

PESQUISAS E AÇÕES EM Saúde Pública

Edição V

Organizadores:

Camilla Castro de Almeida
Guilherme Barroso L. De Freitas


EDITORA
PASTEUR

Pesquisas e Ações em Saúde Pública

Edição V

Organizadores

Camilla Castro de Almeida

Guilherme Barroso L. De Freitas



2022

2022 by Editora Pasteur
Copyright © Editora Pasteur

Editor Chefe:

Dr Guilherme Barroso Langoni de Freitas

Corpo Editorial:

Dr. Alaercio Aparecido de Oliveira (Faculdade INSPIRAR, UNINTER, CEPROMEC e Força Aérea Brasileira)

Ana Karolina Santos Góes

(Universidade Estadual do Centro-Oeste - PR)

Dra. Aldenora Maria Ximenes Rodrigues

MSc. Aline de Oliveira Brandão (Universidade Federal de Minas Gerais - MG)

MSc. Bárbara Mendes Paz

(Universidade Estadual do Centro-Oeste - PR)

Dr. Daniel Brustolin Ludwig

(Universidade Estadual do Centro-Oeste - PR)

Dr. Durinézio José de Almeida

(Universidade Estadual de Maringá - PR)

Dr. Everton Dias D'Andréa

(University of Arizona/USA)

Dr. Fábio Solon Tajra

(Universidade Federal do Piauí - PI)

Francisco Tiago dos Santos Silva Júnior

(Universidade Federal do Piauí - PI)

Dra. Gabriela Dantas Carvalho

Dr. Geison Eduardo Cambri

MSc. Guilherme Augusto G. Martins

(Universidade Estadual do Centro-Oeste - PR)

Dr. Guilherme Barroso Langoni de Freitas
(Universidade Federal do Piauí - PI)

Dra. Hanan Khaled Sleiman

(Faculdade Guairacá - PR)

MSc. Juliane Cristina de Almeida Paganini

(Universidade Estadual do Centro-Oeste - PR)

Dra. Kátia da Conceição Machado

(Universidade Federal do Piauí - PI)

Dr. Lucas Villas Boas Hoelz

(FIOCRUZ - RJ)

MSc. Lyslian Joelma Alves Moreira

(Faculdade Inspirar - PR)

Dra. Márcia Astrês Fernandes

(Universidade Federal do Piauí - PI)

Dr. Otávio Luiz Gusso Maioli

(Instituto Federal do Espírito Santo - ES)

Dr. Paulo Alex Bezerra Sales

MSc. Raul Sousa Andreza

MSc. Renan Monteiro do Nascimento

MSc. Talita Cristina Moreira Moraes

(Centro Universitário Uniguairacá)

Dra. Teresa Leal

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Editora Pasteur, PR, Brasil)

F866 FREITAS, GUILHERME BARROSO LANGONI DE
Pesquisas e Ações em Saúde Pública.
FREITAS, G.B.L. de & ALMEIDA, C.C.de. - Irati: Pasteur, 2022.
1 livro digital; 198p.; ed. V; il.

Modo de acesso: Internet

ISBN 978-65-815-4929-9

<https://doi.org/10.29327/565999>

1. Medicina 2. Ciências da Saúde 3. Saúde Pública

I. Título.

CDD 610

CDU 61

Prefácio

A Editora Pasteur apresenta com muito prazer a 5ª edição da coletânea de capítulos sobre Saúde Pública. Essa é uma área de interesse internacional, onde comunidades com realidades diversas trocam experiências com o objetivo de reduzir custos e prestar a melhor cobertura possível em políticas públicas que atendam o maior número de pessoas. Por ser tratar de uma área multidisciplinar, nossas edições sempre contam com a participação de profissionais e estudantes das áreas de Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Odontologia e Psicologia.

A leitura deste material destina-se a todos os profissionais, estudantes, pesquisadores e interessados na área de Saúde Pública. A compreensão dos problemas e de projetos dentro deste campo proporciona ampliar os horizontes sobre novos projetos que podem ser implantados em suas regiões ou mesmo em locais carentes de iniciativas eficientes. Promoção à saúde e prevenção de doenças, políticas implementadas, estudos epidemiológicos e de gestão em saúde poderão ser encontrados nesta nova edição. Esperamos que tenham uma leitura agradável e parabenizamos os autores por suas pesquisas e redações.

Guilherme Barroso L. De Freitas

*Dr. Prof. Dpto. Bioquímica e Farmacologia
Universidade Federal do Piauí (UFPI)
Diretor Científico do Grupo Pasteur*



Sumário

CAPÍTULO 1	A FIBROSE CÍSTICA: REVISÃO DE LITERATURA	1
CAPÍTULO 2	FORMANDO FISIOTERAPEUTAS PARA ATENDER ÀS DEMANDAS DA SAÚDE COLETIVA E DA ATENÇÃO PRIMÁRIA	6
CAPÍTULO 3	DIVULGAÇÃO DA SAÚDE NA REABERTURA DO COMÉRCIO PÓS-PANDEMIA	14
CAPÍTULO 4	INVESTIGANDO PERDAS URINÁRIAS EM POPULAÇÕES ADSCRITAS: UMA PROPOSTA PARA AS EQUIPES DE SAÚDE	21
CAPÍTULO 5	O ACESSO À SAÚDE POR PESSOAS TRANSGÊNERO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	27
CAPÍTULO 6	A ENFERMAGEM NO ACOLHIMENTO A IDOSOS EM FOZ DO IGUAÇU-PR	32
CAPÍTULO 7	SÍNDROME PÓS-COVID: NOVO DILEMA DA ATUALIDADE	41
CAPÍTULO 8	AUTOCONHECIMENTO DE FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR ENTRE TABAGISTAS E EX-TABAGISTAS	49
CAPÍTULO 9	A PSICOLOGIA NA LINHA DE FRENTE: A PRÁTICA DO PSICÓLOGO NA CAMPANHA DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19	57
CAPÍTULO 10	ACOMPANHAMENTO DA MENINGITE ENTRE ADULTOS NO BRASIL NOS ANOS DE 2017-2021	62
CAPÍTULO 11	ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE: ENFOQUE AOS GRUPOS VULNERÁVEIS	67
CAPÍTULO 12	TUBERCULOSE NA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE	72
CAPÍTULO 13	A PERDA DE SEGUIMENTO E O ATRASO NO DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	79
CAPÍTULO 14	INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA DA HANSENÍASE NO ESTADO DE GOIÁS: UMA PESQUISA SOBRE O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA DOENÇA	86
CAPÍTULO 15	USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS ENTRE ADOLESCENTES NO BRASIL: ASPECTOS, CUIDADO E ACOMPANHAMENTO	93
CAPÍTULO 16	IDOSOS ADOECIDOS DE TUBERCULOSE: DESAFIO PARA AS PRÁTICAS DE CUIDADOS PRIMÁRIOS À SAÚDE	102
CAPÍTULO 17	EDUCAÇÃO EM SAÚDE: PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PULMÃO	111
CAPÍTULO 18	POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE VOLTADA AO PÚBLICO TRANS: REVISÃO INTEGRATIVA	116
CAPÍTULO 19	OS PROCESSOS ÉTICOS E JUDICIAIS ENFRENTADOS PELOS ENFERMEIROS NO ÂMBITO HOSPITALAR DO BRASIL	127

Sumário

CAPÍTULO 20	TERAPIA NUTRICIONAL NA DEPRESSÃO E EM OUTRAS DOENÇAS CRÔNICAS ASSOCIADAS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA VOLTADA PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	135
CAPÍTULO 21	ANÁLISE DO IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA	145
CAPÍTULO 22	CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS COM PÉ DIABÉTICO	153
CAPÍTULO 23	ACESSO E ACOLHIMENTO DE PESSOAS TRANS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	162
CAPÍTULO 24	A ESPIRITUALIDADE E A RELIGIOSIDADE COMO INSTRUMENTOS DO CUIDADO PALIATIVO NA SAÚDE PÚBLICA	168
CAPÍTULO 25	EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO COMBATE ÀS VERMINOSES NAS UNIDADES DE SAÚDE	181
CAPÍTULO 26	O MODELO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NA ATUAÇÃO DO GESTOR HOSPITALAR	187

Capítulo 1

A FIBROSE CÍSTICA: REVISÃO DE LITERATURA

ALLANA VICTÓRIA PEREIRA ALVES⁷
ALYXANDRE SILVA DE ANDRADE²
ANA CARLA ISABELITA DE LIMA⁵
ELIZABETH FECHINE CRUZ³
GABRIEL DIAS OLIVEIRA¹
GULHERME ANDRADE DE AZEVEDO¹
HALANA MARIA DE ALENCAR FONSECA⁵
ISADORA MAYSIA DE SOUZA¹
KÉSIA HADASSA ALBUQUERQUE MATIAS¹
LAMARCK DANIEL LACERDA DE SOUSA¹
MARIA CECÍLIA ALENCAR DE AMORIM³
MARIA EDUARDA MOREIRA FONSÊCA MEDEIROS¹
NATÁLIA SOFIA CRUZ LACERDA³
ROGÉRIO DE ARAÚJO MEDEIROS⁴
TAYNARA SOUZA SANTOS³
THAÍS VASCONCELOS BATISTA DOS SANTOS⁶
THALES MYLLER DE OLIVEIRA ALMEIDA¹

1. *Discente – Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.*
2. *Discente – Medicina do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ.*
3. *Discente – Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba – FCM-PB.*
4. *Cirurgião Pediátrico – Universidade Estadual do Piauí – UESPI.*
5. *Discente – Medicina da Faculdade Nova Esperança – FACENE MOSSORÓ.*
6. *Discente – Medicina da Faculdade de Medicina de Olinda – FMO.*
7. *Discente – Centro Universitário Maurício de Nassau – UNINASSAU – PE.*

PALAVRAS-CHAVE

Saúde pública; Fibrose cística; Atenção básica.



INTRODUÇÃO

A fibrose cística é uma doença genética, rara e ainda sem cura. Também chamada de doença do beijo salgado ou mucoviscidose devido ao fato de que o muco é viscoso, ou seja, as secreções do organismo são mais espessas do que o normal, dificultando a sua eliminação. Trata-se de uma doença de origem genética, transmitida de pais portadores para seus filhos. Não é uma doença contagiosa. Apesar de rara, no Brasil, a fibrose cística é uma das doenças raras mais comuns, atingindo um a cada 10 mil nascidos vivos no país. Em Goiás, atinge cerca de um a cada 18 mil nascidos vivos (LUGAO *et al.*, 2022).

Com o desenvolvimento científico e a melhoria da assistência aos pacientes, a sobrevida vem aumentando a cada ano. Dados de registros internacionais apontam uma sobrevida média atual de cerca de 40 anos (BRASIL, 2020).

A doença ocorre devido a alterações no gene chamado *Cystic Fibrosis Transmembrane Regulator* (CFTR), que gera um desequilíbrio na concentração de cloro e sódio nas células que produzem as secreções do corpo, como muco e suor (glândulas exócrinas). O termo beijo salgado faz sentido, pois em altas concentrações de sal no suor, é possível sentir um gosto salgado na boca ao beijar a pele de alguém com a doença (BORGES & OLIVEIRA-MONTEIRO, 2022).

O objetivo deste estudo foi relatar a epidemiologia, fisiopatologia, forma clínica, diagnóstico e tratamento da fibrose cística no Brasil e no mundo.

MÉTODO

Pesquisa bibliográfica

Este trabalho consiste em uma revisão de literatura realizada nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da

Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas quais foram utilizados os descritores “fibrose cística”, “saúde pública” e “atenção básica”. Procurou-se por artigos apresentados na íntegra, publicados no Brasil com delimitação de publicação entre os anos 2018 e 2022, sendo de língua inglesa e/ou portuguesa. Com isto, foram recuperados 207 trabalhos, dos quais 15 foram selecionados e apenas cinco enquadravam-se nos critérios de seleção descritos anteriormente.

Pesquisa através de fontes oficiais

Além das referências recuperadas, foram utilizados dados fornecidos pelo Ministério da Saúde do Brasil e pelo Instituto Nacional do Câncer a respeito da fibrose cística no Brasil, entre 2018 e 2022.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme dados fornecidos pela Cystic Fibrosis Foundation, cerca de 70 mil pessoas no mundo vivem com fibrose cística. No Brasil, no Registro Brasileiro de Fibrose Cística (REBRAFC), contabiliza-se cerca de 3.000 pessoas com a doença, mas é possível que exista muito mais pacientes sem diagnóstico e tratamento adequados.

A prevalência da faixa etária pediátrica entre os pacientes de fibrose cística é apontada como realidade de algumas regiões no mundo, entre elas a América Latina. Comparativamente, nos Estados Unidos, em 2017, dos 30.139 pacientes, 46,4% eram menores de 18 anos. Outrossim, os piores resultados ocorrem na América Latina e decorrem do menor nível socioeconômico dessa população, do acesso desigual à saúde, do baixo orçamento para saúde e da carência de organizações especializadas no tratamento da doença (BORGES & OLIVEIRA-MONTEIRO, 2022).

Ainda não há uma cura para a fibrose cística, mas há muito investimento e inúmeras pesquisas em andamento. Os recentes avanços já permitem que os pacientes vivam por mais tempo e com muito mais qualidade de vida. Para isso, o diagnóstico precoce e a adesão ao tratamento são fundamentais.

Com tratamento, a fibrose cística pode ser controlada. Hoje, um dos maiores desafios no gerenciamento da fibrose cística é alta carga de tratamento, que exige muita disciplina e horas diárias de dedicação dos pacientes, seus familiares e cuidadores. Quando a adesão ao tratamento é baixa, o impacto clínico e o agravamento da doença podem trazer consequências sérias e irreversíveis. Por isso, a adesão ao tratamento é fundamental. (LUIZAGA *et al.*, 2020).

Sinais e sintomas

Na maioria das vezes, os sintomas da fibrose cística aparecem na infância e a doença é diagnosticada cedo. No entanto, também há pessoas que quase não apresentam sintomas e que, por isso, podem ter um diagnóstico mais tardio. Em qualquer caso, o tratamento deve ser iniciado o mais rápido possível, já que previne o agravamento da doença e ajuda a controlar os sintomas, quando existem (BRASIL, 2020).

Os primeiros e principais sintomas da fibrose cística são:

- Sensação de falta de ar;
- Tosse persistente, podendo haver catarro ou sangue;
- Pele e olhos amarelados;
- Pneumonias e bronquites frequentes.

Diagnóstico

A doença pode ser identificada a partir da suspeita clínica, pelos sinais de alarme, pelo Teste do Pezinho, ou ainda por ter um parente que tem a doença. A partir da suspeita, é

solicitado o Teste do Suor, que realiza o diagnóstico da doença, além do teste genético, que confirma e especifica qual o tipo de defeito genético (mutação) que a pessoa apresenta. Ressalta-se que o Teste do Pezinho ou Teste de Triagem Neonatal é aquele obrigatório para todos os recém-nascidos, em que uma gota de sangue é retirada e enviada ao laboratório para o diagnóstico de algumas doenças. Quanto mais cedo se detectar a doença e iniciar o tratamento, melhor será a qualidade de vida do enfermo (VENDRUSCULO *et al.*, 2021).

Todos os médicos devem ficar atentos aos sinais e sintomas de alerta para a suspeita de fibrose cística, em especial os médicos pneumologistas (tosse crônica, bronquiectasias), otorinolaringologistas (sinusites recorrentes, polipose nasal), gastroenterologistas (diarreia crônica, pancreatite recorrente, insuficiência pancreática) e urologistas (infertilidade masculina) (INCA, 2020).

Tratamento

O tratamento para fibrose cística geralmente é feito com o uso de medicamentos prescritos pelo médico, fisioterapia respiratória e acompanhamento nutricional para controlar a doença e melhorar a qualidade de vida da pessoa.

Além disso, a cirurgia também pode ser alternativa em alguns casos, principalmente quando ocorre obstrução de algum canal ou quando ocorrem complicações respiratórias graves (BRASIL, 2020).

Prevenção

Não há maneiras de prevenir a doença, mas o diagnóstico precoce e o seguimento adequado com as terapias medicamentosas (medicamentos orais e inalatórios) e não medicamentosas (fisioterapia respiratória, atividade física, nutrição adequada, higiene mental), além da detecção precoce e abordagem das complicações podem

fazer toda a diferença, promovendo uma vida com uma melhor qualidade. Assim, a campanha Setembro roxo (**Figura 1.1**) tem como intuito a conscientização e diagnóstico precoce desta doença (BORGES & OLIVEIRA-MONTEIRO, 2022).

Figura 1.1. Campanha Setembro roxo



Fonte: MUITOS SOMOS RAROS, 2018.

CONCLUSÃO

Nesse contexto, a fibrose cística possui maior incidência em pacientes na faixa etária infantil (MUCHA *et al.*, 2020). A fibrose cística é uma doença genética, ainda sem cura, provocada por mutações cromossômicas e que pode afetar vários sistemas, dentre os quais o respiratório e o digestivo são os mais comumente atingidos. Além disso, através da literatura revisada foram identificadas dificuldades na adesão ao tratamento e demandas de atendimento psicológico não assistidas em pacientes e seus cuidadores familiares. A ausência de profissional de Psicologia nas equipes multiprofissionais configura um prejuízo frente às condições psicológicas dos pacientes de fibrose cística e seus cuidadores familiares (BORGES & OLIVEIRA-MONTEIRO, 2022).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BORGES, C.C. & OLIVEIRA-MONTEIRO, N.R. Problemas internalizantes e externalizantes de crianças e adolescentes com fibrose cística. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 42, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fibrose cística atinge 1 a cada 10 mil nascidos vivos no Brasil. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 10 set. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/comunicacao/noticias/fibrose-cistica-atinge-1-a-cada-10-mil-nascidos-vivos-no-brasil>. Acesso em: 06 mar. 2022.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA. Saúde do Homem. Inca, 11 nov. 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/campanhas/cancer-de-prostata/2020/saude-do-homem>. Acesso em: 06 mar. 2022.
- LUGAO, R.S. *et al.* Association of sleep disorders with heart rate variability in children and adolescents with cystic fibrosis. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 40, 2022.
- LUIZAGA, C.T.M. *et al.* Trends in prostate cancer mortality in the state of São Paulo, 2000 to 2015. *Revista de Saúde Pública*, v. 54, 2020.
- MUCHA, F.C. *et al.* Força muscular respiratória e qualidade de vida em crianças e adolescentes com fibrose cística. *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 27, p. 377, 2020.
- MUITOS SOMOS RAROS. Setembro roxo: fibrose cística conta com atividades de conscientização em todo o Brasil. Muitos Somos Raros, 05 set. 2018. Disponível em: <https://muitossomosraros.com.br/2018/09/setembro-roxo-fibrose-cistica-counta-com-atividades-de-conscientizacao-em-todo-o-brasil/>. Acesso em: 06 mar. 2022.
- VENDRUSCULO, F.M. *et al.* Cystic fibrosis in Brazil: achievements in survival. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 47, 2021.

Capítulo 2

FORMANDO FISIOTERAPEUTAS PARA ATENDER ÀS DEMANDAS DA SAÚDE COLETIVA E DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

NATHALIA DE SOUZA ABREU FREIRE¹
PATRÍCIA CARDOSO CLEMENTE¹
CLÁUDIA MARIA MANEIRA NETTO MOURA²

1. Fisioterapeuta e docente. Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.
2. Bióloga e docente. Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

PALAVRAS-CHAVE

Educação; Fisioterapia; Atenção primária à saúde.



10.29327/565999.5-2

INTRODUÇÃO

A formação do fisioterapeuta contempla habilidades e competências para atuar em todos os níveis de atenção à saúde de indivíduos e populações, conforme as diretrizes do Conselho Nacional de Educação e demandas do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2002). Contudo, historicamente este profissional é percebido como alguém focado na reabilitação, atuando prioritariamente mediante problema de saúde já existente e suas sequelas funcionais (FREITAS, 2006; PORTES *et al*, 2011).

Esta visão limitada e enviesada do âmbito de atuação do fisioterapeuta é influenciada por múltiplos fatores e ajustá-la às demandas do SUS e às diretrizes do Conselho Nacional de Educação é dever das entidades de classe, dos profissionais e, sobretudo, das instituições de ensino superior (IES), a partir da revisão e readequação curricular e da formação de egressos com competências e habilidades para atuar em todos os níveis de atenção à saúde (BAENA & SOARES, 2012; SILVA & ROS, 2007).

Este trabalho tem por objetivos refletir sobre a formação do fisioterapeuta, suas habilidades e competências para atuar em diferentes cenários e contextos sociais e apresentar a experiência de uma IES na inserção precoce de estudantes de Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde (APS).

MÉTODO

Trata-se de um estudo de reflexão sobre a formação do fisioterapeuta e o perfil do egresso para atender às diferentes demandas da Saúde Coletiva, em especial da APS.

Em adição, apresenta a experiência de uma IES do interior de Minas Gerais que há mais de 15 anos adota a inserção precoce de estudantes de Fisioterapia na APS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Formação do fisioterapeuta e seus reflexos no perfil dos egressos: contextualização histórica

A fisioterapia sedimentou-se como profissão no Brasil com a implantação do curso de Fisioterapia, em 1951, no Instituto Central do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP), o qual formava técnicos em fisioterapia em um período de dezoito meses (MARQUES & SANCHES, 1994). Sendo a formação e o perfil profissional influenciados pela organização dos serviços, valores sociais e modelo econômico (BISPO JÚNIOR, 2009), a prática dos egressos naquela época – período de industrialização acelerada e surto de pólio-mielite – era voltada para uma assistência predominantemente reabilitadora, sobretudo aos sequelados por poliomielite e acidentes de trabalho (REBELATTO & BOTOMÉ, 1999; BISPO JÚNIOR, 2009), de forma que pudessem reinserir-se no mercado de trabalho como força produtiva (BISPO JÚNIOR, 2009).

A importância da formação do fisioterapeuta foi evidenciada primeiramente pela elaboração do Parecer 388/63 que reconheceu os cursos de Fisioterapia, estabeleceu currículo mínimo com duração de três anos e determinou que os profissionais formados fossem designados técnicos em fisioterapia. Foi promulgado, anos mais tarde, o Decreto-lei nº 938 de 13 de outubro de 1969, reconhecendo a Fisioterapia como profissão de nível superior e definindo a execução de métodos e técnicas fisioterapêuticas como competência exclusiva deste profissional. Os Conselhos Federal e Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional somente foram instituídos em 1975, com a Lei nº 6.316. A responsabilização e a normatização formal da profissão aconteceram através do Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional aprovado pela resolução COFFITO 10 de

1978. Em fevereiro de 1983, foi promulgada a Resolução nº 4, fixando novo currículo mínimo e duração dos Cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (MARQUES & SANCHES, 1994).

Tais documentos, embora importantes à estruturação da profissão e à delimitação da área de atuação profissional, evidenciam a Fisioterapia como uma profissão centrada na reabilitação, com prática voltada principalmente à assistência aos indivíduos com patologia, disfunção ou lesão já instalada. Não há registros nestes documentos que vislumbre a prevenção ou promoção da saúde em nível individual ou coletivo – exceção feita ao Código de Ética Profissional – o que cerceia a prática profissional e restringe-a à reabilitação (BISPO JÚNIOR, 2009).

Ao longo dos anos o número de cursos de fisioterapia no Brasil cresceu. Acredita-se que pela tentativa estatal de estimular a inserção de indivíduos em cursos de nível superior, bem como ao respeito, reconhecimento e valorização social alcançados pelo profissional e pela profissão. Porém, tal expansão não se fez uniforme. Aparenta ter sido pautada em reduzido planejamento e regulação e aconteceu à custa do incentivo às instituições privadas em detrimento das públicas, haja vista o elevado percentual de cursos nas regiões Sul e Sudeste, centros onde há predomínio de instituições privadas (BISPO JÚNIOR, 2009; NEVES *et al.*, 2007).

Em 1988 inicia-se a implantação do SUS, visando reorganizar os serviços públicos de saúde no Brasil. Tal sistema tem por princípios efetividade, eficiência, equidade, aceitabilidade, acessibilidade e adequabilidade dos serviços (MOREIRA *et al.*, 2007) e objetiva colocar a saúde ao alcance de todos os cidadãos, de modo que a Constituição Federal de 1988 seja cumprida no que tange à saúde como um direito de todos e dever do Estado. Esta reestruturação

do modelo de assistência à saúde foi motivada por mudanças no perfil epidemiológico, bem como por questões políticas, econômicas e ideológicas e culminou com a necessidade de redefinir responsabilidades e prática profissional (BISPO JÚNIOR, 2010; FREITAS, 2006; NEVES & ACIOLI, 2011), passando de uma abordagem exclusivamente reabilitadora e centrada no indivíduo e na cura para outra eminentemente preventiva calcada na coletividade e no controle de riscos (BISPO JÚNIOR, 2010).

