gordon's relapse prevention model, Social Cognition Theory e Theory of Planned Behaviour*. Porém, revisão sistemática acerca do envolvimento dos pacientes no processo de RCV por meio da adesão de teorias efetivadas por outras categorias profissionais não constatou significância entre os resultados obtidos nas variáveis e o comportamento dos participantes (SANTIAGO *et al.*, 2019).

Estudo de intervenção sobre a aplicação de programa educativo em saúde baseado na Teoria do Alcance de Metas verificou mudanças favoráveis no risco cardiovascular, remodelações comportamentais e na qualidade de vida dos sujeitos, após o primeiro episódio de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) (MOONKYOUNG; SONG; JEONG, 2017). Outra pesquisa realizada com cuidadores de crianças diagnosticadas com imunodeficiências primárias mostrou efeitos positivos em relação ao Modelo de Adaptação de Roy (MAR), a exemplo de melhorias na adaptação e no enfrentamento das adversidades, o que propiciou saúde física e psíquica e oportunizou bem-estar social (WEST *et al.*, 2020).

Nesse contexto, os enfermeiros atuam no processo de cuidar frente ao reconhecimento da sintomatologia da EAS, com o intuito de otimizar a vigilância e o monitoramento da doença, mediante práticas baseadas em evidências. Assim, ao considerar que a TMA-Enf RCV se baseia

no MAR, faz-se necessário avaliar o(a) paciente, a fim de verificar em qual nível de adaptação ele(a) se encontra para obter o melhor nível de reabilitação possível.

Dessa forma, o presente estudo objetivou descrever um plano de cuidados de Enfermagem para uma idosa com IC, em situação de hospitalização, a partir da TMA-Enf RCV.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A TMA Enf-RCV, criada em 2018, norteia os cuidados de Enfermagem a partir das reabilitações psicossocial e física, com o intuito de propor remodelações comportamentais para otimizar a assistência ao paciente e ao cuidador. Baseada na Modelo de Adaptação de Sister Callista Roy, a TMA Enf-RCV é implementada em cinco etapas, a saber: avaliação do comportamento reabilitador e estímulo para reabilitação cardiovascular (RCV); diagnóstico de Enfermagem; planejamento do cuidado reabilitador; intervenção reabilitadora de Enfermagem e avaliação do cuidado reabilitador (FARIAS, 2018).

O MAR visa relacionar os processos adaptativos após eventos cardiovasculares. Desse modo, os cuidados de Enfermagem são implementados com foco no enfrentamento da doença, e a TMA-Enf RCV intenta propor a reabilitação por meio de estratégias inerentes à gestão do cuidado, exercícios terapêuticos, hábitos saudáveis e redes de apoio. Para tal, a educação em saúde e o apoio viabilizados pelos enfermeiros oportunizam o cuidado reabilitador, bem como o retorno às atividades do cotidiano (FARIAS, 2018).

Nessa perspectiva, a coleta de dados acerca do estado de reabilitação psicológica, física e social compreende a primeira etapa da TMA Enf-RCV. Na segunda, são elencadas e interpretadas as principais problemáticas relativas aos comportamentos e estímulos dos pacientes sobre a reabilitação cardiovascular (RCV). Na terceira, são definidas as habilidades comportamentais a serem adquiridas a partir dos cuidados de Enfermagem. Após delimitar os objetivos da assistência, na quarta etapa, são planejadas as intervenções. A avaliação, implementada na quinta etapa, envolve a percepção dos enfermeiros sobre a efetividade dos cuidados de Enfermagem como promotores de melhorias na qualidade de vida e no comportamento das pessoas, frente à RCV (FROTA *et al.*, 2020).

Destaca-se, assim, o Processo de Enfermagem (PE) da TMA Enf-RCV como similar ao MAR de Roy. Contudo, fez-se necessário adaptá-lo às cinco etapas propostas pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), descritas no Quadro 1.

Quadro 1 - PE do MAR, Resolução COFEN 358/2009 e a TMA Enf-RCV.

MAR	Resolução COFEN 358/2009	TMA Enf-RCV
Avaliação do comportamento	Coleta de dados de Enfermagem	Avaliação do comportamento reabilitador e estímulo para RCV
Avaliação dos estímulos	Diagnóstico de Enfermagem	Diagnóstico de Enfermagem
Estabelecimento do objetivo	Planejamento de Enfermagem	Planejamento do cuidado reabilitador
Estímulos influenciadores	Implementação	Intervenção reabilitadora de Enfermagem
Intervenção	Avaliação de Enfermagem	Avaliação do cuidado reabilitador
Avaliação		

Fonte: FARIAS *et al.*, 2018.

3. MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência, qualitativo, com abordagem descritiva, desenvolvido, a partir das vivências práticas do Módulo Internato em Enfermagem III, do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), em um hospital de referência no atendimento de média e alta complexidade em cardiologia, na região norte do Ceará, no período de abril a maio de 2021. A escolha da participante do estudo se deu por conveniência.

Utilizou-se o referencial de TMA-Enf RCV. As informações foram coletadas por meio da anamnese, do exame físico e de consultas ao prontuário. Outrossim, com o intuito de delinear o diagnóstico situacional, foram utilizadas as ferramentas: Tipologia familiar; Genograma e Ecomapa; acrescidas dos instrumentos: Escala de Katz; Escala de Esperança de Herth (EEH); Inventário de Ansiedade Traço-Estado e *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire* (MLHFQ) (versão brasileira).

No que concerne às ferramentas utilizadas no delineamento do diagnóstico situacional da participante, a Escala de Katz configura-se como método avaliativo da capacidade funcional de idosos, a partir de seis itens relacionados às AVDs (ARAÚJO *et al.*, 2021). A partir da EEH, é possível detectar a multidimensionalidade da esperança (OLIVEIRA *et al.*, 2018). Constituído por 20 assertivas em Escala *Likert*, o Inventário de Ansiedade Traço-Estado visa identificar a sintomatologia da ansiedade, por meio da avaliação dos sentimentos em quatro níveis de intensidade, com variação de escores de 20 a 80 e, quanto maior o quantitativo, mais intenso é o nível de ansiedade (PARREIRA *et al.*, 2021).

Ainda, a versão brasileira do *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire* (MLHFQ) relaciona a Qualidade de Vida (QV) com o processo saúde e doença, mediante 21 questões que objetivam quantificar os impactos do adoecimento nos aspectos psicológico, físico e socioeconômico com variabilidade de escores de 0 a 105, dos quais quanto maior for o escore, pior é a evidência acerca da QV (SCHMIDT *et al.*, 2020).

Ademais, foram elencados os Diagnósticos de Enfermagem com base na Taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA-I, 2018-2020), uma vez que esses representam a base para seleção de intervenções e resultados terapêuticos, de acordo com as taxonomias de Classificação dos Resultados de Enfermagem/*Nursing Outcomes Classification* e Classificação das Intervenções de Enfermagem/*Nursing Interventions Classification*.

Convém destacar que o planejamento das intervenções ocorreu de acordo com as evidências da literatura, sendo respeitadas as necessidades da participante relacionadas às vulnerabilidades em saúde, identificadas a partir do diálogo síncrono nos encontros, o que favoreceu a coparticipação desta no processo terapêutico descrito no Quadro 2.

Quadro 2 - Processo terapêutico com metodologia, objetivo de cada encontro e correlação com as etapas do Processo de Enfermagem, Sobral-CE, 2021.

ENCONTRO	METODOLOGIA	OBJETIVO	ETAPAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM
1º	Diálogo, Anamnese e Exame físico	Conhecer a cliente	Coleta de dados
2º	Tipologia familiar, Genograma e Ecomapa	Identificar o diagnóstico situacional e as necessidades de saúde da participante	Coleta de dados
3º	Aplicação da Escala de Katz	Avaliar as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs)	Coleta de dados
4º	Escala de Esperança de Herth (EEH)	Inferir o nível de esperança da participante	Coleta de dados
5º	Inventário de Ansiedade Traço-Estado	Mensurar o grau de ansiedade devido à hospitalização	Coleta de dados
6º	Musicalização (Salmo 130)	Estimular a fé como estratégia promotora de saúde	Implementação
7º	Jogo da Memória	Propiciar habilidades sociais e relacionamentos interpessoais	Implementação
8º	<i>Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire</i> (MLHFQ) - versão brasileira	Identificar o impacto da EAS e IC na qualidade de vida da paciente	Avaliação

Fonte: Elaborado pelos autores.

Esta pesquisa respeitou a Resolução de N° 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Para garantir os princípios básicos da bioética, foi resguardado o anonimato da participante, e o estudo foi iniciado após aceite, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este estudo está

incorporado ao Projeto de Pesquisa: Contribuição de Teorias de Enfermagem Para o Cuidado Clínico de Enfermagem no Ambiente Hospitalar, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com número 2.575.059.

4. RESULTADOS

E.P.M.P., 72 anos, sexo feminino, parda, evangélica, dona de casa, viúva, pensionista, G5P5A0. Natural e residente em Hidrolândia, Ceará, onde coabita com uma filha, genro e dois netos, em casa de alvenaria, com energia elétrica e saneamento básico. A renda familiar varia de dois a três salários mínimos. Possui Ensino Médio incompleto. Declarou histórico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), há 20 anos, fazendo uso de Losartana para a referida morbidade. Relatou não praticar exercícios físicos.

Foi admitida no dia 22 de abril de 2021 no Pronto Atendimento (PA) de um hospital de referência na assistência cardiológica de média e alta complexidade, localizado na região norte do Ceará, com diagnósticos médicos de EAS e IC, apresentando dispneia aos pequenos esforços. Afirmou histórico de cirurgias prévias, apenas, de cesárea e perineoplastia. Durante o atendimento, foi realizado Eletrocardiograma, sendo evidenciadas alterações de repolarização ventricular. Optou-se, como intervenção terapêutica, pela cirurgia cardíaca de substituição da válvula aórtica por prótese.

Ao exame físico, averiguaram-se linfonodos no pescoço, com leve dor à palpação; tórax sem alterações anatômicas, mas com diminuta expansibilidade bilateral, o que denota respiração curta, sinal de dispneia; ausculta pulmonar com crepitações nas bases de ambos os campos pulmonares; presença de sopro sistólico à ausculta cardíaca; abdome com presença de massas, porém, indolor à palpação; mobilidade dos MMSS prejudicadas, referida pela sensação de cansaço à adução e abdução; eliminações intestinais ausentes, com relato de constipação há 3 dias. Sinais vitais: FR= 14 rpm; PA= 150 x 70 mmHg; FC= 90 bpm; Saturação= 96% e T= 36.8°C.

4.1. AVALIAÇÃO DE COMPORTAMENTOS REABILITADORES E ESTÍMULOS PARA RCV

No quadro 3, é demonstrada a correlação entre os comportamentos do caso índice deste estudo com os estímulos apresentados para a RCV.

Quadro 3 - Correlação entre os comportamentos e os estímulos apresentados por E.P.M.P., Sobral-CE, 2021.

Comportamentos	Estímulos
Monoparental feminina	Igreja (espiritualidade)
Comportamento reabilitador	Família
Autogerenciamento do cuidado	Centro de Saúde

Fonte: Elaborado pelos autores.

A partir da aplicação das ferramentas Tipologia familiar, Genograma e Ecomapa, inferiu-se que a família do estudo é classificada como monoparental feminina, caracterizada pelo estado civil da partícipe. Entretanto, esta tem cinco filhos, dos quais 3 são do sexo masculino e 2 do sexo feminino, sendo as duas mulheres e os dois homens mais velhos casados, enquanto o mais novo é solteiro. E.P.M.P tem 7 netos.

No que se refere à rede de apoio social e familiar da participante, o maior vínculo percebido no Ecomapa foi com a Igreja, seguida da família e do Centro de Saúde da Família (CSF) ao qual está adscrita. Isso reflete no comportamento reabilitador, à medida que a espiritualidade se configura estratégia potencializadora do autogerenciamento do cuidado, haja vista que a renda familiar insuficiente, acrescida da baixa escolaridade e de doenças existentes, são fatores que fragilizam a promoção da saúde.

Dentre as principais queixas relatadas por E.P.M.P nos primeiros encontros, notabilizaram-se: ansiedade e preocupação com o futuro, medo, dor torácica, cefaleia, dispneia, inapetência, constipação e insônia persistente. Isso posto, foram elencados como problemas adaptativos: baixa autoestima situacional; tristeza e sentimentos de incerteza devido ao *déficit* de conhecimento sobre a EAS e a IC; falta de esperança; dificuldade para desenvolver as Atividades de Vida Diária (AVDs); padrão irregular do ciclo sono-vigília, bem como óbices relativos à mobilidade física; e diminuta habilidade social, evidenciada pela introspecção psicológica.

Verificou-se, ainda, o diminuto conhecimento da filha, T.E.P.S, enquanto principal cuidadora, sobre o processo de RCV, bem como a codependência financeira entre os familiares, haja vista que embora a hospitalização tenha sido vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), houve remodelações e troca de papéis no contexto familiar, em consequência da permanência prolongada no hospital.

No que concerne aos instrumentos, verificou-se, por meio da Escala de Katz, que E.P.M.P. apresenta dependência moderada para execução das AVDs, com pontuação 4. Quanto à EEH, observou-se escore total de 28, o que denota baixo nível de esperança. Percebeu-se, pelo Inventário de Ansiedade Traço-Estado, que durante a intervenção, a partícipe pontuou 68, o que afirmou a presença do diagnóstico. Contudo, na avaliação mediante MLHFQ, notabilizou-se

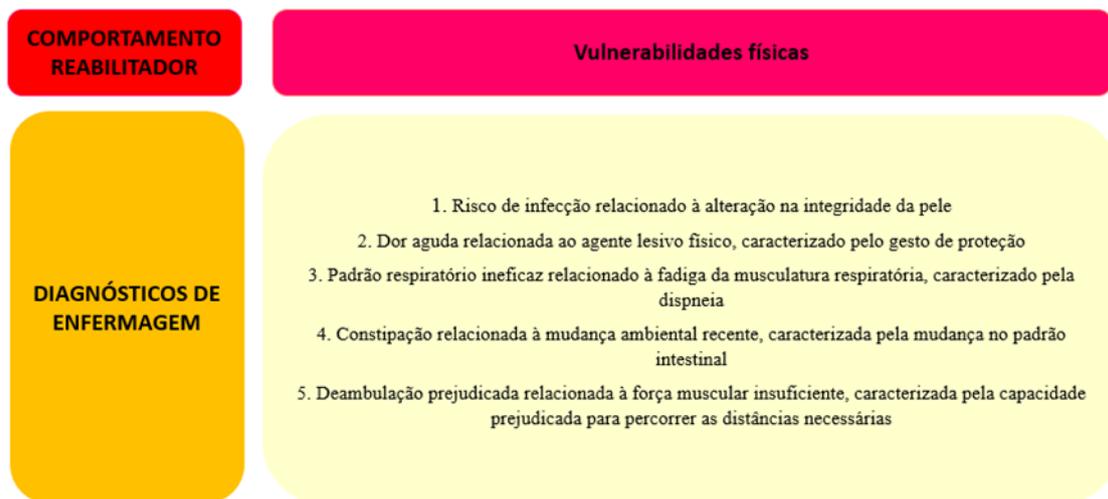
que apesar dos fatores psicoemocionais determinantes na EAS e IC, após intervenção e diálogo síncrono, a participante obteve pontuação em 65, ou seja, apresentou boa QV, em detrimento dos condicionantes durante a hospitalização.

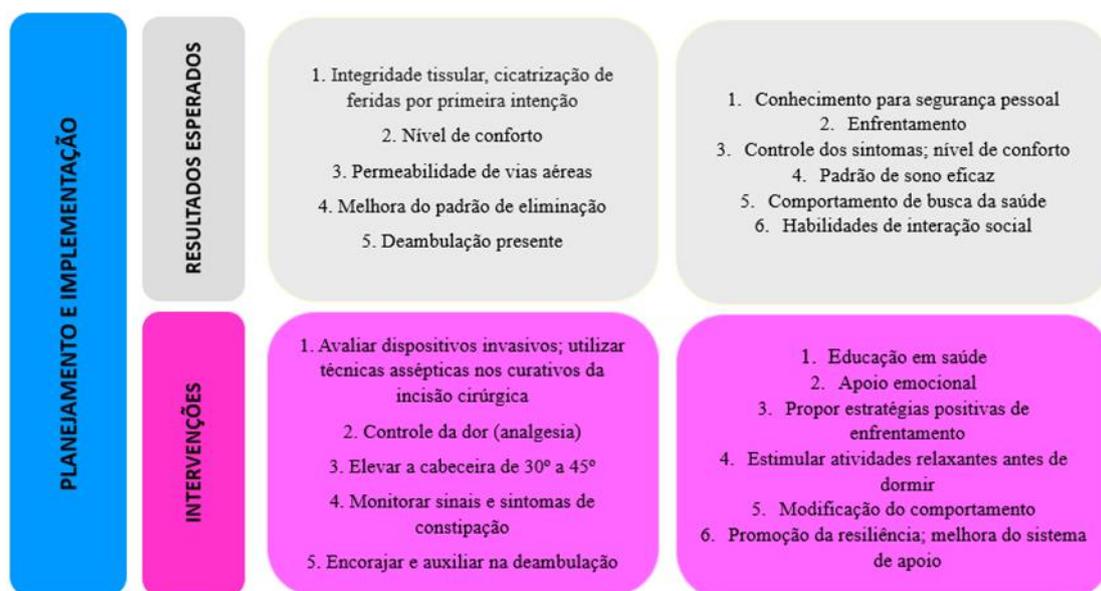
Após escuta qualificada e observação do caso índice deste estudo junto ao leito, averiguou-se comportamento reabilitador deficiente. Diante das necessidades de saúde evidenciadas, foram elencados critérios de elegibilidade para o planejamento da RCV, por meio dos quais os cuidados de Enfermagem foram implementados a partir dos diagnósticos descritos abaixo.

4.2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

A partir da análise das vulnerabilidades física, social e psicológica observadas com base na coleta de dados à luz da TMA Enf-RCV e no exame físico da participante do estudo, identificou-se os Diagnósticos de Enfermagem, dispostos no Quadro 4.

Quadro 4 - Distribuição dos diagnósticos de Enfermagem, segundo os conceitos da TMA Enf-RCV. Sobral-CE, 2021.





4.3. PLANEJAMENTO DO CUIDADO REABILITADOR E INTERVENÇÃO REABILITADORA DE ENFERMAGEM

O planejamento dos cuidados de Enfermagem relacionados à RCV foi norteado a partir das necessidades de saúde evidenciadas por meio dos diagnósticos de Enfermagem. Deste modo, as intervenções foram planejadas para obtenção de metas a curto e longo prazos, conforme Quadro 5.

Quadro 5 - Planejamento do cuidado rehabilitador. Sobral-CE, 2021.

Situações problemáticas	Plano de cuidados para curto prazo	Plano de cuidados para longo prazo
Baixa autoestima situacional	Promover conforto e apoio emocional para o enfrentamento da doença; oportunizar diálogo terapêutico e esclarecimento de dúvidas acerca da condição de saúde.	Viabilizar estratégias para o autogerenciamento do cuidado e promover a autoestima por meio das potencialidades da paciente.
Déficit de conhecimento sobre a doença	Favorecer diálogo síncrono com a paciente, por meio de metodologias educativas, a fim de orientá-la acerca da sua condição de saúde.	Oportunizar informações sobre a doença da paciente por meios midiáticos de fácil acesso à cuidadora e familiares, com o intuito de promover educação em saúde contínua
Falta de esperança	Incentivar a espiritualidade como estratégia promotora de saúde; Oportunizar áudio musical de salmo bíblico sobre a confiança em Deus e na Sua condução em todos os momentos da vida.	Estimular o fortalecimento de vínculos e a rede de apoio social e familiar
Dificuldade para efetivar as AVDs	Auxiliar a paciente na elaboração de cronograma para as AVDs; incentivar o diálogo com cuidadores acerca das necessidades básicas; orientar sobre os cuidados necessários durante as AVDs.	Orientar a família sobre a importância de adequar os espaços físicos da residência, bem como do acompanhamento nas atividades que gerem riscos à paciente, estimulando, aos poucos, a autonomia desta.

Situações problemáticas	Plano de cuidados para curto prazo	Plano de cuidados para longo prazo
Padrão irregular do ciclo sono-vigília	Estimular o sono noturno; implementar orientações sobre técnicas de relaxamento e a organização do ambiente antes de dormir.	Incentivar adequabilidades na rotina, tendo em vista a transição de atividades para o estado de sono; favorecer segurança e ambiente calmo, bem como iluminação adequada como estratégias de relaxamento antes de dormir.
Mobilidade física prejudicada	Incentivar a realização de práticas físicas de baixo impacto, a exemplo dos alongamentos e da exequibilidade de caminhadas curtas no ambiente hospitalar, com o intuito de otimizar a circulação sanguínea e o padrão respiratório.	Propor remodelações no cotidiano da participante, incluindo exercícios físicos com periodicidade e intensidade progressivas, a fim de monitorar a evolução das valências físicas.
Ansiedade	Propiciar exercícios de memorização com foco nas boas lembranças; encorajar a escrita e a expressão dos anseios e percepções acerca da hospitalização; realizar orientações sobre o diagnóstico e a terapêutica; ensinar técnicas de respiração com o intuito de promover o conforto; dialogar com a família e a paciente sobre a importância dos cuidados pós-operatórios.	Orientar acerca da importância do acompanhamento longitudinal pela equipe interdisciplinar; disponibilizar informações sobre o desenvolvimento da reabilitação cardiovascular; estimular o empoderamento e a autonomia; indicar técnicas de saúde mental relacionada à arteterapia.
Medo	Oportunizar chamada de vídeo com familiares, via aplicativo móvel, como promoção da saúde mental; instruir sobre os benefícios do processo terapêutico na RCV.	Promover aconselhamento sobre os anseios e eventos estressores do adoecimento; conscientizar a família sobre a importância do diálogo como meio ferramenta de cuidado no período pós-cirúrgico.
Introspecção	Encorajar a socialização entre pares; promover ludicidade mediante jogos interativos; viabilizar o contato com fotos, disponíveis em aplicativos móveis, de momentos agradáveis em família.	Orientar a família sobre a necessidade de promoção do lazer no envelhecimento, como estratégia potencializadora da QV e RCV.
Constipação	Discutir o recordatório alimentar das últimas 24 horas; apresentar vídeo educativo sobre alimentação saudável; planejar dieta laxativa, e oferecer alimentos com maior teor de fibras.	Orientar o monitoramento da ingestão hídrica e alimentação pertinentes à idade, propiciar habilidades relativas à linguagem corporal para favorecer a movimentação.

Fonte: Elaborado pelos autores.

É pertinente ressaltar que as intervenções implementadas precisam ter seus objetivos avaliados periodicamente, uma vez que a RCV acontece de forma gradual.

4.4. AVALIAÇÃO DO CUIDADO REABILITADOR

A RCV é contínua e efetivada a longo prazo, por isso foi realizada uma avaliação pontual acerca da sintomatologia do estado geral da paciente durante a hospitalização. Todavia, é inescusável a elaboração de novos estudos que viabilizem a análise do processo reabilitador em pacientes cardiológicos antes e após a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no contexto hospitalar.

5. DISCUSSÃO

O processo de adoecimento que necessita de hospitalização é, diversas vezes, experienciado de forma negativa, uma vez que ocasiona mudanças no cotidiano familiar e social dos doentes. Tais condições podem repercutir na adesão insatisfatória da terapêutica, bem como na pouca aceitabilidade e/ou resiliência frente ao diagnóstico, o que provoca ansiedade, baixa autoestima situacional e medo nos sujeitos. Além disso, agitação e insônia são dificuldades enfrentadas pelo desconhecimento do que irá acontecer (MARTINS *et al.*, 2018). Desse modo, faz-se necessária a elaboração de intervenções durante o período de permanência no hospital, tendo em vista a complexidade das condições de saúde presentes nesses espaços.

A SAE deve ser baseada mediante princípio científico de uma teoria de Enfermagem, pois promove a construção de uma assistência mais sólida, crítica e reflexiva, diante da ciência aplicada às habilidades práticas (FROTA *et al.*, 2020), a fim de que o PE possa ser executado de forma holística e, assim, possa ser adaptado de acordo com a necessidade do paciente. Nesse sentido, é imprescindível utilizar a SAE a partir de uma teoria de Enfermagem com o intuito de aprimorar o desempenho profissional dos enfermeiros e respaldar seus procedimentos técnicos, diante das diversas situações do processo de saúde e doença.

No que se refere aos cuidados oferecidos às pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), os implementados pelos enfermeiros são valorizados, à medida que promovem adequabilidades no cotidiano dos adeptos, sendo, então, resolutivos. Dessa maneira, a inserção desses profissionais nas equipes de enfrentamento das DCNT é potencial, sobretudo, devido às suas habilidades técnico-científicas que contribuem com a integralidade da assistência a fim de oportunizar remodelações no estilo de vida dos sujeitos (TESTON *et al.*, 2018). O enfermeiro assume a organização dos cuidados mediante o protagonismo que estabelece prioridades para cada necessidade de saúde, a exemplo do autocuidado como estratégia frente as situações problemáticas “mobilidade física prejudicada” e “dificuldade para efetivar as AVDs”, o que ganha maior notoriedade nas DCNTs, devido ao nível de comprometimento na rotina dos acometidos.

Compreender os anseios dos sujeitos, frente às DCNTs potencializa a adesão ao tratamento (AMARAL *et al.*, 2019). O autocuidado se constitui, ainda, meio norteador da RCV, uma vez que promove esperança e gera reflexões sobre as condutas de Enfermagem frente a hospitalização, o que deve fortalecer os vínculos entre profissionais e pacientes mediante diálogo síncrono, haja vista que os primeiros devem favorecer esclarecimentos sobre as

condutas, evitando *déficits* de conhecimento sobre a doença, e oportunizar a verbalização de sentimentos e experiências.

As DCNTs, a exemplo da HAS e IC, exigem dos enfermeiros cuidados clínicos e educativos, com o intuito de fortalecer a Mudança no Estilo de Vida (MEV). Isso posto, a TMA Enf-RCV, baseada na teoria de Roy, viabiliza a MEV dos pacientes, mediante processo adaptativo inter-relacionado aos objetivos da RCV. A teoria de Roy propõe quatro modelos de adaptação, a saber: necessidades fisiológicas, autoconceito, papel funcional e interdependência (FERNANDES *et al.*, 2022; BRASIL, 2011). Para o fortalecimento do processo adaptativo do paciente, é importante fortalecer o vínculo deste com os enfermeiros através da comunicação efetiva, experienciada desde o acolhimento no setor, com os objetivos de consolidar o vínculo e potencializar a complementaridade dos cuidados instrumentais e comportamentais.

A RCV, oportunizada mediante cuidados de Enfermagem nas dimensões física, social e psicológica, permite o fortalecimento de vínculos e o conforto como estratégias para minorar o sofrimento relativo ao adoecimento (CARDOSO *et al.*, 2020). Dessa maneira, o PE, no contexto geriátrico, propicia a identificação de respostas humanas, frente a eventos estressores (SARAIVA *et al.*, 2017). A escuta qualificada se configura estratégica para minorar o estresse no regime de hospitalização, e é incumbência da equipe de Enfermagem promover meios que favoreçam a reabilitação dos sujeitos, oferecendo-lhes apoio emocional.

Vale destacar que a TMA Enf-RCV propicia a compreensão sobre os determinantes em saúde, relacionados aos hábitos de vida dos sujeitos. Tal condição permite que os enfermeiros identifiquem os aspectos que comprometem a reabilitação. De acordo com Melo *et al.*, (2018), é inescusável, para a RCV, o reconhecimento da sintomatologia cardíaca no pós-operatório e a sensibilização acerca dos relacionamentos interpessoais, como rede de apoio, frente a corresponsabilização da terapêutica.

Acrescenta-se a isso o aperfeiçoamento de estratégias de enfrentamento (*coping*) que previnem os eventos estressores na hospitalização, tais como rezar e conversar (ROCHA; SOUZA; ARRIEIRA, 2020). Nesse sentido, o apoio emocional é incumbido à equipe interdisciplinar do setor, sendo o enfermeiro o articulador desse cuidado, o que viabiliza o enfrentamento à doença e à adaptação ao plano terapêutico, bem como a superação do medo, o que resulta em notáveis indicadores de saúde mental.

Estudo constatou que, no período de hospitalização, a maioria dos enfermos deseja participar de ações de Educação em Saúde. Todavia, percebem-se óbices em sua implementação (VILELA, 2017). Vale salientar que a autopercepção, frente ao processo saúde e doença pode ser modificada devido ao tratamento e às relações interpessoais vivenciadas durante a

hospitalização, o que interfere na exequibilidade das AVDs e resulta na coparticipação da família diante da terapêutica (RIBEIRO *et al.*, 2016). Nesse contexto, faz-se necessário motivar o(a) paciente, estimulando-o(a) em sua autonomia e independência, a fim de otimizar a autoestima e promover a RCV.

Diante disso, infere-se que a abordagem metodológica da TMA Enf-RCV se mostrou efetiva, uma vez que propiciou o cuidado a partir dos aspectos biopsicossociais da participante. Logo, é pertinente a implementação desta teoria nos eventos cardiovasculares (Garlet *et al.*, 2017), o que oportuniza remodelações comportamentais, gerenciamento em saúde e decréscimo dos agravos, notabilizados no período pós-operatório.

Dentre as contribuições do estudo, inferiu-se que a aplicabilidade da TMA Enf-RCV oportunizou o conhecimento de novas formas de pensar a assistência de Enfermagem como processo contínuo e repleto de significados no envelhecimento, uma vez que o comportamento reabilitador entre idosos engloba percepções multicêntricas. Tal condição propiciou expertise profissional aos envolvidos.

No que concerne às limitações, notabilizou-se a dificuldade para avaliar a RCV antes e após as intervenções, haja vista que o processo reabilitador ocorre a longo prazo. Ademais, acredita-se que os resultados não podem ser generalizados, devido à complexidade clínico-epidemiológica da IC.

Sugerem-se, novos estudos que avaliem a RCV, entre pessoas com IC, nos diferentes níveis de atenção à saúde.

6. CONCLUSÃO

A aplicação da TMA Enf-RCV na assistência de Enfermagem à pessoa idosa hospitalizada oportunizou, aos pesquisadores, desenvolver habilidades técnico-científicas inerentes ao processo de RCV, além de ter viabilizado o reconhecimento das vulnerabilidades relacionadas aos aspectos psicossociais e à sintomatologia das DCVs da participante, o que favoreceu a consolidação do vínculo e a implementação do plano de cuidados de maneira efetiva.

REFERÊNCIAS

AMARAL, R.T; BARBOSA, A.M; TEIXEIRA, C.C; BRANDÃO, L.G.V.A; AFONSO, T.C; BEZERRA, A.L.Q; et al. Knowledge of diabetics about disease and self-care. **Rev enferm UFPE on line [Internet]**, vol.13, n.1, p:346-52, 2019 [cited 2020 Mar 13]. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/239077/31283>. Access in 29 apr 2022.

- ARAÚJO, G.V.M; RICA, R.L; LEOPOLDO, A.P.L; ALONSO, A.C; DA SILVA- GRIGOLETTO, M.E; CADORE, E et al. Correlação entre os scores dos testes de aptidão funcional GDLAM e escala funcional de Katz de idosos fisicamente independentes. **Rev Bras Fisiol Exerc**, 2021;20(1):17-26. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/349554360_Correlation_between_the_GDLAM_functional_fitness_test_scores_and_the_Katz_functional_scale_of_physically_independent_older_people. Acesso em 19 mai 2021. DOI: 10.33233/rbfex.v20i1.3852
- 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** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun.
- CARDOSO, Rosane Barreto et al. Diagnósticos de enfermagem em idosos hospitalizados à luz da teoria do conforto de Kolcaba. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. serV, n. 4, p. e20066, out. 2020. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832020000400007&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 21 maio 2021. <http://dx.doi.org/10.12707/RV20066>.
- DOURADO, M. B. et al. Perfis clínicos e epidemiológicos de idosos com insuficiência cardíaca. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, v.13, p.408-15, 2019
- FARIAS, M.S. **Reabilitação cardiovascular: proposta de uma teoria de enfermagem de médio alcance** [dissertação] [Internet]. Fortaleza (CE): Universidade Estadual do Ceará; 2018 [acesso em 2021 maio 19]. Disponível em: <http://www.uece.br/cmaccilis/dmdocuments/MSINARA.pdf>
- FERNANDES SOARES E SOARES, C.; MATHEUS ESTRELA, F. ; ARAÚJO DA CRUZ, M. .; FERREIRA DA SILVA, A. .; MARIA DE OLIVEIRA MOREIRA, T. .; BRAITT LIMA, A. .; VIEIRA DOS SANTOS NETO, C. . Cuidado em enfermagem ao paciente renal agudo a luz da teoria adaptativa de Roy. **Saúde Coletiva (Barueri)**, [S. l.], v. 12, n. 72, p. 9408-9425, 2022. DOI: 10.36489/saudecoletiva.2021v12i72p9408-9425. Disponível em: <http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/2173> . Acesso em: 29 abr. 2022.
- FIGUEIREDO, Fernanda Sabini Faix et al. Distribuição e autocorrelação espacial das internações por doenças cardiovasculares em adultos no Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 41, e20190314, 2020. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472020000100424&lng=en&nrm=iso>. access on 17 May 2021. Epub June 12, 2020. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190314>.
- FROTA, K.C; PONTE, K.M.A; SOUZA, F.D.C; AARIANO, C.K.S. Vulnerabilidades em saúde na reabilitação cardiovascular: relato de caso a partir da teoria de enfermagem. **J. nurs. health**. 2020;10(2): e20102002. Disponível em

<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/18014/11326>. Acesso em 10 mai 2021.

- FROTA, S. S.; Lopes, L.V.; Onofre, M. R.; Dodou, H. D.; Guedes, M.V.C. Aplicabilidade do modelo de adaptação de Roy no cuidado ao paciente diabético Applicability of the Roy adaptation model in care for diabetic patients. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 4, p. 10699-10709. jul./ago. 2020.
- Garlet, AB, et al. Relação entre classe funcional e fração de ejeção do ventrículo esquerdo em pacientes com doença coronariana candidatos à reabilitação cardíaca. **Sci. med.** [Internet] 2017. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/26652>. Acesso em 18 maio 2021.
- GOMES, H.J.A; MONTENEGRO, C.E.L. Indicadores Socioeconômicos e Mortalidade por Insuficiência Cardíaca: Parâmetros Indissociáveis?, **Arq. Bras. Cardiol.** 117 (5), Nov 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/MZwxdh5BH8FK4SV6kMCS9fF/?lang=pt>. Acesso em: 28 dez 2021.
- Herdman, S. T., & Kamitsuru, S. (2018). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: Definições e classificação 2018-2020** (11ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- KALIL, MCR; SILVA, SC; TREVIZAN, PF. Efeitos da reabilitação cardiovascular em pacientes hospitalizados com insuficiência cardíaca aguda: uma revisão sistemática. **Rev Estação Científica**, Juiz de Fora, v. 24, p: 1-22. jul/dez 2020 – ISSN1809-046X. Disponível em <https://portal.estacio.br/media/4684189/efeitos-da-reabilita%C3%A7%C3%A3o-cardiovascular-em-pacientes-hospitalizados-com-insufici%C3%AAdaca-aguda.pdf>. Acesso em 17 mai 2021.
- LOPES, Marcelo Antônio Cartaxo Queiroga; NASCIMENTO, Bruno Ramos; OLIVEIRA, Gláucia Maria Moraes de. Tratamento da Estenose Aórtica do Idoso no Brasil: Até Quando Podemos Esperar?. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 114, n. 2, p. 313-318, Feb. 2020. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2020000200313&lng=en&nrm=iso>. access on 17 May 2021. Epub Mar 20, 2020. <https://doi.org/10.36660/abc.2020003>.
- MARTINS, Camila; BRANDÃO, Maria; et al. Diagnósticos de enfermagem em uti: uma revisão integrativa. **Rev. Aten. Saúde**, São Caetano do Sul, v. 16, n. 57, p. 74-86, jul./set., 2018.
- OLIVEIRA, A.P.D. de et al. Educação em saúde: efetividade das intervenções em pacientes com insuficiência cardíaca. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 73, n.2, e20180782, 2020. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000200175&lng=en&nrm=iso>. access on 21 May 2021. Epub Mar 09, 2020. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0782>.
- OLIVEIRA, L.M; SILVA, S.M; LIMA, E.F.A et al. A esperança de vida dos idosos: avaliação pelo perfil e a Escala de Herth. **Rev Fund Care Online**. 2018 jan./mar.; 10(1):167-172. Disponível em <https://core.ac.uk/download/pdf/209206165.pdf>. Acesso em 16 maio 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018>.

- PARREIRA, Bibiane Dias Miranda et al. Sintomas de ansiedade entre mulheres rurais e fatores associados. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, e20200415, 2021. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452021000400201&lng=en&nrm=iso>. access on 19 May 2021. Epub Mar 17, 2021. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0415>.
- PAZ, Larissa Ferreira de Araújo et al. Qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com insuficiência cardíaca. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, supl. 2, p. 140-146, 2019. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000800140&lng=en&nrm=iso>. access on 21 May 2021. Epub Dec 05, 2019. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0368>.
- PUJARI S.H., AGASTHI P. Aortic Stenosis. [Atualizado em 10 de agosto de 2020]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls. Publishing; Jan. 2020. SANTOS, M.C. et al. Incidence of Conduction Disorders and Requirements for Permanent Pacemaker After Transcatheter Aortic Valve Implantation. **Int. J. Cardiovasc. Sci.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, p. 492-504, out. 2019. Available from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32491560/>. access on 20 may 2021.
- QUEIROZ, LMN; VIANA, REN; ARAUJO, SA; PEDROSA, IL; ARAUJO, AA. Perfil de idosos admitidos nas unidades hospitalares por insuficiência cardíaca que reinternam. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 1, p. 6084 - 6094, jan. 2021. Disponível em <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/23260/18695>>. Acesso em 17 mai 2021. DOI:10.34117/bjdv7n1-413.
- RIBEIRO, Juliane Portella et al. Assistência de enfermagem ao paciente oncológico hospitalizado: diagnósticos e intervenções relacionadas às necessidades psicossociais e psicoespirituais Nursing care in oncology hospitalized patients: diagnosis and interventions related to psychosocial and psychospiritua needs. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.1.], v.8, n.4, p. 5136-5142, oct.2016. ISSN 2175-5361. Disponível em <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4016>>. Acesso em 04 mai 2021. doi:<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.5136-5142>.
- RIBEIRO, P.C.P.S.V; MARQUES, R.M.D; RIBEIRO, M.P. O cuidado geriátrico: modos e formas de confortar, **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 4, p. 830-837, Aug. 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000400830&lng=en&nrm=iso>. access on 21 May 2021. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0636>.
- ROCHA, L.G; SOUZA, A.Q; ARRIEIRA, ICO. Fé e espiritualidade no cotidiano de pacientes pré-operatórios internados na clínica cirúrgica. **J. nurs. health.**, vol. 10, n. 2, p:20102003, 2020. Disponível em <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/17868/11417>. Acesso em 20 mai 2021.
- ROHDE, L.E. et al. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, v.111, n. 3, p. 436-539, 2018. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30379264/>. Acesso em 18 maio 2021.

- SANTIAGO, A.P.C; CHAVES, G.S; DAVIES, P; TAYLOR, R.S; GRACE, S.L. Interventions to promote patient utilisation of cardiac rehabilitation. **Cochrane Database Syst Rev.**, v.2), CD007131, 2019. Disponível em <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007131.pub4/full>. Acesso em 29 abr 2022. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007131.pub4>.
- SARAIVA, L. B; SANTOS, S. N; OLIVEIRA, F. A; MOURA, D. J; BARBOSA, R. G; ALMEIDA, A. N. Avaliação geriátrica ampla e sua utilização no cuidado de enfermagem a pessoas idosas. **Journal of Health Sciences**, 19(4), 262-267, 2017. Recuperado de <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/01/877795/10-avaliacao-geriatrica-ampla.pdf>
- SARMENTO-LEITE, R; OLIVEIRA JUNIOR, G. E. Implante de válvula aórtica por transcater: Onde estamos em 2020 ?. **Int. J. Cardiovasc. Sci. Rio de Janeiro**, v. 33, n. 5, p. 537-549, out. 2020. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/ijcs/v33n5/2359-4802-ijcs-20200089.pdf>. Acesso em 19 maio 2021.
- SCHMIDT, Cristine et al . Equilíbrio Dinâmico e Mobilidade Explicam a Qualidade de Vida na ICPEP, Superando Todos os Outros Componentes da Aptidão Física. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 114, n. 4, p. 701-707, Apr. 2020 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2020000400701&lng=en&nrm=iso>. access on 19 May 2021. Epub May 29, 2020. <http://dx.doi.org/10.36660/abc.20190080>.
- TESTON, E.F; SPIGOLON, D.N; MARAN, E; SANTOS, A.L; MATSUDA, L.M; MARCON, S.S. Nurses' perspective on health education in Diabetes Mellitus Care. **Rev Bras Enferm.**, v.71, n.6 Supl, p:2735-42. Disponível em <https://www.scielo.br/j/reben/a/ZGkvcBv4h3wdwk4sxPCM5jL/?lang=en>. Acesso em 29 abr 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0396>
- VILELA Renata Prado Bereta. Espiritualidade e cuidados de enfermagem: uma análise crítica. **Rev. CuidArt**, jan.-jun.; 11(1): 147-149, 2017. Disponível em <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-31637>. Acesso em 19 maio de 2021.
- WEST, M.G.L.N; VASCONCELOS, M.G.L; CORIOLANO-MARINUS, M.W.L; ARAÚJO, E.C. Demandas de cuidados vivenciadas por cuidadores familiares de crianças com Imunodeficiência Primária. **Rev Bras Enferm.**, vol.73(Suppl 4):e20180795, 2020. Disponível em http://old.scielo.br/pdf/reben/v73s4/pt_0034-7167-reben-73-s4-e20180795.pdf. Acesso em 02 mar 2022.
- PARK, M; SONG, R; JEONG, J.O. Effect of goal attainment theory based education program on cardiovascular risks, behavioral modification, and quality of life among patients with first episode of acute myocardial infarction: Randomized study. **Int J Nurs Stud.**, vol.71, p: 8-16, 2017. Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S002074891730055X?via%3Dihub>. Acesso em 01 abr 2022. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.02.019>.

AVALIAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA MELHORIA DO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

DOI: 10.51859/AMPLA.SPT853.1122-7

Ana Karoline Barros Bezerra ¹
Maria do Socorro Melo Carneiro ²
Juliana Mendes Gomes de Medeiros ³
Loise Elena Zanin ⁴
Antônio Rodrigues Ferreira Junior ⁵

¹ Enfermeira. Mestra em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).

² Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente do curso de enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

³ Enfermeira. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH)

⁴ Fonoaudióloga. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC).

⁵ Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Docente da Graduação em Enfermagem e da Pós-graduação em Saúde Coletiva da UECE.

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), dentre seus objetivos, preconiza a assistência à saúde da população por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. Desde a sua criação, o SUS vem progredindo com a reestruturação contínua de suas leis, resoluções, portarias, políticas e programas de saúde, visando reafirmar seus princípios e diretrizes e qualificar a atenção em saúde. A evolução do processo da gestão do SUS traz a ideia de rede para sua efetiva consolidação. Desse modo, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) foram descritas pelo Ministério da Saúde (MS) como estratégia de reestruturação, especialmente, no que se refere à superação do modo fragmentado de operar a assistência e a gestão em saúde, com vistas a assegurar aos usuários o conjunto de ações e serviços que necessitam, com efetividade e eficiência (ARRUDA *et al.*, 2015).

As RAS são arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais e articulados entre si. Um dos atributos é ter a Atenção Básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta

de entrada do sistema, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde das pessoas do seu território (BRASIL, 2017).

A Atenção Primária à Saúde (APS) atua como coordenadora da assistência do sistema de saúde, sendo o primeiro contato na rede assistencial. Tem como características a continuidade e integralidade, a atenção centrada na família e o controle social (ANDRADE *et al.*, 2013). Caracteriza-se, assim, pela descentralização e capilaridade, atuando como centro articulador da rede de atenção, devendo ser o contato preferencial dos usuários e principal porta de entrada para os demais pontos de atenção. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2012).

A integralidade, dentre os princípios doutrinários do SUS, é o que estabelece a maneira com que os serviços devem se organizar, sendo interdependente e integrada por meio de redes assistenciais. Deve, também, envolver os saberes de profissionais, de usuários e da comunidade, de forma cooperada e coordenada, nos planos de uma gestão e assistência eficiente, a qual responda às necessidades de saúde individuais em âmbitos local e regional na construção de um cuidado efetivo à saúde (KALICHMAN E AYRES, 2016).

Ao analisar a organização dos sistemas de saúde, Mendes (2010), identifica que os pontos assistenciais ainda se apresentam isolados, fragmentados, incomunicados e voltados para atenção às condições agudas e às agudizações de condições crônicas. A APS não se comunica fluidamente com a atenção secundária e esses dois níveis também não se comunicam com a atenção terciária, nem com os sistemas de apoio.

A desarticulação dos diferentes pontos de atenção do sistema converge com o empírico conhecimento retratado historicamente pela supervalorização da assistência hospitalar e curativa. Parece haver um descrédito da população em relação aos serviços de atenção primária e secundária, que não estão adequadamente estruturados para atingir um grau de resolutividade desejável (KOVACS *et al.*, 2012). O atual modelo de organização dos sistemas de saúde não corresponde adequadamente às necessidades da população, pois as estruturas não são integradas, predominando as de maior tecnologia mecânica. Isso resulta em um desastroso final, manifestado com excesso de utilização de serviços terciários, consultas especializadas, exames diagnósticos, internações e atendimentos de urgência (CORDEIRO JUNIOR, 2014).

Em decorrência da superlotação dos serviços de urgência e emergência nos hospitais terciários, os atendimentos aos usuários acabam sendo considerados não urgentes, resultando no aumento da demanda para casos que não seguem os critérios de atendimento imediato em unidade de atenção terciária. É amplamente reconhecida que a procura por serviços de

urgência e emergência para casos que poderiam ser resolvidos em outros pontos da RAS, no qual utilizariam menor densidade tecnológica, ocorre independente, do nível de desenvolvimento econômico e social dos países (FREIRE *et al.*, 2015).

Mecanismos de referência, principalmente, tendo a atenção primária como gerenciadora dos fluxos, mostram uma realidade necessária para a garantia da integralidade da assistência. Reconhece-se que ainda são muitos os desafios, principalmente, no que concerne à comunicação entre atenção primária e os demais níveis de assistência (CARNEIRO *et al.*, 2014).

A avaliação dos serviços de saúde é um assunto desafiador, uma vez que aborda a qualidade e utilização dos serviços prestados aos usuários na rede de atenção à saúde. Por meio da observação dos estudos existentes na área, foi visto que ainda existe uma inadequação da demanda por assistência hospitalar, culminando com a superlotação dos serviços de urgência e emergência e, conseqüentemente, com a baixa qualidade da assistência prestada àqueles que realmente necessitam desse tipo de atendimento, comprometendo a integralidade e qualidade da atenção. Daí a necessidade de expandir o conhecimento sobre a avaliação em saúde, além de contribuir com a classificação de risco e possível reestruturação da rede de atenção à saúde que repercutem nos serviços de urgência e emergência.

Neste ínterim, tendo como referência a classificação de risco do serviço de Urgência e Emergência de um hospital do interior do Ceará, cenário de atenção terciária, constrói-se os seguintes questionamentos: como está a articulação da Rede de Atenção à Saúde no município de Sobral a partir da utilização da emergência do Hospital Regional Norte (HRN)? Quais as mudanças ocorridas a partir do processo de trabalho do Grupo de Gestão Hospitalar de Sobral para o serviço de urgência e emergência do HRN?

Pensando nesse contexto, e por ter afinidade com avaliação em saúde, aliado à necessidade de aprofundamento nesse assunto, uma vez que durante o curso de graduação em enfermagem, o mesmo não é aprofundado, decidiu-se por pesquisar sobre o tema avaliação da rede de atenção à saúde para melhoria do serviço de urgência e emergência do HRN.

2. OBJETIVO

Avaliar a articulação da rede de atenção à saúde para qualificação na utilização de serviço de urgência e emergência.

3. MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, que teve como referencial o modelo proposto por Donabedian (1985), por meio da tríade estrutura-processo-resultado.

Teve como cenário, o hospital estadual de referência para os 55 municípios da macrorregião de saúde da região norte do Ceará. Possui serviço de emergência adulta e pediátrica de perfil clínico e cirúrgico e utiliza o Protocolo de Manchester para a classificação de risco.

A coleta de dados ocorreu inicialmente, por meio dos dados de atendimento no serviço de urgência/emergência, estratificando-se por classificação de risco, de acordo com o Protocolo de Manchester, com foco no município sede da macrorregião de saúde. Estas informações foram referentes ao período de janeiro de 2015 a julho de 2017 e estavam disponíveis no Núcleo de Gestão e Segurança do Paciente (NUGESP). Em seguida, as Atas das reuniões do grupo de gestão hospitalar da rede de atenção à saúde do município sede da macrorregião foram sistematizadas, assim como dos outros momentos demandados, como intervenção pelo grupo. Foram analisadas oito Atas referentes ao período de maio a agosto de 2015, arquivadas no Núcleo de Atendimento ao Cliente (NAC). Além disso, realizou-se uma entrevista contendo quatro questionamentos referentes à articulação do hospital com os demais componentes da rede e o conhecimento dos profissionais acerca das pactuações existentes. Esta entrevista foi realizada com os profissionais enfermeiros que compõem a equipe responsável pela classificação de risco nas emergências adulta e pediátrica do hospital e com os coordenadores médicos e de Enfermagem destes setores, totalizando 14 participantes.

Os critérios de inclusão adotados foram o tempo de atuação igual ou superior a seis meses, na classificação de risco (enfermeiros) e atuação na gestão do setor de emergência, no período superior a seis meses. Os critérios de exclusão foram não estar em exercício por afastamento, de qualquer natureza, durante o período de coleta de dados.

A análise das informações obtidas por meio das entrevistas foi organizada conforme a análise de conteúdo proposta por Bardin (2010), utilizando-se o *software* NVIVO 11, para a codificação dos dados qualitativos. Para os dados quantitativos da classificação de risco foi utilizado o programa Excel e apresentados em percentuais.

A pesquisa respeitou os princípios éticos conforme Resolução 466/2012 e apresentou parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH) com nº. 1. 507. 018.

4. RESULTADOS

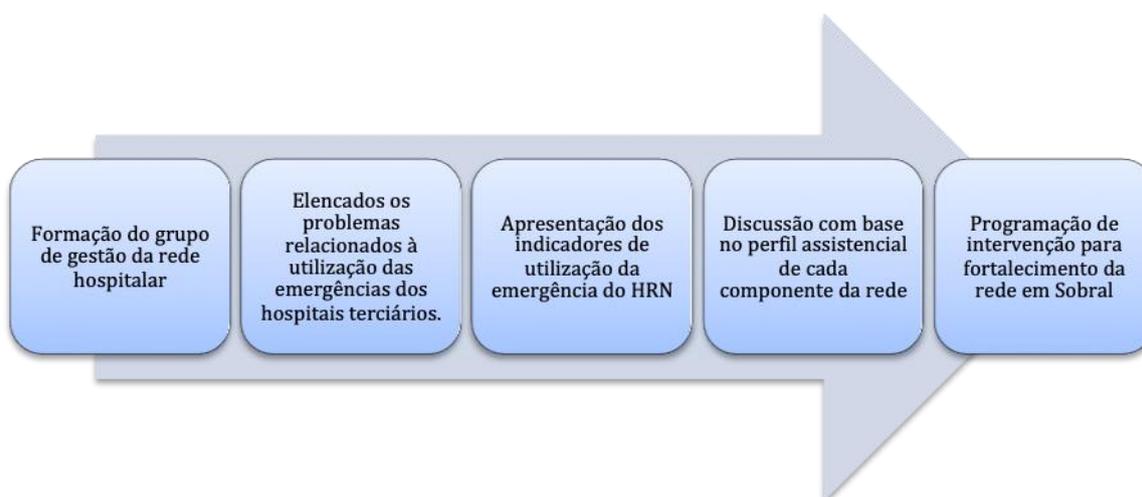
Existem diferentes ferramentas utilizadas para organização dos serviços de emergência, sobretudo, para orientação da triagem e, assim, conferir maior segurança no ordenamento dos atendimentos. No caso do Hospital, cenário deste estudo, como parte do processo de avaliação proposto por Donabedian (2003), a gestão optou por implantar a escala de triagem de Manchester. Esta escala classifica o paciente dentro da urgência/emergência em cinco níveis de prioridade: nível 1, cor vermelha (emergente, deve receber atendimento médico imediato); nível 2, cor laranja (muito urgente, avaliação médica em até 10 minutos); nível 3, cor amarelo (urgente, avaliação médica em até 60 minutos); nível 4, cor verde (pouco urgente, avaliação médica em até 120 minutos); nível 5, cor azul (não urgente e que pode aguardar até 240 minutos para atendimento médico). Assim, o protocolo de Manchester constitui-se como uma ferramenta de gestão do risco clínico para administrar a demora do atendimento, priorizando os doentes mais graves (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2010).

4.1. PACTUAÇÕES PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA - GRUPO DE GESTÃO DA REDE HOSPITALAR

As Atas das reuniões do grupo de gestão hospitalar da rede de atenção à saúde de Sobral revelaram aspectos do processo, em que o primeiro passo para a melhor utilização do serviço de emergência, era que fossem reforçados os fluxos e perfis de cada hospital existente na rede, havendo assim, um alinhamento dos serviços. Nesta perspectiva, para definir competência de cada ponto da rede de atenção, seria necessário que a população e os profissionais de saúde, sobretudo, os que atuassem na APS, estivessem cientes dos diferentes perfis existentes dentre os equipamentos de saúde. Assim, a procura e/ou encaminhamento aos serviços seriam melhor direcionados, proporcionando uma adequada utilização do sistema e conferindo uma assistência mais qualificada aos usuários.

Tomando como prioridade, o atendimento das emergências dos hospitais terciários, o grupo norteou suas discussões, conforme mostra a figura 1, a seguir:

Figura 1 - Delineamento do processo desenvolvido pelo Grupo de Gestão da Rede Hospitalar, Sobral, Ceará, Brasil, 2018

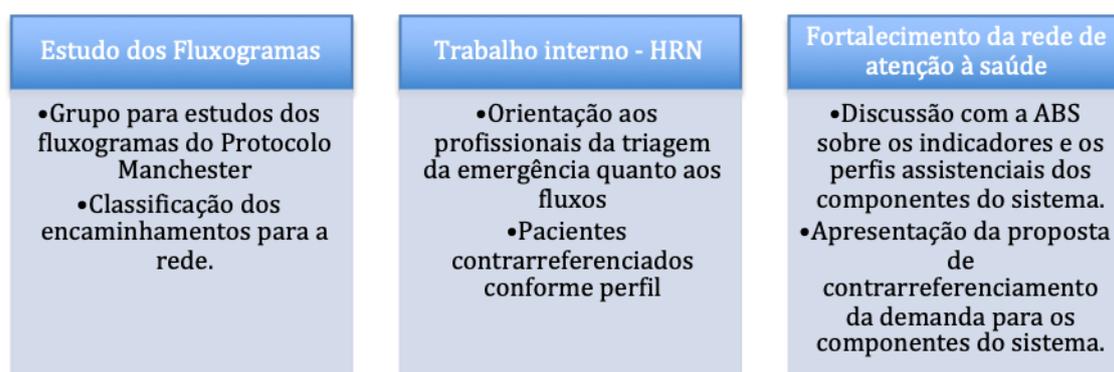


Fonte: Atas das reuniões do Grupo de Gestão da Rede Hospitalar

A partir dos indicadores dos atendimentos, verificou-se a necessidade de atuar nos classificados como verdes e azuis. Com isso, um dos encaminhamentos realizados pelo grupo consistiu em estudar todos os fluxogramas do Protocolo de Manchester e verificar, dentre os diferentes problemas de saúde apresentados, àqueles que preferencialmente deveriam primeiramente procurar atendimento na APS ou Atenção Secundária. O produto dessa proposta de direcionamentos, a partir de cada fluxograma foi apresentado no grupo de gestão hospitalar da rede, nos colegiados gestores do hospital, e reuniões com os gerentes e médicos dos Centros de Saúde da Família de Sobral. Todos os envolvidos consideraram pertinentes os encaminhamentos, pois além de refinarem a demanda característica para a atenção terciária, estimulavam a busca pela APS, fortalecendo-a como principal porta de entrada do sistema de saúde. Ressalta-se que essas pactuações envolveriam apenas os usuários de Sobral, levando em consideração a facilidade de deslocamento, sua boa estrutura da rede de serviços, como também por ser este, o município com maioria de busca de usuários, classificada como verde e azul.

Com isto, na figura 2 a seguir, é explicitado de forma resumida, o delineamento do processo de intervenção proposto pelo grupo de gestão hospitalar, no qual é dividido em três etapas:

Figura 2 - Delineamento do processo de intervenção, Sobral, Ceará, Brasil, 2018



Fonte: Atas das reuniões do Grupo de Gestão da Rede Hospitalar

As Atas dos encontros também revelam outras discussões e estratégias adotadas, como: a necessidade do sistema de saúde trabalhar na perspectiva de um modelo de atenção voltado às condições crônicas, com importante atuação da equipe interdisciplinar; a gestão da clínica deveria ser fortalecida, com a definição de protocolos que, ao mesmo tempo, qualificariam a assistência, otimizariam o tempo e assim, reduziriam a permanência do paciente internado; a própria formação do grupo foi reforçada, objetivando a discussão das redes de atenção com encontros sistemáticos para validação de competências dos diferentes equipamentos de saúde; e por fim, a evolução do modelo de médico generalista e menos dependente do especialista (só para interconsultas).

4.2. PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS

A partir da análise das entrevistas identificaram-se as categorias iniciais, intermediárias e finais que compõem o Quadro 1, a seguir:

Quadro 1 - Categorias iniciais, intermediárias e finais, Sobral, Ceará, Brasil, 2018

CATEGORIAS INICIAIS	CATEGORIAS INTERMEDIÁRIAS	CATEGORIAS FINAIS
Mudanças na classificação de risco	Protocolo de Manchester e Classificação de risco	Classificação de risco: A utilização do protocolo de Manchester nas redes de atenção à saúde
Protocolo de Manchester		
Demanda		
Referência e Contrarreferência	Integração entre os pontos da rede	Redes de atenção à saúde: percepção dos profissionais de saúde
Redes de Atenção à Saúde		
Pontos da rede		
Organização		
Integração		

CATEGORIAS INICIAIS	CATEGORIAS INTERMEDIÁRIAS	CATEGORIAS FINAIS
Percepção dos profissionais	Percepção dos profissionais sobre as redes de atenção à saúde	
Perfil	Pactuações para melhoria da assistência	Desafios e Potencialidades da gestão para melhoria da qualidade da assistência
Pactuações		
Assistência		
Qualidade	Desafios e potencialidades da gestão	
Gestão		
Desafios		
Potencialidades		

As categorias iniciais foram as primeiras impressões obtidas e são importantes para se reconhecer o universo estudado, extraído a partir de trechos das falas dos participantes que foram transcritas das entrevistas e das Atas analisadas para estudo.

Ainda, como parte do processo, e, tomando-se por base a análise das entrevistas com os participantes da pesquisa, identificaram-se as seguintes categorias finais: classificação de risco: utilização do protocolo de Manchester, nas redes de atenção à saúde; redes de atenção à saúde: percepção dos profissionais de saúde; desafios e potencialidades da gestão para melhoria da qualidade da assistência. Os profissionais relataram suas percepções sobre as redes de atenção à saúde, e como o hospital, cenário deste estudo, realiza o serviço de referência e contrarreferência.

Redes de atenção à saúde: percepção dos profissionais de saúde

Diante do exposto, com o início das intervenções realizadas pelo grupo, os profissionais de saúde puderam notar grande diferença nos perfis de atendimento do serviço de urgência e emergência do HRN, tendo como demanda, pacientes necessitados de assistência hospitalar e os perfis bem definidos nos serviços de referência, facilitando e qualificando assim a atenção prestada ao usuário do sistema. Como pôde se verificar nas seguintes falas:

“[...] com relação aos níveis primários, secundários e terciários, há toda uma estrutura e território. Havendo um pacto para melhor fluxo para cada unidade, havendo regulação a nível estadual” (Part 1).

“Os atendimentos melhoraram devido à diminuição da demanda no serviço de urgência e emergência do hospital” (Part 7).

“[...] diminui os casos que seriam para atenção primária e secundária para o HRN. Além disso, houve um trabalho educativo de maior informatização da população” (Part 2).

Dessa maneira, a rede de referência e contrarreferência é um sistema que se desenvolve em quatro componentes que funcionam de maneira integrada: (1) sendo a APS que coordena a rede, que vincula a população; (2) atenção secundária, os ambulatorios especializados e os hospitais de média e alta complexidade; (3) os sistemas logísticos, regulação, transporte

sanitário, registro eletrônico em saúde; (4) e os de apoio, assistência farmacêutica, apoio diagnóstico terapêutico (MENDES, 2011).

4.3. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: A UTILIZAÇÃO DO PROTOCOLO DE MANCHESTER NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Silva *et al.*, (2014), afirmam que os serviços de emergência representam parcela importante da porta de entrada ao sistema de saúde, pois parte da população busca essas unidades para resolução de problemas de menor complexidade, ocasionando superlotação nesses serviços. Essa realidade está presente no cenário internacional e no Brasil. A partir das falas a seguir pôde se identificar tais afirmações:

“Após as pactuações feitas pelos gestores, eu pude notar que a qualidade da assistência melhorou bastante, pois antes havia a superlotação na classificação de risco, e “perdíamos” muito tempo triando o paciente de perfil de atenção básica ou secundária” (Part 4).

[...] todos os pacientes de classificações verdes e azuis são encaminhados para atenção básica. Além da organização de atendimento. Traumas SCMS, Clínicos HRN, Casos de baixa complexidade HDE, Cardíacos HC” (Part 9).

O sistema de referência e contrarreferência caracteriza-se por uma tentativa de organizar os serviços de forma a possibilitar o acesso pelas pessoas que procuram os serviços de saúde. De acordo com tal sistema, o usuário atendido na unidade básica, quando necessário, é “referenciado” (encaminhado) para uma unidade de maior complexidade, a fim de receber o atendimento de que necessita. Quando finalizado o atendimento dessa necessidade especializada, o mesmo deve ser “contrarreferenciado”, ou seja, o profissional deve encaminhar o usuário para a unidade de origem para que a continuidade do atendimento seja feita (ALVES *et al.*, 2015).

A referência e contrarreferência devem ser feitas em formulário próprio da Instituição, preenchido pelo profissional de nível superior responsável. Esse sistema vem, então, para otimizar o funcionamento do sistema de saúde, proporcionando ao usuário, adequado atendimento a partir do conhecimento pregresso do seu estado de saúde e tratamentos passados (FRATINI, 2008). Assim, um serviço de saúde informará ao outro a respeito dos procedimentos realizados e as possíveis condutas a serem seguidas.

Percebe-se que, apesar da existência de um sistema de referenciamento, os serviços de emergência estão cada vez mais superlotados, funcionando como porta de entrada do sistema de saúde, recebendo todos os tipos de pacientes desde os realmente graves até os casos mais simples, que poderiam e deveriam ser resolvidos na APS (FEIJÓ, 2013). Partindo desse

pressuposto, vê-se que o sistema de referência e contrarreferência deve funcionar de maneira hierarquizada, a fim de adequar o fluxo dos usuários aos níveis de complexidade de atendimento, tendo o setor primário como a porta de entrada no sistema e sucessivamente o secundário e terciário, quando necessário ao usuário. E, desta maneira, o paciente grave deve procurar como porta de entrada, o setor terciário, adequado ao seu estado de saúde (ALVES *et al.*, 2015).

Os profissionais participantes das entrevistas realizadas apresentaram suas percepções sobre as RAS e como o HRN realiza o serviço de referência e contrarreferência. Uma síntese dessas percepções foi apresentada na Figura 3.

Figura 3 - Nuvem de palavras segundo a síntese da percepção dos profissionais sobre as RAS, Sobral, Ceará, Brasil, 2018



Fonte: Própria

A nuvem demonstra em destaque, os termos complexidade e atenção, o que sugere a reflexão da predominância dos discursos, acerca das abordagens individuais e coletivas aos atendimentos que devem ser realizados na atenção terciária, tendo o HRN como cenário.

O desenvolvimento das Redes de Atenção à Saúde deve ser enfrentado como uma estratégia de reestruturação do sistema de saúde, tanto em relação à sua organização, quanto à qualidade e impacto da atenção prestada, consolidando o SUS como política pública voltada para a garantia de direitos constitucionais (DUBOW e BASTOS, 2013).

4.4. DESAFIOS DA GESTÃO PARA MELHORIA DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA

Um dos obstáculos existentes para a implantação efetiva do modelo em rede dos serviços assistenciais é a fragilidade no serviço de referência dos níveis de atenção primária e secundária, superlotando os hospitais terciários. Quando se faz o questionamento sobre o

conhecimento destes profissionais entrevistados em relação às RAS do município de Sobral e como se dá o serviço de referência e contrarreferência, eles citam:

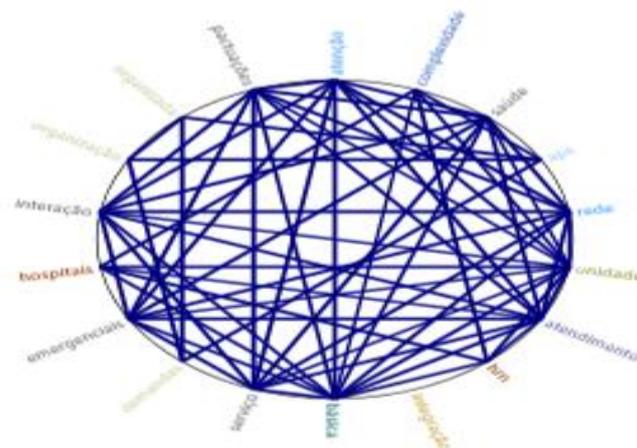
“[...] a Atenção Primária encaminha casos não emergenciais para o HRN por falta de médicos na unidade” (Part 3).”

“[...] ainda ocorre falha no sistema de referência e contrarreferência; Fluxos de atendimento para serviços ambulatoriais para emergência. Inadequação de encaminhamentos nas UBS para atendimentos de baixa complexidade; Ao meu ver existe uma lacuna entre a APS e Alta Complexidade, pois a APS está bem organizada e temos 3 grandes Hospitais (hospital A, B, C), porém, as UPAS (Unidades Mistas e Dr. Estevam) não estão organizadas para absorver as demandas de doenças agudas; isso sobrecarrega a APS e como não tem o adequado, encaminham para alta complexidade, também sobrecarregado; Assim, a APS não consegue atender as demandas de prevenção e promoção, enquanto a Alta Complexidade recebe todas as organizações (Part 8).”

Nesse contexto, nota-se que embora tenham tido melhorias significativas na utilização do serviço de urgência e emergência do hospital cenário do estudo, ainda existem algumas fragilidades citadas pelos profissionais. Evidencia-se, mais uma vez, a necessidade de uma atenção primária forte e estruturada, ou seja, que seja responsável pela coordenação do cuidado integral do usuário e exerça os papéis de ordenação e de porta de entrada prioritária nas redes de serviço à saúde.

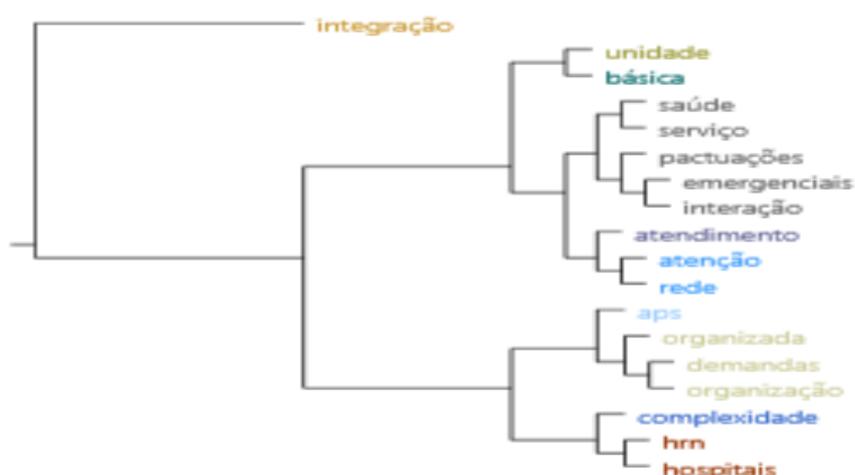
Com isso, foi realizada a análise de cluster (Figura 4) sob a percepção dos profissionais de saúde da classificação de risco do HRN, que é uma técnica estatística usada para classificar elementos em grupos, de uma forma em que elementos dentro de um mesmo cluster sejam muito parecidos, e elementos em *clusters* diferentes sejam distintos entre si. Diante disso, foi utilizado o dendograma para visualizar o processo de clusterização passo a passo, assim como analisar os níveis de distância dos *clusters* formados.

Figura 4 - Análise de *cluster*: redes de atenção sob a percepção dos profissionais de saúde, Sobral, Ceará, Brasil, 2018



Fonte: Própria

Figura 5 - Dendograma: redes de atenção sob a percepção dos profissionais de saúde, Sobral, Ceará, Brasil, 2018



Fonte: Própria.

4.5. IMPACTO DAS INTERVENÇÕES NOS ATENDIMENTOS

Os resultados da articulação foram percebidos na redução de casos do município de Sobral que procuraram a urgência/emergência do serviço e que foram classificados como verde, passando de 24,65% em 2015, ano das intervenções, para 14,34% em 2016 e 14,70% em 2017 como mostra no quadro 2 a seguir:

Quadro 2 – Classificação de risco do HRN relacionada aos habitantes do município de Sobral, Ceará entre os anos de 2015 à 2017, Sobral, Ceará, Brasil, 2018

2015	Vermelho	Laranja	Amarelo	Verde	Azul	Branco	Outros	Total
Sobral	0,46%	23,74%	45,69%	24,65%	0,98%	2,19%	2,26%	43883
2016	Vermelho	Laranja	Amarelo	Verde	Azul	Branco	Outros	Total
Sobral	0,40%	24,02%	54,42%	14,34%	1,27%	2,97%	2,45%	40429
2017	Vermelho	Laranja	Amarelo	Verde	Azul	Branco	Outros	Total
Sobral	0,41%	28,25%	50,18%	14,70%	1,07%	3,77%	1,50%	27779

Fonte: Dados do Núcleo de Gestão e Segurança do Paciente (NUGESP) do HRN.

Além disso, ressalta-se a grande diminuição do total de atendimentos. Notamos também que, embora as melhorias sejam perceptíveis nos indicadores da emergência da instituição estudada, ainda existem desafios. É necessária uma atenção primária forte e estruturada, responsável pela coordenação do cuidado integral do usuário e exerça os papéis de ordenação e de porta de entrada prioritária nas redes de serviço à saúde. Os usuários precisam também

melhor compreender a rede de serviços de saúde que se colocam ao seu dispor, reconhecendo os diferentes perfis a que se destinam os equipamentos de saúde.

O grupo de gestão municipal composto pelos coordenadores dos serviços de saúde da rede trouxe avanços e potencialidades com as intervenções realizadas. Entretanto, ainda se deve ter um maior acompanhamento das estratégias implantadas, ser mais presente e participativo com o serviço e com os profissionais de saúde, como também, realizar educação permanente para que os profissionais possam ter um aprendizado contínuo e facilitar a comunicação com os usuários.

Destaca-se como limitações do estudo, a disponibilidade dos profissionais coordenadores médicos da urgência e emergência adulto e pediátrico em participar das entrevistas, visto que em diversas tentativas de coleta, estes profissionais não se encontravam no cenário, ou estavam em processo de transição de coordenadores, entrando no critério de exclusão. Também se aponta como limitação o fato do estudo não ter sido realizado com os demais hospitais de nível terciário para melhor avaliação da rede.

Diante do exposto, para complementar estudos já existentes, sugere-se a realização estudos que avaliem a exequibilidade da RAS, no que diz respeito à atenção secundária e terciária, visto que durante a busca para elaboração deste estudo, se encontram muitas pesquisas relacionadas à atenção básica, como coordenadora da RAS e seus desafios e potencialidades, mas acabam esquecendo que para uma RAS funcionar de forma a proporcionar um cuidado integral ao usuário, de acordo com todas as suas necessidades, é necessário estudar todos os pontos da rede, como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, visando assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência. Contudo, os resultados e informações obtidos possibilitam novas discussões para a necessidade de pesquisas, como a visão dos usuários em relação à APS, como porta de entrada no sistema de saúde e sua resolutividade, visto que a procura pela assistência hospitalar é em relação a um atendimento mais rápido e com mais equipamentos de saúde, como também, as indicações e motivos que levam os profissionais da atenção primária e secundária a referenciar o usuário que teoricamente pode ser resolutivo nestes serviços, para que se possa analisar todos os pontos da rede, com isso, identificar onde estão ocorrendo as falhas no sistema de saúde em redes.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foram evidenciadas mudanças, a partir da criação do grupo de gestão hospitalar do município de Sobral. O sistema de saúde de Sobral ainda conta com uma rede de atenção à saúde em crescente evolução, com a implantação de novos equipamentos de saúde e protocolos que constantemente são implementados. Diante disso, torna-se imprescindível (re)pensar novos fluxos e circuitos dentro da rede de saúde, desenhados a partir dos movimentos reais dos usuários, de suas necessidades e da incorporação de novas tecnologias de trabalho e de gestão que consigam viabilizar a construção de um sistema de saúde mais humanizado e comprometido com a vida das pessoas, em busca da integralidade da atenção. Deste modo, o desafio maior é transformar o modelo tradicional de atenção (hospitalocêntrico, biologicista e médico-centrado) em um novo modelo que possibilite uma atenção contínua, integral, no qual os usuários sejam proativos perante sua condição de saúde. O objeto central deve ser a estruturação de fluxos de integração entre os diferentes níveis do sistema, seja no âmbito intrainstitucional ou interinstitucional, visando criar vínculos efetivos e de corresponsabilização com o usuário.

REFERÊNCIAS

- ALVES, M. L. F., GUEDES, H. M. , MARTINS, J. C. A. , CHIANCA, T. C. M. Rede de referência e contrarreferência para o atendimento de urgências em um município do interior de Minas Gerais – Brasil. **Revista Médica de Minas Gerais**. Vol. 25, n. 4, 2015. P. 469-475
- ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; COELHO, L.C.A. A Estratégia Saúde da Família e o SUS. In: ROUQUAYROL, M.Z; SILVA, M.G.C.S. **Epidemiologia&Saúde**. 7 ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. cap 31. p.601-621.
- ARRUDA, C. *et al.* Health care networks under the light of the complexity theory. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, v.19, n.1, p.169- 73, 2015. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150023>
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010, 281 p.
- BRASIL, Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- CARNEIRO, M. S. M.; MELO, D. M. S.; GOMES, J. M.; PINTO, F. J. M.; SILVA, M. G. C. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais

e usuários. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. especial. out., 2014 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0279.pdf> Acesso em 16 jan. 2016.

CODEIRO JUNIOR, W.; TORRES, B.L.B.; RAUSCH, M.C.P. Sistema manchester de classificação de risco: comparando modelos. **Grupo brasileiro de classificação de risco**, 2014. Disponível em: <http://gbc.org.br/downloads>. Acesso em: 19 jan. 2016.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford; 2003.

DONABEDIAN, A. The Methods and Findings of Quality Assessment and Monitoring: an Illustrated Analysis. Health Administration Press, Ann Arbor, MI. 1985.

DUBOW, C., BASTOS, S. Redes de atenção à saúde: um desafio para a gestão do SUS. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v.04, n. 03, 2013, p.908-21.

FEIJÓ, V.B.E.R. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: análise da demanda atendida no Pronto Socorro de um hospital escola [dissertação]. Londrina: Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da Universidade Estadual de Londrina; 2010. [Citado em 2013 out 23]. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/pos/saudecoletiva/mestrado/diss/113.pdf>.

FRATINI, J.R.G., SAUPE, R., MASSAROLI, A. Referência e contra Referência: contribuição para a integralidade em saúde. *Cienc Cuid Saúde*. 2008 jan/mar; 7(1): 65-72.

Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. **O Sistema Manchester de Classificação de Risco** [Internet]. Belo Horizonte; 2010. Disponível em: <http://www.gbc.org.br/>

KALICHMAN, A. O., AYRES, J. R. C. M., Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. *Cad. Saúde Pública* v. 32, n. 8, 2016. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00183415>

KOVACS, M.H.; FELICIANO, K.V.O.; SARINHO, S.W.; VERAS, A.A.C.A. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto socorro. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em 18 jan. 2016

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. 2ª ed. Brasília (DF): Organização Pan-Americana em Saúde; 2011.

SILVA, M.F.N., OLIVEIRA, G.N., PERGOLA-MARCONATO, A.M., MARCONATO, R.S., BARGAS, E.B., ARAUJO, I.E.M. Protocolo de avaliação e classificação de risco de pacientes em unidade de emergência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** mar.-abr. 2014;22(2):218-25

COMPORTAMENTO ALIMENTAR E ESTADO NUTRICIONAL DE UNIVERSITÁRIOS EM FORTALEZA – CE

DOI: 10.51859/AMPLA.SPT853.1122-8

Leidiane Monteiro Oliveira ¹

Viviane Ribeiro de Sousa ¹

Rafaella Maria Monteiro Sampaio ²

¹ Graduanda em Nutrição pelo Centro Universitário Estácio do Ceará.

² Nutricionista. Nutricionista. Doutora em Saúde Coletiva (UECE). Professora do Curso de Nutrição da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), do Centro Universitário Estácio do Ceará e do Centro Universitário Unichristus. Bolsista do Programa Pesquisa Produtividade da Estácio do Ceará.

1. INTRODUÇÃO

Adotar uma alimentação saudável, não é apenas questão de escolha individual. Diversos fatores (de natureza física, política, econômica, social ou cultural) estão relacionados, podendo influenciar de forma negativa ou positiva o padrão alimentar das pessoas. Outros fatores dificultam que esse padrão saudável seja adotado, como: o custo mais alto dos alimentos minimamente processados em comparação com os ultraprocessados, a necessidade de realizar refeições em locais que não oferecem opções saudáveis de alimentação e a publicidade de alimentos não saudáveis que estão sendo expostas com mais intensidade (BRASIL, 2014).

Considerando mudanças importantes no estilo de vida, os adultos jovens tendem a modificar negativamente sua maneira de se alimentar, diminuindo a variedade de alimentos, principalmente, o consumo de frutas e vegetais, além de estarem mais susceptíveis ao aumento da oferta e do acesso a alimentos ultraprocessados. Assim, os anos passados na universidade podem representar um período crítico, capaz de influenciar tanto a qualidade do estilo de vida e hábitos alimentares da vida adulta subsequente, quanto, a saúde dos indivíduos, a longo prazo (LUPI *et al.*, 2015).

Por sua vez, o estresse tem efeitos adversos diretos e indiretos sobre a saúde, e uma forma do estresse afetar a saúde é a influência de uma má alimentação. Na população em geral, parece haver uma relação da dieta sobre o humor e, independentemente do motivo subjacente do transtorno de humor, a maneira como nos alimentamos afeta a maneira como nos sentimos



ou vice-versa. A relação entre os alimentos e o humor, pode-se verificar no consumo de carboidratos e açúcares com o objetivo de aliviar o humor depressivo, e isso tem sido visto como parte do elo de desenvolvimento da obesidade (ANSARI; ADETUNJI; OSKROCHI, 2014).

Conhecer o comportamento alimentar e o estado nutricional dos estudantes universitários é primordial para que as intervenções possam ser direcionadas adequadamente a este grupo, de forma que possa favorecer para construção de um estilo de vida e hábitos alimentares mais saudáveis, possibilitando uma análise mais completa sobre a relação de riscos para o desenvolvimento de patologias e possíveis comprometimentos à saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Comportamento alimentar envolve todas as ações relacionadas ao ato de se alimentar (com quem comer, onde comer, o que comer e como comer), antes e na hora de ingerir os alimentos. Assim, o comportamento alimentar é definido pelas atitudes alimentares e estas são influenciadas por vários fatores como: emocionais, sociais, psicológicos, religião e todos os outros fatores internos e ambientais (FERREIRA *et al.*, 2018).

Atualmente, a escassez de tempo repercute na alimentação, onde as refeições têm que ser rápidas e práticas para se encaixar entre os horários sem prejudicar as atividades diárias, e esta alimentação tende a ser pobre em nutrientes. Além disso, observa-se que devido ao quadro de ansiedade e a vida estressante dos estudantes, a alimentação também funciona como um escape, que tende a levar essas pessoas a buscarem alimentos mais palatáveis, ricos em açúcares e gorduras, que possa proporcioná-las um momento de prazer. Assim, a rotina e o estado emocional têm o poder de condicionar o comportamento alimentar do estudante, o que pode ser preocupante, devido às más escolhas alimentares realizadas, seja por falta de tempo ou para compensar alguma situação que lhe afeta emocionalmente. Estas escolhas se tornando um hábito alimentar irá retratar no estado nutricional.

Informações sobre alimentação e nutrição estão sendo bastante disseminadas, entretanto, ainda existem falta de entendimento e conhecimento por parte da população, o que pode resultar em obesidade, doenças crônicas e no surgimento de carências nutricionais (FERREIRA *et al.*, 2018). Os dados da pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), realizada entre os anos de 2007 e 2017, liberada pelo Ministério da Saúde em 2018, evidenciaram que em todo o país a frequência de adultos obesos foi de 18,9%, sem diferença entre os sexos. No conjunto das 27 capitais, a frequência de excesso de peso foi de 54,0%, sendo maior entre homens (57,3%), do que entre mulheres (51,2%), praticamente a metade da população (BRASIL, 2018).

Dessa forma, objetivou-se por meio desse trabalho avaliar o comportamento alimentar e o estado nutricional de universitários na cidade de Fortaleza-CE.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal com abordagem descritiva e analítica, realizado no Centro Universitário Estácio do Ceará, localizado no município de Fortaleza, durante o mês de maio de 2019.

A população foi composta por estudantes universitários de ambos os sexos. A amostra, obtida por conveniência, envolveu 101 discentes dos cursos oferecidos pela Instituição. Utilizaram-se como critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos e estar matriculado na Instituição selecionada no turno da manhã, aceitar a participar da pesquisa e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Foram excluídos os idosos, as gestantes e nutrízes, bem como aqueles que possuíam alguma deficiência física e/ou mental.

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário e das medidas antropométricas. Para obter as informações acerca dos dados socioeconômicos e demográficos, utilizou-se um questionário semiestruturado contendo: nome, sexo, idade, estado civil, renda, curso e semestre. Para analisar o comportamento alimentar utilizou-se o Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (QHCA). O instrumento é composto por 33 itens, avaliados em uma escala do tipo Likert de 5 pontos (nunca, raramente, às vezes, frequentemente e muito frequentemente), distribuídos por três subescalas: restrição alimentar, ingestão externa e ingestão emocional (LEITÃO *et al.*, 2013). Após o preenchimento dos questionários, os participantes tiveram seu peso, altura e circunferência da cintura aferidos.

Para a obtenção do estado nutricional, foi realizada a avaliação nutricional pelo cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), utilizando-se o peso atual e a altura, sendo obtido pela relação peso usual (Kg)/[altura (m)]². A amostra foi estratificada conforme IMC real e classificada em classe 1 eutrófico ($18,5 \leq \text{IMC} < 24,9\text{kg/m}^2$), classe 2 sobrepeso ($25 \leq \text{IMC} < 29,9\text{kg/m}^2$) e classe 3 obesidade ($\text{IMC} > 30\text{kg/m}^2$) (KAKESHITA; ALMEIDA, 2008).

Para análise do QHCA foi obtida a pontuação de cada subescala. Quanto maior for a pontuação obtida em cada uma das escalas, mais expressivo é esse padrão ou estilo alimentar (LEITÃO *et al.*, 2013). Dessa forma, consideraram-se os escores parciais de cada domínio e o escore total, os quais foram apresentados em médias e desvio padrão. Classificou-se cada domínio em “Baixo Comportamento Alimentar”, aqueles com escores abaixo ou igual à média,

e em “Alto Comportamento Alimentar” aqueles com escores acima da média. Para o valor total do questionário, consideraram-se os valores abaixo da média para demonstrar a maior capacidade de controle alimentar (ALMEIDA *et al.*, 2001).

Para a tabulação dos dados foi utilizado o programa *Microsoft Excel*®, 2010, para a construção de tabelas, sendo realizada dupla digitação dos dados, como forma de detectar possíveis inconsistências na digitação. Para o processamento dos dados gerais foi utilizado o Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0.

Os dados univariados foram analisados de forma descritiva usando-se as frequências (absolutas e percentuais) e as medidas paramétricas (média e desvio padrão). Aplicou-se o Teste de Kolmogorov-Smirnov para verificar a normalidade das variáveis numéricas e o Teste t-Student para verificar a significância estatística das médias das subescalas dos grupos. Além disso, foi aplicado o Teste do Qui-quadrado de Pearson, para verificar associação entre as variáveis categóricas com o sexo. Para o resultado ser considerado significativo, foi adotado como nível de significância os valores de $p < 0,05$.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo comitê de ética do Centro Universitário Estácio do Ceará (Parecer nº 2.249.963 e CAAE 67829017.7.0000.5038), via Plataforma Brasil, estando de acordo as normas propostas pela resolução de número 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, respeitando a integridade e dignidade dos participantes da pesquisa.

3. RESULTADOS

Foram avaliados 101 acadêmicos, sendo a maioria: sexo feminino ($n=68$; 67,3%), com idade ≤ 22 anos ($n=60$; 59,4%), solteiros ($n=88$; 87,1%), com renda ≤ 2 salários mínimos, ($n=84$; 83,2%) e pertencente aos cursos da área da saúde ($n=75$; 74,3%). Verificou-se diferença significativa entre os sexos, para as variáveis: Curso ($p < 0,001$) e restrição Alimentar ($p = 0,007$). Analisando os dados antropométricos, de acordo com o IMC, foi visto que a maioria: encontrava-se sem excesso de peso ($n=66$; 65,3%) e em relação à circunferência da cintura ($n=78$; 77,2%) não apresentavam risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Ao analisar o comportamento alimentar, as mulheres apresentaram um maior comportamento restritivo ($n=40$; 80,0%) e emocional ($n=35$; 77,8%) em relação aos homens, sendo estas diferenças significativas ($p = 0,007$ e $p = 0,045$). Na ingestão externa foi observado um alto comportamento ($n=54$; 53,5%), sendo que as mulheres apresentaram uma maior prevalência ($n=38$; 70,4%) para um maior comportamento de ingestão externa em relação aos homens ($n=16$; 29,6%). Observando-se o comportamento alimentar geral (total do QHCA), quanto mais

elevada é a pontuação obtida, pior é o comportamento alimentar, portanto, foi verificado que a maioria (n=40; 80,0%) das mulheres apresentou uma pontuação mais elevada em relação aos homens, com diferença estatística significativa (p=0,007) entre os sexos (Tabela 1).

Tabela 1

	Total		Masculino		Feminino		p
	N	%	N	%	N	%	
Idade							
≤ 22 anos	60	59,4	17	28,3	43	71,7	0,261
> 22 anos	41	40,6	16	39,0	25	61,0	
Estado Civil							
Solteiro	88	87,1	31	35,2	57	64,8	0,154
Casado	13	12,9	02	15,4	11	84,6	
Renda							
≤ 2 salários mín	84	83,2	30	35,7	54	64,3	0,147
> 2 salários mín	17	16,8	03	17,6	14	82,4	
Curso							
Saúde	75	74,3	13	17,3	62	82,7	≤0,001
Não saúde	26	25,7	20	76,9	06	23,1	
IMC							
Com excesso peso	35	34,7	09	25,7	26	74,3	0,278
Sem excesso peso	66	65,3	24	36,4	42	63,6	
CC							
Com risco	23	22,8	06	26,1	17	73,9	0,443
Sem risco	78	77,2	27	34,6	51	65,4	
Restrição Alimentar							
Baixa restrição	51	50,5	23	45,1	28	54,9	0,007
Alta restrição	50	49,5	10	20,0	40	80,0	
Ingestão emocional							
Baixo Comportamento	56	55,4	23	41,1	33	58,9	0,045
Alto Comportamento	45	44,6	10	22,2	35	77,8	
Ingestão Externa							
Baixo Comportamento	47	46,5	17	36,2	30	63,8	0,485
Alto Comportamento	54	53,5	16	29,6	38	70,4	
Total QHCA							
Baixo Comportamento	51	50,5	23	45,1	28	54,9	0,007
Alto Comportamento	50	49,5	10	20,0	40	80,0	

Fonte: elaborado pelas autoras

Comparando-se os dados antropométricos e o comportamento alimentar, de acordo com o sexo, verificou-se que: o Índice de Massa Corporal não apresentou uma diferença estatística significativa (p=0,878) entre as médias encontradas para o sexo masculino (24,3±4,3) e feminino (24,2±4,8). Entretanto, houve uma diferença significativa (p=0,004), em relação à circunferência da cintura, sendo maior no sexo masculino (81,2±9,4) em relação ao feminino (74,9±10,2). Ao comparar os tipos de comportamento alimentar, as mulheres apresentaram um maior comportamento restritivo (24,7±9,0), emocional (31,0±12,0), externo (32,7±4,9) e geral (88,4±16,3) em relação aos homens, sendo as diferenças estatisticamente significativas para o

comportamento emocional ($p=0,045$), ingestão externa ($p=0,047$) e comportamento geral ($p=0,013$) (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos valores resultantes da avaliação antropométrica e do Comportamento Alimentar. Fortaleza, Ceará, 2019.

	Masculino	Feminino	p*
	Média ± desvio padrão	Média ± desvio padrão	
IMC	24,3 ± 4,3	24,2 ± 4,8	0,878
CC	81,2 ± 9,4	74,9 ± 10,2	0,004
Restrição alimentar	21,6 ± 8,2	24,7 ± 9,0	0,102
Ingestão emocional	25,9 ± 11,4	31,0 ± 12,0	0,045
Ingestão externa	31,9 ± 5,2	32,7 ± 4,9	0,047
Total QHCA	79,4 ± 16,6	88,4 ± 16,3	0,013

Fonte: elaborado pelas autoras

4. DISCUSSÃO

O presente estudo revelou que a maioria dos universitários não apresenta excesso de peso. No entanto, dentre os que apresentaram excesso de peso, a maior prevalência foi observada nos estudantes do sexo feminino. Em relação a medida da circunferência da cintura foi verificado que a maioria não apresentava essa medida como fator de risco para doenças cardiovasculares, entretanto, do mesmo modo que o resultado do IMC as mulheres tiveram um maior percentual de risco. Posto isto, é possível constatar que o sexo masculino possui um melhor estado nutricional em relação ao sexo feminino. Além disso, quanto ao comportamento alimentar, as mulheres apresentaram um alto comportamento nas três categorias (restrição alimentar, na ingestão emocional e na ingestão externa).

Em relação ao estado nutricional, Maninglia *et al.* (2018), encontrou que 48,8% dos estudantes de Enfermagem estavam com excesso de peso; tal fato foi divergente com a presente pesquisa, na qual a maioria não apresentava excesso de peso (65,3%) e não apresentou diferença estatística significativa ($p=0,278$) em relação ao IMC com o sexo; possivelmente, essa desigualdade é devido à diferença dos participantes da amostra, onde Maninglia *et al.*, (2018), buscou avaliar apenas os estudantes do curso de Enfermagem, diferente do estudo vigente, que teve como composição da amostra, diversos cursos, onde os participantes tinham um estilo de vida e hábitos alimentares diferentes.

Muitas pesquisas que têm como propósito analisar o comportamento alimentar e estado nutricional abordam indivíduos adultos, de ambos os sexos, e universitários como população para o seu estudo. Tal fato pode ser observado em estudo semelhante realizado em Minas

Gerais, com universitários, com idade entre 18 e 30 anos (PENAFORTE; MATTA; JAPUR, 2016). Outro estudo realizado no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará (IFCE), com uma amostra de universitárias do curso de Nutrição foram observadas médias de 23 ± 4 anos, valores semelhantes ao presente estudo (MAIA *et al.*, 2018). A pesquisa aqui documentada obteve um maior percentual de universitários com idade de até 22 anos, no entanto, não ficou evidenciado diferença estatística significativa ($p=0,261$) entre os sexos. Essa procura por esse tipo de público se dá pelo fato de este ser um período crítico, onde ocorre muitas mudanças na rotina o que conseqüentemente vai influenciar os hábitos alimentares destes indivíduos.

Em uma universidade de Minas Gerais foi realizado um estudo associando o estresse e o comportamento alimentar dos universitários, tendo sido avaliados 30 estudantes. Quanto aos dados antropométricos obtidos, o peso e IMC médios encontrados foram de $60,8 \pm 12,9$ kg e $22,7 \pm 4,4$ kg/m², respectivamente, não foram observadas diferenças significativas para estes parâmetros ($p=0,71$) (PENAFORTE; MATTA; JAPUR, 2016), este fato corroborou com a presente pesquisa, onde o Índice de Massa Corporal não apresentou uma diferença estatística significativa entre o sexo masculino e feminino ($p=0,878$), inferindo que apesar de haver diferenças no estado nutricional entre os sexos encontradas nesses estudos, essas diferenças não possuem importância estatística significativa.

Por outro lado, uma pesquisa composta por 52 universitárias do curso de Nutrição com médias \pm desvio padrão para IMC de $23,39 \pm 4,01$ kg/m² encontrou um resultado de importância significativa ao se tratar de insatisfação com o corpo, seja por magreza ($p=0,025$) ou por excesso de peso ($p<0,001$) (MAIA *et al.*, 2018). Assim como neste estudo foi encontrado um IMC médio dentro do intervalo de eutrofia, constatando que apesar de que se espera encontrar um estado nutricional inadequado nesses estudantes, a média geral se mantém em adequação.

Independentemente de o indivíduo apresentar sobrepeso ou obesidade, a gordura localizada na região abdominal exerce um grande impacto para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, por associar-se com grande frequência a condições tais como dislipidemias e diabetes, que contribuem para o desenvolvimento de eventos coronarianos, sendo assim, a medida da circunferência da cintura serve como um importante indicador do estado nutricional e de saúde, além de ser de fácil aplicabilidade e baixo custo (ARAÚJO *et al.*, 2016).

Uma pesquisa realizada na cidade de Salvador-BA que buscou analisar o risco cardiovascular em universitários do sexo feminino do curso de Nutrição, em uma amostra de 100 pessoas, evidenciou que 37% estavam com a circunferência da cintura acima de 80 cm,

demonstrando um fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (REZENDE; TOLEDO; SILVA, 2015), sendo um percentual menor do que o encontrado na atual pesquisa, onde 73,9% das participantes do sexo feminino apresentava circunferência da cintura acima de 80 cm. Elucidando que com uma amostra de estudantes apenas do curso de Nutrição se espera que as mesmas tenham um maior cuidado em relação a estes fatores de riscos, pois estas detêm um maior conhecimento a respeito das associações da alimentação e o estado nutricional com os comprometimentos à saúde.

Sob outra perspectiva, um estudo realizado com 54 operadores de *telemarketing*, de ambos os sexos e com idade média de 37 anos, teve como resultado que 68% da amostra apresentavam a circunferência da cintura aumentada (VIANA *et al.*, 2018), tendo uma discrepância dos resultados encontrados na pesquisa aqui apresentada, onde apenas 22,8% de toda a amostra, incluindo homens e mulheres, apresentavam a CC como um fator de risco para doenças cardiovasculares, com diferença significativa entre os sexos ($p=0,004$). Uma forma de interpretar a diferenças destes resultados, é analisar a própria idade dos participantes da amostra, onde os operadores são mais velhos, já que a idade média dos estudantes foi de 23 anos, haja vista que os mais jovens têm uma maior preocupação com o corpo de forma estética e com os padrões de beleza, além disto a função destes operadores de *telemarketing* também corrobora para uma vida sedentária, onde estes passam diversas horas do dia sentados.

No estudo de Carvalho *et al.*, (2016), realizado com jovens adultos de 18 a 35 anos de idade, no qual utilizou o instrumento EAT-26 para avaliar o comportamento alimentar relacionado aos transtornos alimentares, foi visto que o comportamento alimentar inadequado positivo é maior no sexo feminino ($n=144$; 57,17%) e menor no sexo masculino ($n=61$; 21,25%). Resultados semelhantes ao presente estudo, em que as mulheres também apresentaram um pior comportamento geral. E isso pode ser resultado de que as mulheres têm menos controle em relação ao seu comportamento alimentar.

Segundo Vale *et al.*, (2011), os adolescentes estão estabelecendo uma preocupação com peso e com a forma do corpo, o que aparenta está gerando um quadro de adoecimento comportamental e somático, levando a várias repercussões. O ato de comer e depois restringir a alimentação se tornam estratégias danosas para enfrentar situações de conflitos e os estados emocionais aversivos consequentes.

Na avaliação do comportamento alimentar pelo QHCA, foi observado que as mulheres apresentaram um comportamento de restrição maior do que os homens, resultado semelhante também foi encontrado no estudo de Ferreira *et al.*, (2018), realizado com docentes de um centro universitário, no qual as mulheres ($31,3 \pm 8,0$) apresentaram um comportamento de

restrição maior em comparação aos homens ($27,5 \pm 5,5$), sendo esse resultado significativo ($p=0,05$). Em discordância, na pesquisa de Albergaria *et al.*, (2018), em adultos com obesidade e idade média de 42 anos, não foi verificada diferenças entre os gêneros com relação ao comportamento de restrição alimentar ($p=0,220$). A diferença de resultados deve ter sido pelo fato de que os jovens estão mais preocupados com a imagem corporal, com o peso e por serem em sua maioria universitários, com uma rotina cansativa e acelerada, que leva a determinados comportamentos alimentares.

Vieira *et al.*, (2018), relata que indivíduos que apresentam um comportamento restritivo em relação aos alimentos fundamentado excessivamente na preocupação com o peso e na insatisfação com o corpo, costumam limitar a ingestão de alimentos, independente da fome que está sentindo, à custa de grande esforço. Possivelmente, para esses indivíduos o ato de restringir pode causar um sentimento de alívio sobre determinado comportamento de compulsão que traz consequentemente um sentimento de culpa.

O alimento ocupa um papel na vida das pessoas que vai além da dimensão nutricional. Nos casos de estresse, normalmente os alimentos são usados não para suprir necessidades fisiológicas e nutricionais, mas como busca de um conforto psicológico e como uma estratégia para modificar o temperamento e o humor (PENAFORTE; MATTA; JAPUR, 2016).

No presente estudo foi encontrado que as mulheres apresentam um alto comportamento de ingestão emocional e externa com diferença estatística significativa. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Raposo *et al.*, (2014), realizado com adolescentes de 15 a 22 anos de idade, onde o sexo feminino teve maior prevalência da ingestão emocional ($29,73 \pm 12,59$) e externa ($28,30 \pm 6,73$), entretanto, não foi encontrada diferença estatística importante entre os sexos para a ingestão externa ($p=0,454$). Segundo os autores, os comportamentos alimentares diferentes entre os gêneros podem ser associados ao fato das mulheres se sentirem mais pressionadas pelos padrões estéticos proposto no meio sociocultural em que se inserem.

No estudo de Penaforte *et al.*, (2016), realizado com estudantes, foi obtida correlação positiva entre o estresse e a alimentação emocional ($r=0,37$, $p=0,04$). Mostrando que em situações de estresse, os fatores emocionais determinam as escolhas alimentares, esses comportamentos funcionam como estratégias de enfrentamento e reversão desta emoção negativa.

Segundo Silva (2018), em sua pesquisa com indivíduos de 18 a 64 anos, verificou que a ingestão emocional entre homens ($1,9 \pm 0,6$) e mulheres ($2,4 \pm 1,0$) teve uma diferença significativa ($p<0001$), e na ingestão externa não foram encontradas diferenças importantes ($p=0,693$) nos homens ($2,9 \pm 0,6$) e mulheres ($2,8 \pm 0,7$). Discordando com o estudo em questão

apenas na ingestão externa. Segundo o autor em discussão, à medida, em que vai se tornando difícil identificar e expressar os sentimentos, maior se torna a ingestão alimentar provenientes das sensações externas (ver ou cheirar determinado alimento). Por outro lado, a dificuldade crescente em identificar os sentimentos, tende a aumentar a ingestão alimentar proveniente das emoções.

Este estudo pode ser expressivo, por ser o primeiro a identificar comportamento alimentar em estudantes universitários, associados ao estado nutricional. A comparação dos resultados da presente pesquisa com os de outras investigações deve ser feita com atenção, visto que não há artigos específicos para a população de universitários. Os resultados apresentados apontam para uma relação inadequada com o alimento e com o corpo, que pode ter consequências físicas e psíquicas e que deve ser considerada por profissionais de saúde e educadores para planejamento de estratégias de educação nutricional e programas de prevenção de transtornos alimentares. Destaca-se também a necessidade de mais estudos que correlacionem o consumo alimentar com o comportamento alimentar, especialmente em estudantes universitários, visto que, são poucos os estudos na literatura com esta abordagem.

Entre as limitações da investigação é preciso ressaltar que pelo fato de a coleta ter sido feita por conveniência, não houve uma proporção das quantidades de participantes do sexo feminino e masculino, assim também como não houve um equilíbrio na distribuição dos cursos das áreas da saúde e os que não eram da área da saúde.

5. CONCLUSÃO

Conclui-se que dentro do âmbito universitário as mulheres são mais propícias a prática de hábitos alimentares não saudáveis, o que pode acarretar comprometimentos à saúde, sejam eles físicos ou psicológicos.

Logo, seria de grande importância que as universidades intervissem de alguma maneira para tornar a passagem por este período mais tranquila e prazerosa e menos estressante, a fim de minimizar consequências danosas para o estado nutricional e saúde dos estudantes.

REFERÊNCIAS

ALBERGARIA, R.; PIMENTA, F.; GALVÃO, C.M.; LEAL, A.B.; GUILHERME, I.T.; MAROCO, J.; LEAL, I. Questionário holandês de comportamento alimentar: validação e exploração em adultos com obesidade. *Psicol Saúde & Doenças*, v.19, n.1, p.144-50, 2018.

- ALMEIDA, G.; APARECIDA, N.; LOUREIRO, S.R.; SANTOS, J.E. Obesidade mórbida em mulheres-estilos alimentares e qualidade de vida. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, v.51, n.4, p.359-65, 2001.
- ANSARI, W.E.; ADETUNJI, H.; OSKROCHI, R. Food and mental health: relationship between food and perceived stress and depressive symptoms among university students in the united kingdom. *Central Europ J Public health*, v.22, n.2, p.90-7, 2014.
- ARAÚJO, L.M.; BRASIL, E.C.L.; DANTAS, G.F.; LINS, P.R.M. Excesso de peso e risco cardiovascular em trabalhadores da construção civil. *BRASPEN J*, v.31, n.4, p.283-7, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- CARVALHO, P.H.B.; FREITAS, L.G.; FERREIRA, M.E.C. Comparação social, insatisfação corporal e comportamento alimentar em jovens adultos. *Interação Psicol*, v.20, n.2, p.219-25, 2016.
- FERREIRA, P.D.A.A.; SAMPAIO, R.M.M.; MONTENEGRO, A.C.C.; MONTEIRO, T.F.; PINTO, F.J.M.; ARRUDA, S.P.M. Caracterização do comportamento alimentar e estado nutricional de adultos. *Motricidade*, v.14, n.1, p.252-8, 2018.
- KAKESHITA, I.S.; ALMEIDA, S.S. Estudo da relação entre o índice de massa corporal e o comportamento alimentar de adultos. *Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr.= J. Brazilian Soc. Food Nutr*, v.33, n.1, p.21-30, 2008.
- LEITÃO, M.; HERÉDIA, T.; PIMENTA, F.; LEAL, I. Comportamento alimentar, compulsão alimentar, história de peso e estilo de vida: diferenças entre pessoas com obesidade e com uma perda de peso bem-sucedida. *Braz J Food & Nutrition / Alimentos e Nutrição*, v.24, n.4, p.393-401, 2013.
- LUPI, S.; BAGORDO, F.; STEFANATI, A.; GRASSI, T.; PICCINNI, L.; BERGAMINI, M.; DONNO, A. Assessment of lifestyle and eating habits among undergraduate students in northern Italy. *Ann Ist Super Sanità*, v.51, n.2, p.154-61, 2015.
- MAIA, R.G.L.; FIORIO, B.C.; ALMEIDA, J.Z.; SILVA, F.R. Estado nutricional e transtornos do comportamento alimentar em estudantes do curso de graduação em nutrição do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia, Ceará, Brasil. *Rev Demetra: alimentação, nutrição & saúde*, v.13, n.1, p.135-45, 2018.
- MANINGLIA, F.P.; SANTOS, D.M.; OLIVEIRA, F.C.M.; RIBEIRO, J.C. Avaliação do consumo alimentar e estado nutricional de graduandos em enfermagem. *Rev Inter Estudos em Saúde*, v.7, n.2, p.51-9, 2018.
- OLIVEIRA, J.S.; SANTOS, D.O.; RODRIGUES, S.J.M.; OLIVEIRA, C.C.; SOUZA, A.L.C. Avaliação do perfil sociodemográfico, nutricional e alimentar de estudantes de nutrição de uma universidade pública em Lagarto-SE. *Rev Assoc Bras Nutr*, v.8, n.2, p.37-42, 2017.

- PENAFORTE, F.R.O.; MATTA, N.C.; JAPUR, C.C. Associação entre estresse e comportamento alimentar em estudantes universitários. *Rev Demetra: alimentação, nutrição & saúde*, v.11, n.1, p.225-37, 2016.
- RAPOSO, J.V.; TEIXEIRA, C.M.; PINTO, A.F.; PEREIRA, C.A.; FERNANDES, M.G.; PINTO, M. Atividade física, satisfação com a imagem corporal e comportamentos alimentares em adolescentes. *RPCD*, v.14, n.3, p.15-32, 2014.
- REZENDE, I.F.B.; TOLEDO, D.V.C.; SILVA, L.R. Distribuição de gordura corporal da região superior do corpo e dos fatores sociais de risco cardiovascular em estudantes do curso de nutrição em Salvador/BA. *Rev Ciênc Méd Biol*, v.14, n.3, p.355-9, 2015.
- SILVA, T.P.P. Relação entre alexitimia e ingestão externa e emocional. (Dissertação de mestrado em nutrição clínica). Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto. 2018.
- VALE, A.M.O.; KERR, L.R.S.; BOSI, M.L.M. Comportamentos de risco para transtornos do comportamento alimentar entre adolescentes do sexo feminino de diferentes estratos sociais do Nordeste do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*, v.16, n.1, p.121-32, 2011.
- VIANA, N.P.; BARBOSA, A.S.; SANTOS, M.S.; RUSTICHELLI, B.G.; DENELLE, D.; NACIF, M. Estado nutricional e risco de doença cardiovascular em operadores de tele atendimento. *Rev Bras Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, v.12, n.70, p.239, 2018.
- VIEIRA, R.I.S.F.M.; KOFFKE, M.; VARGAS, D.M.V.; AZEVEDO, L.C. Estilo alimentar e prática de atividade física de adolescentes com excesso de peso. *Rev Bras Obesidade, Nutr Emagrecimento*, v.12, n.74, p.745-55, 2018.

COMPORTAMENTO DESTRUTIVO EM CENTRO CIRÚRGICO: PERCEPÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

DOI: 10.51859/AMPLA.SPT853.1122-9

Angeline Paiva do Nascimento ¹
Adriano da Costa Belarmino ²
Maria Eunice Nogueira Galeno Rodrigues ³
Larissa Alves Cunha ⁴
Mardenia Gomes Vasconcelos Pitombeira ⁵
Antonio Rodrigues Ferreira Junior ⁶

¹ Enfermeira. Centro Universitário INTA. Sobral-CE, Brasil.

² Enfermeiro. Mestre em Saúde Coletiva. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza-CE, Brasil

³ Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza-CE, Brasil.

⁴ Enfermeira. Mestre em Hebiatria. Centro Universitário INTA. Fortaleza-CE, Brasil

⁵ Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza-CE, Brasil

⁶ Enfermeiro. Doutor em saúde Coletiva. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza-CE, Brasil.

1. INTRODUÇÃO

O comportamento destrutivo ou antiprofissional configura-se em práticas desrespeitosas efetuadas em ambiente de atuação, manifestando-se como incivildade, violência psicológica e violência física/sexual. Articula-se o comportamento humano, processos de trabalho em saúde e segurança do paciente, tendo grande visibilidade na atualidade (MOREIRA *et al.*, 2019).

Impactos observados são decorrentes de aspectos intrapessoais, organizacionais e interprofissionais, com consequências para: trabalhador, equipe de saúde, paciente e organização de saúde. Destacam-se: sofrimento moral e psíquico, rompimento da comunicação, colaboração e do trabalho em equipe, hostilidade no ambiente de trabalho, comprometimento da segurança do paciente, insatisfação e impacto na dinâmica e cultura organizacional (CARDOSO e MORGADO 2019).

Um dos espaços de construção do cuidado e de ações sociais em saúde, o ambiente cirúrgico configura-se como ambiência que exige contínuo aprimoramento técnico profissional e comunicação intraequipe. São fatores anticlimáticos e não harmônicos os principais potencializadores e causadores de incidentes e eventos adversos ao paciente, no centro

cirúrgico. Destarte, outros fatores como, fadiga, comunicação ineficaz, inexperiência, desatenção e imprudência no desempenho das atividades contribuem para perda de qualidade assistencial (CARDOSO e MORGADO 2019).

No entanto, ocorre a fragilização nos valores, atitudes e modelos comportamentais que determinam a segurança no desenvolvimento dos processos de trabalho e na assistência em organizações de saúde, destacando-se as características subjetivas do trabalhador e o fator humano envolvido diretamente na ocorrência de eventos adversos e erros no desempenho das atividades em saúde (BOHOMOL & MELO, 2019).

Diante disso, a dinâmica de trabalho aliada ao relacionamento dentro da equipe de saúde entre os componentes atuantes no centro cirúrgico deve ocorrer de modo harmonioso, integrado, com capacidade e precisão, considerando-se o ambiente cirúrgico ser repleto de situações e expectativas variadas, além de propiciar desgaste físico e mental aos profissionais, devido à ambiência fechada, de risco, normativo e rotineiro que restringe a integração social (GUTIERRES *et al.*, 2018).

O trabalho em saúde envolve múltiplos fatores que convergem para efetivação do cuidado, como elemento central da realização de complexas ações, práticas e pensamentos. Neste contexto, em que fervilham ideias, preconceções e crenças, as atividades vivenciadas, efetuadas e reinventadas pela atividade profissional carregam simbolismos que são importantes para propiciar manutenção de climas positivos à efetuação das ações de saúde (ACIOLE & PEDRO, 2019).

O relacionamento na equipe é elemento intrínseco que se associa aos melhores ou piores resultados na atenção ao paciente, nas organizações de saúde e especialmente, no ambiente do centro cirúrgico, como ambiente carregado de significados, valores e visões de mundo atual. A compreensão da produção do cuidado e trabalho em saúde é também fenômeno relevante para compreensão dos mecanismos que conduzem a comportamentos destrutivos neste espaço de vida (MOREIRA *et al.*, 2019; CARDOSO e MORGADO 2019; BOHOMOL & MELO, 2018; GUTIERRES *et al.*, 2018; ACIOLE & PEDRO, 2019).

Nesta perspectiva, a comunicação afetiva contribui para construção de relações dentro da equipe de saúde que promovem fatores positivos para seu desenvolvimento como harmonia, confiança, comprometimento e colaboração. São premissas importantes para evolução de equipes de saúde para interprofissionais, atingir metas de atenção e qualidade no cuidado ao paciente (WILLASSEN, JACOBSEN & TVEITEN, 2018; MILTONA *et al.*, 2020).

Comportamentos que afetam negativamente a assistência ao paciente, como explosões de raiva, retaliações contra um colega de trabalho e comentários que enfraquecem a

autoconfiança do profissional de saúde na assistência ao paciente são fatores que impactam tanto quanto a competência técnica e profissional para realização da assistência em saúde (CARDOSO e MORGADO 2019).

Na esteira de importantes questões da atualidade, como a segurança cirúrgica e clima organizacional, pesquisas vêm sendo desenvolvidas mundialmente objetivando avaliar o clima de segurança, relacionamento na equipe e impactos no cuidado desenvolvido nos serviços de saúde. No entanto, ainda se percebe nacionalmente e internacionalmente, necessidade de maiores estudos envolvendo a temáticas dos comportamentos destrutivos, especialmente, em centros cirúrgicos (WILLASSEN, JACOBSEN & TVEITEN, 2018; MILTONA *et al.*, 2020).

Diante do exposto, surgiu o seguinte questionamento norteador: qual a reação dos profissionais de Enfermagem do centro cirúrgico diante do comportamento destrutivo dentro da equipe de saúde?

Assim, o despertar para a temática surgiu paulatinamente, relacionado principalmente, à carência de estudos na área abordada, da necessidade de aprofundamento da temática acerca do comportamento destrutivo e dos prováveis impactos na interação da equipe de saúde e segurança dos pacientes.

É importante compreender as implicações profissionais diante dos conflitos vivenciados diariamente, assim como reconhecer qual o impacto das relações conflituosas na vida do profissional e a importância da boa relação no trabalho no cotidiano da equipe como diretriz da segurança em saúde para qualidade do cuidado ao paciente cirúrgico. Além disso, pode contribuir para modificações nas áreas assistenciais e de políticas públicas em saúde, voltadas à segurança ocupacional.

Assim, o estudo teve como objetivo descrever a percepção da equipe de Enfermagem acerca do comportamento destrutivo no centro cirúrgico.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo com foco etnográfico, do tipo qualitativo e descritivo.

A etnografia possibilita acessar o universo social e cultural de indivíduos e coletividades em inúmeras formas de pesquisas, através de encontros e aberturas do universo pesquisado (MORAES & PEREIRA, 2020).

A pesquisa foi realizada com a equipe de Enfermagem, que atua no centro cirúrgico, de um hospital de alta complexidade, no interior do estado do Ceará, que atende municípios que formam a macrorregião norte do estado do Ceará. Funciona no referido hospital dois centros

cirúrgicos, um centro cirúrgico para procedimentos gerais (CC) e um centro cirúrgico destinado a procedimentos gineco-obstétricos (CCO).

Para a coleta de informações dos grupos de enfermeiros foram empregadas três etapas. A fase de campo foi realizada com a inserção nos dois locais de estudo, por meio de observações da dinâmica setorial e profissional da equipe de saúde, efetuação de entrevista em profundidade com os componentes da equipe de Enfermagem dos dois setores e anotações em diário de campo. A seleção dos participantes foi convencional (MINAYO, 2014). A inserção objetivou conhecer o ambiente físico, afetivo e cultural dos profissionais da Enfermagem que realizam atividades de cuidado em centro cirúrgico geral e obstétrico.

Após aprovação do estudo no Comitê de Ética e Pesquisa e do Centro de Estudos da instituição de saúde, foi pactuado juntamente a coordenação de médica e de Enfermagem dos dois setores os dias e horários que o pesquisador adentraria os setores. Dias de segunda a quinta foram adotados e horários de manhã e tarde para adentrar os ambientes.

Os profissionais foram previamente informados da pesquisa, antes da inserção do pesquisador, tendo a observação como método para obtenção de informações das dinâmicas socioculturais envolvidas no processo de trabalho em centro cirúrgico. Observou-se a partir de roteiro construído, condutas relacionadas ao comportamento destrutivo como: manifestar conduta anti-ética antiético; recusar a realização de tarefas ou na cooperação nas atividades atribuídas; efetuar uma gestão autoritária e punitiva; humilhar publicamente colega de trabalho; intimidar e excluir intencionalmente outros do grupo; usar força ou poder para gerenciar; usar linguagem grosseira/rude; reter informações para prejudicar colegas; descumprir normas e rotinas institucionais; gritar com outras pessoas; mostrar agressão física (agarrar, bater, jogar, empurrar).

Na fase de entrevista foi empregado o modelo aberto e em profundidade, trabalhado com 25 profissionais de Enfermagem, sendo 10 técnicos e 15 enfermeiros. Empregaram-se como critérios de inclusão: atores de saúde atuantes no centro cirúrgico, e como critérios de exclusão: profissionais atuantes em outros setores e de férias, licença ou afastamento. Para essa fase foi empregado questionário semiestruturado (MINAYO, 2014), dividido em 2 partes: I- perfil **sociodemográfico** e profissional dos entrevistados; Parte II- dados que correspondem ao objeto em estudo. As seguintes perguntas foram utilizadas para aprofundamento do tema: “Você foi submetido (a) a algum comportamento destrutivo”? Fale como aconteceu”?; “Qual a importância das relações interpessoais no processo de trabalho da equipe de enfermagem”?; Quais as principais consequências do comportamento destrutivo no dia a dia do profissional de Enfermagem”? e “Como se dá a relação do profissional de Enfermagem com o paciente diante

de comportamentos destrutivos no serviço”? Você acha que o paciente pode sofrer consequências como resultado de comportamentos destrutivos”?

Previamente à fase da entrevista, explicaram-se as propostas e objetivos da pesquisa aos participantes, assim como, o conceito de comportamento destrutivo, a fim de estabelecer um elo entre o entrevistador e os profissionais entrevistados. O momento da coleta de dados foi planejado com os participantes nos seguintes aspectos: melhor horário e ambiente reservado indicado pelo respondente nos dias pactuados com a coordenação do setor. Procurou-se minimizar ao máximo o constrangimento por parte do profissional, assim como, prejuízos ao fluxo e a rotina do serviço. A aplicação do instrumento não teve tempo delimitado, objetivando aprofundar a temática e as questões objeto do estudo, sendo efetuada gravação dos depoimentos através de gravador digital. Ao final, as entrevistas tiveram uma média de 38 minutos. Para preservação da identidade dos profissionais da equipe de Enfermagem foi empregado código alfanumérico, sendo denominados pelas letras T para técnico e E para enfermeiro seguidos por numerais organizados sequencialmente. As transcrições foram efetuadas consecutivamente de duas em duas por dois pesquisadores (APN e LCA).

O período da fase de observação do fenômeno efetuou-se em 2017, nos períodos diurnos e noturnos, em dias alternados, utilizando como critérios observacionais: passividade e não interação física ou verbal com os componentes profissionais conforme princípios trabalhados por Malinowski, Gold e Cicourel (MINAYO, 2014). Para esse fim, foi elaborado roteiro específico adaptado abordando condutas e atitudes consideradas destrutivas no ambiente. Efetuaram-se notas observacionais sobre os eventos vivenciados por meio da visão e escuta do pesquisador, tendo-se o propósito de observar quem, o quê, onde e como se deu tal fenômeno observado (MINAYO, 2014). Através do modelo de observação, identificaram-se as situações mais vivenciadas no ambiente de trabalho, destacando aquelas que mais se repetiram no dia a dia, as quais foram apresentadas descritivamente. Os discursos provenientes da entrevista foram analisados por meio de Análise Hermenêutica de Gadamer, como método de organização e compreensão dos aspectos socioculturais relativos ao fenômeno do comportamento destrutivo na equipe de centro cirúrgico. Pautando-se na dialética, Gadamer reflete os construtos dos modelos de saúde e doença, tanto na dimensão da experiência como psicossocial (GADAMER, 2008).

O estudo atendeu-se aos princípios éticos e legais da pesquisa com seres humanos conforme a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, sendo provado pelo comitê de ética em pesquisa do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH), com parecer nº 2.359.361 (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2012).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram organizados em três momentos: dados sócio-ocupacionais dos profissionais de Enfermagem; notas observacionais vivenciadas durante o período no serviço de saúde, e análise dos discursos das entrevistas, dividido em duas temáticas que derivaram dos depoimentos: o sentimento da equipe de Enfermagem diante do comportamento destrutivo e o comportamento influenciando negativamente na qualidade da saúde.

3.1. PERFIL SOCIOPROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Participaram do estudo 15 enfermeiros e 10 técnicos de Enfermagem. A maioria era do sexo feminino 15 (60%), idade de 28 a 33 anos 14 (56%), atuação de 3-4 anos 20 (80%), carga de trabalho de 36 horas semanais 15 (60%), único emprego 15 (60%) e tempo de últimas férias entre julho e agosto 15 (60%), especialização lato-sensu 14 (56%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Perfil socioprofissional da equipe de Enfermagem que atuam no centro cirúrgico de um Hospital do Interior do Ceará, 2017.

Características	Frequência	Percentual
Gênero (Masculino Feminino)	10 15	40% 60%
Idade 22-27 anos 28-33 anos 34-40 anos	6 14 5	24% 56% 20%
Experiência ECC 1 mês- 1 ano 1 ano- 2 anos 3 anos- 4 anos	3 2 20	12% 8% 80%
N de hs trabalhadas 36 horas 44 horas	15 10	60% 40%
N de empregos Sim Não	12 15	48% 60%
T das últimas férias janeiro-junho 2017 junho-novembro 2017	10 15	40% 60%
Grau de Titulação Técnico Graduação Especialização Mestrado	9 1 14 1	36% 4% 56% 4%
Total	25	100%

Fonte: Hospital do Interior do Ceará.: N: número; hs: horas; T: tempo

3.2. SENTIMENTOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DIANTE DO COMPORTAMENTO DESTRUTIVO

O centro cirúrgico é um espaço complexo de assistência, ensino e pesquisa, permeado por tecnologias e procedimentos relacionados ao processo de cuidar como cirurgias, medicações, usam de drogas anestésicas e aparelhos de monitorização (FERREIRA et al., 2019). Acerca das entrevistas, quando questionados sobre o fato de terem vivenciado algum tipo de comportamento destrutivo no trabalho, os participantes descreveram:

Sim. Infelizmente, a todo o momento se vive essa situação. Quando eu cheguei ao setor do centro cirúrgico acabei me deparando com vários momentos em que me senti coagido. Diversas situações desagradáveis, principalmente, por ser novo no setor, e por muitas vezes, você não saber agir, porque ainda estava se adaptando às normas e rotinas do serviço. Eu ficava triste, angustiado e desmotivado e esses sentimentos acabaram se tornando uma barreira para eu não conseguir realizar minhas atividades do dia a dia [...] (T 1).

Nos relatos há situações comprometedoras na interação e qualidade do cuidado cirúrgico, em que há visibilidade de comportamentos estressantes e que podem culminar em insegurança dos profissionais diretamente relacionados à prestação de cuidados e assistência:

Comportamento destrutivo eu já sofri. Um exemplo comum é diante de uma cirurgia em que o paciente sofre uma parada cardíaca, em que é muito comum evidenciar esse tipo de comportamento. Eu vejo esse comportamento como algo prejudicial para a equipe, e que sempre quando acaba esse momento de alta adrenalina tudo se apazigua; vejo também que isso não é algo de rotina, e sim algo que acontece apenas em momentos estressantes da equipe [...] (E 2).

Sentimentos de impotência, descaso e desesperança permearam os depoimentos, principalmente, diante da perspectiva de que não há modificações no quadro, e que repercute na interação dentro da equipe de saúde:

[...] Nessa situação me senti impotente por não poder fazer nada, pois o médico estava ali para tratar e a única coisa que eu poderia fazer era uma notificação e uma reclamação. Aí você percebe que situações como essas, a equipe sente-se impotente, pois mesmo eu fazendo a minha parte que foi comunicá-lo que a paciente estava com dor durante o procedimento cirúrgico nada foi resolvido, me deixando extremamente impotente juntamente com toda minha equipe. (E 1).

Situações no trabalho em saúde como temor, estresse, irritação diante de fenômenos como os descritos evidenciaram que os profissionais apresentam dificuldades especialmente, em lidar com fatores estressores, em efetuar comunicação dentro da equipe de saúde e trabalhar conflitos, repercutindo em níveis de ansiedade, tristeza e desmotivação no ambiente de trabalho. Além disso, relacionou-se também a abandono de empregos e mudança de funções dentro da área da saúde (TARTAGLIA et al., 2018).

Em relação às vivências de situações estressantes no trabalho, participantes descreveram alguns relatos considerados marcantes descritos abaixo:

Sim. Aconteceu durante uma cirurgia eletiva, que são cirurgias marcadas. O paciente antes do procedimento cirúrgico estava com picos hipertensivos, sendo adiada para o dia seguinte, só que o médico queria que trouxesse a paciente no momento dele, ou seja, sem a papelada correta [...] Após a cirurgia o médico se dirigiu a mim com ofensas verbais me chamando de fofoqueira e de inútil, depois dessas ofensas, fui para o repouso e chorei bastante, fiquei enraivada da forma como ele falou comigo. (T 5)

Descrições das situações de comportamento destrutivo no âmbito da equipe de saúde são relatadas múltiplas vezes, descrevendo o ambiente cirúrgico extremamente estressante e conflituoso.

[...] Isso acontece por meio de ofensas verbais, em que algumas situações passando até mesmo para a violência física, e esse tipo de comportamento sempre ou quase sempre está relacionada a categoria médica. (E 3)

Comunicação precária, autonomia e responsabilidade limitada, interação precária e falta de delimitação de competências de atuação pode culminar em conflitos dentro da equipe e conseqüentemente, afeta a qualidade do cuidado desenvolvido aos pacientes cirúrgicos (GUTIERRES et al., 2018).

Eu me recordo de um episódio de um atrito entre o cirurgião comigo, aconteceu porque ele solicitou uma tela de última hora para ser utilizado no procedimento cirúrgico. [...] E o correto era que essa tela fosse solicitada antes de iniciar a cirurgia; devido à tela não está no momento surgiram discussões dentro da sala operatória, mas depois tudo foi resolvido. (E 11)

[...] um exemplo foi diante uma situação estressante em que o paciente agravou seu quadro clínico de uma hora para outra; quando a médica foi avaliá-lo, a mesma gritou com toda a equipe nos responsabilizando pelo ocorrido. (T 8)

Neste contexto, é importante salientar outras problemáticas relacionadas ao desenvolvimento de comportamentos destrutivos dentro da equipe cirúrgica como colaboração profissional prejudicada e inter-relação pobre dentro da equipe para alcance de resultados em saúde, que podem estar associados a todos os profissionais atuantes na equipe (CARDOSO e MORGADO 2019; HOLMES, VIFLADT & BALLANGRUD, 2020).

Entre as causas do comportamento destrutivo, descreve-se que os conflitos de papel e de poder estão relacionados ao autoritarismo e hierarquização, como também a sobrecarga de trabalho dos profissionais e o cansaço mental e físico. Tais fatores levam os profissionais a comportamentos hostis no ambiente de trabalho, sendo esses enquadrados nos tipos de comportamento destrutivo evidenciados na prática. Os depoimentos a seguir descrevem essa realidade (CARDOSO e MORGADO 2019; GUTIERRES et al., 2018; TARTAGLIA et al., 2018).

Nós lidamos com diversas categorias, que sempre desenvolvem situações que evidenciam a soberania e a hierarquização. [...] (E 8)

Disputas de poder entre categorias profissionais, alicerçadas em construções sociohistóricas de cada categoria profissional ficam visíveis nos depoimentos, demarcando conflitos dentro da equipe de saúde (GOMES et al., 2019).

[...] Comportamento destrutivo acaba sendo inevitável principalmente, com os profissionais da equipe médica. Eu acho que eles ainda se sentem superiores a outras categorias. (E 10).

[...] A médica veio com falta de respeito com toda a equipe, com falas de grosserias e autoritarismo. Esse tipo de comportamento é mais comum na equipe médica. (T 7).

O autoritarismo e hierarquização presentes na equipe de saúde cristalizam-se em comportamentos destrutivos por algumas categorias profissionais, repercutindo em comportamento inapropriado na equipe cirúrgica (MOREIRA et al., 2019; CARDOSO e MORGADO 2019). Esse tipo de conduta aflora sentimentos repressivos nos profissionais que desencadeiam em sentimentos de raiva, impotência e coação. Acerca da observação participante, as anotações de campo descreveram:

Situação 1: Em uma segunda-feira, às 15h10 o médico-cirurgião fala em voz alta: — Coloque o paciente em sala agora! Em seguida, a técnica de enfermagem do pré-operatório responde em voz alta: — O que? Já lhe avisei que não temos vaga no pós-operatório para receber o paciente após a cirurgia! Quando o médico solicita à paciente a sala já percebe-se a hierarquização e o autoritarismo em sua comunicação com a técnica de enfermagem. Esta rebateu o médico porque o protocolo da Instituição não permite cirurgia sem que se tenha vaga no pós-operatório.

Observou-se que a intensificação do autoritarismo ainda é fortemente manifestada no cenário médico principalmente, mas é preciso que ocorram mudanças nas relações de trabalho com comunicação eficaz, interação e cooperação para mudanças de cenários e de práticas.

3.3. O COMPORTAMENTO DESTRUTIVO INFLUENCIANDO NEGATIVAMENTE NA QUALIDADE EM SAÚDE

Adversidades dentro do ambiente de trabalho além de culminar em prejuízos à saúde do profissional de saúde devido à interferência em sua satisfação produz, também, interferência na qualidade do cuidado. Destacou-se a sobrecarga de trabalho, o estresse e a falta de comunicação, que podem levar a situações extremas, como conflitos e diminuição na qualidade da assistência ao paciente (TARTAGLIA et al., 2018; HOLMES, VIPLADT & BALLANGRUD, 2020).

Diante disso, nos depoimentos quando questionados sobre a importância das relações interpessoais no trabalho e as consequências do comportamento destrutivo na assistência ao paciente obteve-se:

Eu entendo a equipe de Enfermagem como uma engrenagem de peças de um relógio quando todas as peças da engrenagem funcionam, o relógio dará a hora correta, mas quando alguma peça dá defeito o relógio para. Eu vejo a relação da Enfermagem assim, pois, se algum profissional está com problema refletirá em todo o resto da equipe. (T 10)

O cuidado em saúde mostra-se como meta final das ações profissionais em colaboração, além do alcance de qualidade e segurança nos procedimentos assistenciais, para resolução de problemas e alcance de metas de saúde (REIS et al., 2017).

[...] percebe-se que essa relação está diretamente ligada ao cuidado com o paciente [...] (E 14)

[...] Essa relação é de extrema importância para resolutividade dos problemas no serviço, para o convívio da equipe e principalmente, na construção de uma assistência de qualidade. (E 5)

Os depoentes relataram a importância das relações interpessoais no processo de excelência do cuidado em saúde, ressaltando assim que as falhas nessas relações podem gerar cuidados fragmentados, ou seja, essas relações estão diretamente ligadas ao cuidado em saúde (TRAJANO et al., 2017).

A qualidade da assistência prestada aos clientes estava fortemente evidenciada com as relações de trabalho vivenciadas pela equipe profissional no seu cotidiano de trabalho, sendo mais evidenciados durante as relações que geram comportamentos hostis dentro da equipe (REIS et al., 2017; TRAJANO et al., 2017). Destarte, as relações de trabalho têm uma grande influência na qualidade do serviço, como foi relatado a seguir:

Para que tudo ocorra conforme a demanda do trabalho é preciso se ter uma boa relação de trabalho. (T 4)

[...] as coisas tendem a fluir melhor quando se tem um relacionamento bom com os companheiros de trabalho, se houver atritos ou ofensas nas relações de trabalho ou coisa semelhante, a qualidade do serviço perde sua excelência. (E 4)

A equipe de Enfermagem, categoria com maior representatividade dos profissionais atuantes em centros cirúrgicos, destaca-se como responsável pelo cuidado ao paciente cirúrgico, sendo as interações dentro do núcleo de saúde importantes fatores para promoção desse cuidado.

É de extrema importância que a equipe de Enfermagem tenha boas relações para melhor conseguir desenvolver o seu trabalho. (T 6)

As descrições orais apontaram para uma problemática real no ambiente de trabalho em saúde, em que a falta de colaboração, comunicação e cooperação dentro da equipe de saúde pode interferir nas práticas de cuidado e manifesta-se através de condutas fragmentadoras do trabalho em equipe, repercutindo em consequências como falhas na assistência e no cuidado ao paciente (MILTONA et al., 2020; HOLMES, VIPLADT & BALLANGRUD, 2020).

Inúmeros estudos enfocam essas perspectivas, enfatizando a implementação de cirurgias seguras através de trabalho em equipe e responsabilidades e atuações interprofissionais na Noruega e mudanças na organização através de comunicação efetiva na Suécia (WILLASSEN, JACOBSEN & TVEITEN, 2018; MILTONA et al., 2020; HOLMES, VIPLADT & BALLANGRUD, 2020).

Nesse sentido, outros depoimentos mencionaram interferências no cuidado diante dos comportamentos destrutivos na prática do trabalho em unidade cirúrgica:

O paciente pode sofrer agravos à saúde diante do comportamento destrutivo, pois essas condutas podem diminuir a confiança dos profissionais, frente ao paciente, principalmente, no centro cirúrgico que é o momento em que o cliente mais precisa da confiança dos profissionais. (T 3)

A cultura de segurança é resultado de organização da equipe, rotinas e protocolos entre todos os componentes da equipe, comunicação eficaz, interação e colaboração dos profissionais de inúmeras categorias profissionais (MILTONA et al., 2020).

O paciente pode sofrer consequências, como anteriormente eu havia mencionado. A falta de união da equipe em suas relações reflete no paciente e como consequência disso a tendência frente aos erros; um exemplo é a troca de medicações. (T 2)

[...] Trabalhamos em equipe, e precisamos sempre andar de mãos dadas para que o processo do cuidado seja alcançado, tendo como objetivo maior a qualidade da assistência ao paciente. (E 6)

As interações dentro da equipe de Enfermagem e de saúde, com ações direcionadas ao alcance de metas de saúde sofrem com comportamentos como os descritos, culminando em desarmonias, estresse e perda de atenção.

[...] A equipe de Enfermagem deve trabalhar com maior harmonização possível, para chegar aos resultados esperados. Situações que interfiram na desarmonizarão da equipe trará consequências a saúde do paciente. (T 9)

Durante as etapas cirúrgicas que vai desde o pré-operatório, transoperatório e pós-operatório, a equipe de Enfermagem deve estar em relação harmoniosa com foco na segurança dos pacientes durante esses processos. Evidencia-se que a qualidade da preparação da sala

cirúrgica, cuidados operatórios e gerência de riscos, são de responsabilidade da equipe de Enfermagem e que necessita de comunicação em saúde e fluxos bem definidos para qualidades dos resultados (OLIVEIRA et al., 2018).

A ausência ou a dificuldade de criar um clima de segurança no centro cirúrgico são evidenciados quando não se realiza as atividades de modo harmonioso na equipe de saúde. Assim, há necessidade da implantação de um clima de segurança dentro do ambiente do CC, tendo como maior prevenção os erros durante as atividades laborais (ABREU et al., 2018).

[...] Estive vivenciando um caso em que a paciente foi indicada à cesariana de emergência de uma gestação de 34 semanas. Fui chamar o médico obstetra para a sala operatória, pois o anesthesiologista e neonatologia já se encontravam em sala, ao perceber que o obstetra estava ausente no CCO por motivos injustificáveis. (E 12).

A responsabilidade, atenção direcionada, competência profissional, comprometimento, comunicação eficaz, interação e cooperação profissional são elementos inerentes ao profissional de saúde e que precisam ser desenvolvidos para superação de problemas, como as descritas a seguir:

Quando o médico obstetra retornou do seu lanche fora da Instituição, veio com palavras de grosserias com toda a equipe, frente a paciente que estava ali, sem nenhuma sedação e sentindo-se nervosa por saber do risco que a mesma possuía; assim fui obrigada a chamá-lo a atenção frente a paciente e seus colegas de trabalho. (E 12).

Perceberam-se sentimentos de nervosismo e ansiedade da paciente pelo relato, principalmente, por seu quadro clínico e a situação à qual vivenciou representado pelo conflito com sua equipe, trazendo, assim, insegurança para a paciente e riscos no desenvolvimento dos cuidados.

Além da repercussão na qualidade do cuidado, nas interações profissionais e harmonia dentro da equipe de saúde, situações de comportamento destrutivo frente ao paciente pode culminar em angústias e sentimentos do paciente frente às condutas inapropriadas:

[...] O paciente não veio para cá para presenciar essas atitudes, e sim, para melhorar suas condições de saúde. Percebendo os seus anseios sobre como vai ocorrer a cirurgia, e ainda quando é exposto a condutas e conflitos da equipe, é notório sua insegurança, frente aos profissionais. (E 7)

[...] O paciente estava no pré-operatório e presenciou conflito verbal entre a enfermeira e o médico-cirurgião. Após o conflito foi explícito em seu semblante a face de intriga, mesmo assim tentei descontraí-lo com uma conversa paralela [...] (E 9)

Além desses relatos, as observações no diário de campo descrevem acontecimentos problemáticos, de alto risco e quebra da segurança ao paciente cirúrgico.

Situação 2: Quinta-feira as 11h30. Paciente chega no pós-operatório do centro cirúrgico. A técnica de enfermagem adentra à sala e fala os paramentos e dispositivos que estão no paciente para que a equipe prepare o local para recebê-lo. Relata-se que a técnica de enfermagem fala com tons de grosseria: — Paciente encontra-se pronto para vir para SRPA! Em seguida, a enfermeira de cabeça baixa pergunta: Ele está em oxigenoterapia? A técnica de enfermagem responde: Não sei... Acho que ele não precisa! A enfermeira em seguida, responde ainda sem olhar para o rosto da técnica de enfermagem: E por que vocês trazem o paciente e não avisam que ele está em oxigenoterapia? Isso dificulta o nosso serviço... A técnica sai do bloco do pós-operatório enquanto que a enfermeira vira-se para outra técnica de enfermagem de sua equipe e faz comentários depreciativos da técnica que tinha acabado de sair.

Torna-se de extrema importância o cuidado prestado aos pacientes no centro cirúrgico, sendo que é algo complexo e requer que sua execução seja de qualidade, sendo que os pacientes expostos a condutas inapropriadas encontram-se mais vulneráveis à ocorrência de eventos adversos à saúde (REIS et al., 2017).

Percebeu-se que os enfermeiros quando questionados sobre estratégias para aumentar a qualidade da assistência relataram sobre a satisfação no trabalho e que o convívio harmonioso entre o grupo traz boas respostas durante o desenvolvimento das atividades as quais são delegados.

O estudo contribui para entendimento das implicações na rotina de trabalho e no desenvolvimento de ações e cuidado pela equipe de saúde em centro cirúrgico. Entender como a dinâmica de trabalho, os conflitos, falta de comunicação, as problemáticas dentro da equipe e ações destrutivas entre profissionais podem repercutir na harmonia e segurança ao paciente cirúrgico contribui para construção de estratégias de enfrentamento e melhoria, trazendo mais satisfação ao paciente e eficácia no cuidado.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais têm a percepção de que há alterações nos resultados finais da assistência prestada ao paciente, assim como os anseios e angústias manifestados pelos pacientes diante de comportamentos destrutivos no ambiente de trabalho.

Percebeu-se da mesma forma, aspectos inerentes ao contexto do ambiente de trabalho em saúde, principalmente, relativo às implicações das interações dentro da equipe resultantes das repercussões do comportamento destrutivo, expressos em sentimentos, na colaboração e na dinâmica do cuidado no centro cirúrgico.

Nesta premissa, comunicação, respeito, gerenciamento de conflitos, interação e cooperação dentro da equipe de saúde são importantes fatores para melhorar qualidade dos cuidados ao paciente cirúrgico e diminuir comportamentos inapropriados baseados em disputas de poder das categorias profissionais na equipe de saúde.

Novas pesquisas sobre este tema são necessárias, a fim de avaliar questões relacionadas às boas relações de trabalho e à promoção eficaz da qualidade e segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

- ABREU, I.M.; ROCHA, R.C.; AVELINO, F.V.S.D. et al. Patient safety culture at a surgical center: the nursing perception. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.40, esp, p. e20180198, 2019.
- ACIOLE, G.G.; PEDRO, M.J. Sobre a saúde de quem trabalha em saúde: revendo afinidades entre a psicodinâmica do trabalho e a saúde coletiva. **Saúde em Debate**, v.43, n.120, p.194-206, 2019.
- BOHOMOL, E.; MELO, E.F. Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: percepção da equipe de enfermagem. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 24, n.3, p.132-8, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466** do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, 2013.
- CARDOSO, A.C.; MORGADO, L. Trabalho e saúde do trabalhador no contexto atual: ensinamentos da Enquete Europeia sobre Condições de Trabalho. **Saúde e Sociedade**, v.28, n.1, p.169-181, 2019.
- FERREIRA, V.H.S.; TEIXEIRA, V.M.; GIACOMINI, M.A. Contribuições e desafios do gerenciamento de enfermagem hospitalar: evidências científicas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v.40, e20180291, 2019.
- Gadamer, H.G. **Verdade e método I**: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. 9 ed. Petrópolis: Vozes, 2008.
- GUTIERRES, L.S.; SANTOS, J.L.G.; PEITER, C.C. et al. Good practices for patient safety in the operating room: nurses' recommendations. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.7, Supl 6, p.2775-82, 2018.
- HOLMES, T.; VIFLADT, A.; BALLANGRUD, R. A qualitative study of how inter-professional teamwork influences perioperative nursing. **Nursing Open**, v.7, p.571-580, 2020.
- MILTONA, J.; CHABOYERB, W.; ÅBERGC, N.D. et al. Safety attitudes and working climate after organizational change in a major emergency department in Sweden. **International Emergency Nursing**, v.53, p.100830, 2020.
- Minayo, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MORAIS, I. A; PEREIRA, E.L. A etnografia como ferramenta para pensar e agir em saúde: reflexões sobre os problemas de pressão. **Caderno de saúde Pública**, v.36, n.5, p. 363-76, e00019720. 2020.

- MOREIRA, F.T.; MOREIRA, F.T.L.S.; CALLOU, R.C.M. et al. Effective communication strategies for managing disruptive behaviors and promoting patient safety. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.40, esp, p. e20180308, 2019.
- OLIVEIRA, M.C.B.; ARNILDO, K.O.R.B.; ZOCHE, D.A.A. et al. Surgical checklist accession in light of patient safety culture. **Revista SOBECC**, São Paulo, v.23, n.1, p.36-42, 2018.
- REIS, G.; HAYAKAWA, L.Y.; MURASSAKI, A.C.Y. et al. Nurse manager perceptions of patient safety strategy implementation. **Texto Contexto em Enfermagem**, v.26, n.2, p.1-9, 2017.
- TARTAGLIA, A.; SILVA, M.G.; PORTELA, S.D.C et al. Comunicação, comportamentos destrutivos e segurança do paciente. **Revista SOBECC**, São Paulo, v.23, n.4, p.226-230, 2018.
- TRAJANO, M.F.C.; GONTIJO, D.T.; SILVA, M.W. et al. Interpersonal relationships in the surgical unit from the perspective of nursing workers: an exploratory study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.16, n.1, p.159-169, mar. 2017.
- WILLASSEN, E.T.; JACOBSEN, I.L.S.; TVEITEN, S. Safe Surgery Checklist, Patient Safety, Teamwork, and Responsibility—Coequal Demands? A Focus Group Study. **Global Qualitative Nursing Research**, v.5, p. 1-11, jan./dez. 2018.

CONHECIMENTO DE LEIGOS SOBRE RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR

DOI: 10.51859/AMPLLA.SPT853.1122-10

Andressa Nogueira Cardoso
Sued Magalhães Moita
Ingred Pimentel Guimarães
André Carvalho de Sousa
Karine Souza Rodrigues
Manoelise Linhares Ferreira Gomes
Francisco José Maia Pinto

1. INTRODUÇÃO

A parada cardiorrespiratória (PCR) consiste em emergência cardiovascular de elevada prevalência e altos índices de morbimortalidade (BERNOCHE *et al.*, 2019). Nesse sentido, o Suporte Básico de Vida (SBV) compreende o reconhecimento rápido da PCR, o acionamento precoce do serviço especializado, o início imediato das manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) e a utilização do desfibrilador externo automático (DEA) (CARDOSO *et al.*, 2017). Assim, a RCP realizada por leigos é fundamental para aumentar a sobrevivência, uma vez que o reconhecimento precoce contribui para o bom prognóstico dos pacientes (BERNOCHE *et al.*, 2019).