Assim, em 2002, o Conselho Nacional de Educação estabeleceu novas diretrizes curriculares para os cursos de graduação da área de saúde (BRASIL, 2002), asseverando que ao longo de sua formação os estudantes devem ser estimulados a construir habilidades e competências para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, inclusive o primário (NEVES & ACIOLI, 2011; BRASIL, 2002; DELAI & WISNIEWSKI, 2011).

No que tange à fisioterapia, estas diretrizes foram fundamentais na redução da expressividade do modelo biomédico altamente tecnicista e pouco humanizado de modo que a formação do fisioterapeuta contemple aspectos relativos também à prevenção de agravos e promoção da saúde individual e coletiva (PORTES *et al.*, 2011; DELAI & WISNIEWSKI, 2011). Assim, esta nova proposta pontuou a necessidade de repensar a atuação profissional sob a ótica da saúde coletiva, acompanhando ao longo do tempo a saúde de usuários adstritos, responsabilizando-se por eles com objetivo maior de modificar o quadro social e sanitário brasileiro (BISPO JÚNIOR, 2010; FREITAS, 2006; PORTES *et al.*, 2011; DELAI & WISNIEWSKI, 2011).

Desde então, segundo as diretrizes curriculares, a formação do fisioterapeuta deve contemplar competências e habilidades essen-

ciais para a excelência do cuidado e dos processos de trabalho, incluindo gestão e assistência em saúde. Entre elas, merecem destaque (1) atuar em todos os níveis de atenção, (2) tomar decisões de modo crítico e reflexivo baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis, (3) manter adequada comunicação com pacientes e entre os pares, (4) exercer liderança efetiva junto às equipes de trabalho, (5) administrar e gerir recursos e equipes com foco na qualidade do cuidado e (6) desenvolver a capacidade de aprender continuamente.

Em adição, competências e habilidades específicas desejáveis para atuar no âmbito da Saúde Coletiva, também preconizadas nas diretrizes curriculares, incluem (1) atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente, (2) reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar para garantir a integralidade da assistência, (3) contribuir para a manutenção da saúde, bem-estar e qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidades, (4) realizar consultas, avaliações e reavaliações com foco no diagnóstico e no plano de intervenção fisioterapêutica, (5) trabalhar de forma articulada ao contexto social, (6) desempenhar atividades de planejamento, organização e gestão de serviços de saúde, (7) prestar esclarecimentos, dirimir dúvidas e orientar indivíduos e famílias e (8) referenciar o paciente a outros pontos da rede, sempre que necessário, entre outras (BRASIL, 2002).

Embora real, a atuação do fisioterapeuta na APS é ainda incipiente. A produção científica nesta seara tende a apresentar resultados de experiências isoladas e não direciona caminhos para inserção e ações concretas deste profissional na APS (NEVES & ACIOLI, 2011; PORTES *et al.*, 2011; DELAI & WISNIEWSKI, 2011; SILVA & ROS, 2007). Há inclusive estudos apontando a reduzida compreensão que estudantes e até mesmo professores de gra-

duação em fisioterapia têm do papel do fisioterapeuta na APS (DELAÍ & WISNIEWSKI, 2011; SILVA & ROS, 2007; NAVES & BRICK, 2011). A análise de 21 estudos publicados em revistas indexadas em bases de dados em saúde apontou diretrizes para nortear, ampliar e favorecer a reflexão das práticas fisioterapêuticas neste âmbito da saúde, tais como a) conduzir visitas domiciliares em caráter interdisciplinar; b) promover ações em saúde pautadas na promoção e prevenção; c) não conduzir os grupos de educação segundo a patologia que identifica seus participantes, mas conforme suas necessidades específicas; d) fundamentar sua atuação na interdisciplinaridade e na integralidade da atenção à saúde dos indivíduos; e) adotar a intersetorialidade e o sistema de referência e contrarreferência nas práticas diárias (PORTES *et al.*, 2011). Muitas destas diretrizes foram posteriormente corroboradas (BISPO JÚNIOR, 2010).

Visando atender às recentes demandas de políticas públicas e, concomitantemente, assegurar espaço profissional no nível primário de atenção à saúde, instituições representativas de classe e de ensino superior fomentaram a participação do fisioterapeuta nesta seara (FREITAS, 2006; NEVES & ACIOLI, 2011; PORTES *et al.*, 2011). Todavia, apesar da recente publicação da Lei nº 14.231 que inclui os profissionais fisioterapeuta e terapeuta ocupacional na estratégia de saúde da família (BRASIL, 2021), a formação e a capacitação de fisioterapeutas para atender a esta demanda constitui-se ainda hoje um desafio, considerando os muitos currículos em que ainda predomina a formação tecnicista focada na reabilitação, com disciplinas direcionadas à saúde coletiva ou saúde pública eminentemente teóricas ou com a inserção do estudante na APS ocorrendo somente no período de estágio (FREITAS, 2006; BISPO JÚNIOR, 2009).

Em adição, a modificação da grade curricular dos cursos já implantados é morosa e demanda tempo até sua conclusão, de modo que é comum encontrar cursos nos quais vigora mais de uma grade curricular. Além disso, é preciso considerar a limitada clareza que gestores, equipes de saúde e usuários do serviço tendem a ter sobre o papel do fisioterapeuta no contexto da Saúde Coletiva e da APS. Como resultado, registra-se elevado número de profissionais disponíveis no mercado, mas incapazes de suprir adequadamente as necessidades de saúde de indivíduos e populações que requerem assistência de baixa complexidade fundamentada, especialmente, em tecnologias leves e leve-duras sob a ótica da saúde comunitária (SERIANO *et al.*, 2013; SILVA & ROS, 2007; NAVES & BRICK, 2011).

Programa integrador: metodologia ativa integrando teoria e prática no contexto da atenção primária

Uma alternativa para modificar em médio e longo prazo a realidade em que fisioterapeutas não estão capacitados para atender às necessidades de saúde básicas da população, seria aproximá-los enquanto estudantes da APS, ação experimentada em algumas instituições de ensino superior, objetivando a indissociabilidade entre teoria-prática, a integração da Academia ao meio social local e regional, bem como a integração entre os diferentes cursos (NEVES & ACIOLI, 2011).

Esta é a proposta do Programa Integrador, um importante eixo dos projetos pedagógicos dos cursos de uma instituição de ensino superior de uma cidade do interior de Minas Gerais. Seu funcionamento implica em uma parceria entre a IES e a Secretaria de Saúde da prefeitura local e compreende a integração de estudantes dos cursos de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Odontologia e Medicina. Estes estudantes, sob

supervisão de um professor-facilitador e integrados às equipes das unidades básicas de saúde (UBS), desenvolvem ações que lhes propiciam a) inserção em contextos reais de aprendizagem, por meio de ações em diferentes comunidades, b) integração aos serviços de saúde no contexto do SUS, c) desenvolvimento de ações preventivas e de promoção da saúde em parceria com as equipes interprofissionais, d) estímulo à capacidade de observação e registro do meio sociocultural dos dados sobre as condições de vida e de saúde da população e saneamento básico, e) identificação das características da população local, bem como suas demandas. Esse processo de ensino-aprendizagem permite que os profissionais em formação se capacitem para responder adequadamente demandas individuais e comunitárias no âmbito da APS, acompanhando e realizando ações por meio de equipes interprofissionais.

Os estudantes de Fisioterapia desenvolvem, de modo integrado com outros estudantes e profissionais das equipes, ações voltadas aos usuários adscritos à área de abrangência das UBS em seus domicílios, no espaço físico da unidade e nos recursos sociais locais, sob supervisão de professores que atuam como facilitadores do processo de ensino-aprendizagem.

Ações com enfoque coletivo ou individual, conforme as demandas locais, têm foco na educação em saúde com vistas à promoção e prevenção de agravos. Tal aproximação permite a vivência de um confronto experiencial real, o raciocínio crítico quanto ao processo de trabalho e à atuação profissional, buscando pautá-la em evidências científicas, e a atuação para tentar modificar a realidade previamente observada, perpetuando assim um ciclo virtuoso de ação profissional voltado a atender demandas individuais e coletivas continuamente mutáveis no contexto da atenção básica.

Nesse contexto, estudantes são incentivados a promover cuidado integral e pautado na interação e a integração de diferentes profissões e especialidades. Para tanto, é primordial pactuar, previamente, os limites e as responsabilidades de cada profissional para que as relações interpessoais e interprofissionais sejam mantidas em níveis satisfatórios. Além disso, como a gestão do cuidado é preferencialmente realizada por equipes de referência que contam com apoio matricial, oferecendo suporte especializado e técnico-pedagógico, requer vínculo entre os profissionais e depende de processos de trabalho eficientes. Para isso, os processos de trabalho intra e intersetoriais precisam ser continuamente avaliados e ajustados em benefício da qualidade do cuidado oferecido (PORTES *et al.*, 2011; BAENA & SOARES, 2012).

Nesse sentido, o estudante e futuro fisioterapeuta egresso deve responsabilizar-se por ações no sentido de (1) identificar necessidades de saúde, (2) identificar os determinantes sociais que potencialmente se relacionam às condições agudas, limitações e prejuízos funcionais, (3) intervir para minimizar a expressão negativa dos determinantes sociais sobre a saúde de indivíduos e populações no contexto domiciliar e ocupacional. Quando em outros pontos da rede tem potencial para contribuir com a saúde individual e coletiva, processo de trabalho, educação em saúde e gestão utilizando-se, sobretudo, de tecnologias leves e leve-duras.

Em sua rotina de trabalho, deve colocar em prática a Clínica Ampliada, na medida em que constrói o diagnóstico terapêutico em parceria com os outros membros da equipe conforme as necessidades de saúde, e o Projeto Terapêutico Singular, construindo as propostas terapêuticas para indivíduos ou comunidades de forma interdisciplinar. Além disso, deve contribuir com o apoio matricial para as equipes.

Necessariamente, deve intervir para melhorar a funcionalidade quando limitações e prejuízos funcionais já estiverem presentes. Todas as ações devem ser permeadas por atividades de educação em saúde com o propósito de sanar dúvidas, orientar e construir conhecimentos a partir do saber individual e coletivo favorecendo o protagonismo, a autorresponsabilização e a autonomia individual e coletiva para o cuidado em saúde.

No que diz respeito à prática, além da cinesioterapia, o fisioterapeuta pode se utilizar dos recursos ditos convencionais, como eletro, foto e termoterapia, e de recursos relacionados às práticas integrativas e complementares. Desta forma, contribuirá para a redução das situações de riscos à saúde e vulnerabilidade da população do território e incentivará a integralidade, a efetividade e a qualidade do cuidado. Além disso, o fisioterapeuta também pode contribuir com as equipes através do planejamento de ações, coordenação das equipes e avaliação das intervenções (BAENA & SOARES, 2012).

CONCLUSÃO

Ao longo da imersão na APS, os estudantes de Fisioterapia ampliam a visão do processo de saúde-doença, pois consolidam a compreensão de que o adoecer ancora-se em mecanismos que perpassam as esferas biológica, psicológica, social, cultural e ambiental e que uma abordagem terapêutica preventiva e de promoção da saúde para ser efetiva deve considerar não só o indivíduo, mas também seu contexto de vida.

Acredita-se que estes estudantes, quando egressos, possuem recursos cognitivos e habilidades técnicas compatíveis à atuação na APS de modo a atender as demandas do SUS e de seus usuários. Por fim, estima-se que a inserção de fisioterapeutas em UBS e/ou em Núcleos de Atenção à Saúde da Família com capacitação e

perfil para atuar na APS possa repercutir, em médio e longo prazo, na redução das demandas para a atenção secundária e dos custos da assistência à saúde, bem como na implementação efetiva dos princípios que fundamentam o SUS, sobretudo a acessibilidade, a integralidade e a equidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BAENA, C.P. & SOARES, MCF. Subsídios reunidos junto à equipe de saúde para a inserção da fisioterapia na Estratégia Saúde da Família. *Fisioterapia em Movimento*, v. 25, p. 419, 2012.
- BISPO JÚNIOR, J.P. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. *História, Ciências, Saúde*, v. 16, p. 655, 2009.
- BISPO JÚNIOR, J.P. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, p. 1627, 2010.
- BRASIL. Conselho Federal de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. Brasília: Ministério da Educação e Cultura, 2002.
- BRASIL. Lei nº 14.231, de 28 de outubro de 2021. Inclui os profissionais fisioterapeuta e terapeuta ocupacional na estratégia de saúde da família. Brasília, DF, out. 2021.
- DELAI, K.D. & WISNIEWSKI, M.S. Inserção do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, p. 1515, 2011.
- FREITAS, M.S. A atenção básica como campo de atuação da Fisioterapia no Brasil: as diretrizes curriculares resignificando a prática profissional [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Estado Rio de Janeiro, 2006.
- MARQUES, A.P. & SANCHES, E.L. Origem e evolução da fisioterapia: aspectos históricos e legais. *Fisioterapia e Pesquisa*, v.1, p. 5, 1994.
- MOREIRA, C.F. *et al.* Instrumento para aferir a satisfação do paciente com a assistência fisioterapêutica na rede pública de saúde. *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 14, p. 37, 2007.
- NAVES, C.R. & BRICK, V.S. Análise quantitativa e qualitativa do nível de conhecimento dos alunos do curso de fisioterapia sobre a atuação do fisioterapeuta em saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, p. 1525, 2011.
- NEVES, C.E.B. *et al.* Acesso, expansão e equidade da educação superior: novos desafios para a política educacional brasileira. *Sociologias*, v. 9, p. 124, 2007.
- NEVES, L.M.T. & ACIOLI, G.G. Desafios da integralidade: revisitando as concepções sobre o papel do fisioterapeuta na equipe de Saúde da Família. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 15, p. 551, 2011.
- PORTES, L.H. *et al.* Atuação do fisioterapeuta na Atenção Básica à Saúde: uma revisão da literatura brasileira. *Revista de APS*, v. 14, p. 111, 2011.
- REBELATTO, J. R. & BOTOMÉ, S. P. Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais. 2. ed. São Paulo: Manole, 1999.
- SERIANO, K.N. *et al.* Percepção de estudantes do curso de fisioterapia sobre sua formação profissional para atuação na atenção básica no Sistema Único de Saúde. *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 20, p. 250, 2013.
- SILVA, D.J. & ROS, A.M. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, p. 1673, 2007.

Capítulo 3

A DIVULGAÇÃO DA SAÚDE NA REABERTURA DO COMÉRCIO PÓS-PANDEMIA

ARIELLY KARLA DE ANDRADE LIRA¹
MARÍLIA GONÇALVES MADUREIRA²

1. Pós-graduada – Análises Clínicas e Microbiologia do Instituto Pedagógico Brasileiro.
2. Tutora do Polo de Petrolina-PE.

PALAVRAS-CHAVE

Coronavírus; Reabertura; Comércio.



10.29327/565999.5-3

INTRODUÇÃO

Em um cenário mundial onde escolas, trabalhos e eventos foram paralisados devido a um microrganismo, tornou-se fundamental a maior preocupação quanto à saúde. O coronavírus (Covid-19), um vírus de RNA com alta capacidade de disseminação, foi, em 2019, o responsável pela pandemia, ou seja, a transmissão de um microrganismo entre diferentes países (SIEDNER *et al.*, 2020; CORONAVIRIDAE STUDY GROUP OF THE INTERNATIONAL COMMITTEE ON TAXONOMY OF VIRUSES, 2020). O vírus foi descoberto na cidade de Wuhan, na China no final de 2019, sendo registrado pela primeira vez no Brasil, no estado de São Paulo, em fevereiro de 2020.

A Covid-19 é uma das maiores preocupações entre os microbiologistas e profissionais de saúde desde sua descoberta. Por ser rapidamente transmitido, através de saliva ou suor, e causar sintomas como febre e tosse em mais de 80% dos pacientes, se tornou um problema mundial por elevar os números de internações hospitalares (PERNAMBUCO, 2020a; MELEGARO *et al.*, 2011). Assim, em meio ao caos mundial, profissionais de diversas áreas se viram tendo que adaptar seus modelos de negócio a uma nova conjuntura.

Neste novo contexto, a fim de evitar a alta disseminação do vírus pela pandemia, os governos de vários países do mundo decretaram o isolamento social, um período em que toda a população deveria se resguardar em casa (BEZERRA *et al.*, 2020). Os serviços essenciais, tais como farmácias, hospitais e supermercados, deram prosseguimento em atendimento especial para a população isolada. Porém, no mês de agosto de 2020, foi decretada a reabertura gradual no Brasil, para trazer novamente a economia à ativa (BELANDI, 2020; PORSSE *et al.*, 2020).

Desde então, vários empresários sentiram a necessidade de qualificar seus funcionários, dedicando tempo na divulgação de informações para garantir menores prejuízos na reativação do comércio (BARBOSA *et al.*, 2021). Reuniões, estudos e orientações foram realizados e, assim, os funcionários puderam observar que uma reabertura com riscos menores de transmissão seria possível. Foi realizada, então, no mês de setembro de 2020, a volta do comércio e de atividades presenciais em empresas particulares, estabelecidas com base em orientações do governo (PERNAMBUCO, 2020b; SCALES *et al.*, 2021).

Sob a orientação do Ministério da Saúde, medidas de prevenção foram incentivadas. As máscaras assumiram um grande papel na proteção individual, o álcool gel foi amplamente utilizado para diminuir a carga viral e os apertos de mão foram substituídos por termômetros (NOTARI & TORRIETI, 2020; BRASIL, 2020a; MOSSONG *et al.*, 2008). Os estabelecimentos foram encontrando novas formas para reabertura, com maior distanciamento entre clientes e divulgação de informações educativas, a fim de garantir a proteção de seus funcionários.

Portanto, profissionais de diversos setores, tais como comerciários, advogados, professores e engenheiros, tiveram que pesquisar sobre esse vírus, fazendo mudanças estruturais. É visível, nos mais diversos locais, o quanto a readaptação esteve ou não dentro de um modelo benéfico a todos quando há materiais preventivos (BRASIL, 2020b; BARRETO *et al.*, 2020). A falta de preparo dos profissionais destes setores pode influenciar diretamente na renda.

Sem uma educação dos profissionais e o uso de equipamentos de proteção individual (EPIs), como luva, máscara, touca, *face shield*, entre outros, os clientes não se sentiram seguros a retornar a tal estabelecimento (OGUNJIMI *et al.*, 2009). Além disso, se não usado corretamente,

mente, este material cai como um custo extra ao empregador, gerando desperdício de investimentos. Sem proteção, além dos clientes, os profissionais não se sentiram seguros para ir ao trabalho (TESLYA *et al.*, 2020; DUARTE *et al.*, 2020).

Os custos para prevenção dos funcionários são mais baixos do que o afastamento destes após a contaminação pelo vírus. Os custos se elevam exponencialmente ao incluírem o valor para assistência prestada aos funcionários com sequelas pós-contaminação, como também àqueles que ainda sentem receio no retorno das atividades presenciais, como assistência psicológica familiar ou individual (KELAHHER *et al.*, 2020; SHERMAN *et al.*, 2020).

O objetivo deste estudo foi identificar como os empresários do comércio têm capacitado seus funcionários nesse momento desafiador, relacionando as informações que estes forneceram a presente pesquisa com a sensação de segurança no acesso a EPIs no trabalho.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa do tipo qualitativo observacional (LUDKE & ANDRÉ 1986), realizada no período de agosto a dezembro de 2020.

Utilizou-se como instrumento de coleta de dados um questionário aplicado via *Google Forms*, onde os participantes responderam perguntas objetivas e pessoais como: idade, sexo e cidade em que trabalham; e também, profissionais: porte da empresa que fazem parte e área de trabalho no comércio.

Os entrevistados foram convidados a participar, de forma anônima, por meio das redes sociais, por onde receberam o link para responder ao questionário.

Foi aplicado um questionário em 31 participantes de diversas cidades do estado de

Pernambuco, Juazeiro-BA e Valparaíso de Goiás-GO.

Em âmbito profissional, os respondentes relataram ser de diversas áreas, como: atendimento direto, gerenciamento e escritório, educação, fotografia, prestação de serviço, laboratório e cargas.

A busca por referencial teórico ocorreu nas bases de dados SciELO e PubMed, bem como em portarias da área relativa ao tema. Os resultados foram apresentados em tabela e gráfico e de forma descritiva, abordando o acesso dos funcionários aos EPIs e equipamentos de uso coletivo, como termômetros, a instrução na utilização de pias e a disponibilização de álcool em gel/líquido para a higiene das mãos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Benefícios do uso de EPIs

A pandemia do novo coronavírus trouxe, dentre outras descobertas, a importância da prevenção para diminuição dos riscos à saúde do trabalhador. Tendo isto em vista, os profissionais de atendimento ao público necessitam de EPIs para sua proteção.

Sobre a contaminação no local de trabalho, 25 participantes disseram sentir medo de contraírem a doença. Esse medo pode estar relacionado à falta de comunicação sobre como se prevenir e, conseqüentemente, à falta de cuidados (BITENCOURT & ANDRADE, 2021).

Quando o funcionário não possui meios de prevenção pode encontrar-se mais suscetível aos agravamentos do vírus. Desta forma, uma higiene adequada pode ser efetivada tanto pelo uso do álcool em gel quanto da utilização frequente de água e sabão. Dos respondentes, 11 relataram que não foram instruídos sobre a diferença entre os materiais para higienização.

O uso do álcool e do sabão com água destrói potencialmente a patogenicidade do vírus. O revestimento das camadas protetoras do microrganismo é lesado, o que gera benefícios na prevenção (SEQUINEL *et al.*, 2020).

O uso de EPIs é preconizado pelo Ministério da Saúde, logo, a utilização de máscaras descartáveis ou de pano é um fator importantíssimo na prevenção do Covid-19 (NOTARI & TORRIETI, 2020). Porém, como demonstrado na **Tabela 3.1**, tais EPIs ainda não estão sendo amplamente ofertados. Apenas dez participantes, do total de 31, receberam o *face shield* (protetor facial) na empresa.

Apesar das empresas não estabelecerem essas medidas como prioritárias, o uso do álcool gel e sabão com água continuam sendo meios importantes para evitar a transmissão viral. Embora não tenham acesso aos variados materiais de prevenção, o risco de contaminação pode ser driblado pela higienização adequada (WHO, 2020; OGUNJIMI *et al.*, 2009).

Para evitar fatores agravantes em uma pandemia, o uso do termômetro foi uma medida cautelar. O uso do medidor de temperatura torna-se indispensável, visto que, sem este, é impossível detectar quando funcionários são possíveis focos de transmissão do vírus. O elevado grau de temperatura possibilita identificar quando o corpo está exposto a um potencial patógeno, o que não ocorre apenas nos sintomas do coronavírus, mas também de outros microrganismos (GAETA *et al.*, 2018).

Quando o paciente é infectado, a falta de assistência psicológica pode se relacionar à falta de disposição destes trabalhadores em retornar às atividades (CANUTO *et al.*, 2020). Os funcionários acometidos com o Covid-19 não receberam assistência médica em 22 empresas pesquisadas. Foi descrito, ainda, que apenas cinco dos participantes receberam assistência psicológica no retorno às atividades presenciais.

Assim, salienta-se a necessidade de investimento em saúde física e psicológica neste período (BITENCOURT & ANDRADE, 2021).

Ainda sobre orientações aos funcionários, 26 participantes relataram que receberam orientações sobre o uso de máscaras de pano ou descartáveis durante o expediente (83,9%). O uso da máscara como fator de prevenção se dá pelo seu material, que cria uma barreira aos microrganismos invisíveis a olho nu. O material deve ser descartável, como a N-95, ou de tecido, com duas camadas para aumentar a proteção contra o vírus (SANTOS-SILVA *et al.*, 2020; KONDA *et al.*, 2020).

Entretanto, o uso da máscara por tempo indeterminado faz com que as barreiras sejam diminuídas, facilitando a entrada do vírus. A troca de máscaras é, portanto, de grande importância para evitar a contaminação. Dentre os entrevistados, 22 pessoas afirmaram ter recebido orientações sobre a troca da máscara utilizada após 2h, como orientam os órgãos de vigilância sanitária (MOSSONG *et al.*, 2008).

Ao serem perguntados sobre os cuidados que os funcionários têm no retorno para suas casas, apenas 23 relataram que procuram trocar de roupas e calçados a fim de evitar a contaminação dos familiares. A troca dos materiais descartáveis, como touca, máscaras e luvas, e a descontaminação de roupas e objetos pessoais (chaves, óculos, celulares e etc) diminui a exposição de terceiros a superfícies que o coronavírus pode ter se fixado, o que pode durar até três dias a depender do material (FIOCRUZ, 2020).