As doenças cardiovasculares (DCV) são importantes causas de óbito no Brasil e as principais ocasionadoras da PCR (OPAS, 2021). Segundo o Cardiômetro, criado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, foram registrados 375.879 óbitos por DCV no país, de janeiro a novembro de 2021 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2021). Nesse âmbito, dados da Arpen-Brasil mostram aumento de 7% nos óbitos por DCV nos primeiros seis meses de 2021, em relação ao mesmo período de 2020 (PEBMED, 2021). No Ceará, entre os óbitos provocados por causas cardiovasculares sem esclarecimento, 1.046 ocorreram em casa, entre janeiro e outubro de 2020, o que representa 57% do total (ANOREG, 2021).

Nesse contexto, estudo brasileiro mostrou que a população, em geral, não tem noção básica de condutas efetivas diante de PCR, enquanto o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) chega ao local (MAIA *et al.*, 2020). Além disso, sabe-se que quando a desfibrilação é realizada precocemente, em até três a cinco minutos após início da PCR, a taxa

de sobrevivência varia de 50% a 70% (BERNOUCHE *et al.*, 2019). Posto isso, é de extrema importância o conhecimento da população acerca da RCP, a fim de empoderá-la para tomar decisões frente aos eventos de PCR, além de evitar mortes e custos onerosos desnecessários para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Justifica-se a análise desta temática, uma vez que o reconhecimento da PCR e a realização da RCP imediata por leigos previne óbitos (CARDOSO *et al.*, 2017), e, conseqüentemente, reduz os custos em saúde. Nessa lógica, faz-se necessário a construção do perfil de conhecimento dos leigos sobre SBV, com o intuito de fornecer subsídios para a criação de campanhas educativas sobre o assunto.

Diante do exposto, o objetivo da presente revisão foi investigar, na literatura científica, o nível do conhecimento dos leigos sobre RCP.

2. MÉTODO

Trata-se de revisão narrativa da literatura, método de análise que reúne estudos sobre determinado assunto e que tem papel fundamental na educação continuada ao permitir que o leitor se atualize sobre temática específica em curto espaço de tempo. As etapas desse tipo de estudo são: definição de tema de revisão; pesquisa na literatura; seleção, leitura e análise da literatura; redação da revisão e referências (ISER *et al.*, 2020).

Estabeleceu-se como tema do estudo “Conhecimento sobre a ressuscitação cardiopulmonar pela população leiga”, e como pergunta norteadora “Qual o nível de reconhecimento sobre ressuscitação cardiopulmonar por leigos”? A partir disso, os critérios de elegibilidade foram: artigos originais publicados no período de 2016 a 2021, em inglês, espanhol e português, relacionados ao tema e que respondessem à pergunta guia.

A estratégia de busca foi desenvolvida a partir da utilização dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH), combinados com o operador booleano “AND”: ressuscitação cardiopulmonar, população e conhecimento, bem como os seus correspondentes em inglês. A pesquisa literária foi realizada nas bases de dados eletrônicas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e EMBASE, através das quais foram selecionados, após leitura de títulos, resumos, texto integral e análise de acordo com os critérios de inclusão, nove estudos.

3. RESULTADOS

Para extração e avaliação dos dados, utilizou-se quadro com informações sobre os artigos, como: título, ano de publicação, local, objetivos, tipo de estudo, instrumento de coleta, além dos principais achados sobre idade, escolaridade, sexo e formação prévia em SBV. Ao analisar os nove artigos elencados como elegíveis para compor a presente revisão, percebeu-se que a maioria, eram pesquisas internacionais (88,9%), do tipo transversal (88,9%) e que utilizaram questionário como instrumento de coleta de dados (88,9%). Todos os estudos avaliaram o conhecimento sobre ressuscitação cardiopulmonar pela população leiga (Quadro 1).

A discussão da presente revisão está dividida em três tópicos: “O nível de conhecimento da população leiga sobre RCP” (1), “A influência da idade, gênero e nível educacional no conhecimento do público leigo sobre RCP” (2) e “Treinamento prévio na realização de RCP por leigos” (3). Os achados no tópico 1 permitem discorrer sobre SBV e RCP, a partir da análise do conhecimento de leigos sobre compressões torácicas, ventilação e a utilização do DEA durante a PCR. Em paralelo, o tópico 2 abrange a influência de determinadas variáveis qualitativas no nível de conhecimento dos leigos em RCP. Além disso, o tópico 3 mostra os empecilhos relacionados ao baixo índice de treinamento prévio em RCP, o que impacta não só o reconhecimento dos sinais relacionados à PCR, como também a capacidade de tomar decisões em relação às situações emergenciais.

Quadro 1 - Coleta geral de informações dos artigos selecionados, Brasil, 2021.

TÍTULO	ANO	LOCAL	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO	INSTRUMENTO COLETA	PRINCIPAIS ACHADOS
Public knowledge, attitudes and willingness regarding bystander cardiopulmonary resuscitation: A nationwide survey in Taiwan	2019	Taiwan	Avaliar o conhecimento, as atitudes e a vontade de realizar a RCP e as barreiras para a implementação da RCP iniciada por espectadores.	Estudo transversal	Questionário	- Dos entrevistados que não participaram de nenhum curso de treinamento em RCP antes desta pesquisa, metade deles (52%) indicou que estava interessado em participar de um curso gratuito de RCP.
General Public's Knowledge Regarding Basic Life Support: A Pilot Study with a Portuguese Sample.	2019	Portugal	Investigar o conhecimento do público em geral sobre os fundamentos do suporte básico de vida, e sua associação com formação / educação prévia em suporte básico de vida e autopercepção do conhecimento.	Estudo transversal	Questionário	- Em relação a quando, onde e quem deve aplicar SBV, a maioria dos entrevistados indicou corretamente que as manobras de SBV devem ser aplicadas imediatamente (94,2%) e em qualquer lugar e circunstância se as condições de segurança forem garantidas (90,2%), mas apenas 5,5% indicaram que qualquer pessoa, independentemente de seu conhecimento, deve realizar o SBV.
Gender and age-specific aspects of awareness and knowledge in basic life support.	2018	Áustria	Elucidar aspectos da consciência, do conhecimento e da vontade no SBV e no uso de DEA público em Viena.	Estudo transversal	Questionário	- Indivíduos mais jovens demonstraram melhor conhecimento de SBV e uso do DEA, além de maior disposição para realizar tentativas de cuidados intensivos. - Mulheres tiveram disposição significativamente menor de iniciar o SBV e de usar o DEA em relação aos homens.
Basic Life Support Knowledge Among a Nonmedical Population in Jeddah, Saudi Arabia: Cross-Sectional Study	2018	Arábia Saudita	Avaliar o nível de conhecimento da população da Arábia Saudita sobre a SBV e identificar os fatores que influenciam o nível de conhecimento sobre SBV.	Estudo transversal	Questionário	- Quanto maior a idade dos indivíduos, menor o nível de conhecimento sobre SBV.

TÍTULO	ANO	LOCAL	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO	INSTRUMENTO COLETA	PRINCIPAIS ACHADOS
Australia's awareness of cardiac arrest and rates of CPR training: results from the Heart Foundation's HeartWatch survey	2019	Austrália	Fornecer as primeiras estimativas nacionais de RCP e avaliar a consciência sobre a parada cardíaca.	Estudo transversal	Questionário	<ul style="list-style-type: none"> - Quando perguntado sobre a RCP, 90,1% dos participantes já tinham ouvido falar sobre e 8,8% já tinham realizado. - 21,7% de todos os participantes haviam realizado treinamento em RCP atual, dentro de um período de 1 ano. - 44,3% dos partícipes apontaram a falta de conscientização como uma das barreiras ao aprendizado da RCP.
The influence of health education to improve community knowledge of basic life support procedure in Dlanggu district, Mojokerto regency, Indonesia	2019	Indonésia	Determinar o efeito da educação em saúde sobre o SBV, no nível de conhecimento público.	Design Experimental	Questionário	<ul style="list-style-type: none"> - 89,8% dos participantes não tinham conhecimento sobre os procedimentos do SBV. - Dos que tinham conhecimento, 91,53% eram do tipo pouco ou ruim e 0% do tipo bom. - Após a simulação de SBV, o conhecimento aumentou de 0% para 76,27%.
Knowledge of nonmedical individuals about cardiopulmonary resuscitation in case of cardiac arrest: A cross-sectional study in the population of jeddah, Saudi Arabia	2019	Arábia Saudita	Avaliar o conhecimento de pessoas leigas sobre a RCP em caso de parada cardíaca fora do hospital.	Estudo transversal	Formulário	<ul style="list-style-type: none"> - 57,2% sabia o significado correto da compressão torácica, ou seja, aplicar compressões fortes no tórax em certos intervalos. - 196 (32,7%) participantes relataram saber realizar compressões torácicas. - 172 (28,7%) haviam recebido treinamento formal. - 69 (11,5%) sabiam a taxa adequada de compressão torácica para ventilação artificial durante a RCP. - Aqueles que receberam treinamento mostraram maior taxa de saber as respostas corretas sobre a frequência de compressão torácica.

TÍTULO	ANO	LOCAL	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO	INSTRUMENTO COLETA	PRINCIPAIS ACHADOS
Basic Life Support: an accessible tool in layperson training	2019	Brasil	Avaliar a eficácia do novo treinamento proposto em RCP para a população leiga e o conhecimento prévio dos participantes do treinamento.	Estudo transversal	Questionário	<ul style="list-style-type: none"> - O nível educacional médio dos participantes era alto e a maioria era do sexo feminino. - Os participantes aumentaram seus conhecimentos sobre RCP após treinamento.
General Population's Eagerness and Knowledge Regarding Basic Life Support: A Community Based Study in Jakarta, Indonesia	2020	Indonésia	Medir o interesse da população em geral em aprender SBV, o conhecimento sobre o reconhecimento precoce e o uso do DEA.	Estudo transversal	Questionário	<ul style="list-style-type: none"> - 294 (97%) entrevistados pensavam que o conhecimento sobre o SBV é importante. - 120 (38,6%) já participaram de treinamento em SBV. - 198 (65,3%) responderam que “apenas paramédicos estão autorizados a usar DEA”.

Chamadas: DEA: Desfibrilador Externo Automático; RCP: Ressuscitação Cardiopulmonar; SBV: Suporte Básico de Vida

Fonte: Autores

4. DISCUSSÃO

A discussão da presente revisão está dividida em três tópicos: “O nível de conhecimento da população leiga sobre RCP” (1), “A influência da idade, gênero e nível educacional no conhecimento do público leigo sobre RCP” (2) e “Treinamento prévio na realização de RCP por leigos” (3). Os achados no tópico 1 permitem discorrer sobre SBV e RCP, a partir da análise do conhecimento de leigos sobre compressões torácicas, ventilação e a utilização do DEA durante a PCR. Em paralelo, o tópico 2 abrange a influência de determinadas variáveis qualitativas no nível de conhecimento dos leigos em RCP. Além disso, o tópico 3 mostra os empecilhos relacionados ao baixo índice de treinamento prévio em RCP, o que impacta não só o reconhecimento dos sinais relacionados à PCR, como também a capacidade de tomar decisões em relação às situações emergenciais.

4.1. O NÍVEL DE CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO LEIGA SOBRE RCP

Na PCR, a RCP imediata, que constitui uma das etapas do SBV, é de suma relevância, uma vez que contribui para a redução dos índices de letalidade e melhor prognóstico dos pacientes (DA SILVA *et al.*, 2017). Nesse sentido, entrevista realizada na Indonésia evidenciou que a maioria dos participantes afirmou que o conhecimento sobre SBV é importante (PRANATA *et al.*, 2020). No entanto, em alguns países, como Áustria e Arábia Saudita, o nível de conhecimento da população sobre o assunto foi insuficiente (KRAMMEL *et al.*, 2018; SUBKI *et al.*, 2018). Dessa forma, é perceptível que, mesmo que o SBV influencie diretamente na sobrevivência dos pacientes e que a sua importância seja reconhecida, a taxa de conhecimento acerca desta temática ainda é baixa em diversos territórios, o que indica a necessidade de promover capacitações em SBV voltadas para o público leigo, com o intuito de reverter esse quadro.

A RCP de alta qualidade requer medidas sistemáticas e efetivas, a saber: profundidade e frequência adequadas, diminuição de interrupções entre as compressões, recuo torácico total e volume de ar adequado nas ventilações (DUARTE e CHICHARO, 2020). Pesquisa realizada na Arábia Saudita mostrou que a minoria dos entrevistados sabia realizar compressões torácicas, o que contrasta com a realidade de Taiwan, província da China, na qual a maioria dos participantes relatou saber a maneira correta de realizar RCP (QARA *et al.*, 2019; HUANG *et al.*, 2019). Isso demonstra que, mesmo em regiões que possuem bom Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), há divergências em relação ao nível de conhecimento da população sobre a realização da RCP.

Em relação para quando, onde e em quem aplicar as manobras de SBV, estudo realizado em Portugal inferiu que a maioria dos entrevistados relatou que essas técnicas devem ser aplicadas de imediato, e que a RCP deve ser realizada em qualquer local ou circunstância, desde que as condições de segurança sejam garantidas. Entretanto, esse estudo também revelou diminuto quantitativo de partícipes conscientes sobre a importante atuação de leigos, independentemente de sua formação ou escolaridade, na RCP (SÁ-COUTO e NICOLAU, 2019). Esses resultados expõem a problemática, pois demonstram que o público leigo reconhece a necessidade de aplicar RCP e outras manobras do SBV, mas não sabe que pode realizá-las. Isso poderá implicar o aumento da morbimortalidade de pacientes em PCR, uma vez que sugere diminuição na realização de RCP imediata.

Quanto à ventilação durante a RCP, a recomendação é evitar a hiperventilação, tendo em vista o risco de condução do ar insuflado para o estômago, o que provoca distensão gástrica e, conseqüentemente, regurgitação, devido à broncoaspiração (DUARTE e CHICHARO, 2020). Nesse sentido, estudo mostrou que poucos entrevistados demonstraram saber ventilar de forma correta e quantitativo ainda menor compreendeu a frequência adequada de ventilações e compressões durante a RCP, que são duas ventilações a cada 30 compressões (QARA *et al.*, 2019). Tal condição evidencia que, mesmo com a disposição de parcela dos partícipes em realizar as ventilações, o conhecimento técnico insuficiente sobre a manobra pode interferir na resolutividade, frente à PCR.

A utilização precoce do DEA constitui uma etapa imprescindível no SBV e consiste na aplicação de corrente elétrica sobre o miocárdio, a fim de recuperar a contratilidade cardíaca (PIVATI *et al.*, 2019). Apesar de sua importância, pesquisa revelou que a população vienense possui baixo conhecimento sobre seu uso e estudo realizado na Indonésia mostrou que grande parte dos entrevistados acreditava que a utilização do DEA era exclusiva de paramédicos (KRAMMEL *et al.*, 2018; PRANATA *et al.*, 2020). Contudo, de acordo com as diretrizes do SBV, leigos também podem manuseá-lo, desde que com treinamento prévio (LANDA e FERREIRA, 2020). Dessa maneira, é notório o *déficit* no conhecimento da população leiga sobre o uso do DEA, o que notabiliza a necessidade de serem oportunizadas atividades de educação em saúde com o intuito de conscientizar os sujeitos acerca desse equipamento essencial à sobrevivência de pacientes em PCR.

Ao analisar os motivos pelos quais a população leiga não realiza a RCP, pesquisa desenvolvida na Indonésia revelou que parte dos participantes tinha medo das conseqüências legais, preocupação em machucar as pessoas e receio de contrair doenças infecciosas (KUSHAYATI *et al.*, 2019). Além disso, estudo australiano afirmou que parcela dos

entrevistados não se sentia segura para realizar RCP (CARTLEDGE *et al.*, 2019). A partir disso, é possível depreender que ainda existe desinformação e falta de amparo técnico, no tocante ao público leigo, acerca do SBV e, conseqüentemente, da RCP.

4.2. A INFLUÊNCIA DA IDADE, GÊNERO E NÍVEL EDUCACIONAL NO CONHECIMENTO DO PÚBLICO LEIGO SOBRE RCP

Em relação à idade, constatou-se que pessoas mais jovens apresentaram maior conhecimento sobre SBV, bem como melhor habilidade ao manusear o DEA e maior propensão a realizar manobras de ressuscitação (KRAMMEL *et al.*, 2018). Em consonância, pesquisa realizada na Escócia revelou que pessoas de 35 a 44 anos possuem maior probabilidade de realizarem RCP em situação de emergência, se comparadas a adultos com mais de 60 anos (DOBBIE *et al.*, 2018). Esse mesmo estudo relata, ainda, que uma maior proporção de idosos, em comparação a sujeitos mais jovens, atribui menor probabilidade de administrar RCP à baixa confiança em realizar o procedimento. Isto posto, notabiliza-se a importância de treinamentos em SBV direcionados à população idosa.

Sobre a variável gênero, observou-se que o sexo feminino é menos disposto a realizar manobras de RCP e utilizar o DEA (HUANG *et al.*, 2019; KRAMMEL *et al.*, 2018). Resultados semelhantes foram encontrados em estudo realizado por Maia *et al.*, (2020), no qual as mulheres tiveram menores índices de reconhecimento de PCR, habilidade na utilização do DEA e disposição à realização de compressões cardíacas. Tais achados demonstram significativa diferença na capacidade de atuação das mulheres, frente à situação de PCR, em comparação aos homens, o que expõe a necessidade de treinamentos em SBV, sobretudo, para o público feminino.

No tocante ao nível educacional e à influência deste no reconhecimento da parada cardiopulmonar, estudo demonstrou que pessoas com menor nível de escolaridade possuem menor probabilidade de reconhecerem PCR, assim como menor propensão a realizar compressões cardíacas efetivas (BARTLETT *et al.*, 2020). Esse achado corrobora com estudo realizado na Austrália, o qual demonstrou que o nível educacional e o acesso à informação são variáveis diretamente relacionadas à tomada de decisão assertiva em situação de PCR presenciada (CARTLEDGE *et al.*, 2020). Essa correlação expõe a importância de treinamentos acessíveis de SBV, como medida fundamental de promoção à informação em saúde.

4.3. TREINAMENTO PRÉVIO NA REALIZAÇÃO DE RCP POR LEIGOS

Em estudo realizado na Austrália, a maioria dos participantes ouviu falar sobre RCP, entretanto pouco mais da metade já havia realizado treinamento prévio e parcela ainda menor relatou tê-lo feito no último ano (CARTLEDGE *et al.*, 2020). Esses dados estão em concordância com as pesquisas de Qara *et al.*, (2019), e Bonizzio *et al.*, (2019), às quais demonstraram que menos da metade dos partícipes havia recebido treinamento formal sobre a realização de SBV e, conseqüentemente, RCP. Isso pode acontecer em decorrência da falta de conscientização sobre a imprescindibilidade do SBV e/ou o desconhecimento de lugares que oferecem treinamento (CARTLEDGE *et al.*, 2020). Nesse sentido, percebe-se que tais motivos configuram empecilhos para o aprendizado em RCP, o que implica necessidade de divulgação de informativos em massa acerca da temática e dos locais que disponibilizam capacitações.

Nesse contexto, o estudo de Sá-Couto e Nicolau (2019), afirmou que a maioria dos participantes considerou que o treinamento em SBV deveria ser incluído no âmbito acadêmico, além de ser obrigatório para todos os cidadãos. De forma semelhante, pesquisa de Huang *et al.*, (2019), mostrou que a maior parte dos entrevistados alegou que todos deveriam ter habilidades de RCP e que estariam dispostos a fazer cursos gratuitos, com duração de 60 minutos, acerca do tema. Isso revela que o público leigo reconhece a importância do treinamento em RCP e se mostra disposto a fazê-lo, indicando que se houver a disponibilização de locais para a realização dessas atividades, a adesão da população provavelmente será alta, o que poderá interferir positivamente nos índices de mortalidade relacionados à PCR.

Assim, a partir dos achados reunidos por este estudo, verificou-se que os participantes que receberam treinamento prévio em RCP apresentavam maior capacidade de reconhecimento dos sinais de parada cardiopulmonar em comparação aos que não receberam (SÁ-COUTO e NICOLAU, 2019; QARA *et al.*, 2019). Em consonância, pesquisa realizada com leigos em Instituição de ensino de São Paulo, demonstrou diferença significativa no reconhecimento e na tomada de decisão dos partícipes, frente às situações emergenciais após treinamento prático-teórico. (CALANDRIM *et al.*, 2017). Desse modo, é perceptível a influência direta do acesso à capacitação prévia em RCP no nível de reconhecimento de PCR por leigos.

Dentre as contribuições, o presente estudo possibilitou delinear a epidemiologia da RCP, por meio das variáveis idade, gênero e nível educacional. Outrossim, viabilizou o fomento da literatura acerca da temática, bem como propiciou a compreensão sobre a importância da atuação efetiva e resolutiva dos leigos diante de eventos emergenciais de alta complexidade, a exemplo da RCP.

Como limitação, destaca-se o diminuto quantitativo de publicações científicas nacionais sobre a RCP. Devido à produção do conhecimento ser maior em outros países, com diversos sistemas de saúde e participantes de raças e culturas distintas, percebeu-se dificuldade em correlacionar as variáveis idade, gênero e grau de escolaridade com o nível de conhecimento em RCP entre os brasileiros.

Sugere-se, portanto, a realização de novos estudos com foco na avaliação do conhecimento técnico-científico dos leigos brasileiros sobre RCP, que permitam comparar a apreensão de saberes antes e após intervenções educativas.

5. CONCLUSÃO

Inferiu-se que o nível de conhecimento dos leigos acerca da RCP não é satisfatório, haja vista a compreensão insuficiente sobre o evento emergencial e à falta de amparo técnico, o que pode implicar menor proatividade desse público na realização da RCP e, em consequência, pior prognóstico das vítimas.

Por configurar um dos princípios do SUS, a participação popular deve ser otimizada nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos. Logo, faz-se necessário oportunizar capacitações para essa esfera populacional, sobretudo, mulheres, idosos e sujeitos com baixa escolaridade, uma vez que esses grupos apresentaram os menores índices de conhecimento sobre RCP.

REFERÊNCIAS

- ANOREG. Associação dos Notórios e Registradores do Brasil. Mortes cardíacas sem causas definidas aumentam 57% no Ceará em 2020. 2020. Disponível em: <https://www.anoreg.org.br/site/2020/10/28/clipping-g1-mortes-cardiacas-sem-causas-definidas-aumentam-57-no-ceara-em-2020/>. Acesso em: 7 dez 2021.
- BARTLETT, E. S. *et al.* Public knowledge of cardiovascular disease and response to acute cardiac events in three municipalities in Brazil. **Open heart**, v. 7, n. 2, 2020.
- BERNOCHE, C. *et al.* Atualização da diretriz de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia-2019. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 113, p. 449-663, 2019.
- BONIZZIO, C. R. *et al.* Basic Life Support: an accessible tool in layperson training. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 65, p. 1300-1307, 2019.
- CALANDRIM, L. F. *et al.* Primeiros socorros na escola: treinamento de professores e funcionários. **Revista Rene**, v. 18, n. 3, p. 292-299, 2017.

- CARDOSO, R. R. *et al.* Suporte básico de vida para leigos: uma revisão integrativa. **Revista Unimontes Científica**, v. 19, n. 2, p. 158-167, 2017.
- CARTLEDGE, S. *et al.* Australia's awareness of cardiac arrest and rates of CPR training: results from the heart foundation's heartwatch survey. **Bmj Open**, v. 10, n. 1, p. 1-7, 2020.
- DA SILVA, J. K. *et al.* Suporte básico de vida para leigos: relato de atividades extensionistas. **Revista Ciência em Extensão**, v. 13, n. 1, p. 190-203, 2017.
- DOBBIE, F. *et al.* Attitudes towards bystander cardiopulmonary resuscitation: Results from a cross-sectional general population survey. **PloS one**, v. 13, n. 3, 2018.
- DUARTE, A. C. e CHICHARO, S. C. R. Reanimação cardiopulmonar de alta qualidade: um estudo bibliográfico. **A enfermagem e o Gerenciamento do Cuidado Integral** 6, p. 182-193, 2020.
- HUANG, E. P. *et al.* Public knowledge, attitudes and willingness regarding bystander cardiopulmonary resuscitation: a nationwide survey in Taiwan. **Journal of the Formosan Medical Association**, v. 118, n. 2, p. 572-581, 2019.
- ISER, B. P. *et al.* Definição de caso suspeito da COVID-19: uma revisão narrativa dos sinais e sintomas mais frequentes entre os casos confirmados. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 3, 2020.
- KRAMMEL, M. *et al.* Gender and age-specific aspects of awareness and knowledge in basic life support. **PLoS One**, v. 13, n. 6, 2018.
- KUSHAYATI, N. *et al.* The influence of health education to improve community knowledge of basic life support procedure in Dlanggu district, Mojokerto regency, Indonesia. **Journal Of Public Health In Africa**, v. 10, n. 1, p. 78-80, 2019.
- LANDA, J. e FERREIRA, A. M. T. G. B. Transferência do conhecimento de suporte básico de vida para leigos e profissionais de saúde: uma revisão integrativa metropolitana de ribeirão preto. **Revista Brasileira Multidisciplinar**, v. 23, n. 2, p. 100-114, 2020.
- MAIA, S. R. T. *et al.* Conhecimento dos leigos acerca da ressuscitação cardiopulmonar em pacientes adultos no Brasil. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 5, p. 28933-28948, 2020.
- OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Doenças Cardiovasculares. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/doencas-cardiovasculares>. Acesso em: 7 dez 2021.
- PEBMED. Doenças cardiovasculares: mortes no primeiro semestre de 2021 aumentam no país. 2021. Disponível em: <https://pebmed.com.br/doencas-cardiovasculares-mortes-no-primeiro-semester-de-2021-aumentam-no-pais/>. Acesso em 7 dez 2021.
- PIVATI, I. R. *et al.* Uso do desfibrilador externo automático (DEA) por leigos qual a realidade e dificuldades enfrentadas. **Revista Científica UMC**, v. 4, n. 3, 2019.
- PRANATA, R. *et al.* General population's eagerness and knowledge regarding basic life support: A community based study in Jakarta, Indonesia. **Clinical Epidemiology and Global Health**, v. 8, n. 2, p. 567-569, 2020.

- QARA, F. J. *et al.* Knowledge of nonmedical individuals about cardiopulmonary resuscitation in case of cardiac arrest: a cross-sectional study in the population of Jeddah, Saudi Arabia. **Emergency medicine international**, v. 2019, 2019.
- SÁ-COUTO, C. e NICOLAU, A. General public's knowledge regarding basic life support: A pilot study with a Portuguese sample. **Acta medica portuguesa**, v. 32, n. 2, p. 111-118, 2019.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Cardiômetro**. 2021. Disponível em: <http://www.cardiometro.com.br/>. Acesso em: 7 dez 2021.
- SUBKI, A. H. *et al.* Basic Life Support Knowledge Among a Nonmedical Population in Jeddah, Saudi Arabia: cross-sectional study. **Interactive Journal Of Medical Research**, v. 7, n. 2, p. 1-9, 2018.

CONSUMO DE ULTRAPROCESSADOS E PREVALÊNCIA DE EXCESSO DE PESO EM ADULTOS BRASILEIROS

DOI: 10.51859/AMPLA.SPT853.1122-11

Thaís Meirelles de Vasconcelos ¹
Priscilla de Lima Carneiro ²
Kellen Alves Freire ¹
Ilana Nogueira Bezerra ¹

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Brasil.

² Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Brasil.

1. INTRODUÇÃO

O Brasil é marcado pelo fenômeno da transição nutricional caracterizada pela redução da desnutrição e aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade, que acompanharam o incremento das taxas de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) (SCHMIDT *et al.*, 2011).

Há doze anos, 49% dos adultos foram classificados com excesso de peso (IMC $\geq 25,0$ kg/m²) e 15%, com obesidade (IMC $\geq 30,0$ kg/m²), segundo a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2008-2009 (IBGE, 2009). Em 2019, dados da Pesquisa Nacional de Saúde - PNS (2019) apontaram que as prevalências de sobrepeso e obesidade aumentaram entre os adultos brasileiros, sendo de 60,3% para excesso de peso e de 25,9% para obesidade (BRASIL, 2019).

Os hábitos não saudáveis e a dieta inadequada são fatores de risco comportamentais associados ao crescimento das prevalências de excesso de peso e obesidade, os quais levam a outros problemas de saúde (CHU *et al.*, 2019; CHATTERJEE *et al.*, 2020). Analisando a evolução do consumo alimentar da população brasileira, observa-se redução na qualidade dos alimentos ingeridos, com diminuição no consumo de alimentos *in natura* e aumento no consumo de alimentos processados e ultraprocessados (LOUZADA *et al.*, 2015; CONTALDO, 2020).

Pesquisas realizadas no Brasil e no mundo evidenciam relação entre o consumo de ultraprocessados e sobrepeso e obesidade (RODRIGUES *et al.*, 2021; SILVA *et al.*, 2021; SUNG *et al.*, 2021).

Rodrigues *et al.*, (2021), ao descrever a evolução do consumo alimentar da população brasileira, avaliando os dados dos Inquéritos Nacionais de Alimentação (INA) de 2008-2009 e 2017-2018, identificaram que alimentos ultraprocessados, como biscoitos doces/recheados, biscoitos salgados, carnes processadas e refrigerantes se mantiveram entre os 20 alimentos mais consumidos pelos brasileiros.

Esses alimentos estão associados a dietas com maior densidade energética, maior quantidade de açúcar e gorduras não saudáveis e com menor teor de fibra, vitaminas e minerais, e estão, portanto, associados a resultados adversos à saúde, como um maior risco de desenvolvimento de sobrepeso e obesidade, doenças cardiovasculares, síndrome metabólica e mortalidade por todas as causas (ELIZABETH *et al.*, 2020; PAGLIAI *et al.*, 2021; LEVY *et al.*, 2021).

Diante do exposto, este capítulo tem como objetivo descrever os resultados da análise da relação do consumo de alimentos ultraprocessados com as prevalências de excesso de peso e obesidade no Brasil.

2. MÉTODOS

Trata-se um estudo ecológico, com dados da população adulta (≥ 18 anos) das 26 capitais brasileiras e o Distrito Federal. Foram utilizados os dados secundários provenientes das Pesquisas de Orçamentos Familiares (POF) de 2008-2009 e da Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) de 2018 (IBGE, 2011; BRASIL, 2018).

As informações relacionadas às frequências de excesso de peso e obesidade foram consultadas no estudo Vigitel do ano de 2018 (BRASIL, 2018). O estudo avaliou o *status* de peso conforme as informações autorreferidas, considerando como excesso de peso o indivíduo com índice de massa corporal (IMC) ≥ 25 kg/m² e obesidade o indivíduo IMC ≥ 30 kg/m².

A POF de 2008-2009 coletou dados sobre o tipo e a quantidade de alimentos adquiridos pelas famílias brasileiras, esses dados refletem a disponibilidade de alimentos para consumo no domicílio e não o seu consumo efetivo. A descrição da participação relativa de alimentos na disponibilidade domiciliar partiu dos itens adquiridos (alimentos ou conjuntos de alimentos). Para a identificação da disponibilidade de alimentos foram utilizados a média do valor calórico total da disponibilidade domiciliar de alimentos (expressa em *kcal per capita* por dia) e a participação relativa, naquela disponibilidade, de grupos de alimentos selecionados (IBGE, 2010). Os grupos de alimentos incluídos nas análises foram: cereais e derivados, pão francês,

biscoitos, macarrão, feijões e leguminosas, raízes e tubérculos, frutas e sucos naturais, verduras e legumes, açúcar e refrigerantes, açúcar de mesa, refrigerantes, bebidas alcoólicas e refeições prontas e misturas industrializadas (IBGE, 2010).

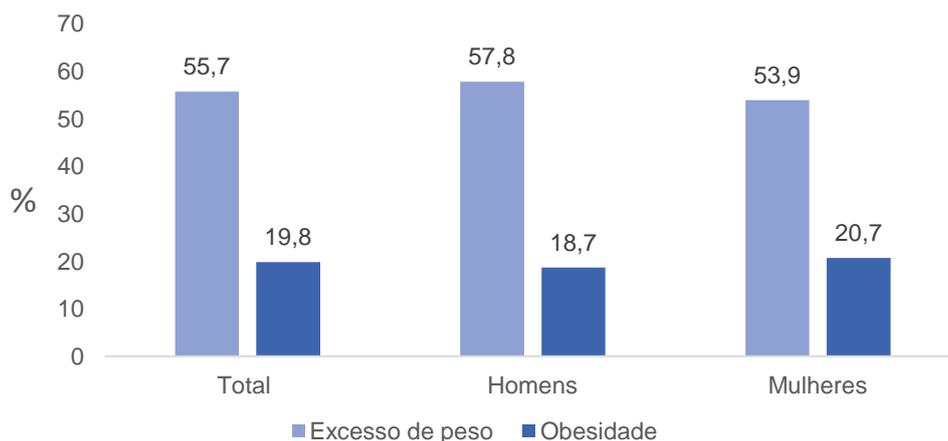
As análises estatísticas foram realizadas no *software* SAS® OnDemand versão 2021. Aplicou-se o teste de Shapiro-Wilk para verificar a simetria das distribuições. Foram desenvolvidas, para cada grupo de alimentos, análise de correlação de Pearson entre a disponibilidade de alimentos ultraprocessados e a prevalência de excesso de peso e obesidade. Considerou-se nível de significância estatística $p \leq 0,05$.

Os dados utilizados estão disponibilizados publicamente no *Site* do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e no Sistema de Informação do Sistema Único de Saúde (DATASUS), não houve necessidade de submeter o projeto à apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa.

3. RESULTADOS

Entre os adultos brasileiros, 55,7% apresentam excesso de peso e 19,8% apresentam obesidade. A frequência de excesso de peso foi ligeiramente maior entre os homens e a de obesidade entre as mulheres (Figura 1).

Figura 1 - Percentual* de adultos brasileiros com excesso de peso# e obesidade#, segundo o sexo, Vigitel, 2018.



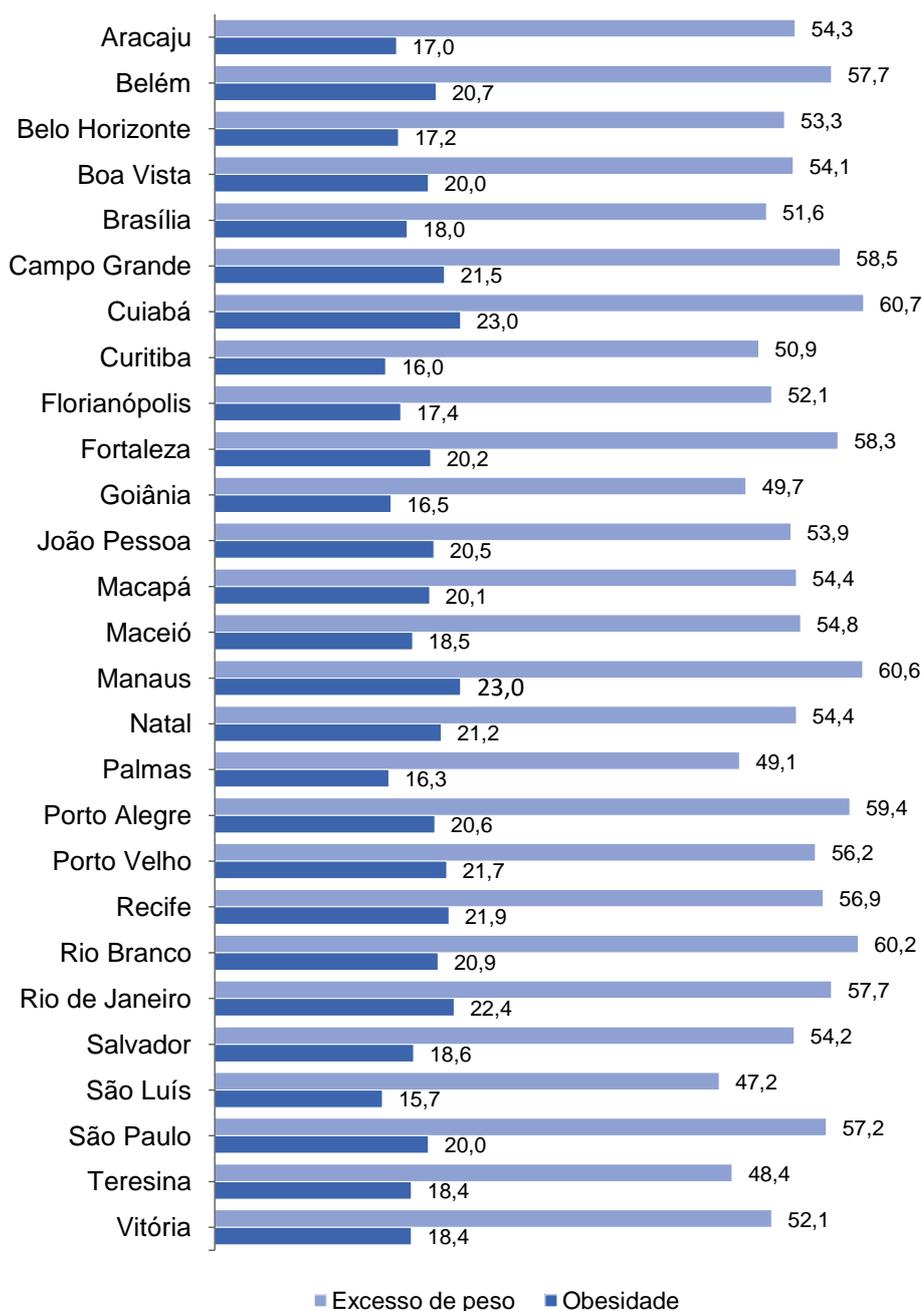
Fonte: elaborado pelos autores.

*Percentual ponderado para ajustar a distribuição sociodemográfica da amostra Vigitel à distribuição da população adulta da cidade projetada para o ano de 2018.

#Excesso de peso: $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$; Obesidade: $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$

Destaca-se que Cuiabá (60,7%), Manaus (60,6%), Rio Branco (60,2%), Porto Alegre (59,4%), Campo Grande (58,5%) e Fortaleza (58,3%) foram as capitais que apresentaram maiores prevalências de excesso de peso, enquanto Manaus (23,0%), Cuiabá (23,0%), Rio de Janeiro (22,4%), Recife (21,9%), Porto Velho (21,7%) e Campo Grande (21,5%) as que apresentaram maiores percentuais de obesidade (Figura 2).

Figura 2 - Percentual* de adultos com excesso de peso# e obesidade#, segundo as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal, Vigitel, 2018.



Fonte: elaborado pelos autores.

*Percentual ponderado para ajustar a distribuição sociodemográfica da amostra Vigitel à distribuição da população adulta da cidade projetada para o ano de 2018.

#Excesso de peso: IMC \geq 25 kg/m²; Obesidade: IMC \geq 30 kg/m²

Quanto à participação relativa de alimentos e grupos de alimentos, no total de calorias da disponibilidade domiciliar de calorias, observamos que, o pão francês, açúcares/refrigerantes, açúcar de mesa e refeições prontas apresentaram as maiores participações para o consumo calórico total (*kcal/dia per capita*) (Tabela 1).

Tabela 1 - Participação relativa de alimentos e grupos de alimentos no total de calorias da disponibilidade domiciliar de calorias POF2008-2009.

Capitais	Cereais e derivados	Pão francês	Biscoitos	Macarrão	Total de calorias ¹
Porto Velho	35,3	7,6	3,5	2,0	1 896,4
Rio Branco	36,2	9,9	3,9	1,9	1 378,3
Manaus	35,0	11,5	2,8	4,4	1 688,5
Boa Vista	41,8	6,9	2,0	2,0	1 239,5
Belém	26,3	8,7	2,5	2,6	1 849,4
Macapá	23,7	6,0	2,9	2,1	1 428,7
Palmas	37,1	4,2	2,8	2,2	1 223,8
São Luís	46,0	8,7	2,8	1,6	1 374,4
Teresina	39,4	3,5	3,0	1,6	1 656,1
Fortaleza	37,2	9,3	3,3	3,8	1 640,4
Natal	33,3	9,1	5,7	4,0	1 466,1
João Pessoa	35,8	9,0	4,8	4,2	1 436,3
Recife	35,4	13,5	5,3	3,7	1 501,1
Maceió	37,7	11,0	3,5	3,7	1 042,1
Aracaju	36,0	10,2	4,5	2,6	1 388,5
Salvador	35,8	15,4	4,5	2,3	1 224,8
Belo Horizonte	33,2	9,5	3,9	2,7	1 411,4
Vitória	30,9	6,6	3,2	2,4	1 610,4
Rio de Janeiro	32,9	8,2	4,3	2,7	1 531,8
São Paulo	36,1	10,2	3,8	3,0	1 331,0
Curitiba	31,1	6,1	3,0	2,7	1 433,9
Florianópolis	33,5	7,0	5,3	3,7	1 930,2
Porto Alegre	30,9	8,5	3,5	2,1	1 471,5
Campo Grande	36,5	5,7	2,3	2,7	1 674,4
Cuiabá	35,4	6,3	2,9	2,5	1 470,1
Goiânia	36,5	9,0	2,2	1,8	1 260,3
Brasília	36,2	6,5	3,1	2,4	1 513,4

Tabela 1 - Participação relativa de alimentos e grupos de alimentos no total de calorias da disponibilidade domiciliar de calorias POF2008-2009.

Capitais	Feijões/ leguminosas	Raízes, tubérculos/ derivados	Frutas/ sucos naturais	Verduras e legumes	Total de calorias ¹
Porto Velho	4,6	3,9	2,0	0,9	1 896,4
Rio Branco	4,5	6,7	1,3	0,7	1 378,3
Manaus	5,3	7,9	1,4	0,5	1 688,5
Boa Vista	5,0	7,1	1,2	0,8	1 239,5
Belém	4,9	14,9	1,8	0,5	1 849,4
Macapá	4,7	15,6	1,0	0,8	1 428,7
Palmas	4,7	2,9	2,7	1,0	1 223,8
São Luís	3,8	5,7	2,3	0,8	1 374,4
Teresina	4,9	3,7	2,6	0,8	1 656,1
Fortaleza	7,2	3,9	2,3	0,6	1 640,4
Natal	5,7	4,7	3,1	0,8	1 466,1
João Pessoa	6,8	3,8	2,5	0,8	1 436,3
Recife	5,0	4,0	3,1	0,9	1 501,1
Maceió	7,8	4,2	1,6	0,7	1 042,1
Aracaju	5,1	5,1	2,5	0,9	1 388,5
Salvador	6,5	5,4	2,7	1,1	1 224,8
Belo Horizonte	3,5	1,6	3,5	1,1	1 411,4
Vitória	4,9	2,3	3,4	1,1	1 610,4
Rio de Janeiro	5,2	2,0	2,9	1,1	1 531,8
São Paulo	3,6	1,5	3,2	1,0	1 331,0
Curitiba	3,3	2,1	2,7	1,1	1 433,9
Florianópolis	3,3	2,8	2,4	0,7	1 930,2
Porto Alegre	3,7	2,2	3,2	1,1	1 471,5
Campo Grande	4,9	2,0	2,3	1,0	1 674,4
Cuiabá	3,9	2,3	2,5	1,0	1 470,1
Goiânia	4,0	2,8	3,1	1,3	1 260,3
Brasília	4,9	2,3	3,0	1,0	1 513,4

Tabela 1 - Participação relativa de alimentos e grupos de alimentos no total de calorias da disponibilidade domiciliar de calorias POF2008-2009.

Capitais	Açúcar/ refrigerantes	Açúcar de mesa	Refrigerantes	Bebida alcoólica	Refeições prontas/ Misturas Industr.*	Total de calorias ¹
Porto Velho	11,5	8,5	3,0	1,1	6,6	1 896,4
Rio Branco	12,3	10,3	2,1	0,4	4,3	1 378,3
Manaus	10,9	9,0	2,0	0,4	3,2	1 688,5
Boa Vista	11,0	9,8	1,1	0,3	3,2	1 239,5
Belém	11,7	9,9	1,8	0,4	4,9	1 849,4
Macapá	12,5	10,3	2,3	0,6	4,1	1 428,7
Palmas	9,4	7,6	1,8	0,7	5,8	1 223,8
São Luís	8,9	7,9	1,0	0,3	3,1	1 374,4
Teresina	10,7	9,4	1,3	0,4	5,1	1 656,1
Fortaleza	14,2	13,0	1,2	0,4	3,3	1 640,4

Capitais	Açúcar/ refrigerantes	Açúcar de mesa	Refrigerantes	Bebida alcoólica	Refeições prontas/ Misturas Industr.*	Total de calorias ¹
Natal	13,8	12,3	1,5	0,7	5,2	1 466,1
João Pessoa	13,6	12,2	1,4	0,9	5,5	1 436,3
Recife	10,2	8,2	1,9	0,5	5,6	1 501,1
Maceió	11,5	10,0	1,5	0,6	3,4	1 042,1
Aracaju	10,1	8,4	1,7	0,9	5,0	1 388,5
Salvador	10,3	8,8	1,5	0,9	4,1	1 224,8
Belo Horizonte	9,7	7,2	2,5	1,1	8,0	1 411,4
Vitória	11,7	10,0	1,7	2,1	7,4	1 610,4
Rio de Janeiro	10,6	8,1	2,5	2,0	6,2	1 531,8
São Paulo	11,7	9,1	2,6	0,7	6,7	1 331,0
Curitiba	11,0	8,3	2,7	0,7	10,6	1 433,9
Florianópolis	8,2	5,4	2,9	2,4	11,7	1 930,2
Porto Alegre	10,2	6,4	3,9	1,1	9,6	1 471,5
Campo Grande	11,2	9,4	1,8	0,9	5,6	1 674,4
Cuiabá	11,0	8,9	2,2	1,1	4,9	1 470,1
Goiânia	11,9	9,2	2,7	0,9	5,9	1 260,3
Brasília	12,4	10,7	1,7	1,1	6,7	1 513,4

*Mistura industrializada

² (kcal/dia per capita)

Fonte: elaborado pelos autores

Na tabela 2 podemos observar os resultados da análise da correlação entre a contribuição relativa de grupos de alimentos específicos para a ingestão total de energia e o *status* de peso. Observamos correlação diretamente proporcional entre o consumo de refrigerantes ($r= 0,39$; $p=0,04$) e o excesso de peso nos homens, e entre o consumo de pão francês ($r= 0,43$; $p=0,02$) e macarrão ($r= 0,37$; $p=0,05$) com excesso de peso para as mulheres.

Tabela 2 - Correlação¹ entre a contribuição relativa de alimentos e grupos de alimentos específicos para a ingestão total de energia (%) em 2008 e prevalência de excesso de peso em adultos das capitais brasileiras selecionadas, por sexo. Vigitel, 2018.

Alimentos e grupos de alimentos	Excesso de peso (IMC ≥ 25 kg/m ²)					
	Homem		Mulher		Total	
	r	p	r	p	r	p
Cereais e derivados	-0,34	0,07	-0,19	0,3	-0,30	0,1
Pão francês	0,18	0,3	0,43	0,02*	0,33	0,08
Biscoitos	0,01	0,97	0,17	0,4	0,09	0,6
Macarrão	0,25	0,2	0,37	0,05*	0,35	0,07
Feijões/leguminosas	-0,02	0,9	0,31	0,1	0,16	0,4
Raízes e tubérculos	0,20	0,3	0,06	0,8	0,14	0,5
Frutas e sucos naturais	-0,30	0,1	-0,15	0,4	-0,26	0,2
Verduras e legumes	-0,31	0,1	-0,18	0,3	-0,27	0,1
Açúcar e refrigerantes	0,17	0,4	0,34	0,07	0,28	0,1

Alimentos e grupos de alimentos	Excesso de peso (IMC ≥ 25 kg/m ²)					
	Homem		Mulher		Total	
	r	p	r	p	r	p
Açúcar de mesa	0,001	0,99	0,26	0,2	0,14	0,5
Refrigerantes	0,39	0,04*	0,07	0,7	0,26	0,2
Bebidas alcoólicas	-0,03	0,9	-0,1	0,7	-0,05	0,8
Refeições prontas/misturas industrializadas	-0,01	0,9	-0,27	0,1	-0,17	0,4

¹ Correlação de Pearson

*p \leq 0,05

Fonte: elaborado pelos autores

Ao analisarmos a correlação dos grupos alimentares e as prevalências de obesidade, verificamos correlação positiva entre o consumo de feijões e leguminosas ($r= 0,37$; $p=0,05$), açúcares e refrigerantes ($r= 0,50$; $p\leq 0,01$) e açúcar de mesa ($r= 0,42$; $p=0,02$) para as mulheres e entre o consumo de açúcares e refrigerantes ($r= 0,36$; $p=0,05$) para a população em geral (Tabela 3).

Tabela 3 - Correlação¹ entre a contribuição relativa de alimentos e grupos de alimentos específicos para a ingestão total de energia (%) em 2008 e prevalência de obesidade de adultos das capitais brasileiras selecionadas, por sexo. Vigitel, 2018.

Alimentos e grupos de alimentos	Obesidade (IMC ≥ 30 kg/m ²)					
	Homem		Mulher		Total	
	r	p	r	p	r	p
Cereais e derivados	-0,12	0,50	-0,27	0,10	-0,23	0,20
Pão francês	-0,03	0,90	0,33	0,08	0,18	0,40
Biscoitos	-0,10	0,70	0,31	0,10	0,12	0,50
Macarrão	0,27	0,20	0,28	0,10	0,34	0,07
Feijões/leguminosas	0,02	0,90	0,37	0,05*	0,24	0,20
Raízes e tubérculos	0,12	0,50	0,19	0,30	0,18	0,30
Frutas e sucos naturais	-0,23	0,20	-0,19	0,30	-0,26	0,20
Verduras e legumes	-0,32	0,09	-0,15	0,40	-0,30	0,10
Açúcar e refrigerantes	0,12	0,50	0,50	0,006*	0,36	0,05*
Açúcar de mesa	0,04	0,80	0,42	0,02*	0,27	0,10
Refrigerantes	0,16	0,40	-0,01	0,93	0,10	0,60
Bebidas alcoólicas	-0,03	0,90	-0,05	0,80	-0,05	0,80
Refeições prontas/misturas industrializadas	-0,13	0,50	-0,31	0,09	-0,28	0,10

¹ Correlação de Pearson

*p \leq 0,05

Fonte: elaborado pelos autores

4. DISCUSSÃO

Os resultados demonstraram elevadas prevalências de excesso de peso e obesidade nos adultos brasileiros e relação positiva entre o consumo de alimentos ultraprocessados e excesso de peso. A disponibilidade domiciliar de açúcares e refrigerantes mostrou associação positiva com excesso de peso e obesidade.

O consumo de alimentos ultraprocessados está associado a um maior risco de desenvolver sobrepeso e obesidade (ELIZABETH *et al.*, 2020; PAGLIAI *et al.*, 2021; RAUBER *et al.*, 2021). Indivíduos que apresentam alto consumo de ultraprocessados possuem 32% mais chances de desenvolver obesidade em comparação aos de menor consumo (NARDOCCI *et al.*, 2019). O consumo de ultraprocessados está positivamente associado à obesidade em mulheres, consistentemente associado a aumento do risco de ganho de peso e risco de desenvolver comorbidades relacionadas à adiposidade e aumento da mortalidade por todas as causas em adultos (CRIMARCO *et al.*, 2021; SUNG *et al.*, 2021).

No presente estudo, entre os alimentos ultraprocessados, o refrigerante obteve associação positiva tanto para excesso de peso quanto para obesidade. O estudo de Bezerra & Alencar (2018), realizado com adultos que participaram do INA, mostrou resultados semelhantes. Os autores verificaram associação positiva entre o tamanho da porção de consumo de refrigerantes e excesso de peso. O refrigerante foi a bebida com maior frequência de consumo no Brasil, atrás apenas de bebidas alcoólicas.

Verificamos também relação positiva entre o consumo de açúcar e excesso de peso. Sucos e refrescos adoçados com açúcar de mesa apresentam relação direta com o aumento de gordura visceral, subcutânea, no sangue e nos órgãos. O alto consumo de açúcar pode interferir ainda na diminuição da saciedade estimulando o seu maior consumo e aumentando o aporte calórico, o que reflete no ganho de peso (BEZERRA; ALENCAR, 2018).

Resultados semelhantes ao da presente pesquisa foram observados por Silva *et al.*, (2021), que ao avaliar dados populacionais de adultos brasileiros também verificaram que o consumo de ultraprocessados está associado ao sobrepeso e excesso de adiposidade. Miranda *et al.*, (2021), analisando dados do Vigitel realizado em 2019, a fim de descrever a magnitude do consumo de alimentos ultraprocessados na população adulta (≥ 18 anos) das capitais brasileiras, estimou que uma em cada cinco pessoas consumiram cinco ou mais subgrupos de ultraprocessados, e os subgrupos consumidos com mais frequência foram margarina, pães de forma e assemelhados, refrigerantes, embutidos, sobremesas industrializadas e biscoitos salgados ou doces.

O elevado consumo de alimentos ultraprocessados na população brasileira pode ser explicado pela menor disponibilidade de tempo para o preparo das refeições familiares e pessoais, a inserção da mulher no mercado de trabalho e aumento da produção pela indústria alimentícia (SANTOS *et al.*, 2019). Além disso, os produtos ultraprocessados são altamente atrativos ao consumidor por seu baixo custo, longa vida de prateleira, pela hiperpalatabilidade, por serem prontos para o consumo e o *marketing* e publicidade agressiva (MONTEIRO *et al.*, 2019).

O estudo tem como limitações, o fato de o Vigitel restringir as entrevistas apenas para pessoas que possuem em sua residência, telefone fixo; os parâmetros utilizados para a identificação das prevalências de sobrepeso e obesidade, peso e altura, serem autorrelatados, o que pode gerar erros; o tipo de desenho de estudo, pois em estudos ecológicos a associação não é a mesma a que a observada em nível individual. No entanto, existem muitos estudos que trazem evidências científicas em nível individual, e o diferencial do referido estudo, em virtude da disponibilização de dados por agregados pelos sistemas públicos de saúde é trazer as evidências em sua magnitude nacional e ecológica, considerando as capitais brasileiras, mais o Distrito Federal.

5. CONCLUSÃO

Os resultados sinalizam elevada prevalência de excesso de peso e obesidade na população brasileira e correlação entre o consumo de alimentos ultraprocessados e *status* de peso. Esses resultados reforçam que as estratégias para melhoria da alimentação na população brasileira devem focar na diminuição do consumo de ultraprocessados.

REFERÊNCIAS

- BEZERRA, I. N.; DE ALENCAR, E. S. Associação entre excesso de peso e tamanho das porções de bebidas consumidas no Brasil. **Rev Saude Publica**, v. 52, p.21, 2018.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE. Ministério da Saúde. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Pesquisa Nacional de Saúde: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: 2019**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>>. Acessado em: 04 de maio de 2020.
- BRASIL. **Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018** / Ministério da Saúde, Secretaria

de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigitel/vigitel-brasil-2018.pdf/view>>. Acessado em: 04 de maio de 2020.

- CHATTERJEE, A.; GERDES, M.W.; MARTINEZ, S.G. Identification of Risk Factors Associated with Obesity and Overweight-A Machine Learning Overview. **Sensors (Basel)**, v. 20, n. 9, p. 2734, 2020.
- CHU, D.T. *et al.* An update on obesity: Mental consequences and psychological interventions. **Diabetes Metab Syndr**, v.13, n. 1, p. 155-160, 2019.
- CONTALDO, F. *et al.* Nutrition Transition and Cancer. **Nutrients**, v.12, n.3, p. 795, 2020.
- CRIMARCO, A.; LANDRY, M.J.; GARDNER, C.D. Ultra-processed Foods, Weight Gain, and Comorbidity Risk. **Curr Obes Rep**, v. 22, p. 1–13, 2021.
- ELIZABETH, L. *et al.* Ultra-Processed Foods and Health Outcomes: A Narrative Review. **Nutrients**, v. 12, p. 1955, 2020.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**: avaliação nutricional da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. 2010/ IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2011.
- LEVY, R. B. *et al.* Ultra-processed food consumption and type 2 diabetes incidence: A prospective cohort study. **Clin Nutr**, v. 40, n. 5, p. 3608–3614, 2021.
- LOUZADA, M. L. C; MARTINS, A. P. B; CANELLA, D. S. Alimentos ultraprocessados e perfil nutricional da dieta no Brasil. **Rev Saude Publica**, v.49, p. 38, 2015.
- MIRANDA, C. R.; RAUBER, F.; LEVY, R. Impact of ultra-processed food consumption on metabolic health. **Curr. Opin. Lipidol**, v. 32, n.1, p. 24-37, 2021.
- MONTEIRO, C. A. *et al.* Ultra-processed foods: what they are and how to identify them. **Public Health Nutr**, v. 22, n. 5, p. 936-941, 2019.
- NARDOCCI, M. *et al.* Consumption of ultra-processed foods and obesity in Canada. **Can J Public Health**, v. 110, n. 1, p. 4-14, 2019.
- PAGLIAI G. *et al.* Consumption of ultra-processed foods and health status: a systematic review and meta-analysis. **Br J Nutr**, v. 125, n. 3, p. 308–318, 2021.
- RAUBER F. *et al.* Ultra-processed food consumption and risk of obesity: a prospective cohort study of UK Biobank. **Eur J Nutr**, v. 60, n.4, p. 2169-2180, 2021.
- RODRIGUES, R. M. *et al.* Limitações na comparação dos Inquéritos Nacionais de Alimentação de 2008–2009 e 2017–2018. **Rev Saude Publica**, v. 55, supl 1, p. 3s, 2021.

- SANTOS, D. S. *et al.* Transição nutricional na adolescência: uma abordagem dos últimos 10 anos. **REAS**, n. 20, p. e477, 2019.
- SCHMIDT, B. M. I. *et al.* Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**, v. 377, p. 1949-1961, 2011.
- SILVA, D. C. G. *et al.* Degree of food processing and its relationship with overweight and body adiposity in Brazilian adult. **Rev Nutr**, v. 34, p. e200135, 2021.
- SUNG, H. *et al.* Consumption of Ultra-Processed Foods Increases the Likelihood of Having Obesity in Korean Women. **Nutrients**, v. 13, n. 2, p. 698, 2021.

CONTRIBUIÇÕES DO NÚCLEO DE ENSINO E EXTENSÃO EM ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR PARA A FORMAÇÃO ACADÊMICA EM ENFERMAGEM

DOI: 10.51859/AMPLA.SPT853.1122-12

Manoelise Linhares Ferreira Gomes
Andressa Nogueira Cardoso
Karine Souza Rodrigues
Francisco José Maia Pinto

1. INTRODUÇÃO

A Extensão Universitária promove a integralização social e a democratização do conhecimento acadêmico ao viabilizar a interação entre a universidade e a comunidade (BRASIL, 2012). Na formação acadêmica em Enfermagem, o Núcleo de Ensino e Extensão em Assistência Pré-Hospitalar (NEEAPH), como projeto de extensão, é responsável por possibilitar o contato acadêmico-social e, conseqüentemente, promover a saúde e prevenir agravos, sobretudo diante dos eventos emergenciais resultantes de causas externas.

No Brasil, óbito por causas externas, a exemplo de agressões e acidentes de trânsito, é classificado como a terceira maior causa de morte no país, sendo responsável por inúmeras hospitalizações, atendimentos ambulatoriais e de emergências (SILVA *et al.*, 2021). Nesse contexto, é comum que, em situações emergenciais, o paciente evolua para o quadro de Parada Cardiorrespiratória (PCR), caso o Suporte Básico de Vida (SBV) não seja realizado de forma rápida e efetiva (OLIVEIRA *et al.*, 2021). Isso torna preocupante a existência de divergências na literatura acerca das competências e habilidades dos discentes, frente à tomada de decisões em situações emergenciais (VASCONCELOS *et al.*, 2021).

Dessa forma, para que a assistência ao sujeito em situação de emergência seja resolutiva, é imprescindível o reconhecimento do tipo de agravo à saúde e a aplicação do SBV em tempo hábil. Esse atendimento, dinâmico e complexo, exige organização e *expertise* dos emergencistas (KHAJEHAMINIAN *et al.*, 2018; LIMA, 2018). Inicia-se no ambiente pré-hospitalar, o qual, por cenário vulnerável, apresenta múltiplos aspectos que corroboram para o elevado quantitativo de óbitos, uma vez que as vítimas podem apresentar *déficits* cognitivo e fisiológico, instabilidade hemodinâmica e comprometimento cardíaco (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Entende-se, assim, que é incumbência da universidade qualificar os graduandos por meio de treinamentos, frente à essa vertente de cuidado, a fim de reduzir os erros no exercício profissional (LIMA, 2018). Desse modo, devem ser otimizados espaços de aperfeiçoamento precoce, em meio à matriz curricular dos cursos de graduação em Enfermagem (LIMA *et al.*, 2019). Além disso, há necessidade de serem oportunizadas ferramentas educacionais que viabilizem o ensino supervisionado por meio da Extensão Universitária, com o intuito de descobrir talentos e contribuir para a prática baseada em evidências, frente às situações emergenciais em saúde. Ademais, se realizada de forma correta e em tempo hábil, a Assistência Pré-Hospitalar (APH) contribui para o decréscimo de custos onerosos ao Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com Almeida (2019), existem poucas pesquisas direcionadas às ligas e à equipe de Enfermagem no atendimento pré-hospitalar, devido à regulamentação tardia do enfermeiro, em 2011, na área. Ademais, a carga horária destinada à urgência e emergência dentro dos módulos dos cursos de graduação em Enfermagem é insuficiente, o que denota a importância do NEEAPH na formação dos graduandos, pois além de otimizar a formação profissional e a contribuição da pesquisa, pode gerar sobrevida das vítimas e redução dos agravos à saúde. Dessa maneira, justifica-se o presente relato de experiência com enfoque nos benefícios do NEEAPH para a formação em Enfermagem, bem como na contribuição de diversos contextos de atenção à saúde, como meio norteador para a prevenção de agravos e sobrevida das vítimas.

O estudo objetivou relatar as contribuições do Núcleo de Ensino e Extensão em Assistência Pré-hospitalar na formação em Enfermagem.

2. MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência. Foi desenvolvido por discentes de Enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior (IES) Pública, localizada na região norte do Ceará, no período de agosto a outubro de 2021, a partir das vivências do NEEAPH no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do município.

Fundado em julho de 2014, o NEEAPH é composto por dez acadêmicos de Enfermagem e dois coordenadores docentes. Possui como principais objetivos: propiciar a consolidação de saberes técnico-científicos no âmbito da Assistência Pré-Hospitalar (APH), favorecer vivências extramurais, nas quais sejam viabilizadas estratégias para implementar a sistematização do cuidado em Enfermagem, na perspectiva assistencial, em eventos de urgência e emergência, e

auxiliar o município em incidentes de magnitude considerável, mediante apoio de sujeitos aptos para atender fora do hospital.

Quanto às atividades de ensino, pesquisa e extensão, o NEEAPH proporciona criatividade e criticidade na formação discente. Os acadêmicos auxiliam os profissionais do serviço nos atendimentos durante os plantões, que são organizados em sistema de escala, com duração de doze horas sequenciadas, contrapondo-se aos horários de aula. Outrossim, reúnem-se para momentos de ensino, com periodicidade semanal, configurando-se um espaço de diálogo síncrono sobre os casos clínicos e a fisiopatologia dos agravos evidenciados nas situações emergenciais.

O SAMU do município conta com três ambulâncias, das quais, duas são Unidades de Suporte Básico (USB) e uma é Unidade de Suporte Avançado (USA), além da Motolância. Dentre os colaboradores do serviço, há sete enfermeiros, 13 técnicos de Enfermagem, 16 médicos, 12 técnicos auxiliares de regulação médica e 12 condutores socorristas, todos capacitados para atuar em eventos emergenciais. Desta forma, são realizados cerca de 750 atendimentos mensais.

3. RESULTADOS

A inserção dos discentes do projeto de extensão no SAMU fomenta o compartilhamento de experiências e caracteriza espaço socializador e de transformação singular no aprendizado. Assim, os profissionais possuem contato com evidências científicas e os acadêmicos têm a oportunidade de aprender técnicas relacionadas aos diversos tipos de atendimento no âmbito pré-hospitalar, em especial, o SBV. Além disso, o incentivo à participação em eventos acadêmicos com foco na APH, por meio da apresentação de trabalhos científicos, possibilita enriquecimento curricular, que possui relevância diante de seleções profissionais e programas de pós-graduação.

Destaca-se a atuação dos membros do NEEAPH no SAMU como impulsionadora da qualificação dos profissionais mediante educação permanente, o que notabiliza a importância do projeto de extensão tanto para a formação acadêmica quanto profissional. Nesse sentido, a formação acadêmica é otimizada pelo sistema de plantões, com possibilidade para desenvolvimento de senso crítico, raciocínio científico, postura ética/profissional, aperfeiçoamento teórico-prático, habilidades de liderança, comunicação, planejamento estratégico e gestão de pessoas. É válido ressaltar, ainda, que o NEEAPH dispõe de significativa

quantidade de ex-ligantes como profissionais atuantes no serviço, o que evidencia os efeitos do projeto acerca do direcionamento profissional dos alunos.

Desenvolvido com base na estratégia do tripé universitário (ensino, pesquisa e extensão), o NEEAPH também possibilita o aprendizado por intermédio das vivências em monitorias nos níveis técnico e de graduação, abrangendo como público-alvo leigos e discentes na referida IES, além de serem viabilizadas oportunidades para publicação dessas experiências.

4. DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo mostram que a participação no NEEAPH proporciona, aos discentes, experiências diversificadas no contexto pré-hospitalar, o que denota aperfeiçoamento do raciocínio clínico, mediante proximidade com a realidade dos atendimentos no SAMU. Nesse sentido, a extensão universitária permite a inserção do discente no ambiente profissional, tornando-o corresponsável pela sua aprendizagem, e viabiliza adquirir conhecimentos com o ensino e a pesquisa.

As ações extensionistas também representam meio propiciador da disseminação de conhecimentos entre a universidade e a comunidade (SOUSA *et al.*, 2019), sendo necessário, para tal, que a formação acadêmica seja efetivada de acordo com as metas, diretrizes e estratégias do Plano Nacional de Educação (PNE) (FERREIRA; SURIANO; DOMENICO, 2018). Nesse contexto, as atividades de Educação em Saúde, viabilizadas pelos integrantes do NEEAPH junto à comunidade, oportunizam *expertise* e autonomia aos acadêmicos acerca das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (NEEAPH, 2015), bem como favorecem a conscientização do público leigo acerca dos cuidados diante das situações de emergência.

Diante disso, a metodologia implementada no NEEAPH permite que os discentes aperfeiçoem habilidades técnicas e atuem como promotores de saberes, o que corrobora com o estudo de Sousa *et al.*, (2019), o qual apresentou a extensão universitária como meio norteador para a integração dos conhecimentos teóricos e práticos.

Acredita-se que novas competências profissionais são desenvolvidas no campo de atuação do NEEAPH, como a realização do SBV, que é constituído por técnicas que objetivam socorrer as vítimas em risco de morte por Parada Cardiorrespiratória (PCR) (RODRIGUES *et al.*, 2020). Para isso, tal procedimento restabelece o fluxo sanguíneo mediante desobstrução das vias aéreas e massagens cardíacas (SOUSA *et al.*, 2019), o que favorece a sobrevivência e o decréscimo dos agravos à saúde das vítimas.

O processo de ensino e aprendizagem é descrito como diálogo que permite trocas de experiências entre docentes e discentes, e rompe paradigmas tradicionais relativos à transmissão unilateral e vertical de conteúdos, sendo a monitoria acadêmica destaque como propulsora do aprendizado (ANDRADE *et al.*, 2018). Neste sentido, os docentes do NEEAPH são responsáveis por orientar e capacitar discentes acerca do conhecimento em urgência e emergência no ambiente pré-hospitalar, permitindo a imersão e atuação no SAMU, o que fortalece o serviço e viabiliza a prática baseada em evidências, mediante contato com os profissionais.

Outrossim, por ser constituído a partir do tripé universitário, o ensino oportuniza maior visibilidade do curso de Enfermagem como meio promotor da saúde e, do NEEAPH, como oportunidade para salvar vidas. Tais condições favorecem o interesse pelo ingresso na universidade, em especial no contexto pandêmico. Neste, devido ao uso das redes sociais para propagar notícias e conhecimentos, os integrantes do NEEAPH têm conseguido ofertar cursos e eventos *on-line*, a exemplo da I Jornada Nacional de Urgência e Emergência (I JORNUE), além de postagens acerca das condutas adequadas no atendimento pré-hospitalar mediante aplicativos móveis de mensagens instantâneas. Conforme Burgos *et al.*, (2019), estar à frente de atividades técnico-científicas otimiza a aprendizagem, estimula a busca por novos saberes e oferece sentimentos de autoconfiança e responsabilidade.

No que se refere às atividades realizadas, também foram desenvolvidos, pelos integrantes do NEEAPH, eventos de Educação em Saúde, direcionados aos leigos, como aulas sobre Primeiros Socorros para estudantes de Ensino Médio, minicursos sobre urgência e emergência com foco nos discentes de graduação e profissionais de saúde, além do uso de mídias sociais mediante *lives* e *quizzes*, a fim de disseminar conhecimento e propiciar autonomia, responsabilidade e capacitação de leigos e profissionais de saúde.

No que concerne aos integrantes do projeto, a extensão contribui para a formação acadêmica por meio da realidade vivenciada no serviço, o que possibilita o desenvolvimento do pensamento crítico e independência frente aos cuidados de Enfermagem. Destaca-se, ainda, a contribuição no aprendizado teórico-prático, melhora no desempenho e *expertise* na assistência segura e humanizada, habilidades necessárias para formação profissional e desempenho satisfatório. Desse modo, o NEEAPH contribui para a atuação eficaz e otimização do tempo de atendimento.

É pertinente ressaltar que o estudo apresenta limitações por se tratar apenas de impressões vivenciadas pelos discentes monitores do projeto. Dessa forma, denota-se a

importância de incentivar a produção científica acerca da temática estudada na perspectiva dos profissionais do SAMU.

5. CONCLUSÃO

Diante do exposto, infere-se que o projeto de extensão NEEAPH contribui na qualificação dos discentes de Enfermagem a partir de aprendizados singulares, uma vez que o(a) graduando(a) é inserido(a) no ambiente prático e atua junto aos profissionais nos eventos emergenciais. Tal experiência permite o desenvolvimento de habilidades relacionadas à assistência, além de otimizar o currículo acadêmico dos estudantes, o que é essencial para pleitear vagas em processos seletivos futuros.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, R.B; ALVARES, A, C, M. Assistência de enfermagem no serviço móvel de urgência (SAMU): revisão de literatura. **Rev Inic Cient e Ext**, v. 2, n. 4, p. 196-207, 2019.
- ANDRADE, E. G. R. et al. Contribuição da monitoria acadêmica para o processo ensino-aprendizagem na graduação em enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 71, p. 1690-1698, 2018.
- BRASIL. Política Nacional de Extensão Universitária. Fórum de pró-reitores de extensão das Instituições de Educação Superior Públicas Brasileiras, Amazônia, 2012.
- BURGOS, C. N. et al. Monitoria acadêmica na percepção dos estudantes de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 9, p. 37, 2019.
- FERREIRA, P.B.; SURIANO, M.L.F.; DOMENICO, E.B.L.
Contribuição da Extensão Universitária na formação de graduandos em Enfermagem. **Rev. Ciênc. Ext**, v. 14, n. 3, p.31-49, 2018.
- KHAJEHAMINIAN, M. R. et al. A systematic literature review of criteria and models for casualty distribution in trauma related mass casualty incidents. **Injury**, v. 49, n. 11, p. 1959-68, 2018.
- LIMA, D. S. Noções em incidentes com múltiplas vítimas. Emergência médica: suporte imediato à vida. **Unichristus**, p. 271-84, 2018.
- LIMA, D. S. et al. Simulação de incidente com múltiplas vítimas: treinando profissionais e ensinando universitários. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, 2019.
- NEEAPH, 2015. **Estatuto do Núcleo de Ensino e Extensão em Atendimento Pré-Hospitalar**. NEEAPH, 2021. OLIVEIRA, G. F. S. M. Assistência de enfermagem em relação às diretrizes

de atendimento a parada cardiorrespiratória. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, v. 6, n. 3, p. 21-30, 2021.

RODRIGUES, G. V. B. et al. Educação permanente em saúde nos serviços de urgência e emergência: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, 2020.

SILVA, S. K. A. Óbitos por causas externas no Brasil: um estudo ecológico temporal de 2014 a 2018. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n.7, p. 67049-67059, 2021.

SOUSA, B. S. et al. A contribuição da extensão universitária no serviço de assistência pré-hospitalar. **Revista Nursing**, v. 22, n. 250, p. 2740-2743, 2019.

SOUSA, T. M. et al. A importância do ensino aprendizado do Suporte Básico de Vida para crianças em idade escolar. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v. 11, n. 02, p; 63-71, 2019. 11(02). Disponível em <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/idade-escolar>. Acesso em 11 set 2021.

VASCONCELOS, A. J. et al. Conhecimento dos estudantes de enfermagem sobre parada cardiorrespiratória: revisão integrativa. **Revista Científica de Enfermagem**, v. 11, n. 33, p. 90-98, 2021.

EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS SOBRE OS FATORES ASSOCIADOS À ATROFIA MUSCULAR ESPINHAL EM CRIANÇAS

DOI: 10.51859/AMPLLA.SPT853.1122-13

Lívia Sayuri Félix Mendes ¹
Erika de Vasconcelos Barbalho ²
Francisco José Maia Pinto

¹ Fisioterapeuta, Residente em Neonatologia pela Santa Casa de Misericórdia de Sobral, CE

² Fisioterapeuta, Docente do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Inta - UNINTA

1. INTRODUÇÃO

A Atrofia Muscular Espinhal (AME) é uma doença rara, causada por alterações genéticas que afetam as células conhecidas como neurônios, que controlam os diversos músculos do corpo. A AME é, portanto, uma doença genética e neuromuscular progressiva que, de acordo com o tipo, leva a diferentes níveis de gravidade e comprometimento na vida do indivíduo (BRASIL, 2019).

A AME foi descrita pela primeira vez há quase 130 anos (LI *et al.*, 2020). De lá para cá, diversos estudos foram desenvolvidos, aumentando consideravelmente o conhecimento sobre suas causas. Hoje, sabe-se que ela é causada por alterações no gene SMN1, que é responsável pela produção da proteína de sobrevivência do neurônio motor, conhecida como SMN (BRASIL, 2020).

No entanto, até o momento, não se sabe ao certo, quais fatores levam à estas alterações genéticas, mas já se sabe que algumas situações de risco podem estar correlacionadas. Nesse contexto, considera-se como possível condição predisponente a exposição a determinados fatores de risco, que são quaisquer circunstâncias ou variáveis associadas à alta probabilidade de ocorrência de doenças ou agravos à saúde (*GLOBAL BURDEN OF DISEASE*, 2016).

Os fatores de risco para determinada patologia ou condição de saúde podem ocorrer de forma isolada ou em conjunto, e estão relacionados com condições socioeconômicas, culturais e hábitos de vida. Em caso de doenças pediátricas congênitas ou adquiridas, como a AME, pode haver uma associação ainda com circunstâncias gestacionais, do parto e o desenvolvimento da criança, no pós-parto (MALTA, 2017).

A AME é subdividida clinicamente em cinco tipos, definidos pela idade de aparecimento dos sintomas e pelas habilidades motoras alcançadas. Assim, pessoas com a mesma doença podem apresentar níveis de acometimento e manifestações clínicas diferentes, necessitando de terapêutica individualizada, multiprofissional, e constantes atualizações na temática (BRASIL *et al.*, 2019).

Apesar de ser uma doença relativamente rara, a AME tem um impacto social e de saúde pública muito importante, sendo a maior causa genética de morte em crianças com menos de 2 anos de idade no mundo (BIOGEN, 2019). Além disso, a progressão da AME gera um impacto importante na qualidade de vida das pessoas com a doença. Ações e tarefas simples como andar, se alimentar e até mesmo respirar podem se tornar extremamente difíceis, trazendo desafios emocionais e sociais não só para quem tem a doença, mas também para familiares e comunidade próxima (ROUAULT *et al.*, 2017).

É uma afecção que se configura como complexa e desafiadora, visto que requer um cuidado integrado envolvendo profissionais de saúde, cuidadores e familiares trabalhando de forma multidisciplinar, motivo pelo qual conhecer os fatores de risco relacionados à Atrofia Muscular Espinhal em crianças é fundamental para proporcionar a identificação precoce das situações predisponentes a esta patologia, a fim de embasar práticas assistencialistas e políticas públicas que possam reduzir a exposição a tais fatores e conseqüentemente, prevenir a ocorrência da mesma. Desta forma, o objetivo deste trabalho foi analisar as evidências científicas sobre os fatores associados à Atrofia Muscular Espinhal em crianças.

2. MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, realizada com base na definição de revisão integrativa de Casarin *et al.*, (2020), que a descreve como um método de pesquisa que visa integrar achados de trabalhos empíricos e teóricos, de forma a sintetizar resultados e aprofundar o conhecimento em determinado tema. Tem como principal benefício, segundo documento da UFRGS (2021), a possibilidade de incorporação da aplicabilidade de seus achados teóricos na prática clínica.

Foram seguidas, criteriosamente, as seis etapas deste tipo de estudo, que são: 1 – Definição do tema, elaboração da questão da pesquisa, objetivos e identificação das palavras-chave/descriptores; 2- Estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos, busca nas bases de dados, organização do banco de referências e seleção dos estudos. 3 – Extração dos dados para a organização e sintetização das informações; 4- Análise crítica dos estudos

incluídos; 5- Interpretação e discussão dos resultados; 6- Apresentação dos resultados da revisão (CASARIN *et al.*, 2020).

Para definição da pergunta norteadora, utilizou-se como base o diagrama PICO, descrito pela UFRGS (2021), conforme ilustrado na Figura 1.

Figura 1 - Demonstração da elaboração da pergunta norteadora, com base no diagrama PICO.



Fonte: Autoria própria (2021).

Dessa forma, a pergunta norteadora formulou-se da seguinte maneira: “Quais os fatores associados ao desenvolvimento da Atrofia Muscular Espinhal em crianças?”. O presente estudo objetivou responder a esta pergunta através de uma revisão integrativa de literatura.

A pesquisa foi desenvolvida no período de setembro a dezembro de 2021, a partir de uma busca nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Medical Literature Analysis Retrieval System Online (MEDLINE)*, via PubMed e Portal de Periódicos CAPES, com base nos Descritores em Saúde “atrofia muscular espinhal”, “fatores de risco” e “causalidade”, bem como os termos *Mesh* correspondentes “*muscular atrophy spinal*”, “*risk factors*” e “*causality*”. A busca foi realizada em duas etapas, sendo a primeira utilizando os descritores em português e na segunda com os termos *Mesh* correspondentes, combinados pelo operador booleano AND em ambas as fases de busca.

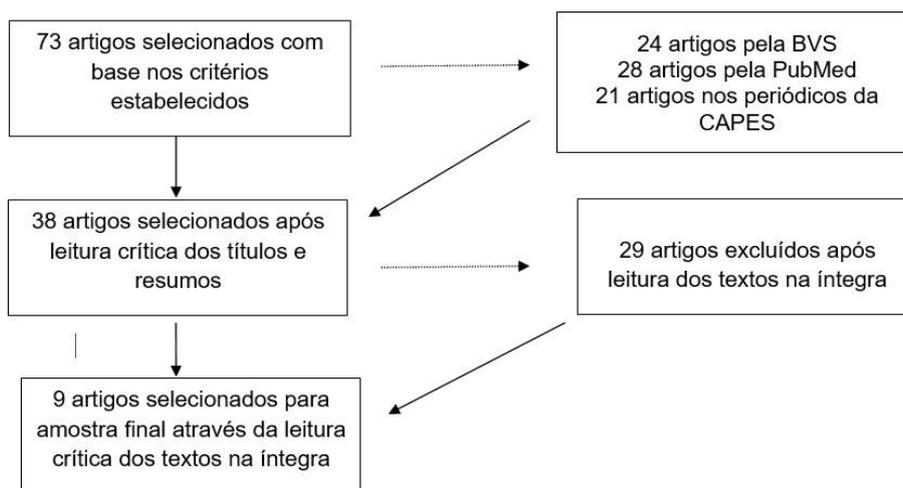
Foram incluídos artigos primários, publicados entre os anos de 2017 a 2021, redigidos no idioma português ou inglês, que respondessem à pergunta norteadora, observando inicialmente, título e resumo, e que estivessem disponíveis gratuitamente na íntegra. Como critérios de exclusão, não foram considerados estudos inclusos na literatura cinzenta, bem como aqueles que estivessem duplamente indexados nas bases de dados.

Após finalizada a leitura dos títulos e resumos, 38 artigos foram selecionados para serem lidos na íntegra. Para categorização dos trabalhos, foi elaborado um instrumento de análise (Quadro 1), contemplando as seguintes informações: dados de identificação do artigo (autores e ano de publicação), tipo de estudo, objetivo do estudo, principais resultados considerando os objetivos propostos.

Ao término da leitura crítica dos artigos na íntegra, 9 trabalhos permaneceram como fonte de dados da presente pesquisa e, após o preenchimento do instrumento de análise, estes dados foram analisados e discutidos frente à bibliografia selecionada, utilizando quadros, tabelas e gráficos, quando necessário.

A Figura 2 ilustra, de forma resumida, os resultados encontrados a cada fase de busca.

Figura 2 - Descrição dos artigos indexados nas bases de dados BVS, PubMed e portal de periódicos CAPES.



Fonte: Autoria própria (2021).

Por tratar-se de uma revisão de literatura, não foi necessária apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP). Além disso, todas as produções utilizadas neste trabalho foram devidamente referenciadas conforme as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

Ao longo dos anos, diversos autores buscaram investigar a Atrofia Muscular Espinhal a fundo, bem como os diversos contextos relacionados a esta patologia. O Quadro 2 ilustra, de forma resumida, os estudos selecionados para análise com base em autor/ano, objetivo, método e principais resultados.

Quadro 2 - Resumo dos estudos selecionados para análise com base em autor/ano, objetivo, método e principais resultados.

AUTOR/ANO	OBJETIVO	MÉTODO	PRINCIPAIS RESULTADOS
VALÊNCIA <i>et al.</i> , 2017	Estabelecer as características clínicas, eletromiográficas e genéticas de pacientes menores de 18 anos com atrofia muscular espinhal na cidade de Medellín, durante o período 2008-	Estudo retrospectivo, 29 pacientes com AME atendidos na Fundação Hospital Universitário San Vicente e centro privado de	- AME tipo I como subtipo mais frequente;

AUTOR/ANO	OBJETIVO	MÉTODO	PRINCIPAIS RESULTADOS
	2013.	Neuropediatria de Medellín no período 2008-2013.	- Hipotonia, fraqueza muscular e arreflexia como principais manifestações.
MORAES <i>et al.</i> , (2019)	Relatar e detalhar uma série de casos sobre a Doença de Kennedy, subtipo da Atrofia Muscular Espinhal.	Estudo com 32 pessoas acometidas com atrofia muscular espinhal e bulbar no Uruguai.	- Maior prevalência no sexo masculino; - Necessidade de aconselhamento genético massivo - Presença de história familiar de fraqueza muscular progressiva e/ou AME.
PACIONE <i>et al.</i> , 2019	Caracterizar as perspectivas de pacientes e famílias com AME que não queriam, ou estavam inseguros sobre receber este novo tratamento inovador para uma condição anteriormente intratável e muitas vezes fatal.	Entrevista qualitativa com 13 pessoas, pais de crianças com AME.	A maioria dos entrevistados se mostrou desinteressado na terapia, principalmente devido ao alto custo; Os entrevistados seriam adeptos da terapia se esta fosse ofertada de forma gratuita.
OSÓRIO; GARCIA (2020)	Conhecer as características clínicas de pacientes mexicanos com AME, que permitam o reconhecimento oportuno da patologia e do início das medidas terapêuticas.	Estudo retrospectivo, observacional e descritivo de 31 pacientes com AME.	- AME tipo I como a mais incidente; - Atraso no diagnóstico, por volta dos 30 meses de idade.
YANG <i>et al.</i> , (2021)	Estudar a história natural da atrofia muscular espinhal (AME) em Chongqing e áreas adjacentes na China, e fornecer uma base clínica para o gerenciamento abrangente e terapia de modificação genética para a AME.	Análise retrospectiva dos dados médicos e do estado de sobrevivência de 117 crianças com AME.	- Maior incidência de AME tipo I; - Diagnóstico geralmente tardio; - Pneumonia e fraqueza no controle da cabeça como sintomas iniciais.
BARCELÓ <i>et al.</i> , (2021)	Estimar a prevalência e incidência de AME nas regiões espanholas da Catalunha e Valência no período 2011-2019.	Estudo diagnóstico e de prevalência utilizando duas coortes espanhola de base populacional, uma da Catalunha e outra de Valência.	- Ausência de consanguinidade entre os pais; - Indivíduos advindos de estratos sociais mais baixos.
		Avaliação de 29 gestações com risco para AME grave realizando ultrassonografia 2D em torno de 11-14 semanas, antes do teste molecular pré-natal	- 12 indivíduos foram diagnosticados como saudáveis, 10 como portadores e 7 como afetados.

AUTOR/ANO	OBJETIVO	MÉTODO	PRINCIPAIS RESULTADOS
PARRA et al., (2021)	Identificar possíveis atrasos ou alterações nos movimentos fetais detectáveis por ultrassom.	do gene SMN1.	- Foi observada redução dos movimentos fetais gerais, de braços e pernas, de cabeça, sobressaltos e soluços.
PERRONE; FERNANDEZ (2021)	Relatar caso de paciente com AME e TDAH.	Relato de caso de paciente com 8 anos e diagnóstico de Atrofia Muscular Espinhal e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade.	- Ausência de histórico de consanguinidade; - Diagnóstico realizado de forma tardia.
TONANEZ; SANCHEZ; GALEANO (2021)	Descrever as características clínicas, epidemiológicas e genéticas de pacientes com AME do serviço de neurologia do Hospital Geral Pediátrico <i>Niños de Acosta Ñu</i> .	Estudo observacional, descritivo, retrospectivo e transversal com 26 crianças.	Maior prevalência no sexo masculino; - AME tipo I como a mais incidente; Maior incidência em estratos socioeconômicos mais baixos; Diagnóstico geralmente tardio.

Fonte: Autoria própria (2021).

De acordo com a literatura utilizada, até o momento, não se sabe qual a real prevalência da Atrofia Muscular Espinhal em crianças brasileiras, no entanto, diversos estudos relatam a situação epidemiológica desta patologia em países da América Latina, com características semelhantes as do Brasil, que podem ser utilizadas como base, considerando as correlações nos aspectos culturais, socioeconômicos e geográficos.

O estudo de Moraes *et al.*, (2019) realizado no ano de 2019, no Uruguai, mostrou um subtipo da Atrofia Muscular Espinhal, a Doença de Kennedy, sendo mais prevalente no sexo masculino, devido sua associação com o Cromossomo X. Já no Paraguai, o estudo de Tonanez, Sanchez e Galeano (2021), identificou através da investigação com 26 crianças, que a predominância da AME foi de 15/26 (57,5%) para o sexo masculino. Resultados semelhantes também foram descritos por Valência *et al.*, (2017), que estudaram 29 crianças colombianas com diagnóstico de AME, relatando a mesma associação da patologia com o sexo masculino.

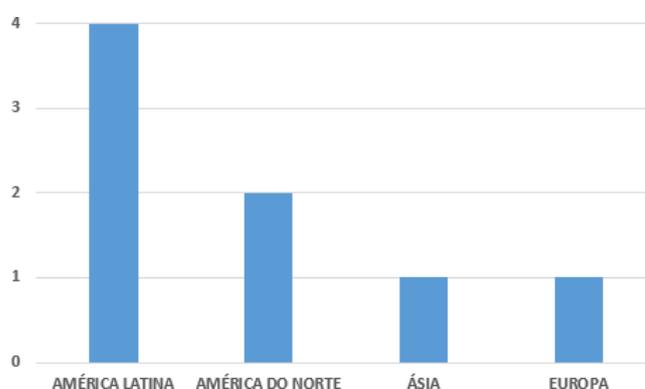
Segundo a literatura, supõe-se que a mesma prevalência seja mantida nível mundial, pois alguns estudos, como o de Barceló *et al.*, (2021), realizado de forma retrospectiva em um período de 25 anos, na Espanha, observando 37 pacientes, demonstrando prevalência semelhante à supracitada. Além disto, identificou-se através do estudo de Tonanez, Sanchez e Galeano (2021), uma prevalência de 1-2: 100.000 pessoas, uma incidência de 1: 6.000-10.000 nascimentos e uma frequência portadora 1: 40-70 indivíduos. Outros estudos como o de

Barceló, *et al.*, (2021), realizado na Espanha e o de Osório e Garcia (2020), no México apresentaram prevalências estatisticamente semelhantes.

Ressalta-se ainda, a maior prevalência de subtipos específicos da Atrofia Muscular Espinhal. Um estudo de 29 pacientes com diagnóstico de AME feito na Colômbia, entre 2008 e 2013, descobriu que 59% dos casos tinha AME tipo I; 28,6% AME tipo II e 12,4% AME tipo III (VALÊNCIA *et al.*, 2017). Estudos como o de Perrone e Fernandez (2021) e Osório e Garcia (2020), também apresentaram maior incidência de AME tipo I, associado à maior prevalência na faixa etária pediátrica. Além do sexo masculino poder estar classificado como um fator de risco genético para a Atrofia Muscular Espinhal, alguns estudos, também demonstram uma provável associação com as condições sociodemográficas da criança.

A literatura demonstra que, a maioria dos estudos investigativos sobre AME, publicados entre os anos de 2017 a 2021 foram realizados em países da América Latina, conforme ilustrado no Gráfico 1. Este fator indica uma maior preocupação destas populações sobre o conhecimento detalhado da patologia, o que pode estar relacionado a uma maior incidência nestes locais, quando comparado a outros continentes.

Gráfico 1: Distribuição dos estudos por região de publicação.



Fonte: Autoria própria (2021).

Além disso, é necessário considerar que estes países possuem condições socioculturais e econômicas bastante semelhantes, sendo indicativo de que possa haver uma associação entre estes fatores com o desenvolvimento de AME em crianças (TONANEZ; SANCHEZ; GALEANO, 2021).

Por tratar-se de uma patologia de origem genética, estimava-se haver uma correlação entre sua incidência e casos de consanguinidade. No entanto, poucos estudos abordavam este aspecto, como o de Barceló (2019), e o de Perrone e Fernandez (2021), que obtiveram resultados semelhantes, relacionados a uma não associação. Um outro estudo realizado por

Osório e Garcia (2020), também constatou, no México, que casos de consanguinidade existiam em apenas 2 de 31 famílias estudadas.

Apesar de parecer não haver relação com a consanguinidade, a literatura demonstra que grande parte das crianças diagnosticadas com AME possuíam histórico familiar da patologia ou de patologias relacionadas com fraqueza muscular progressiva. Segundo Moraes *et al.*, (2019), a maior predominância ocorre entre irmãos.

Alguns estudos também abordam a relação da incidência de AME com aspectos gestacionais e periparto. Em seu estudo, Parra *et al.*, (2021) identificou uma associação entre o desenvolvimento de AME e relatos de hipomotilidade fetal no último trimestre de gravidez e histórico de aborto anterior.

Apesar de estes aspectos em si não serem capazes de modificar o gene *SNM1*, causador genético conhecido da AME, acredita-se que os fatores relacionados a estas condições, e às diversas alterações orgânicas ocorridas a partir de condições inadequadas de gestação e parto possam desencadear uma alteração genética no embrião ou feto, bem como em gestações subsequentes (MOREIRA, 2017).

Este dado leva à discussão ainda, sobre a relevância e a influência do estudo dos fatores de risco para a saúde materno-infantil, especialmente, com relação ao desenvolvimento, diagnóstico e tratamento da Atrofia Muscular Espinhal.

Segundo Moraes *et al.*, (2019), conhecer os fatores que possam estar relacionados com o desenvolvimento de AME, é essencial para nortear as ações e serviços de saúde que possam vir a prevenir esta patologia. Da mesma forma, também é necessário o estudo massivo dos critérios diagnósticos, a fim de que possam ser identificados de forma rápida e eficaz.

Apesar da importância, a maioria dos diagnósticos de AME, conforme descrito por Yang *et al.*, (2021) é realizada de forma tardia. Segundo o autor, os pacientes geralmente são encaminhados de unidades de saúde primárias e secundárias, onde os profissionais de primeiro contato não estão sensibilizados com esta doença. A dificuldade de acesso ao diagnóstico é ainda mais prejudicada por condições socioeconômicas, fato que é corroborado por Tonanez, Sanchez e Galeano (2021).

No Brasil, o Centro de Estudos do Genoma Humano, na Universidade de São Paulo, oferece um diagnóstico pré-natal a casais que já tiveram um filho com AME, já que estes estão predispostos a ter outro filho com a mesma doença. Dessa forma, observa-se que, pelo fato da AME ser uma desordem de origem genética recessiva, o aconselhamento genético é um componente essencial para as famílias desses pacientes, mas que é dificultado devido o alto custo (PACIONE *et al.*, 2019).

O sugerido por Moraes *et al.*, (2019), é que sejam realizados de forma massiva o diagnóstico pré-natal e a triagem neonatal, de forma a identificar precocemente a doença. No entanto, baseado em contextos de mapeamento genético de alto custo, o ideal é que se conheçam os fatores predisponentes à patologia, para que a investigação diagnóstica seja realizada quando for identificado risco de desenvolvimento, mostrando novamente a importância de se conhecer os fatores associados a esta patologia.

Já com relação ao tratamento para AME, até o momento, há a possibilidade da medicação utilizando o Spinraza (Nusinersen), um dos remédios de maior custo em nível mundial. No Brasil, esta medicação é disponibilizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com dados de Brasil (2019), mas conta com uma série de preceitos legais, dificultando o processo.

Segundo Pacione *et al.*, (2019), após estudo que investigou a adesão de pacientes e familiares de crianças com AME quanto ao uso da medicação, poucos entrevistados demonstraram interesse quando ao uso da mesma, principalmente, devido seu alto custo. Ainda assim, o início precoce do tratamento é fundamental porque impede a progressão da doença e possibilita um melhor prognóstico, indicando a necessidade de maior assistência nas ações de saúde.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dessa forma, de acordo com a literatura utilizada como referência, conclui-se que a Atrofia Muscular Espinhal é mais prevalente em crianças, na faixa etária de 0 a 2 anos, do sexo masculino, provenientes de países da América Latina, principalmente, dos estratos socioeconômicos mais baixos.

Os principais fatores de risco associados ao desenvolvimento da AME em crianças incluem, até o momento, etiologia latino-americana, sexo masculino, história familiar de Atrofia Muscular Espinhal e/ou fraqueza muscular progressiva, principalmente, em graus próximos, como pais e irmãos, além de condições inadequadas de gestação e parto. Casos de consanguinidade parecem não estar correlacionados, mas necessitam de maior investigação.

Observa-se também que o diagnóstico e tratamento da AME ainda necessitam de maior difusão nos serviços de saúde, e que o estudo dos fatores associados a esta é essencial para possibilitar um diagnóstico precoce, bem como um tratamento adequado e acessível, de forma a garantir um melhor prognóstico para a criança, bem como uma melhor qualidade de vida para a mesma e sua família.

Dessa forma, conclui-se que o estudo dos fatores associados à AME é capaz de nortear as ações e serviços de saúde materno-infantis relacionados ao desenvolvimento de AME em crianças, devendo, por isso, ser constantemente estudados e atualizados, de forma a promover uma assistência adequada.

REFERÊNCIAS

- ALVES, L. E.; MONTEIRO, B. M. M.; SOUZA, J. C. Comparação da classificação dos transtornos do desenvolvimento infantil por meio do DSM-15, CID-10 e CID-11. **Revista Research, Society and Development**, v. 9, n. 10, 2020. Disponível em: <https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/9058/8047>. Acesso em: 03 nov. 2020.
- AMORIM, A. L. M. *et al.* Associação entre doença desmielinizante e doença reumática autoimune em uma população pediátrica. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 57, n.3, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042017000300224&lang=pt. Acesso em 01 nov. 2020.
- ARAÚJO, L B.; ISRAEL, V. L. Caracterização do desenvolvimento neuropsicomotor de crianças até 3 anos: o modelo da CIF no contexto do NASF. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 26, n.3, 2017.
- BARCELÓ, M. A.; POVEDANO, M.; VÁZQUEZ-COSTA, J. F.; FRANQUET, A.; SOLANS, M. SAEZ, M. Estimativa da prevalência e incidência de doenças do neurônio motor em duas regiões espanholas: Catalunha e Valência. **Representante Científico**, v.11, n.1, 2021.
- BASTOS, J. O. F. *et al.* Relação ambiente terapêutico e neuroplasticidade: uma revisão de literatura. *Revista Interdisciplinar Ciências e Saúde*, v. 4, n. 1, 2017. **BIOGEN**. Guia de discussão sobre Atrofia Muscular Espinhal (AME) no Brasil: trabalhar hoje para mudar o amanhã. 1 Ed. Brasília: BIOGEN, 2019. 84 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos estratégicos em saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. **Protocolo Clínico e diretrizes terapêuticas da Atrofia Muscular Espinhal 5q tipo I**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 33 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos estratégicos em saúde. **Atrofia Muscular Espinhal 5q tipo I: Portaria conjunta SCTIE/SAES/MS nº15, de 22 de outubro de 2019**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 2 p.
- BUCCI, M. P. *et al.* Discriminant validity of special and temporal postural index in children with neurodevelopmental disorders. **International Journal of Developmental Neuroscience**, v. 61, n. 1, 2017.

- CALDERÓN, M. Y.; SUAREZ, M. M.; ESCOBEDO, D. M. Defecto del tubo neural. **Jornal Cubano de Obstetrícia y Ginecología**, v. 43, n.1, 2017. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2017000100010&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 02 nov. 2020.
- CALUCHO, M.; BERNAL, S.; ALIAS, L.; MARCH, F.; VENCESLÁ, A.; RODRÍGUEZ-ÁLVAREZ F.J. *Correlation between SMA type and SMN2 copy number revisited: an analysis of 625 unrelated Spanish patients and a compilation of 2,834 reported cases.* **Neuromuscular Disorder**, v.28, n.8, 2018.
- CASARIN, S.T.; GABATZ, R.I.B.; BONOW, C.A.; RIBEIRO, J.P.; MOTA, M.S. Tipos de revisão de literatura: considerações das editoras do *Journal of Nursing and Health*. **Journal of Nursing and Health**, v.10, n.1, 2020.
- COÇA, K. L. *et al.* Prevalência de distúrbios da comunicação, deglutição e motricidade orofacial em crianças e adolescentes no momento da matrícula em um hospital oncológico. **Revista CoDAS**, v. 30, n.1, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822018000100307&lang=pt. Acesso 01 nov. 2020.
- COSTA, R. Z. F. *et al.* Noção temporal de crianças com desenvolvimento típico e transtorno do desenvolvimento da coordenação. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 24, n. 1, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-85572020000100322&script=sci_arttext. Acesso em: 30 out. 2020.
- DELVERT, C. *et al.* Use and tolerability of a side pole static ankle foot orthosis in children with neurological disorders. **SAGE Journals**, v. 41, n. 2, 2017. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0309364616640946>. Acesso em: 01 out. 2020.
- FERREIRA, M. C. *et al.* Qualidade de vida de adolescentes com paralisia cerebral: concordância entre autorrelato e relato do cuidador. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, n.1, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0104-11692020000100357. Acesso em: 25 out. 2020.
- FREITAS, M. *et al.* Qualidade de vida de pacientes com Guillain-Barré: uma revisão. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 20, n.2, 2019. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862019000200004. Acesso em: 03 nov. 2020.
- GAGLIARDI, R.; TAKAYANAGUI, O. M. **Tratado de neurologia da Academia Brasileira de Neurologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019. 2600 p. (*E-Book*). Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788595151314/cfi/6/6!/4/4@0:0>. Acesso em: 02 nov. 2020.
- GLOBAL BURDEN OF DISEASE STUDY. *Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioral, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study.* **The Lancet**, v. 388, n. 10060, 2016.
- GUERRA, S. D.; FERREIRA, A. R. Eventos associados a ocorrência de Hipertensão Intracraniana

em pacientes pediátricos com Traumatismo Cranioencefálico grave e monitoração da pressão intracraniana. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 38, n. 1, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822020000100422&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 04 out. 2020.

JIMENEZ, M. L.; GONZÁLEZ, S. M. P.; GÓMEZ, C. J. A. Atrofia muscular espinhal: novos paradigmas terapêuticos. **Revista de Investigación y Educación em Ciencias de la Salud**, v.5, n.1, 2020.

JOTZ, G. P. *et al.* **Neuroanatomia Clínica e Funcional**. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017. 352 p. (E-Book). Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788595151482/cfi/6/8!/4/2/46/2/2@0:0>. Acesso em: 01 nov. 2020.

LANZA F. C.; GAZZOTTI, M. R.; PALAZZIN, A. **Fisioterapia em Pediatria e Neonatologia: da UTI ao ambulatório**. 2. Ed. Barueri: Manole, 2019. 424 p. (E-Book). Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520455807/cfi/0!/4/2@100:0.00>. Acesso em: 02 nov. 2020.

LI, C.; GENG, Y.; ZHU, X.; ZHANG, L.; HONG, Z.; GUO, X.; XIA, C. *The prevalence of spinal muscular atrophy carrier in China: Evidences from epidemiological surveys*. **Medicine (Baltimore)**, v. 99, n.5, 2020.

LIMA, A. A. R.; CORDEIRO, L. Fisioterapia aquática em indivíduos com distrofia muscular: uma revisão sistemática do tipo escopo. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 27, n.1, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502020000100100. Acesso em: 30 out. 2020.

MALTA, D. C. *et al.* Fatores de risco relacionados à carga global de doença do Brasil e Unidades Federadas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n.1, 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rbepid/2017.v20suppl1/217-232/#>. Acesso em: 01 out. 2020.

MARTINS, F. J.; BESERRA, N. C.; BARBOSA, L. G. Perfil clínico e epidemiológico de crianças internadas por hidrocefalia num hospital municipal de São Paulo no período de 2014 a 2016. **Revista Brasileira de Neurologia**, v. 51, n.1, 2018. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/882446/artigo-4-revista541v4.pdf>. Acesso em: 28 out. 2020.

MARTINS, I. L. S. *et al.* Perfil epidemiológico e clínico de pacientes neurológicos em um Hospital Universitário. **Revista de Neurociências**, v. 27, n. 1, 2019. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/9737/7337>. Acesso em: 02 out. 2020.

MELO, T. R. *et al.* Fisioterapia neurofuncional: atualização de intervenções na infância. **Desenvolvimento da criança: família, escola e saúde**. 1. ed. Curitiba: Omnipax, 2017. 170 p. Disponível em: <http://omnipax.com.br/livros/2017/DCFES/dfes-cap5.pdf>. Acesso em: 29 out. 2020.

MERCURI, E.; FINKEL, R.S.; MUNTONI, F.; WIRTH, B.; MONTES, J.; MAIN, M. *Diagnosis and management of spinal muscular atrophy: part 1: recommendations for diagnosis, rehabilitation, orthopedic and nutritional care*. **Neuromuscular Disorder**, v.28, n.5,

2018.

MOORE, K. L.; PERSAUD, T. V. N.; TORCHIA, M. G. **Embriologia Básica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. 384 p. (E-Book). Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788595150942/cfi/6/4!/4/2/2/2/6/2@0:0>. Acesso em: 02 nov. 2020.

MORAES, M.; CARECA, J.; MONTANO, N.; RODRIGUEZ, X.; QUADRELLIN R.;

VAGLIO, A. Atrofia Muscular espinhal e bulbar: doença de Kennedy – aspectos clínicos e genéticos. **Revista Médica do Uruguai**, v. 35, n.3, 2019.

MOREIRA, E. S. **Considerações preliminares sobre a origem da vida**. Desenvolvimento do sistema nervoso e sua organização geral. 1 Ed. Volta Redonda: UniFOA, 2017. 228 p.

OLIVEIRA, B. S. B. *et al.* Estimulação precoce diante do desenvolvimento da criança com microcefalia: percepção materna. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, supl. 3, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000900139&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 03 nov. 2020.

OLIVEIRA, C. F. S.; FERREIRA, T. P. A. Percepção dos cuidadores de crianças com doenças neurológicas sobre o tratamento fisioterapêutico. **Revista SalusVita**, v. 36, n.4, 2017. Disponível em: https://secure.unisagrado.edu.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v36_n4_2017_art_08.pdf. Acesso em: 03 out. 2020.

OSORIO, M. E U; GARCÍA, M. R. Perfil demográfico e clínico de pacientes com atrofia muscular espinhal: série de 31 casos. **Acta Pediátrica do México**, v.41, n.2, 2020.

PACIONE, M.; SISKIND, C. E.; DAY, J. W. TABOR, H. K. Perspectivas sobre o uso do tratamento de Spinraza (Nusinersen): Visões de indivíduos e pais de crianças diagnosticadas com Atrofia Muscular Espinhal. **Journal of Neuromuscular diseases**, v.6, n.1, 2019.

PALAZZIN, A.; SIQUEIRA, M. V. Avaliação neurológica. In: **Fisioterapia em Pediatria e Neonatologia**: da UTI ao ambulatório. 2. ed. Barueri: Manole: 2019. 42 p. (E-book). Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520455807/cfi/0!/4/2@100:0.00>. Acesso em: 02 nov. 2020.

PARRA, J.; ALIAS, L.; ALSO-RALLO, E.; MARTINEZ-HERNANDEZ, R.; SENOSIAIN, R.; MEDINA, C.; ALEJOS, O.; RAMS, N.; AMENEDO, M.; ORMO, F.; JESUS, B. M.; CALAF, J.; BAIGET, M.; BERNAL, S.; TIZZANO, E. F. *Evaluation of fetal nuchal translucency in 98 pregnancies at risk for severe spinal muscular atrophy: possible relevance of the SMN2 copy number*. **The Journal of Maternal- Fetal & Neonatal Medicine**, v.25, n.8, 2021.

PEREIRA; H. V. F. S.; MOREIRA, A. S. S. **Neurologia pediátrica**. 2. ed. Barueri: Manole, 2020. 320 p. (E-Book). Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520458082/cfi/4!/4/4@0:0:5.55>. Acesso em: 03 nov. 2020.

PERRONE, A.L.F.; FERNANDEZ, P.M.; ÁLVAREZ, S.; JAÉN, A.F. *Mutación de novo en DYNC1H1, atrofia muscular espinal y problemas atencionales DYNC1H1 de novo mutation, spinal*

muscular atrophy and attention problems. Neurologia, v.4, n.1, 2021.

POLIDO, G. J. *et al.* Cognitive performance of children with spinal muscular atrophy: a systematic review. **Neuromuscular Disorders**, v. 27, n.5, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-57642019000400436&lang=pt#B1. Acesso em: 04 out. 2020.

RIBEIRO, M. V. L. M. **Doença cerebrovascular na infância de adolescência**. 1 Ed. Rio de Janeiro: Thieme Revinter. 2020. 260 p.

ROUAULT, F.; CHRISTIE-BROWN, V.; BROEKGAARDEN, R.; GUSSET, N.;

HENDERSON, D.; MARCZUK, P. *Disease impact on general well-being and therapeutic expectations of European Type II and Type III spinal muscular atrophy patients. Neuromuscular Disorder*, v. 27, n.5, 2017.

SANTOS, A.B.; SCHERF, J. R.; MENDES, R. C. *Efficacy of cannabidiol in the treatment of convulsions and diseases of the central nervous system: systematic review. Acta Brasiliensis*, v.3, n.1, 2019.

SANTOS, M. C. S. *et al.* Aplicação da escala de desenvolvimento motor: uma revisão integrativa. **Revista CEFAC**, v. 21, n. 4, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462019000400602&lang=pt. Acesso em: 29 out. 2020.

SERRA, M. V. G. B. *et al.* Gameterapia na coordenação motora e integração viso- motora em pessoas com Síndrome de Down. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 10, n. 2, 2017. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-0086201900020000. 4. Acesso em: 28 out. 2020.

SILVA, A. S.; VALENCIANO, P. J.; FUJISAWA, D. S. Atividade lúdica na Fisioterapia em Pediatria: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 23, n. 4, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-65382017000400623&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 25 out. 2020.

SILVA, M.V.; SILVA, R.R.; IBIAPINA, D.F.N.; LANDIM, L. A. S.R. Alterações no desenvolvimento neuropsicomotor em crianças com microcefalia acometidas pela Zika Virus: uma revisão de literatura. **Arquivos Científicos IMMES**, v.4, n.1, 2021.

SNELL, R. S. **Neuroanatomia Clínica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019. 480 p. (E-Book). Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/978-85-277-2451-7/cfi/6/10!/4/2/2/48@0:48.1>. Acesso em: 02 out. 2020.

TECKLIN, J. S. **Fisioterapia pediátrica**. 5. ed. Barueri: Manole, 2019. 840 p. (E-Book). Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520462911/cfi/4!/4/4@0.0:0:15.1>. Acesso em: 04 out. 2020.

TONANEZ, C. F.; SANCHES, L. G. GALEANO, M. C. Caracterização clínica, epidemiológica e genética de pacientes com Atrofia Muscular Espinhal: série de 26 casos. **Pediatrics (Assunção)**, v.48, n.1, 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS). Faculdade de Medicina. Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia. **Epidemiologia aplicada básica**. Organizadores: Edison Capp e Otto Henrique Nienov. Porto Alegre: UFRGS, 2021. 275 p.

VALÊNCIA, H. D. et al. Características clínicas de pacientes menores de 18 anos com atrofia muscular espinhal em Medellín, 2008 - 2013. *Acta Neurológica Colombiana*, vol.32, n.1, 2017.

YANG, Y.Y.; YUAN, P.; LI, M.; JIANG, L.; HONG, S.Q. *Natural history of spinal muscular atrophy in children: na analysis of 117 cases*. *Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi*, v.23, n.10, 2021.

EVIDÊNCIAS SOBRE A SEGURANÇA DO CLAREAMENTO DENTÁRIO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

DOI: 10.51859/AMPLLA.SPT853.1122-14

Manoelise Linhares Ferreira Gomes ¹
Victor Nogueira da Cruz Silveira ²
Yohana de Oliveira Ponte ³
Pedro Jessé Lima Veras ⁴
Francisco José Maia Pinto ⁵

1. INTRODUÇÃO

A estética dentária e o anseio pelo sorriso perfeito têm ganhado visibilidade midiática nas últimas décadas, devido a importância que a publicidade concede às pessoas que exibem aparência agradável nas situações cotidianas. Desta forma, é notória a intensa busca por procedimentos de clareamento dentário nos consultórios odontológicos (ZIEMBOWICZ; COSTA, 2020).

A insatisfação com a cor dos dentes está entre as principais preocupações dos indivíduos na busca pelo procedimento, tanto em adultos, como para crianças e adolescentes (GONÇALVES *et al.*, 2017). Embora o clareamento dentário esteja associado a algumas complicações orais, vários estudos sugerem que é um procedimento conservador, de técnica simples e clinicamente seguro e eficaz para a obtenção de um sorriso com estética agradável (LOPES; SILVA; VIEIRA, 2019).

A Associação Americana de Odontopediatria (AAO), reconhece a intensa busca pelo procedimento entre crianças e adolescentes, pois eles notam as mudanças de coloração entre os dentes decíduos e permanentes, bem como observam o aumento de popularidade e a diversidade de produtos disponibilizados para clareamento (GONÇALVES *et al.*, 2017).

Apesar do clareamento dental em crianças e adolescentes ser realizado em alguns países, como Estados Unidos, nos países da União Europeia existem restrições ao procedimento, pois os agentes clareadores com liberação superior a 0,1% de peróxido de hidrogênio não devem ser aplicados em pacientes com idade inferior a 18 anos (MONTEIRO; ASLEY; PAREKH, 2020). No Brasil, a Associação Brasileira de Odontopediatria (ABOPED)

recomenda o clareamento apenas em adolescentes, sendo odontopediatra o responsável pela escolha da modalidade e do tipo de agente clareador a ser utilizado, levando em consideração o estágio de desenvolvimento dentário do paciente, a higiene bucal, as lesões de cárie e os possíveis efeitos colaterais do procedimento (KONISHI; KLATCHOIAN; ABREU-E-LIMA, 2013).

Esses critérios são relevantes, haja vista que os agentes clareadores durante o seu processo de clareamento liberam oxigênio que facilmente pode ser difundido através do esmalte e da dentina provocando hipersensibilidade dentária ou até mesmo injúrias aos tecidos pulpare. Destaca-se, também, que os dentes decíduos apresentam maior porosidade, menores mineralização e espessura de esmalte dentário e uma maior chance de ocorrer a desmineralização quando comparados aos dentes permanentes, o que pode insultar ainda mais os tecidos dentários que serão submetidos a esse procedimento (GONÇALVES *et al.*, 2017; ZIEMBOWICZ, 2016). Apesar das vantagens no alcance da estética almejada, o clareamento dental pode ser limitado e conter riscos, uma vez que envolve oxidação, o que impede de avaliar os reais efeitos do clareamento em Odontopediatria (LOPES; SILVA; VIEIRA, 2019; AAPD, 2020). Diante da diversidade de peculiaridades dos dentes decíduos e jovens e da pouca disponibilidade de publicações sobre a segurança do clareamento dentário em crianças e adolescentes, verificada após busca nas seguintes bases de dados: LILACS e Pubmed, além do banco de dados SCOPUS e da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), justifica-se esta pesquisa, tendo em vista que os achados da literatura são controversos a respeito da realização deste clareamento dentário, espera-se que este estudo auxilie em uma conduta profissional, baseada em evidências e no incentivo a novos estudos sobre o tema.

O presente estudo visou analisar evidências sobre a segurança do clareamento dentário em crianças e adolescentes.

2. MÉTODO

2.1. PROTOCOLO E REGISTRO

Este estudo foi submetido ao *International Prospective Register of Systematic Reviews* (PROSPERO), sendo aprovado sob o número CRD42020225369. Foram seguidas as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA).

2.2. ORIGEM DOS DADOS E ESTRATÉGIA DE BUSCA

Para a identificação dos estudos que avaliaram o desfecho desejado, as bases de dados LILACS e Pubmed, além do banco de dados SCOPUS e da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), foram revisados no período de janeiro a março de 2021 para busca de artigos, sem restrições de data de publicação ou idioma. A busca dos estudos se deu por meio da utilização do *Medical Subject Heading* (MeSH) e dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Para maximizar a captação de artigos, também foi realizada a busca reversa nas referências dos artigos selecionados.

O processo de pesquisa e seleção dos trabalhos foi realizado por dois pesquisadores de forma independente e, ao final da busca nas três bases, se reuniram e procederam a eliminação de duplicatas, eliminação de estudos incompatíveis com os critérios de inclusão pela leitura de título, de resumo e do estudo na íntegra.

A estratégia de busca se deu da forma a seguir:

(((((("child") OR ("children")) OR ("adolescent")) OR ("young")) OR ("youngs")) AND ("tooth whitening")) OR ("tooth bleaching")).

2.3. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Foram incluídos artigos do tipo Ensaio Clínico Randomizado (ECR) que avaliaram os efeitos e impactos de diferentes métodos de clareamento dental nos dentes de crianças e adolescentes, e excluídos os que avaliaram o clareamento como técnica estética e/ou desfechos relacionados aos dentes permanentes de amostras representadas por outras fases do ciclo de vida, ou, ainda, os duplicados.

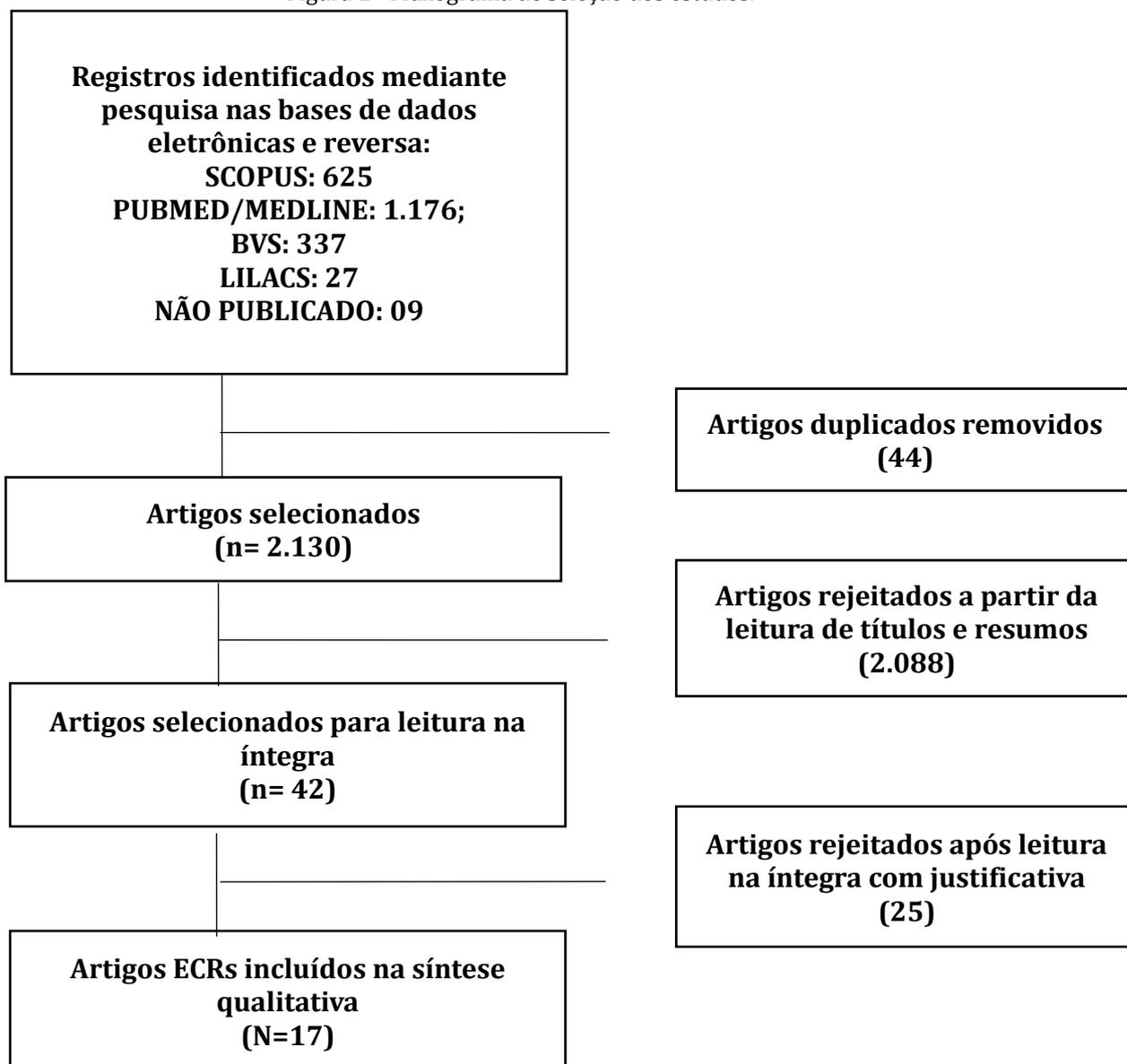
2.4. SELEÇÃO E EXTRAÇÃO DOS DADOS

Dois revisores selecionaram os estudos independentemente. Após a exclusão de duplicatas, títulos e resumos foram analisados para a remoção de estudos que eram irrelevantes para esta revisão. A leitura na íntegra dos textos remanescentes foram avaliadas, e os estudos elegíveis para esta revisão foram identificados. Qualquer discrepância na seleção dos estudos foi resolvida por um terceiro revisor.

O processo de extração dos dados dos trabalhos selecionados aconteceu por meio de: transcrição do *qualis* do periódico, nome da revista, ano de publicação, título completo do trabalho, nome dos autores, tipo de estudo, amostra avaliada, local de realização do trabalho, variáveis investigadas e resumo dos principais resultados levantados.

A seleção dos estudos seguiu o fluxograma exposto na Figura 1.

Figura 1 - Fluxograma de seleção dos estudos.



Fonte: Próprios autores.

2.5. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA DOS ESTUDOS INCLUÍDOS

Dois revisores pontuaram, independentemente, a qualidade do rigor metodológico dos estudos incluídos na revisão. Roever (2021), avalia a validade interna, externa e aspectos clínicos dos estudos. O risco de viés pode ser interpretado da seguinte maneira:

0% - 40% representa risco elevado de viés

40% - 60% representa risco substancial de viés

60% - 80% representa risco moderado de viés

80% - 100% representa risco baixo de viés.

3. RESULTADOS

A partir da coleta de dados eletrônica e reversa, evidenciaram-se 2.174 estudos: 625 Scopus, 1.176 PubMed/MEDLINE, 337 BVS, 27 LILACS e nove documentos não publicados. Após a remoção de duplicatas, leitura de títulos e resumos, 42 estudos seguiram para a etapa de leitura de seus conteúdos na íntegra. Ao final desta última etapa, foram incluídos 17 ensaios clínicos randomizados, dentre os quais, quatro estudos são publicações brasileiras e 11 são norte-americanas, publicados no período de 1996 a 2016. Apenas um estudo selecionado foi realizado em dentes decíduos, com crianças de cinco a sete anos de idade, e 16 estudos foram realizados em dentes permanentes jovens, com crianças e adolescentes, na faixa etária de dez a 29 anos, conforme Quadro 1.

Entre os produtos utilizados como agentes clareadores, observaram-se o peróxido de hidrogênio que foi utilizado em várias concentrações, sendo o peróxido de carbamida de 5,3% a 36%, e perborato de sódio e a técnica de microabrasão 10%. Ambos foram utilizados por diferentes períodos de tempo. O peróxido de hidrogênio foi utilizado em menores concentrações (5,3% a 14,0%) quando eram realizadas aplicações em moldeiras ou tiras e em maiores concentrações (25,0% e 36,0%) quando utilizado pelo profissional no consultório odontológico.

Há dois tipos de descoloração dentária, a saber: extrínseca e intrínseca. A primeira é removida mediante profilaxia de rotina no consultório odontológico. A segunda, por derivar da inserção de agentes descolorantes nos túbulos dentinários e excesso de fármacos e/ou fluorose, pode ser tratada de diversas formas, a exemplo dos clareamentos interno e externo dos dentes, microabrasão de esmalte e reabilitação protética por coroas e facetas. Esta pode ser utilizada tanto em dentes decíduos como permanentes (BEHL *et al.*, 2020).

Em apenas dois estudos foram realizados tratamento endodôntico prévio. O clareamento dental do tipo externo foi utilizado em 15 estudos que utilizaram tiras ou moldeiras ou clareamento no consultório e dois estudos analisaram o clareamento do tipo interno.

Em todos os estudos, ao final dos procedimentos, obtiveram resultados finais positivos de um efeito clareador após a aplicação de agentes clareadores utilizados, independente da técnica realizada, do tempo de atuação do produto clareador, da concentração, do tipo de dente, da idade e da realização de tratamento endodôntico prévio.

Quadro 1 - Descrição metodológica dos estudos incluídos na análise qualitativa desta revisão sistemática.

Referência	Tipo de estudo	Local de estudo	Amostra	Tipo de dente	Faixa etária (anos)	Clareador utilizado	Tratamento endodôntico prévio	Tipo de clareamento
Waterhouse and Nunn, 1996	ECR	Reino Unido	20 adolescentes <i>n</i> (21 dentes)	Permanentes jovens	10 a 19	Peróxido Hidrogênio 30% e Perborato de sódio	Sim	Interno
Donly <i>et al.</i> , 2002	ECR	EUA	106 crianças e adolescentes	Permanentes Jovens	11 a 18	G1: Peróxido Hidrogênio 6,5% e G2: Peróxido Carbamida 10% (2 e 4 semanas)	Não	Externo (G1: Tiras e G2: moldeiras)
Donly and Gerlach, 2002	ECR	EUA	132 crianças e adolescentes	Permanentes Jovens	10 a 18	G1: Peróxido Hidrogênio 5,3% e G2: Peróxido Hidrogênio 6,5% (2 e 4 semanas)	Não	Externo (Tiras)
Donly <i>et al.</i> , 2005	ECR	Texas, San Antônio	57 sujeitos	Permanentes Jovens	12 a 17	G1: Peróxido Hidrogênio 10% e G2: Peróxido Carbamida 10% (2 semanas)	Não	Externo (G1: tiras e G2: moldeiras)
Donly <i>et al.</i> , 2006	ECR	Texas, San Antônio	48 pacientes	Permanentes Jovens	13 a 17	G1: Peróxido Hidrogênio a 6,5% e G2: Peróxido Hidrogênio 10%	Não	Externo (Tiras)
Donly <i>et al.</i> , 2007	ECR	Texas	60 adolescentes	Permanentes Jovens	12 a 17	G1: Peróxido Hidrogênio 14% e G2: Peróxido Carbamida 10%	Não	Externo (G1: tiras e G2: moldeiras)
Gontijo <i>et al.</i> , 2008	ECR	Brasil, São Paulo	10 dentes	Decíduos	5 a 7	G1: Peróxido Hidrogênio 35% - laser diodo e G2: Peróxido Hidrogênio 35% lamp. Halogena	Sim	Interno
Donly <i>et al.</i> , 2010	ECR	Texas, San Antônio	44 adolescentes	Permanentes Jovens	12 a 18	G1: Peróxido Hidrogênio 9,5% G2: Peróxido Hidrogênio 6,5%	Não	Externo (Tiras)
Donly, 2013	ECR	Texas, San Antônio		Permanentes Jovens		Peróxido Carbamida 10% (4 semanas)	Não	Externo (moldeiras)
Donly, 2013	ECR	Texas, San Antônio	30 pacientes	Permanentes Jovens		G1: Peróxido Hidrogênio 6,5% e G2: Peróxido Carbamida 10% (4 semanas)	Não	Externo (Tiras)
Donly, 2013	ECR	Texas, San Antônio		Permanentes Jovens		Microabrasão + Peróxido Carbamida 10% (4 semanas)	Não	Externo (micro abrasão e tiras)
Pinto <i>et al.</i> , 2014	ECR	Brasil, São Paulo	64 adolescentes	Permanentes Jovens	12 a 17	G1: Peróxido Hidrogênio 6%, G2: Peróxido Hidrogênio 7,5% e G3:	Não	Externo (G1 e G2: moldeiras e G3: tiras)

Referência	Tipo de estudo	Local de estudo	Amostra	Tipo de dente	Faixa etária (anos)	Clareador utilizado	Tratamento endodôntico prévio	Tipo de clareamento
						Tiras 7,5%		
Corby <i>et al.</i> , 2014	ECR	New York	85 pares de gêmeos	Permanentes Jovens	12 a 29	Peróxido Hidrogênio 10% - 7 dias	Não	Externo (Tiras)
Bacaksiz, Tulunoglu, Tulunoglu, 2016	ECR	Ankara	25 participantes	Permanentes Jovens	13 a 18	G1: Peróxido. Hidrogênio 25% e G2: Peróxido Hidrogênio 36% com luz	Não	Externo (Profissional)
Pinto <i>et al.</i> , 2017	ECR	Brasil, São Paulo	40 pacientes	Permanentes Jovens	12 a 20	G1: Peróxido Hidrogênio 6%, G2: Peróxido. Hidrogênio 7,5% e G3: Peróxido Hidrogênio 10% - 12 meses	Não	Externo (G1 e G2: moldeiras e G3: tiras)
Gonçalves et al., 2017	ECR	Brasil, Santos	53 pacientes	Permanentes Jovens	11 a 24	G1: Peróxido hidrogênio 35%, G2: Whiteness HP Blue 35%, G3: Whiteness HP Blue 20%	Não	Externo (Profissional)
Behl <i>et al.</i> , 2020	ECR	Índia	60 dentes	Decídua e Permanentes	-	G1: Peróxido de hidrogênio a 9,5%, G2: Peróxido de carbamida a 10%, G3: Perborato de sódio a 10%	Sim	Interno

4. DISCUSSÃO

Assim como mostra a literatura, os principais agentes clareadores que são utilizados, para a dentição decídua ou permanente jovem, são o peróxido de hidrogênio e o peróxido de carbamida. O efeito clareador produzido por estes agentes ocorre devido às suas propriedades oxidantes. No qual a reação dos peróxidos com as macromoléculas, que provocam a pigmentação dentária, é convertida em dióxido de carbono e água, fazendo com que a estrutura dentária absorva menos luz e, conseqüentemente, os dentes sejam vistos de forma mais clara (LOPES; SILVA; VIEIRA, 2019). Esse efeito clareador foi observado entre todos os agentes utilizados nos estudos e muitos deles foram bem tolerados pelos pacientes. Entretanto, revisão desenvolvida por Souza (2020), averiguou que há diferença entre os efeitos clareadores por cada produto. Desta forma, o peróxido de hidrogênio se configura primeira opção, devido aos melhores resultados quando comparado com o peróxido de carbamida e o perborato de sódio.

A *American Academy of Pediatric Dentistry* indica diretrizes acerca da funcionalidade do clareamento dentário. Enquanto é regulamentada, nos países da União Europeia, a permissão ao uso de até seis por cento de hidróxido de peróxido em adultos, no público infantil e adolescente é restrita à sua utilização em quantidade superior a 0,1%, sendo esta concentração ineficaz para o clareamento (MONTEIRO; ASLEY; PAREKH, 2020).

Quanto ao potencial de efeito dos clareadores, Pinto *et al.*, (2017) realizaram estudo com 40 adolescentes, comparando o uso de três diferentes concentrações de peróxido de hidrogênio: 6%, 7,5% e 10%, dos quais apresentavam-se em diferentes grupos, tiras ou moldeiras. Encontraram que as tiras são mais difíceis de usar do que o clareamento realizado com moldeira e gel. Os pacientes relataram maiores desconforto, sensibilidade e sensação de queimação do que os submetidos ao clareamento externo com moldeira e gel. No entanto, em relação ao agente clareador utilizado e suas diferentes concentrações, os resultados obtidos nas diferentes concentrações do produto foram semelhantes.

Sobre o clareamento profissional realizado no consultório odontológico, Bacaksiz *et al.*, (2016), encontraram que o peróxido de hidrogênio 25% e o peróxido de hidrogênio 36% podem ser realizados em dentes permanentes jovens; entretanto, para resultados de sucesso a longo prazo, a aplicação de luz LED pode ser mais eficaz.

O clareamento dental é um procedimento estético seguro e conservador que não costuma apresentar danos à estrutura dentária. Entretanto, estudo realizado por Loguercio (2019) apontou a ocorrência de sensibilidade dentária e irritação gengival em alguns procedimentos de clareamento.

Em razão do clareamento dentário poder ser realizado em consultório e ambiente domiciliar, este último se configura técnica de fácil aplicação, baixo custo e que não promove efeitos deletérios aos dentes e tecidos moles (CALDERINI *et al.*, 2016). Todavia, quando não recomendado por profissionais, o agente clareador pode penetrar na estrutura, ocasionando sensibilidade durante e após o procedimento (MANNA *et al.*, 2021). Esta consequência é caracterizada por uma dor repentina, aguda e de curta duração, provocada por reações térmicas, químicas ou palpáveis sem, porém, caracterizar patologia dentária.

Ainda sobre os prejuízos relatados pelos pacientes, foram mencionadas sensibilidade e irritação gengival durante o tratamento. A sensibilidade dentária é o principal efeito colateral durante o procedimento, sendo experienciada em oito a 66% dos pacientes (GONÇALVES *et al.*, 2017). Isso acontece porque ao ser aplicado o peróxido de hidrogênio, são criadas bolhas de oxigênio que se movimentam nos fluidos dentários, ativando as terminações nervosas; ou ainda, devido à permeabilidade do oxigênio na dentina, provocando injúrias no tecido pulpar.

Outrossim, o uso indiscriminado de concentrações elevadas de agentes clareadores pode aumentar riscos (TIMMERMAN; PARASHOS, 2018), a exemplo de cárie secundária, em razão de alterações na textura dos dentes, o que aumenta a aderência de bactérias na região. Ainda, a insatisfação com o tom de branco que se atinge com o clareamento dentário (CD) pode induzir à superação do ponto de saturação do clareamento e degradar a matriz do esmalte e da dentina (RABELO; SOLIS, 2018), ocasionando prejuízos biológicos.

Comparativamente, o CD externo apresenta maiores riscos de inadequação, devido à dependência da realização adequada do procedimento e da necessidade em manter a periodicidade dos encontros com o profissional, enquanto que o CD realizado em consultório reduz consideravelmente esses vieses. Nos estudos avaliados, a maioria identificou a realização de CD externo. Isto, provavelmente, pode ser explicado em razão da praticidade da técnica de clareamento domiciliar.

No que concerne ao tratamento endodôntico prévio, após análise dos estudos, verificou-se que apenas dois relataram tratamento endodôntico prévio. É pertinente ressaltar a importância do diagnóstico correto da polpa, em dentes escurecidos, haja vista que o escurecimento da coroa pós-trauma pode ser consequência de necrose pulpar (LEONARDI *et al.*, 2011). Nestes casos, o tratamento endodôntico deve ser realizado e, se necessário, executado o clareamento interno do dente.

Como contribuições, este estudo oportunizou o reconhecimento das especificidades do clareamento dentário nas diferentes fases etárias, com divergências terapêuticas, o que favorece o raciocínio clínico e a prática baseada em evidências.

Quanto às limitações, não foram encontrados ensaios clínicos randomizados (ECR), sobre o clareamento dental em dentes decíduos, o que impede um resultado robusto para o presente estudo. Além disso, os ECR incluídos nesta pesquisa demonstram ampla variedade quantitativa na amostra e concentração dos clareadores utilizados, o que dificulta a padronização para a análise dos estudos. Vale salientar que não foram analisados dados estatísticos, portanto, não pode ser considerada uma meta-análise.

Sabe-se, ainda, que não há protocolos que norteiam a utilização de agentes clareadores, bem como o período adequado para se efetivar o CD em crianças e adolescentes. No que tange aos questionamentos éticos, o tratamento endodôntico, com foco no clareamento dentário, não é muito discutido na literatura e as pesquisas que existem, são, em sua maioria, relatos de casos com achados controversos em relação à segurança na aplicação dos agentes clareadores e sua eficácia na dentição decídua (ZIEMBOWICZ; COSTA, 2020). Desta forma, recomenda-se o desenvolvimento de novos ensaios clínicos randomizados e estudos com elevado rigor metodológico acerca da temática.

5. CONCLUSÃO

Diante do exposto, infere-se que o CD se configura procedimento seguro em dentes de crianças e adolescentes. Contudo, o tratamento endodôntico deve ser orientado por odontopediatras, sendo estes incumbidos do diagnóstico correto da polpa, haja vista os efeitos relacionados às propriedades oxidantes e às concentrações dos diversos tipos de agentes clareadores.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY- AAPD. Policy on the use of dental bleaching for child and adolescent patients. **The Reference Manual of Pediatric Dentistry**. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2020:112-5.
- BACAKSIZ, A.; TULUNOGLU, O.; TULUNOGLU, I. Efficacy and Stability of Two in-Office Bleaching Agents in Adolescents: 12 Months Follow-Up. **The Journal of Clinical Pediatric Dentistry**. v. 40, n.4,2016.
- BEHL, M; PATNANA, A.K; KANNA, V; CHAUDHRY, K. Evaluation of Three Different Bleaching Agents in Permanent and Primary Teeth: An *In Vitro* Study. **International journal of clinical pediatric dentistry**, 2020, 13(2), 130–135. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7366771/>. Acesso em 15 feb 2021. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10005-1721>.

- CALDERINI, A. SCIARA, S., SEMERIA, C., PANTALEO, G., POLIZZI, E. Comparative clinical and psychosocial benefits of tooth bleaching: different light activation of a 38% peroxide gel in a preliminary case-control study. **Clin Case Rep**, 2016, p. 728-735.
- DONLY, K.J.; *et al.* Effectiveness and Safety of Tooth Bleaching in Teenagers. **Pediatric Dentistry**, v.27, n.4, p.298-302, 2005.
- DONLY, K.J.; *et al.* Randomized controlled trial of professional at-home tooth whitening in teenagers. **General Dentistry**, Special Issue, 2007.
- GONÇALVES, M.L.L.; *et al.* In-Office Tooth Bleaching for Adolescents Using Hydrogen Peroxide-Based Gels: Clinical Trial. **Brazilian Dental Journal**. v.28, n.6, p.720-725, 2017.
- KONISH, F.; KLATCHOIAN, D.A.; ABREU-E-LIMA, F.C.B. Assistência Odontológica ao Adolescente. In: Associação Brasileira de Odontopediatria. Manual de referência para procedimentos clínicos em odontopediatria. Massara, MLA, Rédua, PCB, coord. 2ed. São Paulo, Santos, 2013. Cap 11, p.85-100.
- LEONARDI, Denise Piotto *et al.* Alterações pulpare e periapicais. **RSBO (Online)** [online]. 2011, vol.8, n.4, pp. 47-61. ISSN 1984-5685. Disponível em http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1984-56852011000400019&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 15 ago 2021.
- LOGUERCIO AD, REIS A, F. M. M. E. A confecção de reservatórios em moldeiras de clareamento caseiro melhora a eficácia do clareamento? Relato de caso. **ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION**, [S. l.], v. 7, 2019. Disponível em: <https://archhealthinvestigation.emnuvens.com.br/ArcHI/article/view/3827>. Acesso em: 15 nov. 2021.
- LOPES, M.K.S.; SILVA, T.O.; VIEIRA, K.A. Clareamento dental em dentes decíduos: revisão sistemática da literatura. **RvAcBO**, v.28, n.1, p.1-8, 2019. ISSN 2316-7262. Disponível em: <http://www.rvacbo.com.br/ojs/index.php/ojs/article/view/383/473>.
- MANNA, MPNC; MOREIRA, RH.; MEDEIROS, Y. de L.; SANTOS, IS; LANA, A. de S .; FARIA, LV; MOREIRA, LAC; OLIVEIRA, M. de; PAZINATTO, RB Comparação da eficácia e sensibilidade de diferentes tipos de clareamento dental: uma revisão da literatura. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [S. l.], v. 10, n. 7, pág. e12810716516, 2021. DOI: 10.33448 / rsd-v10i7.16516. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/16516>. Acesso em: 15 nov. 2021.
- MONTEIRO, J.; ASHLEY, P. F.; PAREKH, S. Vital bleaching for children with dental anomalies: EAPD members' survey. **European archives of paediatric dentistry: official journal of the European Academy of Paediatric Dentistry**, 2020, v.21, n.5, p.565-571. PMID: PMC7518994. <https://doi.org/10.1007/s40368-019-00494-w>.
- PINTO, MM; *et al.* Controlled clinical trial addressing teeth whitening with hydrogen peroxide in adolescents: a 12-month follow-up. **Clinical Science**, 2017, v.72, n.3, p.161-170.
- RABELO, G.M; SOLIS, L.A. **Anomalias do esmalte dental: amelogenese imperfeita, hipoplasia do esmalte e fluorose**. Centro Universitário São Lucas, PORTO VELHO, RO, 2018.

- ROEVER, L. Avaliação Crítica de Artigos na Área da Saúde: Guia Prático. **Thieme Revinter Publicações**, Rio de Janeiro, 2021, 1 ed. ISBN 978-65-5572-027-3. Disponível https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=2YoBEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT147&dq=+validade+interna,+externa+e+a+spectos+cl%C3%ADnicos+dos+estudos.+O+risco+de+vi%C3%A9s+&ots=ZO-hTiZQPw&sig=_D-5LuRj-DsUjkbHHsF3j9f8p80#v=onepage&q&f=false. Acesso em 04 jun 2021.
- SOUZA, Andressa Pereira de. Clareamento de dentes desvitalizados e escurecidos: uma revisão de literatura, **JNT- FACIT BUSINESS AND TECHNOLOGY JOURNAL**, nov. 2020. Ed. 20; V. 1. Págs. 3-14. ISSN: 2526-4281 Disponível em <http://revistas.faculdefacit.edu.br/index.php/JNT>. Acesso em 10 mar 2021.
- TIMMERMAN, A; PARASHOS, P. Bleaching of a Discolored Tooth with Retrieval of Remnants after Successful Regenerative Endodontics. **J Endod** [Internet]. 2018;44(1):93-7. doi:10.1016/j.joen.2017.08.032. Disponível on <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29079055/>. Acess on 10 nov 2021.
- ZIEMBOWICZ, A.R.R. **Avaliação de características superficiais do esmalte de dentes decíduos após clareamento dental**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2016.
- ZIEMBOWICZ, A.R.R.; COSTA, S.Z. Clareamento dental em dentes decíduos: revisão de literatura. **Rev Odontol Haco** [Internet]. 30º de setembro de 2020 [citado 16º de dezembro de 2020];1(002):23-30. Disponível em: <https://revistaelectronica.fab.mil.br/index.php/rohaco/article/view/190>

FERRAMENTA DE ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL PARA CONSUMIDORES DE ALIMENTOS FORA DO DOMICÍLIO NO BRASIL

DOI: 10.51859/AMPLLA.SPT853.1122-15

Bruno de Sousa Almeida ¹

Jessica Brito Cavalcante ²

Noemi Andrelle Soares ³

Cláudia Machado Coelho Souza de Vasconcelos ¹

Ilana Nogueira Bezerra ^{1,2}

¹ Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Brasil.

² Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Brasil.

³ Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher e da Criança, Universidade Federal do Ceará, Brasil.

1. INTRODUÇÃO

As mudanças no padrão de vida da sociedade moderna implicaram em alterações nas escolhas e nos comportamentos relacionados aos hábitos alimentares. A realização de alimentação fora do domicílio já é um costume estabelecido e que pode favorecer o desenvolvimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como hipertensão arterial e diabetes, pois, tradicionalmente, são refeições pobres em micronutrientes e ricas em açúcares, gorduras e sódio em comparação com refeições realizadas em domicílio (POPKIN; ADAIR; NG, 2012; BOGGS *et al.*, 2013).

De acordo com os dados da Pesquisa de Orçamento Familiares (POF) 2017/2018, o percentual de consumo fora do domicílio comparado ao consumo total foi elevado para cerveja (51,0%), bebidas destiladas (44,1%), salgados fritos e assados (40,1%), outras bebidas não alcoólicas (40,1%), sorvete/picolé (37,2%), salgadinhos chips (32,7%), bolos recheados (32,6%) e refrigerantes (31,1%). Os homens apresentaram um percentual consumido fora do domicílio maior para a maioria dos alimentos e preparações e as maiores diferenças foram encontradas para outras bebidas não alcoólicas, cuja parcela de consumo fora do domicílio entre os homens era o dobro da observada para mulheres (IBGE, 2020).

Segundo Bezerra e Sichieri (2010), que utilizou dados da POF 2008/2009, a alimentação fora do domicílio representa 31% do gasto total com alimentos e 16% das calorias totais ingeridas. A mesma pesquisa mostrou que, em 2017-2018, o valor da despesa média mensal

familiar com alimentação fora do domicílio na região Centro-Oeste foi o maior do país, equivalendo a 38% dos gastos totais com alimentação (IBGE, 2020). Comparando as pesquisas de 2008 e 2018, Bezerra *et al.*, (2021) encontraram que houve redução da frequência de consumo de alimentos fora de casa no Brasil, nas regiões Norte e Sudeste, na área urbana, entre homens e mulheres, adolescentes e adultos e entre os indivíduos de maior faixa de renda.

No entanto, a alimentação fora do domicílio pode ser saudável e de fácil acesso, com oferta de preparações nutritivas, possibilitando opções alimentares adequadas pelos consumidores (SANTOS *et al.*, 2011). Tais escolhas são dirigidas por uma série de questões, desde aparência, sabor, valor nutricional, higiene, variedade, fatores socioculturais, biológicos, custo e até o local de consumo (REZENDE; AVELAR, 2012).

A educação nutricional utiliza ferramentas importantes no processo de transformações e mudanças, principalmente, na recuperação e promoção de hábitos alimentares saudáveis que podem proporcionar conhecimentos necessários à tomada de decisões conscientes, atitudes e práticas alimentares variadas e sadias (TEIXEIRA *et al.*, 2013). Além disso, contribui com as estratégias da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) que tem como um de seus propósitos ampliar as intervenções em saúde para favorecer escolhas alimentares saudáveis pela população (BRASIL, 2013).