Diante do exposto, de maneira geral, o presente artigo evidenciou a importância da comunicação de saúde para os funcionários do comércio. Ademais, ressaltou os cuidados que os trabalhadores devem ter a fim de diminuir o foco da transmissão viral.

Tabela 3.1. O seu local de trabalho fornece máscaras, álcool gel, *face shield* (protetor facial de plástico) ou água e sabão para os funcionários?

Itens descritos	Números de respondentes que declararam ter acesso aos itens no trabalho
Máscara descartável	17 (54,8%)
Álcool gel/líquido	28 (90,3%)
<i>Face shield</i> (protetor facial)	10 (32,3%)
Pia com água e sabão	20 (64,5%)

Gráfico 3.1. Percepção dos entrevistados sobre o receio da contaminação no ambiente de trabalho



CONCLUSÃO

Retomando o objetivo do presente estudo, que foi relacionar a capacitação dos funcionários frente à pandemia do novo coronavírus ao uso de EPIs para o retorno eficaz ao trabalho, ressalta-se que o supracitado uso de EPIs produz uma falsa sensação de segurança.

Apesar de muitas empresas disponibilizarem o álcool em gel e tantos outros equipamentos, é evidenciado que muitos funcionários ainda não são assegurados. O risco de contaminação é ainda maior entre os funcionários quando estes

estão sem os materiais necessários para evitar a disseminação viral.

Deste modo, destaca-se que muitos investimentos ainda podem ser feitos a fim de promover a saúde de forma adequada, evitando maiores riscos à saúde do trabalhador e o atraso na reabertura do comércio.

O presente artigo torna-se relevante por salientar a importância do uso de EPIs, relacionando-os ao sentimento de segurança nos funcionários durante o período da reabertura do comércio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARBOSA, F.H. *et al.* Desempenho setorial em cenário de Covid-19. *Economia em Dia*, 2021. Disponível em: https://www.economiaemdia.com.br/BradescoEconomiaEmDia/static_files/pdf/pt/publicacoes/cenario_setorial/Cenario_setorial_jun-20_V1.pdf. Acesso em: 05 nov. 2021.
- BARRETO, M.L. *et al.* O que é urgente e necessário para subsidiar as políticas de enfrentamento da pandemia de COVID-19 no Brasil? *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 23, 2020.
- BELANDI, C. Indústria cresce em 12 locais em agosto e seis superam patamar pré-pandemia. IBGE, 08 out. 2020. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/29080-industria-cresce-em-12-locais-em-agosto-e-seis-superam-patamar-pre-pandemia>. Acesso em: 05 nov. 2020.
- BEZERRA, A.C.V. *et al.* Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 2411, 2020.
- BITENCOURT, S.M. & ANDRADE, C.B. Trabalhadoras da saúde face à pandemia: por uma análise sociológica do trabalho de cuidado. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, p. 1013, 2021.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Ministério da Saúde regulamenta medidas de isolamento e quarentena. Ministério da Saúde, 13 mar. 2020a. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/03/ministerio-da-saude-regulamenta-medidas-de-isolamento-e-quarentena>. Acesso em: 05 dez. 2020.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 356 de 11 de março de 2020. Dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que estabelece as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19). *Diário Oficial da União*, 12 mar. 2020b.
- CANUTO, P. *et al.* Covid-19 e o psicológico dos trabalhadores de saúde: uma pandemia oculta. *Psicologia, Saúde & Doenças*, v. 21, p. 661, 2020.
- CORONAVIRIDAE STUDY GROUP OF THE INTERNATIONAL COMMITTEE ON TAXONOMY OF VIRUSES. The species severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2. *Nature Microbiology*, v. 5, p. 536, 2020.
- DUARTE, M.Q. *et al.* COVID-19 e os impactos na saúde mental: uma amostra do Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, 2020.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ. Quanto tempo o coronavírus permanece ativo em diferentes superfícies? Fiocruz, 16 jun. 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/pergunta/quanto-tempo-o-coronavirus-permanece-ativo-em-diferentes-superficies>. Acesso em: 20 nov. 2020.
- GAETA, N.C. *et al.* Serological investigation of antibodies against respiratory viruses in calves from Brazilian family farming and their relation to clinical signs of bovine respiratory disease. *Pesquisa Veterinária Brasileira*, v. 38, p. 642, 2018.
- KELAHAR, C. *et al.* How do we find a “new normal” for industry and business after COVID-19 shut downs? *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, v. 62, p. 531, 2020.
- KONDA, A. *et al.* Aerosol filtration efficiency of common fabrics used in respiratory cloth masks. *ACS Nano*, v. 14, p. 6339, 2020.
- LUDKE, M. & ANDRÉ, M.E.D.A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.
- MELEGARO, A. *et al.* What types of contacts are important for the spread of infections? Using contact survey data to explore European mixing patterns. *Epidemics*, v. 3, p. 143, 2011.
- MOSSONG, J. *et al.* Social contacts and mixing patterns relevant to the spread of infectious diseases. *PLOS Medicine*, 25 mar. 2008. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.0050074>. Acesso em: 17 nov. 2020.
- NOTARI, A. & TORRIERI, G. COVID-19 transmission risk factors. *MedRxiv Preprint*, 12 may 2020.
- PERNAMBUCO. Sobre a doença. Governo do Estado de Pernambuco, 2020a. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#sintomas>. Acesso em: 28 set. 2020.
- PERNAMBUCO. Plano de convivência: atividades econômicas Covid-19. Governo do Estado de Pernambuco, 05 jun. 2020b. Disponível em: <https://www.pecontracoronavirus.pe.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/plano-de-flexibilizacao-pe-coletiva-05-06-2020-1.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2020.
- PORSSE, A.A. *et al.* Impactos econômicos da COVID-19 no Brasil. Curitiba, 06 abr. 2020.
- OGUNJIMI, B. *et al.* Using empirical social contact data to model person to person infectious disease transmission: An illustration for varicella. *Mathematical Biosciences*, v. 218, p. 80, 2009.
- SANTOS-SILVA, P.R. *et al.* During the coronavirus (Covid-19) pandemic, does wearing a mask improve or worsen physical performance? *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, v. 26, 2020.
- SCALES, D. *et al.* The Covid-19 infodemic: applying the epidemiologic model to counter misinformation. *The New England Journal of Medicine*, v. 385, p. 678, 2021.
- SEQUINEL, R. *et al.* Soluções a base de álcool para higienização das mãos e superfícies na prevenção da Covid-19: compêndio informativo sob o ponto de vista da química envolvida. *Química Nova*, v. 43, p. 679, 2020.

SHERMAN, A.C. *et al.* Mental health outcomes associated with the COVID-19 pandemic: Prevalence and risk factors in a southern US state, *Psychiatry Research*, v. 293, 2020.

SIEDNER, M.J. *et al.* Social distancing to slow the US COVID-19 epidemic: longitudinal pretest–posttest comparison group study. *PLOS Medicine*, 11 aug. 2020. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1003244>. Acesso em: 10 dez. 2020.

TESLYA, A. *et al.* Impact of self-imposed prevention measures and short-term government-imposed social

distancing on mitigating and delaying a COVID-19 epidemic: a modelling study. *PLOS Medicine*, 21 jul. 2020. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1003166>. Acesso em: 10 dez. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Water, sanitation, hygiene, and waste management for SARS-CoV-2, the virus that causes COVID-19. WHO, 29 jul. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/item/WHO-2019-nCoV-IPC-WASH-2020.4> Acesso em: 10 dez. 2020.

Capítulo 4

INVESTIGANDO PERDAS URINÁRIAS EM POPULAÇÕES ADSCRITAS: UMA PROPOSTA PARA AS EQUIPES DE SAÚDE

NATHALIA DE SOUZA ABREU FREIRE¹

JUSSARA REGINA MARTINS²

DENISE ROCHA RAIMUNDO LEONE³

1. *Fisioterapeuta e docente – Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.*

2. *Enfermeira e docente – Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.*

3. *Enfermeira e docente – Sociedade de Ensino Superior Estácio de Sá/ Centro Estácio Universitário Juiz de Fora. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.*

PALAVRAS-CHAVE

Incontinência urinária; Atenção primária à saúde; Estratégia saúde da família.



10.29327/565999.5-4

INTRODUÇÃO

Com o envelhecimento populacional, doenças crônicas não transmissíveis tornam-se um desafio para a Saúde Pública. Entre elas, as incontinências esfincterianas, em especial a incontinência urinária por sua elevada prevalência (BERLEZI *et al.*, 2009).

Em virtude da alta prevalência e impacto pessoal e social negativo, considera-se a incontinência urinária um problema de Saúde Pública, de modo que políticas públicas nesta seara são necessárias e prementes (BERLEZI *et al.*, 2009; MATOS *et al.*, 2019). Por outro lado, embora a atenção primária seja a porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, a observação da rotina de atendimento das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) evidencia que a investigação de possíveis perdas urinárias não é adequadamente realizada, o que pode denotar despreparo profissional para detectar o problema, crença de que perdas urinárias são um problema de menor importância ou comum com o avançar da idade, falta de interesse público ou mesmo uma associação destes fatores (TOMASI *et al.*, 2017).

Em adição, o fato de poucas mulheres se consultarem sobre perdas urinárias retarda o diagnóstico, compromete o bom prognóstico e dificulta o acesso ao tratamento. Esta realidade salienta a necessidade de busca ativa e de capacitação profissional para a detecção das perdas, sobretudo no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) por ser ela o primeiro ponto de acesso dos usuários ao SUS (TOMASI *et al.*, 2017; STEIN *et al.*, 2019; DUARTE *et al.*, 2021).

Diante do exposto, este trabalho tem por objetivo refletir sobre as abordagens preventiva, diagnóstica e terapêutica às pessoas com incontinência urinária, ou com risco aumentado de desenvolvê-la, assistidas na APS.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de reflexão, baseado em sólido referencial teórico, acerca da potencial abordagem aos indivíduos com incontinência urinária assistidos em Unidades Básicas de Saúde (UBS), sobretudo àquelas vinculadas à ESF.

Em adição, pretende ser uma proposta exequível com a finalidade de prevenir perdas urinárias, triar, avaliar e tratar usuários incontinentes no âmbito da Atenção Básica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Definição e epidemiologia da incontinência urinária

Define-se por incontinência urinária qualquer relato de perda involuntária de urina. Há dois tipos principais: a incontinência urinária de esforço e a incontinência urinária de urgência. Na primeira, o vazamento de urina está associado à realização de esforços físicos, já na segunda o escape da urina se relaciona à desejos intensos e repentinos do desejo de urinar (MINASSIAN *et al.*, 2008; AOKI *et al.*, 2017).

A incontinência urinária é um dos gigantes da Geriatria e da Gerontologia, afetando negativamente a qualidade de vida de milhares de indivíduos, sobretudo do sexo feminino, em todo o mundo. Tende a agravar-se com a idade e pode gerar comprometimentos psicológicos, higiênicos e restrições no convívio social e na sexualidade, bem como impactar de forma negativa no desempenho físico (MATOS *et al.*, 2019; AOKI *et al.*, 2017) e na qualidade de vida (MATOS *et al.*, 2019; AOKI *et al.*, 2017; SABOIA *et al.*, 2017).

Nos Estados Unidos da América (EUA) estima-se que a taxa de prevalência de mulheres com incontinência urinária seja de 17,1% (WU *et al.*, 2014). Já no Brasil, o real impacto financeiro da incontinência urinária para os

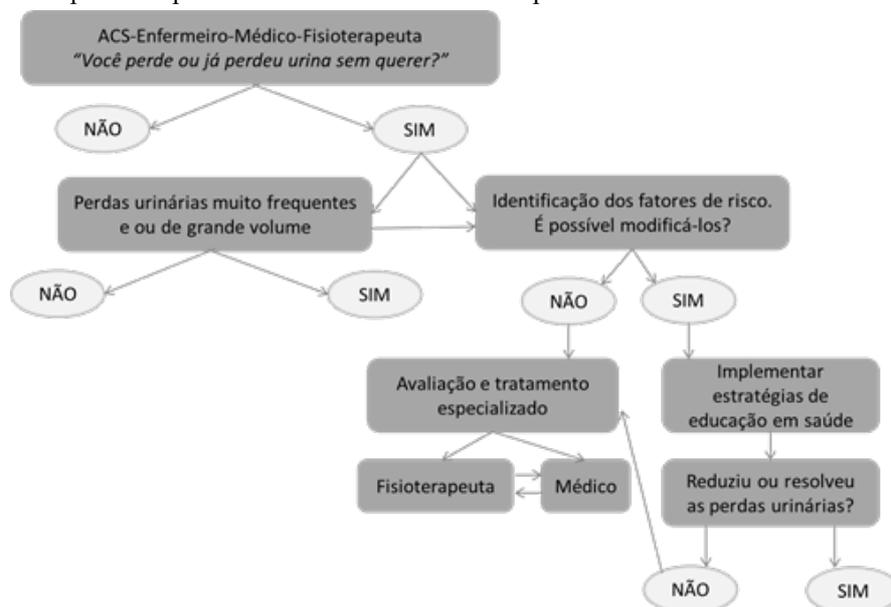
sistemas de saúde público e privado é incerto, inclusive por este ser um problema subnotificado. Porém estima-se que seja bastante elevado, dada a morbidade emocional e até mesmo o número de afastamentos do trabalho associados a esta condição clínica (CARNEIRO *et al.*, 2017; CESAR *et al.*, 2020).

Restritos são os estudos brasileiros de prevalência da incontinência urinária na abrangência da atenção primária, o que reforça a necessidade de mais estudos nesta seara. Ademais, ressalta-se que, em sua maioria, as publicações relacionadas à incontinência urinária no âmbito da atenção primária são fruto de ações desenvolvidas através de parcerias entre instituições de ensino e serviços públicos ou de ações eventuais das equipes de saúde. Isto evidencia a necessidade de estimular ações com este foco, como parte do escopo do processo de trabalho das equipes, bem como a captação e a publicação dos dados com objetivo de fortalecer o corpo de evidências acerca deste importante tema (MATOS *et al.*, 2019; TOMASI *et al.*, 2017; DUARTE *et al.*, 2021; CESAR *et al.*, 2020; ALVARENGA-MARTINS *et al.*, 2017; VAUGHAN *et al.*, 2018).

Abordagem terapêutica às pessoas com incontinência urinária na Atenção Primária à Saúde: proposta para as equipes de saúde

Considerando os deveres inerentes ao profissional de saúde inserido na atenção básica e sabendo que o arsenal para identificação das perdas urinárias requer reduzido custo e tempo de aplicação, infere-se que a adequada detecção de eventuais perdas poderia facilmente ser implantada no nível primário de atenção à saúde. Para tanto, é fundamental capacitar adequadamente os profissionais das equipes de saúde - agentes comunitários de saúde (ACS), enfermeiros e médicos - para a abordagem, avaliação e assistência ao usuário com incontinência urinária, conforme suas habilidades e competências próprias. Além disso, seria conveniente a presença do fisioterapeuta junto à equipe de saúde (TOMASI *et al.*, 2017; DUARTE *et al.*, 2021; VAUGHAN *et al.*, 2018; VALENÇA *et al.*, 2016; GIBSON & WAGG, 2017; VERDEJO *et al.*, 2016). Uma proposta de ação nesse sentido está apresentada no fluxograma (Figura 4.1) abaixo.

Figura 4.1. Fluxo simplificado para busca ativa de usuários com perdas urinárias no contexto das unidades de saúde



Os profissionais da equipe (ACS, médico e enfermeiro), por ocasião das visitas domiciliares ou consultas realizadas em consultório, deveriam questionar usuários de qualquer gênero e idade sobre episódios de perda urinária, independente do motivo do contato profissional-usuário. Mediante resposta afirmativa, duas estratégias são necessárias: identificar a frequência e o volume (quanto mais frequente e/ou volumosa, maior a gravidade) e identificar os fatores de risco intrínsecos e extrínsecos relacionados às perdas (TOMASI *et al.*, 2017; DUARTE *et al.*, 2021; AOKI *et al.*, 2017; CARNEIRO *et al.*, 2017; VAUGHAN *et al.*, 2018; GIBSON & WAGG, 2017; VERDEJO *et al.*, 2016).

A identificação da gravidade das perdas urinárias fornece indícios para a condução da abordagem terapêutica mais adequada, na medida em que perdas mais brandas possibilitam à equipe de saúde um plano de cuidados menos urgente, com período de tempo mais elástico para a verificação do quanto a modificação dos fatores de risco interferiu nas perdas urinárias. Por outro lado, escapes urinários mais graves sugerem a necessidade de avaliação e tratamento especializado mais precoce, talvez realizado concomitantemente à tentativa de modificação dos fatores de risco (DUARTE *et al.*, 2021; CARNEIRO *et al.*, 2017; CESAR *et al.*, 2020; GIBSON & WAGG, 2017).

Realizar a identificação de pessoas com incontinência urinária na APS é uma estratégia eficiente, pois promove qualidade de vida relacionada à saúde e evita o agravamento da doença. Para tanto, podem ser utilizados instrumentos como o *Incontinence Severity Index* e o *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form*, ambos traduzidos e validados para utilização na população brasileira, de fácil aplicabilidade e análise, e que podem ser úteis para esta

finalidade (TAMANINI *et al.*, 2004; PEREIRA *et al.*, 2011).

Como a incontinência urinária tem etiologia multifatorial, torna-se necessário identificar entre os fatores intrínsecos e extrínsecos aqueles potencialmente modificáveis. Neste sentido, vale informar que o tratamento da incontinência inclui a terapia comportamental, que contempla estratégias para a adoção de hábitos de vida mais saudáveis, e que o sucesso da terapia comportamental está diretamente relacionado à redução das perdas urinárias. Sua execução é altamente viável no contexto da APS e exige predominantemente tecnologias leves (TOMASI *et al.*, 2017; VAUGHAN *et al.*, 2018; VERDEJO *et al.*, 2016).

Neste contexto, vale utilizar de abordagens de educação em saúde para a modificação de comportamentos e hábitos visando o controle esfinteriano mais efetivo. Estas podem ser realizadas por todos os profissionais da APS, seja por ocasião das visitas domiciliares, consultas ou mesmo na sala de espera na unidade de saúde. Além da informação verbal, recursos como cartazes e panfletos podem otimizar a abordagem. Abordar este tema em reuniões realizadas além do espaço físico da unidade de saúde, como em recursos sociais locais, pode fomentar a participação social e a estruturação de vínculo entre os participantes (TOMASI *et al.*, 2017; VAUGHAN *et al.*, 2018; VERDEJO *et al.*, 2016).

Caso a educação em saúde não tenha alcançado resultados relevantes no controle urinário ou em situações de perdas urinárias mais volumosas ou frequentes, o usuário deve ser encaminhado para médico e fisioterapeuta que farão avaliação mais específica fundamentada na história clínica e no exame físico. Questionários de qualidade de vida podem ser utilizados e exames como ultrassom, urofluxograma e urodinâmica, por vezes, são úteis. A

avaliação detalhada indicará a melhor estratégia terapêutica, a qual deve ser realizada, preferencialmente, no nível primário ou secundário de atenção à saúde (STEIN *et al.*, 2019; VALENÇA *et al.*, 2016; VERDEJO *et al.*, 2016; SANTOS & VAZ, 2018). Pacientes não responsivos às intervenções iniciais devem ser encaminhados ao nível terciário para avaliação e determinação do procedimento cirúrgico apropriado (FELDNER JUNIOR *et al.*, 2006).

A investigação e a potencial abordagem terapêutica de mulheres com incontinência urinária no âmbito da APS exigirão capacitação dos profissionais por meio de educação continuada e ou permanente, inclusive entre profissionais da própria equipe ou entre equipes de outras unidades. Em adição, adaptações no processo de trabalho conforme a realidade de cada região são fundamentais para otimizar as competências profissionais e a rotina da assistência oferecida. Estima-se que tal ajuste no processo de trabalho seja de simples execução e possibilite a identificação das perdas urinárias nos contatos de rotina entre profissionais e usuários (TOMASI *et al.*, 2017; STEIN *et al.*,

2019; DUARTE *et al.*, 2021; GIBSON & WAGG, 2017; CESAR *et al.*, 2020; ALVARENGA-MARTINS *et al.*, 2017; SANTOS & VAZ, 2018).

CONCLUSÃO

Infere-se que a detecção precoce e a abordagem terapêutica das perdas urinárias são viáveis na APS. Estima-se que esta conduta possibilita a busca ativa e a triagem dos casos não notificados bem como a adoção de estratégias de ação/intervenção com potencial de favorecer acesso ao tratamento, melhora da qualidade de vida e menores gastos do sistema de saúde com tratamento especializado.

É necessária, contudo, a capacitação dos profissionais envolvidos na APS, incluindo ACS, enfermeiros e médicos, para abordagem adequada e precoce da incontinência urinária. Além disso, é importante que estes profissionais pautem suas ações na intersetorialidade e encaminhem os sujeitos com maior gravidade para serviços de atenção secundária e terciária, sobretudo, para serviços especializados de fisioterapia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVARENGA-MARTINS, N. *et al.* Incontinência urinária: uma análise à luz das políticas de envelhecimento. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, v. 11, p. 1189, 2017.
- AOKI, Y. *et al.* Correction: urinary incontinence in women. *Nature Reviews Disease Primers*, v. 3, e17097, 2017.
- BERLEZI, E.M. *et al.* Incontinência urinária em mulheres no período pós-menopausa: um problema de saúde pública. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 12, p. 159, 2009.
- CARNEIRO, J.A. *et al.* Prevalência e fatores associados à incontinência urinária em idosos não institucionalizados. *Cadernos de Saúde Coletiva*, v. 25, p. 268, 2017.
- CESAR, J. A. *et al.* Incontinência urinária entre idosos: um estudo em áreas pobres do norte e nordeste do Brasil. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 42, p. 231, 2020.
- DUARTE, N.S. *et al.* Características e abordagem da queixa de perda urinária na prática clínica na atenção primária em saúde: estudo transversal. *The Brazilian Journal of Development*, v. 7, p. 37104, 2021.
- FELDNER JUNIOR, P.C. *et al.* Diagnóstico clínico e subsidiário da incontinência urinária. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 28, p. 54, 2006.
- GIBSON, W. & WAGG, A. Incontinence in the elderly, “normal” ageing, or unaddressed pathology? *Nature Reviews Urology*, v. 14, p. 440, 2017.
- MATOS, M.A.B. *et al.* As repercussões causadas pela incontinência urinária na qualidade de vida do idoso. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, v. 11, p. 567, 2019.
- MINASSIAN, V.A. *et al.* Urinary incontinence in women: variation in prevalence estimates and risk factors. *Obstetrics & Gynecology*, v. 111, p. 324, 2008.
- PEREIRA, V.S. *et al.* Translation and validation into portuguese of a questionnaire to evaluate the severity of urinary incontinence. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 33, p. 182, 2011.
- SABOIA, D.M. *et al.* Impacto dos tipos de incontinência urinária na qualidade de vida de mulheres. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 51, e03266, 2017.
- SANTOS, R.E.R. & VAZ, C.T. Conhecimento de profissionais da atenção primária à saúde sobre a abordagem terapêutica na incontinência urinária feminina. *HU Revista*, v. 43, p. 239, 2018.
- STEIN, S.R. *et al.* Entendimento da fisioterapia pélvica como opção de tratamento para as disfunções do assoalho pélvico por profissionais de saúde da rede pública. *Revista de Ciências Médicas*, v. 27, p. 65, 2019.
- TAMANINI, J.T.N. *et al.* Validação para o português do “International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form” (ICIQ-SF). *Revista de Saúde Pública*, v. 38, p. 438, 2004.
- TOMASI, A.V.R. *et al.* Incontinência urinária em idosas: práticas assistenciais e proposta de cuidado âmbito da atenção primária de saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 26, 2017.
- VALENÇA, M.P. *et al.* Cuidados de enfermagem na incontinência urinária: um estudo de revisão integrativa. *Estima*, v. 14, p. 430, 2016.
- VAUGHAN, C.P. *et al.* Report and research agenda of the American Geriatrics Society and National Institute on Aging Bedside-to-Bench Conference on urinary incontinence in older Adults: a translational research agenda for a complex geriatric syndrome. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 66, p. 773, 2018.
- VERDEJO, C. *et al.* La disfunción del tracto urinario inferior en el paciente mayor. *Medicina Clínica*, v. 147, p. 455, 2016.
- WU, J.M. *et al.* Prevalence and trends of symptomatic pelvic floor disorders in U.S. women. *Obstetrics & Gynecology*, v. 123, p. 141, 2014.