Acredita-se que a disponibilidade de informação nutricional, por meio de cartazes, panfletos, painéis ou até por redes sociais, pode afetar potencialmente as escolhas alimentares, tanto em quantidade como em qualidade (OLIVEIRA; PROENÇA; SALLES, 2012). Alguns países já desenvolveram materiais educativos voltados, especificamente, para orientar consumidores na realização de refeições fora do domicílio, como o projeto europeu *Eating Out: Habits, Determinants and Recommendations for Consumers and the European Catering Sector* (HECTOR) (HECTOR, 2009).

No Brasil, o Conselho Federal de Nutricionistas (CFN), em 2013, lançou uma campanha nacional com o seguinte tema: “Alimentação fora do lar: na hora de escolher o que e onde comer, não conte com a sorte”. No entanto, mesmo que a campanha dialogasse com quem se alimenta em lanchonetes e restaurantes, tinha como foco alertar sobre o papel do nutricionista nesses locais para fortalecer a atenção e o cuidado com a saúde dos clientes por meio de uma alimentação adequada e equilibrada (CFN, 2013). Em 2014, o Ministério da Saúde lançou uma nova edição do Guia Alimentar para a População Brasileira, uma ferramenta singular na promoção da alimentação adequada e saudável. No material, são abordadas questões importantes sobre a alimentação fora do domicílio, desde o tempo, comer em companhia,

escolhas conscientes e recomendação de alimentos saudáveis para consumir em espaços fora do domicílio (BRASIL, 2014).

Diante disso, o objetivo deste trabalho é descrever a elaboração de uma ferramenta de educação nutricional voltada para o consumidor de alimentos fora do domicílio no Brasil.

2. MÉTODO

Inicialmente, foi realizada uma revisão sistemática da literatura com objetivo de orientar a construção da ferramenta educativa. A busca foi orientada pela pergunta norteadora: “Qual o perfil do consumidor e os principais alimentos consumidos fora do domicílio no Brasil”?

Realizou-se uma busca nas bases de dados *Medline*, Biblioteca Latino-Americana e do Caribe (LILACS) e *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), utilizando palavras-chave relacionadas alimentação fora do domicílio no Brasil. A estratégia de busca foi desenvolvida no *Medline* e adaptada às demais bases, usando os seguintes descritores: *fast-food, restaurant, food supply, food services, food dispenser, automatic, eating out, out-of-home, outside home, away from home, takeaway, canteen, catering, street food, cafeteria, convenience, ready-to-eat, ready-prepared* combinados com *diet or food habits or eating or meal or nutrition assessment or feeding behavior* e *Brazil*. Os descritores similares foram separados pelo operador booleano *OR* e a combinação dos descritores com o operador booleano *AND*.

Como critérios de inclusão, foram selecionados artigos que tenham desenvolvido estudos a partir de 2008 até dezembro de 2021, em português e inglês, contando com, pelo menos, um autor brasileiro e que tivessem como objeto de investigação características da alimentação fora do domicílio no Brasil, incluindo perfil dos consumidores ou dos alimentos consumidos fora do domicílio.

Os critérios de exclusão considerados incluíram: estudos que investigaram somente condições higiênico-sanitárias, estudos realizados com refeições desenvolvidas especialmente para trabalhadores, estudos realizados em ambiente escolar ou que envolvessem o Programa Nacional de Alimentação do Escolar (PNAE) e estudos realizados em ambiente hospitalar.

De maneira independente, dois autores (BSA e JBC) avaliaram os artigos obtidos pela estratégia de busca inicial, por título e resumo, utilizando os critérios de elegibilidade e exclusão predefinidos, com base em um protocolo padronizado.

As diferenças ocorridas na seleção foram resolvidas por consenso. Mantendo-se a diferença, um terceiro autor (INB) foi consultado. A descrição dos estudos foi realizada a partir da análise das seguintes informações: ano de publicação; local e ano de realização do estudo;

população; e principais resultados sobre as características dos consumidores e dos alimentos fora do domicílio no Brasil.

Com os dados obtidos da revisão sobre a descrição das características da alimentação fora do domicílio e a identificação do perfil dos consumidores dessa alimentação (Tabela I), foram realizadas reuniões com os autores do trabalho, tendo como roteiro inicial a utilização das etapas do processo de comunicação social, de modo a nortear as decisões do grupo sobre o material a ser produzido, que são comuns no processo de desenvolvimento de qualquer plano de comunicação em saúde: o problema e/ou tema a ser trabalhado, o objetivo da produção do material, a identificação do público-alvo, a mensagem a ser transmitida e qual o tipo e o formato de veiculação (KELLY-SANTOS; ROZEMBERG, 2005).

Também se considerou os seguintes aspectos: linguagem, *layout* e ilustração. Vale destacar a importância da ilustração (desenhos, imagens, fotografias, símbolos) para a legibilidade e compreensão de um texto. Sua função é atrair o leitor, despertar e manter seu interesse pela leitura, complementar e reforçar a informação. A ilustração deve permitir que as pessoas se identifiquem com a mesma. O *layout* e o *design* tornam o material mais fácil de se ler e mais atraente para o leitor. Outra preocupação foi que o material, como um meio de informação, fosse claro e objetivo e que pudesse, além de informar, estimular mudanças de hábitos e promover novas atitudes no momento de escolha dos alimentos a serem consumidos fora do domicílio. Todos os aspectos considerados em relação à linguagem, ilustração e *layout* foram realizados conforme as orientações presentes no estudo de Moreira, Nóbrega e Silva (2003).

Outros aspectos considerados na elaboração da ferramenta, como conteúdo, tipografia e motivação seguiram a orientação de um dos instrumentos que avaliam a apresentação de materiais educativos impressos na área da saúde em outros aspectos para além da legibilidade, o *Suitability Assessment of Materials* (SAM). Recomenda-se o uso da voz ativa para um melhor entendimento do texto. Frases extensas ou múltiplas e informações incorporadas incluídas em uma sentença, retardam o processo de leitura e frequentemente tornam a compreensão mais difícil. Desenhos de linha simples podem promover realismo sem incluir detalhes que distraem. O visual é aceito e lembrado melhor quando retrata o que é facilmente reconhecido e familiar. Detalhes não essenciais, como papel de parede, bordas elaboradas e cores desnecessárias podem distrair o leitor. As ilustrações devem mostrar pontos-chave visualmente. Tipo e tamanho de fontes podem tornar o texto fácil ou difícil para leitores de todos os níveis de habilidade. Além disso, quando muitos (seis ou mais) tipos de fontes e tamanhos são usados em uma página, a aparência torna-se confusa e o foco incerto (LUK; ASLANI, 2011).

Finalizadas essas etapas e com as informações necessárias coletadas, definiu-se que o material deveria ser um infográfico, pois é uma opção que estimula os leitores ao acesso e leitura do texto integral, já que propicia o uso integrado de elementos como fotografia, desenho e texto, combinados com possibilidades interativas e apresentando informações no formato dinamizado e sintético, características essas que vão além das possibilidades oferecidas pelo tradicional modelo de resumo textual presente em artigos de natureza científica (COSTA; TAROUCO, 2010).

Para a construção da ferramenta, utilizou-se o *software* de *design on-line* gratuito *Canva*®, que permite criar materiais gráficos e apresenta diversos *layouts* como exemplos. Planejou-se uma ferramenta frente e verso, utilizando frases persuasivas e no imperativo, com informações objetivas e figuras legíveis de fácil compreensão. Na frente, priorizou-se colocar orientações a respeito do que comer e evitar fora do domicílio nas grandes refeições (almoço e jantar) e lanches. No verso, optou-se por acrescentar recomendações complementares, como o uso do celular durante as refeições, comer em companhia e características do local a ser frequentado, considerando os resultados da revisão de literatura. Como referências utilizadas para a elaboração das orientações do material, utilizou-se o Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014), a Cartilha da Alimentação Saudável e Segura: Fora do Lar (CRN3, 2012) e o cartão com diretrizes rápidas do projeto HECTOR (HECTOR, 2009).

3. RESULTADOS

A busca recuperou 643 citações. A triagem inicial das referências identificou 6 referências repetidas nas bases de dados e excluiu 604 referências baseando-se no ano de publicação e no título e resumo. Trinta e um artigos potencialmente relevantes foram obtidos como textos completos. Catorze artigos foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão. Assim, um total de 17 estudos foram selecionados. A tabela I descreve os principais achados da revisão sobre as pesquisas relacionadas à alimentação fora do domicílio no Brasil, que subsidiaram a construção do infográfico.

Em síntese, pode-se concluir que o conhecimento atual permite identificar que os principais consumidores de alimentação fora do domicílio são homens adultos, de alta renda e escolaridade e os alimentos mais consumidos fora do domicílio no Brasil são: as bebidas alcoólicas, refrigerantes, refeições, doces, salgados fritos e assados e *fast-foods*. O almoço é a refeição mais realizada fora do domicílio e os locais mais frequentados foram as lanchonetes e restaurantes.

Tabela 1 - Resultado da revisão sistemática sobre as pesquisas relacionadas às características da alimentação fora do domicílio no Brasil.

Artigo	Local; Ano e População do Estudo	Principais Resultados	
		Características da alimentação fora do domicílio	Características dos consumidores
Rodrigues et al., (2012)	Florianópolis - SC; 2008; 675 consumidores de um restaurante <i>Self-Service</i> com peso, com idades entre 16-81 anos.	81,2% dos participantes relataram almoçar pelo menos 2 vezes na semana em restaurantes <i>self-service</i> com peso e 74,7% consideram a refeição escolhida semelhante às suas refeições habituais. 79,8% dos consumidores escolheram, pelo menos, uma salada. A maioria dos participantes não escolheram feijões ou preparações com massa. 36% dos participantes escolheram arroz e feijão juntos.	A maioria dos participantes eram adultos (20-59 anos), não apresentavam sobrepeso ou obesidade e nunca haviam sido casados.
Bezerra et al., (2013a)	Brasil; 2008-2009; 34.003 indivíduos com 10 anos ou mais de idade.	Bebidas alcoólicas e salgadinhos assados e fritos foram mais frequentemente consumidos fora de casa do que em casa. Pizzas, refrigerantes, sanduíches, doces e sobremesas consumidos fora de casa também contribuíram com maior ingestão de energia. Da energia consumida fora de casa, 50% vieram de arroz, carne, feijão, doces e sobremesas, sucos de frutas e salgadinhos assados e fritos.	-
Bezerra et al., (2013b)	Brasil; 2008-2009; 34.003 indivíduos com 10 anos ou mais de idade.	A maior parte do consumo de alimentos fora do domicílio aconteceu entre 12 e 14 horas (40%). Os grupos de alimentos consumidos em maior percentual fora do domicílio foram bebidas alcoólicas e salgadinhos fritos e assados.	O percentual de indivíduos com consumo de alimentos fora do domicílio diminuiu com a idade e aumentou com a renda em todas as regiões brasileiras. Mais homens reportaram consumo fora do domicílio em comparação com as mulheres, assim como os residentes da área urbana quando comparados à área rural.
Carús, França e Barros (2014)	Pelotas - RS; 2012; 2.927 adultos com idades entre 20 e 50 anos.	25% dos participantes almoçavam fora de casa e 9,7% dos participantes jantavam fora de casa. A maioria das refeições fora de casa foram realizadas no trabalho.	Homens, na faixa etária de 20 a 29 anos, com 12 anos ou mais de estudo, bem como os empregados domésticos apresentaram maiores frequências de almoço fora de casa.

Artigo	Local; Ano e População do Estudo	Principais Resultados	
		Características da alimentação fora do domicílio	Características dos consumidores
Gorgulho, Fisberg e Marchioni (2014)	São Paulo - SP; 2008-2009; 834 indivíduos acima de 12 anos.	15%, 30% e 10% das refeições realizadas fora de casa, foram café da manhã, almoço e jantar, respectivamente. 36% foram no trabalho, 26% em restaurantes e <i>fast-food</i> , 2% na escola e 36% em outros ambientes (festas, hospitais e refeitórios). Os itens com maior participação nestas refeições foram: arroz (12%); vegetais (8%); pães, torradas e biscoitos (6%); doces (5%); feijão (5%); suco de fruta (5%); hortaliças e folhosos (5%); aves (4%); carne bovina (4%); frutos do mar (4%); refrigerante (4%); e lanches, sanduíches e pizza (4%).	-
Bezerra et al., (2015)	Áreas urbanas do Brasil; 2008-2009; 13.736 adultos com idades entre 25 e 65 anos.	Em média, indivíduos que consumiram alimentos fora do lar tiveram menor ingestão total de arroz, feijão e leite e maiores ingestões totais de energeticamente densos, como lanches fritos e cozidos, doces e açúcar e refrigerantes, do que não consumidores.	Indivíduos que consumiram alimentos fora de casa eram mais jovens e tinham maior renda e maior nível de escolaridade.
Bezerra et al., (2017)	Brasil; 2008-2009; 152.895 indivíduos acima de 10 anos de idade.	Os locais mais visitados foram a lanchonete e restaurante. Doces foram os mais comprados em supermercados, vendedores de comida de rua, lojas de frutas e padarias. Salgadinhos, refrigerantes e <i>fast-food</i> foram os mais comprados em lanchonetes. Nos restaurantes, refeições e bebidas alcoólicas foram os mais citados.	Os homens apresentaram frequência de compra de alimentos fora de casa mais elevada quando comparados às mulheres. Os adultos tiveram uma frequência mais alta do que os adolescentes e idosos. Indivíduos que comeram em restaurantes tinham maior renda, mais anos de estudo e eram mais velhos.
Cavalcante et al., (2017)	Nordeste do Brasil; 2008- 2009; 11.674 indivíduos acima de dez anos de idade.	Os indivíduos que consumiram alimentos fora do lar apresentaram maior ingestão de gordura total, saturada e trans e açúcar livre, uma menor ingestão de proteína, fibra alimentar e ferro do que os que não comem fora.	O consumo de alimentos fora do lar foi maior na área urbana, entre os adolescentes, indivíduos do sexo masculino, e maior média de anos de estudo e de renda domiciliar <i>per capita</i> .

Artigo	Local; Ano e População do Estudo	Principais Resultados	
		Características da alimentação fora do domicílio	Características dos consumidores
Cunha et al., (2018)	Áreas urbanas do Brasil; 2008- 2009; 5.266 adolescentes de 10 a 19 anos de idade.	A proporção de consumo fora de casa/em casa foi superior a 30% para lanches assados e fritos, refrigerantes, sanduíches, pizza e sobremesas e foi inferior a 10% para arroz e feijão. Três padrões foram identificados, tanto em casa como fora de casa: o “Padrão tradicional”, o “Padrão Pão e manteiga” e o “Padrão ocidental”, tendo os padrões fora de casa, incluídos mais itens alimentares.	-
Corrêa et al., (2018)	Florianópolis – SC; 2012- 2013; 2.195 crianças e adolescentes de 7 a 14 anos	Os estabelecimentos de alimentação mais frequentados foram supermercados (96,12%), feiras (88,80%) e padarias (87,76%). O uso de lanchonetes teve uma associação positiva com a ingestão de ultraprocessados.	-
Andrade et al., (2018)	Brasil; 2008- 2009; 34.003 indivíduos com 10 anos ou mais de idade.	Três padrões de consumo fora de casa foram identificados: “refeição tradicional”, “Café da manhã/chá típico brasileiro” e “Alimentos ultraprocessados”. O padrão de “refeição tradicional” foi positivamente associado a calorias provenientes de proteínas, fibras, ferro, potássio e sódio, enquanto padrões “café da manhã / chá típicos brasileiros” e “alimentos ultraprocessados” foram positivamente associados à densidade energética, a porcentagem de calorias de lipídios ou carboidratos, gordura trans e açúcar livre.	Adolescentes e mulheres apresentaram menor pontuação média para o padrão “refeição tradicional”. Maior pontuação média foi observado no maior nível de renda para o padrão “refeição tradicional”; na área urbana para o padrão “café da manhã/chá típico brasileiro”. A adesão ao padrão “alimentos ultraprocessados” aumenta de acordo com o aumento do nível de escolaridade e renda e com a diminuição da idade.
Andrade et al., (2019)	Áreas urbana e rural do Brasil; 2008-2009; 34.003 indivíduos com 10 anos ou mais de idade.	À medida que a frequência de consumo fora de casa aumentou, diminuiu a proporção de preparações culinárias (de 73,3 para 63,4 %), e aumentou a porcentagem de alimentos ultraprocessados (de 16,0% a 26,2 %). 15,1% da energia total foi consumida fora de casa. A ingestão energética de bebidas alcoólicas fermentadas, biscoitos e salgadinhos, doces, produtos de panificação, pães ultraprocessados, carnes ultraprocessadas, pratos prontos, bebidas açucaradas, sucos artificiais e outras bebidas açucaradas, e bebidas lácteas aumentou à medida que a frequência de consumo fora de casa aumentou.	O percentual de indivíduos que comiam fora de casa nos dois dias foi maior entre os homens, na faixa etária de 20 a 39 anos, nas pessoas residentes na zona urbana, e diretamente relacionado à escolaridade e renda.

Artigo	Local; Ano e População do Estudo	Principais Resultados	
		Características da alimentação fora do domicílio	Características dos consumidores
Auad et al., (2019)	Distrito Federal; 133 consumidores;	95% dos consumidores relataram consumir em <i>food-trucks</i> 1-2 vezes por semana, perto de casa, para comer no próprio local, no período da noite, acompanhados da família, gastando em média US\$ 5,14-7,71. Os principais alimentos consumidos foram: hambúrgueres e sanduíches, seguido de pizzas e massa, outros alimentos, churrasco, carnes e peixes.	A maioria dos consumidores de <i>food-trucks</i> foram mulheres, com uma idade variando de 31 a 50 anos, casadas, com filhos e com nível superior, que trabalhavam e tinha renda elevada.
Ruiz et al., (2020)	Campinas – SP; 2015; 2574 indivíduos com 10 anos ou mais de idade.	O lanche da tarde foi a refeição mais consumida fora de casa (28,9%), seguido do almoço (23,9%), jantar (23,3%) e café da manhã (22,7%). Os locais mais consumidos foram: 6,6% na escola, 9,4% em outros locais, como restaurantes (3,4%) e trabalho (3,4%) entre os adolescentes e trabalho (12,63%), restaurantes (5,13%) e outros locais (2,54%) entre adultos.	Entre os adolescentes do estudo, 15,97% relataram consumir fora de casa nos seguintes locais: Entre os adultos, a prevalência de uma refeição ou mais fora de casa foi de 20,3%. Quanto ao consumo fora, 24,34% dos adolescentes, 23,12% dos adultos e 8,45% dos idosos consumiam fora de casa uma vez ao dia.
Bezerra et al., (2021)	Brasil; 2008-2009 e 2017-2018; 34.003 indivíduos em 2008-2009 e 46.164 indivíduos em 2017-2018 acima de 10 anos de idade	A contribuição do consumo alimentar fora de casa para a ingestão diária de energia também diminuiu (16,3% vs. 12,7%), com exceção da área rural. O consumo de alimentos fora de casa foi reduzido para a maioria dos itens avaliados. Os alimentos mais consumidos fora de casa em ambos os inquéritos foram as bebidas alcoólicas, salgadinhos fritos e assados, refrigerantes, pizzas, doces e sanduíches.	Entre 2008 e 2018 houve redução da frequência de consumo de alimentos fora de casa no Brasil, entre homens e mulheres, adolescentes e adultos e entre os indivíduos de maior faixa de renda. O aumento do consumo fora de casa também foi observado entre idosos com rendas domiciliares per capita entre 1 e 2 salários mínimos
Costa et al., (2021)	Brasil; 2008-2009; 34.003 indivíduos com 10 anos ou mais de idade	O total energético de refeições realizadas fora do domicílio teve uma média de 841,19 kcal/dia.	-
Morais et al., (2021)	Brasil; 2013-2014; 36.956 adolescentes brasileiros de 12 a 17 anos	A ingestão média calórica e de açúcar de adição foi maior nos adolescentes que consomem alimentos fora de casa, assim como o consumo de sanduíches, sobremesas e refrigerantes. No entanto, esses achados foram observados somente nas escolas públicas, onde os adolescentes que se alimentavam fora de casa também apresentaram maior consumo de frutas e feijão e menor ingestão de sódio.	53,2% relataram consumir fora de casa, com maior prevalência entre adolescentes de escolas privadas.

Fonte: elaborada pelo autor.

Nesse contexto, o infográfico elaborado teve como foco a orientação na escolha de alimentos saudáveis por adultos jovens que optam por se alimentarem fora do domicílio. O material possui informações breves na forma de tópicos com imagens, sendo frente e verso e em versão colorida.

Na frente do material (Figura 1), possui na parte superior o título, “Orientações para uma escolha consciente!” e logo abaixo “O que comer fora do domicílio?”, que tem a finalidade de chamar a atenção do leitor para um informativo que lhe guiará a realizar refeições saudáveis fora do domicílio. Na primeira sessão, escolheu-se abordar sobre escolhas de alimentos para grandes refeições, principalmente, o almoço, pois, segundo a revisão, foi a refeição mais consumida fora do domicílio.

Iniciou-se trazendo sugestões sobre o consumo de legumes e verduras, destacando a importância de variar as cores e sobre a quantidade a ser consumida, que seja, de preferência, metade do prato. Seguindo a ordem, colocou-se informações sobre os grupos dos cereais e o de raízes e tubérculos, sugerindo priorizar os alimentos integrais e a forma de preparo de raízes e tubérculos, de preferência, cozida. Colocou-se como exemplos preparações regionais, como o cuscuz e a mandioca cozida. Logo abaixo, pode-se encontrar informações sobre o grupo das carnes e ovos. Preferir as carnes brancas e magras e, principalmente, que sejam cozidas, grelhadas ou assadas foram algumas orientações. Sobre o grupo das leguminosas, abordou-se sobre realizar variações na escolha dos alimentos e de combinar no prato com um alimento do grupo de cereais, raízes ou tubérculos. No grupo dos doces e sobremesas, destacou-se o papel das frutas digestivas como uma opção saudável e acessível e, se houver o consumo dos doces, priorizar as opções feitas de frutas sem açúcar. Em seguida, incluiu-se orientações sobre as bebidas. A melhor opção fora do domicílio é a água ou a água de coco e deve-se evitar a ingestão de refrigerantes e sucos industrializados. Em relação ao uso de temperos, optou-se por mostrar aos consumidores que há possibilidades de transformar os sabores de refeições por meio do acréscimo de temperos naturais, como o limão e o azeite de oliva.

Na segunda sessão, colocou-se orientações para a escolha de lanches saudáveis fora do domicílio. Inicialmente, foi informado sobre evitar substituir as grandes refeições, principalmente, o almoço, por lanches, além de evitar o consumo de *fast-foods*. Apresentou-se opções que podem ser levadas do domicílio para ser consumida fora, como iogurte, frutas e castanhas. Acrescentou-se também exemplos de comidas e bebidas para esses momentos, como salada de frutas, sanduíche natural, vitaminas e sucos além de café e chás sem adição de açúcar.

Na terceira sessão da frente do material, colocou-se orientações sobre a ingestão de bebidas alcoólicas, pois, segundo a revisão, é o tipo de bebida mais consumida fora do domicílio.

Para isso, destacou-se a importância de beber com moderação e, sempre que possível, ingerir água em conjunto com a bebida alcoólica. Além disso, orientou-se não ingerir esse tipo de bebida quando estiver em jejum e evitar as opções mais calóricas, como gin, vodca e uísque.

Figura 1 - Frente do Infográfico com orientações sobre alimentação fora do domicílio.

Orientações para uma Escolha Consciente!

O QUE COMER FORA DO DOMICÍLIO?

REFEIÇÕES

1) LEGUMES E VERDURAS:

- Comece sua refeição pela salada de legumes e/ou verduras!
- Componha metade do prato ou da marmita de vegetais frescos crus e/ou legumes cozidos, como: cenoura, alface, tomate, beterraba, abobrinha, brócolis, repolho, pepino, couve, espinafre.
- Abuse na escolha de diferentes cores!

2) CEREAIS, RAÍZES E TUBÉRCULOS:

- Prefira os cereais integrais e raízes/tubérculos cozidos!
- Alimentos como arroz integral, batata doce cozida, mandioca cozida, cuscuz, macarrão integral, purê de batata são opções saudáveis de acompanhamento e ótimas fontes de energia.

3) CARNES E OVOS:

- Opte por preparações cozidas, assadas ou grelhadas!
- Evite embutidos, como linguiça, salsicha e mortadela.
- Prefira o consumo de carnes brancas, como peixes e aves, ou carnes vermelhas magras, como a maminha, patinho, lagarto, peito, além de ovo cozido ou soja.

4) LEGUMINOSAS:

- Combine com uma opção de cereal no seu prato!
- Realize variações sempre que possível.
- Feijões, lentilhas, grão-de-bico e ervilha são opções deste grupo.

5) DOCES E SOBREMESAS:

- Priorize as frutas digestivas como sobremesa!
- Laranja, abacaxi, tangerina e mamão são ótimas escolhas!
- Caso sinta vontade de comer doces, opte pelos doces de frutas sem adição de açúcar.

6) BEBIDAS:

- A água é a melhor escolha para beber fora do domicílio.
- Evite bebidas muito açucaradas, como sucos industrializados e refrigerantes.
- Prefira os sucos naturais da fruta ou polpa.
- Água de coco também é uma ótima opção.

7) TEMPEROS:

- Tempere a salada com azeite, vinagre ou limão.
- Surpreenda-se com os novos sabores.
- Evite o uso de saleiros ou molhos condimentados.

LANCHES

- Evite substituir grandes refeições, como o almoço e o jantar, por lanches.
- Evite *fast-foods* (hambúrguer, batata frita, pastel, sorvete).
- Se conseguir levar do seu domicílio, opte por uma fruta, iogurte natural ou castanhas;
- Opções saudáveis para comer fora: sanduíches naturais, tapioca, crepioca, açaí ou salada de frutas;
- Opções de bebidas: sucos e vitaminas de frutas, café ou chá, de preferência, sem adição de açúcar.

BEBIDAS ALCOÓLICAS

- Beba com moderação!
- Evite ingerir bebida alcoólica quando estiver em jejum.
- Lembre-se de ingerir água junto com a bebida.
- Evite bebidas muito calóricas, como vodca, uísque, gim.

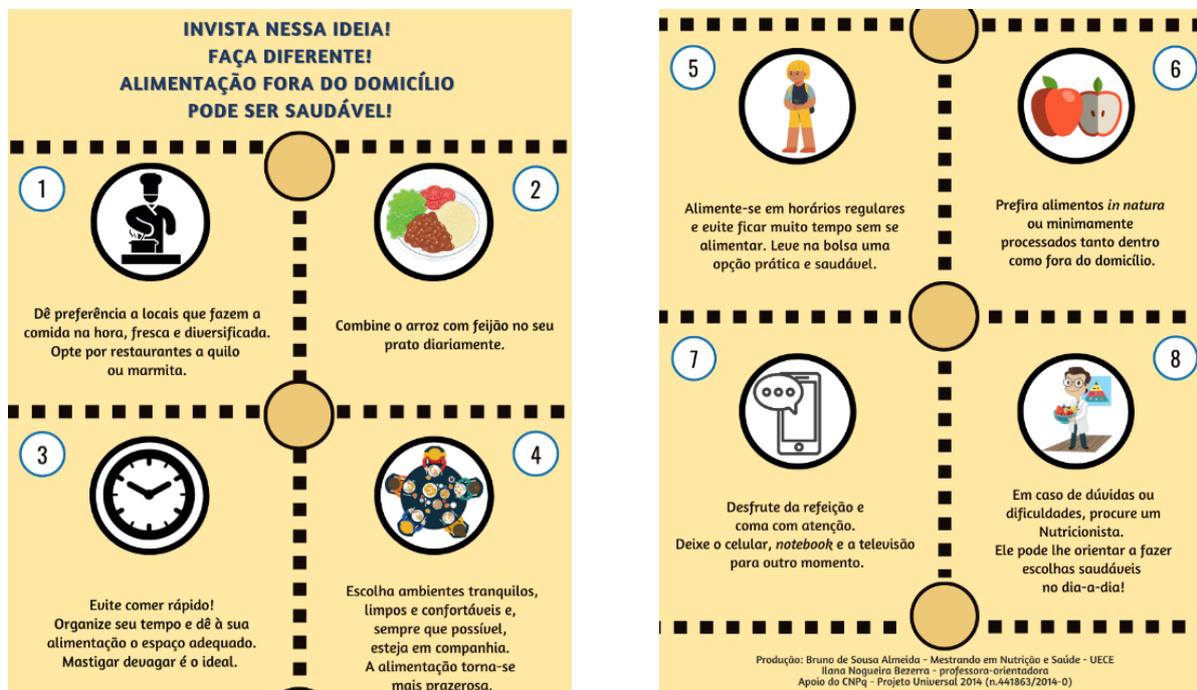
Fonte: elaborada pelo autor.

No verso do infográfico (Figura 2), incluiu-se outras orientações sobre comer fora do domicílio de maneira saudável. As informações estão organizadas em oito recomendações sequenciais contendo sugestões sobre hábitos que podem influenciar na escolha dos alimentos quando consumidos fora do domicílio.

A princípio, abordou-se a questão da escolha do local, que, preferencialmente, deve-se optar por restaurantes que preparam a comida na hora, com opções de escolha de alimentos. Acrescentou-se também que o ambiente deve ser tranquilo e confortável e sempre que possível, deve-se realizar as refeições em companhias, para que o momento se torne prazeroso. Abordou-se também sobre a importância de não desviar o foco da refeição para o celular ou televisão e, sempre que possível, reservar um tempo suficiente para realização das refeições fora do domicílio. Quanto às escolhas alimentares, preferir o consumo dos alimentos *in natura* ou minimamente processados e, se possível, combinar o arroz com o feijão no prato diariamente. Outro aspecto relevante é evitar passar muito tempo em jejum e manter horários

regulares para as refeições. Por fim, caso existam eventuais dúvidas, deve-se buscar o auxílio de um profissional nutricionista para uma melhor orientação.

Figura 2 - Verso do Infográfico com orientações sobre alimentação fora do domicílio.



Fonte: elaborada pelo autor.

4. DISCUSSÃO

Este estudo revisou as evidências sobre as pesquisas relacionadas à alimentação fora do domicílio no Brasil, identificando comportamentos que podem favorecer o ganho excessivo de peso e o desenvolvimento de agravos relacionados ao sobrepeso e obesidade, como o consumo de refrigerantes, doces, salgadinhos fritos e assados e *fast-foods*. Essa síntese permitiu elaborar o infográfico com mensagens sobre escolhas mais saudáveis ao se alimentar fora do domicílio, adequado à realidade e necessidades do público-alvo.

Destaca-se a importância do infográfico elaborado pelo motivo da alimentação fora do domicílio ser reconhecida pela literatura como um fator ambiental que contribui para o aumento das taxas de sobrepeso e obesidade (BEZERRA; SICHIERI, 2009; DUFFEY *et al.*, 2007; NAGO *et al.*, 2014). A mídia (televisão, rádio, revistas e *Internet*) investe fortemente em matérias sobre alimentação e saúde, as quais, em sua maioria, induzem modismos alimentares, desvalorizam a alimentação tradicional e estimulam, disfarçadamente, o consumo de alimentos ultraprocessados, o que contribui para o ganho excessivo de peso (BRASIL, 2014).

A salada foi a primeira opção para o início das orientações, a fim de garantir a ingestão de nutrientes diferentes e essenciais ao organismo, além de indicar uma melhor opção para montar um prato saudável de grandes refeições (almoço e jantar) e, conseqüentemente, há maior possibilidade do comensal preencher metade do prato com salada (BRASIL, 2014). Como imagem representativa, buscou algo que representasse o real sentindo da orientação, que foi um prato composto em sua metade de vegetais bem coloridos.

Em relação ao grupo dos cereais e leguminosas, observa-se que a mistura de feijão com arroz é a mais popular no país, além de ser um ótimo exemplo de combinação de alimentos de origem vegetal, do ponto de vista nutricional. A mistura de feijão com arroz aparece em quase todos os almoços dos brasileiros, traduzindo a realidade alimentar dessa população que privilegia alimentos *in natura* ou minimamente processados (BRASIL, 2014).

A sugestão para a escolha de carnes brancas e magras deve-se ao fato de possuírem menos gorduras saturadas que são malélicas à saúde (BRASIL, 2006). Também se orienta para que as frituras sejam evitadas devido aos riscos de desenvolverem doenças cardiovasculares, além de ter sido identificado na revisão de literatura, o consumo frequente desse tipo de alimento. Diante disso, deve-se preferir preparações cozidas, assadas ou grelhadas, pois possuem baixo teor de gorduras ruins (ISER *et al.*, 2012).

A escolha das frutas como opção de sobremesa é uma alternativa para estimular a redução do consumo de alimentos com elevado teor de açúcar, que sempre estão presentes nas vitrines dos locais que comercializam refeições fora do domicílio. Com isso, explica-se no material sobre a importância das frutas que auxiliam na digestão, como as cítricas. As frutas são alimentos altamente nutritivos, ricas em vitaminas, minerais e fibras, sendo essenciais ao bom funcionamento do metabolismo humano (NEUTZLING *et al.*, 2009).

Diante do fato dos refrigerantes serem um dos itens mais consumidos fora do domicílio, conforme os resultados da revisão realizada, destacou-se a questão de hidratar-se frequentemente com a ingestão de água, devido aos inúmeros benefícios desse líquido ao organismo. Além disso, encontra-se no infográfico a orientação para evitar a ingestão de bebidas industrializadas açucaradas, como sucos de caixinhas e refrigerantes, pelo alto teor de açúcar e conservantes existentes nesses produtos (MALIK; SCHULZE; HU, 2006).

O tópico relacionado aos temperos foi colocado como uma maneira de chamar atenção dos consumidores para o uso de molhos condimentados e saleiros. Como alternativas, colocou-se opções de temperar as refeições com o vinagre, limão e azeite, pois trazem nutrientes em sua composição e são ótimas opções para variar o sabor. Segundo Dumas (2008), as refeições realizadas fora do domicílio, além de serem produzidas com produtos processados, ainda

podem conduzir a adição de sal ou molhos condimentados pelo cliente, pelo fato dos estabelecimentos disponibilizarem esses temperos sempre ao alcance dos consumidores, podendo ele perder o controle nessa adição. Além disso, ainda de acordo com a mesma autora, o que dificulta a retirada do excesso de sódio da dieta é o fato desse mineral conferir sabor e ressaltar o paladar de outros ingredientes, presente em boa parte dos alimentos industrializados.

Sobre os lanches, foi explicado que se deve evitar substituir as grandes refeições, principalmente, o almoço, por lanches, devido ao aporte calórico e nutricional que, usualmente, possuem essas refeições (BRASIL, 2006). Pode-se observar que fora do domicílio houve um consumo elevado de alimentos ultraprocessados, como doces, salgadinhos e *fast-foods*, principalmente, no momento dos lanches. Por conta da sua formulação e apresentação, tendem a ser consumidos em excesso e a substituir os alimentos *in natura* ou minimamente processados. Além disso, são nutricionalmente desbalanceados, influenciando no desenvolvimento das doenças crônicas (BRASIL, 2014).

De acordo com a revisão, o consumo de bebidas alcoólicas fora do domicílio apresentou um elevado percentual. Este padrão de consumo de álcool excessivo, principalmente, entre a população adulta brasileira acarreta danos à saúde e altos custos para a sociedade. Porém, existem fatores que favorecem o consumo de álcool que merecem ser destacados, como a publicidade, a ampla distribuição, a facilidade de acesso, os baixos preços e as expectativas positivas dos indivíduos com relação aos efeitos do álcool (ALMEIDA; CAMPOS, 2013).

Nesse mesmo contexto, é essencial que os momentos de comer fora do domicílio sejam tranquilos, com um tempo suficiente e exclusivo para essa atividade, além de evitar desviar o foco para a televisão ou celular durante a refeição. Apesar dos estudos incluídos na revisão não destacarem esse comportamento, é importante que o mesmo seja abordado, seguindo as recomendações do novo Guia Alimentar para a População Brasileira, cuja importância de se realizar refeições em locais limpos, confortáveis, tranquilos e onde os alimentos são preparados na hora podem auxiliar na concentração na hora de comer (BRASIL, 2014). O estudo de Santos *et al.*, (2011), mostrou que restaurantes por peso, apresentam uma variedade de opções de alimentos prontos para consumo, são opções para realizar refeições saudáveis, indicando que é possível realizar refeições saudáveis fora do domicílio.

Sobre as escolhas alimentares, sugeriu-se reduzir o consumo de alimentos industrializados, principalmente, os ultraprocessados, que são pobres em nutrientes e ricos em conservantes e aditivos, causando prejuízos à saúde. Deve-se incentivar o consumo diário dos

alimentos *in natura*, como frutas e hortaliças, por conterem vitaminas, fibras e minerais (PEREIRA *et al.*, 2014).

Por fim, orienta-se que busque o auxílio de um profissional nutricionista, em caso de eventuais dúvidas ou dificuldades, por ser o profissional capacitado e habilitado para ajudar nas escolhas alimentares a serem realizadas de forma saudável e que isto se torne um hábito (BRASIL, 2006).

O aumento na demanda por refeições fora do domicílio pode ocasionar uma sobrecarga nos serviços de alimentação que influenciam de forma negativa no seu desempenho e contribuem para um aumento do risco de doenças transmitidas por alimentos (DTA). O controle efetivo de higiene e segurança alimentar em estabelecimentos de serviços alimentares é necessário para evitar prejuízos à saúde humana e economia (CONSTANCIO *et al.*, 2014). Entretanto, considerando a qualidade e a importância de produzir refeições que não apresentem riscos à saúde do consumidor, o presente estudo não abordou essa temática devido à grande quantidade de trabalhos publicados que abordam esse tipo de conteúdo.

Ainda sobre o infográfico elaborado, este dispõe de parte escrita e visual, reforçando as recomendações explanadas, registrando a mensagem, normalmente, transmitida pelo profissional de saúde, que é imprescindível para melhor compreensão do assunto abordado. Segundo Moreira, Nóbrega e Silva (2003), materiais educativos impressos são ferramentas que facilitam o processo de ensino e aprendizagem, pois permitem ao destinatário uma consulta posterior, possibilitando-lhe a compreensão de eventuais dúvidas, por meio do processo de decodificação e memorização. Além disso, de acordo com Barbosa, Colares e Soares (2008), o instrumento educativo, quando bem planejado, pode favorecer as condições de saúde da população, uma vez que melhora o conhecimento e empodera o indivíduo através de informações sobre um determinado assunto.

Nesse mesmo contexto, o infográfico, que é uma ferramenta utilizada, frequentemente, no meio jornalístico, tanto impresso como digital, Bottentuit Júnior, Lisboa e Coutinho (2011), afirmam que o mesmo também está sendo utilizado em editoriais de saúde, ciência, tecnologia, política, cultura e variedades, pois é bastante eficiente no processo comunicacional. Os mesmos autores identificaram as seguintes potencialidades para a utilização do infográfico em um contexto educativo: a riqueza de imagens e esquemas facilita a memorização; as imagens chamam a atenção do leitor e o processo de observação do material poderá desenvolver habilidades cognitivas de interpretação, análise e síntese; os leitores recordam mais facilmente imagens e pequenos fragmentos de textos face à grande quantidade de textos sem o uso de esquemas ou imagens.

Entretanto, um dos principais problemas na compreensão de materiais impressos educativos está na complexidade e no número de informações veiculadas, utilizando uma linguagem técnica, sendo um dos fatores limitantes. Porém, a literatura mostra que há poucas pesquisas que se concentram na legibilidade, no *design* e na estrutura de instrumentos educativos impressos, inexistindo atenção voltada para conteúdos específicos e mensagens claras e objetivas aos leitores (SHIEH; HOSEI, 2008).

No entanto, dentre as características dos consumidores fora do domicílio no Brasil está o elevado nível de escolaridade, facilitando a compreensão do infográfico produzido. Além disso, considerando-se o potencial do material escrito no contexto da educação e promoção em saúde e o papel dessa ferramenta em prevenir doenças, torna-se necessário desenvolver habilidades e favorecer a autonomia do consumidor em suas escolhas. Nesse contexto, é fundamental criar, desenvolver e produzir instrumentos de qualidade que alcancem os objetivos do atendimento das necessidades da população (KELLY-SANTOS; ROZEMBERG, 2005).

O estudo traz como fatores limitantes a questão da mudança de conhecimento para que ocorra a mudança de comportamento, que envolvem processos prolongados e difíceis, sendo necessário maiores intervenções com o público-alvo e, principalmente, com os estabelecimentos comerciais. Além disso, há necessidade de investimento paralelo em políticas públicas abrangentes e intersetoriais, que priorizem ações de promoção e educação em saúde. Ainda há a baixa acessibilidade aos materiais e recursos disponibilizados pelo governo pela população, o que seria mais um obstáculo na divulgação do material.

5. CONCLUSÃO

O infográfico foi elaborado para auxiliar nas decisões e escolhas saudáveis na hora de comer fora do domicílio, contribuindo com a aproximação do público às informações e orientações nutricionais a respeito da alimentação fora do domicílio, e que essas possam influenciar nas suas escolhas no momento do consumo. Entretanto, para que esse processo ocorra, é necessário que o público se aproprie e reflita sobre as informações abordadas e que políticas públicas subsidiem mudanças no comportamento alimentar. Caso contrário, a eficiência do material em provocar mudanças no comportamento e nas atitudes alimentares ficará comprometida.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. C.; CAMPOS, J. A. D. B. Consumo de álcool por adultos brasileiros: uma revisão da literatura. **Ciência Et Praxis**, v. 6, n. 12, p. 7-12, 2013.

- ANDRADE, G. C. *et al.* Out-of-home food consumers in Brazil: What do they eat? **Nutrients**, v. 10, n. 2, Feb. 2018.
- ANDRADE, G. C. *et al.* The consumption of ultra-processed foods according to eating out occasions. **Public Health Nutrition**, v. 23, n. 6, p. 1041-1048, 23 set. 2019.
- AUAD, L. I. *et al.* Brazilian Food Truck Consumers' Profile, Choices, Preferences, and Food Safety Importance Perception. **Nutrients**, v. 11, n. 5, p. 1175, 25 maio 2019.
- BARBOSA, R. M. S.; COLARES, L. G. T.; SOARES, E. A. Desenvolvimento de guias alimentares em diversos países. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 21, n. 4, p. 455-467, jul./ago. 2008.
- BEZERRA, I. N. *et al.* Away-from-home eating: nutritional status and dietary intake among Brazilian adults. **Public Health Nutrition**, v. 18, n. 6, p. 1011-1017, 2015.
- BEZERRA, I. N. *et al.* Consumo de alimentos fora do domicílio no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 47(1Supl), 200S-11S, 2013b.
- BEZERRA, I. N. *et al.* Contribution of foods consumed away from home to energy intake in Brazilian urban areas: the 2008-9 Nationwide Dietary Survey. **British Journal of Nutrition**, v. 109, p. 1276-1283, 2013a.
- BEZERRA, I. N. *et al.* Evolução do consumo de alimentos fora do domicílio no Brasil de 2008 2009 a 2017-2018. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, n. Supl. 1, p. 1-11, 2021.
- BEZERRA, I. N. *et al.* Food consumed outside the home in Brazil according to places of purchase. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 15, p. 1-8, 2017.
- BEZERRA, I. N.; SICHEIRI, R. Characteristics and spending on out-of-home eating in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 2, p. 221-229, abr., 2010.
- BEZERRA, I. N.; SICHEIRI, R. Eating out of home and obesity: a brazilian nationwide survey. **Public Health Nutrition**, London, v. 12, n. 11, p. 2037-2043, maio 2009.
- BOGGS, D. A. *et al.* Restaurant foods, sugar-sweetened soft drinks, and obesity risk among young African American women. **Ethnicity & Disease**, v. 23, n. 4, p. 445-451, 2013.
- BOTTENTUIT JUNIOR, J. B.; LISBOA, E. S.; COUTINHO, C. P. O infográfico e as suas potencialidades educacionais. **QUAESTIO**, Sorocaba, SP, v. 13, n. 2, p. 163-183, nov. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 210p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 156 p.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 84 p.
- CARÚS, J. P.; FRANÇA, G. V. A.; BARROS, A. J. D. Local e tipo das refeições realizadas por adultos em cidade de médio porte. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 68-75, 2014.
- CAVALCANTE, J. B. *et al.* Ingestão de energia e nutrientes segundo consumo de alimentos fora do lar na Região Nordeste: uma análise do Inquérito Nacional de Alimentação 2008-2009. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. 1, p. 115-123, jan./mar. 2017.
- CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. **Revista CFN**, Brasília, v. 10, n. 39, jan./abr., 2013.
- CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS. **Cartilha da Alimentação Saudável e Segura: Fora do Lar**. São Paulo: Ministério da Saúde, 2012.
- CONSTANCIO, M. B. *et al.* Revisão da Literatura – Alimentação Fora do Lar e os Desafios das Boas Práticas para a produção de alimentos de qualidade em Unidades de Alimentação e Nutrição – UAN. **Acta de Ciências e Saúde**, v. 2, n. 5, p. 129-143, 2016.
- CORRÊA, E. M. *et al.* Utilization of food outlets and intake of minimally processed and ultra-processed foods among 7 to 14-year-old schoolchildren. A cross-sectional study. **São Paulo Medical Journal**, v. 136, n. 3, p. 200-207, May-Jun. 2018.
- COSTA, J. C. *et al.* Consumo de frutas e associação com a ingestão de alimentos ultraprocessados no Brasil em 2008-2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, p. 1233-1244, abr. 2021.
- COSTA, V. M.; TAROUCO, L. M. R. Infográfico: características, autoria e uso educacional. **CINTED-UFRGS - Novas Tecnologias na Educação**, v. 8, n. 3, dez. 2010.
- CUNHA, D. B. *et al.* At-home and away-from-home dietary patterns and BMI z-scores in Brazilian adolescents. **Appetite**, v. 120, p. 374-80, 2018.
- DUFFEY, K. J. *et al.* Differential associations of fast food and restaurant food consumption with 3-y change in body mass index: the coronary artery risk development in young adults study. **The American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, v. 85, n. 1, p. 201-208, jan. 2007.
- DUMAS, L. L. V. **Aceitabilidade da redução de sódio em um restaurante de Taguatinga Norte**. Brasília, 2008. 49f. Monografia (Especialização em Gastronomia e Saúde) - Centro de Excelência em Turismo, Universidade de Brasília, Brasília, 2008.
- GORGULHO, B. M.; FISBERG, R. M.; MARCHIONI, D. M. L. Away-from-home meals: prevalence and characteristics in a metropolis. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 27, n. 6, p. 703-713, nov./dez. 2014.
- HEALTHY EATING OUT (HECTOR). **Eating Out: Habits, Determinants, and Recommendations for Consumers and the European Catering Sector**. [S.l: s.n], 2009.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-**

2018: avaliação nutricional da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

ISER, B. P. M. *et al.* Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais do Brasil - principais resultados do Vigitel 2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2343-2356, 2012.

KELLY-SANTOS, A.; ROZEMBERG, B. Comunicação por impressos na saúde do trabalhador: a perspectiva das instâncias públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 929-38, 2005.

LUK, A.; ASLANI, P. Tools used to evaluate written medicine and health information: document and user perspectives. **Health Education and Behavior**, v. 38, n. 4, p. 389-403, 2011.

MALIK, V. S.; SCHULZE, M. B.; HU, F. B. Intake of sugar-sweetened beverages and weight gain: a systematic review. **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. 84, n. 2, ago. p. 274-88, 2006.

MORAIS, S. R. *et al.* Alimentação fora de casa e biomarcadores de doenças crônicas em adolescentes brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 1, e00219619, 2021.

MOREIRA, M. F.; NÓBREGA, M. M. L.; SILVA, M. I. T. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 2, p. 184-188, mar./abr. 2003.

NAGO, E. S. *et al.* Association of out-of-home eating with anthropometric changes: a systematic review of prospective studies. **Critical Reviews in Food Science Nutrition**, Cleveland, v. 54, n. 9, p. 1103-1116, fev. 2014.

NEUTZLING, M. B. *et al.* Fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras em adultos de uma cidade no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 11, p. 2365-74, 2009.

OLIVEIRA, R. C.; PROENÇA, R. P. C.; SALLES, R. K. O direito à informação alimentar e nutricional em restaurantes: uma revisão. **Demetra: Nutrição & Saúde**, v. 7, n. 1, p. 47-58, 2012.

PEREIRA, R. A. *et al.* Sources of excessive saturated fat, trans fat and sugar consumption in Brazil: an analysis of the first Brazilian nationwide individual dietary survey. **Public Health Nutrition**, v. 17, n. 1, p. 113-121, jan. 2014.

POPKIN, B. M.; ADAIR, L. S.; NG, S. W. Global nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries. **Nutrition Reviews**, v. 70, n. 1, p. 3-21, 2012.

REZENDE, D. C.; AVELAR, A. E. S. Factors that influence the consumption of food outside the home in Brazil. **International Journal of Consumer Studies**, v. 36, n. 3, p. 300-306, 2012.

RODRIGUES, A. G. M.; PROENÇA, R. P. C.; CALVO, M. C. M.; FIATES, G. M. R. Overweight/obesity is associated with food choices related to rice and beans, colors of salads, and portion size among consumers at a restaurant serving buffet-by-weight in Brazil. **Appetite**, v. 59, p. 305-311, 2012.

- RUIZ, A. M. P. *et al.* Can Meals Outside Homes Impact Sodium Intake? **Current Developments in Nutrition**, v. 4, n. 6, p. 1-8, 2020.
- SANTOS, M. V. *et al.* Os restaurantes por peso no contexto de alimentação saudável fora de casa. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 24, n. 4, p. 641-649, jul./ago. 2011.
- SHIEH, C.; HOSEI, B. Printed health information materials: evaluation of readability and suitability. **Journal of Community Health Nursing**, v. 25, n. 2, p. 73-90, abr./jun. 2008.
- TEIXEIRA, P. D. S. *et al.* Intervenção nutricional educativa como ferramenta eficaz para mudança de hábitos alimentares e peso corporal entre praticantes de atividade física. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 2, p. 347-356, 2013.

GÊNERO E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA NA SAÚDE COLETIVA

DOI: 10.51859/AMPLLA.SPT853.1122-16

Lívia Gonçalves Rabelo Araújo
Elaine Reis Brandão
Bruna Rodrigues Nunes
Dayse Lorrane Gonçalves Alves
Yatagan Moreira da Rocha

1. INTRODUÇÃO

Apropriando-se do conceito de saúde estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em sua Constituição de 1948, como sendo o “estado de mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”, entende-se gênero como um dos determinantes envolvidos nesse processo. Isto porque categorias sociais, como: gênero, classe social, educação, entre outros, são capazes de gerar desigualdades sociais em saúde, ou seja, diferenças nas condições e no acesso à saúde (BARROS, 2017). Quando essas diferenças passam a ser entendidas como decorrentes de algum tipo de injustiça social, implica considerá-las como iniquidades e, a partir disso, propicia-se condições para que políticas de diminuição das desigualdades sejam formuladas e colocadas em prática (BARRETO, 2017).

Para o planejamento de políticas e ações em saúde, faz-se necessária uma percepção da importância de se discutir as disparidades presentes na sociedade com vistas a garantir abordagens diferenciadas para indivíduos e corpos distintos, entendendo suas particularidades como produtoras de diferentes demandas e necessidades em saúde. Tais necessidades podem ser definidas de acordo com as posições e relações de poder imbricadas na sociedade, assim como as atribuições de sentido ao processo que envolve os estados de saúde e adoecimento (JÚNIOR FERREIRA *et al.*, 2017).

Entendendo isso, percebe-se a importância de se discutir as questões de gênero como produtoras de desigualdades sociais e em saúde, de modo que exigem um estudo sobre as experiências vividas, principalmente, na Atenção Primária à Saúde (APS). Isto porque a APS, caracteriza-se como porta de entrada preferencial dos indivíduos ao sistema de saúde (BRASIL,

2017a), sendo responsável por perceber tais disparidades e atuar de forma abrangente e inclusiva. É compreendida como um componente complexo e basilar dos sistemas nacionais de saúde, o qual se tem como base, tecnologias complexas, de baixa densidade, e conhecimentos teórico-práticos que procuram intervir nos principais problemas sanitários da população (ANDRADE *et al.*, 2018).

Em 1983 foi elaborado, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), para o qual se pensava em ações e serviços descentralizados, regionalizados e seguindo uma certa hierarquia, isso tudo em um momento no qual se pensava as bases para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2004, a área técnica de saúde da mulher lança a Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher, a qual pretende ser norteadada pela perspectiva analítica de gênero, raça e etnia e possui como objetivos gerais, segundo documento de princípios e diretrizes da política: promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil e ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS (BRASIL, 2004).

Após cinco anos da política para mulheres, em 2009, o Ministério da Saúde apresenta a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), baseando-se no ideal de acolhimento e integração do homem aos serviços de saúde. Tendo ainda como objetivo a diminuição dos coeficientes de mortalidade e morbidade destes por meio da melhoria da qualidade dos serviços prestados e incidência sobre os fatores de risco envolvidos no processo saúde-doença dos homens (BRASIL, 2009).

Percebe-se em maior ou menor proporção que, tanto a PAISM quanto a PNAISH têm em suas bases a percepção das implicações de gênero na saúde dos indivíduos. Em consonância com isso, muitos estudos abordam essa relação gênero-saúde, principalmente, por estarem abarcadas, neste contexto, questões como sexualidade, reprodução, violência, assim como as questões normativas acerca das feminilidades e masculinidades.

As masculinidades e feminilidades hegemônicas exigem dos indivíduos comportamentos de acordo com padrões socialmente aceitos como regras, assim, tudo que venha a se desviar destes passa a ser considerado um problema. Esse sistema, baseia-se na concepção de que sexo e gênero possuem a mesma definição e, dessa forma, o sexo (biológico/anatômico) ditaria o destino dos indivíduos em uma categorização binária de homens e mulheres. Entretanto, o gênero não se configura como uma consequência do sexo, mas se trata de uma construção social, ou seja, o gênero é desenvolvido a partir da significação

cultural, em que os corpos assumem características que podem ou não se encaixar em uma organização binária (BUTLER, 2018).

Os trabalhos produzidos por Aquino (2006), e por Araújo, Schraiber e Cohen (2011), configuram estudos importantes que também se propuseram a realizar uma análise acerca das produções que relacionam gênero e saúde. Embora os mesmos não tenham seu foco voltado à APS, mas sim, ao campo da Saúde Coletiva, trazem questões relevantes acerca dos sentidos atribuídos ao gênero e a carência de aprofundamento teórico e metodológico sobre esta categoria, à medida que se tem a percepção de que este tema não é trabalhado de uma forma precisa nos estudos em Saúde Coletiva.

Tais questões devem ser levantadas, principalmente, em estudos realizados na APS, a qual é percebida como espaço de grande quantidade de atravessamentos sociais pela sua proximidade com o indivíduo e seu contexto, assim como a sua responsabilidade, como coordenadora e ordenadora do cuidado na rede de saúde e, em garantir a qualidade e, principalmente, a integralidade da atenção. Dessa forma, acredita-se que seja relevante compreender o estado da arte da produção científica sobre gênero na APS, a partir do campo de conhecimento da Saúde Coletiva, para identificar questões que possam interferir diretamente na qualidade da assistência à saúde prestada.

O presente estudo teve como objetivo realizar uma revisão narrativa crítica da literatura científica produzida na área da saúde coletiva/saúde pública sobre as abordagens e estudos de gênero na APS no Brasil.

2. MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão narrativa (ROTHER, 2007), da literatura científica acerca das abordagens de gênero na APS, de forma a perceber padrões e diferenciais em relação à produção do cuidado. Esta estratégia teve como objetivo observar as investigações em comum, assim como permitir a abordagem de artigos complementares.

Foram considerados, nesta revisão, os estudos publicados em revistas revisadas por pares, que respondiam à pergunta de pesquisa: quais as evidências produzidas na área da saúde coletiva/saúde pública sobre as abordagens e estudos de gênero na APS no Brasil? Com relação aos critérios de elegibilidade, foram selecionados os estudos da área da saúde pública ou saúde coletiva, em português e dos últimos 20 anos, que tratavam da temática de gênero (BUTLER, 2018) na APS (ANDRADE *et al.*, 2018). Para se referir a este modelo de atenção, também foram considerados os termos: “cuidados primários de saúde”, “atenção básica”, “atenção básica à

saúde”, “atenção básica de saúde”, “saúde da família”, “programa saúde da família” ou “estratégia saúde da família”.

A busca eletrônica dos estudos foi realizada, em abril de 2022, na base de dados *Scielo*, a fim de identificar publicações que atendessem aos critérios de seleção. As palavras-chaves foram escolhidas com base nos DECS (Descritores em Saúde) da Bireme e na literatura científica da área. A busca inicial gerou um quantitativo de 734 estudos. Após se fazer uso do filtro da coleção *Scielo* Brasil, restaram 460. As referências destes foram transportadas para o programa *EndnoteX8*, no qual foram excluídas as duplicatas, permanecendo 355 estudos.

O processo de seleção foi realizado em duas etapas: leitura de títulos e resumos e leitura na íntegra. Na primeira etapa, excluíram-se aqueles que se distanciaram da temática a qual este estudo se propôs. Entre os preteridos destacam-se, principalmente, aqueles que faziam uso da palavra “gênero” como sinônimo de “sexo”, caracterizando-se como estudos apenas descritivos, sem que fosse feito o uso da categoria de gênero em seu caráter analítico. Também foram excluídos do estudo aqueles que se encontravam duplicados, tanto dentro, quanto entre as buscas.

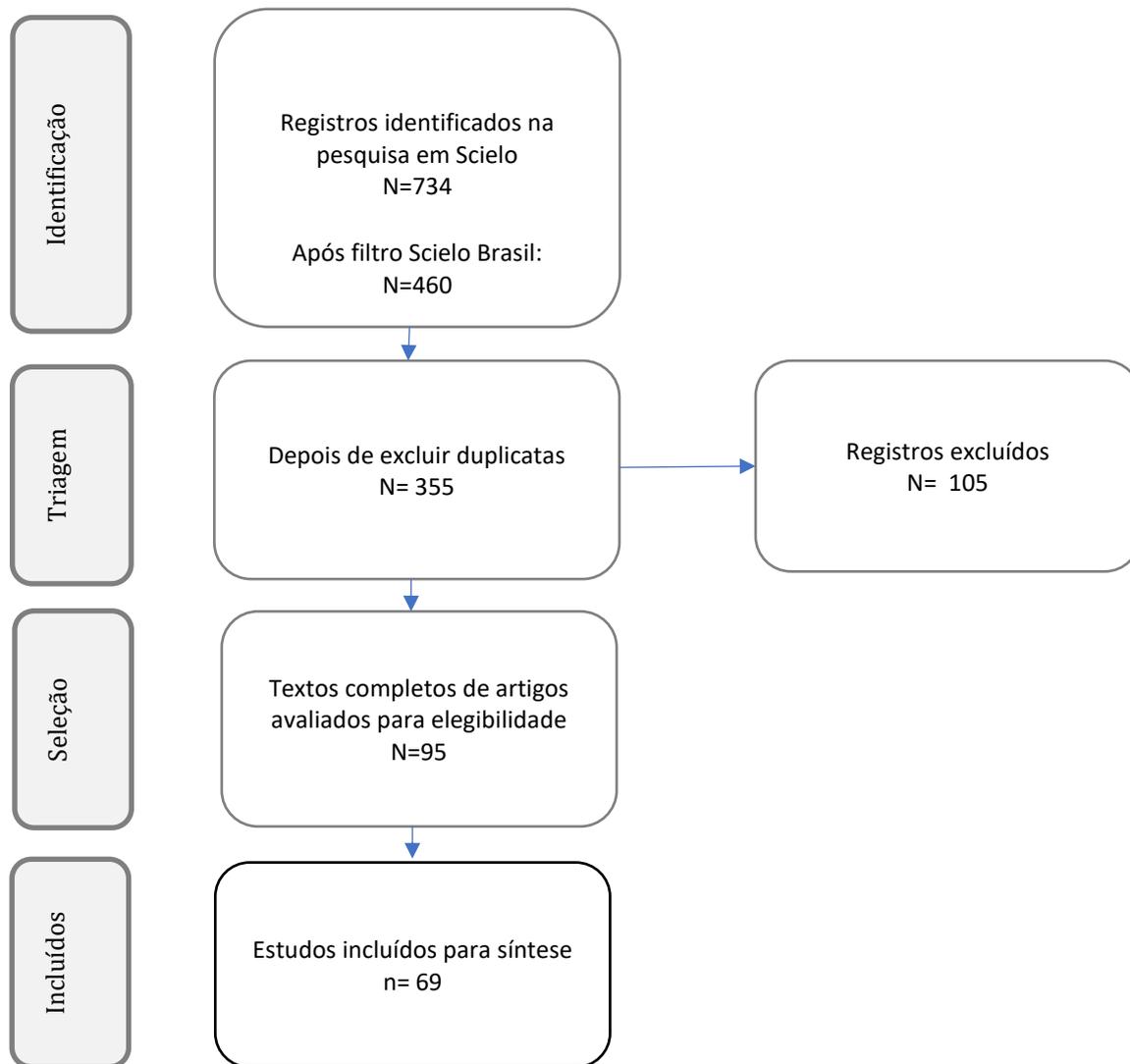
Por fim, remanesceu um total de 69 artigos, os quais foram agregados por chave de busca e por categoria de assunto. Dentre as categorias identificadas estavam: Saúde da Mulher, Saúde do Homem, Sexualidade e Reprodução, Violência, Formação e Atuação Profissional e Desigualdade no Acesso. Com isso, foi possível uma descrição das produções levantadas de acordo com seu assunto principal, periódico publicado, ano, resultados e principais discussões. A extração foi realizada em tabela no *Microsoft Office Excel*, versão 2013, e a síntese dos estudos deu-se de forma descritiva, por meio da construção de figuras, quadros e tabelas.

A discussão da literatura elencada realizou-se em duas abordagens, de modo a abarcar de forma concisa o conteúdo das produções acadêmicas examinadas: inicialmente, foram abordadas as informações agregadas por tema ou assunto principal e, logo após, foi realizado um olhar mais geral acerca das abordagens e experiências envolvendo gênero na APS. Esta aproximação, dá-se em função do entendimento de que os temas possuem suas particularidades, mas também se relacionam uns com os outros de uma forma mais abrangente.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A figura 1 sistematiza o processo de busca e seleção dos estudos.

Figura 1 - Fluxograma do processo de busca e seleção dos artigos



Fonte: Produzido pelos autores conforme modelo PRISMA (MOHER *et al.*, 2009)

A Tabela 1 apresenta a frequência de artigos levantados por chave de busca na base de dados *Scielo*.

Tabela 1 - Frequência de artigos levantados por chaves de busca. Scielo, abril de 2022.

Chaves de busca	Número de artigos
Gênero + Atenção Primária	32
Gênero + Atenção Básica	5
Gênero + Saúde Coletiva	4
Gênero + Saúde da Família	28
Total	69

Fonte: elaborado pelos autores.

Atenta-se para o fato de que estas produções expostas fazem parte daquelas que se enquadram nos critérios deste trabalho e, portanto, não representam toda a produção referente a esse tema ao longo dos anos na base de dados. Durante a leitura dos artigos, notou-se que poderiam ser classificados, quanto ao seu assunto principal de discussão, em seis categorias: Saúde do Homem, Saúde da Mulher, Violência, Sexualidade e Reprodução, Formação e Atuação Profissional e Desigualdade no Acesso.

Grande parte dos artigos (21) são voltados para o tema da Sexualidade e Reprodução, o que representa 30,4% das produções elencadas para a elaboração do trabalho. Isso mostra que as questões de gênero ainda são trabalhadas na saúde com foco nos aspectos sexuais e reprodutivos, em detrimento de outros assuntos. Por outro lado, é importante que temas como anticoncepção, planejamento familiar e ações de pré-natal sejam tratados a partir da perspectiva de gênero, promovendo a equânime responsabilização de homens e mulheres (DANTAS; COUTO, 2018). Em segundo lugar, encontra-se o tema da Saúde do Homem, com 17 produções, representando 24,6% do conjunto de artigos. Isso mostra o quanto a produção sobre saúde do homem vem aumentando no Brasil, principalmente, após a PNAISH.

No Quadro 1 foram sintetizados os principais resultados encontrados nos artigos.

3.1. SAÚDE DA MULHER

Os artigos com foco na Saúde da Mulher colocam em ênfase o caráter biologicista da diferenciação entre o homem e a mulher (RIVERA; SCARELLI, 2021), de tal modo que se conforma como um obstáculo na produção do cuidado, à medida que não leva em consideração, os perpasses sociais de classe, raça e, principalmente, gênero para garantia do acesso universal e equitativo no Sistema Único de Saúde.

Nessa vertente, ressalta-se que esses estereótipos de gênero são reforçados tanto por profissionais de saúde quanto pelas usuárias do serviço, em relação aos quais há uma visão naturalizada de atributos considerados femininos por parte dos profissionais de saúde. Um artigo atribui a tendência ao vício em álcool e, principalmente, outras drogas, pelas mulheres usuárias dos serviços de saúde, a certa fragilidade (SILVA; PEREIRA; PENNA, 2018). As condições biológicas também são utilizadas como justificativa para a inferiorização do feminino em relação ao masculino (SILVA; PEREIRA; PENNA, 2018).

A separação de papéis pautada nas características estereotipadas de feminino e masculino aparecem nos artigos estudados como produtoras de sofrimento. Segundo Franco *et al.*, (2021), muitos atendimentos com psicólogos na Atenção Primária revelam uma dor

mascarada em usuários e usuárias cisgênero em decorrência do não atendimento às expectativas da sociedade para o que deve ser “de mulher” e “de homem”. Esse fato, atrelado à não sensibilização profissional a respeito dos atravessamentos de gênero, contribui para um atendimento mais superficial e, segundo Cobo, Cruz e Dick (2021), interferem diretamente na equidade do atendimento à saúde.

No que se refere a Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher, não foram apresentadas análises mais aprofundadas, tendo em vista que as ações propostas por esta política, não foram confrontadas com as práticas executadas na rotina dos serviços da APS. Além disso, discute-se sobre o foco maior que os serviços de saúde atribuem às mulheres cisgênero, sendo tal acompanhamento completamente baseado em sua sexualidade e no controle desta (RIVERA; SCARELLI, 2021).

Isso se torna ainda mais nítido a partir de estudos que mostram a necessidade de realização do Papanicolau atrelada às determinações de gênero impostas pela sociedade, o que é evidenciado pelo entendimento de que as mulheres devem se cuidar mais com relação a sua saúde sexual apenas por serem mulheres (CAMPOS; CASTRO; CAVALIERI, 2017). Por conseguinte, consegue-se dar ênfase ao fato das ações voltadas ao público feminino da Atenção Primária serem pontualmente resumidas a sua saúde reprodutiva e sexual, sendo traduzidas e naturalizadas como sua responsabilidade (JUSTINO *et al.*, 2021).

Outro aspecto vinculado ao cuidado sexual por mulheres cisgênero e realização de exames de rotina está no estudo realizado por Meneghel e Andrade (2019), no qual são analisadas as conversas e interações entre enfermeiras e usuárias durante a realização do exame citopatológico. Através deste estudo, nota-se o compartilhamento de ideias heteronormativas, tanto pelas profissionais quanto pelas mulheres que são atendidas, no sentido de atribuição de papéis com base no aspecto biológico para homens e mulheres cisgênero.

O planejamento de ações em saúde da mulher, geralmente, é dividido da seguinte forma: grupo para casais grávidos, grupos para a melhor idade, reuniões sobre planejamento familiar, oferta de métodos contraceptivos e realização do Papanicolau e exame físico das mamas (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2014). Logo, são construídos parâmetros, pautados na desigualdade, que definem as mulheres como principais responsáveis pela gravidez e pelo cuidado em todos os aspectos (FRANCO *et al.*, 2021). Percebe-se, portanto, que as mulheres são as principais usuárias do SUS, não apenas para si, mas também para seus familiares, como por exemplo os filhos. Nesse sentido, é importante considerar as demandas específicas desse grupo.

A gravidez é um processo que gera inúmeras mudanças nas mulheres, sejam elas corporais, psíquicas, sociais, culturais ou ocupacionais. No estudo de Ferigato, Silva e Ambrósio (2018), as autoras realizaram uma investigação com 14 gestantes no contexto da atenção básica. Um dos aspectos observados na pesquisa foi a sexualidade, principalmente, o incômodo em manter relações sexuais nesse período, porém, havia uma pressão dos companheiros para tal prática.

O desejo de ser mãe também foi outro aspecto destacado pelas pesquisas, nas quais ficou evidente que nem todas as mulheres planejaram ser mães e que essa condição acaba sendo vista como compulsória e sinônimo de felicidade em todos os casos, menos em condições de gravidez por estupro (FRANCO *et al.*, 2021). Tais aspectos resultam em mais pressão social voltada para mulheres no geral para a procriação e formação de família como condição de felicidade e plenitude.

Com relação ao cuidado, Souza e Silveira (2019), discutem que este se inicia pela escuta, o que torna necessário, profissionais atentos para as singularidades de ser mulher. Tendo em vista a relevância do profissional de saúde ser sensível às particularidades que envolvem o feminino, salientam-se as escassas atividades de promoção de saúde, voltadas para as mulheres lésbicas e bissexuais, o que dificulta a implantação de um dos princípios do SUS: a equidade. Pelo fato da heterossexualidade ter sido adotada como um padrão social de relacionamento, as pessoas que fogem à norma são invisibilizadas, e por vezes, os profissionais de saúde reforçam essa premissa. Assim, entende-se que cabe ao profissional de saúde enfatizar, por exemplo, a realização do exame Papanicolau em mulheres lésbicas, uma vez que essas mulheres também estão suscetíveis a infecção pelo HPV (Vírus do Papiloma Humano), que possui relação com o desenvolvimento do câncer de colo de útero.

Ademais, as ações de prevenção do câncer de mama também precisam ser consideradas para mulheres homossexuais, já que muitos estudos indicam maior risco para mulheres que nunca amamentaram ou tiveram filhos tardiamente. Destarte, o atendimento a ser prestado para as mulheres homossexuais é o mesmo das mulheres heterossexuais, o que deve ser diferenciado são as orientações referentes às práticas sexuais (CRISPIM *et al.*, 2018), além de outros aspectos e demandas específicas para cada grupo.

Ainda, faz-se necessário refletir sobre a assistência à saúde de mulheres residentes na zona rural. Isso, tendo em vista estudo realizado por Pitilin e Lentsck (2015), que objetivou conhecer a percepção de mulheres residentes na zona rural sobre as ações e os serviços no âmbito da APS em um município do Sul do país. Os principais achados consistiram em uma inadequação do modelo assistencial a ser prestado na APS, em que a Unidade Básica de Saúde

(UBS), tornou-se semelhante a um pronto atendimento desvinculado do contexto rural, sendo que as mulheres percebiam essa unidade de saúde apenas como um local burocrático. Portanto, tais achados corroboram para a promoção de um cuidado centrado na comunidade.

Dessa forma, nesse bloco de artigos sobre a Saúde da Mulher há uma grande ênfase, por parte dos autores, acerca de certo despreparo ou falta de capacitação dos profissionais de saúde no que se refere a uma compreensão histórico-sociológica da categoria de gênero. Isso se torna ainda mais evidente quando se discute sobre mulheres com deficiência que, juntamente, com sua condição de mulher, encontram-se em uma situação de dupla vulnerabilidade.

3.2. SAÚDE DO HOMEM

Os artigos referentes a este tema tratam, principalmente, de uma precariedade dos serviços da APS em perceber as necessidades específicas dos homens em sua integralidade. Nesse aspecto, as produções apontam para uma invisibilidade masculina nesses espaços, seja em presença física, seja em relação às suas demandas.

Assim, de forma geral, os artigos mostram que a população masculina procura menos à APS em relação às mulheres, e isso ocorre devido à existência de barreiras sociais e culturais e por questões atreladas à organização dos processos de trabalho das equipes. Em relação às barreiras sociais, culturais e de gênero, verifica-se que há, culturalmente, a crença de que, na população masculina, adoecimento e autocuidado são sinais de fraqueza, vulnerabilidade e falta de virilidade. Além disso, historicamente, atribui-se o cuidado em saúde à figura dos religiosos ou das mulheres, esposas, mães e avós (RIBEIRO; GOMES; MOREIRA, 2017).