Capítulo 5

O ACESSO À SAÚDE POR PESSOAS TRANSGÊNERO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

NATÁLIA RODRIGUES DO NASCIMENTO¹
SARAH JÚLIA VAZ E ANDRADE²
YHASMINE CAMPOS REZENDE OLIVEIRA²
JOANA BEATRIZ SASSINE²
MARIANA FILGUEIRAS PEREIRA²
ISABELLE CRISTINA CAVALLEIRO LIMA²
GUILHERME ALVES VIEIRA²
GABRIEL LEÃO DE CARVALHO²
LETÍCIA LACERDA CARDOSO²
FERNANDA QUEIROZ XAVIER²
MARIANA RESENDE GUEDES³
VITOR XAVIER HELBINGEN⁴
LUIZ EDUARDO FERREIRA SANTOS⁴
TOMÁS CARDOSO YOKOZAWA⁵
ANDRESSA MAIA DE ALMEIDA⁶

1. Médica – Unidade de Pronto Atendimento de Senador Canedo.
2. Discente – Universidade de Rio Verde – Campus Rio Verde.
3. Discente – Centro Universitário Alfredo Nasser.
4. Discente – Universidade de Rio Verde – Campus Goianésia.
5. Discente – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.
6. Médica – Unidade de Pronto Atendimento de Rio Verde.

PALAVRAS-CHAVE

Transgênero; Atenção primária à saúde; Vulnerabilidade em saúde.



INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, a definição da palavra transgênero passou por inúmeras modificações. Hoje, este termo é usado para se referir àquelas pessoas que não se identificam com o sexo designado a elas durante o nascimento, ou que seu comportamento está fora do estereótipo do gênero binário atual (DIEHL *et al.*, 2017). Para maior entendimento do cenário social atual, faz-se necessário a distinção de certos termos como sexo, gênero, identidade de gênero e expressão de gênero.

O sexo diz respeito às características biológicas que diferenciam o sexo masculino do feminino (usualmente determinado pelas genitálias e no momento do nascimento). O gênero é a construção social atribuída ao sexo, ou seja, é o comportamento que a sociedade espera que o indivíduo reproduza com base em seu sexo biológico. A identidade de gênero diz respeito ao senso interno e pessoal do indivíduo quanto a seu próprio gênero. Já a expressão de gênero é a expressão de características masculinas ou femininas, independente do sexo (SEVELIUS & JENNESS, 2017).

Por fazerem parte de um grupo em que suas expressões de gênero se diferem das crenças hegemônicas do Brasil, a população transgênero (PT) tende a ser marginalizada e vítima de preconceito pela sociedade em geral, levando o país a ter uma das maiores taxas mundial de homicídio de indivíduos transgênero (COSTA *et al.*, 2018). Esses indivíduos têm direito, assim como qualquer outro cidadão, à um atendimento de saúde integralizado e gratuito, livre de desrespeito, assédio e medo. No entanto, estes pacientes frequentemente sofrem discriminação dos próprios profissionais de saúde (HINRICHS *et al.*, 2018). Esse padrão de atendimento leva a pessoa a evitar a busca de ajuda em unidades básicas de saúde, causando acesso reduzido à saúde de qualidade (COSTA *et al.*, 2018).

Thomas *et al.* (2017) apontam que a PT sofre frequentemente com uma carga exacerbada de doenças, incluindo saúde mental, sexual e saúde reprodutiva (THOMAS *et al.*, 2017). Ademais, devido à natureza multidisciplinar do cuidado desses indivíduos, é imprescindível que os profissionais se comuniquem entre si e entendam todo os aspectos da vida destes pacientes (AITKEN, 2017).

Nesse sentido, o objetivo deste trabalho foi analisar a qualidade do acesso à saúde de pessoas transgênero em uma sociedade que constantemente marginaliza e exclui essa parcela da população.

MÉTODO

Este trabalho foi uma pesquisa bibliográfica, por meio de uma revisão integrativa da literatura. Para nortear esta revisão, formulou-se a seguinte questão: as pessoas transgênero tem um bom acesso à saúde? A busca das produções científicas foi realizada nos portais de busca online Pubmed (Biblioteca Nacional de Medicina do Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram os seguintes: 1) artigos publicados nos idiomas português e inglês, com resumos disponíveis nessas bases de dados; 2) artigos publicados a partir de 2017; e 3) artigos completos disponíveis. Foram excluídos artigos que não satisfizeram os critérios de inclusão e que não abordaram especificamente a questão norteadora desta revisão. Os descritores usados foram “transgênero”, “atenção primária à saúde”, “acesso aos serviços de saúde” e “vulnerabilidade em saúde” e suas combinações. Foram encontrados 361 artigos e selecionados 11 destes. Após o levantamento, os dados foram organizados e discutidos.

A busca foi realizada por meio do acesso online em março de 2022. Os artigos encontrados

passaram por uma triagem por meio da leitura dos resumos, sendo que só foram analisados completamente aqueles artigos que atendiam aos três critérios de inclusão na amostra. Os artigos selecionados para análise foram então copiados das bibliotecas virtuais e organizados conforme a ordem de seleção. Depois disso, cada um dos artigos foi lido integralmente e os dados foram analisados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Estudos recentes apontam que a população transgênero é cinco vezes mais suscetível à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) do que a população em geral. Além disso, 40% desta população já tentou ou vai tentar suicídio em algum momento de sua vida, contra apenas 4,6% de chance de tentar suicídio para aqueles que não se identificam transgêneros (GONZALES & HENNING-SMITH, 2017). É importante apontar que, para controlar essas condições físicas e psicológicas, a PT necessita de acesso contínuo a unidades de saúde e hospitais. No entanto, esses indivíduos podem se deparar com barreiras sociais, estruturais e até mesmo econômicas para manterem esse acesso contínuo.

Kcomt (2019) aponta que frequentemente essa população é associada a um baixo nível socioeconômico devido à transfobia no momento de obter empregos e/ou ofertas de trabalho que poderiam ajudar a melhorar a qualidade de vida destes cidadãos (KCOMT, 2019). Em decorrência disso, muitos destes indivíduos não conseguem obter um plano de saúde para lidar com despesas médicas, ou se encontram totalmente dependentes do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, onde os profissionais não recebem treinamento para tratar estes pacientes adequadamente. Além disso, o SUS muitas vezes não consegue suprir todas as necessidades médicas que uma pessoa

transgênero possui, enfraquecendo ainda mais o acesso à saúde desta população.

Outro problema constantemente citado é a inadequação da documentação pessoal desta parcela da sociedade (LOMBARDI, 2001). Algumas pessoas transgênero se identificam com outro nome (além da identificação diferente de gênero), o que pode causar desconforto por parte do paciente e confusão por parte da equipe médica ao marcar e comparecer em consultas.

Allison *et al.* (2021) apontaram que a recusa ao atendimento por parte dos médicos é frequente e surge de um preconceito com a PT. Foi descrito que alguns profissionais se recusam iniciar ou concluir o exame físico, com desconforto aparente e falta de tato para tratar problemas de saúde destes indivíduos (ALLISON *et al.*, 2021).

Um estudo na Nova Zelândia mostrou que mais de um terço dos participantes evitou buscar ajuda em hospitais ou unidades de saúde com medo de desrespeito, preconceito ou falta de conhecimento por parte da equipe de saúde (ALLORY *et al.*, 2020).

Fica claro que, com este comportamento cotidiano, inúmeros cidadãos transgênero deixam de buscar ajuda adequada para evitar situações constrangedoras e não serem vítimas constantes de preconceito. Assim, o acesso à saúde de qualidade é extremamente precário por parte dessa população.

CONCLUSÃO

Este estudo demonstrou que existem inúmeras barreiras que impedem o acesso a saúde de qualidade por parte da população transgênero. Foi exposto que o preconceito e discriminação ainda são práticas frequentes na sociedade atual e nos permite levantar questionamentos de quando haverá ações eficazes para o combate destes crimes. Ademais, é necessário que não só as equipes de saúde, mas também

todo o sistema hospitalar receba melhorias e desenvolva práticas específicas para melhorar o acesso à saúde desta população tão negligenciada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AITKEN, S. The primary health care of transgender adults. *Sexual Health*, v. 14, p. 477, 2017.
- ALLISON, M.K. *et al.* Experiences of transgender and gender nonbinary patients in the emergency department and recommendations for health care policy, education, and practice. *The Journal of Emergency Medicine*, v. 61, p. 396, 2021.
- ALLORY, E. *et al.* The expectations of transgender people in the face of their health-care access difficulties and how they can be overcome: a qualitative study in France. *Primary Health Care Research & Development*, v. 21, 2020.
- COSTA, A.B. *et al.* HIV-related healthcare needs and access barriers for Brazilian transgender and gender diverse people. *AIDS and Behavior*, v. 22, p. 2534, 2018.
- DIEHL, A. *et al.* Social stigma, legal and public health barriers faced by the third gender phenomena in Brazil, India and Mexico: travesties, hijras and muxes. *International Journal of Social Psychiatry*, v. 63, p. 389, 2017.
- GONZALES, G. & HENNING-SMITH, C. Barriers to care among transgender and gender nonconforming adults. *The Milbank Quarterly*, v. 95, p. 726, 2017.
- HINRICHES, A. *et al.* Transgender and gender nonconforming patient experiences at a family medicine clinic. *Academic Medicine*, v. 93, p. 76, 2018.
- KCOMT, L. Profound health-care discrimination experienced by transgender people: rapid systematic review. *Social Work in Health Care*, v. 58, p. 201, 2019.
- LOMBARDI, E. Enhancing transgender health care. *American Journal of Public Health*, v. 91, p. 869, 2001.
- SEVELIUS, J. & JENNESS, V. Challenges and opportunities for gender-affirming healthcare for transgender women in prison. *International Journal of Prisoner Health*, v. 13, p. 32, 2017.
- THOMAS, R. *et al.* Ensuring an inclusive global health agenda for transgender people. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 95, p. 154, 2017.

Capítulo 6

A ENFERMAGEM NO ACOLHIMENTO A IDOSOS EM FOZ DO IGUAÇU-PR

VALDEVANE VIEIRA FELIZARDO¹

FABIOLA DA SILVA PEREIRA¹

FÁTIMA REGINA CIVIDINI²

1. *Enfermeira graduada pelo Instituto de Ensino Superior de Foz do Iguaçu (CESUFOZ).*
2. *Enfermeira. Doutora em Sociedade, Culturas e Fronteiras (UNIOESTE). Docente de Enfermagem no Instituto de Ensino Superior de Foz do Iguaçu (CESUFOZ).*

PALAVRAS-CHAVE

Idoso; Instituição de longa permanência para idosos; Saúde do idoso institucionalizado.



10.29327/565999.5-6

INTRODUÇÃO

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), é considerada idosa toda a pessoa que tenha 60 anos ou mais. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), houve um aumento da população idosa no Brasil. Em 2017, esta população era de 30,2 milhões de pessoas e a tendência de aumento está relacionada ao aumento da expectativa de vida. Outro fator que interfere nesta proporção está a diminuição da taxa de fecundidade (PARADELLA, 2018; IBGE, 2019).

Para atender a população idosa de maneira integral, é importante a disponibilização de serviços que supram suas demandas, principalmente no campo da saúde, da assistência social, trabalho e lazer (IBGE, 2019). Envelhecer é um direito e o Estado precisa garantir a proteção à vida através de políticas públicas que permitam a promoção dos direitos humanos (BRASIL, 2003).

No campo da Assistência Social, o Estatuto do Idoso determina medidas de proteção em caso de o idoso não conseguir se manter por conta de sua condição social, que no recorte deste estudo são as instituições de longa permanência (BRASIL, 2003). Segundo Freire *et al.* (2012). Devido ao rápido crescimento do número de idosos no Brasil, houve um grande aumento na demanda por instituições especializadas no acolhimento desse público. Observa-se que este serviço é muito complexo e, portanto, possui alto custo. No Brasil, com seu histórico de desigualdade social, percebe-se que a renda das pessoas é considerada baixa e, paradoxalmente, os custos para manutenção da vida aumentam com a idade, enquanto reajustes de aposentadorias ficam abaixo da inflação. Para que haja a garantia dos direitos das pessoas idosas que não possuem condições de manter-se independente, surgiu a necessidade de criar instituições públicas e privadas sem fins

lucrativos que realizem cuidados próprios para esta população.

As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) oferecem amparo residencial, proporcionando moradia digna para indivíduos com 60 anos ou mais. O termo ILPI foi criado pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) para designar “casas de repouso, clínicas geriátricas, asilos e abrigos, entre outras denominações” (POLTRONIERI *et al.*, 2019b, p. 217).

As instituições de acolhimento de longo prazo atuam no cuidado dos idosos que, em decorrência de necessidades especiais (sendo elas, patologias contagiosas e mentais), precisam de atendimento especial com integração de cuidados paliativos, a fim de preservar sua saúde, oferecer dignidade e diminuir seu sofrimento devido ao estágio avançado de alguma enfermidade. A institucionalização garante, em primeiro lugar, acolhimento e devidos cuidados, assim como, acesso aos recursos de saúde por conta da presença da equipe de enfermagem. Esse acesso é um fator significativo e essencial para os idosos.

Para Poltronieri *et al.* (2019b), é fundamental a garantia do acesso ao serviço nas ILPI aos idosos que se encontram com vínculos familiares fragilizados ou rompidos. Estas pessoas podem ter uma grande variedade de necessidades, bem como graus de dependência, e, muitas vezes, não têm as condições necessárias para permanecer com seus familiares por razões diversas. Também há casos em que os idosos passam por situações de negligência familiar, sofrendo abusos e maus tratos, como agressão verbal, física e outras formas de violência, até mesmo com a perda da capacidade de autocuidado.

Segundo censo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), as ILPI filantrópicas são as que mais oferecem, no território

brasileiro, cuidados de longa permanência a idosos (65,2%). Na sequência, aparecem as instituições privadas, que crescem e são aproximadamente 28,2%; por último, encontram-se as instituições públicas, com 5,2% (POLTRONIERI *et al.*, 2019b, p. 217).

Para compreender as necessidades de cuidado de forma completa, é preciso conhecer o idoso institucionalizado. Para Moraes (2012), a independência e a autonomia estão relacionadas ao funcionamento integrado dos sistemas funcionais: Cognição, Humor, Mobilidade e Comunicação. Também é importante conhecer sua história de vida. A partir do conhecimento do contexto familiar, social, econômico, das experiências, dos desejos e anseios dessa população suas necessidades de cuidado podem ser atendidas, assegurando aos mesmos sua integridade física, moral, direito à vida, à saúde, à alimentação, cultura, lazer, cidadania, liberdade e convivência comunitária, sempre de acordo com os preceitos apontados no Estatuto do Idoso (BRASIL, 2013).

Tratando-se da evolução das instituições permanentes de acolhimento não se pode esperar que os diversos profissionais que prestam serviço nesta área não se desenvolvam na mesma proporção. Para isso é de fundamental importância falar sobre a equipe multidisciplinar que atua nas diversas instituições de acolhimento.

A ILPI é uma moradia especializada, cujas funções são proporcionar assistência de enfermagem, conforme a necessidade de seus residentes e ter uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, técnicos e auxiliares de enfermagem, cuidadores qualificados e colaboradores de serviços gerais e lavanderia, nutricionista e fisioterapeuta assistindo integralmente a pessoa idosa (GONÇALVES *et al.*, 2015, p. 13).

Estes centros, de maneira geral, ficam à cargo das secretarias de Assistência Social dos municípios, que administram os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). O CREAS, que trabalha com famílias em situação de vulnerabilidade social e violação de direitos humanos, é um órgão do governo muito atuante nesta questão (FREIRE *et al.*, 2012, p. 538).

Grande parte do controle do ingresso de idosos nas instituições filantrópicas é feita pelo CREAS. Quando este serviço é informado pela instituição credenciada sobre o surgimento de vagas, é feita uma seleção dos idosos de acordo com o perfil, levando-se em conta aspectos financeiros, de saúde e da região em que a família reside (FREIRE *et al.* 2012, p. 538).

Apesar da responsabilidade das ILPI serem da assistência social, a saúde está inserida neste espaço através dos promotores do cuidado. Assim, o enfermeiro fica responsável por orientar, distribuir as atividades para a equipe e, conseqüentemente, realizar atividades gerenciais de avaliar os cuidados prestados aos pacientes, coordenar o atendimento em emergências, prestar assistência e auxílio à equipe de enfermagem nos cuidados especiais atendendo as necessidades desta população. Estas atividades envolvem um processo de cuidar que aborda um olhar integral ao paciente e, a partir das dimensões biopsicossocial e espiritual, promovem qualidade de vida a estas pessoas que demandam cuidados especiais (GONÇALVES *et al.*, 2015).

O atendimento de qualidade, respeitando a individualidade e a heterogeneidade de cada ser humano, é um desafio para as instituições de residência coletiva, em especial as que abrigam idosos. Neste contexto, a enfermagem tende a contribuir com a sua assistência de maneira valiosa, tendo em vista a natureza da profissão,

o cuidado e a convivência diária que possui com os idosos em seu trabalho.

Os enfermeiros, como profissionais comprometidos com o cuidado, tendem a refletir e produzir conhecimentos em prol da melhoria contínua da qualidade de vida, assim como da adequação dos idosos em contextos variados, buscando interatividade e vivências coletivas para os idosos institucionalizados, reconhecendo as diferentes posturas diante da vida. É necessário considerar os idosos como verdadeiros atores de sua própria vida e que, como sujeitos, todas as questões relativas a eles sejam encaradas a partir de suas perspectivas e com a participação deles.

Para isso, pretende-se responder a seguinte questão de pesquisa: “Qual a relevância da enfermagem do Lar dos Velinhos para o município de Foz do Iguaçu e Região?”. Assim, tem-se como objetivo geral descrever a importância da enfermagem na Associação de Amparo aos Idosos de Foz Do Iguaçu (Lar dos Velinhos) para o acolhimento a idosos no município de Foz do Iguaçu-PR. A partir disso, adota-se o pressuposto que o Lar dos Velinhos tem relevância social para a região de Foz do Iguaçu-PR por ser a única instituição que atende idosos que necessitam de cuidados de maneira integral e gratuita, e que a enfermagem proporciona um atendimento em saúde relevante para a manutenção da integridade biopsiossocial de seus residentes.

Desta forma, este estudo espera contribuir na comunidade acadêmica apresentando o trabalho e a relevância social da Associação de Amparo aos Idosos de Foz Do Iguaçu “Lar dos Velinhos” para a sociedade de Foz do Iguaçu-PR e região. Diante do material apresentado, é necessário escolher caminhos metodológicos que possam conduzir este estudo com para responder à pergunta de pesquisa e atender os objetivos propostos.

MÉTODO

Esta é uma pesquisa qualitativa que, para Polit e Beck (2019), tem o objetivo de compreender o fenômeno a ser investigado a partir do que foi construído pelos indivíduos envolvidos neste processo. Em concepções semelhantes, Canzonieri (2009, p. 38) descreve que a pretensão da pesquisa qualitativa é, em sua origem, “[...] compreender, em níveis aprofundados, tudo o que se refere ao homem, enquanto indivíduo ou membro de um grupo ou sociedade”.

Para alcançar os objetivos deste estudo, adota-se a pesquisa qualitativa do tipo exploratória, que, para Canzonieri (2009), tem como intenção conhecer fatos relacionados a um determinado tema. Desta forma, utilizou-se duas ferramentas para este intento: a pesquisa documental, que, para Severino (2016), inclui materiais que não passaram por nenhum tratamento analítico, ou seja, são considerados matéria-prima para análise do pesquisador, e a história oral, que, para Canzonieri (2009, p. 51), é a “valorização das memórias e recordações, é o “[...] recolhimento das informações por meio de entrevistas com o indivíduo”. O objeto deste estudo é o Lar dos Velinhos e a reconstrução da memória deste espaço e sua importância para a comunidade local.

Pretendeu-se construir uma base teórica através da técnica da documentação, que, para Severino (2016, p. 132-3), consiste em registrar e sistematizar “[...] dados, informações, colocando-os em condições de análise por parte do pesquisador”. Para isso, serão incluídos no corpus deste estudo documentos como reportagens, livros, artigos e documentos públicos que retratam a história do Lar dos Velinhos, sua relevância social e o trabalho da enfermagem no local. Como uma forma de criar a memória histórica do local, a seleção dos dados será a partir de materiais que descrevem construção,

inauguração e manutenção deste espaço e, por fim, a importância da enfermagem neste espaço de acolhimento a idosos.

Após a coleta do material, foi realizada a análise de conteúdo das informações, com base em Bardin (2016), com o objetivo de compreender os discursos apresentados pelos dados e ampliar o conhecimento com a articulação dos documentos à luz da literatura científica. Para isso, Bardin (2016) propõe propõe que esta análise seja realizada em três etapas: a) organização do material pesquisado; b) descoberta das unidades de registro, ou seja, após a leitura do material identificar quais são as principais falas dos materiais e, a partir disso, c) criação de categorias de análise para discussão das unidades de registro encontradas. A partir dos dados coletados, categorizados e inferidos, apresenta-se os resultados e discussão deste estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Lar dos Velinhos: reconstrução das memórias

A Associação de Amparo aos Idosos, conhecida também como “Lar dos Velinhos Antônio de Aguirra” foi fundada em 26 de setembro de 1983 na residência de Antônio Ayres de Aguirra, que, posteriormente, acabou nomeando a instituição. Trata-se da única e mais antiga história de entidade que acolhe idosos em situação de vulnerabilidade social no município, possui uma sede própria que foi doada pela prefeitura e presta serviço de proteção especial de alta complexidade. Assim, mostra-se como uma alternativa de espaço e cuidados específicos para essa população que tende a ser naturalmente mais dependente (ASSOCIAÇÃO DE AMPARO AOS IDOSOS DE FOZ DO IGUAÇU, S.d; PALMAR, 2018).

Figura 6.1. Entrada do Lar dos Velinhos



Fonte: ITAIPU BINACIONAL, 2020.

O foco da entidade é no acolhimento de idosos em situações de abandono, que se encontram com vínculos familiares fragilizados ou rompidos, sofrendo abusos, maus tratos e outras formas de violência, ou com a perda da capacidade de autocuidado (ASSOCIAÇÃO DE AMPARO AOS IDOSOS DE FOZ DO IGUAÇU, S.d; PALMAR, 2018). Segundo o site da Prefeitura de Foz do Iguaçu, a seleção daqueles que serão acolhidos se dá por intermédio dos CREAS, que são unidades de execução dos serviços de Proteção Social Especial (FOZ DO IGUAÇU, S.d.b).

O Lar dos Velinhos atende, no momento desta pesquisa, 59 idosos divididos em três graus de velhice: os autônomos, os que precisam de apoio e os que estão acamados. Os idosos atendidos possuem 60 anos ou mais e de ambos os sexos, sendo 70% dos leitos ocupados por idosos do sexo masculino e 30% do sexo feminino, independentes e/com diversos graus de: dependência, que não dispõem de condições para permanecer com a família, com vivência de situações de violência e negligência, em situação de rua e abandono, com vínculos familiares fragilizados ou rompidos (ASSOCIAÇÃO DE AMPARO AOS IDOSOS DE FOZ DO IGUAÇU, S.d).

O espaço conta exclusivamente com recursos financeiros provenientes do apoio

permanente da comunidade e parceiros. Fatores como higiene, cuidado, conforto, atendimento nas áreas de saúde, social e psicológica são imprescindíveis para proporcionar uma vida digna e tranquila aos nossos velhinhos (ASSOCIAÇÃO DE AMPARO AOS IDOSOS DE FOZ DO IGUAÇU, S.d; ITAIPU BINACIONAL, 2020). Esta estrutura custa aproximadamente R\$120 mil por mês. Segundo as informações da Itaipu Binacional, “[...] o Lar dos Velhinhos vem sobrevivendo ao longo dos anos exclusivamente do apoio da Prefeitura, algo em torno de R\$ 60 mil, e de doações da comunidade (instituições e pessoas físicas), de aproximadamente R\$ 30 mil mensais” (ITAIPU BINACIONAL, 2020).

A instituição é considerada uma entidade filantrópica que teve sua administração realizada pelas irmãs Maria dos Santos Carqueija e Terezinha Donata de Souza por 26 anos. Em 2018, foi realizada uma intervenção na administração, pois a entidade possuía uma dívida de mais de 1 milhão de reais e, por causa disso, a prefeitura suspendeu o repasse das verbas para sustento do espaço. Em 2020, o Lar dos Velhinhos foi contemplado com dois convênios: com a Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu e com a Hidrelétrica Itaipu Binacional. O convênio com a hidrelétrica foi realizado através do projeto “Longevidade com Dignidade: Cuidar, Proteger e Promover”, com o aporte financeiro de 3,2 milhões de reais (ASSOCIAÇÃO DE AMPARO AOS IDOSOS DE FOZ DO IGUAÇU, S.d; PALMAR, 2018; RPC FOZ DO IGUAÇU, 2018; ITAIPU BINACIONAL, 2020).