No que concerne às barreiras institucionais, ressalta-se que a organização dos processos de trabalho das equipes de atenção básica, muitas vezes, concentra-se nas ações programáticas e nos atendimentos individuais. Esse tipo de organização dos serviços pode acabar negligenciando parte da população que não se encaixa nos programas, além de não permitir o desenvolvimento de atividades diferenciadas de acordo com as necessidades do território. Neste sentido, Moura *et al.*, (2014), apontam que, tradicionalmente, os homens fazem parte dessa população negligenciada, pois não têm suas especificidades reconhecidas e não fazem parte das populações usualmente mais assistidas nos serviços de atenção básica. Além disso, Ferraz *et al.*, (2012), ressalta que os homens podem enxergar o ambiente das unidades de saúde como feminilizado, pois os atendimentos estão direcionados, principalmente, as mulheres, crianças e idosos. Ademais, há carência de intervenções na APS que cheguem até a população

masculina, como ações de promoção da saúde nos territórios e nos ambientes de trabalho e atendimentos realizados no período da noite.

Dessa forma, o atendimento que deveria ser norteado pela PNAISH acaba não se dando na prática. Logo, o que se percebe na assistência em saúde é que essa política acaba por se resumir em ações episódicas e fragmentadas, como o Dia dos Pais ou o novembro azul, ou seja, algo que não faz parte de uma rotina de cuidados em saúde e que não se configura como efetivação da Política na APS (GOMES *et al.*, 2012). Corroborando esse achado, Ribeiro *et al.*, (2017), destacam que as ações em relação à saúde do homem ocorrem de forma estanque e fragmentada, atuando sobre aspectos isolados, não contemplando o princípio da integralidade e a promoção do vínculo dos indivíduos ao sistema pela APS.

Destaca-se também que os artigos selecionados focam mais nas barreiras culturais e de gênero para o acesso à APS, em detrimento das institucionais. Essa abordagem pode gerar a culpabilização e a responsabilização apenas dos homens pela não adesão aos serviços, não considerando a forma excludente como são organizados os serviços de saúde e os processos de trabalho dos profissionais (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009; RIBEIRO *et al.*, 2017).

Ademais, os artigos também abordam, em maior frequência, a saúde sexual e reprodutiva. Temas como saúde mental ou a violência ficam em segundo plano, mesmo que sejam situações que permeiam a saúde do homem. Ressalta-se ainda que homens, jovens e negros, são os que mais morrem de homicídio no Brasil (WAISELFISZ, 2016). Homens jovens também são os que mais cometem suicídio (BRASIL, 2017b). A referência à questão da identidade de gênero e à orientação sexual também é fragilizada nos artigos, os quais tratam, de forma predominante, do homem heterossexual.

Os estudos também mostram que os homens, geralmente, preferem atendimentos mais rápidos e que resolvam o problema de imediato, o que faz com que muitos deles procurem diretamente as farmácias para realizarem automedicação. Assim, o acesso do segmento masculino ao sistema de saúde, geralmente, ocorre pelos serviços especializados, de urgência e hospitais, quando uma doença já está instalada. Isso causa mais gastos ao SUS e prejudica a qualidade de vida da população masculina, pois ao invés dos homens terem seus problemas de saúde resolvidos e diagnosticados precocemente na APS, eles acabam precisando, logo, de serviços de maior densidade tecnológica para tratamento de situações mais graves (BRASIL, 2009; COUTO *et al.*, 2010).

Ao longo da leitura do material levantado também é possível perceber, nos discursos dos próprios homens, por meio de entrevistas, grupos focais ou outras ferramentas de coleta de dados, diversos sentidos atribuídos à saúde e à doença. No que se refere à saúde, esses sentidos

variam desde possibilidade de trabalhar e garantir o sustento da casa, até o sentimento de bem-estar mental. A doença, logo, seria o oposto disso, sendo considerada, inclusive, como fator determinante para a procura dos serviços de saúde.

Portanto, percebe-se a necessidade de avançar nas discussões sobre homens e masculinidade, no sentido de envolver efetivamente a população masculina nos serviços de APS, buscando alcançar equidade de gênero. Neste sentido, as equipes de atenção básica devem reconhecer quais são as demandas e necessidades de saúde dos homens em seus territórios, para que construam, em resposta, uma agenda de ações contextualizadas, continuadas e com base na integralidade do cuidado.

3.3. SEXUALIDADE E REPRODUÇÃO

Os artigos aqui elencados tratam de assuntos referentes às questões de sexualidade e reprodução, assim como maternidade e paternidade no âmbito do SUS. Um dos assuntos mais discutidos no material diz respeito ao uso (ou não) de preservativos pelos casais e os fatores imbricados, principalmente, no processo de negociação do uso da camisinha. Há, portanto, uma objeção, quase que totalmente por parte dos homens, acerca do uso desse método. A maioria dos artigos faz estudos que mostram o uso da camisinha entre casais como um sinal de infidelidade. Ou seja, o uso do preservativo só seria necessário para um casal caso um dos membros esteja mantendo relações extraconjugais (SOUSA; ESPÍRITO-SANTO; MOTTA, 2008).

Nos serviços de saúde, o diálogo sobre o uso de preservativos e contraceptivos é feito durante o Planejamento Familiar e, ainda segundo os artigos, quase que exclusivamente para mulheres, como corrobora análise do cotidiano em Unidade Básica de Saúde (UBS) do Rio Grande do Norte (PINHEIRO; COUTO, 2013), e o estudo de Justino *et al.*, (2021). Percebe-se, portanto, que os serviços de saúde atribuem à mulher a responsabilidade pelo cuidado e controle da reprodução, baseando-se em estereótipos de gênero que a definem como um ser voltado para o cuidado. Ainda, a sua sexualidade não é trabalhada nos serviços de saúde de forma dissociada da reprodução (PINHEIRO; COUTO; NOGUEIRA-DA-SILVA, 2011).

Em concordância com o que foi levantado anteriormente, esse foco na mulher também se dá como uma forma de produzir bons indicadores, já que não existem muitos programas voltados à saúde do homem. Essa captação de mulheres, com a relevância dos registros numéricos, tem o propósito de garantir o cumprimento de metas estabelecidas e aumentar a “qualidade” das unidades de saúde aos olhos de suas respectivas coordenações. Em consequência disso, tem-se uma sobrecarga aplicada a essas mulheres, principalmente, mães,

para a realização de diversos exames e consultas, quando o mesmo não é exigido de uma forma tão firme dos homens/pais. Isso pode ser exemplificado por meio do não incentivo aos pais para participação no pré-natal, em que se parte do princípio de que ele não dispõe de tempo para participar destas atividades. Ainda, a sexualidade e as questões que envolvem o ato sexual são discutidas entre profissionais e usuárias de modo que as percepções e aconselhamentos ficam pautados em uma ideia biologicista dos papéis de gênero e incentivo à abstinência sexual (JUSTINO *et al.*, 2021).

Pode-se visualizar, em estudo realizado com mulheres durante o exame citopatológico (MENEGHEL; ANDRADE, 2019), o entendimento de que o sexo é indissociável do matrimônio e que se configura como uma obrigação feminina, seja qual for sua vontade (ou não). Esse aspecto implica em diversas questões que perpassam a saúde sexual feminina, principalmente, pela geração de desconforto ou até mesmo dor durante o ato sexual indesejado.

No que se refere a questão do atendimento e da capacitação profissional, também se repete o despreparo já percebido em outros estudos. Este aspecto fica em evidência quando se lida com adolescentes, pois há um julgamento moral e tende-se a não os considerar como sujeitos de direitos (ALMEIDA; HARDY, 2007; CAMPOS *et al.*, 2017).

Levando em consideração o que foi discutido sobre saúde do homem, os artigos deste bloco também mostram um estranhamento para com práticas de prevenção e promoção à saúde. Ribeiro *et al.*, (2017), em estudo sobre a saúde sexual e reprodutiva do homem na APS, atentam-se para uma preocupação com o câncer de próstata, a disfunção erétil e as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Sendo assim, essas morbidades mostram-se como as principais razões de incentivo à procura dos serviços de saúde. Isto se dá pelo receio da perda de função do órgão sexual, o que vai de encontro justamente com os padrões de virilidade e, conseqüentemente, o *status* de homem.

Em estudo sobre planejamento familiar realizado com mulheres em Recife, capta-se uma noção de que a sexualidade da mulher seria algo mais romantizada e relacionada ao amor, já a do homem seria algo animalesco e incontrolável (FERNANDES, 2003). Essas características tidas como da natureza dos homens e das mulheres acabam contribuindo para certos problemas de saúde, principalmente, na população masculina. A exemplo disso, as crenças em relação ao caráter incontrolável da sua sexualidade, atrelado à normalização da infidelidade masculina, acabam se tornando fatores de risco para IST, tornando-se, assim, pauta dos estudos em saúde.

Uma questão pouco trabalhada pelos artigos é a paternidade. Segundo Ribeiro *et al.*, (2017), associar saúde sexual, reprodutiva e a paternidade em ações de saúde é uma das

inovações da PNAISH. Porém, isso ainda não é trabalhado nos serviços de APS. Raramente, o homem é incluído nas ações de pré-natal, puericultura e nas orientações de como cuidar dos filhos. Culturalmente, esta função é associada somente à mãe ou às avós, e os homens não são preparados para exercer a função de pai. Por isso, é comum ver pais que não participam da vida dos filhos ou que abandonam a paternidade. Este contexto tem como base uma visão machista, em que as tarefas de cuidar dos filhos não são divididas de forma equânime e participativa, sobrecarregando as mães e ocasionado prejuízo ao desenvolvimento integral saudável de crianças e adolescentes.

Uma última observação refere-se à ausência, no material coletado, de trabalhos que discutam o tema da homossexualidade, e apenas dois artigos que abordam a transexualidade e o processo transexualizador no SUS. Esses estudos trazem a problematização da patologização da transexualidade à medida que se parte de uma inadequação às normas de gênero, o que vai de encontro com a subjetividade ou diversidade do processo de construção social do gênero na condição da transexualidade (ARÁN; MURTA; LIONÇO, 2009). Sendo a transexualidade o fator determinante para o acesso aos serviços do SUS, aponta-se para o não benefício de travestis aos procedimentos referentes aos caracteres sexuais secundários, tendo em vista, o não diagnóstico de sua condição como transexualidade (LIONÇO, 2009).

3.4. VIOLÊNCIA

Quando da realização da busca de material na base de dados, foram identificadas várias produções que tratam da Violência de Gênero em suas várias vertentes. Segundo D'Oliveira e Schraiber (1999, *apud* GOMES, 2003), a violência de gênero também pode ser entendida como violência contra a mulher, pois a violência seria em razão das vítimas serem mulheres.

No Brasil, tem-se a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, a qual apresenta concepções, fundamentos, direcionamentos e ações para a prevenção e combate à violência praticada contra mulheres, garantindo também a efetivação de seus direitos de acordo com os direitos humanos estabelecidos em Constituição (BRASIL, 2011).

Entretanto, os artigos trouxeram alguns aspectos da prática em saúde que se encontram em desacordo com o que é proposto por tal política. O que mais foi discutido no material selecionado refere-se a um despreparo profissional relacionado a uma falta de sensibilização para lidar com o assunto no âmbito da APS. Muitos profissionais ainda têm a noção de que nada pode ser feito, pelo menos não nos serviços de saúde e, dessa forma, nota-se discursos evasivos ou omissos do tipo: “Eu não tenho tempo... Eu não tenho formação pra isso... E não tenho o que

fazer, pra onde encaminhar” (DE FERRANTE; SANTOS; VIEIRA, 2009, p. 296). Há, portanto, uma desconsideração da Violência como um problema de saúde que pode ser abordado na APS pelos profissionais da equipe de referência.

Também não há interesse por parte dos profissionais em conhecer os serviços da rede intersetorial, com os quais possam trabalhar (DE FERRANTE; SANTOS; VIEIRA, 2009). Além do não conhecimento dos serviços, tem-se o agravo de que a própria rede de proteção não se articula da forma que deveria e acaba não garantindo um cuidado contínuo e efetivo das usuárias que sofreram violência. A abordagem dos casos de violência de gênero na APS se torna ainda mais crítica, à medida que as mulheres que sofrem violência apresentam dificuldade, medo ou vergonha de trazer o assunto à tona, em conversa com os profissionais de saúde (BORSOI; BRANDÃO; CAVALCANTI, 2009).

Percebe-se o quão difícil é se trabalhar com esse agravo no âmbito da saúde, com ênfase na APS, principalmente, quando não se tem um conhecimento prévio de gênero ou uma sensibilidade para lidar com cada caso de forma individual. Uma consequência de alto impacto de todos esses fatores acima relatados, é a permanência de casos de violência crônica no contexto da atenção básica e que não são identificados por seus profissionais. Tais casos são geradores de sofrimento e padecimento em suas usuárias, às quais permanecem sendo tratadas apenas por meio de suas sequelas sem um aprofundamento maior em seus casos.

Os casos de violência doméstica contra a mulher são de notificação compulsória. Porém, o que se observa na APS é uma subnotificação, em virtude do despreparo ou medo dos profissionais de acabar sofrendo retaliações do agressor, mesmo que a notificação ocorra de forma sigilosa. Por exemplo, as agentes comunitárias de saúde, geralmente, afirmam que facilmente serão identificadas pelo agressor e que poderão sofrer violência por conta disso ou perder a confiança das famílias. Assim, para que as notificações ocorram, é necessário haver investimentos em Educação permanente sobre o tema, bem como fortalecer a rede intersetorial de proteção à mulher e garantir a segurança dos profissionais (LEITE *et al.*, 2019).

Também são poucos os estudos que relacionam a violência contra as mulheres e o impacto na saúde mental. Santos e Monteiro (2018), mostraram que a violência contra as mulheres está relacionada ao desenvolvimento de transtornos mentais comuns. Além disso, neste estudo, encontrou-se que mulheres que relataram abuso físico sem e com sequelas, tiveram, respectivamente, 2,58 e 3,7 vezes mais chances de ter sintomas de humor depressivo e ansioso. Assim, muitos casos de mulheres com sintomas depressivos e ansiosos que chegam na APS podem estar associados à vivência de violência doméstica. E se o profissional da saúde

não atentar para o contexto e história de vida dessas mulheres, estarão só tratando os sintomas e não a causa.

Destaca-se também que os profissionais da APS devem levar em consideração, a violência como um importante determinante do processo de saúde e doença da população masculina, já que esta, encontra-se mais exposta à morbimortalidade por causas externas, como homicídio, suicídio e acidentes de trânsito (BRASIL, 2017b).

3.5. FORMAÇÃO E ATUAÇÃO PROFISSIONAL

Apenas dois artigos foram classificados como pertencentes a este tópico. Os referidos artigos tratam da qualificação profissional (DURÃO; MENEZES, 2016), e da atuação no contexto ambulatorial (COSTA-JÚNIOR; COUTO; MAIA, 2016). Tais produções mostram, tanto o impacto da perspectiva de gênero na capacitação dos profissionais da saúde, quanto a implicação dos discursos e concepções de gênero no contexto do atendimento ambulatorial.

Dessa forma, deve-se investir na Educação permanente dos profissionais da APS sobre o tema, para que possam identificar as necessidades de saúde da população e dos territórios de acordo com um recorte de gênero. O artigo de Durão e Menezes (2016), também retrata as questões de gênero na própria gênese da profissão de agente comunitário de saúde, a qual, historicamente, tem à frente, mulheres, lideranças ativas de suas comunidades.

Além disso, a forma como os profissionais percebem as questões de gênero pode impactar na qualidade e na integralidade da atenção. As percepções e ações desses indivíduos podem reforçar estereótipos de gênero, nos quais mulheres são vistas como frágeis, emotivas e instáveis, enquanto os homens são vistos como agressivos, bem-dotados fisicamente e pouco vulneráveis (COSTA-JÚNIOR *et al.*, 2016). Essas percepções também podem gerar iniquidades no acesso, como é o caso das pessoas transexuais. Os profissionais podem enxergar a transexualidade como doença, de forma preconceituosa, e isso resultar em menor tempo de atendimento e na baixa frequência de consultas e ações voltadas para esse público (PEREIRA; CHAZAN, 2019).

Percebe-se, neste bloco de assunto, uma discussão que contribui para a legitimação dos apontamentos anteriores por meio da reafirmação da forte influência dos estereótipos de gênero nas ações em saúde, ou seja, as características consideradas inatas ao homem e à mulher, na produção do cuidado pelos serviços de APS.

No material bibliográfico reunido, foi possível perceber uma atuação do profissional de saúde não qualificada/capacitada para que ele possa estar atento às questões que envolvem

gênero no cuidado aos indivíduos usuários do serviço ou comunidade. Ou seja, no processo de trabalho destes profissionais, os marcadores de gênero, como produtores de desigualdades e até mesmo de sofrimentos, acabam passando despercebidos ou sendo naturalizados.

3.6. DESIGUALDADE NO ACESSO

Nesta revisão, apenas um (1) estudo teve como enfoque a desigualdade de gênero no acesso e no uso dos serviços de APS (COBO; CRUZ; DICK, 2021). Este estudo demonstrou que homens e mulheres reproduzem o comportamento de gênero esperado, social e culturalmente construído, que impacta sua autoavaliação de estado de saúde, cuidados e suas exposições ao risco de doença e morte (COBO; CRUZ; DICK, 2021), o que é corroborado pelo que foi apresentado nas categorias de Saúde da Mulher e Saúde do Homem.

3.7. LIMITAÇÕES

Este estudo apresenta a limitação de ser uma revisão narrativa. Dessa forma, não se seguiu um método robusto e sistemático para busca, seleção e síntese dos estudos. Assim, não há garantia de que todas as evidências disponíveis sobre a temática foram alcançadas. Portanto, recomenda-se que seja realizada uma revisão sistemática da literatura, inclusive, investigando a produção internacional. Apesar disso, esta revisão gerou resultados relevantes, que podem contribuir para a reflexão dos processos de produção de cuidado na APS e para guiar profissionais e gestores de saúde no planejamento e efetivação de políticas que levem em consideração às questões de gênero.

Quadro 1 – Síntese dos principais dados extraídos dos artigos.

Legenda

Sexualidade e reprodução	Saúde do Homem	Violência	Saúde da Mulher	Formação e atuação
--------------------------	----------------	-----------	-----------------	--------------------

Autor/Título	Periódico/Ano	Objetivos	Método	Resultados
ALMEIDA, A. F. F. A; HARDY, E. Vulnerabilidade de gênero para a paternidade em homens adolescentes	Revista de Saúde Pública/2007	Analisar as relações de gênero vivenciadas por adolescentes do sexo masculino e como elas contribuem para torná-los vulneráveis à gravidez na adolescência.	Entrevistas semiestruturadas com 13 adolescentes masculinos com menos de 20 anos.	Estereótipos de gênero (provedor, ativo e sexualmente ativo); Rejeição a ser cuidador; Paternidade como afirmação da masculinidade e do papel de provedor.
ARÁN, M; MURTA, D; LIONÇO, T. Transexualidade e saúde pública no Brasil	Ciência & Saúde Coletiva/2009	Discutir a transexualidade no contexto das políticas de saúde pública no Brasil;	Análise do processo, políticas e trabalhos sobre o assunto.	Problematização acerca da patologização da condição trans ser porta de entrada para os serviços do SUS; Percepção de uma inadequação às normas de gênero; Medicalização de condutas desviantes.
BERNARDO, F. R; ZUCCO, L. P. A centralidade do feminino no método canguru	Sexualidad, Salud y Sociedad/2015	Refletir acerca dos discursos sobre o Método Canguru em revistas científicas do campo materno-infantil.	Abordagem qualitativa de natureza bibliográfica com coleta de dados em três periódicos.	Ausência de discussões de gênero na literatura sobre o método; Sobrecarga da mãe e local coadjuvante do pai; Desconsideração das diversas conformações de família.
BRANDÃO, E. R. Desafios da contracepção juvenil: interseções entre gênero, sexualidade e saúde	Ciência & Saúde Coletiva/2009	Discutir algumas dificuldades encontradas por homens e mulheres jovens no manejo da contracepção no decorrer de suas trajetórias afetivo-sexuais e identifica situações propensas à não utilização de métodos contraceptivos.	Pesquisa socioantropológica, de natureza qualitativa; 73 entrevistas em profundidade com roteiro semiestruturado feitas com jovens de ambos os sexos, de idades entre 18 e 24 anos (Salvador, Rio de Janeiro e Porto Alegre).	Não incorporação do método contraceptivo ao cotidiano juvenil, por não haver rotina sexual ou conjugal instaurada; Medo ou vergonha da família; Despreparo dos profissionais de saúde no atendimento aos adolescentes e jovens e a interrupção na distribuição dos métodos no serviço público de saúde; Falha dos métodos; Concepção de paternidade como afirmadora da virilidade e masculinidade; Uso de preservativo apenas com parceiras desconhecidas; Uso de coito interrompido, sem associação com tabela ou sem o conhecimento do ciclo menstrual da parceira; Efeitos colaterais causados pelo uso do anticoncepcional;

Autor/Título	Periódico/Ano	Objetivos	Método	Resultados
CABRAL, S. C. Articulações entre contracepção, sexualidade e relações de gênero	Saúde e Sociedade/2017	Discutir questões ainda candentes em torno da contracepção, sobretudo, no contexto brasileiro.	Abordagem socioantropológica e crítica da literatura sobre contracepção no contexto brasileiro.	Falta de informação e dificuldade de acesso aos métodos; Relação sem métodos de contracepção considerada pura e natural; Sexualidade como influenciadora das escolhas e práticas contraceptivas e vice-versa; Políticas públicas com abordagem sobre risco e responsabilização do indivíduo;
CAMPOS, H. M; PAIVA, C. G. A; MOURTHÉ, I. C. A; FERREIRA, Y. F; FONSECA, M. C. Direitos humanos, cidadania sexual e promoção de saúde: diálogos de saberes entre pesquisadores e adolescentes	Saúde em Debate/2017	Problematizar direitos humanos, saúde e cidadania sexual, contextualizada à realidade de adolescentes	Oficina, por meio da Justiça Cognitiva: participação dos sujeitos na apropriação, concepção e produção de conhecimentos.	Transformação dos Indivíduos; Os direitos humanos não se mostraram efetivados para aqueles adolescentes;
CARVACHO, I. E; MELLO, M. B; MORAIS, S. S; SILVA, J. L. P. Fatores associados ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes	Revista de Saúde Pública/2008	Analisar os fatores determinantes do acesso de adolescentes gestantes a serviços de atenção primária à saúde, anterior à ocorrência da gestação.	Estudo transversal baseado em referencial teórico. Aplicação de questionário com perguntas abertas e fechadas para 200 adolescentes primigestas.	Maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde pelas adolescentes, ligada a fatores psicossociais (vergonha); Menos barreiras de acesso econômicas e geográficas; Um terço não passou por consulta ginecológica prévia à gestação.
FERNANDES, M. F. M. Mulher, família e reprodução: um estudo de caso sobre o planejamento familiar em periferia do Recife, Pernambuco, Brasil	Cadernos de Saúde Pública/2003	Entender como são planejadas as famílias das mulheres de camadas populares em Pernambuco.	Entrevista e questionário com 400 mulheres.	Métodos de contracepção mais utilizados são, a esterilização e a pílula por serem os únicos métodos propostos pelos profissionais de saúde; Uso da camisinha associada às ISTs; Hegemonia do saber médico; Falta de informação das mulheres sobre mais alternativas; Reafirmação, pelos profissionais, de estereótipos de gênero.
GOMES, R; ALBERNAZ, L; RIBEIRO, C. R. S; MOREIRA, M. C. N; NASCIMENTO, M. Linhas de cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade	Ciência & Saúde Coletiva/2016	Propor princípios para os cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, reprodução, paternidade e apresentação de fluxo para envolvimento dos homens no pré-natal.	Trabalho opinativo que parte da experiência dos autores e, em seguida, é validado por especialistas no assunto.	Construção de matriz; Representações culturais do masculino limitam as ações de saúde voltadas aos homens; Importância da existência de locais de fala para homens nos serviços de saúde.
GUERRIERO, I; AYRES, J. R. C. M; HEARST, N. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP	Revista de Saúde Pública/2002	Identificar aspectos da masculinidade, relacionados à vulnerabilidade dos homens à infecção pelo HIV.	Estudo qualitativo com realização de entrevistas individuais semiestruturadas e oficinas de sexo seguro, reprodução e DST/Aids com homens motoristas de ônibus e integrantes de uma Comissão Interna de Prevenção de Acidentes.	Caráter incontrolável da sexualidade masculina; Normalização das relações extraconjugais; Uso de preservativo pouco frequente; Consideração do HIV como castigo pelos maus comportamentos; Decisão sobre o uso de preservativo é masculina; Os entrevistados não se consideram vulneráveis ao HIV.

Autor/Título	Periódico/Ano	Objetivos	Método	Resultados
JUSTINO, G. B. S. <i>et al.</i> , Educação Sexual e Reprodutiva no puerpério: questões de gênero e atenção à saúde das mulheres no contexto da Atenção Primária à Saúde.	Interface, 2021.	Ouvir os profissionais de saúde e conhecer os desafios dos serviços na implantação de ações de educação sexual e reprodutiva em uma Unidade de Saúde da Família a fim de compreender o cenário e sensibilizar os profissionais.	Estudo qualitativo baseado na pesquisa participante e por meio da realização de entrevistas com os profissionais da Unidade de Saúde.	Falta de espaço e investimentos em recursos materiais e humanos para a realização de ações mais diferenciadas; Ações limitadas para orientação voltada a abstinência sexual e escolha de métodos contraceptivos mais tradicionais e focados nas mulheres; Responsabilização feminina pela saúde reprodutiva e sexual;
LIONÇO, T. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no processo transexualizados do Sus: avanços, impasses, desafios	Physis: Revista de Saúde Coletiva/2009	Consideração crítica dos avanços, impasses e desafios na instituição dessa política pública de saúde recentemente formalizada no Brasil.	Análise de normatização do Processo Transexualizador do SUS.	Necessidade de despatologização dos modos de ser transexuais e travestis; O saber médico justifica as correções anatômicas buscando uma certa normalidade; As travestis não se beneficiam de procedimentos referentes aos caracteres sexuais secundários.
MENEGHEL, S. N; ANDRADE, D. P. Conversas entre mulheres durante o exame citopatológico.	Saúde Debate/2019	Observar e descrever os elementos interacionais nas conversas das mulheres (enfermeiras e usuárias), de que maneira se deram as conversas e que padrões linguísticos foram usados durante as consultas.	Estudo qualitativo pautado na análise da conversa ou teoria da fala-em-interação, que analisou interações entre enfermeiras e usuárias durante a consulta de enfermagem focada na coleta do exame citopatológico.	Ideias baseadas na heteronormatividade e compartilhadas entre usuárias e enfermeiras; Sexualidade pautada no biológico com atribuição de papéis de gênero; Sexo como imposição e medicalização da sexualidade feminina.
OLIVEIRA, D. L. L. C. O; MEYER, D. E; SANTOS, L. H. S; WIHELMS, D. M. A negociação do sexo seguro na TV: discurso de gênero nas falas de agentes comunitárias de saúde do Programa Saúde da Família de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil	Cadernos de Saúde Pública/2004	Analisar o entendimento das ACSs de Porto Alegre sobre a noção de "negociação de sexo seguro", veiculada nas campanhas de prevenção à Aids que são endereçadas às mulheres.	Grupo focal com 24 ACSs com exibição de campanhas e discussão sobre as mesmas.	Representações naturalizadas de feminino e masculino nas falas; Negociação do preservativo como risco às mulheres; Uso da camisinha como sinal de infidelidade; Anúncios incompatíveis com a realidade da comunidade.
PINHEIRO, T. F; COUTO, M. T. Sexualidade e reprodução: discutindo gênero e integralidade na Atenção Primária à Saúde	Physis: Revista de Saúde Coletiva/2013	Explorar a (des)articulação entre sexualidade e reprodução na assistência prestada a homens e mulheres em serviços da APS.	Pesquisa multicêntrica de natureza qualitativa apoiada na triangulação de métodos, principalmente, observação etnográfica com descrição de diários de campo.	Homem: controle da sexualidade; invisibilidade de suas demandas na APS; desconsideração de sua presença nos espaços de discussão de planejamento familiar e pré-natal; não tem acesso a exames de rotina para detecção de ISTs. Mulher: responsabilização pelo cuidado e controle da reprodução; medicalização do corpo; sexualidade mascarada pela contracepção -> reprodução.

Autor/Título	Periódico/Ano	Objetivos	Método	Resultados
PINHEIRO, T. F.; COUTO, M. T.; SILVA, G. S. N. Questões de sexualidade masculina na atenção primária à saúde: gênero e medicalização	Interface - Comunicação, Saúde, Educação/2011	Compreender como a sexualidade dos homens usuários dos serviços se apresenta no contexto da assistência, e como as demandas que se configuram nesse âmbito são abordadas.	Pesquisa multicêntrica realizada na cidade de Natal/RN, orientada pela perspectiva etnográfica, com análise de diários de campo, observações etnográficas e entrevistas em profundidade com 57 homens usuários do serviço de saúde.	Abordagem profissional superficial acerca das necessidades em saúde sexual dos homens. Redução das ações a exames de prevenção ao câncer de próstata e problemas relacionados à ereção.
RIBEIRO, C. R.; GOMES, R.; MOREIRA, M. C. N. Encontros e desencontros entre a saúde do homem, a promoção da paternidade participativa e a saúde sexual e reprodutiva na atenção básica	Physis: Revista de Saúde Coletiva/2017	Analisar os sentidos atribuídos por homens às ações de atenção à saúde, voltadas para eles, evocando a tríade sexualidade, reprodução e paternidade.	Observações participantes e entrevistas semiestruturadas em três regiões com homens usuários dos serviços de saúde. O roteiro de entrevista visou obter a opinião dos sujeitos sobre o que seria um bom atendimento para os homens adultos, que tivesse como foco a sexualidade, o pré-natal e a paternidade.	Repertório pobre sobre promoção da saúde e autocuidado; Não associam procura dos serviços com prevenção de DST/AIDS; Visão do serviço de saúde ainda como algo curativo e objetivo; Despreocupação com a saúde sexual e reprodutiva e com o cuidado com o engravidamento; Não há divulgação sobre os serviços voltados para homens nas unidades que os fornecem; Resistência dos profissionais médicos na adoção de uma nova postura diante do homem/pai no momento do pré-natal; As ações investigadas não estabelecem relação com outras ações ou programas;
SAMPAIO, J.; SANTOS, R. C.; CALLOU, J. L. L. Ele não quer com camisinha e eu quero me prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino à DST/Aids no semiárido nordestino	Saúde e Sociedade/2011	Analisar a exposição de adolescentes às DST/aids no semiárido nordestino.	Pesquisa com abordagem qualitativa em saúde por meio de observação participante do cotidiano de UBS; Diário de campo; entrevistas semiestruturadas com equipes de saúde; 36 grupos focais com adolescentes da área adscrita.	Dificuldade de negociação do uso da camisinha com o parceiro; Culpabilização da mulher pela gravidez ou IST; Iniciativa do uso do preservativo atribuída ao homem; Inexistência de ações programáticas voltadas ao público adolescente; Inexistência de vínculo entre adolescentes e profissionais de saúde.
SILVA, C. G. M. O significado de fidelidade e as estratégias para a prevenção da Aids entre homens casados	Revista de Saúde Pública/2002	Descrever as representações sobre fidelidade e os usos do preservativo por homens casados e sugerir estratégias de redução de risco e prevenção da Aids.	Entrevista semiestruturada com um grupo de homens; Foram transcritas na integridade e analisadas a partir de núcleos centrais de interesse: fidelidade, uso de camisinha e percepção de risco para Aids dentro do casamento.	Fidelidade feminina como algo dado; Não usar camisinha nas relações extraconjugais é considerado como infidelidade; Entendimento do uso da camisinha como prevenção para a Aids nas relações extraconjugais; Entendem o evento "conhecer a pessoa" como um método de prevenção; Ser homem como sinônimo de sexualmente insaciável; A camisinha na relação conjugal é reforçada como elemento estranho inclusive na contracepção, pois geralmente, não é escolhida nem indicada pelos médicos para essa finalidade.

Autor/Título	Periódico/Ano	Objetivos	Método	Resultados
SILVA, V. N.; D'OLIVEIRA, A. F.; MESQUITA. Vulnerabilidade ao HIV entre as mulheres usuárias de drogas injetáveis	Revista de Saúde Pública/2007	Analisar elementos da vulnerabilidade à infecção pelo HIV entre mulheres usuárias de drogas injetáveis.	13 entrevistas semiestruturadas com mulheres usuárias ou ex usuárias de drogas injetáveis moradoras da Zona Leste de São Paulo.	Vulnerabilidade associada a: pobreza, carência de políticas públicas, uso abusivo de drogas, situações de violência e criminalidade; Gênero como fator gerador de vulnerabilidades: dificuldade de negociação do uso de preservativos; Pouca abordagem das questões de gênero.
SOUSA, M. C. P.; SANTO, A. C. G. E.; MOTTA, S. K. A. Gênero, vulnerabilidade das mulheres ao HIV/Aids e ações de prevenção em bairro da periferia de Teresina, Piauí, Brasil	Ciência & Saúde Coletiva/2008	Identificar a vulnerabilidade do grupo à infecção pelo HIV, em função da utilização ou não do preservativo.	Pesquisa de caráter descritivo com abordagem qualitativa com uma amostra de 20 mulheres usuárias da Unidade Básica de Saúde; Observação do trabalho da Equipe. Entrevistas individuais com as mulheres e grupos focais com as mulheres entrevistadas.	Principal motivo para uso do preservativo é a possibilidade de gravidez; Iniciativa de prevenção na maioria das vezes das mulheres; As mulheres se percebem como elo mais fraco na negociação; Infidelidade masculina normalizada; Necessidade de um cuidado educativo na unidade de saúde; Ausência de integralidade.
COELHO, J. C.; GIACOMIN, K. C.; FIRMO, J. O. A. O cuidado em saúde na velhice: a visão do homem	Saúde e Sociedade/2016	Investigar as concepções de saúde-doença, masculinidade e envelhecimento de homens idosos da comunidade e sua interação com os subsistemas de cuidado informal e profissional.	Entrevistas realizadas com idosos do sexo masculino no domicílio de cada entrevistado, a partir de um roteiro semiestruturado.	Masculinidade como autossuficiência; Trabalho como sinônimo de saúde e atividade; Falta de trabalho configurando como sofrimento e riscos à saúde mental; Trabalho também como obstáculo aos cuidados em saúde; Negação de problemas de saúde ou uma tendência a diminuí-los; Usam os serviços de saúde quando apresentam alguma queixa; Desconfiança das técnicas biomédicas; Cuidado à saúde atribuído ao setor informal; Cuidado à doença atribuído ao setor formal.
COUTO, M. T.; PINHEIRO, T. F.; VALENÇA, O.; MACHIN, R.; SILVA, G. S. N.; GOMES, R.; SCHRAIBER, L. B.; FIGUEIREDO, W. S. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero	Interface - Comunicação, Saúde, Educação/2010	Compreender a (in)visibilidade dos homens no cotidiano da assistência a partir da perspectiva de gênero	Pesquisa etnográfica com triangulação de métodos: etnografia dos serviços, entrevistas semiestruturadas com os profissionais e usuários, grupos focais, estudos dos prontuários, análise dos registros das produções dos serviços.	Feminilização do espaço; homens invisíveis aos profissionais; preferência dos homens pelo aspecto curativo; não incorporação dos mesmos nas atividades do serviço.

Autor/Título	Periódico/Ano	Objetivos	Método	Resultados
FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária	Ciência & Saúde Coletiva/2005	Discutir sobre como as UBS podem contribuir para uma prática cotidiana mais saudável por parte da população masculina.	Pesquisa bibliográfica e levantamento de indicadores epidemiológicos e demográficos	Sobre mortalidade masculina em todos os grupos etários; Não há uma visibilidade das demandas masculinas; Homens assumindo comportamentos relacionados a um modelo de masculinidade idealizada (masculinidade hegemônica); Dificuldade de verbalizar as próprias necessidades de saúde; Feminilização associada aos cuidados de saúde; Necessita-se de uma maior sensibilidade para as interações e concepções de gênero pelos profissionais; Inexistência nos serviços de saúde de programas ou atividades voltadas para as necessidades do homem.
FIGUEIREDO, W. S; SCHRAIBER, L. B. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil	Ciência & Saúde Coletiva/2011	Discutir as representações que usuários e trabalhadores de serviços de atenção primária à saúde revelam acerca do que vem a ser homem	Observação direta dos diferentes contextos, das situações e atividades assistenciais que compõem a prática cotidiana de um serviço de APS e entrevistas semiestruturadas com 27 profissionais e 26 usuários.	Trabalho como obrigação moral masculina: papel de provedor da família; Força física como algo que qualifica o homem (preparo físico); Relações sexuais com várias parceiras (vontade sexual impulsiva); Rejeição à homossexualidade (homossexual não é visto como homem; Capacidade de manter relações sexuais; Visão estereotipada da mulher (frágil);
GOMES, R; LEAL, A. F; KNAUTH, D; SILVA, G. S. N. Sentidos atribuídos à política voltada para a Saúde do Homem	Ciência & Saúde Coletiva/2012	Analisar os sentidos atribuídos à Política Nacional de Assistência Integral à Saúde do Homem por parte dos sujeitos sociais diretamente envolvidos na implementação desta política;	Triangulação de métodos por meio de questionários com 27 gestores, narrativas, entrevistas semiestruturadas e observação baseada em princípios etnográficos, além de análise documental.	Pouca ou nenhuma familiaridade com a Política; PNAISH como algo positivo (sentido amplo de saúde); PNAISH como algo episódico (ações episódicas visando implementação da política); Política reduzida a problemas urológicos; PNAISH como algo vago que traz mais tarefas para os profissionais de saúde (saúde do homem como uma atividade a mais); Certa incompreensão do que a PNAISH se propõe;
GOMES, R; MOREIRA, M. C. N; NASCIMENTO, E. F, REBELLO, L. E. F. S; COUTO, M. T; SILVA, G. S. N; SCHRAIBER, L. B. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária	Ciência & Saúde Coletiva/2011	Discutir a ausência e/ou invisibilidade masculina nos serviços de atenção primária, a partir da interpretação dos profissionais de saúde de dois serviços específicos da cidade do Rio de Janeiro.	Vinte entrevistas semiestruturadas, envolvendo gerentes e coordenadores de programas nas unidades e profissionais da assistência, e dois grupos focais com auxiliares de Enfermagem, envolvendo doze profissionais ao todo.	Preocupação com o controle da clientela e não da qualidade do atendimento; Destacam: pouca atenção dada ao homem (foco na mulher e criança), falta de qualificação para lidar com o público masculino, inexistência de programas voltados ao homem, consultas com o assunto principal de sexualidade, falta de integralidade com outros equipamentos sociais; O homem chega ao serviço em estado já grave; ausência de programas locais específicos.

Autor/Título	Periódico/Ano	Objetivos	Método	Resultados
GOMES, R; SCHRAIBER, L. B; COUTO, M. T; VALENÇA, O. A. A; SILVA, G. S. N; FIGUEIREDO, W. S; BARBOSA, R. M; PINHEIRO, T. F. O atendimento à saúde de homens: estudo qualitativo em quatro estados brasileiros	Physis: Revista de Saúde Coletiva/2011	Analisar os sentidos atribuídos por usuários homens sobre o atendimento que lhe é prestado no âmbito da atenção básica à saúde.	Observação etnográfica, entrevistas semiestruturadas, grupos focais e estudos de prontuários e os registros da produção dos serviços.	Valorização da relação profissional e usuário; Sugestão de atendimentos e espaços específicos para homens e mulheres; Entendimento de que o atendimento melhora na medida em que mais pessoas participam dos serviços, reivindicando seus direitos de serem atendidas; Vergonha em ser atendido por profissionais mulheres; São reforçadas diferenças entre o ser usuário mulher e ser usuário homem.
LEAL, A. F; FIGUEIREDO, W. S; NOGUEIRA-DA-SILVA, G. S. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até a sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde	Ciência & Saúde Coletiva/2012	Compreender como a PNAISH chega aos serviços de saúde, a partir do ponto de vista dos profissionais de saúde e suas práticas cotidianas.	Análise de documentos e técnicas narrativas, entrevista em profundidade e observação etnográfica.	Críticas à política pela sua não incorporação das discussões de gênero, vitimização do homem, medicalização do corpo masculino e foco na próstata; Ausência de capacitação;
LIMA, F. A. C; MEDEIROS, J. T; FRANCO, T. B; JORGE, M. S. B. Gênero e sexualidade em Saúde Coletiva: elementos para a discussão acerca da produção do cuidado integral ao usuário masculino	Interface - Comunicação, Saúde, Educação/2018	Discutir os processos de subjetivação masculina e suas implicações para o cuidado em saúde a partir da experiência viva de um usuário-guia com câncer nas redes de atenção à saúde do município de Fortaleza, Ceará.	Estudo de caráter qualitativo, de natureza cartográfica; Inserção no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde, além da narrativa da história de vida do usuário-guia; Desenho de fluxograma analisador;	Não houve vivência na Atenção Básica para acompanhamento do câncer; Negligência com relação ao cuidado de si por parte do usuário-guia; A rede formal não deu conta do fluxo de maneira efetiva; Negação da doença em função da masculinidade.
MACHIN, R; COUTO, M. T; SILVA, G. S. N; SCHRAIBER, L. B; GOMES, R; FIGUEIREDO, W. S; VALENÇA, O. A; PINHEIRO, T. F. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária	Ciência & Saúde Coletiva/2011	Analisar as concepções de gênero e masculinidades de profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde em quatro estados do país.	Pesquisa multicêntrica realizada em PE, RJ, RN e SP. Foram escolhidas 6 cidades, com um total de 8 unidades de saúde. Entrevistas em profundidade com 69 profissionais.	Expressões que opõem o masculino e feminino; Pouca procura pelos serviços da APS pelos homens; O trabalho do homem levantado como um obstáculo ao acesso aos serviços de saúde (o trabalho da mulher não é visto da mesma forma); Demandas masculinas como legitimadas por serem mais objetivas; Ausência de profissionais, programas ou campanhas voltados à saúde do homem; Associação da noção de cuidado à mulher; Homens chegam às unidades trazidos por mulheres; Os profissionais não entendem as diferenças entre homens e mulheres como socialmente construídas; Diferenças entre estes, relacionadas às patologias e adoecimento (biologia do corpo).

Autor/Título	Periódico/Ano	Objetivos	Método	Resultados
MINAYO, M. C. S; MENEGHEL, S. N; CAVALCANTE, F. G. Suicídio de homens idosos no Brasil	Ciência & Saúde Coletiva/2012	Problematizar o padrão de masculinidade socialmente dominante como fator de vulnerabilidade para o suicídio de homens idosos.	Estudo qualitativo na forma de autópsias psicossociais com familiares de idosos que morreram por suicídio;	Perda do trabalho e do <i>status</i> de provedor como fator associado ao suicídio; Sofrimento causado pelo desemprego; Restrição ao ambiente doméstico; A PNAISH não contempla idosos.
MOURA, E. C; SANTOS, W; NEVES, A. C. M; GOMES, R; SCHWARZ. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia de Saúde da Família	Ciência & Saúde Coletiva/2014	Descrever as especificidades da atenção à saúde dos homens no âmbito da ESF.	Entrevista a 43 gestores de equipes de ESF de diferentes regiões e entrevista com 86 homens adultos.	Doença como principal motivo de procura dos serviços; Dificuldades de acesso aos serviços de saúde pela população masculina.
OLIVEIRA, M. M; DAHER, D. V; SILVA, J. L. L; ANDRADE, S. S. C. A. A saúde do homem em questão: busca por atendimento na atenção básica de saúde	Ciência & Saúde Coletiva/2015	Descrever o perfil sociodemográfico, de morbidade e frequência da busca por um serviço de saúde de homens adultos cadastrados em um setor do PMF do município de Niterói (RJ).	Estudo transversal com dados secundários de homens na faixa etária de 25 a 59 anos. Os dados foram coletados a partir da ficha de cadastro com seus respectivos prontuários médicos por meio de um instrumento padronizado por um único pesquisador.	A maioria (56%) procurou algum tipo de atendimento no serviço de saúde; O motivo do primeiro atendimento em 72% dos casos foi de rotina clínica, seguido de pronto atendimento (28%); Receber benefícios sociais se mostrou associado à procura por atendimento.
RIBEIRO, C. R; GOMES, R; MOREIRA, M. C. N. A paternidade e a parentalidade como questões de saúde frente aos rearranjos de gênero	Ciência & Saúde Coletiva/2015	Problematizar a paternidade como uma questão de saúde frente aos papéis de gênero contemporâneos.	Trata-se de um ensaio teórico com base na literatura específica para ancorar a reflexão acerca de um tema que ainda demanda um maior aprofundamento teórico-conceitual.	Paternidade concebida como fundamental para reafirmação da masculinidade de homens casados e heterossexuais; Filho como reafirmação de virilidade; Trabalho como atributo moral (sustento e educação dos filhos); Carência de estratégias de cuidado em saúde masculina; Forte influência dos homens sobre a contracepção (uso dos métodos contraceptivos); Invisibilidade masculina nos serviços de saúde.
SCHRAIBER, L. B; FIGUEIREDO, W. S; GOMES, R; COUTO, M. T; PINHEIRO, T. F; MACHIN, R; SILVA, G. S. N; VALENÇA, O. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens	Cadernos de Saúde Pública/2010	Analisar as relações entre masculinidades e cuidados de saúde	Estudo em quatro estados (PE, RJ, RN e SP) em dez serviços de saúde (8 de atenção primária), por meio de observações etnográficas, entrevistas semiestruturadas com 182 usuários e 72 profissionais, além de cadernos de campo.	Dificuldade e demora do homem em procurar os serviços de saúde: Trabalho, maior resistência física; Prioridade a hospital e pronto-socorro por conta da rapidez e pontualidade, além da medicalização; Cuidado centrado no médico; Valorização das práticas de cura; Procura dos serviços em busca de laudos e atestados; Pouca exploração dos contextos de vida dos homens no atendimento; Práticas educativas de forma instrucional e autoritária; Mulheres bombardeadas com ações de prevenção e promoção.

Autor/Título	Periódico/Ano	Objetivos	Método	Resultados
SILVA, S. A; SILVA, I. R. Sentidos de saúde e modos de cuidar de si elaborados por homens usuários de Unidade Básica de Saúde-UBS	Ciência & Saúde Coletiva/2014	Compreender os sentidos de saúde e modos de cuidar de si elaborados por homens usuários da UBS em Manaus.	Pesquisa qualitativa com entrevistas semiestruturadas com usuários de UBS e com profissionais, além de diários de campo.	Sentidos de saúde comuns e também diferentes; As habilidades de cuidado dos homens não são consideradas, pois não se enquadram aos princípios de cuidados gerais difundidos pelas intervenções em saúde.
TRILICO, M. L. C; OLIVEIRA G. R; KIJIMURA M. Y; PIROLO S. M. Discursos masculinos sobre prevenção e promoção da saúde do homem	Trabalho, Educação e Saúde/2015	Compreender melhor os conceitos de saúde, doença, prevenção dos homens moradores na área de abrangência de uma USF, por meio da análise de seus discursos.	Entrevista semiestruturada, com perguntas referentes à identificação, concepção sobre saúde e práticas para sua manutenção.	A maioria dos homens descreve a manutenção da saúde em termos biológicos (alimentação, exercícios, higiene); Entre os fatores prejudiciais, os homens abordam questões relacionadas ao trabalho, assim como a falta deste; Necessidade de se discutir mais sobre a promoção da saúde, tanto com profissionais quanto com usuários.
ALMEIDA, L. R; SILVA, A. T. M. C; MACHADO, L. S. O objeto, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho em saúde na atenção à violência de gênero em um serviço de atenção básica	Interface - Comunicação, Saúde, Educação/2014	Analisar as práticas profissionais na atenção à saúde da mulher em situação de violência.	Abordagem qualitativa por meio de entrevista semiestruturada com profissionais da ESF.	Violência contra a mulher pouco percebida e pouco valorizada pelos profissionais de saúde; Necessidade de capacitação em gênero; Atuação dos profissionais restrita ao encaminhamento; Psicologização da violência; Necessidade de aprofundamento a respeito da investigação e ação diante da violência.
AZAMBUJA, M. P. R; NOGUEIRA, C. Potencialidades investigativas para a violência de gênero: utilização da análise de discurso	Ciência & Saúde Coletiva/2009	Apresentar uma contextualização breve dos estudos discursivos sob a perspectiva do construcionismo social.	Uso de fragmentos de entrevista realizada no âmbito do doutoramento em psicologia social da primeira autora.	Violência de gênero relacionada à cultura, aspectos históricos e sociais; Soluções apontadas para o nível individual; Causas socioculturais e medidas individuais (contradição); Violência como problema de fundo psicológico; Sentimento de despreparo por parte do profissional.
BERGER, S. M D; BARBOSA, R. H. S; SOARES, C. T; BEZERRA, C. M. Formação de Agentes Comunitárias de Saúde para o enfrentamento da violência de gênero: contribuições da Educação Popular e da pedagogia feminista	Interface - Comunicação, Saúde, Educação/2014	Apresentar resultados parciais de pesquisa-ação que investigou a violência de gênero na ESF com especial atenção sobre as ACSs.	Entrevistas semiestruturadas, oficinas de reflexão visitas, entre outros.	Conhecimento limitado das ACSs sobre a Rede de Atenção a mulheres em situação de violência; Impotência e insegurança das ACSs em intervir em conflitos conjugais; Maior autonomia das ACSs por meio das oficinas e descobertas de novas formas de pensar/trabalhar.

Autor/Título	Periódico/Ano	Objetivos	Método	Resultados
BORSOI, T. S; BRANDÃO, E. R; CAVALCANTI, M. L. T. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro	Interface - Comunicação, Saúde, Educação/2009	Conhecer e discutir ações voltadas para o enfrentamento da violência doméstica no âmbito do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher	Estudo qualitativo de caráter exploratório, baseado em diário de campo, entrevistas em profundidade com oito profissionais de saúde de duas unidades de atenção primária do Rio de Janeiro, sendo uma delas de referência para atendimento de vítimas de violência.	Atendimentos individuais, grupos educativos com gestantes e usuárias do planejamento familiar; A violência doméstica é trabalhada apenas no grupo de planejamento familiar; Sacralização do período gestacional; Demanda da mulher de forma implícita; Unidade não-referência: acolhimento - encaminhamento a uma delegacia ou abrigo (fora da unidade) ou abandono do caso; Unidade Referência: envolvimento da equipe no caso, informação, multiprofissional; Rede de apoio precária e não garante a plena proteção das usuárias;
COUTO, M. T; SCHRAIBER, L. B; D'OLIVEIRA, A. F. P. L; KISS, L. B. Concepções de gênero entre homens e mulheres de baixa renda e escolaridade acerca da violência contra a mulher, São Paulo, Brasil	Ciência & Saúde Coletiva/2007	Problematizar os limites das abordagens tradicionais sobre violência contra a mulher	Desenho quantitativo e qualitativo com entrevistas com informantes-chave de serviços e em profundidade com mulheres em situação de violência, além de grupos focais.	Estereótipos reforçados nas representações de homens e mulheres ideais; Dinheiro como pivô de conflitos; Associação direta entre virilidade, honra, controle de si e masculinidade.
D'OLIVEIRA, A.F. P. L; SCHRAIBER, L. B; HANADA, H; DURAND, J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde	Ciência & Saúde Coletiva/2009	Tratar das possibilidades de atuação do campo da saúde na abordagem da violência contra a mulher desde suas práticas assistenciais nos serviços e baseados na perspectiva de gênero.	Análise de estudos teóricos e empíricos.	Para a violência doméstica não há o equivalente à norma técnica para a violência sexual; Importância das ACSs na divulgação de informações e serviços; Importância ao fortalecimento e emancipação da mulher; Modelo CONFAD.
FERRANTE, F. G; SANTOS, M. A; VIEIRA, E. M. Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo	Interface - Comunicação, Saúde, Educação/2009	Investigar a percepção dos médicos que atuam nas unidades básicas de saúde de SP sobre a violência praticada contra mulheres por parceiros íntimos.	Pesquisa qualitativa com entrevista semiestruturada com 14 profissionais.	Os profissionais conseguem perceber as situações de agressão; As mulheres chegam ao serviço com outras demandas que não à violência; Falta de capacitação dos médicos e equipamentos sociais; Barreiras: falta de tempo, falta de estrutura, falta de capacitação e impotência diante da situação.
HASSE, M; VIEIRA, E. M. Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados	Saúde em Debate/2014	Analisar o conhecimento de profissionais sobre violência contra a mulher, e condutas e encaminhamentos realizados por eles.	Questionário, entrevistas com roteiro semiestruturado. Análise triangulada.	Despreparo dos profissionais; desconhecimento de uma rede de assistência intersetorial; rede desarticulada; falta de inserção do assunto nos currículos acadêmicos; entendimento da violência apenas como problema de segurança pública; reconhecimento da violência apenas pela categoria visual, ou seja, quando é visível.

Autor/Título	Periódico/Ano	Objetivos	Método	Resultados
KRONBAUER, J. F. D; MENEGHEL, S. N. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro	Revista de Saúde Pública/2005	Verificar a prevalência e o perfil da violência de gênero perpetrada contra a mulher pelo parceiro atual ou passado.	Estudo transversal em UBS por meio de questionário com 251 mulheres.	A maioria das mulheres sofreu mais de um tipo de violência; Mulheres negras sofreram mais violência física e psicológica do que as brancas; Invisibilização dos eventos violentos pelas próprias mulheres.
MANDELBAUM, B; SCHRAIBER, L. B; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência e vida familiar: abordagens psicanalíticas e de gênero	Saúde e Sociedade/2016	Examinar as possibilidades de diálogos interdisciplinar entre a psicanálise e a teoria de gênero para abordar ocorrências de agressão e abuso na vida familiar e seus possíveis impactos na saúde.	Revisão de obras de autores clássicos para ambos os aportes disciplinares.	Psicanálise tratando da violência contra a mulher ou criança apenas nas dimensões psíquicas; Aceitação da violência como forma de tratar as diferenças de gênero.
RISCADO, L. S; OLIVEIRA, M. A. B; BRITO, A. M. B. B. Vivenciando o racismo e a violência: um estudo sobre as vulnerabilidades da mulher negra e a busca de prevenção do HIV/Aids, em comunidades remanescentes de Quilombos, em Alagoas	Saúde e Sociedade/2010	Analisar as formas de violência racial e de gênero e o comportamento das mulheres quilombolas diante das DST/Aids em Comunidades Quilombola em Alagoas.	Abordagem qualitativa com 10 grupos focais com mulheres usuárias de UBS.	Demarcação de papéis femininos; Mulheres educadas para o cuidado da casa, família e maternidade; Sofrimento e padecimento em função da violência; Desconhecimento da importância do uso da caminha nas relações sexuais; Dificuldade de acesso aos postos de saúde.
SCHRAIBER, L. B; BARROS, C. R. S; COUTO, M. T; FIGUEIREDO, W. S; ALBUQUERQUE, F. P. Homens, masculinidade e violência: estudo em serviços de atenção primária à saúde	Revista Brasileira de Epidemiologia/2012	Descrever as prevalências da violência psicológica física e/ou sexual sofrida por homens	Estudo transversal com 789 homens de 18 a 60 anos por ordem de chegada ao serviço	A maioria sofreu algum tipo de agressão; A maioria também perpetrou algum tipo de violência à parceira íntima; O perfil da violência perpetrada difere do perfil da violência sofrida;
SCHRAIBER, L. B; D'OLIVEIRA, A. F. P. L; COUTO, M. T. Violência e saúde: estudos científicos recentes	Revista de Saúde Pública/2006	Apresentar panorama e reflexão crítica acerca da produção científica na temática violência e saúde.	Revisão de literatura não exaustiva.	Ausência de trabalhos que analisem em maior profundidade a prevenção da violência e o papel da saúde; Pouco se trabalha a perspectiva diretamente relacional da violência.
SIGNORELLI, M. C; AUAD, D; PEREIRA. Violência doméstica contra mulheres e a atenção profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil	Cadernos de Saúde Pública/2013	Analisar como profissionais da atenção primária à saúde atendem às mulheres em situação de violência doméstica, problematizando a noção de acolhimento em saúde.	Metodologia qualitativa por meio de pesquisa etnográfica com acompanhamento da rotina diária da UBS, registro em diário de campo e entrevista com usuários e profissionais de saúde.	Os profissionais não foram sensibilizados para lidar com a Violência Doméstica; Violência percebida com relação a aspectos socioemocionais; Omissão dos profissionais com tratamento apenas de sinais e sintomas; Abordagem medicalizante; Importância do ACS na construção do diálogo e do vínculo; Falta de estratégias efetivas.

Autor/Título	Periódico/Ano	Objetivos	Método	Resultados
SILVA, E. B; PADOIN, S. M. M; VIANNA, A. C. Mulher em situação de violência: limites da assistência	Ciência & Saúde Coletiva/2015	Analisar os limites da prática assistencial à mulher em situação de violência, de equipes de saúde da família na rede de atenção	Pesquisa participante com seis equipes de saúde em oito encontros.	A rede de atenção não trabalha com protocolos e fluxos; Profissionais não qualificados para lidar com casos de violência; Ausência de sistema de referência e contrarreferência; Olhar discriminatório às mulheres vítimas de violência; Mulheres desacreditadas da Lei Maria da Penha.
SILVA, E. P; VALONGUEIRO, S; ARAÚJO, T. V. B; LUDERMIR, A. B. Incidência e fatores de risco para violência por parceiro íntimo no período pós-parto	Revista de Saúde Pública/2015	Avaliar a incidência e identificar fatores de risco para violência por parceiro íntimo no pós-parto.	Estudo de coorte prospectiva com mulheres cadastradas na Estratégia de Saúde da Família, em região pobre da cidade de Recife, PE, entre 2005 e 2006. Foram aplicados questionários e a análise foi guiada por um modelo teórico-conceitual usando o <i>Software Stata</i> .	Violência sexual apresentou menor frequência; O risco de VPIPP foi maior para mulheres com baixa escolaridade, sem renda própria, que agrediam fisicamente o parceiro sem estarem sendo agredidas, tinham um parceiro muito controlador e tinham brigas frequentes com o parceiro; Incidência elevada de VPIPP associada à desigualdade de gênero na relação;
CAMPOS, E. A; CASTRO, L. M; CAVALIERI, F. E. S. "Uma doença da mulher": experiência e significado do câncer cervical para mulheres que realizam papanicolau	Interface - Comunicação, Saúde, Educação/2017	Compreender a experiência e os significados do câncer cervical por mulheres que realizaram o papanicolau.	Pesquisa qualitativa com abordagem etnográfica com mulheres que realizaram papanicolau por meio de entrevistas semiestruturadas e individuais.	O câncer passa a ser integrado à história de vida; Entendido como uma doença de mulher, ligada a valores de gênero; Necessidade de maior cuidado com o corpo atribuída a uma lógica de gênero (por ser mulher deve se cuidar mais).
CAMPOS, E. A; REIS, J. G. Representações sobre o uso de álcool por mulheres em tratamento em um centro de referência da cidade de São Paulo - Brasil	Interface - Comunicação, Saúde, Educação/2010	Compreender as representações e os significados elaborados sobre o uso de álcool por mulheres em tratamento no CRATOD em São Paulo.	Entrevistas semiestruturadas com mulheres que fazem uso considerado abusivo de álcool.	Estereótipo sobre a mulher que faz uso de álcool como desonesta e descumprindo seu papel de mãe ou mulher; Bar como espaço masculino;
MAGNO, L; DOURADO, I; SILVA, L. A. V. Estigma e resistência entre travestis e mulheres transexuais em Salvador, Bahia, Brasil	Cadernos de Saúde Pública/2018	Analisar narrativas sobre experiências de estigmatização entre travestis e mulheres transexuais em Salvador/BA.	Estudo epidemiológico na forma de inquérito por meio da aplicação de questionários e entrevistas em profundidade com as participantes.	Relatos de abandono dos estudos, expulsão de casa, repressão familiar, violência gerada pelo estigma; Resistência no cotidiano por meio dos movimentos sociais.
NICOLAU, S. M; SCHRAIBER, L. B; AYRES, J. R. C. M. Mulheres com deficiência e sua dupla vulnerabilidade: contribuições para a construção da integralidade em saúde	Ciência & Saúde Coletiva/2013	Identificar dimensões individuais, sociais e programáticas da dupla vulnerabilidade de mulheres com deficiência, usuárias de UBS em SP.	Entrevistas semiestruturadas com 15 usuárias com deficiência atendidas por UBS.	Experiência da maternidade como recapturação da identidade feminina perdida em consequência da deficiência; Despreparação dos profissionais às questões ligadas à sexualidade de mulheres com deficiência; Falta de prioridade no atendimento e falta de interesse dos profissionais às demandas específicas dessas mulheres.

Autor/Título	Periódico/Ano	Objetivos	Método	Resultados
RIVERA, M. F. A; SCARELLI, I. R. Contribuições feministas e questões de gênero nas práticas de saúde da Atenção Básica do SUS	Saúde Debate/2021	Verificar como se manifestavam questões de gênero no Nível Primário de Atenção à Saúde, bem como suas implicações nas práticas de saúde.	30 visitas realizadas em uma UBS entre fevereiro e junho de 2019, com elaboração de Diário de Campo. Fundamentos baseados no aporte teórico Pichoniano.	Diferenciação entre homens e mulheres através de lógica biologicista; Naturalização da mulher cisgênero como cuidadora primordial dos filhos; Maior atenção às mulheres na Atenção Básica; Acompanhamento das mulheres centrado em questões que envolviam sexualidade;
SILVA, E. B. O; PEREIRA, A. L. F; PENNA, L. H. G. Estereótipos de gênero no cuidado psicossocial das usuárias de cocaína e crack	Cadernos de Saúde Pública/2018	Analisar as concepções dos profissionais de saúde sobre as mulheres usuárias de cocaína e crack em processo de cuidado psicossocial com base na perspectiva de gênero	Estudo qualitativo com entrevistas individuais e semiestruturadas com profissionais do serviço e observação sistemática do cuidado coletivo, além de levantamento de prontuários.	Fragilidade como atributo constitutivo da condição feminina; Dependência afetiva feminina relacionada com o uso de cocaína e crack; Estereótipos de gênero no cuidado psicossocial.
COSTA-JÚNIOR, F. M; COUTO, M. T; MAIA, A. C. B. Gênero e cuidados em saúde: concepções de profissionais que atuam no contexto ambulatorial e hospitalar	Sexualidad, Salud y Sociedad/2016	Analisar como as concepções de gênero e os discursos hegemônicos se (re)produzem nos relatos de profissionais que atuam no contexto ambulatorial e hospitalar.	Entrevista semidirigida com 11 profissionais, onde sete eram mulheres e quatro eram homens.	Não houve compreensão da categoria gênero de forma abrangente; Favorecimento de mulheres quanto ao cuidado, considerando-se as mesmas vulneráveis e estimulando a medicalização excessiva; interação profissional-paciente reitera as desigualdades de gênero.
DURÃO, A. V. R; MENEZES C. A. F. Na esteira de E. P. Thompson: Relações sociais de gênero e o fazer-se agente comunitária de saúde no Município do Rio de Janeiro	Trabalho, Educação e Saúde/2016	Avaliar como uma perspectiva de gênero presente na política de qualificação dessas trabalhadoras vem afetando a constituição da sua profissão.	Dados obtidos por meio da literatura, aplicação de questionário fechado com ACSs do PSF do município do Rio de Janeiro, entrevistas qualitativas.	Histórico do recrutamento das ACS: mulheres para fazerem uso de sua predisposição como cuidadora; Crítica às OSS: foco em atingir metas e formular indicadores; Desqualificação do trabalho em função do modelo das OSS; Barreiras de gênero; Mulher como mão de obra barata; Troca do espaço doméstico a um espaço também delimitado (troca da própria família por várias outras);
COBO, Bárbara; CRUZ, Cláudia; DICK, Paulo C. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil.	Ciência & Saúde Coletiva, 2021.	Compreender como homens e mulheres, brancos, pretos ou pardos, buscam atendimento médico na Atenção Primária à Saúde, porta de entrada no Sistema de Saúde Brasileiro.	Análise interseccional dos dados coletados pela Pesquisa Nacional de Saúde com foco nos indicadores de acesso à saúde.	Tendência de mulheres serem mais cuidadas com a saúde do que homens; Brancos e pretos/pardos apresentam comportamentos e acessos diferenciados, no que tange o cuidado com a saúde; Os resultados apontam que o estudo dos papéis de gênero na sociedade, exacerbados pela cor ou raça de homens e mulheres, são fundamentais para o entendimento dos fatores determinantes do acesso e utilização dos serviços de saúde.

4. CONCLUSÃO

Nesta revisão, 69 estudos sobre gênero e APS foram sintetizados e classificados em seis categorias: Saúde do Homem, Saúde da Mulher, Violência, Sexualidade e Reprodução, Formação e Atuação Profissional e Desigualdade no Acesso. Observou-se que, na APS, ainda há uma ênfase no caráter biologicista da diferenciação entre os homens e mulheres, em detrimento dos determinantes sociais e culturais. Além disso, as mulheres ainda são vistas como principais responsáveis pelo planejamento familiar, gravidez e pelo cuidado em todos os aspectos. Quanto à população masculina, há barreiras culturais e institucionais que limitam o acesso e temas como autocuidado do homem e paternidade ainda são negligenciados. Também é evidente uma invisibilização das pessoas que não se encaixam nos padrões hétero-cis-normativos. Ademais, apesar de a violência de gênero configurar-se como um fenômeno grave e frequente dos territórios, que afeta, predominantemente, a saúde da população feminina, ainda há um despreparo profissional para o enfrentamento desse problema. Ante ao exposto, a reprodução de estereótipos e de desigualdades de gênero nos serviços de APS são geradoras de iniquidades, afetando o acesso e a produção do cuidado, além de importantes determinantes do processo de saúde e adoecimento da população.

Dessa forma, torna-se fundamental que se tratem dessas temáticas tanto na formação inicial quanto na educação permanente de profissionais de saúde, com o objetivo de prepará-los para identificar e intervir nas desigualdades de gênero na APS. Além disso, os gestores também devem levar em consideração este contexto no planejamento e na efetivação das políticas públicas. Também é fundamental que sejam construídas estratégias que permitam a adequada efetivação das políticas já existentes que versam sobre a relação entre gênero e produção de saúde, como a PAISM e a PNAISH.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Anecy de Fátima Faustino; HARDY, Ellen. Vulnerabilidade de gênero para paternidade em homens adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 565-72, 2007.
- ALMEIDA, Luana Rodrigues de; SILVA, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da; MACHADO, Liliane dos Santos. O objeto, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho em saúde na atenção à violência de gênero em um serviço de atenção básica. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n. 48, p. 47-59, 2014.

- ANDRADE, Clara de Jesus Marques; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 591-595, 2008.
- AQUINO, Estela M. L. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. esp, p. 121-32, 2006.
- ARÁN, Márcia; MURTA, Daniela; LIONÇO, Tatiana. Transexualidade e saúde pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1141-1149, 2009.
- ARAÚJO, Maria de Fátima; SCHRAIBER, Lilia Blima; COHEN, Diane Dede. Penetração da perspectiva de gênero e análise crítica do desenvolvimento do conceito na produção científica da Saúde Coletiva. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 15, n. 38, p.805-818, 2011.
- BARRETO, Maurício Lima. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2097-2108, 2017.
- BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. Desigualdade social em saúde: revisitando momentos e tendências nos 50 anos de publicação da RSP. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p. 1-8, 2017.
- BORSOI, Tatiana dos Santos; BRANDÃO, Elaine Reis; CAVALCANTI, Maria de Lourdes Tavares. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades da atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 28, p. 165-174, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Política Nacional de Atenção Básica**. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 22 Set 2017a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva: Vigilância de Violências e Acidentes - 2013 e 2014**. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2017b. 218 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude_legis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 02 jan. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos em Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BUTLER, Judith. Sujeitos do sexo/gênero/desejo. In: _____. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. 16. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018. cap. 1, p. 17-70.

- CAMPOS, Edemilson Antunes de; CASTRO, Lidiane Mello de; CAVALIERI, Francine Even de Sousa. “Uma doença da mulher”: experiência e significado do câncer cervical para mulheres que realizaram o Papanicolau. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 61, p. 385-396, 2017.
- CAMPOS, Edemilson Antunes de; REIS, Jéssica Gallante. Representações sobre o uso de álcool por mulheres em tratamento em um centro de referência da cidade de São Paulo – Brasil. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 14, n. 34, p. 539-550, 2010.
- CAMPOS, Helena Maria *et al.* Direitos humanos, cidadania sexual e promoção da saúde: diálogos de saberes entre pesquisadores e adolescentes. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 113, p. 658-669, 2017.
- CARRARA, Sérgio; RUSSO, Jane A; FARO, Livi. A Política de Atenção à Saúde do Homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 659-678, 2009.
- COBO, Barbara; CRUZ, Cláudia; DICK, Paulo C. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.26, n.9, p.4021-4032, 2021.
- COSTA-JÚNIOR, Florêncio Marino da; COUTO, Márcia Thereza; MAIA, Ana Claudia Bortolozzi. Gênero e cuidados em saúde: concepções de profissionais que atuam no contexto ambulatorial e hospitalar. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, n. 23, p. 97-117, 2016.
- COUTO, Maria Thereza *et al.* O Homem na atenção primária à saúde: Discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface Comunicação Saúde Educação**, São Paulo, v. 14, n. 33, Jun, p.3-5, 2010.
- CRISPIM, Josefa Eliziana B. *et al.* Assistência de enfermagem à mulher lésbica e bissexual na atenção básica: protocolo de atendimento. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 10, n. Especial, p. 34-39, 2018.
- DANTAS, Suellen Maria Vieira; COUTO, Marcia Thereza. Sexualidade e reprodução na Política Nacional de Saúde do Homem: reflexões a partir da perspectiva de gênero. **Sex., Salud Soc.**, v. 30, p. 99-118, 2018.
- DE ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro *et al.* A Estratégia Saúde da Família e o SUS. *In*: ROUQUAYROL, Maria Zélia; DA SILVA, Marcelo Gurgel Carlos (orgs.). **Rouquayrol: Epidemiologia & Saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2018.
- DE FERRANTE, Fernanda Garbelini; SANTOS, Manoel Antônio dos; VIEIRA, Elisabeth Meloni. Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 31, p. 287-99, 2009.
- D’OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; *et al.* Obstáculos e facilitadores para o cuidado de mulheres em situação de violência doméstica na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática. **Interface (Botucatu)**, 2020.
- DURÃO, Anna Violeta Ribeiro; MENEZES, Clarissa Alves Fernandes de. Na esteira de E. P. Thompson: relações sociais de gênero e o fazer-se agente comunitária de saúde no

município do Rio de Janeiro. **Trabalho, Educação, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 355-376, 2016.

FERIGATO, Sabrina Helena; SILVA, Carla Regina; AMBROSIO, Leticia. A corporeidade de mulheres gestantes e a terapia ocupacional: ações possíveis na Atenção Básica em Saúde. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 26, n. 4, p. 768-783, 2018.

FERNANDES, M. F. M. Mulher, família e reprodução: um estudo de caso sobre o planejamento familiar em periferia do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, supl. 2, p. 253-261, 2003.

FERNANDES, Rafael Lima; JUNQUEIRA, Telma Low Silva. Homens, gênero e violência contra as mulheres. **Fractal: Revista de Psicologia**, [S.L.], v. 33, n. 2, p. 117-125, 12 nov. 2021. Pro Reitoria de Pesquisa, Pós Graduação e Inovação - UFF. <http://dx.doi.org/10.22409/1984-0292/v33i2/28920>.

FERRAZ, Lucimare *et al.* As demandas do homem rural: informações para a assistência nos serviços de saúde da atenção básica. **REME**, v. 7, n.2, p. 356-361, 2012.

FIGUEIREDO, Wagner. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 105-109, 2005.

FRANCO, Marina Haase da Costa *et al.* Desigualdade de gênero e Escuta Psi de mulheres atendidas na Atenção Básica. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Rio Grande do Sul, v.41, p.1-15, 2021.

GOMES, Romeu. A mulher em situação de violência sob a ótica da saúde. *In*: MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos de (Orgs.). **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. cap. 7, p. 199-222.

GOMES, Romeu *et al.* Sentidos atribuídos à política voltada para a Saúde do Homem. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2589-2596, 2012.

GOMES, Romeu *et al.* O atendimento à saúde de homens: estudo qualitativo em quatro estados brasileiros. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 113-128, 2011b.

GOMES, Romeu *et al.* Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, supl. 1, p. 983-992, 2011a.

GONSALVES, Emmanuela; SCHRAIBER, Lilia Blima. Intersetorialidade e Atenção Básica à Saúde: a atenção a mulheres em situação de violência. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 45, n. 131, p. 958-969, 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104202113102>.

GUERRIERO, Iara; AYRES, José Ricardo CM; HEARST, Norman. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, supl. 4, p. 50-60, 2002.

HASSE, Mariana; VIEIRA, Elisabeth Meloni. Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 482-493, 2014.

- JUNIOR FERREIRA, Sílvio *et al.* Desigualdades nas Necessidades em Saúde entre os Municípios do Estado de Minas Gerais: uma Abordagem Empírica no Auxílio às Políticas Públicas. **Administração Pública e Gestão Social**, v. 9, n. 2, p. 105-119, 2017.
- JUSTINO, Giovanna Brunna da Silva *et al.* Educação sexual e reprodutiva no puerpério: questões de gênero e atenção à saúde das mulheres no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Interface**: Botucatu, 2021.
- LEAL, Andréa Fachel; FIGUEIREDO, Wagner dos Santos; NOGUEIRA-DA-SILVA, Geórgia Sibebe. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2607-2616, 2012.
- LEITE, Alessandra de Cássia; FONTANELLA, Bruno José Barcellos. 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. 1-12, 2019.
- LIONÇO, Tatiana. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 43-63, 2009.
- MACHIN, Rosana *et al.* Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p.4503- 4512, 2011.
- MEIRELES-DA-SILVA, Cristiane Gonçalves. O significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da Aids entre homens casados. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, supl. 4, p. 40-49, 2002.
- MENEGHEL, Stela Nazareth; ANDRADE, Daniela Pinheiro. Conversas entre mulheres durante o exame citopatológico. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 174-186, 2019.
- MIRANDA, Jhonatan. J. *et al.* Discursos de gênero e saúde: debatendo a PNAISH com seus usuários. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Belo Horizonte, v. 34, n. e3444, p. 2-9, 2018.
- MOURA, Erly Catarina *et al.* Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 429-438, 2014.
- MOHER, David *et al.* Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. **PLoS Medicine**, v. 6, n. 7, p. 1-6, 2009.
- NICOLAU, Stella Maris; SCHRAIBER, Lilia Blima; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Mulheres com deficiência e sua dupla vulnerabilidade: contribuições para a construção da integralidade em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, p. 863-872, 2013.
- OLIVEIRA, Dora Lúcia Leidens Correa *et al.* A negociação do sexo seguro na TV: discursos de gênero nas falas de agentes comunitárias de saúde do Programa Saúde da Família de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1309-1318, 2004.

- PAIVA, Carla Cardi Nepomuceno de *et al.* Educação em Saúde segundo os preceitos do Movimento Feminista: estratégias inovadoras para promoção da saúde sexual e reprodutiva. **Esc Anna Nery**, v. 19, n. 4, p. 685-691, 2015.
- PEREIRA, Lourenço Barros de.; CHAZAN, Ana Cláudia Santos. O Acesso das Pessoas Transexuais e Travestis à Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 1-16, 2019.
- PINHEIRO, Thiago Félix; COUTO, Márcia Thereza. Sexualidade e Reprodução: discutindo gênero e integralidade na Atenção Primária à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, p. 73-92, 2013.
- PINHEIRO, Thiago Félix; COUTO, Márcia Thereza; NOGUEIRA-DA-SILVA, Geórgia Sibebe. Questões de sexualidade masculina na atenção primária à saúde: gênero e medicalização. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n. 38, p. 845-858, 2011.
- PITILIN, Érica de Brito; LENTSCK, Maicon Henrique. Atenção Primária à Saúde na percepção de mulheres residentes na zona rural. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 5, p. 726-732, 2015.
- RIBEIRO, Cláudia Regina; GOMES, Romeu; MOREIRA, Martha Cristina Nunes. Encontros e desencontros entre a saúde do homem, a promoção da paternidade participativa e a saúde sexual e reprodutiva na atenção básica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 41-60, 2017.
- RIVERA, M. F. A; SCARELLI, I. R. Contribuições feministas e questões de gênero nas práticas de saúde da Atenção Básica do SUS. **Saúde Debate**: Rio de Janeiro, v. 45, n. especial 1, p. 39-50, 2021.
- ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta. Paul. Enferm.** v. 20, n. 2, p. 1-2, 2007.
- SAMPAIO, Juliana *et al.* Ele não quer com camisinha e eu quero me prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino às DST/aids no semiárido nordestino. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 171-181, 2011.
- SANTIAGO, Idalina Maria Freitas Lima. Violência de gênero entre usuárias do serviço de atenção básica do SUS na Paraíba. **Revista Katálysis**, [S.L.], v. 24, n. 2, p. 386-396, ago. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0259.2021.e78038>.
- SANTOS, Ariane Gomes dos; MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza. Domínios dos transtornos mentais comuns em mulheres que relatam violência por parceiro íntimo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, p.1-12, 2018.
- SANTOS, Gilney Costa; CONSTANTINO, Patricia; SCHENKER, Miriam; RODRIGUES, Luzania Barreto. O consumo de crack por mulheres: uma análise sobre os sentidos construídos por profissionais de consultórios na rua da cidade do rio de janeiro, brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 10, p. 3795-3808, out. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320202510.05842019>

- SCHRAIBER, Lilia Blima. *et al.* Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 5, p. 961-970, 2010.
- SIGNORELLI, Marcos Claudio; AUAD, Daniela; PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1230-1240, 2013.
- SILVA, Ethel Bastos; PADOIN, Stela Maris de Mello; VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. Mulher em situação de violência: limites da assistência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 249-258, 2015.
- SILVA, Érica Barbosa de Oliveira; PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo; PENNA, Lúcia Helena Garcia. Estereótipos de gênero no cuidado psicossocial das usuárias de cocaína e crack. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, p. 2-10, 2018.
- SOUSA, Maria da Consolação Pitanga de; ESPÍRITO-SANTO, Antônio Carlos Gomes; MOTTA, Sophia Karlla Almeida. Gênero, vulnerabilidade das mulheres ao HIV/Aids e ações de prevenção em bairro da periferia de Teresina, Piauí, Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 58-68, 2008.
- SOUZA, Suzy Anne Lopes de; SILVEIRA, Lia Márcia Cruz da. (Re)Conhecendo a escuta como recurso terapêutico no cuidado à saúde da mulher. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 11, n. 1, p. 19-42, abr. 2019.
- VILLELA, Wilza; MONTEIRO, Simone. **Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNA-SUS/UFMA. **Saúde da mulher na atenção básica à saúde**. São Luís, 2014.
- WAISELFSZ, Julio Jacobo. **Mapa da violência 2016**. Homicídios por armas de fogo no Brasil. FLACSON BRASIL, 2016. Disponível em: http://flacso.org.br/files/2016/08/Mapa2016_armas_web-1.pdf. Acesso em 24 mar. 2020.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Constitution of the World Health Organization**. Genebra: WHO, 1948. Disponível em: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>. Acesso em 24 mar. 2020.

IMAGEM CORPORAL E ORTOREXIA NERVOSA: UM ESTUDO COMPARATIVO ENTRE ESTUDANTES DE NUTRIÇÃO, DIREITO E ENGENHARIA

DOI: 10.51859/AMPLA.SPT853.1122-17

Rafaela Ferreira Menezes de Queiroz ¹
Thallyssa Kelly Cordeiro Cipriano ¹
Rafaella Maria Monteiro Sampaio ²

¹ Nutricionista graduada pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

² Nutricionista. Doutora em Saúde Coletiva (UECE). Professora do Curso de Nutrição da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), do Centro Universitário Estácio do Ceará e do Centro Universitário Unichristus. Bolsista do Programa Pesquisa Produtividade da Estácio do Ceará.

1. INTRODUÇÃO

A imagem corporal define-se como figura ou representação que o indivíduo tem de si próprio em relação à sua forma, tamanho, estrutura e contorno, bem como, o sentimento que têm de tais características, pois a percepção do corpo envolve aspectos físicos, emocionais e cognitivos. A imagem divide-se em área perspectiva e atitudinal, e um distúrbio nessa última, caracteriza a insatisfação corporal, envolvendo a comparação do indivíduo entre o seu corpo e o que ele considera como ideal; inclui, também, o que o mesmo sente em decorrência desta diferença (VERAS, 2010; SOUZA; ALVARENGA, 2016). Já a distorção da imagem corporal é compreendida como a falta de capacidade do indivíduo em perceber de forma adequada e real, o tamanho e a forma do seu corpo. Pode envolver uma percepção maior ou menor do que o corpo realmente se apresenta. A imagem corporal distorcida é registrada mentalmente e desta forma, compreendida como real por quem sente (THURM, 2019). A distorção pode ser caracterizada como uma insatisfação persistente, pois mesmo que o corpo mude a percepção mental distorcida permanece, ainda, fazendo o indivíduo crer que os outros o enxergam como ele se vê (VERAS, 2010).

A idealização de um corpo magro e esbelto, atualmente, se propaga por meio das modelos, atrizes e outras figuras femininas que se apresentam cada vez mais magras com o passar dos anos. Na população geral, é imposto um padrão corporal considerado adequado, porém, inatingível, gerando um sentimento de inadequação, inapropriação e culpa já que o

corpo real é desvalorizado e as imagens de um ideal de beleza são enaltecidos (SCAGLIUSI; LOURENÇO, 2011; DERAM, 2018).

De forma geral, mulheres ainda são as principais vítimas da cobrança estética imposta pela sociedade. Porém, em contraste ao ideal de magreza proposto, é exibida a supervalorização do corpo musculoso em homens. Em ambas situações, há forte influência do peso e forma corporal na autoavaliação. Dito isso, tanto mulheres quanto homens são atingidos pela cobrança social que desvaloriza o corpo real, gerando constrangimento e insatisfação (FABBRI *et al.*, 2011; MENNUCCI; TIMERMAN; ALVARENGA, 2015).

O termo ortorexia foi criado pelo médico Steve Bratman em 1997, em sua prática em Medicina alternativa. O mesmo percebeu que alguns de seus pacientes levavam a ideia de alimentação saudável longe demais, assim, criou o termo para uso no que ele chamou de “terapia de provocação” (BRATMAN, 2015).

Mesmo não sendo reconhecida oficialmente como um transtorno alimentar pelo Manual de Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), (APA, 2014), e sim, como um comportamento disfuncional, a ortorexia nervosa se configura como um problema de âmbito psicológico, onde a preocupação com a alimentação saudável é tanta que outros aspectos, como o social, são negligenciados. Além disso, o problema pode ocasionar prejuízos à saúde do indivíduo, como a ocorrência de desnutrição, e, em casos mais graves, até mesmo a morte (BRATMAN, 2014).

Estudantes de nutrição apresentam risco para o desenvolvimento de ortorexia nervosa, insatisfação e distorção corporal, visto que lidam com questões relacionadas à alimentação saudável e ao corpo. Com base nisso, justifica-se a realização deste estudo, que busca comparar a incidência desses distúrbios entre estudantes de nutrição com graduandos de outros cursos, fora da área da saúde, a fim de se constatar se no primeiro grupo a incidência é maior. Por meio deste estudo é possível incentivar outros nessa área de pesquisa, fortalecendo, ainda, a necessidade de intervenção precoce, visto o grau de comprometimento mental, social e físico desses problemas aos indivíduos.

Esta pesquisa teve como objetivo avaliar a percepção de imagem corporal e a presença de ortorexia nervosa em estudantes universitários.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter transversal, com abordagem descritiva e analítica, realizado na Universidade de Fortaleza (UNIFOR), no período de abril a junho de 2020.

No estudo foram incluídos todos os alunos matriculados, de ambos os sexos, a partir dos 20 anos, dos cursos de Nutrição, Direito e Engenharia. Foram excluídos os estudantes que apresentaram alguma restrição alimentar (intolerâncias e/ ou alergias alimentares) ou com alguma patologia diretamente relacionada ao consumo alimentar (diabetes, hipertensão, dislipidemia, entre outras), bem como, gestantes, nutrizes e estudantes que estavam em acompanhamento com nutricionista.

A coleta de dados se iniciou de maneira presencial na própria universidade, mas devido à suspensão das aulas, a coleta passou a ser de forma remota, por meio de um questionário *online*, que foi enviado aos participantes da pesquisa. A coleta foi realizada pelas pesquisadoras, a partir de questionários semiestruturados (dados socioeconômicos, demográficos, peso e altura) e questionários estruturados: Escala de Silhuetas para adultos brasileiros (KAKESHITA *et al.*, 2009) e Questionário ORTO-15 (PONTES; MONTAGNER; MONTAGNER, 2014).

Cada participante informou as suas medidas de peso atual e altura. Estes dados foram utilizados para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC: peso(kg)/altura(m)²). Para a classificação do estado nutricional foram adotados os parâmetros da Organização Mundial de Saúde para os adultos segundo a classificação adotada atualmente pelo Ministério da Saúde – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Segundo a classificação do IMC o indivíduo pode apresentar: baixo peso (<18,5 kg/m²), eutrofia (18,5-24,9 kg/m²), sobrepeso (25,0-29,9 kg/m²) ou obesidade (≥ 30 kg/m²) (BRASIL, 2011).

Para avaliação da percepção da imagem corporal foi utilizada uma escala de silhuetas que respeita o biótipo brasileiro. A escala é composta por 15 figuras com imagens corporais que representam os intervalos do índice de massa corporal (IMC). Junto à representação gráfica, haviam duas perguntas referentes às imagens: “Qual figura melhor representa seu tamanho atual?” e “Qual figura representa o tamanho que gostaria de ter?” (KAKESHITA, 2008; KAKESHITA *et al.*, 2009).

Pela escala de silhuetas foi possível avaliar a distorção da imagem corporal. O participante deveria marcar a figura que melhor representasse o modo como se enxergava e percebia o tamanho do seu corpo atual. Por meio da diferença entre o IMC “atual” (percepção da imagem corporal atual) e o IMC real, foi realizado o diagnóstico da distorção corporal.

Além de avaliar a distorção, a escala de silhuetas também avaliou a satisfação/insatisfação da imagem corporal, na qual o indivíduo marcou a figura que ele gostaria de ter. A análise foi realizada por meio da diferença entre IMC “desejado” (percepção da imagem corporal desejada) e IMC “atual” (percepção da imagem corporal atual).

Para diagnosticar o comportamento de risco para o desenvolvimento de ortorexia nervosa foi aplicado o questionário Orto-15 na versão traduzida e adaptada para o português. O instrumento consiste em um questionário autoaplicável, composto por 15 questões que avaliam atitudes relacionadas à seleção, aquisição, preparo e consumo alimentar (PONTES; MONTAGNER; MONTAGNER, 2014; PENAFORTE *et al.*, 2018).

Cada questão apresentava quatro opções de resposta, com pontuações que variavam de 1 a 4, a depender do tipo de pergunta, pois essas se apresentavam agrupadas: grupo 1: (questões 2, 5, 8 e 9. Sempre=4 pontos, muitas vezes=3 pontos, algumas vezes=2 pontos e nunca=1 ponto), grupo 2: (questões 3, 4, 6, 7, 10, 11, 12, 14 e 15. Sempre=1 ponto, muitas vezes=2 pontos, algumas vezes=3 pontos e nunca=4 pontos), e por último, grupo 3: (questões 1 e 13. Sempre=2 pontos, muitas vezes=4 pontos, algumas vezes=3 pontos e nunca=1 ponto). Quanto mais próximo do 4, mais saudável era o comportamento, enquanto pontuações mais baixas representavam comportamento de risco para ortorexia. Para a análise das respostas, foi estabelecido como critério para diagnosticar o comportamento de risco para Ortorexia Nervosa, uma pontuação < 40, ponto de corte proposto pelos próprios autores do Orto-15 (PONTES; MONTAGNER; MONTAGNER, 2014; PENAFORTE *et al.*, 2018).

Os dados obtidos foram sistematizados no programa *Excel* e, posteriormente, exportados para o SPSS versão 20.0, para processamento dos dados e realização da análise. Inicialmente, foi realizada a análise descritiva das variáveis em estudo. As variáveis numéricas foram descritas em médias e as categóricas, em frequências simples e percentuais. A normalidade das variáveis quantitativas foi testada pelo Teste de Shapiro-Wilk. Para se investigar possíveis associações entre as variáveis em estudo foi utilizado o teste do Qui-Quadrado de Pearson, adotando-se o nível de significância de 5%.

A participação dos estudantes no estudo foi condicionada à assinatura eletrônica de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da UNIFOR e aprovado com o número do parecer 3.939.545, de acordo com a resolução 466/12 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), onde todos os preceitos éticos foram respeitados no que se refere a zelar pela autenticidade e sigilo das informações.

3. RESULTADOS

A amostra foi obtida por conveniência, sendo composta por 126 alunos, regularmente matriculados nos cursos de Nutrição, Direito e Engenharia da Universidade de Fortaleza

(UNIFOR), com idades de 20 e 43 anos, média de 23,63 anos, sendo a maioria 57,9% (n=73) do sexo feminino. Houve diferenças significativas entre os cursos em relação ao sexo ($p < 0,001$) e à idade ($p = 0,028$). A maioria dos alunos dos cursos de Nutrição e Direito era do sexo feminino, 91,1% (n=41) e 56,8% (n=25), respectivamente, enquanto no curso da Engenharia a prevalência foi do sexo masculino 81,1% (n=30). Em relação à idade, em todos os cursos, pode-se observar que a maioria dos participantes se encontrava na faixa etária de 20 a 25 anos, representando 83,3% (n=105) do total da amostra pesquisada (Tabela 1).

Tabela 1 - Comparação de dados sociodemográficos entre alunos universitários da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza-CE, 2020.

	Total N (%)	Nutrição N (%)	Direito N (%)	Engenharia N (%)	p
Sexo					
Masculino	53 (42,1 %)	4 (8,9%)	19 (43,2%)	30 (81,1%)	<0,00
Feminino	73 (57,9%)	41 (91,1%)	25 (56,8%)	7 (18,9%)	
Idade					
Até 25 anos	105 (83,3%)	32 (71,1%)	41 (93,2 %)	32 (86,5%)	0,028
26 a 30 anos	10 (7,9%)	5 (11,1%)	2 (4,5 %)	3 (8,1%)	
31 a 35 anos	6 (4,8%)	4 (8,9%)	1 (2,3 %)	1 (2,7 %)	
Mais de 35 anos	5 (4,0%)	4 (8,9 %)	0 (0,0%)	1 (2,7%)	
Semestre					
1º ao 3º	17(13,5%)	4 (8,9 %)	6 (13,6%)	7 (18,9%)	0,071
4º ao 6º	40 (31,7%)	12 (26,7%)	15 (34,1%)	13 (35,1%)	
A partir do 7º	69 (54,8%)	29 (64,4%)	23 (52,3%)	17 (45,9%)	
Raça					
Branca	67 (53,2%)	23 (51,1%)	27 (61,4%)	17 (45,9%)	0,361
Não branca	59 (46,8%)	22(48,9%)	17 (38,6%)	20 (54,1%)	
Renda					
1-3 salários	26 (20,6%)	12 (26,7%)	7 (15,9%)	7 (18,9%)	0,524
4-6 salários	33 (26,2%)	13 (28,9%)	12 (27,3%)	8 (21,6%)	
7-9 salários	29 (23,0%)	11(24,4%)	8 (18,2%)	10 (27,0%)	
Maior que 9 salários	38 (30,2%)	9 (20,0%)	17 (38,6%)	12 (32,4%)	

Não foram encontradas diferenças significativas entre os cursos em relação à classificação do IMC ($p = 0,258$), à distorção ($p = 0,380$), insatisfação corporal ($p = 0,943$) e à ortorexia nervosa ($p = 0,760$). A maioria dos alunos, de todos os cursos, encontrava-se eutrófica, 55,6% (n=25) na Nutrição e no Direito 52,3% (n=23). A prevalência de distorção, também foi observada, 75,6% (n=34) na Nutrição, 84,1% (n=37) no Direito e 70,2% (n=26) na Engenharia. Nos dois cursos, de Nutrição e Direito, foi percebido predomínio de distorção por superestimação (indivíduo se enxerga maior do que realmente se apresenta), 46,7% (n=21) na Nutrição, enquanto a maioria foi para o curso de Direito 56,8% (n=25). Com relação à insatisfação, essa também esteve altamente presente em todos os cursos, 75,5% (n=34) na Nutrição, 68,2% (n=30) no Direito e 70,25% (n=26) na Engenharia. Houve predominância do

desejo dos participantes em ter um corpo menor, 44,4% (n=20) no primeiro curso, 43,2% (n=19) no segundo e 43,25% (n=16) no terceiro. O risco de ortorexia nervosa foi verificado em 60% (n=27) dos estudantes de Nutrição, 61,4% (n=27) Direito e 67,6% (n=25) Engenharia (Tabela 2).

Tabela 2 - Comparação da percepção da imagem corporal e incidência de ortorexia nervosa entre alunos universitários da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza-CE, 2020.

	Total N (%)	Nutrição N (%)	Direito N (%)	Engenharia N (%)	p
Classificação IMC					0,258
Baixo peso	3 (2,4%)	2 (4,4%)	0 (0,0%)	1 (2,7%)	
Eutrofia	65 (51,6%)	25 (55,6%)	23 (52,3%)	17 (45,9%)	
Sobrepeso	44 (34,9%)	13 (28,9%)	18 (40,9%)	13 (35,1%)	
Obesidade	14 (11,1%)	5 (11,1%)	3 (6,8%)	6 (16,2%)	
Classificação distorção					0,380
Não apresenta					
Apresenta	29 (23,0%)	11 (24,4%)	7 (15,9%)	11 (29,7%)	
Se enxerga maior					
Se enxerga menor	59 (46,8%)	21 (46,7%)	25 (56,8%)	13 (35,1%)	
	38 (30,2%)	13 (28,9%)	12 (27,3%)	13 (35,1%)	
Classificação Insatisfação					0,943
Não apresenta					
Apresenta	36 (28,6%)	11 (24,4%)	14 (31,8%)	11 (29,7%)	
Deseja ser maior					
Deseja ser menor	35 (27,8%)	14 (31,1%)	11 (25,0%)	10 (27,0%)	
	55 (43,7%)	20 (44,4%)	19 (43,2%)	16 (43,25)	
Classificação ortorexia					0,760
Apresenta risco					
Não apresenta risco	79 (62,7%)	27 (60,0%)	27 (61,4%)	25 (67,6%)	
	47 (37,3%)	18 (40,0%)	17 (38,6%)	12 (32,4%)	

4. DISCUSSÃO

O estudo comparou a incidência de distúrbios da imagem corporal e ortorexia nervosa entre estudantes universitários dos cursos de Nutrição, Direito e Engenharia para avaliar se a prevalência seria maior em graduandos de Nutrição. Foi observada semelhança dos grupos avaliados e não houve diferenças estatísticas entre os cursos no que diz respeito à classificação do IMC, distorção e insatisfação corporal e ortorexia nervosa. Não houve diferenças estatísticas entre os cursos de Nutrição, Direito e Engenharia no que diz respeito aos distúrbios da imagem corporal e ortorexia nervosa, que se apresentaram altamente prevalentes em todos os cursos estudados.

Florencio *et al.*, (2016), em estudo realizado com estudantes, encontraram que 41,7% destes apresentaram distorção seja por subestimação ou superestimação. Na pesquisa em questão, a maioria da população estudada, também apresentou distorção, contudo, em estudantes de Nutrição e Direito, ocorreu em maior proporção, por superestimação, fato esse

que pode ser explicado pela predominância do sexo feminino nesses cursos. Segundo Thurm (2019), mulheres comumente se sentem com um corpo maior do que realmente possuem ou se apresentam insatisfeitas em relação a ele.

A insatisfação corporal foi prevalente em todos os cursos estudados, principalmente, pelo desejo em ter um corpo menor; tal achado, também, pode ser explicado pelo maior número de mulheres participantes na pesquisa. Um estudo realizado com 300 alunas do curso de Nutrição, apesar de 75,3 % se apresentarem eutróficas, verificou-se que a maioria desejava ser mais magra (BANDEIRA *et al.*, 2016).

Em revisão de estudos nacionais e internacionais com estudantes universitários foi encontrado, que, independentemente do instrumento usado, a insatisfação foi maior no sexo feminino do que no masculino (SOUZA; ALVARENGA, 2016). Os resultados apresentados até o momento, reforçam o que já foi mencionado anteriormente, mulheres ainda são as maiores vítimas da pressão social quanto à estética, principalmente, sendo esta, associada ao corpo magro (FABBRI *et al.*, 2011).

A literatura aponta que os cursos de Nutrição e Educação Física se apresentam com maior frequência em estudos brasileiros voltados para a investigação da insatisfação corporal (SOUZA; ALVARENGA, 2016). Existe a hipótese de que nesses dois grupos seja mais forte a relação com a estética e a aparência física, porém, tal afirmativa pode não ser verdadeira. A imagem corporal é influenciada por fatores socioculturais, desta forma, a influência sobre os indivíduos pode ocorrer de maneira semelhante (OLIVEIRA *et al.*, 2017). Isto explica o fato da prevalência de insatisfação e distorção corporal em estudantes de Nutrição, Direito e Engenharia em proporções tão similares.

O risco de comportamentos para ortorexia nervosa também foi altamente encontrado nos estudantes, sem distinção de cursos. Resultado semelhante foi observado em um estudo realizado com 900 estudantes universitários na Turquia, revelando que não houve associação da ortorexia com os cursos (MARTINS; ALVARENGA; TAKEDA, 2020). A literatura traz que estudantes ou profissionais da área da saúde apresentam maior risco de desenvolver ortorexia nervosa devido seu maior conhecimento sobre nutrição (ROCHA *et al.*, 2015; ALMEIDA, 2017).

Em um estudo realizado com 40 estudantes universitários do curso de Educação Física, observou-se que aproximadamente 83% dos indivíduos apresentaram comportamento de risco para o desenvolvimento de ortorexia nervosa, com maior prevalência no sexo masculino (VITAL *et al.*, 2017). Porém, em revisão, uma pesquisa trouxe que as mídias sociais, por meio da propagação de ideais sobre alimentação saudável, podem levar os indivíduos, em geral, ao

desenvolvimento de ortorexia, levando-os a buscar alimentos que são considerados saudáveis (ROCHA *et al.*, 2015).

Apesar de parecer que alguns grupos estão mais suscetíveis ao desenvolvimento de ortorexia como é o caso de estudantes de Nutrição devido aos seus conhecimentos adquiridos durante a graduação, pode-se questionar a influência de determinantes externos, como por exemplo, as mídias sociais, não apenas nestes, mas em indivíduos de uma forma geral (ROCHA *et al.*, 2015). Assim, mesmo que não abordados no estudo, pode-se pensar na hipótese de que tais fatores externos (inclusive, para além das mídias sociais) poderiam afetar estudantes de maneira parecida, explicando os resultados tão próximos de incidência de ortorexia entre os estudantes participantes.

Por fim, destaca-se que, dentre as limitações do estudo, é preciso mencionar que, o número de alunos participantes é inferior ao que se estimou no início. Um dos principais motivos foi a suspensão das aulas por conta da Pandemia da Covid-19, o que trouxe dificuldades em identificar alunos que cumprissem os requisitos pré-definidos para a coleta. Assim como, a aplicação dos questionários no formato *on-line* impediu o entendimento de algumas perguntas por parte dos alunos, não sendo possível esclarecer a sistemática da pesquisa.

No público avaliado foi possível observar alta prevalência do comportamento de risco para o desenvolvimento de ortorexia nervosa bem como de distúrbios da imagem corporal (insatisfação e distorção). O que reforça a necessidade de novos estudos que investiguem esses assuntos, além de tornar mais abrangente a divulgação no ambiente universitário visto que são pouco discutidos, mas com grandes prejuízos aos indivíduos.

5. CONCLUSÃO

Estudantes universitários correspondem a um grupo de risco para o desenvolvimento destes distúrbios, o que indica a necessidade de estudos mais aprofundados, a fim de auxiliar a universidade na elaboração e promoção de estratégias e ações para a disseminação do assunto, no ambiente acadêmico.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA CC. Ortorexia nervosa- caracterização. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2017. Trabalho de Projeto do Mestrado Integrado em Medicina apresentado à Faculdade de Medicina.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Artmed Editora, 2014.

- BANDEIRA, YER; MENDES, ALRF; CAVALCANTE, ACM; ARRUDA, SPM. Avaliação da imagem corporal de estudantes do curso de Nutrição de um centro universitário particular de Fortaleza. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.65,n.2, p.168-173, 2016.
- BRASIL. Norma Técnica do Sistema de Vigilância alimentar e nutricional – Sisvan: orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- BRATMAN, S. Foreward to Breaking Vegan. Orthorexia. 2015. Disponível em: <http://www.orthorexia.com/foreward-to-breaking-vegan/>. Acesso em: 15 ago. 2019.
- BRATMAN, S. What is Orthorexia? Orthorexia. 2014. Disponível em: <http://www.orthorexia.com/what-is-orthorexia/>. Acesso em: 15 ago. 2019.
- DERAM, S. A ditadura da magreza e as doenças da nutrição. In: DERAM, S. O peso das dietas: emagrecer de forma sustentável dizendo não às dietas. Rio de Janeiro: Sextante, 2018. Cap.4, p.72-93.
- FABBRI, AD; SATO, PM; QUEIROZ, GKO; SILVA, MB. Transtornos alimentares em homens: quais são as diferenças em relação às mulheres? In: ALVARENGA, M; SCAGLIUSI, FB; PHILIPPI, ST. Nutrição e transtornos alimentares: avaliação e tratamento. Barueri, SP: Manole, 2011. Cap.6, p.99-116.
- FLORENCIO, RS; MOREIRA, TMM; SILVA, MRF; ALMEIDA, ILS. Exceso ponderal en adultos jóvenes estudiantes: la vulnerabilidad de la distorsionada. *Rev. Bras. Enferm.* [online], v.69, n.2, p.258-265, 2016.
- KAKESHITA, IS. Adaptação e validação de escalas de silhuetas para crianças e adultos brasileiros. Ribeirão Preto. Tese [Doutorado em Psicobiologia] - Universidade de São Paulo; 2008.
- KAKESHITA, IS; SILVA, AIP; ZANATTA, DP; ALMEIDA, SS. Construção e fidedignidade teste-reteste de escalas de silhuetas brasileiras para adultos e crianças. *Rev Psic Teor e Pesq [Internet]*, v.25, n.2, p.263-70, 2009.
- MARTINS, M; ALVARENGA, M; TAKEDA, G. Ortorexia nervosa. In: ALVARENGA, MS; DUNKER, KLL; PHILIPPI, ST. Transtornos alimentares e nutrição: da prevenção ao tratamento. 1 ed. Barueri, SP: Manole; 2020. p.83-150.
- MENNUCCI, L; TIMERMAN, F; ALVARENGA, M. Como a subjetividade influencia o comportamento alimentar?. In: ALVARENGA, M; FIGUEIREDO, M; TIMERMAN, F; ANTONACCIO, C. Nutrição Comportamental. Barueri, SP: Manole, 2015. Cap.3, p.51-67.
- OLIVEIRA, PL; FERREIRA, MEC; NEVES, CM; FERNANDES, FM; CARVALHO, PHB. Insatisfação, checagem corporal e comportamentos de risco para transtornos alimentares em estudantes de cursos da saúde. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.66, n.4, p.216-220, 2017.
- PENAFORTE, FRO; BARROSO, SM; ARAÚJO, ME; JAPUR, CC. Ortorexia nervosa em estudantes de nutrição: associações com o estado nutricional, satisfação corporal e período cursado. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v.67, n.1, p.18-24, 2018.

- PONTES, JB; MONTAGNER, MI; MONTAGNER, MA. Ortorexia nervosa: adaptação cultural do orto-15. Demetra [Internet], v.9, n.2, p.533-48, 2014.
- ROCHA, MAP; BARTHICHOTO, M; LOPES, JE; COSTA, K; VIEBIG, RF. Ortorexia: uma compulsão por alimentos saudáveis. Nutrição Brasil, v.14, n.1, p.52-55, 2015.
- SCAGLIUSI, FB; LOURENÇO, BHA. Ditadura da beleza e suas consequências no discurso nutricional. In: ALVARENGA, M; SCAGLIUSI, FB; PHILIPPI, ST. Nutrição e transtornos alimentares: avaliação e tratamento. Barueri, SP: Manole, 2011. Cap.4, p.59-83.
- SOUZA, C; ALVARENGA, MS. Insatisfação com a imagem corporal em estudantes universitários– Uma revisão integrativa. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, v.65, n.3, p.286-99, 2016.
- THURM, B. Distorção em imagem corporal em tratamento. GENTA, 2019. Disponível em: <https://www.genta.com.br/distorcao-de-imagem-corporal-tem-tratamento/>. Acesso em: 28 nov. 2019.
- VERAS, ALL. Desenvolvimento e construção da imagem corporal na atualidade: um olhar cognitivo-comportamental. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, v.6, n.2, p.94-117, jul/dez, 2010.
- VITAL, ANS; SILVA, ABA; SILVA, EIG; MESSIAS, CMBO. Risco para desenvolvimento de ortorexia nervosa e o comportamento alimentar de estudantes universitários. Rev Saúde e Pesq [Internet], v.10, n.1, p.83-89, 2017.

O ACESSO DA CRIANÇA COM DOENÇA CRÔNICA NA BUSCA DE CUIDADO NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

DOI: 10.51859/AMPLA.SPT853.1122-18

Maria Eunice Nogueira Galeno Rodrigues ¹

Maria Júlia Barbosa Muniz ²

Sara Soares Sena ³

Ilvana Lima Verde Gomes ⁴

Francisco José Maia Pinto ⁵

¹ Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE)

² Mestranda em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UFC)

³ Enfermeira pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

⁴ Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)

⁵ Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)

1. INTRODUÇÃO

É amplamente reconhecido que a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) é um ponto de atenção da rede de urgência e emergência que atende a toda a população nas mais diversas situações de saúde. E isso ocorre independentemente do nível social e econômico do local, onde a mesma está inserida (BRASIL, 2017).

Contrapondo esse aspecto, um estudo mostrou a inexistência de uma rede consistente, falta de ordenamento de crianças e adolescentes em condições crônicas e ausência de um fluxo definido para esses usuários. E poucas foram as ações realizadas a essa população com deficiência para oferecer resolutividade às demandas singulares e contínuas necessárias para o cuidado (VAZ *et al.*, 2018).

Como componente da RAS, a UPA lançada pelo Ministério da Saúde (MS) em 2003, constitui-se em um equipamento de saúde de complexidade intermediária, situado entre a Atenção Primária à Saúde e a rede hospitalar. Funciona de modo ininterrupto nas vinte e quatro horas do dia e em todos os dias da semana, incluídos os feriados (BRASIL, 2015).

Neste contexto na UPA podemos encontrar os serviços oferecidos a população em geral como: (i) atendimento à urgência e emergência traumáticas e não traumáticas; (ii) realização de exames laboratoriais, eletrocardiográficos e radiológicos para diagnosticar situações de urgência e emergência; (iii) distribuição de medicamentos para que o paciente realize o

tratamento domiciliar em situações de urgência; (iv) realização do transporte de pacientes que lá tenham recebido seu primeiro atendimento; entre outras (BRASIL, 2015).

A UPA desenvolve um papel importante, principalmente, na estabilização imediata de crianças nos processos de adoecimentos relacionados a doenças crônicas. Um estudo demonstra um cenário em que as famílias de crianças buscam o atendimento nas emergências pediátricas como primeira escolha, devido ao difícil acesso aos serviços de saúde na atenção primária (BUBOLTZ, SILVEIRA, NEVES, 2015).

O principal motivo apresentado para o desenvolvimento do estudo foi o aumento de mortes de crianças por causas agudas e crônicas, o que gera necessidade de melhorar a assistência à saúde na infância. Cerca de 1 milhão de crianças entre cinco e 14 anos morreram em 2016, principalmente, por causas evitáveis. Houve também cerca de 15 mil mortes diárias de crianças menores de cinco anos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2018).

Assim, esse estudo seguiu os seguintes rumos buscando responder a seguinte questão: O que o motivou a procurar atendimento na UPA para a criança? Deste modo, possibilitou uma melhor compreensão entre os usuários sobre a importância da UPA bem como os aspectos funcionais que a mesma oferece para o público, dentro dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Este estudo possibilitou uma melhor compreensão entre os usuários sobre a importância da UPA bem como os aspectos funcionais que a mesma oferece para o público, dentro dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Este trabalho teve como principal objetivo compreender os fluxos assistenciais na UPA, bem como seu acesso sob o olhar das mães de crianças com doenças crônicas.

2. MÉTODO

Estudo exploratório com abordagem qualitativa, desenvolvido em duas UPAS de Fortaleza, Ceará, Brasil, por meio de sorteio aleatório dentre as seis unidades municipais. As Instituições atendem pacientes adultos e pediátricos em situação de urgência, emergência e não-urgentes que buscam o serviço como porta inicial de assistência em situações diversas.

Participaram do estudo 12 responsáveis por crianças com condições crônicas atendidas na UPA, com amostra delimitada por saturação teórica. Como critérios de inclusão foram utilizados: responsável por criança com quaisquer condições crônicas; que conheça a história da condição da criança e seja maior de 18 anos.

A coleta ocorreu duas vezes por semana, no período de agosto e setembro de 2020, por meio de entrevista individual, com roteiro a partir da questão geradora: o que o motivou a procurar atendimento na UPA para a criança? A participação no estudo foi voluntária e a entrevista ocorreu após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para manter o sigilo de participantes empregou-se código alfanumérico A e números subsequentes.

Para a organização dos dados utilizou-se o *software* NVivo® versão 1.3 de 2020. O *software* NVivo® permite organização através de análise dos conteúdos contidos nas transcrições. Após as transcrições, os dados foram agrupados e inseridos no *software* na forma de documentos. Esses documentos foram codificados através de leituras e exploração do material, com determinação de categorias viáveis por frequência de palavras, temas e sentidos implícitos e relacionados ao objetivo do estudo. Emergiram como categorias temáticas: Motivos para a busca de atendimento na UPA por crianças com condições crônicas; Importância do ponto de atenção na rede de cuidados.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), com parecer Nº 3.917.816. A pesquisa aconteceu no período da Pandemia de Covid-19, sendo tomados todos os cuidados exigidos pelas autoridades sanitárias, como uso de máscara, distanciamento entre a pesquisadora e o participante, disposição de álcool em gel para uso se necessário, higienização de cadeira após entrevista com cada participante.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1. O ACESSO DA CRIANÇA COM CONDIÇÕES CRÔNICAS A UPA

Existem diversos contextos sociais que dificultam o acesso às crianças com condições crônicas a procurar atendimento nos serviços de saúde, principalmente, em processo de agudização, o que pode afetar sua qualidade de vida.

[...] eu vim de moto. Tem vez que não tem moto, eu peço o carro para poder vir para banda de cá, que não tem transporte. A primeira convulsão que ele teve foram duas e meia da madrugada, eu não achei carro, eu não achei transporte, não tinha mais ônibus. Aí quem me socorreu foi um primo dele desesperadamente. Pedi para ele ir me deixar e foi para Gonzaguinha que eu fui [...] (A1).

Eu enfrento dificuldade de transporte, porque realmente eu não tenho, mas eu consigo chegar aqui “a pé”, entendeu? Não é tão longe assim não (A2).

[...] no Hospital da Criança, aí me passaram para lá que é muito mais longe, eu acho mais difícil, porque eu tenho que gastar 60 reais para ir e para voltar, porque é longe. É, e ônibus é difícil, porque para pegar um ônibus eu tenho que ir para terminal da Parangaba e da Parangaba pegar outro, aí é uma complicação, então, é melhor ir de Uber mesmo, aí eu vou de Uber (A7).

Evidencia-se que as barreiras de acesso relacionadas a aspectos culturais e desafios de linguagem, em particular, podem afetar alguns cuidadores de buscar cuidados oportunos para seus filhos. Dificuldade em encontrar um médico e em marcar uma consulta estão geralmente associados a múltiplas admissões no pronto-socorro por ano (TAYLOR; SALYAKINA, 2019).

Neste contexto, isso pode levar a uma exacerbação de complicações para alguns pacientes pediátricos e talvez também leve alguns cuidadores a ver a UPA como a única opção viável para atendimento, sob tais circunstâncias.

Na maioria das falas, foram evidenciadas dificuldades para o acesso, especialmente, em relação ao transporte público, sendo um fator relevante para a procura do cuidado. No entanto, também foi explicitado medo de buscar ajuda na UPA por problemas relacionados à falta de segurança no trajeto.

(...)dificuldade nem tanto, às vezes, mas à noite que é perigoso que o bairro é muito perigoso(...) (A4).

Dessa forma, a qualidade de vida pode não ser satisfatória em crianças com doenças crônicas e famílias. As habilidades para comunicar-se com os provedores de saúde e as responsabilidades dos cuidados de saúde são os principais fatores que influenciam a qualidade de vida nos envolvidos neste processo (MA *et al.*, 2018).

Nesse cenário, ansiedade e sobrecarga do cuidador indicam sofrimento psíquico. Porém, mesmo em condições desfavoráveis, os cuidadores de pacientes pediátricos são capazes de desenvolver um resiliência que lhes permite reduzir ou evitar sintomas psicopatológicos e, assim, ser funcionais nas circunstâncias que vivenciam (TOLEDANO-TOLEDANO *et al.*, 2019).

Dessa maneira, os cuidadores enfrentam inúmeras situações no cuidado à criança com doenças crônicas nos pontos de atenção à saúde. Porém, as famílias mostram-se dispostas a prosseguir frente às adversidades e aos desafios cotidianos, e relatam que apoio de outras famílias que vivenciam situações similares e a fé é fundamental para essa superação (DIAS *et al.*, 2019).

Um outro problema nas falas das acompanhantes é acerca da dificuldade de as pessoas circularem nos serviços de saúde devido à baixa demanda dos meios de transporte para serviços não essenciais. Aliado ao medo da COVID-19 e a reconfiguração dos sistemas de saúde, gerou uma redução no acesso aos serviços, tanto da APS quanto da Atenção Especializada. Isso inclui a redução de cirurgias eletivas e até mesmo tratamentos oncológicos e de cuidados de emergências em saúde (NEHAB, 2020).

Dessa maneira, a maioria dos hospitais se disponibilizou para tratar potenciais pacientes com COVID-19, limitando assim, o atendimento cirúrgico apenas a procedimentos emergenciais. Pois, as unidades hospitalares e seus setores estavam alocados por pacientes graves (SILVA *et al.*, 2020).

Um outro fator que dificulta o acesso à criança com condições crônicas é a situação social das famílias e requer atenção por parte da sociedade no contexto da doença crônica, uma vez que o atendimento quando agendado não especifica como a criança chegará ao serviço. Os problemas financeiros são apontados como fator decisivo para a continuidade do tratamento.

Porque tipo assim, eu cuido dele sozinha, eu não tenho nenhum tipo de ajuda, entendeu? Eu moro só com ele. Só que como eu não trabalho, só quem trabalha é minha mãe, aí ela me banca e o pai dele dá 300 reais para ele por mês, aí eu compro as coisinhas dele. Aí eu moro só, aí não tem como eu ir daqui para a Maternidade Escola para marcar consulta para ele, entendeu? (A7).

Transporte né, para trazer ele de onde eu moro é mais perto para cá. Eu venho a pé mas, onde eu morava aí ficava mais longe. (...) se eu tiver dinheiro eu vou de Uber, é uns 30 reais para lá. (...) quando eu ia para consulta dele todo mês eu gastava uns 60 reais indo e voltando, mas, é uma dificuldade. Era bom se tivesse assim, um tipo de um encaminhamento (A1).

(...)por exemplo num momento desse aí eu não tinha dinheiro, eles pegavam e mandavam um carro ou então, vou mandar uma ambulância lá levar ele para lá para o hospital. Aí seria melhor (A2).

Estudo sobre a prevalência de condições crônicas em crianças de até cinco anos tem aumentado significativamente ao longo do tempo, e as disparidades de saúde presentes nessas famílias são apontadas como importante desafio a ser superado. As crianças acometidas podem estar em uma maior vulnerabilidade social por não vivenciar espaços sociais privilegiados (BJUR *et al.*, 2019; MOREIRA *et al.*, 2017).

Além disso, salienta-se que a prestação de cuidados de saúde a comunidades carentes é complicada, principalmente, se a criança tiver uma cronicidade. Fatores múltiplos do paciente, família e provedor são barreiras para o atendimento oportuno. Avanços nos protocolos de triagem e serviços remotos podem atender essas questões, para aumentar o acesso aos serviços de saúde e melhorar a prestação de cuidados (BUSH; KAUFMAN; MCNULTY, 2017).

Nesta conjuntura, a realidade vivenciada pelas famílias são a procura de serviços de acesso mais rápida, sem falar que as disparidades sociais são entraves de maior evidência para procura. Muitas das crianças do estudo convivem com um pouco mais de um salário mínimo, dificuldade no transporte e enfrentam uma condição crônica.

O discurso de alguns familiares de crianças com condição crônica é fortemente marcado pela experiência não satisfeita na atenção primária. Isso porque esse serviço não atua com

resolutividade o que gerará mais ônus à procura de outro serviço de saúde. E elas se tornam vulneráveis e sofrem prejuízos em seu bem-estar físico e mental, prejuízos esses que também atingem ainda mais crianças (SILVA *et al.*, 2018).

As dificuldades enfrentadas são inúmeras para criança com condição crônica. Como visto na nuvem de palavras, a continuidade do tratamento se relaciona com as disparidades encontradas para o acesso, especialmente, devido aos canais de chegada no serviço de referência.

Figura 1 - Nuvem de palavras como se ocorre o acesso da criança com condições crônicas a UPA Fortaleza-CE 2020



Fonte: NVivo¹³.

Por outro lado, no quesito facilidades no acesso, a maioria dos discursos das participantes convergiu para explicitar a UPA como ponto de atenção próximo de suas residências, o que facilita o acesso para a tentativa de resolução das demandas.

É porque é um ponto de referência para mim, a UPA. Fica mais próximo da minha casa, é onde eu vejo que sou bem atendida (A4).

(...) muito rápido, é rápido para mim o acesso aqui(...) (A6).

Eu sempre venho aqui, porque fica perto da minha casa. É, porque é perto e o atendimento é rápido, e o atendimento também é muito bom (A12).

Uma pesquisa realizada no Paraná mostrou que a localização da UPA é um fator positivo para as famílias. A população entende que a implantação deste serviço está relacionada a condições socioeconômicas na área, ao tamanho e à concentração de população no território, bem como a insuficiência de serviços de saúde. Outros revelaram que a implantação no

território estaria vinculada aos indicadores de violência e mortalidade (UCHIMURA *et al.*, 2015).

Um estudo sobre demanda e tipo de atendimento realizado em Florianópolis, mostrou que a maioria dos entrevistados moravam próximo a UPA, pois estavam localizadas perto das suas residências. Fica evidente que na maioria dos casos os motivos de busca por atendimentos não são devidamente caracterizados como urgência e emergência, e sim, pelo serviço funcionar quando procurado pelos usuários (CASSETTARI e MELO, 2017).

Neste cenário fica evidenciado de forma positiva a procura por serviços, pois a UPA desempenha papel imprescindível na resolubilidade e integralidade do cuidado, com ampliação do acesso a consultas e procedimentos especializados, articulada com RAS (ERDMANN *et al.*, 2013).

Destaca-se que a responsabilização pela criança nos pontos de atenção é dada pela necessidade do cuidado, não somente do adoecimento. Vai além do esgotamento de possibilidades de atenção e contrapõe-se ao olhar biológico do processo saúde e doença. Implica na interação entre profissional e família mediante idas e vindas do cuidar.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tornou-se possível o apontamento de caminhos para a compreensão da procura do serviço de urgência e emergência pelas responsáveis, para atendimento de suas crianças com condições crônicas. A percepção singularizada da situação da criança e o medo da piora, aliados à certeza de um atendimento resolutivo foram fatores decisivos para essa procura.

Buscou-se também compreender como se dá o acesso do cuidado no sistema de atenção à saúde a criança com condições crônicas, na perspectiva dos acompanhantes na UPA e, assim, a continuidade do cuidado expressa em momentos e situações distintas. Contudo, mostrou-se relevante nesse aspecto cuidado humanizado e de qualidade.

Neste cenário, o estudo possibilitou que as responsáveis expressassem as facilidades no concernente aos serviços de urgência na atenção secundária, como a proximidade e o fácil acesso às residências o que ampliou a compreensão sobre a opção de urgência/emergência.

Outro fator evidenciado foi o vínculo entre usuários e profissionais de saúde, permeado pelo acolhimento, a resolução de situações e a qualificação dos profissionais que são ferramentas auxiliares nesse processo de cuidado.

Acerca dos entraves encontrados pelas acompanhantes, destaca-se a dificuldade no acesso ao transporte público para se chegar aos pontos de atenção da rede, devido a Pandemia

da COVID-19. O que dificultou as marcações de consultas para as crianças que já são acompanhadas nos serviços de referência.

REFERÊNCIAS

- BJUR, K. A. *et al.* Epidemiology of children with multiple complex chronic conditions in a mixed urban-rural US Community. **Hospital Pediatrics**, [s. l.], v. 9, n. 4, p. 281-290, abr. 2019.
- 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 Saúde. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da criança e do adolescente Fernandes Filgueras (IFF/Fiocruz). **Covid-19 e Saúde da Criança e do adolescente**. Fiocruz. Rio de Janeiro, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 out. 2003a. Seção 1, p. 56. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html. Acesso em: 10 set. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 set. 2017. Seção 1, p. 1. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/cgiae/vigilancia-do-obito/servico-verificacao-obito/portaria-consolidacao-6-28092017.pdf>. Acesso em: 10 set. 2019.
- BUBOLTZ, Luisa; SILVEIRA, Andressa da; NEVES, Eliane Tatsch. estratégias de famílias de crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico: a busca pela construção da integralidade. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 24(4): 1027-34 Out-Dez; 2015.
- BUSH, M. L.; KAUFMAN, M. R.; MCNULTY, B. N. Disparities in access to pediatric hearing healthcare. **Physiology & behavior**, [s. l.], v. 25, n. 5, p. 359-364, maio 2017.
- CAREGNATO, Rita Catalina Aquino Caregnato; MUTTI, Regina. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-684, abr. 2006.
- CASSETTARI, Sonia da Silva Reis; MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de. Demanda e tipo de atendimento realizado em Unidades de Pronto Atendimento do município de Florianópolis, Brasil. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 26, n. 1, p. 34-45, jan. 2017.
- DIAS, Beatriz Caroline *et al.* Challenges of family caregivers of children with special needs of multiple, complex and continuing care at home. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 1-8, jan. 2019.

- MA, Jia-Li *et al.* Impact of transition readiness on quality of life in children with chronic diseases. **Chinese Journal of Contemporary Pediatrics**, [s. l.], v. 20, n. 1, p. 60-66, jan. 2018.
- MOREIRA, Martha Cristina Nunes *et al.* Recomendações para uma linha de cuidados para crianças e adolescentes com condições crônicas complexas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 11, p. 1-13, nov. 2017.
- Silva, B. G. de A. et al. Management of care for children/adolescents with chronic diseases: (dis)articulation of the network and fragmentation of the actions. **Revista de enfermagem da UFSM**. v.12, n.1, 2020.
- SILVA, J. Saturação teórica em pesquisas qualitativas: relato de uma experiência de aplicação em estudo na área de administração. **Revista de Ciências da Administração**, [s. l.], v. 20, n. 52, p. 40-53, dez. 2018.
- TAYLOR, Thom; SALYAKINA, Daria. Health care ccess barriers bring children to emergency rooms more frequently: a representative survey. **Population Health Management**, [s. l.], v. 22, n. 3, p. 262-271, mar. 2019.
- TAYLOR, Thom; SALYAKINA, Daria. Health care ccess barriers bring children to emergency rooms more frequently: a representative survey. **Population Health Management**, [s. l.], v. 22, n. 3, p. 262-271, mar. 2019.
- TOLEDANO-TOLEDANO, Filiberto *et al.* A sociodemographic variables questionnaire (Q-SV) for research on family caregivers of children with chronic disease. **BMC Psychology**, Londres, v. 7, n. 1, p. 1-11, jul. 2019.
- UCHIMURA, Liza Yurie Teruya. et al. Unidades de Pronto Atendimento (UPAs): características da gestão às redes de atenção no Paraná. **Saúde em debate**, v. 39, n. 107, p. 972-983, 2015.
- VAZ, Elenice Maria Cecchetti. et al. Coordenação do cuidado na Atenção à Saúde à(ao) criança/adolescente em condição crônica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, suppl 6, p. 2768-2775, 2018.
- WHO. **World health statistics 2018**: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Luxemburgo: WHO, 2018

O CONSÓRCIO NORDESTE E AS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DE COVID-19

DOI: 10.51859/AMPLLA.SPT853.1122-19

Ana Jamille Carneiro Vasconcelos¹
Andréa Mazza Beliero¹
Flavianne Santos Soares Oliveira¹
Juliana Neves Cesar¹
Stefane Vieira Nobre¹

¹ Mestrandas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (PPSAC/UECE).

1. INTRODUÇÃO

Estado brasileiro é uma federação composta por um governo central e distintas unidades políticas, com seus respectivos governos locais (ou subnacionais), onde cada um possui poderes ou competências, delegados pela Constituição Federal de 1988. Tendo como princípios fundamentais, a unidade da nação e a autonomia política interna dos entes da federação, os referidos governos podem estabelecer entre si, tanto relações verticais quanto horizontais, ao apresentar como características principais, a coordenação e a cooperação entre os entes federados, respectivamente (FERNANDEZ; PINTO, 2020). Ainda, de acordo com Fernandez e Pinto (2020), em um país de extensão continental e com inúmeras desigualdades regionais, como é o caso do Brasil, o governo nacional teria o poder estratégico de coordenação de ações, de redistribuição de recursos e de fomento de políticas públicas. Ao contrário, o que se tem visto, cada vez mais e especialmente, agora no cenário de Pandemia, de grave crise sanitária e humanitária, é uma completa desarticulação do governo federal. Des(governados), os governos subnacionais precisaram assumir a coordenação das ações em seus territórios, além de consolidar espaços para as relações intergovernamentais horizontais de cooperação, como o Consórcio Nordeste.

Os consórcios públicos intermunicipais são práticas comuns no Brasil, antes mesmo da promulgação da Lei 11.107/2005, marco legal desse tipo de arranjo. Nesse formato, um ou mais entes da federação podem se associar para implementação de políticas e ações. A discussão da Lei dos Consórcios iniciou-se em 2003, com o objetivo de regulamentar o artigo nº 241 da Constituição, a fim de dar uma maior segurança jurídica e administrativa às parcerias entre os

entes consorciados. Desta forma, o Projeto de Lei para a regulamentação foi encaminhado ao Congresso Nacional em 30 de junho de 2004 e, em 06 de abril de 2005, a Lei dos Consórcios Públicos – 11.107/05, foi sancionada. (OBSERVATÓRIO DAS METRÓPOLES, 2012).

Para Baldissera (2015), a Lei dos Consórcios foi um divisor de águas para a realidade dos instrumentos de cooperação, representando um marco legal dos Consórcios, cujos impactos positivos na efetividade da aplicação de recursos públicos passaram a ser reconhecidos em todo o país. Na região Nordeste, as discussões acerca da criação de uma estrutura administrativa para apoiar o enfrentamento de problemas comuns ao território, com uma capacidade de atuação forte e voltada para o desenvolvimento sustentável, surgiram a partir de 2003, com a realização do Fórum de Governadores do Nordeste. Em 2019, foi institucionalizado o Consórcio Interestadual de Desenvolvimento Sustentável do Nordeste – Consórcio Nordeste, com o objetivo de atuar como uma ferramenta de gestão para a implementação de políticas públicas integradoras e estruturantes.

O Consórcio foi constituído para ser, ao mesmo tempo, uma ferramenta de gestão a serviço dos interesses comuns dos governos estaduais e um articulador de pactos em torno de políticas públicas que contribuam para a superação de preconceitos e desigualdades e para a consolidação de valores de respeito a todas as pessoas e à biodiversidade do Nordeste e do Brasil. (CONSÓRCIO NORDESTE, 2020).

O Consórcio Nordeste atua de maneira estratégica em diversas áreas, dentre elas a área da saúde, e está organizado em quatro frentes de trabalho, a saber: 1) otimização de orçamentos; 2) busca de relações de cooperação internacional; 3) transferência de conhecimento com compartilhamento de lições aprendidas; e 4) implementação de políticas integradoras e estruturantes. Em se tratando da Pandemia pela COVID-19, mais especificamente, o Consórcio atuou de maneira significativa nestas quatro frentes de trabalho. Vale destacar a sua participação na execução de estratégias coordenadas e direcionadas ao enfrentamento da Pandemia no território, frente ao cenário de incertezas e de desarticulação que caracterizou a ação do governo federal.

Aqui, cabe mencionar também alguns apontamentos iniciais sobre a COVID-19. De acordo com Lima (2020), a nomenclatura do vírus e da doença segue diretrizes internacionais, a fim de evitar referência a uma localização geográfica, um animal, um indivíduo ou grupo de pessoas específicas. Entre os sintomas da COVID-19, estão: febre, dispneia, tosse seca e falta de ar. Alguns pacientes podem sentir dores de garganta, diarreia, congestão nasal e dores no corpo.

Esta síndrome pode se apresentar de maneira mais grave em pacientes que possuem algum fator de risco, também conhecido como comorbidades, especialmente, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como diabetes, obesidade e a hipertensão arterial, que são

as principais causas de mortalidade mundial, relacionadas à Covid-19. Um estudo feito em 2018 mostra que o Ceará teve 50,6% de mortes por DCNT, tornando-se assim, um fator alarmante quando se pensa na transmissão desse vírus em meio às pessoas de alto risco de saúde (ARAÚJO; MORAES, 2020).

Este capítulo tem como objetivo relatar as ações desenvolvidas pelo Consórcio Nordeste para o enfrentamento da Pandemia de COVID-19 durante o ano de 2020 e o primeiro trimestre de 2021, abrangendo as ações no estado do Ceará. Para tanto, pretende-se estabelecer uma linha do tempo com as principais discussões e iniciativas durante esse período, caracterizando, assim, a atuação do mencionado arranjo organizacional.

2. O CONSÓRCIO NORDESTE NO COMBATE À PANDEMIA DE COVID-19

2.1. CONSÓRCIO NORDESTE: ASPECTOS CONCEITUAIS

Criado com o intuito de aproximar e facilitar ações entre os nove estados do Nordeste, o Consórcio Interestadual de Desenvolvimento Sustentável do Nordeste - Consórcio Nordeste foi, enfim, aprovado pelos chefes do executivo dessa região no dia 14 de março de 2019, no Fórum de Governadores do Nordeste (exercício 2019-2022), sediado no Palácio dos Leões, em São Luís (MA), tendo como o primeiro Presidente, o Governador da Bahia, Rui Costa (CEARÁ, 2019). O Fórum supracitado tem como um de seus registros a figura 1 a seguir:

Figura 1 - Registro de encontro do Fórum de Governadores do Nordeste.



Fonte: Ceará, 2019.

Com o surgimento do novo Coronavírus, o Consórcio mostrou a sua força, tanto em termos legais como em ações práticas para a diminuição dos casos e do risco de colapso do sistema de saúde. As medidas sanitárias para frear a contaminação foram lideradas pelos

gestores dos estados e municípios, apesar da limitação de recursos humanos e econômicos desses entes federativos. Por essa razão, observaram-se diferenças significativas nas ações entre todas as regiões brasileiras (26 estados, um distrito federal e 5.570 municípios), principalmente, em se tratando de Consórcio e Comitês, já que a maioria não contou com esse apoio científico ou de comunidades técnico-científicas para a orientação da gestão da crise ocasionada pela Pandemia (PEREZ; SANTANA, 2021).

Segundo Perez e Santana (2021), o Consórcio Nordeste é uma autarquia interfederativa que integra todos os nove estados da região Nordeste, com o intuito de facilitar as trocas de experiências que são importantes para se ter melhor compreensão e, conseqüentemente, melhores resultados nos encaminhamentos das necessidades do território. Segundo a própria autarquia, o Consórcio Nordeste tem como objetivos:

(,,,) promover a integração regional, articular e implementar políticas públicas integradas, ampliar e modernizar a infraestrutura de exploração dos recursos naturais da região, atrair investimentos internos e externos para região Nordeste, modernizar a gestão dos Estados-membros e buscar parcerias com o setor privado, realizar compras compartilhadas, promover o desenvolvimento sustentável, respeitando o meio ambiente e a democracia, fortalecer a participação de micro e pequenas empresas na economia regional e gerar o bem-estar social na região (CONSÓRCIO NORDESTE, 2020).

Sua estrutura de governança constitui-se do tipo colegiada, onde todos os seus componentes atuam com a finalidade consensual de decisões e opiniões a fim de atender as necessidades dos estados e regiões. Tem como componentes: a Assembleia Geral, o Conselho de Administração, a Secretaria Executiva, e a Assessoria Jurídica (CONSÓRCIO NORDESTE, 2021). Sua estrutura de governança pode ser melhor exemplificada na figura 02.

Figura 2 - Organograma da estrutura de governança dos componentes que integram o Consórcio Nordeste.



Fonte: Consórcio Nordeste (2019).

2.2. COVID-19 NO CEARÁ

O termo "novo Coronavírus" começou a ser utilizado pela imprensa em dezembro de 2019, quando surgiram os primeiros casos de pessoas contaminadas na China. Especialistas passaram a se referir ao vírus como 2019-nCoV, mas de forma temporária. Logo depois, ele foi nomeado oficialmente como Sars-CoV-2. O nome possui relação com o SARS, que causou um surto em 2003. SARS é a sigla em inglês para Síndrome Respiratória Aguda Severa. Já Covid-19 é a doença causada pelo vírus Sars-CoV-2. O nome deriva da sigla *Coronavírus Disease 2019*, ou doença do Coronavírus de 2019, indicação do ano que o surto teve início (LIMA, 2020).

Em 26 de fevereiro de 2020, registrou-se o primeiro caso de Coronavírus no Brasil (PEREZ e SANTANA, 2020), na cidade de São Paulo. Desde então, o vírus se disseminou de maneira acelerada nas várias regiões do Brasil. Em 11 de outubro de 2020, o Ministério da Saúde já havia contabilizado 150 mil mortes oriundas dos mais de 5 milhões de casos de COVID-19. No Nordeste, foram 385.450 casos de COVID-19 e 40.277 óbitos, tornando esta região, a segunda com o maior número de casos e mortes, atrás apenas da região Sudeste, que contabilizou 1.783.204 casos e 68.341 óbitos (NICOLELIS, 2021). Em relação ao Ceará, sua primeira notificação foi no dia 15 de março de 2020. Em seguida, os números de contágio e internação subiram rapidamente, tendo 2.684 casos e 149 óbitos (5,5% de letalidade) registrados até 18 de abril de 2020.

No estudo de Pedrosa e Albuquerque (2020), um levantamento identificou que o Ceará possui a maior incidência de COVID-19, se comparado aos outros estados do Nordeste, apresentando um coeficiente de detecção de 33 casos por 100.000 habitantes, em que os maiores números se encontram na capital Fortaleza. Mesmo assim, também foi analisado um índice significativo no interior. Os autores também ressaltam a necessidade da atenção aos pontos turísticos como a cidade de Sobral e Aracati, que são polos comerciais e possuem comunicação direta com a capital, o que facilita a disseminação da COVID-19 para essas regiões interioranas.

Em 19 de março de 2020, por meio do Decreto nº 33.519, foram intensificadas as medidas de enfrentamento à infecção humana por Coronavírus, por meio do primeiro isolamento social rígido, onde todas as atividades classificadas como não essenciais (restaurantes, museus, escolas, igrejas, comércio e etc) deveriam permanecer fechadas até outra deliberação. Nesse momento, o cenário da Pandemia no estado era de cerca de 5.100

casos confirmados e mais de 70% de taxa de ocupação dos leitos de UTI, de acordo com o portal IntergraSUS.

Nesse ínterim, observou-se um incremento de leitos na rede de serviços diante da rápida evolução do número de casos. Para tanto, foram instalados hospitais de campanha em pontos estratégicos da capital e do interior do estado, bem como a ampliação de leitos nas estruturas hospitalares já existentes e a aquisição pelo Governo do estado do Hospital Leonardo da Vinci, em Fortaleza.

Considerando esse cenário, é notória a influência do Consórcio Nordeste que, por meio do seu Comitê Científico, orientou a tomada de decisão e o desenho das estratégias de enfrentamento ao vírus no estado do Ceará. A partir da segunda quinzena de junho de 2020, começou-se a identificar uma queda nos indicadores, o que possibilitou a realização de um retorno gradual das atividades.

2.3. AS AÇÕES DO CONSÓRCIO NORDESTE NO ENFRENTAMENTO À COVID-19

De acordo com Fernandez e Pinto (2020), foram publicadas oito resoluções do Consórcio no ano de 2020, com um notório redirecionamento das ações a partir de março de 2020, em vista da situação de emergência de saúde pública ocasionada pelo novo Coronavírus. A partir dessa data, as resoluções trataram de assuntos referentes à: 1) criação do Comitê Científico de Combate ao Coronavírus; 2) compras conjuntas voltadas para o combate à Pandemia; 3) recomendações aos estados consorciados para o enfrentamento à Pandemia; e 4) criação da Brigada Emergencial da Saúde.

O Comitê Científico de Combate ao Coronavírus (C4), foi criado no dia 30 de março de 2020, sob o comando do neurocientista Miguel Nicolelis e do físico Sérgio Machado Rezende, a fim de reunir estudos e evidências científicas para auxiliar na tomada de decisão dos governos locais nas ações de enfrentamento à Pandemia. O Consórcio atuou de maneira direta nas decisões mais importantes de combate ao novo Coronavírus na região Nordeste (FERNANDEZ; PINTO, 2020) e contou com profissionais de distintos campos do conhecimento, a saber: clínica, saúde coletiva, direito sanitário, administração, ciência da computação, engenharia clínica, epidemiologia e outros. Desde sua instituição, através da Resolução 005/2020, o Consórcio vem divulgando boletins sobre medidas que visam a prevenção, o controle e a contenção de risco em relação à COVID-19 (CONSÓRCIO NORDESTE, 2020a).

Por meio da Resolução 006/2020 e por deliberação da Assembleia Geral do Consórcio Nordeste, foram estabelecidas as compras conjuntas. Estas, visavam a aquisição centrada ou

compartilhada de bens e serviços, com um menor custo para os estados, destinados a suprir as necessidades, pertinentes à COVID-19, da rede de urgência e emergência dos sistemas de saúde dos estados consorciados. As compras foram desempenhadas mediante celebração de contratos de rateio, onde são definidos valores, regras e critérios de participação financeira dos consorciados (CONSÓRCIO NORDESTE, 2020 b; FERNANDEZ; PINTO, 2020).

Quanto às recomendações aos estados consorciados, o Consórcio contribuiu com uma gama de matérias que subsidiaram as ações dos governos, dentre elas, a orientação de que os estados deveriam adotar medidas para diminuir a curva de contágio da COVID-19 e melhor estruturar a rede de atenção à saúde. Para o cumprimento de tal recomendação, os estados precisaram: coletar e integrar as informações oriundas dos sistemas de saúde nos estados e municípios; desenvolver *softwares* e aplicativos para reunir informações pertinentes no combate à COVID-19; oferecer suporte para a realização de simulações, estimativas e cenários para subsidiar a tomada de decisão; criar salas de situação informatizadas como forma de promover o diálogo dos dados obtidos; desenvolver e adaptar protocolos que subsidiem a prática em saúde; apoiar o desenvolvimento de medicamentos; adquirir equipamentos e insumos hospitalares; fomentar o desenvolvimento de inovações nas práticas e tecnologias em saúde; e desenvolver ações e políticas voltadas para a promoção e a prevenção à saúde de forma integral (FERNANDEZ; PINTO, 2020).

Dentre as recomendações e iniciativas, o Consórcio instituiu ainda a Brigada Emergencial de Saúde que, por sua vez, trata-se da preparação de um contingente de profissionais e de estudantes da área da saúde para atuar e se somar às equipes da linha de frente no combate à COVID-19 nas unidades de saúde do território e de outras regiões de saúde. A estratégia se diferencia de outras por ter uma regulação supraestadual, além de infranacional, pois busca criar um marco nacional não só para contribuir com aquela região e seus estados com as suas distintas condições e disponibilidade de recursos, mas também colocar em prática o princípio constitucional que atribui ao Sistema Único de Saúde o papel de formação de seus profissionais (FERNANDEZ; PINTO, 2020).

No segundo semestre do ano de 2020, o mundo vivenciava uma corrida acirrada pela descoberta de uma vacina segura e acessível. Nesse cenário, os governos de todo o mundo buscavam soluções para aquisição, distribuição, armazenamento e aplicação das vacinas.

No Brasil, o cenário foi de desarticulação entre os estados e o governo federal, que optou por adotar um posicionamento divergente das medidas coletivas de controle à COVID-19, já apontadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Além disso, houve um atraso exponencial na aquisição de vacinas, em que muitas oportunidades de negociação foram perdidas. Diante

desta falta de articulação entre os entes, o Brasil passou a ocupar o *ranking* de 3º país do mundo com o maior número de casos e o 2º com o maior número de mortes, segundo dados da plataforma integraSUS, com dados do painel de monitoramento alimentado pelo C4.

Em nota emitida no mês de março de 2021, o Consórcio reconheceu que, embora o processo de vacinação tenha sido iniciado no país através dos imunizantes “Conoravac” (Sinovac) e “Astrazeneca” (oriunda de Oxford), há muito o que ser feito para atingir a imunidade de rebanho, prevista quando 70% da população estiver imunizada (CONSÓRCIO NORDESTE, 2021b). Destarte a este cenário, o Consórcio buscou estabelecer uma articulação com o Fundo Soberano Russo para aquisição do imunizante *Sputinik V*, celebrando contrato de compra, para o quantitativo de 37 milhões de doses da vacina (CONSÓRCIO NORDESTE, 2021a).

Nos boletins nº 11 e 13/2020, o Comitê Científico do Nordeste aborda o tema vacinação, em que no primeiro posiciona-se contra estudos clínicos de vacinas que não tenham sido aprovadas pela ANVISA e pelo CONEP. O segundo boletim traz recomendações com medidas urgentes para frear a disseminação do vírus e a ocorrência de uma segunda onda da Pandemia, além de recomendar a criação de uma COMISSÃO NACIONAL EMERGENCIAL DE VACINAÇÃO, formada pelos maiores especialistas brasileiros da área, para atuar de forma independente e assessorar os 27 governadores brasileiros na definição de uma estratégia de vacinação unificada para todo o país.

Para melhor sintetizar o encadeamento de ações desempenhadas pelo Consórcio Nordeste no combate à Pandemia de COVID-19, foi elaborada uma linha do tempo (Figura 03), discriminando-as desde a declaração do estado de Pandemia pela OMS até o presente momento.

Em janeiro de 2022, a Vice-Governadora Izolda Cela, representando o Governador do Ceará, Camilo Santana, esteve em Recife (PE), para acompanhar a posse do novo Presidente do Consórcio Nordeste, o Governador de Pernambuco, Paulo Câmara. Na ocasião, Izolda ressaltou a importância dos encontros entre os estados que compõem o Consórcio Nordeste, a fim de fortalecer as políticas públicas, o crescimento dos estados. Já Paulo Câmara enfatizou que em dois anos de existência, o Consórcio Nordeste promoveu ações exitosas, como a constituição de um comitê científico para orientar os governadores na tomada de decisões no enfrentamento à Covid-19. Respeitando a ciência, o Nordeste registrou a menor taxa de mortalidade pelo novo Coronavírus em 2021 e adotou iniciativas sociais importantes, como o auxílio aos órfãos da Pandemia. (CEARÁ, 2022).