A instituição conta com uma equipe multidisciplinar de profissionais qualificados que ajudam a melhorar a qualidade do serviço prestado e, conseqüentemente, a qualidade de vida dos próprios idosos acolhidos. Através desse novo convênio da Itaipu, que permitiu a

contratação de enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta e cuidadores, a qualidade de vida e quadro de evolução dos próprios idosos institucionalizados evoluiu notavelmente.

A Enfermagem no Lar dos Velhinhos para a garantia dos direitos humanos

Segundo legislações nacionais e internacionais, é direito do idoso receber atendimento de qualidade e que respeite a individualidade e a heterogeneidade de cada ser humano. Isso é um desafio para as instituições de residência coletiva, em especial as que abrigam idosos.

Com o objetivo de aprofundar o tema em questão, foi necessário pesquisar artigos que tinham como tema a saúde dos idosos e seus custos e as Instituições Permanentes de acolhimento a Idoso (ILPI), bem como legislações que garantem o acolhimento e cuidados com a população idosa. Observa-se que houve avanços consideráveis no decorrer do tempo na criação de legislações garantidoras, as quais são evidências que esta situação pautou as discussões das autoridades municipais (SILVA & PINHEIRO, 2011).

O enfermeiro, como parte da equipe interdisciplinar nestas instituições, precisa ter um olhar para as necessidades específicas do idoso, de acordo com o nível de dependência de cuidados exigidos. Para aqueles que podem cuidar de si mesmos, o foco precisa ser em ações que estimulem sua autonomia e independência, enquanto para aqueles que precisam de cuidados mais dependentes, é preciso que a assistência de enfermagem seja realizada com qualidade e baseada em evidências científicas, conforme explica Fernandes *et al.* (2019).

Acrescenta-se que o enfermeiro, como parte da equipe multiprofissional, deve estar atento aos fatores que agravam o desempenho do idoso avaliando e reavaliando suas respostas frente aos

problemas, de forma integral e individualizada, objetivando prevenir complicações que agravem a condição de saúde do idoso. Devem ser desenvolvidos, nessa perspectiva e por parte do enfermeiro, cuidados sistematizados por meio do processo de enfermagem elaborando os diagnósticos com o intuito de possibilitar uma análise mais ampla da saúde do idoso, buscando, especialmente, promover sua autonomia e independência e otimizando a assistência de enfermagem (FERNANDES *et al.*, 2019, p. 971).

Para isso, é importante que o enfermeiro inserido em uma instituição de longa permanência entenda quais os fatores que interferem no processo de envelhecimento e que possa atuar na prevenção e/ou no tratamento assim que surgirem os primeiros sinais e sintomas, visto que há a expectativa da melhora na qualidade e no prolongamento da vida do paciente que é acometido de doenças, sejam elas progressivas ou não (TIER, 2006; FERNANDES *et al.*, 2019).

Em 2020, o Lar dos Velhinhos possuía uma equipe de 60 colaboradores. A equipe de enfermagem era composta por um enfermeiro, seis cuidadores e cinco estagiários, responsáveis pelos cuidados aos idosos que residem no local. Outros profissionais que prestavam cuidados compunham a equipe interdisciplinar com serviços de psicologia, assistência social e nutricionista (PALMAR, 2018; ITAIPU BINACIONAL, 2020).

O quadro de colaboradores do Lar dos Velhinhos está baseado na portaria GM/MS nº 810 de 1989, que norteia as ações das instituições de longa permanência tanto na área de cuidados em saúde quanto na assistência psicossocial, jurídica e de atividades de recreação e lazer.

A Portaria GM/MS nº 810, do dia 22 de setembro de 1989, normatiza que as ILPI

ofereçam assistência médica, odontológica, de enfermagem, nutricional, psicológica e farmacêutica, além de atividades de lazer, atividades de reabilitação (fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia), serviço social, apoio jurídico e administrativo, o que acaba tornando essa assistência bastante onerosa (BRASIL, 1989 *apud* SILVA & PINHEIRO, 2011, p. 6).

Quanto ao atendimento médico e odontológico, a unidade básica de saúde mais próxima realiza o atendimento a estes idosos. O médico da família, quando necessário, se desloca até a instituição para realizar consultas e os idosos são cadastrados no Sistema Único de Saúde (SUS) como usuários desta unidade básica de saúde (UBS), realizando assim a integração entre os serviços e o acompanhamento adequado da saúde de todos os residentes.

O enfermeiro, quando conhece as modificações físicas e corporais decorrentes da idade, entende que suas necessidades se alteram conforme o tempo. Por isso, é fundamental o uso da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), pois esta possibilita ao enfermeiro o desenvolvimento e o aprimoramento do cuidado e, conseqüentemente, que o enfermeiro seja um profissional permanente nessas instituições para que o cuidado seja prestado de forma contínua e qualificada (SILVA & PINHEIRO, 2011).

Desta forma, entende-se que o enfermeiro, ao realizar um cuidado baseado em evidências, promove a qualidade de vida dos pacientes e, conseqüentemente, preserva os direitos humanos de direito à vida e à saúde dos residentes (SILVA & SANTOS, 2010). Por isso, é significativo que este profissional esteja ciente da relevância do seu papel enquanto colaborador nesta instituição.

A atuação do enfermeiro responsável por uma ILPI torna-se relevante para que esse modo

de residência venha a ser o mais satisfatório possível para o usuário. Para tanto, o enfermeiro precisa ter ciência desse papel, das ações de sua competência, bem como das atividades da equipe de trabalhadores sob sua liderança (SILVA & SANTOS, 2010, p. 776).

No entanto, não basta criar legislações, mas que haja um debate público sobre a inserção das políticas públicas para o idoso na sociedade. Além disso, é importante ampliar as discussões da importância do enfermeiro nestes espaços para que haja um cuidado especializado, qualificado e humanizado.

Diante dos argumentos apresentados, enxerga-se o Lar dos Velinhos como parte de uma política pública para acolhimento de idosos em situação de vulnerabilidade social. Este tipo de política é vital para a garantia dos direitos humanos dos idosos que não possam continuar a viver sem cuidados específicos.

A partir das narrativas acima mencionadas, entende-se que o espaço, por ser o único a atender a população idosa gratuitamente, precisa de fomento por parte de uma administração comprometida com o bem-estar dos residentes e de conscientização da sociedade civil iguaçuense na manutenção do espaço, oferecendo um

funcionamento adequado e suficiente para a manutenção de cuidados com qualidade.

Entretanto, a demanda de idosos que precisam de acompanhamento qualificado é maior do que o disponibilizado pelo Lar dos Velinhos, o que compromete a vida dos idosos acolhidos. Além disso, a fragilidade econômica apresentada acima precisa ser superada para que o espaço possa continuar a exercer suas ações com suficiência. Para que este cuidado seja realizado, a enfermagem exerce protagonismo em fornecer assistência qualificada atenta às necessidades individuais e coletivas apresentadas e, com isso, age como um garantidor dos direitos fundamentais expressos na Constituição Federal e no Estatuto do Idoso.

Neste contexto, ressalta-se a importância da Associação de Amparo aos Idosos de Foz Do Iguaçu (Lar dos Velinhos) no acolhimento aos idosos no município de Foz do Iguaçu-PR, com vital relevância social. Por fim, salienta-se que a comunidade acadêmica fique atenta para o campo amplo que existe neste contexto em pesquisas futuras, a fim de que haja maiores contribuições, novas propostas de melhoria ao local e a conscientização da sociedade civil organizada em criar ações e estratégias para a manutenção do Lar dos Velinhos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASSOCIAÇÃO DE AMPARO AOS IDOSOS DE FOZ DO IGUAÇU. Projeto longevidade com dignidade: cuidar, proteger e promover. [S.l.: s.n., s.d].
- BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BRASIL. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 1 out. 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto do idoso. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- CANZONIERI, A.M. Metodologia da pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.
- FERNANDES, B.K.C. *et al.* Diagnósticos de enfermagem para idosos frágeis institucionalizados. Revista de Enfermagem UFPE online, v. 13, p. 966, 2019.
- FOZ DO IGUAÇU. Proteção Social Básica. Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, S.d.a. Disponível em: <https://www5.pmfi.pr.gov.br/publicacao-1>. Acesso em: 01 jun. 2021.
- FOZ DO IGUAÇU. Proteção Social Especial. Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, S.d.b. Disponível em: <https://www5.pmfi.pr.gov.br/publicacao-2>. Acesso em: 01 jun. 2021.
- FREIRE, F.S. *et al.* Sustentabilidade econômica das instituições de longa permanência para idosos. Saúde em Debate, v. 36, p. 533, 2012.
- GONÇALVES, M.J.C. *et al.* A importância da assistência do enfermeiro ao idoso institucionalizado em instituição de longa permanência. Revista Recien, v. 5, p. 12, 2015.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Revista Retratos, n. 16, fev. 2019. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/d4581e6bc87ad8768073f974c0a1102b.pdf Acesso em 30 mai. 2021.
- ITAIPU BINACIONAL. Vida nova: convênio de R\$3,2 milhões da Itaipu salva Lar dos Velinhos de insolvência. Itaipu Binacional, 16 dez. 2020. Disponível em: <https://www.itaipu.gov.br/sala-de-imprensa/noticia/vida-nova-convenio-de-r-32-milhoes-da-itaipu-salva-lar-dos-velinhos-de-ins>. Acesso em: 05 out. 2021.
- LOPES, F.L. *et al.* Diagnósticos de enfermagem de idosos residentes em uma instituição de longa permanência (ILP). Ciência, Cuidado e Saúde, v. 6, p. 59, 2007.
- MORAES, E.N. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- PALMAR, A. Conheça um pouco da história do Lar dos Velinhos. H2Foz, 02 set. 2018. Disponível em: <https://www.h2foz.com.br/historia/conheca-um-pouco-da-historia-do-lar-dos-velinhos/>. Acesso em: 05 out. 2021.
- PARADELLA, R. Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017. Agenda IBGE, 26 abr. 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>. Acesso em: 30 set. 2021.
- POLIT, D.F. & BECK, C.T. Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.
- POLTRONIERI, B.C. *et al.* Violência no cuidado em instituições de longa permanência para idosos no Rio de Janeiro: percepções de gestores e profissionais. Saúde e Sociedade, v. 28, p. 215, 2019b.
- RPC FOZ DO IGUAÇU. Liminar determina afastamento da diretoria do Lar dos Velinhos, em Foz do Iguaçu. G1, 15 set. 2018. Disponível em: <https://g1.globo.com/pr/oestesudoeste/noticia/2018/09/15/liminar-determina-afastamento-da-diretoria-do-lar-dos-velinhos-em-foz-do-iguacu.ghtml> Acesso em: 05 out. 2021.
- SEVERINO, A.J. Metodologia do trabalho científico. 24. ed. São Paulo: Cortez, 2016.
- SILVA, P.P.J & PINHEIRO, M.M. O papel do enfermeiro nas instituições de longa permanência para idosos: uma revisão de literatura. Carpe Diem: Revista Cultural e Científica da FACEX, v. 9, 2011.
- SILVA, B.T. & SANTOS, S.S.C. Cuidados aos idosos institucionalizados – opiniões do sujeito coletivo enfermeiro para 2026. Acta Paulista de Enfermagem, v. 23, p. 776, 2010.

Capítulo 7

SÍNDROME PÓS-COVID: NOVO DILEMA DA ATUALIDADE

DANIEL RODRIGUES SILVA FILHO¹
LUIZ CARLOS GONÇALVES FILHO¹
MARIA ALICE CARDOSO MIRAS¹
DENIS AGUIAR DE SOUZA FILHO¹
ALLEF DOURADO RAMOS LEITE¹
BERNARDO MACHADO BERNARDES¹
MIGUEL ANGELO AMORIM SENA¹
ANA LETÍCIA FELÁCIO¹
TIAGO DA PONTE PESSOA¹
AILTON BORGES DA SILVA JÚNIOR¹
DEBORAH CRISTINA DE SOUSA BRAGA¹
DAVI DE SOUZA NOGUEIRA¹
ANDREIA KARINE KUHN¹
LUIZ FELIPE ANTONIO VIEIRA CAVALCANTE¹
FREDERICO BARRA DE MORAES²

1. *Discente – Curso de Medicina do Centro Universitário Alfredo Nasser. Membro da Liga Acadêmica de Ortopedia e Traumatologia (LORT).*
2. *Docente – Doutor em Ciências da Saúde. Médico especialista em Ortopedia. Orientador da Liga Acadêmica de Ortopedia e Traumatologia (LORT).*

PALAVRAS-CHAVE

Síndrome pós-Covid; Infecção por coronavírus; Covid-19.



INTRODUÇÃO

No ano de 2019, as autoridades de saúde chinesa alertaram sobre um novo tipo de coronavírus, posteriormente denominado SARS-CoV-2, responsável por causar a Covid-19. Os primeiros casos iniciaram no final de 2019 na cidade de Wuhan, província de Hubei, situada na China.

Em janeiro de 2020, a doença foi considerada uma emergência de saúde pública de importância internacional pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que classificou a doença como um risco de saúde pública para outros países, devido a sua alta transmissibilidade. Somente em meados de março de 2020 a OMS caracterizou a doença como pandemia, termo que se refere a distribuição geográfica da doença, e não a sua gravidade (OPAS, S.d.).

No Brasil, o primeiro caso relatado e notificado foi em fevereiro de 2020, na cidade de São Paulo. Até abril de 2022 foram contabilizados mais de 30 milhões de casos confirmados no território brasileiro, sendo que mais de 661 mil pessoas vieram a óbito em decorrência da Covid-19, atingindo uma taxa de letalidade de 2,2% de mortalidade (315 a cada 100 mil habitantes) (BRASIL, 2022).

A Síndrome pós-Covid-19, segundo o *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), é definida como a presença de sinais e sintomas que se desenvolvem durante ou uma semana após a infecção, que permanecem após 12 semanas e não são explicadas por outros diagnósticos diferenciais. Nesta diretriz, ainda há a definição dos termos, Covid-19 agudo (sinais e sintomas por até quatro semanas), Covid-19 sintomático contínuo (sinais e sintomas de Covid-19 por quatro a 12 semanas) e Covid-19 longo (sinais e sintomas que continuam após a Covid-19 aguda, estes incluem ambos os subgrupos Covid-19 sintomático

contínuo e a Síndrome pós-Covid-19) (NICE, 2020).

Dentro da Síndrome pós-Covid os sintomas mais comuns são tosse, dispneia, dor no peito, dor de cabeça, dificuldades neurocognitivas, dores musculares e fraquezas, distúrbios gastrointestinais, perda de olfato e paladar, erupções cutâneas, queda de cabelo, palpitações cardíacas, distúrbios metabólicos (mal controle do diabetes), condições tromboembólicas, além de doenças psiquiátricas, como transtorno de ansiedade e depressão (GREENHALGH *et al.*, 2020; IWU *et al.*, 2021; SHAH *et al.*, 2021).

O objetivo deste estudo é analisar sistematicamente a literatura disponível sobre a Síndrome pós-Covid-19. A Covid-19 é uma nova doença que foi classificada como pandêmica pela OMS, afetando grande parte da população do mundo. Logo, é de suma importância entender os seus efeitos a curto e longo prazo, tendo como referência as pessoas que foram infectadas e sobreviveram à enfermidade.

MÉTODO

Esta pesquisa se trata de uma revisão sistemática da literatura, feita entre os meses fevereiro e abril de 2022, através de pesquisas nas bases de dados SciELO, PubMed, BVSMS e LILACS e nos periódicos *Journal of Infection* e *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. Dentro dessas plataformas, foram utilizados os descritores: Síndrome pós-Covid, Covid-19 Longa, Covid-19 sintomático contínuo, Covid-19 agudo, SARS-CoV-2 e pós-infecção da Covid-19.

Com esses descritores foram recuperados artigos posteriormente submetidos aos critérios de seleção. Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português e inglês; publicados no período de 2019 a 2022, cujas temáticas dialogavam com o objetivo desta pesquisa. Os textos encontrados se caracterizavam por artigos de diferentes tipos e

disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Os artigos escolhidos foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando: introdução, o que é a Síndrome pós-Covid, epidemiologia da Síndrome pós-Covid, fatores de risco para Síndrome pós-Covid e prevenção, diagnóstico da Síndrome pós-Covid, principais manifestações e manejo do paciente com Síndrome pós-Covid.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Covid-19, causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2), é uma doença infecciosa que se manifesta de diferentes maneiras, apresentando desde casos assintomáticos ou leves a moderados sintomas gripais, quadros graves de síndrome respiratória aguda grave (SRAG) e/ou outras complicações que acometem diversos órgãos e sistemas. Entretanto, observou-se que alguns indivíduos desenvolvem ou permanecem com sinais e sintomas além do tempo usual de melhora do quadro agudo, sendo essa chamada de Síndrome pós-Covid (SPC) ou Covid-19 longa (CL) (SILVEIRA *et al.*, 2021).

Destacar a relação cronológica é de extrema importância para estabelecer critérios clínicos da SPC. É levada em consideração a infecção aguda com duração de sintomas até quatro semanas; a Covid sintomática contínua com duração de quatro a 12 semanas; e a Síndrome pós-Covid, quando os sintomas persistem por mais de 12 semanas (CASTRO *et al.*, 2021). A SPC está presente em 10% a 35% dos pacientes de modo geral e 80% dos pacientes hospitalizados, mostrando íntima relação multissistêmica após o acometimento agudo, tendo como queixas mais

comum fadiga, dispneia, dor torácica e/ou no peito, transtornos neuropsiquiátricos, disfunção olfativa e gustativa, cefaleia e queda de cabelo (PAVLI *et al.*, 2021). De acordo a OMS (2021), 10% a 20% dos acometidos apresentam a condição pós-Covid mesmo após a recuperação da doença inicial.

Indivíduos com maiores acometimentos na infecção aguda tendem a ser mais susceptíveis à SPC. Fatores de risco cardiometabólico são os mais associados à Covid longa e mortalidade, são eles: diabetes mellitus, doença cardiovascular aterosclerótica, doença renal crônica, hipertensão e obesidade (WU, 2021). Diante dessa ampla variedade sintomática, tanto na infecção aguda quanto na pós-Covid, torna-se indispensável a abordagem individual do paciente.

Fatores de risco e complicações da Síndrome pós-Covid-19

A Covid-19, quando há infecções graves, é uma sepse viral (infecção generalizada) que atinge vários órgãos do corpo, fazendo com que o paciente desenvolva sequelas dos tipos: cardíacos, neurológicos, pulmonares, vasculares, etc. Tem-se observado que a Covid-19 pode acometer algumas regiões do corpo humano mesmo após a melhora dos sintomas, e nisso pode apresentar algumas complicações severas após um certo período. Por esse motivo, a realização de uma bateria de exames após a SARS-CoV-2 é essencial (HOSPITAIS BRASILEIROS, 2021).

A Covid-19 é uma afecção respiratória viral aguda de efeitos, infelizmente, cada vez maiores. Se, inicialmente, os esforços em saúde estavam concentrados em minimizar os impactos das contaminações e evitar mortes, em um segundo momento, novos esforços passaram a ser necessários, entre eles o de compreender como deve ser feito o manejo clínico de

pacientes e os efeitos após a contaminação com o coronavírus (BRAGATTO *et al.*, 2021).

A Síndrome pós-Covid-19 está associada a sequelas importantes, inclusive no sistema nervoso central. Há descrições de diferentes manifestações neurológicas como encefalopatia, acidente vascular cerebral, anosmia, ageusia, tontura, cefaleia, Síndrome de Guillain-Barré, fadiga, dispneia, dor torácica e sintomas neuropsiquiátricos. Ademais, também são relacionadas complicações decorrentes da SPC, como fibrose pulmonar, bronquiectasia e fenômenos tromboembólicos (BRAGATTO *et al.*, 2021).

A pandemia deixou evidente que ter um estilo de vida saudável é fator de proteção não apenas contra as conhecidas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares, câncer dentre outras, mas também contra doenças agudas, como se tem mostrado a SARS-CoV-2. Assim, manter os cuidados com a promoção da saúde e a prevenção é essencial para evitar complicações dessa doença. Entretanto, alguns dos fatores de risco para a SPC: idade avançada, presença de comorbidades, sexo feminino e internação hospitalar (SILVEIRA *et al.*, 2021).

Nos últimos anos, a realização de exames pós-Covid-19 tornou-se comum nas clínicas laboratoriais. Alguns laboratórios de análises clínicas criaram um pacote de exames para investigar a causa das sequelas e ajudar a prevenir complicações, porém essa bateria de exames é indicada apenas para aqueles pacientes que tiveram sintomas da Covid-19 que apresentam piora na qualidade de vida. Segundo a OMS, um a cada dez pacientes infectados com o coronavírus podem advir com sequelas. Outra análise feita pela Universidade de Leicester, no Reino Unido, indicou que dentre as pessoas que necessitaram de internações hospitalares, cerca de 70% manifestaram sequelas após cinco meses de alta (SAÚDE EM DIA, 2022).

Principais manifestações clínicas relacionadas à SPC

A Síndrome pós-Covid (SPC) acarreta sequelas ao indivíduo que podem afetar multissistemas tais como o sistema respiratório, neurológico, cardíaco, entre outros (GERÔNIMO *et al.*, 2021).

Dentre essas alterações são relatados comprometimentos no sistema respiratório como: alterações intersticiais fibróticas e não fibróticas, bronquiectasias, embolia pulmonar e pneumonia. Estudos recentes apontam que há uma persistência de danos funcionais e radiológicos nos pulmões mesmo após a infecção aguda por SARS-CoV-2, o que caracteriza a síndrome pós-Covid (CHEN, 2020; KARSTEN *et al.*, 2020).

Uma série de danos no sistema respiratório são relatados nos indivíduos que sobrevivem à infecção, desde dispneia a danos fibróticos ou lesões inflamatórias irreversíveis. A dispneia ainda é o sintoma mais relatado por aqueles que se recuperaram da doença, sendo caracterizada pela dificuldade na respiração ou falta de ar, principalmente nas atividades que exigem maior esforço respiratório, acompanhada pela tosse persistente (CERAVOLO *et al.*, 2020).

Ademais, uma sequela grave muito comum apresentada pelos indivíduos infectados foi a fibrose pulmonar após a cicatrização das lesões causadas pela infecção aguda. As principais manifestações da fibrose pulmonar envolvem dispneia, tosse, perda da condição física e fadiga que podem progredir no decorrer da doença (GEORGE *et al.*, 2020).

Outrossim, mencionam-se alterações neuroanatômicas, que afetam tanto o sistema nervoso central quanto o periférico, advindas da Covid-19, resultando em impactos neuronais e doenças degenerativas a longo prazo. Muito é discutido acerca das alterações neurológicas presentes na SPC. Um grande número de

indivíduos apresentou quadros de comprometimento cognitivo, hipóxia, encefalite, anosmia, ageusia, Síndrome de Guillain Barré, Síndrome de Miller Fisher e acidente vascular encefálico (AVE). Além destes, mesmo após um longo período pós-infecção aguda, sintomas como confusão mental, transtorno de memória e distúrbios do sono se perpetuam (NALBANDIAN *et al.*, 2021).

Ainda, há pacientes que, quando contraíram a infecção aguda, apresentaram alterações e sintomas puramente cardiovasculares. Assim, ao se tratar do sistema cardiovascular (SCV) é preciso compreender que a presença de doenças prévias aumenta muito as chances de complicações no sistema. No entanto, pacientes sem alterações ainda podem apresentar sequelas cardíacas ou vasculares na SPC. Um paciente sadio pode apresentar disfunção ventricular, arritmias, insuficiência cardíaca, entre outros. O principal relato de descontrole no SCV foi o desequilíbrio do sistema renina-angiotensina-aldosterona relacionado à enzima de conversão da angiotensina 2. Como consequência desse processo, indivíduos que nunca se queixaram de alterações pressóricas começaram a relatar sintomas de hipertensão arterial sistêmica (MARTINS *et al.*, 2020).

Além disso, pode haver lesão cardiovascular causada por uma “tempestade inflamatória”: após invasão viral pulmonar e posterior inflamação os vírus afetam os cardiomiócitos, gerando edema, inflamação e necrose. Essa condição propicia a liberação de fatores pró-inflamatórios tais quais interleucinas 1 e 6, fator estimulante de colônia de granulócitos, interferon, proteína inflamatória macrofágica, dentre outras que ocasionam uma superestimulação à resposta imune e a chamada “tempestade inflamatória”, aumentando o dano miocárdico. O vírus pode ainda induzir uma síndrome coronariana aguda devido ao ambiente

trombótico e inflamatório (HUI & ZUMLA, 2019).

Diagnóstico da SPC

A síndrome crônica ou pós-Covid-19, inclui sintomas e anormalidades presentes além de 12 semanas do início da Covid-19 e não atribuíveis a diagnósticos alternativos (OPAS, 2021).

Ademais, há inúmeras estratégias possíveis de testagem diagnóstica que orientam o atendimento clínico e o prognóstico. Essas estratégias são importantes para pacientes, profissionais de saúde e sistemas de saúde. O teste diagnóstico deve levar em conta: a persistência da infecção viral; o envolvimento de múltiplos órgãos/sistemas; as alterações crônicas no sistema imunológico; o papel dos testes de triagem de alta sensibilidade no envolvimento multissistêmico; entre outros (OPAS, 2021).

O diagnóstico ajuda a resolver questões de patogênese, diagnóstico e novos tratamentos em potencial. No contexto da Covid-19, é aconselhável ver os diagnósticos de três perspectivas diferentes: testes que são importantes do ponto de vista da saúde pública; os que são necessários para o cuidado individual de um paciente; e aqueles para pesquisa – todos os quais podem se sobrepor uns aos outros (OPAS, 2021).

O diagnóstico e a confirmação laboratorial do SARS-CoV-2 é extremamente relevante e inclui o uso de testes de anticorpos. As opções incluem diferentes tipos de imunoglobulina, além de IgG e IgM. Ademais, é importante confirmar a infecção por meio de testes de anticorpos (com ampliação para diferentes imunoglobulinas); enfatizando que o teste de anticorpos deve ser apropriado para a janela de tempo. Além disso, pode haver alguma variabilidade com base na variante viral envolvida. Em geral, os protocolos e as diretrizes padrão para o teste de SARS-CoV-2 devem orientar as

abordagens de teste (OPAS, 2021). Considerações para testes:

1. PCR: papel potencial dos testes de antígenos que são mais específicos e utilidade dos testes sequenciais. Soropositividade, título de anticorpos neutralizantes (IgM, IgA, IgE) para avaliar infecção aguda, crônica ou prévia. Observar, no entanto, a baixa sensibilidade e especificidade que podem ser vistas na população em geral, bem como em certas subpopulações (ou seja, mulheres e aqueles com idade inferior a 40 anos e acima de 70 anos) (OPAS, 2021).

2. Teste genético para variabilidade e suscetibilidade, resposta do hospedeiro e lesão de órgão: em relação à resposta do hospedeiro, é interessante verificar se o hospedeiro foi ou não preparado para responder a uma infecção viral prévia (ou seja, teste de interferon). Os marcadores específicos de lesão de órgão incluem enzimas hepáticas elevadas, creatinina elevada ou presença de hematuria, proteinúria; anormalidades endócrinas (como eixo adrenal, função tireoidiana e níveis de glicose) e a perturbação da cascata de coagulação (como fibrinogênio, dímeros D, anticorpos antifosfolípidos e marcadores de turnover trombótico e fibrinolítico). Em geral, o teste deve sempre ser conduzido clinicamente (OPAS, 2021).

3. Marcadores inflamatórios: a inflamação aguda se transforma em inflamação crônica? A inflamação se refere principalmente a uma resposta desregulada do hospedeiro. A inflamação pode sugerir a importância de alterações genéticas e/ou epigenéticas no hospedeiro. É importante saber se os pacientes têm níveis circulantes elevados e persistentes de citocinas (como ocorre na pneumonia adquirida na comunidade) ou de catecolaminas (como ocorre após sepse ou queimadura). Outras opções incluem testar o sistema nervoso autônomo com exames de rotina não invasivos.

Essa é uma área que merece investigação adicional com protocolos de pesquisa padrão (OPAS, 2021).

4. Modalidades de exames de imagem: várias modalidades de exames de imagem estão disponíveis para ajudar no diagnóstico da síndrome pós-Covid-19. Um exame de imagem convencional pode não revelar anormalidades funcionais graves que poderiam ser vistas por ressonância magnética, *PET scan* ou ecocardiografia. O uso de exames de imagem em pacientes com síndrome pós-Covid-19 deve sempre ser conduzido clinicamente (OPAS, 2021).

Ainda, segundo a OPAS (2021), existe grande potencial do exame de imagem na avaliação da síndrome pós-Covid-19, dentre eles podemos destacar:

1. Neurológico/psiquiátrico: ressonância magnética do cérebro, ressonância magnética da coluna, imagens funcionais e técnicas avançadas de ressonância magnética, imagens híbridas (PET-MRI, PET-CT).

2. Cardiovascular: ecocardiografia, ressonância magnética cardíaca, angiografia coronária por tomografia computadorizada (TC), angiografia pulmonar por TC, ultrassom doppler vascular (carótidas, extremidades, transcraniana), angiografia por TC ou ressonância magnética pulmonar.

3. Pulmonar/gastrointestinal: TC de tórax, radiografia de tórax, ultrassonografia pulmonar, ultrassonografia abdominal, tomografia computadorizada de abdome, ressonância magnética abdominal.

Manejo do paciente diagnosticado com SPC

A Covid-19 é uma doença infecciosa com complicações potencialmente graves, cujo impacto ainda não é totalmente compreendido. Então, faz-se necessário monitorar cuidadosa-

mente os pacientes ao longo do processo de reabilitação. Mensuração de parâmetros como a saturação de pulso de oxigênio (SpO₂), frequência cardíaca, pressão arterial e identificação de sinais como febre ou sintomas como dispneia são fundamentais para o reconhecimento do agravamento do quadro. O agravamento da grande maioria dos casos tem sido associado à presença de dispneia e queda da SpO₂ em ar ambiente (CACAU *et al.*, 2020).

Segundo, Santos Filho *et al.* (2021), a Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia Intensiva (ASSOBRAFIR) publicou uma comunicação oficial sobre Fisioterapia para os pacientes com Covid-19, com as seguintes diretrizes e recomendações:

- Avaliação individual: dispneia, fadiga, necessidade de oxigênio, disfunções cardiovasculares, outras doenças prévias, etc;

- Avaliação da função pulmonar: capacidade de exercício e funcional, função muscular, equilíbrio e qualidade de vida relacionada à saúde (deve ser realizada somente quando possível);

- Avaliação ambiental: possibilidade de mobilidade segura;

- Avaliação nutricional, psicológica e social;

- Elaboração de propostas de reabilitação direcionadas aos usuários pós-Covid-19 que apresentem disfunção ventilatória e/ou perda de condicionamento físico persistente, como programas domiciliares com exercícios progressivos, orientações sobre mudanças de comportamento e adequação do ambiente, técnicas de conservação de energia e reconhecimento de sinais de alerta em relação à piora do quadro clínico e/ou desenvolvimento de complicações.

Percebemos que o manejo e a reabilitação de doentes críticos acometidos por Covid-19 após alta hospitalar são de fundamental importância, especialmente naqueles que evoluíram com o quadro grave da doença, e que necessitaram de internação em unidades de terapia intensiva (UTI). A adequada avaliação para mensuração do impacto na funcionalidade irá fornecer as informações necessárias para um melhor manejo e uma individualizada e eficaz reabilitação (CACAU *et al.*, 2020).

CONCLUSÃO

Em suma, o grande desafio do tratamento Covid-19 torna-se não só combater os sintomas da doença na fase ativa, e sim minimizar possíveis sequelas. A Covid-19 pode causar diversas sequelas e alterações funcionais à curto e longo prazo nos indivíduos após o período de infecção, no entanto, ainda que os efeitos causados pela fase aguda da doença estejam amplamente descritos na literatura, são poucos os estudos sobre o período pós-Covid.

Logo, observar e entender essas alterações à longo prazo é uma contribuição importante. Tendo em vista que os primeiros casos da doença aconteceram no final de 2019, já se sabe e são elencados importantes acontecimentos que comprometem a qualidade de vida do paciente em média e longo prazo, no período pós-Covid. Para tanto, especula-se que futuras medicações venham a minimizar estes problemas, bem como a vacinação já se mostra promissora em reduzir as chances de desenvolver o quadro grave da doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRAGATTO, M. *et al.* Estudo das sequelas neuroanatômicas associadas à síndrome pós-COVID-19. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 13, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Painel Coronavírus Brasil. Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: covid.saude.gov.br/. Acesso em: 15 abr. 2022.
- CACAU, L. *et al.* Avaliação e intervenção para a reabilitação cardiopulmonar de pacientes recuperados da COVID-19. *ASSOBRAFIR Ciência*, v. 11, p. 183, 2020.
- CASTRO, A. *et al.* Dor no paciente com síndrome pós-COVID-19. *Revista Científica Hospital Santa Izabel*, v. 5, p. 56, 2021.
- CERAVOLO, M.G. *et al.* Systematic rapid “living” review on rehabilitation needs due to COVID-19: update to March 31st, 2020. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, v. 56, p. 347, 2020.
- CHEN, J. Pathogenicity and transmissibility of 2019-nCoV: a quick overview and comparison with other emerging viruses. *Microbes and Infection*, v. 22, p. 69, 2020.
- GEORGE, P.M. *et al.* Pulmonary fibrosis and COVID-19: the potential role for antifibrotic therapy. *The Lancet Respiratory Medicine*, v. 8, p. 807, 2020.
- GERÔNIMO, A. *et al.* Além do SARS-CoV-2, as implicações da Síndrome Pós COVID-19: o que estamos produzindo? *Research, Society and Development*, v. 10, e336101522738, 2021.
- GREENHALGH, T. *et al.* Gestão do Covid-19 pós-agudo na atenção primária. *BMJ*, v. 370, m3026, 2020.
- HOSPITAIS BRASIL. Possíveis tratamentos prometem ajudar pacientes com a síndrome pós-Covid. *Portal Hospitais Brasil*, 21 out. 2021. Disponível em: <https://portalhospitaisbrasil.com.br/possiveis-tratamentos-prometem-ajudar-pacientes-com-a-sindrome-pos-covid/>. Acesso em: 20 abr. 2022.
- HUI, D.S.C. & ZUMLA, A. Severe acute respiratory syndrome: historical, epidemiologic, and clinical features. *Infectious Disease Clinics of North America*, v. 33, p. 869, 2019.
- IWU, C.J. *et al.* The occurrence of long COVID: a rapid review. *Pan African Medical Journal*, v. 38, 2021.
- KARSTEN, M. *et al.* A pandemia da COVID-19 trouxe desafios e novas possibilidades para a Fisioterapia no Brasil: estamos preparados? *Revista Pesquisa em Fisioterapia*, v. 10, p. 142, 2020.
- MARTINS, J.D.N. *et al.* As implicações da COVID-19 no sistema cardiovascular: prognóstico e intercorrências. *Journal of Health & Biological Sciences*, v. 8, 2020.
- NALBANDIAN, A. *et al.* Post-acute COVID-19 syndrome. *Nature Medicine*, v. 27, p. 601, 2021.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE – NICE. NICE, RCGP & SIGN. Nice, RCGP and SIGN publish guideline on managing the long-term effects of COVID-19. NICE, 18 dez. 2020. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/news/article/nice-rcgp-and-sign-publish-guideline-on-managing-the-long-term-effects-of-covid-19>. Acesso em: 21 abr. 2022.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Coronavírus disease (COVID-19): post COVID-19 condition. OMS, 2021. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 09 abr. 2022.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. Expandir nosso entendimento da síndrome pós-COVID-19. Brasília, 2021. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54313>. Acesso em: 07 abr. 2022.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. Histórico da pandemia de COVID-19. OPAS, S.d. Disponível em: www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19. Acesso em: 07 abr. 2022.
- PAVLI, A. *et al.* Post-COVID syndrome: incidence, clinical spectrum, and challenges for primary healthcare professionals. *Archives of Medical Research*, v. 52, p. 575, 2021.
- SANTOS FILHO, A. *et al.* Reabilitação pós covid-19. *Goiânia*, 17 nov. 2020.
- SAÚDE EM DIA. Exames pós-Covid-19: como prevenir sequelas graves da doença. *Saúde em Dia*, 28 jan. 2022. Disponível em: <https://www.saudeemdia.com.br/covid/exames-pos-covid-19-como-prevenir-sequelas-graves-da-doenca/>. Acesso em: 21 abr. 2022.
- SHAH, W. *et al.* Managing the long term effects of covid-19: summary of NICE, SIGN, and RCGP rapid guideline. *BMJ*, v. 372, n136, 2021.
- SILVEIRA, M., *et al.* Aspectos das manifestações da síndrome pós-COVID-19: uma revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 13, e9286, 2021.
- WU, M. Síndrome pós-Covid-19: revisão de literatura. *Revista Biociências*, v. 27, 2021.

Capítulo 8

AUTOCONHECIMENTO DE FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR ENTRE TABAGISTAS E EX-TABAGISTAS

JENIFER ROCHA BALBINO¹
CAIO TEIXEIRA DOS SANTOS¹
RAUL FERREIRA DE SOUZA MACHADO¹
IVANA PICONE BORGES DE ARAGÃO²

1. *Discente – Medicina na Universidade de Vassouras.*
2. *Docente – Medicina na Universidade de Vassouras.*

PALAVRAS-CHAVE

Tabagismo; Doença cardiovascular; Saúde pública.



10.29327/565999.5-8

INTRODUÇÃO

Desde a década de 1960, a principal causa de morte no Brasil é a doença cardiovascular (DCV), responsável por 22,9% dos óbitos em 2017. Apesar de haver uma redução da taxa de mortalidade registrada nos últimos anos, o Brasil experimenta um aumento no número absoluto de casos e mortes por DCV relacionado ao processo de envelhecimento da população. A morbidade e a incapacidade acompanham o aumento do número de casos, levando a maiores gastos com hospitalizações e consultas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), assim como pagamento de benefícios previdenciários por incapacidade devido a licenças temporárias ou permanentes (OLIVEIRA *et al.*, 2020; SBC, 2019).

Os fatores de risco cardiovascular (FRCV) apresentam prevalência elevada e difícil manejo, estando associados à maior número de eventos cardiovasculares e maior gravidade dos mesmos. Estudos indicam que um controle adequado dos FRCV pode reduzir a mortalidade de eventos cardiovasculares (CV) em até 50%. A etiologia destes fatores é bastante diversa, incluindo desde condições orgânicas a questões culturais e comportamentais. Dentre estes fatores de risco (FR), destaca-se: hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), dislipidemia, obesidade, sedentarismo e tabagismo, os denominados fatores de risco clássicos modificáveis (SBC, 2019; COSTA *et al.*, 2016).

Frequentemente, os FRCV são diagnosticados tardiamente e, muitas vezes, o diagnóstico do FR é simultâneo ao da DCV. A ausência de acompanhamento por profissionais de saúde de forma continuada se destaca como um dos motivos que impossibilita um diagnóstico precoce desenhando um quadro de pior prognóstico com maior número de eventos agudos e maior morbimortalidade. A autopercepção de saúde influencia diretamente a busca do indivíduo pelos serviços de saúde. Um indivíduo

previamente diagnosticado, porém, assintomático, pode optar por não buscar assistência médica, assim como aqueles que não possuem diagnósticos prévios podem evitar consultas e exames de rotina, buscando os serviços de saúde apenas na presença de sintomas agudos (GOMES *et al.*, 2012; AGOSTINHO *et al.*, 2010).

Entre os FRCV, o consumo de tabaco se destaca como um importante componente para a gênese de diversas doenças e agravos crônicos, além das DCV, sendo descrito como a principal causa mundial de morte evitável com estimativa de 10 milhões de mortes anuais em 2030. Frequentemente, os indivíduos tabagistas combinam o tabagismo a outros fatores de risco, tornando esta mortalidade ainda mais significativa (BERTO *et al.*, 2010).

O tabaco é responsável por 20% das mortes por DCV e o combate ao tabagismo foi preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um dos tratamentos da DCV e seus agravos. Destaca-se, ainda, que o aumento do risco CV ocorre em todas as situações em que haja fumo, mesmo que este seja passivo, ocasional ou em cargas tabágicas (CT) baixas. Diante deste cenário, os tabagistas e ex-tabagistas formam um grupo vulnerável que está sujeito a um efeito aglomerador de FRCV e a maiores taxas de morbimortalidade, exigindo maior atenção dos profissionais de saúde (BERTO *et al.*, 2010; PUIG-COTADO *et al.*, 2020).

Desta forma, o autoconhecimento dos FRCV entre aqueles que consomem ou já consumiram tabaco é um importante parâmetro de avaliação da qualidade da saúde do indivíduo, pois permite a comparação da prevalência de outros FR associados ou o desconhecimento acerca deles quando comparados à população em geral.

O objetivo do presente estudo é avaliar o autoconhecimento da presença de FRCV entre

tabagistas e ex-tabagistas e comparar com os dados encontrados entre os não tabagistas.

MÉTODO

Estudo observacional transversal realizado entre agosto de 2017 e novembro de 2020 através da aplicação de questionário, previamente existente e validado sob o número de identificação SE2935984, sobre autoconhecimento dos fatores de risco cardiovascular dos participantes de forma anônima.

A população avaliada pelo questionário era composta por moradores de três bairros e os critérios de inclusão para o estudo foram ser residente de um destes três bairros e possuir entre 20 e 75 anos de idade, sendo excluídos os demais participantes.

A resposta ao questionário era realizada logo após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Os valores utilizados como referência para confecção e análise dos dados obtidos a partir dos questionários foram baseados na 7ª Diretriz de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia de 2019 e nas Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020.

Os questionários foram analisados separadamente a fim de se obter uma análise descritiva que permitiu a geração de um banco de dados em formato de planilha no programa *Microsoft Excel*. Neste mesmo software, foram realizados os cálculos das porcentagens e medidas de tendências central e dispersão, além da construção de gráficos e tabelas. Foram elaboradas duas hipóteses, sendo H0 a indicativa de que não há diferença significativa entre a frequência que os FRCV são autorreferidos no grupo composto por tabagistas ex-tabagistas e H1 que descreve que os FRCV são autorreferidos e desconhecidos com maior frequência entre tabagistas e ex-tabagistas. As hipóteses foram testadas com a aplicação de

Teste Qui-Quadrado de Pearson, sendo H0 considerada verdadeira quando $P > 0,05$.

Os participantes responderam as seguintes perguntas correspondentes ao autoconhecimento sobre os FRCV clássicos modificáveis: colesterol total acima de 200 mg/dL (sim, não ou desconhecimento); diagnóstico de DM ou glicemia em jejum ≥ 126 mg /dL (sim, não ou desconhecimento); obesidade (sim, não ou desconhecimento); sedentarismo (sim ou não); tabagismo (sim, ex-fumante ou nunca); HAS (sim, não ou desconhecimento). A partir das respostas obtidas, a amostra foi dividida em dois grupos: aqueles que nunca fumaram (Grupo 1) e os fumantes ou ex-fumantes (Grupo 2). Em seguida, foram avaliadas as prevalências dos FRCV em cada grupo. Os dados obtidos preencheram a tabela que foi submetida ao Teste Qui-Quadrado possibilitando a análise e a comparação entre os dois grupos.

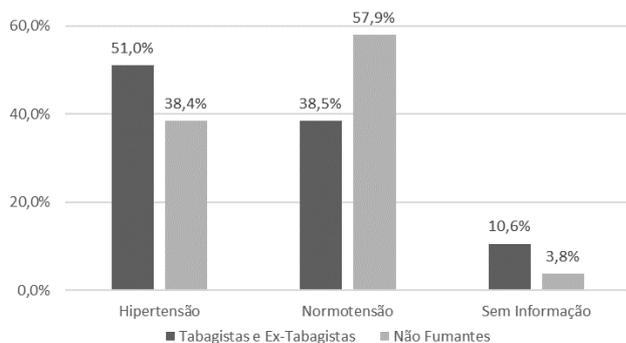
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliados 263 indivíduos na faixa etária de 20 a 75 anos, com idade média de $47,25 \pm 14,47$ anos. O Grupo 1, composto por não tabagistas com idade média de $44,33 \pm 14,43$ anos, representa 60,46% (159) dos indivíduos avaliados, sendo constituído por 113 mulheres e 46 homens. O Grupo 2, composto por tabagistas e ex-tabagistas, representa 39,54% da amostra, sendo formado por 104 indivíduos, dentre estes, 56 mulheres e 48 homens.

As respostas ao questionamento acerca da presença de HAS obtiveram os seguintes resultados: no Grupo 1, 38,36% se declara hipertenso enquanto no Grupo 2 essa porcentagem é de 50,96%; a porcentagem de indivíduos tabagistas ou ex-tabagistas que não souberam informar sobre seus níveis pressóricos foi de 10,58% em contrapartida com 3,77% dos não tabagistas (**Gráfico 8.1**). O Teste Qui-Quadrado apontou que a HAS é um FRCV

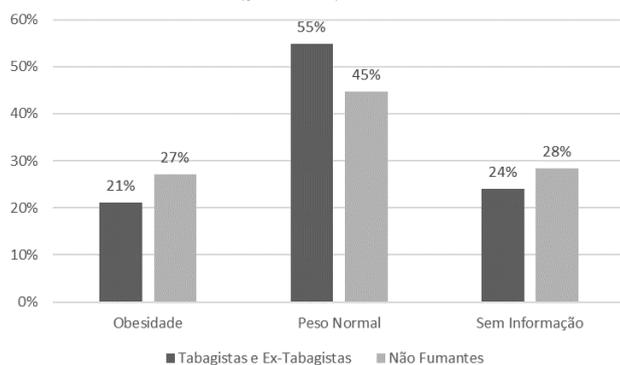
referido e desconhecido com maior frequência no Grupo 2 ($p = 0,002$).

Gráfico 8.1. Autoconhecimento da HAS entre os indivíduos analisados ($p = 0,002$)



Quanto à presença de obesidade, 27,05% dos indivíduos do Grupo 1 e 21,15% do Grupo 2 são obesos. O desconhecimento acerca da presença ou não deste FR apresenta taxas semelhantes em ambos os grupos, sendo 28,30% no Grupo 1 e 24,00% no Grupo 2 (**Gráfico 8.2**). O Teste Qui-Quadrado apontou que não há diferença significativa entre a frequência que os grupos referem obesidade ou desconhecem a presença da mesma ($p = 0,10$).

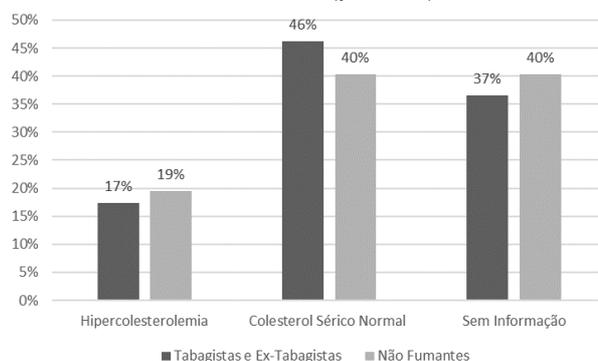
Gráfico 8.2. Autoconhecimento da obesidade entre os indivíduos analisados ($p = 0,10$)



A hipercolesterolemia é autorreferida em 19,50% do grupo composto por aqueles que nunca fumaram e em 17,31% dos tabagistas e ex-tabagistas. O percentual de participantes que não soube informar sobre o parâmetro alcança 36,54% do Grupo 2 e 40,25% do Grupo 1 (**Gráfico 8.2**). O Teste Qui-Quadrado apontou

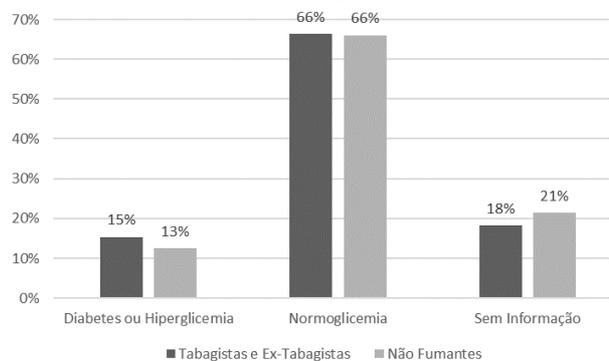
que não há diferença significativa entre a frequência que os grupos 1 e 2 referem hipercolesteromia ou desconhecem a sua presença ($p = 0,34$).

Gráfico 8.3. Autoconhecimento da hipercolesterolemia entre os indivíduos analisados ($p = 0,34$)



O autoconhecimento sobre a presença de DM ou hiperglicemia é positivo em 15,38% dos tabagistas e em 12,58% dos não tabagistas. A porcentagem de participantes que não soube informar sobre diagnósticos ou exames prévios foi de 18,27% no Grupo 2 e 21,38% no Grupo 1 (**Gráfico 8.4**). Para esta variável, o Teste Qui-Quadrado classificou a hipótese nula como verdadeira, tendo como resultado que não há diferença significativa entre o autoconhecimento de DM entre os grupos analisados ($p = 0,96$).