Figura 3 - Linha do tempo com a trajetória do Consórcio Nordeste no enfrentamento à COVID-19.



Fonte: Elaboração própria, 2021.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É inegável o quanto o Consórcio Nordeste contribuiu para o enfrentamento da Pandemia pela COVID-19 nesta região, tanto por meio da ampliação de ações já existentes, como pelo desenvolvimento de ações inovadoras, mesmo diante de um cenário conflituoso e incerto junto

ao governo federal. Contudo, a Constituição brasileira delega à União, uma série de competências que não podem ser adequadamente ou legalmente desenvolvidas pelos estados e nem pelo Consórcio, tornando necessário e urgente o despertar do governo federal para o cumprimento de suas atribuições.

Este capítulo buscou relatar as ações realizadas pelo Consórcio Nordeste desde o início da Pandemia pela COVID-19 até o primeiro trimestre de 2021, especialmente, no Nordeste e no Ceará, região historicamente marcada por desigualdades sociais e econômicas (PEREZ; SANTANA, 2020).

O Consórcio Nordeste surgiu com o propósito de ser uma ferramenta de gestão para apoiar a implementação de políticas integradoras e estruturantes nos nove estados da região Nordeste. Aqui, destacamos o papel fundamental que o Consórcio desempenhou desde o início da Pandemia, não apenas nas aquisições de materiais e insumos para os serviços de saúde, mas principalmente, no ordenamento e direcionamento das ações governamentais, sendo o Comitê Científico uma peça chave na construção de recomendações seguras aos governos para o respaldo e subsídio na tomada de decisão, bem como na orientação de profissionais e população em geral no que se refere a adoção de medidas de proteção coletiva e individual que fossem eficientes no combate à Pandemia.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, I. G.; MORAIS, A. C. L. N. de. Cenário atual da covid-19 no estado do Ceará, Brasil. *Interamerican Journal Of Medicine And Health*, [S.L.], v. 3, p. 1-9, 21 abr. 2020. Sociedade Regional de Ensino e Saúde LTDA. DOI: 10.31005/iajmh.v3i0.92.
- BALDISSERA, D. S. Consórcios Públicos Intermunicipais no Brasil: Panorama após os 10 anos da Lei 11.107/2005. 2015. 65f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) - Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa, Rio de Janeiro, 2015.
- CEARÁ. Governo do Estado do Ceará. Estados nordestinos aprovam criação de consórcio para o desenvolvimento regional. 14 mar. 2019. Disponível em: <<https://www.ceara.gov.br/2019/03/14/estados-nordestinos-aprovam-criacao-de-consocio-para-o-desenvolvimento-regional/>>. Acesso em: 05 maio 2021.
- CEARÁ. Governo do Estado do Ceará . Em Recife, Iszolda Cela participa da posse do novo presidente do Consórcio Nordeste 18 jan. 2022. Disponível em <https://www.ceara.gov.br/tag/consorcio-nordeste> Acesso em 26 de maio de 2022.
- CONSÓRCIO NORDESTE. Consórcio Interestadual de Desenvolvimento Sustentável do Nordeste. Notícias. Consórcio Nordeste celebra contrato de compra de doses da vacina Sputnik V. Disponível em: <<http://www.consorcionordeste-ne.com.br/consorcio->

nordeste-celebra-contrato-de-compra-de-doses-da-vacina-sputinik-v/>. Acesso em: 07 maio 2021a.

CONSÓRCIO NORDESTE. Consórcio Interestadual de Desenvolvimento Sustentável do Nordeste. O Consórcio. 11 de junho de 2020. Disponível em: <<http://www.consorcionordeste-ne.com.br/o-consorcio/>>. Acesso em: 05 maio 2021.

CONSÓRCIO NORDESTE. Consórcio Interestadual de Desenvolvimento Sustentável do Nordeste. Recomendação sobre vacinas. Disponível em: <<http://www.consorcionordeste-ne.com.br/compras-conjuntas-combate-a-pandemia/>>. Acesso em: 07 maio 2021b.

CONSÓRCIO NORDESTE. Consórcio Interestadual de Desenvolvimento Sustentável do Nordeste. Resolução nº 5 de 2020. Institui o Comitê Científico de combate à pandemia do novo coronavírus no âmbito do Consórcio Interestadual de Desenvolvimento Sustentável do Nordeste - Consórcio Nordeste. Estado da Bahia: Salvador, 2020a.

CONSÓRCIO NORDESTE. Consórcio Interestadual de Desenvolvimento Sustentável do Nordeste. Resolução nº 6 de 2020. Estabelece a realização de compras conjuntas, centralizadas ou compartilhadas, de bens e serviços voltados à estruturação da rede de urgência e emergência do sistema de saúde dos estados consorciados para o combate à pandemia do novo coronavírus (Covid-19) - Consórcio Nordeste. Estado da Bahia: Salvador, 2020b.

FERNANDEZ, M.; PINTO, H. A. Estratégia intergovernamental de atuação dos estados brasileiros: o Consórcio Nordeste e as políticas de saúde no enfrentamento à Covid-19. *Revista Saúde em Redes*, v. 6, Supl. 2, p. 7-21, 2020. DOI: 10.18310/2446-48132020v6n2.3150g485

LIMA, C. M. A. O. Informações sobre o novo Coronavírus (COVID-19). *Radiol Bras*, v. 53, n. 2, p. 5-6, abr. 2020. DOI: 10.1590/0100-3984.2020.53.2e1.

OBSERVATÓRIO DAS METRÓPOLES. Observatório dos Consórcios Públicos e do Federalismo. Federalismo. [Online]. 2012. Disponível em: <<https://www.observatoriodasmetropoles.net.br/observatorio-dos-consorcios-publicos-e-do-federalismo/>>. Acesso em: 2 maio 2021.

PEDROSA, N. L.; ALBUQUERQUE, N. L. S. de. Análise Espacial dos Casos de COVID-19 e leitos de terapia intensiva no estado do Ceará, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 25, n. 1, p. 2461-2468, jun. 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020256.1.10952020.

PEREZ, O. C.; SANTANA, L. Ações do Consórcio Nordeste no combate à pandemia de Covid-19. *Revista Nau Social*, [S. L.], v. 11, n. 21, p. 259-270, abr. 2021. DOI: 10.9771/ns.v11i21.41997.

USO DO EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL PARA A ENFERMAGEM EM CENTROS DE MATERIAL E DE ESTERILIZAÇÃO

DOI: 10.51859/AMPLA.SPT853.1122-20

Pedro Henrique Magalhães Oliveira
Germana Greicy De Vasconcelos
Erika de Vasconcelos Barbalho
Francisco José Maia Pinto

1. INTRODUÇÃO

O trabalho do enfermeiro da Central de Material e Esterilização (CME) é bastante complexo, pois acumula características técnico-assistenciais, na gestão pública ou privada, tanto no manuseio de grandes tecnologias quanto ao lidar com outras áreas que necessitam de seu trabalho (QUELHAS *et al.*, 2020).

A comunicação e a colaboração da equipe são essenciais para o desenvolvimento de práticas, no manejo seguro do trabalho, pois os profissionais da CME têm que observar se foi realizada a limpeza correta do material, antes da esterilização. Esse trabalho começa no expurgo, onde é feita a desinfecção e limpeza manual do material. Em seguida, esse produto segue para a CME, onde é realizado o empacotamento para ser esterilizado. Assim, os profissionais devem assumir papel fundamental, compartilhando saberes na resolução de problemas e tomada de decisão (GILI *et al.*, 2013).

No que se refere à Enfermagem, devem ser considerados fatores predisponentes para esses agravos: número insuficiente de trabalhadores, sobrecarga de trabalho, deslocamento exaustivo, continuidade da Enfermagem plantão, inclusive, o noturno, desgaste físico e mental, além de formação técnica insuficiente. Nesse sentido, no processo de busca por uma assistência de qualidade, o profissional de Enfermagem estará exposto a uma série de fatores: físicos, químicos, ergonômicos, sociopsicológicos, biológicos e outros, que podem ocasionar acidentes e doenças ocupacionais (SANTOS *et al.*, 2017).

Para garantir a eficiência e segurança nos processos de trabalho, tornam-se necessárias a constante atualização e a existência de uma postura comprometida dos profissionais que exercem suas atividades laborais, para que o mesmo, possa ser de qualidade. A adoção de

medidas de biossegurança é prioritária para todos os setores e profissionais da saúde expostos aos riscos ocupacionais, sendo a educação e a qualificação dos profissionais, fundamentais. Entretanto, os temas biossegurança e CME são pouco discutidos na formação dos profissionais de Enfermagem devendo o profissional se qualificar nessa área para um melhor aperfeiçoamento e aprendizado em sua rotina de trabalho (QUELHAS *et al.*, 2020).

Entre os riscos ocupacionais, os materiais biológicos, representam risco maior em consequência da possibilidade de transmissão de patógenos, como o vírus da Hepatite B (HBV), da Hepatite C e da Imunodeficiência Adquirida (HIV), resultantes de lesões percutâneas e/ou de contato com sangue contaminado em membrana, mucosa ou pele não íntegra. Nesse contexto, a Ordem da Diretoria Colegiada da ANVISA (RDC nº 307) define a CME, como um conjunto de subsídios destinados a atendimento, expurgo, preparo, esterilização, guarda e distribuição do material para unidades consumidoras dos estabelecimentos de saúde (SANTOS *et al.*, 2017).

Os ambientes hospitalares envolvem em suas atividades, diversos tipos de riscos, em especial, o biológico, onde os trabalhadores, ao manusearem artigos contaminados, estão diretamente expostos às secreções orgânicas, o que alerta para a adoção constante de medidas de biossegurança. Entre as precauções padrões, o Equipamento de Proteção Individual (EPI) é usado na prevenção de acidentes de trabalho, sendo seu uso necessário em locais caracterizados como perigosos ou insalubres, e, naqueles que requerem higiene e segurança para sua elaboração (PEREIRA; ROCHA; DIAS, 2021).

Este estudo se faz relevante partindo da compreensão de que o manuseio de EPI está intimamente relacionado à percepção dos profissionais acerca dos riscos e susceptibilidade aos quais estão expostos, uma vez que, condições como baixa adesão ao uso do EPI e seu manuseio incorreto são frequentes e decorrem de fatores como desconforto, incômodo, descuido, esquecimento, falta de hábito, inadequação dos equipamentos, quantidade insuficiente, descrença de proteção quanto ao seu uso, sobrecarga de trabalho e cansaço físico. Essas condições podem ser intensificadas pela precária infraestrutura dos estabelecimentos de saúde e outros aspectos relacionados à organização do próprio trabalho, como a falta de atualização e a não existência de educação permanente em centros de material.

Justifica-se a realização desta pesquisa a partir das vivências, como acadêmicos de Enfermagem e profissionais da saúde no setor da CME, onde observou-se que a rotina do trabalho desenvolvido proporcionava um ambiente de intensa vulnerabilidade à saúde, aos trabalhadores e pacientes, expondo-os a muitos riscos uma vez que o frequente manuseio de artigos com secreções, sangues, fluidos orgânicos em geral, era realizado sem a proteção

adequada. Dessa forma, este trabalho tem como questão norteadora: qual a importância do uso de proteção individual para os profissionais de Enfermagem que trabalham nas CME?

O objetivo deste estudo foi investigar o uso de material de proteção individual para a Enfermagem em centro de material de esterilização.

2. MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura realizada com dados do período de novembro e dezembro de 2021. É um método de pesquisa, cujo objetivo é resumir literaturas teóricas, a fim de fornecer informações mais abrangentes sobre determinados assuntos. Permite a construção de análise contribuindo para as discussões sobre os métodos e os resultados da pesquisa, assim como reflexões que poderão indicar possibilidades para a realização de futuras pesquisas, ao identificar lacunas no conhecimento, frente a seis fases, que consiste na elaboração da pergunta norteadora, busca ou amostragem na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa. É uma abordagem que permite a inclusão de estudos que adotam diversas metodologias (SOARES et al., 2014).

A pesquisa foi realizada por meio de busca eletrônica, gratuita, dos artigos e produções científicas, no Portal Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sendo direcionadas as bases de dados: LILACS, MEDLINE e BDEF.

Nesta pesquisa, foram aplicados os seguintes critérios de inclusão: textos completos, versados em português, que apresentem ano de publicação de 2016 a 2021 e que apresentem temática relevante para o estudo. E como critério de exclusão, foram excluídos artigos duplicados e publicações no formato de livros, teses, dissertações, monografias e anais de evento científico.

Ao realizar a consulta, as bases de dados científicas e técnicas: na BVS consultados na DeCS foram utilizados os descritores: Equipamento de Proteção Individual (EPI), Central de Materiais e Esterilização (CME) e Enfermagem.

A análise dos dados foi realizada, a partir da leitura dos respectivos títulos e resumos dos artigos selecionados através dos critérios de inclusão. Após a escolha, os artigos foram divididos por ano de publicação, sendo analisados e comparados entre si, avaliando-se as possíveis associações existentes sobre o tema em questão. Os estudos foram selecionados, e em seguida, salvos em arquivos no pesquisador, o que facilitou na coleta de dados.

A apresentação está realizada em formato de quadro, para melhor compreensão dos dados, contendo as seguintes características: autor, ano da publicação, título, objetivos e resultado.

Este trabalho seguiu os aspectos éticos e respeitou os autores das publicações analisadas, baseando-se na Lei nº 9.610 de 19 de fevereiro de 1998 (Lei de Direitos Autorais) vide Lei nº 12.853, de 2013, a qual altera, acrescenta e revoga alguns artigos, para dispor sobre a gestão coletiva de direitos autorais, e dá outras providências. Dessa forma, foram mantidas as autenticidades das ideias, conceitos e definições dos autores pesquisados e as devidas citações e referências de acordo com as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 44 estudos por meio das buscas nas bases de dados: 32 na BVS, 10 na LILACS, e 2 na MEDLINE. Após a retirada de 05 duplicações e análise de 39 títulos e resumos, 30 estudos apresentaram potenciais de elegibilidade e foram lidos e analisados na íntegra. Desses, foram excluídas 10 revisões narrativas, três eram monografia, e um estudo que era publicado em anais e dois estudos eram narrativas e dissertativas, dois estudos foram excluídos, no tempo determinado, inferior a cinco anos. Diante disso, 12 estudos mostraram resultados relacionado à CME e equipamentos de proteção individual.

O quadro 1 apresenta os dados (autores, ano de publicação, título, objetivo e resultados) extraídos dos artigos que resultaram na amostra final da busca nas bases de dados.

Segundo Carlos *et al.*, (2021), o atual cenário da Covid-19, apresentou com ênfase, o papel da CME e a função essencial do enfermeiro neste setor, tanto na promoção quanto na prevenção do novo Coronavírus. Assim, houve maior responsabilidade do enfermeiro na CME, por esse setor de apoio técnico. Isso ficou evidente sua contribuição no enfrentamento da Pandemia e organização desse serviço, a partir de suas habilidades administrativas e suas competências técnico-científicas. O Carvalho *et al.*, (2019), refere que não se pode negligenciar, pois a qualidade do trabalho, permeia pela segurança do usuário e é, também, advinda dos materiais corretamente processados na CME.

Para Strieder *et al.*, (2019), a limpeza é fundamental na atribuição do enfermeiro em uma CME, onde a atuação desse profissional está cada vez mais evidente, nos processos de trabalho da área hospitalar, principalmente, pelo papel atuante na organização dos processos de prevenção de infecções, como IRAS e a segurança do paciente. É nesse espaço, onde o

enfermeiro tem um olhar voltado para a qualificação da sua equipe, como uso de EPI, aquisição de insumos e manutenção de equipamentos.

Morais *et al.*, (2018), referem que é fundamental a participação do enfermeiro na qualificação do processo laboral de esterilização de materiais e na identificação das necessidades de sua equipe, para garantir a eficiência dos processos e contribuir para a prevenção de infecções. Assim, o enfermeiro deve mobilizar a equipe para implementar mudanças na rotina de trabalho, e conseqüentemente, superar fragilidades oriundas.

Neste contexto, o artigo de Carvalho *et al.*, (2019), descrevem a implementação de melhorias para fomentar a qualidade de vida no trabalho. Logo, deve ser prioridade na unidade da CME, inserir os trabalhadores e os gestores, bem como, conscientização das unidades consumidoras, na entrega do material para ser esterilizado, e, investimentos em climatização, de modo a favorecer conforto e controle dos profissionais e materiais, receptivamente.

O estudo de Carlos *et al.*, (2020), referem que o enfermeiro deve contribuir na construção da sistematização da assistência de Enfermagem com o pensamento crítico nos aspectos da biossegurança. Isto deve ocorrer, tanto no meio interno como externo, sendo realizadas educações em saúde para a contenção do risco e para o alcance de boas práticas na CME. Além disso, Gonçalves *et al.*, (2016), citam a necessidade do profissional enfermeiro, realizar diagnósticos de Enfermagem e identificar fatores de risco, para o cuidado indireto na CME, como atividades fundamentais. Morais *et al.*, (2018), esclarecem em seu estudo, a importância e a necessidade do planejamento educacional para redução ou à eliminação de riscos ocupacionais. Desta maneira, assegura qualidade na CME, que deve ser compartilhada entre gestores, lideranças e colaboradores, pois o compromisso deve ser mútuo, em relação ao respeito com a promoção e proteção da vida. Neste momento de Pandemia de Covid-19, este fato é primordial, no setor da saúde, especificamente na CME.

O estudo de Sanchez *et al.*, (2018), permitiram a visibilidade do trabalho do enfermeiro na CME, como importante troca de experiência entre: profissional do setor e das unidades consumidoras, educação permanente voltada às temáticas de processamento de materiais, seleção de trabalhadores com qualificação e interesse em trabalho na unidade, comunicação efetiva com as unidades externas, apoio institucional, por intermédio do investimento tecnológico, e reconhecimento da relevância das atividades realizadas na CME.

Santos *et al.*, (2017), em seu estudo, confirmam que os discentes de Enfermagem compreendem a importância do serviço e do enfermeiro, no centro de material, quando passam pelo estágio prático, nos últimos períodos do curso, com carga horária maior e ficam diretamente ligados ao enfermeiro. Neste aspecto, Lucon *et al.*, (2017), constatam que o

enfermeiro deveria sair da graduação com os conhecimentos básicos sobre a área. Porém, se observa que esses profissionais, durante seu período de graduação, não tiveram muito interesse em se aprofundar no tema ou não houve estímulo para buscar o conhecimento, alguns por vontade própria, outros por não terem tido o contato necessário, ou porque não se identificaram com a área.

A pesquisa de Gatti *et al.*, (2020), destaca a importância do uso do EPI. Às vezes, é insuficiente nos setores de saúde, mais por outro lado, há em algumas instituições, baixa adesão ao uso do mesmo. Assim, torna favorável o adoecimento e a contaminação interprofissionais.

Para Oliveira *et al.*, (2020), os profissionais da CME estão de modo geral, cientes das atividades da unidade, que requer o uso adequado de EPI, para protegê-lo dos riscos ocupacionais e acidentes de trabalho, conforme constatação dos relatos sobre a falta do próprio material de proteção tanto individual, quanto coletivo. Alguns acidentes, como, perfuro cortante ou exposição de agentes tóxicos estão ligados ao desconhecimento, e não à utilização dos EPIs. Nestas, adequadamente, nas etapas do processo de trabalho, faz-se necessário o conhecimento para execução do serviço, bem como a implementação de melhoria, para segurança do trabalhador; daí, a necessidade de adequação e inserção dos gestores locais. Assim, o reconhecimento profissional, tende a tornar o trabalhador satisfeito e a realizar um trabalho cordialmente com mais atenção, segurança e simbolicamente humanizado.

Conforme Gouveia *et al.*, (2020), a satisfação profissional é considerável, pois, interfere diretamente na qualidade da CME. Assim, previne doenças ocupacionais, além de ser indicador de resultado, no processo de trabalho, que envolve as atividades do enfermeiro. Para Costa *et al.*, (2020), o quadro necessário de pessoas nas unidades da CME, torna-se evidente, tendo em vista, que vários setores, onde há excesso de jornada de trabalho, há também, sobrecarga do exercício do profissional de Enfermagem.

Quadro 1 - Distribuição dos estudos encontrados por ordem alfabética cronológica, e de acordo com autor, ano de publicação, título, objetivo e resultados.

Autor/Ano de publicação	Título	Objetivo	Resultados
2021 Carlos D. J. D; <i>et. al.,</i>	CENTRAIS DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO E O CORONAVÍRUS: REFLEXÕES DA ENFERMAGEM	Refletir sobre as Centrais de Material e Esterilização como espaço de atuação da Enfermagem no contexto da Pandemia do novo Coronavírus.	Emergiram dois eixos temáticos: Central de Material e Esterilização como espaço de protagonismo das enfermeiras; e Central de Material e Esterilização na conjuntura da Pandemia do novo Coronavírus. Destacam-se a importância da biossegurança e a sobrecarga de trabalho à equipe de Enfermagem.
2020 Gatti Y. A. M; C. S. <i>et. al.,</i>	INTENSIDADE DE RUÍDOS E CONSCIENTIZAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO CENTRO DE MATERIAIS E ESTERILIZAÇÃO	Identificar a intensidade sonora, por meio de decibéis (dB), no Centro de Material e Esterilização (CME) e orientar os colaboradores quanto à importância dos protetores auriculares como equipamento de proteção individual (EPI).	Os ruídos mais intensos foram mensurados no expurgo (93,0 dB), na área de preparo (92,3 dB), nas áreas de esterilização a baixa temperatura (91,6 dB) e a vapor (87,9 dB), diferentemente da percepção dos colaboradores. A conscientização da equipe deu-se por exposição dos resultados mensurados e discussão sobre importância do EPI.
2020 Carlos D. J. D <i>et. al.,</i>	HISTÓRIA E PROCESSOS DE TRABALHO DA ENFERMAGEM EM CENTRAIS DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	O presente estudo, tem por objetivo refletir sobre a importância histórica da Enfermagem e seus processos de trabalho nas Centrais de Materiais e Esterilização.	Os achados mostram que a Enfermagem tem uma importância histórica na construção e consolidação desse setor. Espera-se que este artigo se converta em estímulos a novas investidas sobre a temática, contribua com a construção e a sistematização do conhecimento na área e a ampliação da abordagem desses conteúdos na formação do enfermeiro.
2020 Gouveia L. H. A <i>et. al.,</i>	SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DE ENFERMEIROS QUE ATUAM NO BLOCO CIRÚRGICO DE UM HOSPITAL DE EXCELÊNCIA	Analisar e comparar o índice de satisfação profissional (ISP) de enfermeiros do bloco cirúrgico (BC)	Dos 49 enfermeiros da amostra, 39 atuavam em centro cirúrgico (CC) e sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) e 10 no Centro de Material e Esterilização (CME). A interação foi o componente de maior importância, e o <i>status</i> profissional, o de menor, no entanto <i>status</i> profissional obteve o maior nível de satisfação, e requisitos do trabalho, o menor.
2020 Costa JA, Fugulin FMT <i>et. al.,</i>	IDENTIFICAÇÃO DA CARGA DE TRABALHO DA ENFERMAGEM EM CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Determinar a carga de trabalho no Departamento de Processamento Estéril como parâmetro para o método de dimensionamento da equipe de Enfermagem	A presente investigação, possibilitou propor parâmetros de tempo para determinar a carga de trabalho, e apresenta-se como importante referencial para auxiliar os enfermeiros na elaboração e justificativa de propostas consistentes para o planejamento, alocação e distribuição de profissionais de Enfermagem nessas unidades, considerando a especificidade dos processos de trabalho realizados.

Autor/Ano de publicação	Título	Objetivo	Resultados
2019 Carvalho E. F. C. <i>et. al.</i> ,	VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUANTO AOS RISCOS OCUPACIONAIS E ACIDENTES DE TRABALHO NA CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Explorar a visão dos profissionais de Enfermagem quanto aos riscos ocupacionais e acidentes ocupacionais na Central de Material Esterilização.	Emergiram três temas: Riscos presentes no ambiente de trabalho; A visão da Equipe de Enfermagem sobre os acidentes na CME e Assistência prestada aos profissionais acidentados.
2019 Strieder, A.T.; <i>et. al.</i> ,	ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE LIMPEZA EM UM CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Contextualizar a atuação do enfermeiro no processo de limpeza de materiais hospitalares em um Centro de Material e Esterilização.	A atuação do enfermeiro no processo de limpeza ocorre, frente às necessidades do setor, tais como, qualificar a equipe; estimular o uso dos equipamentos de proteção individual; participar da aquisição de equipamentos e insumos; qualificar o método de limpeza; conhecer a complexidade do instrumental cirúrgico.
2018 Morais, L. M. C. <i>et. al.</i> ,	PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DO CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Analisar o processo de trabalho dos profissionais de Enfermagem atuantes no Centro de Material e Esterilização (CME) acerca da esterilização de material cirúrgico.	Os depoimentos apresentaram a descrição das etapas envolvidas no processo de esterilização, a relação com a segurança do paciente, as dificuldades no processo de trabalho e a educação permanente em saúde como meio possível de superar as dificuldades.
2018 M. L. Sanchez, Rosemary S. S. <i>et. al.</i> ,	ESTRATÉGIAS QUE CONTRIBUEM PARA A VISIBILIDADE DO TRABALHO DO ENFERMEIRO NA CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Identificar estratégias para promover o reconhecimento e a visibilidade do fazer do enfermeiro na Central de Material e Esterilização.	Dentre as estratégias, destacaram-se a troca de vivência entre os enfermeiros da Central de Material e Esterilização e os enfermeiros de outras unidades; seleção dos trabalhadores, a partir de critérios necessários para a atuação no local e Serviço de Educação Permanente, com temáticas voltadas ao setor
2017 O.B.C. Santos, <i>et. al.</i> ,	CONHECIMENTO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM SOBRE ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	Identificar o conhecimento dos acadêmicos de Enfermagem, frente às atividades desenvolvidas em Centro de Material e Esterilização.	Os discentes, mencionaram, dentre as atividades, a esterilização (28,6%) e o controle de infecção (45,8%), com maior importância; a necessidade de capacitação quanto à atualização dos maquinários e confecção de protocolos (36,6%); equipamento de esterilização a autoclave (67,7%) e Estágio Prático (73,7%) como fonte de conhecimento.
2017 S.M.R. Lucon, <i>et. al.</i> ,	FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA ATUAR NA CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO	Compreender a formação do enfermeiro para atuar na Central de Material e Esterilização (CME).	Foram identificadas duas categorias temáticas: a formação do enfermeiro pautada no modelo tecnicista e a perspectiva da formação generalista. Constatou-se que o mundo do trabalho e a formação estão entrelaçados, sendo que a graduação contribui para o desenvolvimento de profissionais competentes e éticos, considerando as suas realidades nos processos de formação.

Autor/Ano de publicação	Título	Objetivo	Resultados
2016 Gonçalves, R.C.S <i>et. al.</i> ,	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM PARA CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO: ANÁLISE DO CONCEITO	Validar o conteúdo da proposta diagnóstica Risco para contaminação de artigos	Validaram-se pelos peritos, com escore geral acima de 0,80, nove itens dos dezessete propostos. Seis itens foram validados como menores, com escore geral entre 0,50 a 0,79. Os itens Definição (0,0066) e Esterilização de implantes em ciclo para uso imediato (0,0396) foram classificados inadequados pelos peritos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As orientações sobre a importância do uso do EPI não são suficientes para a adesão consciente. Portanto, outras estratégias como, campanhas educativas com cartazes, folhetos e capacitações com cursos e palestras e educação em saúde, são necessárias para a conscientização dos enfermeiros na CME, estimulando atitudes de responsabilidade, respeito, gentileza, conscientização, entre outros, tão importantes para um bom trabalho da Enfermagem.

Espera-se que se converta em estímulos às novas investidas que abordem a temática sob outras perspectivas, de maneira a contribuir com a construção e com a sistematização do conhecimento relacionado às CME.

REFERÊNCIAS

- CARLOS, D. J. D.; LINO, C. R. M.; XAVIER, S. S. M.; OLIVEIRA, L. P. B. A.; RIBEIRO, K. R. B.; BARROS, W. C. T. S. História e processos de trabalho da enfermagem em Centrais de Material e Esterilização. **Hist enferm Ver eletrônica** [Internet], v. 11, n. 2, p.133-41, 2020.
- CARLOS, D. J. D. et al. Centrais de material e esterilização e covid-19: reflexões da enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, [S.l.], v. 15, n. 1, abr. 2021. ISSN 1981-8963. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/246944>>. Acesso em: 29 jun. 2022.
- CARVALHO, H. E. F.; SILVA, V. F.; RIBEIRO, I. P. et al. Visão dos Profissionais de Enfermagem Quanto aos Riscos Ocupacionais e Acidentes de Trabalho na Central de Material e Esterilização. **Rev Fund Care Online**, out./dez.; v. 11, n. 5, p.1161-1166, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1161-1166>
- COSTA, J. A. F.; TOGEIRO, F. M. Identificação da carga de trabalho da enfermagem em Centro de Material e Esterilização. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [online], v. 54, 2020, v. 54, e03621. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019004203621>>. Epub 19 Out 2020. ISSN 1980-220X. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019004203621>.
- GATTI, Y. A. M.; SOUSA, C. S.; ACUNÃ, A. A.; FERREIRA, E. R.; MONTES, K. M. Intensidade de ruídos e conscientização da equipe de enfermagem no centro de materiais e esterilização. **Revista SOBECC**, v. 25, n. 4, p. 197-203, 2020. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202000040002>
- GILI R.F.; Camelo S.H.; Lausa A.M. “**Atividades do enfermeiro de Centro de Material e Esterilização em instituições hospitalares**”. Londrina – PR, 2013. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400008 <Acesso em 25 de abril de 2021>.

- GONÇALVES, R. C. S.; SANTANA, R. F. Diagnóstico de enfermagem para centro de material e esterilização: análise do conceito. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 10, n. 2, p. 485-494, jan. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10980>
- GOUVEIA, L. H. A.; RIBEIRO, V. F.; CARVALHO, R. Satisfação profissional de enfermeiros que atuam no bloco cirúrgico de um hospital de excelência. **Revista SOBECC**, v. 25, n. 1, p. 33-41, 2020. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202000010006>
- LUCON, S. M. R.; BRACCIALLI, L. A. D.; PIROLO, S. M.; MUNHOZ, C. C. Formação do enfermeiro para atuar na central de esterilização. **Revista SOBECC**, v. 22, n. 2, p. 90-97, 2017. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201700020006>
- MORAIS, L. M. C., QUEIROGA, S. S.; SANTOS, A. N.; DE OLIVEIRA, J. M. D.; MELO, J. T. Processo de esterilização sob a ótica dos profissionais do centro de material e esterilização. **Revista SOBECC**, v. 23, n. 2, p. 61-68, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201800020002>
- NUNES, M. A. P.; BATISTA, J.; LENHANI, B. E.; KOLLER, F. J.; MARCONDES, L. Conhecimento de acadêmicos de enfermagem sobre os cuidados do enfermeiro ao paciente em recuperação anestésica. **Revista SOBECC**, v. 24, n. 4, p. 231-237, 2019. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201900040009>
- PEREIRA, M. S.; ROCHA, F. C.; DIAS, J. L. C. et al. Acidentes de trabalho com exposição a materiais biológicos entre trabalhadores no norte de minas gerais. **Rev Fun Care Online**, V. 13, jan./dez.; p. 1122-1128, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9017>
- QUELHAS M.C. “A Esterilização na era da Tecnologia: O Futuro dos processos em esterilização no século XXI” <http://www.hc.unicamp.br/pacvisit/servint/departenferm/artigo3.html> <acessado em 24 de abril de 2021>.
- SANCHEZ, M. L. et al. Estratégias que contribuem para a visibilidade do trabalho do enfermeiro na central de material e esterilização. **Texto & Contexto - Enfermagem** [online]. v. 27, n. 1, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018006530015> .
- SANTOS I.B.C; CORDEIRO S.F.G; MELO A.C; LIMA V.S; CHAVES B.J.P; SILVA P.E. “Equipamentos de proteção individual utilizados por profissionais de enfermagem em centros de material e esterilização”. São Paulo 2017. Disponível em file:///E:/sobecc-v22n1_pt_36-41.pdf <Acesso em 15 de abril de 2021>.
- SOARES, C. B.; HOGA, L. A. K.; PEDUZZI, M.; SANGALETI, C.; YONEKURA, T.; SILVA, D. R. A. D. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 2, p. 335-45, 2014.
- STRIEDER, A. T.; GRAUBE, S. L.; DEZORDI, C. C. M.; STUMM, E. M. F.; MENEGHETE, M. C.; BITTENCOURT, V. L. L. Atuação do enfermeiro no processo de limpeza em um centro de material e esterilização. **Revista SOBECC**, v. 24, n. 1, p. 50-53, 2019.

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER DURANTE A COVID-19 NO CONTEXTO MUNDIAL

DOI: 10.51859/AMPLLA.SPT853.1122-21

Lucélia Rodrigues Afonso ¹
Cidianna Emanuely Melo do Nascimento ²
Bianca de Oliveira Farias ³
Carla Barbosa Brandão ⁴
Ananda Caroline Vasques Dantas Coelho ⁵
José Jackson Coelho Sampaio ⁶

¹ Enfermeira (UNIGRANDE). Especialista em Enfermagem Neonatal pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Funcionária pública federal (Hospital Universitário Walter Cândido Cantídio-CE). Docente da UNIQ na disciplina de administração e gerenciamento em UTI pediátrica e Neonatal. Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Doutoranda em Saúde Coletiva pelo programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva- (UECE).

² Enfermeira (FACID). Mestra em Antropologia (UFPI). Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Bolsista da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP).

³ Nutricionista pela UECE. Mestre em Saúde Coletiva. Doutoranda em Saúde Coletiva.

⁴ Psiquiatra. Mestre em Saúde Coletiva. Psiquiatra. Mestra em Saúde Coletiva (UECE). Doutoranda em Saúde Coletiva (UECE).

⁵ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

⁶ Psiquiatra. Doutor em Medicina Preventiva (USP). Professor Titular do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Líder do Grupo de Pesquisa Vida e Trabalho e do Laboratório de Humanização da Atenção em Saúde da Universidade Estadual do Ceará.

1. INTRODUÇÃO

Por quatro séculos, a sociedade patriarcal brasileira, baseada no latifúndio, reservou para as mulheres um lugar quase invisível, na casa-grande. As sinhazinhas entediadas descansavam dos partos frequentes sob a tutela de pais e maridos. Sem vida própria, elas eram mantidas na ignorância, e a única função social exercida, era a maternidade (FRASER, 2019).

Na senzala, as mulheres negras resistiam como podiam para tentar impedir a reprodução do sistema escravista. Elas não só lutavam pelo fim da escravidão, como também tentavam impedir a continuidade de um sistema que se baseava na reprodução de escravos “bastardos” para alimentar a própria escravidão. Tornou-se uma luta muito séria, na qual as mulheres cortavam os seios e abortavam, a fim de impedir que seu próprio corpo fosse utilizado na continuidade daquela sofrida realidade (PINTO, 2003).

Segundo Del Priore (2013), “não importa a forma como as culturas se organizaram”, a diferença entre masculino e feminino sempre foi hierarquizada. No Brasil Colônia, o patriarcalismo brasileiro conferia aos homens uma posição hierárquica superior às mulheres, de domínio e poder, sob o qual “castigos” e até assassinatos de mulheres, pelos seus maridos, eram autorizados pela legislação. Alguns estudos, tem demonstrado que a violência contra as mulheres é mais intensa e danosa do que aquelas das quais os homens são vítimas, o que o pode ser explicado a partir da análise de aspectos culturais formadores da consciência coletiva (PISCITELLI, 2009). Sob a égide de um olhar antropológico, tenta-se descobrir uma lógica que norteia tais relações. Gênero é a construção psicossocial do masculino e do feminino, assim Heleiet Saffiot (2013, 171) reuniu diversos ensinamentos, para explicar as diferenças de gênero:

“Gênero pode ser concebido em várias instâncias: como aparelho semiótico (LAURETIS, 1987); como símbolos culturais evocadores de representações, conceitos normativos como grande interpretação de significados, organizações e instituições sociais, identidade subjetiva (SCOTT, 1988); como divisões e atribuições assimétricas de característico e potencialidades (FLAX, 1987)”

O fenômeno da violência, pode ser explicada como uma questão cultural que se situa no incentivo da sociedade para que homens exerçam sua força de denominação e potência contra as mulheres, que são dotadas de sensibilidade. Assim, as violências física, sexual e moral, não ocorrem isoladamente, visto que estão altamente correlacionadas com a violência emocional.

No campo da saúde, importante passo foi dado na visibilização da violência contra a mulher, mediante a instituição da notificação compulsória, de caráter sigiloso, pelos serviços de saúde públicos e privados. A Lei nº 10.778/2003 definiu violência contra a mulher como qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, inclusive, decorrente de discriminação ou desigualdade étnica, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público quanto no privado.

A violência contra a mulher é considerado um problema de saúde pública, com estimativas que indicam que uma em cada três mulheres (35%) no mundo já foram vítimas de algum tipo de violência, seja física e/ou sexual durante a vida, seja por terceiros ou por seus próprios parceiros. O Brasil ocupa o 5º lugar no *ranking* mundial dos países com mais crimes praticados contra mulheres, após 15 anos da Lei nº 11.340/2006 (OPAS, 2019) e de várias outras que se seguiram a ela, como: Lei do Feminicídio – 13.104/2015; Lei da importunação sexual – 13.718/2018, Lei 14.022 de 07 de julho de 2020 que altera a Lei nº 13979, de 06 de fevereiro de 2020 para o enfrentamento da violência doméstica e familiar, em virtude do novo Coronavírus, Lei 14.164 que altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes

e Bases da Educação Nacional), para incluir conteúdo sobre a prevenção da violência contra a mulher nos currículos da Educação brasileira Lei 14.122 de 03 de março de 2021, Lei do *Stalking* que objetiva evitar a perseguição reiterada, inclusive, por meios eletrônicos, a uma pessoa. Esta última, apesar de não fazer menção direta sobre a mulher, nasceu principalmente, de perseguições sofridas por mulheres (SOUZA, 2021).

Em tempos de Pandemia, a violência doméstica é um tema notadamente relevante, em primeiro lugar, porque a conjuntura socioeconômica atual tende a exacerbá-la. A perda de empregos decorrente da crise afeta especialmente, mulheres, que se concentram no setor de serviços, o mais afetado pela crise. No Brasil, mulheres são mais sujeitas à informalidade do que homens. Mais de 90% dos trabalhadores domésticos, mais vulneráveis economicamente na crise, são mulheres, e mais de 70% são negras, indicando a maior precariedade no emprego (BIANQUINE, 2020).

Diante do crescente número de casos de violência doméstica contra a mulher, têm-se observado a necessidade de acolhimento e notificação dos casos para fortalecer o combate a essa prática. Dessa forma, o presente estudo justifica-se por buscar descrever os fatores preventivos da violência doméstica contra a mulher, em esfera mundial, no contexto da Pandemia de Covid-19, a fim de que os resultados possam contribuir para o planejamento do sistema de saúde ao nortear o desenvolvimento de estratégias assistenciais à saúde da mulher.

Objetivou-se identificar evidências que descrevem os fatores de prevenção relacionados a violência doméstica contra a mulher no contexto da Pandemia de Covid-19.

2. MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, a qual permite reunir e sintetizar, de forma organizada, informações sobre determinada temática, além de ser um estudo de extrema relevância na área da saúde, por possibilitar a realização de uma prática baseada em evidências e permitir uma análise ampla e profunda sobre o assunto escolhido como objeto de estudo (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Neste âmbito, foram seguidas seis etapas: identificação do tema para elaborar a pergunta norteadora da pesquisa, busca nas bases de dados utilizando-se dos critérios de inclusão e exclusão definidos pelos autores, categorização dos estudos por meio da avaliação das informações contidas nos mesmos, análise crítica dos estudos elegidos, sumarização e interpretação dos resultados obtidos e, por fim, apresentação da revisão integrativa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Assim, foi elaborada a seguinte questão norteadora: “Quais os fatores relacionados à prevenção da violência doméstica contra mulheres no contexto da Pandemia da Covid-19?”.

Inicialmente, utilizou-se a questão norteadora fundamentada na estratégia **PICO** (STILLWELL *et al.*, 2010), em que o elemento **P** (população) refere-se às mulheres, **I** (intervenção) prevenção, **C** (comparação) Pandemia de Covid-19, e **O** (resultado) violência doméstica.

No tocante aos descritores, foram realizadas buscas no *Medical Subject Headings (MeSH)* e nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), que apresentaram os seguintes resultados em comum: “*Domestic Violence*”; “*Women*”; “*Covid-19*”; e “*Prevention*”. Ademais, o operador booleano AND foi utilizado para refinar a busca da seguinte combinação: “*Domestic Violence*” AND “*Women*” AND “*Covid-19*” AND “*Prevention*”.

A busca de artigos ocorreu no período de fevereiro a maio de 2022, nas seguintes bases: Pubmed, Medline, Scopus e Web of Science. Além disso, para o gerenciamento dos artigos identificados foi utilizado o *software Zotero®*, desenvolvido para auxiliar pesquisadores na organização de artigos para revisão, com painel de avaliações que facilita o trabalho em equipe. Para a construção deste capítulo, houve uma seleção prévia de pesquisas que incluíam tais termos no título, resumo ou palavra-chave e, posteriormente, artigo na íntegra.

Os critérios de inclusão aplicados foram: artigos completos, publicados entre os anos de 2019 e maio 2022, nos idiomas português, inglês e espanhol, pesquisas que abordaram a temática de prevenção da violência contra a mulher. Excluíram-se artigos de opinião, relatos de casos e editoriais, por não apresentarem níveis de evidência científica.

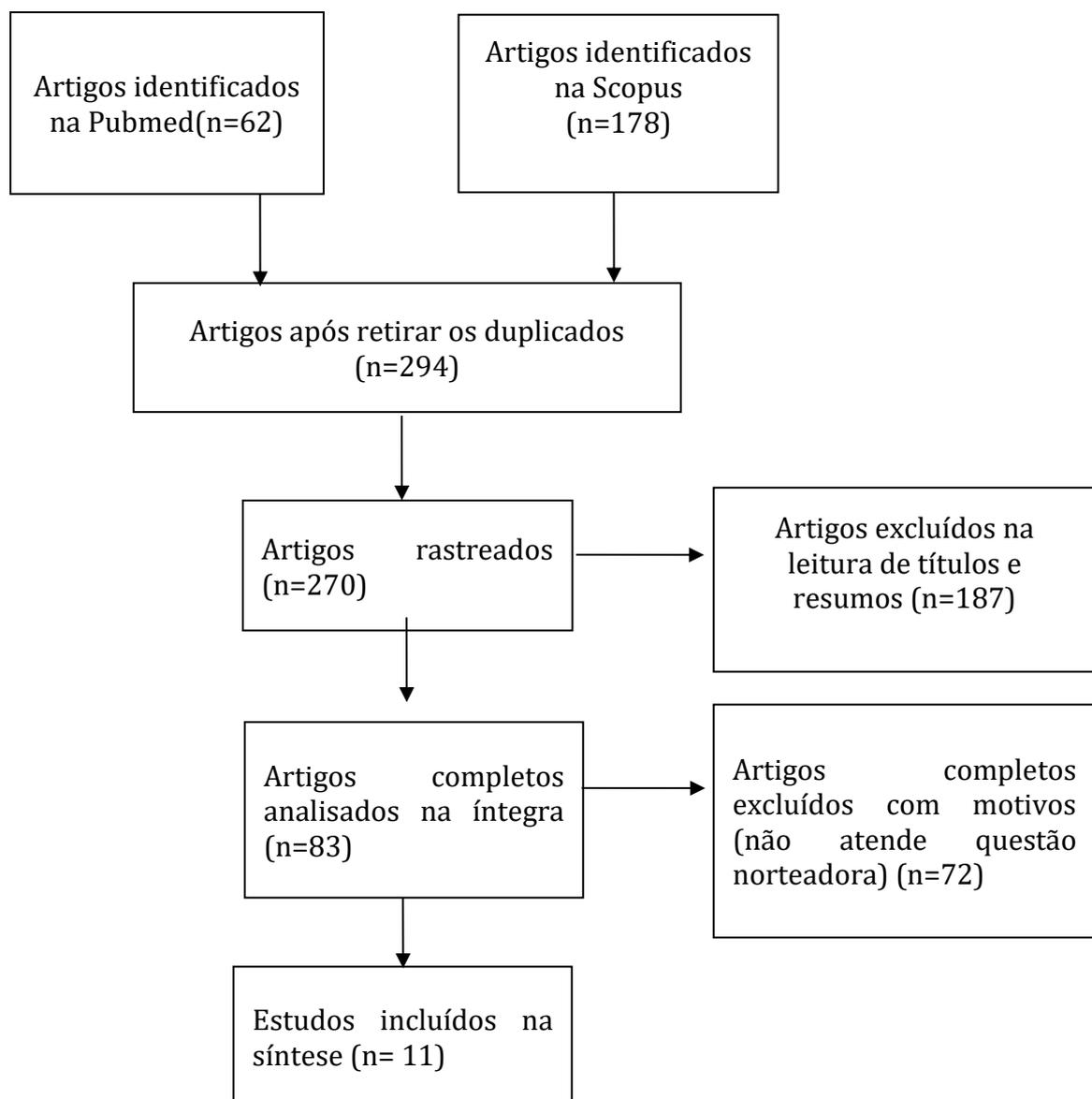
Utilizou-se um roteiro de extração de dados para coleta das informações relevantes dos artigos: país de origem do estudo, ano, plataforma de publicação, tipo de estudo e principais resultados e conclusões. Ademais, os artigos selecionados foram agrupados em duas categorias temáticas, a saber: Estratégias e Ações de Prevenção Primária para violência doméstica durante a Pandemia da Covid-19 e, Estratégias e Ações de Prevenção Secundária para violência doméstica durante a Pandemia da Covid-19.

Para a categorização, avaliaram-se estudos conforme o nível de evidência, sendo este, um sistema de classificação, que enquadra os estudos em sete níveis, com as evidências obtidas a partir de: nível 1 - revisões sistemáticas ou meta-análises; nível 2 - testes controlados randomizados; nível 3 - ensaios controlados não randomizados; nível 4 - estudos do tipo caso controle e coorte; nível 5 - revisões sistemáticas de estudos qualitativos e descritivos; nível 6 - estudos qualitativos e descritivos; nível 7 - opinião de especialista ou de comitê oficial de especialistas (STILLWELL *et al.*, 2010).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram identificados, nas buscas efetuadas: 62 artigos na Pubmed, 178 na Scopus e 95 na Web of Science, totalizando 335 artigos. O total de 41 artigos foram removidos, por serem duplicatas. Dos 294 artigos restantes, 24 foram excluídos por serem revisão de literatura, e 187, por meio da análise de títulos e resumos, por não responderem à questão norteadora. O quantitativo de 83 artigos foi analisado na íntegra e 72 excluídos por não atenderem a questão de pesquisa. Assim, a amostra foi constituída por 11 artigos (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma de identificação do processo de seleção dos estudos.



Fonte: Elaboração dos autores.

Para compor a presente síntese narrativa foram selecionados onze artigos. Predominaram ensaios (NELAEVA, 2021¹; GOMES; CARVALHO, 2021²; BARBOSA³ *et al.*, 2021) e comentários (BÁRBARA *et al.*, 2022⁴; AHMED *et al.*, 2021⁵; BARBARA *et al.*, 2020⁶), seguidos por artigos de opinião (FOGSTAD *et al.*, 2021⁷; EMEZUE, 2020⁸), além de uma carta ao editor (AZIZI, 2021⁹) e duas revisões (LETTIERE-VIANA, 2020¹⁰; PEARSON *et al.*, 2020¹¹). A síntese das principais ações de prevenção está no quadro 1, a seguir:

Quadro 1 - Principais ações de prevenção dos artigos encontrados.

Principais ações de prevenção	Artigos
Foco na mulher	
Aconselhamento jurídico no auxílio de denúncia contra o agressor.	4
Maior acesso a cuidados de saúde e aconselhamento psicológico.	4,10
Aconselhamento sobre os serviços sociais e prestação de serviço a vítimas.	1,11
Ações para dar autonomia financeira e educacional, para as mulheres.	1,2,7,8,10
Empoderamento feminino.	1,3,7,8,10
Foco no agressor	
Informar e educar o agressor.	8
Sistemas de vigilância	
Disponibilização de plataformas <i>on-line</i> e aplicativos para relatar os casos.	1,8
Criação de plataformas para aconselhamento psicológico de vítimas.	5,6
Extração de dados de redes sociais.	8
Identificar o agressor através do comportamento nas redes sociais.	8
Encaminhamento de vítimas	
Treinamento de profissionais de saúde e atores sociais para identificação e notificação.	5,6,7,9
Reformulação e reorientação do encaminhamento de vítimas.	1

A resolução do problema terá de ir muito mais longe do que isso, pois em 2016, a Organização Mundial da Saúde publicou um plano de ação global para enfrentar a violência. Todos versavam sobre estratégias e ações de prevenção à violência doméstica no contexto da Pandemia da Covid-19 em diversos países do mundo, denotando ser este um problema de magnitude global (NELAEVA, 2021; GOMES; CARVALHO, 2021; BARBOSA *et al.*, 2021; BÁRBARA *et al.*, 2022; AHMED *et al.*, 2021; BARBARA *et al.*, 2020; FOGSTAD *et al.*, 2021; EMEZUE, 2020; AZIZI, 2021; LETTIERE-VIANA *et al.*, 2020; PEARSON *et al.*, 2020).

Os resultados foram alocados em duas categorias principais: Prevenção Primária e Prevenção Secundária.

4. ESTRATÉGIAS E AÇÕES DE PREVENÇÃO PRIMÁRIA PARA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

Destacou-se como estratégia amplamente adotada e recomendada o aumento da conscientização da população através de campanhas, por meio de mídia e redes sociais (AZIZI, 2021, NELAEVA, 2021, AHMED *et al.*, 2021; FOGSTAD *et al.*, 2021; LETTIERE-VIANA *et al.*, 2020; PEARSON *et al.*, 2020), além de materiais mais acessíveis como, braile e libras (LETTIERE-VIANA *et al.*, 2020). O objetivo deles é também informar e educar os meninos sobre como mudar suas atitudes em relação aos direitos das meninas e estas, como: aceitarem seus direitos iguais em todos os aspectos da vida, conhecerem as consequências legais da violência, bem como treinarem habilidades de vida, para preveni-la (AZIZI, 2021).

Desta forma, como a conscientização é uma estratégia importante de prevenção (PEARSON *et al.*, 2020), os usuários de mídia social em todo o mundo têm mostrado solidariedade às vítimas de violência doméstica, usando *hashtags* para chamar a atenção para os aumentos dos índices relacionados ao COVID-19. Uma infovigilância precursora de ecossistemas de *Internet* e mídia social usando métodos básicos de extração de dados (por exemplo, mineração no *Twitter*, pesquisa na *web*) revelou *hashtags* que fazem referência ao aumento da violência doméstica, desde janeiro de 2020. Estas, tornaram-se ferramentas essenciais de protesto digital, ativismo social e conscientização sobre violência contra a mulher nas mídias sociais (EMEZUE, 2020).

O autocuidado é um planejamento essencial, de apoio ao acesso das mulheres relativo ao emprego e à educação, a fim de proporcionar-lhes o empoderamento econômico e social (AZIZI, 2021; BÁRBARA, 2022), além de compreender que as raízes da perpetuação da violência contra a mulher precisam ser trabalhadas, apesar de saber que elas foram apenas potencializadas pela Pandemia (BARBOSA *et al.*, 2021).

A criação de obras sociais e unidades de orientação em varas de família eficientes para mulheres vítimas de abuso pode ser um planejamento adequado para mulheres, em regiões de alto risco, para prevenir violência e aumentar sua saúde em múltiplas dimensões (AZIZI, 2021), sendo as delegacias de polícia obrigadas a fornecer informações sobre os serviços sociais (NELAEVA, 2021; PEARSON *et al.*, 2020).

No Brasil foi adotado um decreto especial (Decreto nº 10.282) que prescreveu a prestação de serviços essenciais às pessoas mais vulneráveis durante a quarentena (NELAEVA, 2021).

5. ESTRATÉGIAS E AÇÕES DE PREVENÇÃO SECUNDÁRIA PARA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

A Pandemia mostrou que o trabalho dos direitos das mulheres durante crises e emergências de saúde deve ser completamente reformulado e reorientado, uma vez que os métodos tradicionais não foram efetivos (NELAEVA, 2021).

Várias medidas foram tomadas imediatamente no início da Pandemia, observando-se a tendência de aumento das práticas de violência doméstica. Na Bélgica, os hotéis ofereciam abrigo às vítimas; na Alemanha as mulheres poderiam usar uma palavra-código especial ao ligar para uma farmácia para que o farmacêutico entendesse que ela precisava de ajuda, embora essas medidas fossem consideradas inadequadas com governos desorientados e despreparados (NELAEVA, 2021; PEARSON *et al.*, 2020).

No Brasil, em alguns estados, como Rio de Janeiro, São Paulo e Distrito Federal, as delegacias de polícia mantêm-se abertas 24 horas por dia. Em outros lugares, delegacias de polícia, incluindo recintos especiais para mulheres, criados pelo marco 2006, a Lei Maria da Penha, estão operando em horário reduzido. São Paulo e Rio de Janeiro estão permitindo denúncias virtuais de violência doméstica, e São Paulo está permitindo que juízes concedam medidas protetivas de emergência, virtualmente, e transmitindo convocações pelo *WhatsApp*. Destacou-se ainda a disponibilização de plataformas *on-line* e aplicativos para relatar os casos, que permitiriam o *upload* de fotos e vídeos, e linhas diretas para denúncias de casos de violência (NELAEVA, 2021; GOMES; CARVALHO, 2021; LETTIERE-VIANA *et al.*, 2020). A manutenção de prestadores de serviços e líderes comunitários informados sobre alterações em todas as vias de referência de cuidado às violências devem ser preservadas e financiadas pelos governos, para que sejam de acesso universal (LETTIERE-VIANA *et al.*, 2020).

Significativo também é o papel dos serviços de saúde, pois os profissionais de saúde têm uma oportunidade única de identificar vítimas de violência, fornecer aconselhamento adequado e encaminhar as mulheres para os serviços apropriados, mesmo quando a violência não é declarada espontaneamente. Entretanto, durante a Pandemia, esta oportunidade tem sido muitas vezes limitada, pois os serviços de saúde precisam cancelar e/ou remarcar exames clínicos não urgentes, e/ou porque as operadoras de saúde estavam sobrecarregadas com o gerenciamento dos casos de COVID-19 e sua capacidade de investigar outras situações, como exposição a situações de abuso e violência, pode ter sido limitada (BÁRBARA *et al.*, 2022; BÁRBARA *et al.*, 2020).

Portanto, manter os profissionais de saúde capacitados e atualizados, bem como, cuidar da saúde mental destes profissionais, elaborar e revisar protocolos para identificação e apoio a situações de violências, considerando as peculiaridades de cada região do país, realizar atendimentos com uma abordagem centrada na pessoa, validando suas experiências e sentimentos, disponibilizar formulários de admissão padronizados para avaliação de mulheres vítimas de violência, proporcionar que haja clínicas e triagens comunitárias dedicadas à resposta à Covid-19, com abordagens individuais para aquelas que não conseguem responder de forma privativa, possibilitar o acesso a programas de saúde sexual e planejamento familiar são ações com grande potencial para identificar situações de violência (LETTIERE-VIANA *et al.*, 2020).

Neste contexto, a telemedicina tem se mostrado eficaz para apoiar e aconselhar as mulheres, embora haja algumas barreiras para sua utilização, o que exige acesso a sinal de *Internet* e privacidade (BÁRBARA *et al.*, 2022), que pode ser utilizada inclusive, para o aconselhamento psicoeducacional e de apoio para mulheres abusadas, estratégia que tem se mostrado efetiva para melhorar a autoestima, assertividade, apoio social, habilidades de enfrentamento e autoeficácia (AZIZI, 2021).

Ainda na esfera digital destacam-se ações como a criação de plataformas para aconselhamento de vítimas e primeiros socorros psicológicos (AHMED *et al.*, 2021). Descreve-se ainda, exemplos de aplicativos, como o *myPlan*, inicialmente projetado como uma intervenção baseada em computador. Tem como objetivo, auxiliar pessoas que estão em relacionamentos abusivos e sofrem violência, a tomar decisões informadas sobre sua segurança e bem-estar, utilizando uma abordagem baseada na força e focada no empoderamento. Além de estimar as prioridades de segurança, por meio da elaboração de uma lista de verificação de comportamentos de segurança específicos, projeta um plano de segurança personalizado, com base no nível de perigo da usuária e nos comportamentos de segurança alcançáveis (EMEZUE, 2020). Tais intervenções digitais são benéficas, na medida em que apoiam vítimas de baixa renda e que moram em lugares de difícil acesso, especialmente, em áreas com escassez de profissionais de saúde, nas quais a vitimização sobrepõe-se a outros determinantes da violência. Entretanto, deve-se atentar para a segurança das informações e, neste sentido, várias diretrizes estão em vigor para garantir que esses espaços *on-line* permaneçam confidenciais, privados e seguro (EMEZUE, 2020).

Há ainda que se considerar a existência de barreiras práticas em casa. Abusadores são conhecidos por usar rastreadores digitais, GPS e *spyware* para monitorar secreta e abertamente a presença online *on-line* da pessoa que estão abusando para manter o controle coercitivo e até

mortal. Para reduzir esse tipo de abuso e vigilância online *on-line*, recomenda-se que *designers* e fornecedores de aplicativos estabeleçam medidas de segurança que possam distinguir o agressor da vítima com base no comportamento, pressionamento de tecla ou pistas contextuais. Recomendam ainda, a existência de uma autenticação secreta e protocolos de verificação (por exemplo, botões de saída de emergência, bloqueio de aplicativo ou despejo de dados após falha na entrada de senha) integrados a aplicativos e *sites* voltados para o apoio a vítimas de violência doméstica (EMEZUE, 2020).

Na esfera jurídico-forense, por sua vez, destacou-se o quão difícil seria a determinação da gravidade da violência, uma vez que, por vezes, pode haver violência grave sem que permaneçam marcas visíveis. Descreveu-se ainda, a existência de atitudes tendenciosas de juízes em relação às vítimas, sendo estas culpadas por, por exemplo, não tentar fugir do agressor (NELAEVA, 2021).

Desta forma, educar os profissionais de saúde para a prestação de um serviço abrangente e multidisciplinar, incluindo atendimento clínico, psicológico e forense, integrado aos serviços de saúde existentes, ao invés, de um serviço autônomo, torna-se mister contexto de acessibilidade, limitada aos serviços decorrentes da Pandemia. Na Itália, por exemplo, houve modificações na prática do sistema de saúde para evitar que a Pandemia se tornasse um obstáculo para a coleta de amostras forenses, que não pode ser realizada por telemedicina, bem como, para que outros aspectos da apuração, como: avaliação preliminar, coleta de histórico, e eventual planejamento de todas as intervenções fossem viabilizados. (BÁRBARA *et al.*, 2022; BÁRBARA *et al.*, 2020). Destaca-se ainda, que os juízes precisam atentar para a medida de afastamento do homem violento da casa da família, como uma prioridade, uma vez que as mulheres não podem ser imediatamente admitidas em abrigos devido ao risco de contaminação. Além disso, a suspensão de todos os processos judiciais e dos prazos judiciais não pode operar em casos relacionados à proteção de direitos essenciais na família: o direito de o acesso à justiça para as mulheres não deve ser prejudicado pelas Pandemias (BÁRBARA *et al.*, 2022). Finalmente, destaca-se a importância da criação e implementação de leis contra violência doméstica e de políticas que garantam emprego e autonomia às mulheres (LETTIERE-VIANA *et al.*, 2020).

A autonomia torna-se imprescindível, para que possam também participar ativamente na tomada de decisões, a nível nacional e local, especialmente, aquelas diretamente envolvidas em cuidados de saúde, prestação de serviços e trabalho humanitário (NELAEVA, 2021).

Neste sentido, uma indicação de que a sociedade civil é uma voz importante na prevenção da violência doméstica, especialmente, em sociedades que são patriarcais e não

priorizam as questões de gênero, mais ainda, no período de pandemia é o exemplo do Quênia, que só instituiu um plano de combate à violência doméstica durante a Pandemia, após pressão social. Sua experiência mostrou que agentes comunitários de saúde treinados podem oferecer serviços de prevenção e controle para vítimas de violência doméstica para grupos marginalizados que não têm acesso à *Internet* ou telefone. O desafio permanece em equipar estes agentes comunitários de saúde, com equipamentos de proteção individual, bem como, facilitar o transporte e garantir seus salários (AHMED *et al.*, 2021)

No Brasil, ações advindas da articulação de movimentos sociais e feministas para o combate à violência doméstica, que visam garantir a segurança alimentar e financeira de mulheres vulneráveis, desnudam a fragilidade das políticas públicas federais e estaduais no contexto da Pandemia. Citam-se como exemplos: Mães de Pachanamá, na Paraíba; Abayomi – Coletiva de mulheres negras, também da Paraíba; coletivo Mulher eu sou, grupo de capoeiristas de Belo Horizonte e o coletivo Mulheres na Ciência (GOMES; CARVALHO, 2021).

Porém, dado que a violência contra a mulher não é um problema específico de cada país, é premente que haja instrumentos internacionais fortalecidos para combatê-la (BARBARA *et al.*, 2022; NELAEVA, 2021). Os órgãos da ONU, bem como os tribunais regionais, são importantes atores em um debate global sobre os direitos das mulheres. No entanto, urge que seja evidenciada a questão da intersectorialidade globalmente. É impossível separar a questão da violência dos direitos sociais e econômicos das mulheres que incluem não apenas os direitos de autonomia financeira, mas também, questões como o acesso aos cuidados de saúde, psicológicos e aconselhamento jurídico, bem como benefícios sociais (NELAEVA, 2021).

Assim, os centros antiviolência devem adotar medidas e melhores práticas para a reintegração das mulheres no trabalho, com o reforço de políticas públicas integradas de ações, como de fato a Convenção de Istambul estabelece, a fim de possibilitar às mulheres em situação de vulnerabilidade, que não sejam expostas à violência doméstica (BÁRBARA, 2022). O fortalecimento de Organizações Não Governamentais que atuem no combate à violência contra a mulher também é elencado como importante estratégia (AZIZI, 2021).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se que a violência contra a mulher, nos seus diferentes tipos, ainda é algo muito comum e presente na sociedade atual, apesar do avanço na notificação, nos conhecimentos e políticas que visam o amparo a essas vítimas e punição dos agressores. Sobretudo, durante a Pandemia de COVID-19 e a necessidade de isolamento social, essa violência contra a mulher foi

intensificada no mundo todo. Lutar contra isso envolve esforços sustentados não só pelo governo, mas no contexto da sociedade e do indivíduo, sendo ainda, a prevenção, o maior alvo para diminuir esses casos que afetam não só a dignidade da mulher, mas da família inteira.

No âmbito de prevenção primária, a conscientização da sociedade, leis mais duras, além do autocuidado e o maior acesso às oportunidades nos aspectos econômico e social, procuram reduzir as iniquidades inerentes ao gênero através do empoderamento feminino.

A prevenção secundária envolve maior identificação, notificação e acompanhamento de casos de violência. Apesar das políticas e protocolos preconizarem medidas a serem tomadas pelos profissionais de saúde que irão notificar esses casos, ainda há possível negligência por parte destes, o que contribui para a escassez de conhecimento, e conseqüente *déficit* na formação dos profissionais de saúde, o que sugere a ampliação de ações educativas não só com esses profissionais, mas membros da sociedade civil.

Dessa forma, pode-se pressupor que é necessário dar continuidade à integração das unidades de proteção à mulher, maior divulgação nos meios de comunicação com o intuito de prevenir a violência e promover a saúde da mulher, para que ela se sinta apoiada e segura para o enfrentamento a VDCM e encontre uma equipe multiprofissional competente e integrada que lhe ajude a sair do ciclo de violência. Salienta-se ainda, a importância de ações e de políticas públicas voltadas para esta temática, assim como, a intensificação do enfrentamento à violência doméstica, no período do isolamento social.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, D. F. et al. Aspectos Éticos e Legais no Cuidado de Enfermagem às Vítimas de Violência Doméstica. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 26, n. 3, e6770015, 2017.
- AHMED, S. A. E.; CHANGOLE, J.; WANGAMATI, C. K. Impact of the COVID-19 pandemic on intimate partner violence in Sudan, Malawi and Kenya. *Reproductive Health*, 18(1), 222, s12978-021-01272-y, 2021. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01272-y>
- AZIZI, M. et al. COVID-19 Pandemic and Domestic Violence Against Women: Implications of Strategies to Protect Women. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 15(2), 2021. <https://doi.org/10.5812/ijpbs.112460>
- BARBARA, G. et al. COVID-19, Lockdown, and Intimate Partner Violence: Some Data from an Italian Service and Suggestions for Future Approaches. *Journal of Women's Health*, 2020, 29(10), 1239–1242. <https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8590>
- BARBARA, G. et al. Intimate Partner Violence in the COVID-19 Era: A Health, Psychological, Forensic and Legal Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 2022, 4973. <https://doi.org/10.3390/ijerph19094973>

- BARBOSA, J. P. M. et al. Interseccionalidade e violência contra as mulheres em tempos de pandemia de covid-19: Diálogos e possibilidades. *Saúde e Sociedade*, 30(2), 2021, e200367. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902021200367>
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes*. Brasília, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 09ago. 2021.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres*. Brasília, 2016a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2021.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres*. Brasília, 2016b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2021.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres*. Brasília, 2016c. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2021.
- BRASIL. *Mapa da violência de gênero 2019*. Disponível em <http://www.generonumero.media/mapa-da-violencia-de-genero-mulheres-67-agressao-fisica/>. Acesso em 21 de maio de 2021.
- CORTES, L. F.; PADOIN, S. M. M.; Intencionalidade da ação de Cuidar mulheres em situação de violência: contribuições para a Enfermagem e Saúde. *Escola Anna Nery*, v. 20, n. 4, 2016.
- CORTES, L. F. et al. Cuidar mulheres em situação de violência: empoderamento da enfermagem em busca de equidade de gênero. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v.36, n. esp, p. 77-84. Santa Maria, 2015.
- COSTA, F. D. et al. Aspectos éticos e legais no cuidado de enfermagem às vítimas de violência doméstica. *Rev. Texto Contexto Enferm.*, n. 26, p. 3, 2017.
- EMEZUE, C. Digital or Digitally Delivered Responses to Domestic and Intimate Partner Violence During COVID-19. *JMIR Public Health and Surveillance*, 6(3), 2020, e19831. <https://doi.org/10.2196/19831>
- FOGSTAD, H.; LANGLOIS, E. V.; DEY, T. Covid-19 and violence against women and children: Time to mitigate the shadow pandemic. *BMJ*, 2021, n2903. <https://doi.org/10.1136/bmj.n2903>
- FRASER, N. et. al. *Feminismo para os 99% Um Manifesto*. São Paulo: Boitempo, 2019.
- GOMES; M. C. A.; CARVALHO, A. B. de. Pandemia de COVID-19 e violência doméstica na conjuntura sociopolítica brasileira. *Revista Estudos Feministas*, 29(3), 2021, e74781. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2021v29n374781>

- HASSE, M.; VIEIRA, E. M. Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados. *Revista Saúde Debate*, v. 38, n. 102, p. 482-493. Rio de Janeiro, 2014.
- LETTIERE-VIANA, A. et al. Coping strategies for violence against children, adolescents and women in the context of social isolation due to covid-19: scoping review. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 30, 2021, e20200443. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0443>
- LIMA, L. A. A. et al. Marcos e dispositivos legais no combate à violência contra a mulher no Brasil. *Rev. Enf. Ref.*, Coimbra, v. serIV, n. 11, p. 139-146, dez. 2016.
- MENDES, K. D.; SILVEIRA, R. C.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out-dez. 2008.
- NELAEVA, G. Violence Against Women in Russia and Brazil: International and Domestic Responses. *BRICS Law Journal*, 8(4), 2021, 76-102. <https://doi.org/10.21684/2412-2343-2021-8-4-76-102>
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. CEPAL: 2,7 mil mulheres foram vítimas de feminicídio na América Latina e Caribe em 2017. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/cepal-27-mil-mulheres-foram-vitimas-de-feminicidio-na-america-latina-e-caribe-em-2017/>. Acesso em: 17 jun. 2021.
- ORGANIZAÇÃO PAN - AMERICANA DE SAÚDE. *Folha informativa - Violência contra as mulheres*. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5669:folha-informativa-violencia-contra-as-mulheres&Itemid=820. Acesso em: 15 mai. 2022.
- PEARSON, I. et al. Emerging responses implemented to prevent and respond to violence against women and children in WHO European member states during the COVID-19 pandemic: A scoping review of online media reports. *BMJ Open*, 11(4), 2021, e045872. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045872>
- PINTO, C. *Uma história do Feminismo*. São Paulo: Perseu Abramo, 2003. 119p.
- PISCITELLI, A. Gênero: a história de um conceito. In: ALMEIDA, H. B; SZWAKO, J (org). *Diferenças, igualdade. Berlendis & Vertecchia*: São Paulo. pp. 118 - 148, 2009.
- SAFFIOTI, H. *A Mulher na Sociedade de Classes - Mito Realidade*. São Paulo: Expressão Popular, 2013. 527 p.
- SAFFIOTI, H. I. B. *Gênero, patriarcado, violência*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abamo, 2004.
- SAFFIOTI, H. I. B. *O Poder do Macho*. São Paulo: Moderna, 1987.
- SENADO FEDERAL. *Dialogando Sobre a lei Maria da Penha*. Brasília, 2019, disponível em: <http://saberes.senado.leg.br>

- SENADO FEDERAL. *Observatório alerta para o risco de aumento da violência doméstica*. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/05/05/observatorio-alerta-para-risco-de-aumento-da-violencia-domestica-na-pandemia>. Acesso em 21 de maio de 2021.
- SILVA, C. D et al. Representação da violência doméstica contra a mulher: comparação entre discentes de enfermagem. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 39, e63935, 2018.
- SOUZA, J. E. P. *Feminicídio seguido de suicídio praticado por profissionais da segurança pública: análise de ocorrências veiculadas na imprensa brasileira, entre os anos de 2018 a 2021*. [Especialização em Segurança Pública]. AESP. Fortaleza. 2021.
- STILLWELL, S. B. et al. Searching for the Evidence Strategies to help you conduct a successful search. Searching for the Evidence Strategies to help you conduct a successful search, *American Journal of Nursing*, v. 110, p. 51–53, 2010.

SAÚDE DAS POPULAÇÕES EM TEMPOS COMPLEXOS: OLHARES DIVERSOS

Com a leitura dos 21 capítulos desta obra, preparada e revisada por professores e alunos do Grupo PESQSAÚDE – **Grupo de Pesquisa em Avaliação e Análise Estatística em Saúde Coletiva** da Universidade Estadual do Ceará - UECE que possuem reconhecida competência e qualificação na área de avaliação e análise estatística em saúde coletiva. O grupo é composto por professores e alunos (graduandos, mestrandos e doutorandos) envolvidos no processo de aprendizagem, tem compromisso ético na realização de pesquisa envolvendo saúde coletiva. Os temas abordados nesta obra acadêmica apresentam temas relacionados covid e suas estratégias de enfrentamento; violência doméstica, gênero e atenção primária; ortorexia nervosa, acesso aos sistemas de saúde e as articulações da rede de atuação a saúde no serviço de urgência e emergência; evidências científicas acerca do clareamento dental, atrofia muscular esquelética. A produção de conhecimentos pela academia alcança a tão buscada e difícil articulação da pesquisa científica com os serviços de saúde. O Grupo PESQSAÚDE, da Universidade Estadual do Ceará – UECE constitui fomento de seara neste panorama. Esta obra foi elaborada com o conhecimento teórico prático dos professores e alunos que atuam na pesquisa contribuindo com a formação estudantes, profissionais de saúde, professores, pesquisadores. E que todos possam desfrutar de uma excelente leitura.

Cybelle Façanha Barreto Medeiros Linard