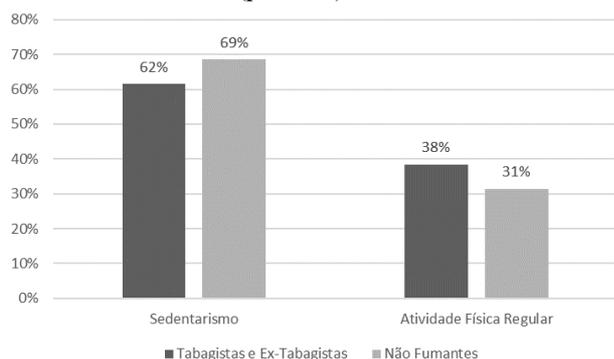
Gráfico 8.4. Autoconhecimento da DM/hiperglicemia entre os indivíduos analisados ($p = 0,96$)



O último FRCV analisado foi o sedentarismo, cuja porcentagem de participantes do Grupo 1 que afirmou possuí-lo foi de 68,55%. Em contrapartida, 61,54% dos tabagistas e ex-tabagistas referiram ser sedentários. A prática de

atividade física, por sua, é referida em 31,45% do Grupo 1 e 38,46% do Grupo 2 (**Gráfico 8.5**). A hipótese nula foi considerada verdadeira para o FR, constatando que não houve diferença significativa no autoconhecimento de sedentarismo entre os grupos 1 e 2 ($p = 0,24$).

Gráfico 8.5. Autoconhecimento de sedentarismo entre os indivíduos analisados ($p = 0,24$)



O tabagismo está diretamente relacionado a maiores incidências de DCV, como infarto do miocárdio (IAM) e doença arterial coronariana (DAC). Evidências obtidas pelo estudo INTERHEART estabeleceram o tabagismo como o segundo maior preditor de risco para DCV, sendo a nicotina a substância com maior impacto na modulação da pressão arterial pelo fumo (YUSUF *et al.*, 2004; SOUSA, 2015).

A exposição crônica ao cigarro, apesar de contribuir para a ocorrência de DCV, apresenta relação paradoxal acerca da pressão arterial. Alguns estudos apontam que não há diferença significativa entre os níveis pressóricos apresentados por tabagistas e não tabagistas. Entretanto, é observado que o risco CV entre hipertensos fumantes e hipertensos não fumantes se distingue: tabagistas apresentam pior prognóstico e pior resposta ao tratamento, com maior prevalência de microalbuminúria, menor controle de níveis pressóricos e maior prevalência de hipertrofia ventricular esquerda (SOUSA, 2015).

Em contrapartida, observou-se que a HAS é referida ou desconhecida com maior frequência

no Grupo 2. Isto acontece pois, culturalmente, há maior resistência de indivíduos tabagistas em procurar assistência médica antes da ocorrência de um evento agudo, gerando, então, uma população com maior risco de óbito e submetida a diagnósticos tardios dos próprios FRCV que possuem. Desta forma, justifica-se a maior porcentagem de desconhecimento sobre o próprio diagnóstico de HAS neste grupo devido a menor procura de acompanhamento e cuidados em saúde (BARROS *et al.*, 2006).

A nicotina é responsável por aumentar o gasto energético e suprimir o apetite. Mecanismos como lipólise, termogênese e aumento da estimulação do sistema adrenérgico contribuem para que fumantes apresentem peso inferior a população não fumante (CASTANHO & SOUZA, S.d.). É importante salientar que ao cessar o tabagismo há um aumento ponderal esperado, que pode ser superior a 10kg. A maioria dos relatos aponta que o ganho de peso ocorre de médio a longo prazo após o indivíduo cessar o consumo de tabaco (CHATKIN & CHATKIN, 2007).

Neste estudo, não foi encontrada relação que comprove maiores taxas de obesidade no Grupo 2, visto que o grupo é composto por tabagistas (que normalmente apresentam menor peso corporal) e ex-tabagistas (que geralmente apresentam aumento do peso corporal). Destacase, entretanto, que a associação de tabagismo e obesidade pode acontecer. Além disso, nesta situação, está presente um efeito aglomerador de FRCV que influencia em maiores probabilidades de ocorrência de DCV e pior prognóstico no tratamento de doenças crônicas e eventos agudos (SOUSA, 2015; CHATKIN & CHATKIN, 2007).

Entre os tabagistas, são encontrados níveis séricos de colesterol mais altos que entre os não tabagistas. De acordo com a III Diretrizes Brasileiras Sobre Dislipidemias e Diretriz de

Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia, o consumo de tabaco é considerado um fator de risco independente para a aterosclerose e a cessação do fumo é considerada estratégia de tratamento para hipercolesterolemia e outras dislipidemias (SANTOS, 2001; FALUDI *et al.*, 2017).

Entretanto, os resultados obtidos apontam que na população analisada não há diferença significativa entre o autoconhecimento de hipercolesterolemia entre os grupos e ambos apresentam porcentagens elevadas, respectivamente 40% no Grupo 1 e 37% no Grupo 2, de desconhecimento acerca do diagnóstico. Em 2017, uma pesquisa realizada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia estimava que 67% dos brasileiros não sabiam informar sobre suas taxas de colesterol e 11% dos respondentes nunca havia realizado lipidograma ao decorrer da vida. Portanto, o autoconhecimento sobre este FR está sujeito a maior falta de conhecimento dos respondentes, não representando fidedignamente a realidade (APCD, 2017).

O tabagismo está associado a uma maior chance de desenvolver DM (estudos apontam aumento de até 37%) devido a interações da nicotina que impedem a entrada de glicose nas células gerando hiperglicemia e hiperinsulinemia e tornando o ambiente propício ao desenvolvimento da diabetes (PAN *et al.*, 2015; HAIRE-JOSHU, 1999). Entretanto, a associação observada previamente em outras pesquisas não é visualizada neste estudo e os números não comprovaram maior frequência de autoconhecimento do diagnóstico de DM entre os integrantes do grupo composto por tabagistas e ex-tabagistas. Desta forma, o cenário sobre conhecimento da doença é semelhante entre ambos os grupos analisados. Além disso, é importante ressaltar que a associação entre tabagismo e DM contribui para maior número de

complicações e dificuldade no controle dos níveis glicêmicos apesar de haver estudos que indicam que tabagistas que são diabéticos apresentam mais fatores motivadores para cessar o uso do tabaco, pois se preocupam com as complicações provenientes da DM (LUCENA *et al.*, 2019; ZHU *et al.*, 2017).

O sedentarismo é um comportamento mais comum entre tabagistas do que entre não-tabagistas, entretanto o Brasil vive atualmente uma epidemia de sedentarismo e o hábito é comum a grande parte da população, seja esta tabagista ou não. Por si só, a falta da prática de atividade física desempenha importante papel nos riscos de morte súbita e desenvolvimento de DCV e, quando associada ao uso do tabaco, as complicações e riscos associados aumentam ainda mais. Na população analisada neste estudo, o sedentarismo é prática comum a ambos os grupos atingindo cifras de mais de 60% dos respondentes (OLBRICH *et al.*, 2009).

A investigação do autoconhecimento entre os participantes da pesquisa apresenta uma limitação em relação ao seu estudo, visto que está sujeita ao viés de aferição, pois os resultados obtidos dependem da memória e do conhecimento do respondente. Desta forma, a representação da realidade de forma fidedigna pode não ser possível.

CONCLUSÃO

Os resultados encontrados indicam que na população analisada os FRCV não são referidos nem desconhecidos em maior frequência na população tabagista ou ex-tabagista (exceto pela HAS), contrariando estudos que apontam maiores índices de hipercolesterolemia, DM e sedentarismo neste grupo.

Entretanto, a avaliação do autoconhecimento dos respondentes sobre parâmetros acerca da própria saúde é eficaz para outras análises, como da qualidade do serviço de saúde local e da busca

por serviços de saúde para exames de rastreio e acompanhamento por partes dos respondentes.

O tabagismo é um FRCV já conhecido e estabelecido, sendo frequentemente associado a outros FR. A ausência desta associação nos resultados obtidos neste trabalho fala a favor da precariedade da assistência em saúde para a população analisada, tendo em vista que há grandes chances da presença de alterações, porém estas não são conhecidas ou diagnosticadas. Tabagistas apresentam por si só

maiores chances de eventos CV agudos e maior risco de óbito. A falta de conhecimento aumenta esses riscos visto que o indivíduo não realiza tratamento nem recebe orientações adequadas acerca de sua condição clínica.

Recomenda-se que, para a confecção de uma análise mais completa, o autoconhecimento seja analisado e comparado junto às medidas objetivas dos FRCV, tais como aferições de pressão arterial, peso, altura, dosagem de colesterol sérico e glicemia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGOSTINHO, M.R. *et al.* Autopercepção da saúde entre os usuários da Atenção Básica em Porto Alegre, RS. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 5, p. 9, 2010.
- ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE CIRURGIÕES-DENTISTAS – APCD. Pesquisa aponta que 67% da população brasileira não sabe sua atual taxa de colesterol. APCD, 13 mar. 2017. Disponível em: <https://www.apcd.org.br/index.php/noticias/789/em-foco/13-03-2017/pesquisa-aponta-que-67-da-populacao-brasil-eira-nao-sabe-sua-atual-taxa-de-colesterol>. Acesso em: 03 maio 2022.
- BARROS, J.A. *et al.* Diagnóstico precoce do câncer de pulmão: o grande desafio: variáveis epidemiológicas e clínicas, estadiamento e tratamento. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 32, p. 221, 2006.
- BERTO, S.J.P. *et al.* Tabagismo associado a outros fatores comportamentais de risco de doenças e agravos crônicos não transmissíveis. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, p. 1573, 2010.
- CASTANHO, L.N.M. & SOUZA, T.F. Tabagismo e Obesidade. Instituto Endovitta, S.d. Disponível em: <https://institutoendovitta.com.br/wp-content/uploads/2021/02/tabagismo.pdf>. Acesso em: 03 maio 2022.
- CHATKIN, R. & CHATKIN, J.M. Tabagismo e variação ponderal: a fisiopatologia e genética podem explicar esta associação? *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 33, p. 712, 2007.
- COSTA, F.A.A. *et al.* Fatores de risco cardiovasculares em lesões coronarianas críticas: mito ou realidade? *International Journal of Cardiovascular Sciences*, v. 29, p. 378, 2016.
- FALUDI, A.A. *et al.* Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 109, 2017.
- GOMES, E.B. *et al.* Fatores de risco cardiovascular em adultos jovens de um município do Nordeste brasileiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 65, p. 594, 2012.
- HAIRE-JOSHU, D. *et al.* Smoking and diabetes. *Diabetes Care*, v. 22, p. 1887, 1999.
- LUCENA, A.C.R.M. *et al.* Aspectos facilitadores e dificultadores no abandono do tabagismo entre pessoas com diabetes mellitus tipo 2. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 23, e1175, 2019.
- OLBRICH, S.R.L.R. *et al.* Sedentarismo: prevalência e associação de fatores de risco cardiovascular. *Revista Ciência em Extensão*, v. 5, p. 30, 2009.
- PAN, N. *et al.* Relation of active, passive, and quitting smoking with incident diabetes: a meta-analysis and systematic review. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, v. 3, p. 958, 2015.
- OLIVEIRA, G.M.M. *et al.* Estatística cardiovascular – Brasil 2020. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 115, p. 308, 2020.
- PUIG-COTADO, F. *et al.* Tobacco and coronary heart disease: WHO tobacco knowledge summaries. Geneva: World Health Organization, 2020.
- SANTOS, R.D. III Diretrizes Brasileiras Sobre Dislipidemias e Diretriz de Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 77, 2001.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA – SBC. Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 113, p. 787, 2019.
- SOUSA, M. Tabagismo e hipertensão arterial: como o tabaco eleva a pressão. *Revista Brasileira de Hipertensão*, v. 22, p. 78, 2015.
- YUSUF, S. *et al.* Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *The Lancet*, v. 364, p. 937, 2004.
- ZHU, P. *et al.* Cigarette smoking, diabetes, and diabetes complications: call for urgent action. *Current Diabetes Reports*, v. 17, 2017.

Capítulo 9

A PSICOLOGIA NA LINHA DE FRENTE: A PRÁTICA DO PSICÓLOGO NA CAMPANHA DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

RUBENS DÍODORO FERREIRA CARDOSO¹
VINÍCIUS VANZALER CHAVES¹
OCILENE FERNANDES BARRETO²

1. *Bacharel em Psicologia pela Universidade da Amazônia – UNAMA.*
2. *Psicóloga e Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Pará.*

PALAVRAS-CHAVE
Psicologia; Vacinação; Covid-19.



10.29327/565999.5-9

INTRODUÇÃO

O presente trabalho se trata de um relato de experiência de estágio supervisionado em Psicologia da Saúde, posteriormente transformado em projeto de extensão universitária, que teve como cenário a implantação pioneira de uma equipe de psicologia na campanha emergencial de vacinação contra a Covid-19, em Belém do Pará.

Tendo como propósito o compartilhamento das vivências e possíveis intervenções do psicólogo na atenção básica de saúde realizadas nas ações vacinais durante uma urgência sanitária mundial, com este capítulo pretende-se demonstrar como o fazer psicológico se fez mister no enfrentamento deste contexto de crise ao promover o acolhimento, aqui entendido tanto enquanto diretriz nuclear para a política nacional de humanização (NAVARRO & PENA, 2013), como quanto intervenção técnica da psicologia pautada na escuta ativa de um sujeito em sofrimento psíquico.

Tal proposta embrionária de inserção de uma equipe de psicologia se deu a partir da aposta na relevância do acolhimento psicológico em um contexto marcado por contínuas expressões de desgaste emocional provocado pela vivência da pandemia de Covid-19, tanto nos usuários, quanto nos próprios profissionais de saúde que atuavam sob extenuantes exigências de trabalho.

Com efeito, este trabalho se refere, sobretudo, às intervenções realizadas com estes agentes (usuários e profissionais de saúde), haja vista que as ações vacinais foram marcadas pelo fluxo intenso de expectativas por parte de ambos e, ao longo da campanha vacinal, as demandas mais frequentes direcionadas à equipe de psicologia tratavam-se de acolhimentos e atendimentos psicológicos breves diante das queixas imediatas desses dois públicos.

Destarte, o objetivo deste estudo é explicitar a experiência de promoção da escuta e

acolhimento psicológico aos usuários e acompanhantes, assim como aos membros da equipe assistencial, realizados pela equipe de psicologia durante a extraordinária campanha de vacinação contra Covid-19 no decurso da pandemia.

MÉTODO

Tratando-se de uma experiência adversa desde o princípio, haja vista que a crise sanitária e humanitária desvelada pela pandemia de Covid-19 causou uma ruptura de proporções globais na suposta normalidade sobre a qual calcava-se a vida cotidiana (BIRMAN, 2020), tornou-se indispensável refletir acerca dos limites e possibilidades de atuação da psicologia neste contexto. Deste modo, antes do início das atividades fora realizado um breve treinamento, de forma a proporcionar aos estagiários uma discussão acerca dos atravessamentos da pandemia no imaginário social da população, bem como foram sondadas algumas dificuldades de logística da equipe de saúde lotada nas ações vacinais, tais quais a quantidade de vacina disponíveis, a falta de insumos, o perfil dos usuários e a grande procura pelo serviço.

Logo, fora decidido que os estagiários seriam distribuídos entre os setores de pré-vacina (fila de espera, triagem, etc.) e de vacinação e que as ações seriam seguidas de supervisão e discussão sobre os atendimentos e intervenções realizadas. As demandas para a psicologia chegavam a partir do acionamento e encaminhamentos feitos pela equipe de saúde presente na ação vacinal, bem como por busca ativa. No serviço de *drive thru*, em vista da especificidade da logística envolvida, o acionamento era realizado unicamente por encaminhamento da equipe. Isto posto, ao longo da campanha de vacinação, foram realizados atendimentos psicológicos com pacientes, familiares e membros da equipe da ação.

Na sala de pré-vacinação era realizada uma triagem que incluía aferição dos sinais vitais, verificação de documentação e de laudos clínicos, quando necessário, e que indicaria ou não a possibilidade de vacinação de acordo com o calendário disponibilizado pela secretaria de saúde do município. Após essa etapa, os pacientes e familiares ou outros acompanhantes presentes eram encaminhados às salas de vacinação.

Aqueles que não apresentavam condições de ser vacinados aguardariam a normalização dos sinais vitais e, caso não houvesse melhora, eram orientados a buscar atendimento médico específico para melhor acompanhamento e, diante da insistência em se vacinar, eram informados dos riscos envolvidos e da necessidade de assinatura de um termo de responsabilidade. Em relação aos pacientes que não atendiam aos critérios, era feita uma orientação visando seu retorno no período em que o calendário de vacinação os contemplasse.

Ao longo dessas etapas, a equipe de psicologia colocou-se à disposição tanto para os usuários quanto para os profissionais de saúde ali presentes, fazendo também uma busca ativa por aqueles que apresentavam sinais de angústia ou esgotamento a fim de reiterar a presença e disponibilidade da psicologia naquele espaço. Isto porque, tendo o acolhimento como horizonte de intervenção, almejou-se estreitar vínculos entre profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde, bem como implicar estes num laço solidário de produção de saúde (PELISOLI *et al.*, 2014).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A atuação da equipe de psicologia durante a ação vacinal exigiu inovação e proatividade, visto que as intervenções eram realizadas onde e da forma como fossem possíveis, mas também porque o próprio cenário político, social,

sanitário e econômico era dos mais adversos. Ademais, faz-se importante ressaltar que, por questões de biossegurança, era necessário evitar aglomeração e manter a celeridade da vacinação.

Durante a etapa de triagem, foram observadas situações de estresse, ansiedade ou frustração de alguns pacientes e de seus acompanhantes, o que indicava a necessidade de acolhimento psicológico. Muitos ficavam irritadiços ou ansiosos, tanto pela aglomeração quanto pela demora no atendimento em decorrência da grande procura pelo serviço. Da mesma forma, haviam aqueles pacientes que por conta de suas comorbidades acabavam apresentando alguma alteração clínica e/ou ficando ansiosos, bem como havia os que não preenchiam ou atendiam aos critérios estabelecidos, mas desejavam e insistiam em ser vacinados contrariando o calendário de vacinação; estes últimos não raramente ficavam muito mobilizados emocionalmente diante da possibilidade de não serem vacinados.

Na sala de vacinação, por sua vez, alguns pacientes ficavam emocionados por receber a vacina, seja em virtude da grande expectativa em ser vacinado, seja pela recordação da perda de algum familiar em decorrência da Covid-19.

Também não foram poucas as vezes em que a equipe de psicologia fora chamada para “intervir” frente àquelas situações em que usuários, estressados diante ao desejo de ser atendido, provocaram episódios de assédio moral ou de violência contra a equipe vacinal. Sobre isto, cabe mencionar que ao longo da campanha vacinal perpetuou-se uma desconfiança em relação ao profissional responsável pela aplicação da vacina, sendo comum o registro, muitas vezes invasivo, através do celular para validação da aplicação da dose.

Vale ressaltar que a pandemia em curso atravessa o imaginário social, fomentando-o,

haja vista que diante do grande número de vítimas fatais persiste a associação entre a Covid-19 e o risco de morte. Contudo, a polarização e o negacionismo vivenciados no cenário político e amplificado por este, obteve um papel privilegiado na dinâmica da ação vacinal. Desta forma, o local de vacinação se configurou não só como momento de alívio e/ou rememoração do luto para aqueles impactados pela pandemia de Covid-19, mas também como palco de constante disputa ideológica e de adoecimento dos trabalhadores da saúde, vítimas constantes das exigências e desconfianças do público, o que transformou o ambiente de trabalho em fonte de intenso sofrimento psíquico.

Nesse sentido, o acolhimento prestado pela equipe de psicologia, representada pelos graduandos e pela supervisora, fora marcado por uma modalidade de intervenção ativa que visava não somente escutar a angústia e o sofrimento, mas mapear o potencial inventivo e resiliente de cada um dos sujeitos que se pusesse a falar com a equipe, assim como nos apontam Quadros *et al.* (2020).

Ademais, nos casos que demandavam uma atuação mais intensiva, a equipe colocou-se à disposição para realizar atendimentos breves com demandas focais. Luto, adoecimento e hospitalização pregressa devido a Covid-19 foram relatos comuns dos usuários, mas também queixas acerca de conflitos familiares, inseguranças decorrentes do atual contexto socioeconômico vivenciado no país, etc.

Por sua vez, nos atendimentos realizados à equipe da ação vacinal, as demandas apontavam o ambiente de trabalho como fonte de stress e

ansiedade. Além do trabalho extenuante, situações de assédio moral e de violência física contra eles por parte de pacientes ou familiares, bem como falta de acolhimento da própria equipe da ação vacinal figuraram como queixas constantes.

Após os atendimentos e identificação das demandas, os pacientes cujas queixas exigiam um acompanhamento continuado foram encaminhados para a rede de atenção psicossocial.

CONCLUSÃO

Se as ações vacinais foram marcadas por expressões de sofrimento psíquico por parte dos diversos atores ali presentes, isto configurou-se como motivo suficiente para a presença da equipe de psicologia naquele espaço. No entanto, tal experiência na atenção básica de saúde durante a pandemia de Covid-19 evidenciou não somente a necessidade da ampliação da discussão acerca da importância da Política Nacional de Humanização, como também do papel da psicologia no interior das instituições de saúde. Isto porque não se trata, como pareceu, de fazer-se presente no imaginário dos demais profissionais de saúde presentes durante a campanha, de mediar conflitos ou atenuar comportamentos inadequados dos usuários, de modo a atender os anseios institucionais, menos ainda de monopolizar a humanização na saúde – haja vista que este deve ser um compromisso de todos os profissionais ali inseridos – mas de privilegiar a escuta do sujeito em seu sofrimento, acolhendo-o, legitimando-o e implicando-o em suas manifestações psíquicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIRMAN, J. O trauma na pandemia do coronavírus: suas dimensões políticas, sociais, econômicas, ecológicas, culturais, éticas e científicas. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2020.

NAVARRO, L.M. & PENA, R.S. A Política Nacional de Humanização como estratégia de produção coletiva das práticas em saúde. Revista de Psicologia da UNESP, v. 12, p. 64, 2013.

PELISOLI, C *et al.* Acolhimento em saúde: uma revisão sistemática em periódicos brasileiros. Estudos de Psicologia, v. 31, p. 225, 2014.

QUADROS, L. C *et al.* Acolhimento psicológico e afeto em tempos de pandemia: práticas políticas de afirmação da vida. Psicologia & Sociedade, v. 32, 2020.

Capítulo 10

ACOMPANHAMENTO DA MENINGITE ENTRE ADULTOS NO BRASIL NOS ANOS DE 2017-2021

GABRIELLA MORAIS DANTAS FERREIRA¹
MARIA EDUARDA SCHMIDT TAVARES¹
MATEUS LIMA DE AZEVEDO¹
PAULO ROBERTO FERREIRA FILHO¹
PEDRO HENRIQUE DE SOUZA LOPES¹

1. *Discente – Medicina da Universidade de Rio Verde campus Goianésia.*

PALAVRAS-CHAVE

Doenças; Meningite; Epidemiologia.



10.29327/565999.5-10

INTRODUÇÃO

De acordo com o Ministério da Saúde, a meningite é uma doença que causa inflamação das meninges, que são membranas que envolvem o cérebro e a medula espinhal. Considerada uma doença de grande relevância e preocupação à Saúde Pública, a meningite tem como causadores vírus e bactérias, que são mais graves e conseguem vencer as defesas do organismo do homem e se instalar nas meninges do hospedeiro, ocasionando o processo infeccioso (AGUIAR *et al.*, 2022).

O risco de contrair meningite é maior entre crianças que possuem menos de cinco anos, principalmente aquelas de até um ano, porém a doença pode acometer indivíduos em qualquer idade. A meningite, quando é ocasionada por agentes etiológicos virulentos, pode ser transmitida e propagada de pessoa para pessoa, processo esse de disseminação que pode ocorrer através das vias respiratórias, por gotículas e secreções da nasofaringe, com necessidade de contato íntimo ou de contato direto com as secreções respiratórias do paciente infectado. É possível combater e controlar a meningite por meio da prevenção, na qual se torna importante a vacinação (BRANCO, 2007).

A incidência da meningite bacteriana é geralmente ocorre em épocas de outono-inverno, devido ao maior número de aglomerado de pessoas nessa época do ano, sendo esta a forma mais grave da doença. Já a meningite viral é mais comum em épocas de primavera-verão, e geralmente a contaminação desta ocorre por vias oral-fecal. É uma doença grave, logo, é importante estar em alerta para os sinais e sintomas, que são: febre alta, dor de cabeça forte, rigidez no pescoço, manchas vinhosas na pele e estado de desânimo (BRASIL, 2005). Se diagnosticada e tratada rapidamente, pode ser curada sem deixar sequelas para o doente (CORDEIRO, 2013). Todo caso de meningite

deve ser comunicado às autoridades sanitárias, pelo médico ou pelo hospital onde o paciente está sendo tratado.

Diante de todo o exposto, o objetivo deste estudo foi analisar e acompanhar a incidência de casos confirmados de meningite em adultos no Brasil.

MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal e descritivo, realizado no mês de novembro de 2021, com base em dados secundários consultados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), juntamente às Informações de Saúde (TABNET) na aba “Epidemiológicas e Morbidade” e posteriormente na aba “Doenças e Agravos de Notificação – 2007 em diante (SINAN)”. Em seguida foi selecionada a opção “Meningite”, e na escolha da abrangência geográfica foi selecionada “Brasil por região, UF e município”, abrangendo, portanto, as cinco regiões do Brasil entre os anos 2017 a 2021. A partir disso, através do DATASUS, foi elaborada uma tabela para análise dos dados. As variáveis analisadas e coletadas foram de casos confirmados de acordo com a faixa etária, em adultos entre os 20 a 59 anos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise feita pelo DATASUS-TABNET mostrou que entre os anos de 2017-2021 foram registrados e notificados um total de 13.960 casos de meningite nas cinco regiões brasileiras. Os casos foram analisados no recorte de faixa etária dos 20 aos 59 anos e de acordo com a região. Foram verificados 1.018 casos na Região Norte, 2.422 casos na Região Nordeste, 6.683 na Região Sudeste, 3.163 na Região Sul e 674 casos na Região Centro-Oeste, conforme apresentado na **Tabela 10.1** e no **Gráfico 10.1**. Ressalta-se

que os anos de 2018 e 2019 obtiveram o maior índice de casos em comparação a 2017, 2020 e 2021. Em 2018 e 2019 foram registrados 6.021 e 5.542 casos, respectivamente, enquanto em 2017 este número foi de apenas 198 casos, em 2020 um total de 1.845 casos, e em 2021 foram registrados 327 casos. Todos estes padrões que foram utilizados permitem analisar um melhor comportamento da doença em meio a sociedade.

Os dados coletados por meio do DATASUS-TABNET mostram um declínio no número de casos registrados de meningite em 2021, contudo, esta informação não seria totalmente correta, visto que neste ano houve uma sobrecarga no sistema de saúde mundial e brasileiro devido a pandemia do Covid-19, mostrando então números que podem ser irrealistas, devido à falta de notificação, por exemplo.

Acerca disto, sabe-se que, de acordo com a Portaria de Consolidação no 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, as “Doença Meningocócica e outras meningites” estão na Lista Nacional de Notificação Compulsória, logo, é de extrema relevância a sua notificação imediata. Em caso de suspeita ou confirmação de infecção, a Secretaria Estadual de Saúde (SES) e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) devem obrigatoriamente informar em até 24 horas esses casos para a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, com o objetivo de que sejam tomadas medidas cabíveis para seu controle.

Diante deste cenário, como já enfatizado, é extremamente importante recorrer a vacinação, esta oferecida gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em dois tipos: a meningocócica C e a ACWY. A vacina meningocócica C é oferecida de graça nos postos de saúde para crianças com menos de cinco anos de idade. Já a não oferecida nas redes públicas, a meningocócica B, é aplicada em crianças, adolescentes e adultos de até 50 anos, a depender do risco

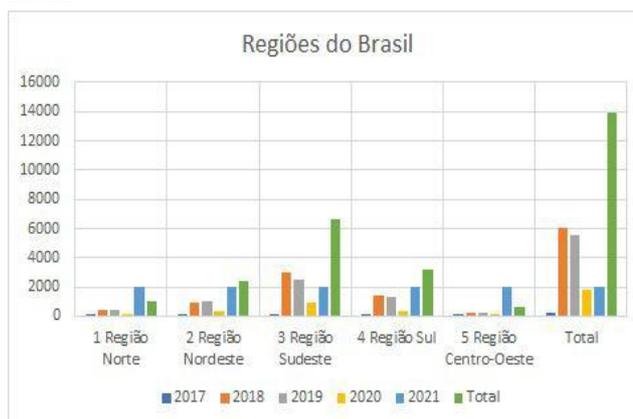
epidemiológico e, ainda, para viajantes com destinos às regiões de risco da doença.

Portanto, é válido que sejam feitas campanhas e propagandas que informem os indivíduos sobre a doença e que os deixem em alerta sobre a mesma e, ainda, que incentivem toda a população a ir em busca de sua imunização através da vacina. Este incentivo pode ser iniciado em escolas, para que, desde cedo, crianças (que são bastante acometidas) e adolescentes, já saibam sobre a meningite e fiquem sempre atentos ao agravamento da mesma e a necessidade de se buscar um médico quando apresentarem os sinais e sintomas.

Tabela 10.1. Número de pacientes acometidos por meningite nas regiões brasileiras

Número de casos	Regiões	Faixa etária
1.018	Região Norte	20-59
2.422	Região Nordeste	20-59
6.683	Região Sudeste	20-59
3.163	Região Sul	20-59
674	Centro-Oeste	20-59

Gráfico 10.1. Distribuição de casos de Meningite no Brasil



CONCLUSÃO

Mediante os dados obtidos através do DATASUS, por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação-SINAN, foram identificadas informações a respeito da incidência da meningite de acordo com cada região brasileira, possibilitando, por meio da informa-

tização, a análise de morbidade e contribuindo, dessa forma, para um maior controle do registro e processamento de dados sobre a meningite no Brasil. Como foi discutido ao longo do capítulo, a meningite bacteriana é transmitida por meio de gotículas para outras pessoas, ou seja, todos estão suscetíveis ao contágio, contudo, ela afeta principalmente bebês e crianças em idade pré-escolar. Diante disso, torna-se necessária a prevenção da doença, visto que alguns casos da doença podem ser fatais, com sintomas que começam como uma gripe e avançam de forma rápida para um estado mais grave, mesmo com diagnóstico precoce.

Além da vacinação, é dever de todos se atentar a algumas medidas de higiene capazes de minimizar a transmissão da meningite, como lavar sempre as mãos, não compartilhar itens pessoais (como copos e escova de dentes) com outras pessoas e se manter saudável. Conforme a caderneta de saúde da criança, a vacina é recomendada em três doses para crianças de dois, quatro e seis meses de idade. Assim, essa é uma doença imunoprevenível, cuja prevenção e imunização são necessárias para abrandar o seu contágio no Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, T.S. *et al.* Perfil epidemiológico da meningite no Brasil, com base nos dados provenientes do DataSUS nos anos de 2020 e 2021. *Research, Society and Development*, v. 11, 2022.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE – BVS. Meningite. Biblioteca Virtual em Saúde, 2007. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/meningite/>. Acesso em: 06 maio 2022.

BRANCO, R.G. *et al.* Doença meningocócica e meningite. *Jornal de Pediatria*, v. 83, 2007.

CORDEIRO, A.P. Pesquisa de biomarcadores e alvos terapêuticos para as meningites por meio da proteômica comparativa do líquido de pacientes [dissertação]. Belo Horizonte: Fundação Oswaldo Cruz, 2013.

Capítulo 11

ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE: ENFOQUE AOS GRUPOS VULNERÁVEIS

YONE PINTO DA SILVA¹
TAYNAN CASTRO FERREIRA¹
RODRIGO BRUNO FLORENCIO¹
MARCUS VINICIUS DE OLIVEIRA PERES²
MARCIA CAPARROZ NOGUEIRA¹
VICTORIA PENA CAMARGO³
HUGO MORESCHI³
IGOR MORESCHI³
ANA CAROLINA BELTRAMI¹
JOÃO PEDRO TOGNOLI ROCCO¹
DIOGENES GUSTAVO VILA BARBOSA DA ROCHA¹
RUBIA SOARES ALCANTARA DA SILVA⁴
ROGÉRIO FERREIRA LISITA¹
GISELLE JULIANA DE JESUS⁵
ELAINE CANTARELLA LIMA⁶

1. *Discente – Medicina, Universidade Brasil, campus de Fernandópolis, SP.*
2. *Docente – Departamento de Engenharia Agrícola da Universidade Estadual de Maringá, Doutor em Saúde Pública pela Universidade Estadual de São Paulo.*
3. *Discente – Medicina, Faculdade Ceres, São José do Rio Preto, SP.*
4. *Discente – Medicina, Centro Universitário de Adamantina, SP.*
5. *Docente – Curso de Medicina e Enfermagem da Universidade Brasil, campus de Fernandópolis, SP. Doutoranda do Programa de Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.*
6. *Docente – Curso de Medicina da Universidade de Araraquara. Enfermeira atuante na Organização de Procura de Órgãos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, SP. Doutora pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.*

PALAVRAS-CHAVE

Atenção primária a saúde; Sistema Único de Saúde; Cuidados primários.



INTRODUÇÃO

Em 1978, em Alma-Ata, aconteceu a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que teve como resultado a Declaração de Alma Alta, na qual a saúde passou a ser reconhecida como um direito humano, distanciando-se do antigo modelo de saúde, enfatizando a Atenção Primária da Saúde (APS) e a importância dos determinantes sociais da saúde na construção de ser saudável. Assim, a APS tem sido adotada para proporcionar um acesso mais efetivo ao sistema de saúde e também para tentar reverter o antigo aspecto curativo, individual e hospitalar, historicamente estabelecido nos sistemas de saúde (IONGH, 2018).

Dez anos mais tarde, em 1988, no Brasil, como consequência de movimentos sociais e políticos, de meados de 1970, e do fim da ditadura, foi promulgada uma nova Constituição Federal. Em seu capítulo sobre seguridade social, na seção II da saúde e nos artigos 196 a 200, nasce o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípios éticos universalidade, equidade e integralidade, corroborando com o que foi preconizado em Alma-Ata (BRASIL, 1988).

O objetivo deste estudo foi revisar a literatura disponível acerca da APS e dos determinantes sociais da saúde, focando na atuação sobre grupos vulneráveis, a fim de eliminar as iniquidades existentes e que impedem que a saúde seja plenamente um direito humano.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão sistemática de literatura realizada por meio de pesquisas nas bases de dados: Google Acadêmico, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), PubMed e Medline.

Foram utilizados os descritores: atenção primária da saúde e vulnerabilidade social. Desta busca foram recuperados 363 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção. Os critérios de inclusão foram: artigos no idioma português; publicados no período de 2018 a 2022 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão. Cabe salientar que pesquisas manuais, bem como o Google Acadêmico, serviram de fonte de dados, devido a carência de documentos que abordassem o tema proposto.

Após os critérios de seleção restaram oito documentos. Os resultados foram apresentados de forma descritiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A medicina não é uma ciência exata, já que é uma ciência humana feita por humanos e que se destina a humanos. No entanto, essa concepção humanística veio a se consolidar somente no século XX, com a Declaração de Alma-Ata. Diante disso, surgiu um desafio que perdura ainda hoje e que consiste em derrubar a concepção de que saúde é apenas a ausência de doença. Nesse aspecto, entendeu-se a necessidade da APS, que atua na promoção e na prevenção da saúde e até mesmo na reabilitação dos usuários. Para que o cuidado seja efetivo, deve-se levar em consideração os aspectos bio-psico-socio-culturais de cada indivíduo. Nesse contexto, é preciso entender que a saúde é produto de seus determinantes sociais, de modo que quanto maior a desigualdade, menor a saúde.

O modelo proposto por Dahlgren e Whitehead dispõe os determinantes sociais de saúde em camadas, sendo a camada mais próxi-

ma a dos determinantes individuais e a camada distal os macrodeterminantes (SUCUPIRA *et al.*, 2014). A camada mais externa relaciona-se às condições ambientais, sociais e culturais da sociedade e esta camada influencia as demais. No penúltimo nível estão dispostos fatores sobre condições de vida e trabalho, além da disponibilidade de alimentos e acesso a serviços

de saúde e à educação, como mostra a **Figura 11.1**.

Este modelo prenuncia que os indivíduos em desvantagem social têm um risco alto, causado por condições de habitação insalubres, exposição a condições mais instáveis de trabalho e menor acesso aos serviços essenciais, portanto, são expostos a iniquidades evitáveis e desnecessárias (BUSS & PELLEGRINI FILHO, 2007).

Figura 11.1. Modelo proposto por Dahlgren e Whitehead sobre os determinantes sociais de saúde



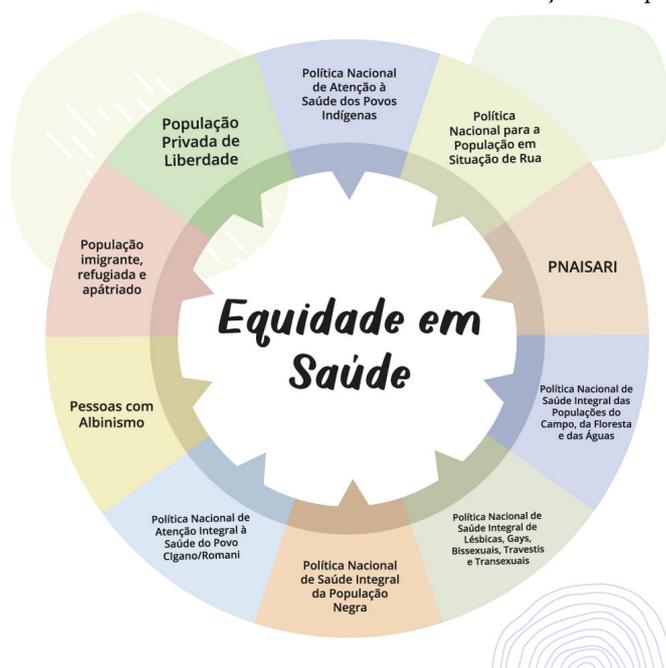
Fonte: SUCUPIRA *et al.*, 2014.

Partindo desse modelo, se estabelece como meta não apenas tratar das doenças, mas também cuidar das pessoas em todas as suas dimensões. Para tanto, o SUS é dividido em níveis de atenção: primário, secundário e terciário. No primeiro nível, fica determinada a APS, que atua como um grande pilar de todo o sistema, sendo responsável por atender 80% das demandas dos indivíduos, em toda a sua vida, e assim, ser resolutiva (OPAS, 1978; STARFIELD, 2002). A APS é a porta de entrada, e com isso, se constitui como um espaço de estímulo ao desenvolvimento de políticas e ações entre diversos setores para, assim, promover a equidade em saúde. Também cabe à APS a adoção e articulação das necessidades de grupos vulneráveis, desfazer as condições de desigualdades persistentes, para assim, ter um melhor acesso a assistência à saúde.

Na esfera do SUS, as políticas de promoção da equidade em saúde intencionam atender

grupos em situação de vulnerabilidade, sendo compostas por ações e políticas públicas de saúde que propõem um atendimento integral e que respeitem as diversidades desses grupos (BRASIL, 2022). Essas populações socialmente desfavorecidas convivem não somente com a falta de cobertura de suas necessidades mínimas, como a falta de saneamento básico e a insegurança alimentar e nutricional, mas também, com situações que ferem a própria existência, como acontece em casos de preconceitos raciais, culturais, homofóbicos, misóginos e xenofóbicos, como mostra a **Figura 11.2**. Dados mostram que o acesso da população preta aos serviços de saúde é significativamente menor que o da população branca e parda, (**Tabela 11.1**), demonstrando uma disparidade, uma vez que pretos representam 54% da população brasileira (IBGE, 2019; IBGE, 2010).

Figura 11.2. Grupos vulneráveis no Brasil de acordo com a Política de Promoção da Equidade em Saúde



Fonte: BRASIL, 2022.

Tabela 11.1. Pessoas que consultaram médico nos últimos 12 meses, por cor ou raça (2019)

Pessoas que consultaram médico nos últimos 12 meses, por cor ou raça, no ano de 2019			
Total	Branco	Pardo	Preto
159.660	72.308	68.947	16.300

Fonte: IBGE, 2019.

CONCLUSÃO

A APS representa a principal ferramenta para o acolhimento dos grupos vulneráveis, uma vez que é a porta de entrada dos serviços. Constitui-se, então, como promotora dos princípios norteadores do SUS, a universalidade, integralidade e equidade. Partindo do princípio

da equidade, percebe-se a necessidade da APS se voltar aos desfavorecidos e proporcionar condições para que tenham acesso aos serviços de saúde.

Além disso, é importante atentar-se às diferenças que acarretam as situações de vulnerabilidade para que se possa transformar esse cenário e, com isso, alcançar um sistema de saúde mais efetivo e justo, uma vez que é impossível promover saúde, em todos os seus aspectos, enquanto existirem iniquidades que segregam a população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BUSS, P.M. & PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes. *Physis*, v. 17, p. 77, 2007.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Equidade garantia constitucional. Brasília, 2022. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/equidade>. Acesso em: 08 maio 2022.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Censo demográfico. Brasília, 2010.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Pessoas que consultaram médico nos últimos 12 meses, por cor, raça ou situação do município. IBGE, 2019. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/5061#resultado>. Acesso em: 13 maio 2022.
- IONGH, A. Alma Ata e atenção primária à saúde: de volta ao futuro. ABRASCO, 26 out. 2018. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/internacionais/alma-ata-e-atencao-primaria-a-saude-de-volta-ao-futuro/37803/>. Acesso em: 02 maio 2022.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE – OPAS. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata. 6-12 set. 1978. URSS. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/upload/Arq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 05 maio 2022.
- STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.
- SUCUPIRA, A.C.S.L. *et al.* Determinantes sociais da saúde de crianças de 5 a 9 anos da zona urbana de Sobral, Ceará, Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 17, p. 160, 2014.

Capítulo 12

TUBERCULOSE NA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE

ISABELLA AMARAL MELO¹
ÁGATHA MARQUES DOS SANTOS¹
ALLAN CALDAS DE SOUZA¹
ANA CLARA OLIVEIRA DOMINGUES¹
ANNA PAULA SILVA FERNANDES¹
DAYANNA MOREIRA DE SOUSA¹
ELISA BORGES CORTEZ¹
GIOVANA RODRIGUES COELHO¹
ISABELLA DE OLIVEIRA SOUZA¹
ISADORA PEREIRA BRITO¹
JAKELLINY RODRIGUES DE SOUSA¹
JÉSSICA RODRIGUES DE ALMEIDA¹
JORDANA BORGES CORTEZ MELO¹
SARA BORGES OLIVEIRA¹
STEFANY MONTEIRO PEIXOTO¹

1. *Discente – Medicina Universidade de Rio Verde (UNIRV).*

PALAVRAS-CHAVE

Tuberculose; População privada de liberdade; Saúde pública.

INTRODUÇÃO

Desde o século XIX, a tuberculose nas penitenciárias se revela um agravo bastante preocupante, com altos índices de mortalidade como é visto nas cidades norte-americanas Auburn, em Nova Iorque, Boston e Filadélfia, em que ultrapassou 10% da população carcerária (ALLGAYER *et al.*, 2019).

A causa disso reverbera não apenas na América do Norte, mas também na América Latina, onde o índice de infecção cresce por diferentes motivos, com fatores de risco agravantes como é visto no Brasil. Além disso, é percebido em pessoas privadas de liberdade em presídios superlotados. O modo de facilitar a infecção por vias aéreas com a tosse, espirro e durante a fala proporciona o maior índice de infecção (ALLGAYER *et al.*, 2019).

Segundo Robert Koch, médico descobridor do agente bacteriano causador do carbúnculo e descreveu, pela primeira vez, como a transmissão da doença se dá através dos esporos. Sendo a tuberculose (TB) uma doença infecciosa e de transmissibilidade que afeta majoritariamente os pulmões, ainda que também possa ocorrer em outros órgãos e sistemas. Além disso, seu agente etiológico conhecido como *Mycobacterium tuberculosis*, ou bacilo de Koch, mesmo com outras espécies, tem os mesmos sintomas em diferentes partes do mundo (BRASIL, 2022).

Em relação à tosse, sua composição na infecção às vezes vem com sangue ou pus, prostração, cansaço aumentado, palidez, emagrecimento, rouquidão em alguns casos, febre baixa, e os casos mais comprometidos tem a exacerbação de grande quantidade de sangue, comprometimento da membrana na pleura com pus, ocasionando um colapso no pulmão (BRASIL, 2022).

Os complexos penitenciários brasileiros sofrem com a propagação da TB, marcada por

condições de infraestrutura insalubres e inadequadas, escassez de mecanismos e recursos humanos, falta de comunicação eficaz entre o sistema de saúde e o prisional, insuficiência de multiprofissionais no local, ocasionando a alta infecção por vias aéreas dentro das celas (FERREIRA *et al.*, 2019).

Desse modo, o objetivo de revelar os maiores marcadores do alto índice da doença infecciosa, como mortalidade, infecção e frequência relativa dos casos novos, o Brasil, com um sistema prisional de um país de terceiro mundo, revelou recursos humanos escassos e ultrapassados no sistema prisional (ALLGAYER *et al.*, 2019)

O objetivo do estudo foi mensurar a prevalência da doença infecciosa – tuberculose – no estado de Goiás, por meio de uma descrição efetiva pautada por seus critérios de inclusão e exclusão.

MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico ecológico, de natureza observacional, transversal, populacional, retrospectivo, quantitativo, populacional que se fundamenta em dados do DATASUS. A presente pesquisa foi realizada entre os anos 2016 e 2021 no Estado de Goiás. Foi realizada seleção de estudos acerca do tema tuberculose e tuberculose na população privada de liberdade (PPL) com posterior extração dos dados e observação dos resultados.

No DATASUS, pelo TabNet, na área “epidemiológico e morbidade”, foi selecionado o tema “Casos de tuberculose desde - 2001”. A partir daí, os dados foram obtidos pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), selecionando as seguintes variáveis: casos confirmados de TB, população privada de liberdade, no estado de Goiás, ano de diagnóstico entre os anos de 2016 a 2021. Os dados obtidos foram organizados em tabela nomeada “Tuberculose casos notificados em PPL (2016-

2021)” (Tabela 12.1) e, posteriormente, foi feita a discussão acerca dos resultados.

Para a discussão, em complemento aos dados obtidos pelo SINAN, foram utilizados dados da plataforma SciELO, Secretaria de Estado da Saúde de Goiás e do Ministério da Saúde. Para a busca foram utilizados termos como: “Tuberculose em Goiás”, “tuberculose na população privada de liberdade” e “tuberculose em indivíduos em situação de cárcere privado”. A partir daí, foram selecionados os artigos que mais se encaixaram no tema proposto e com maior embasamento para leitura minuciosa.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português e inglês, publicados no período de 2003 a 2022 e que abordavam temas que se encaixam no tema proposto. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, que não abordavam diretamente o tema proposto e que não atendiam aos critérios de inclusão.

Esse artigo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) pelo fato de ser suportado por dados de domínio público.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

É importante destacar que foi realizado um estudo epidemiológico, ecológico, de natureza observacional, transversal, populacional, retrospectivo quantitativo, fundamentado em dados do DATASUS. Nesta coleta, foram selecionadas

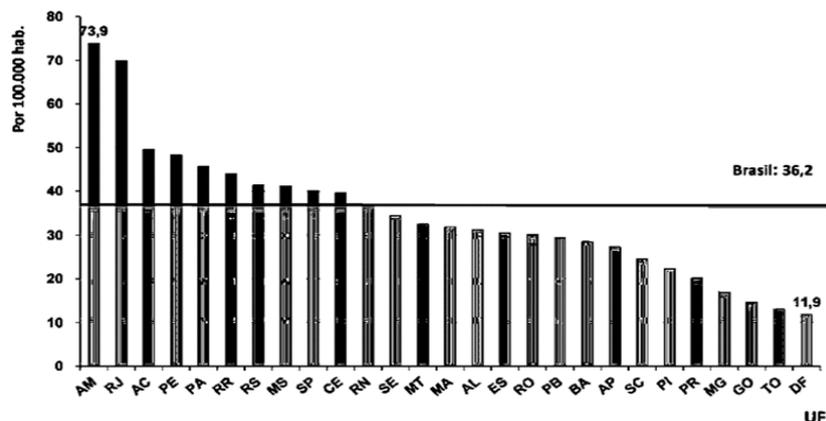
pesquisas publicadas entre os anos de 2016 a 2021 no estado de Goiás. Em resumo, foi observado-se que a TB é uma das principais doenças infecciosas com uma morbimortalidade relevante nos países de terceiro mundo.

A presente pesquisa foi feita mediante o aumento da TB em indivíduos em situação de cárcere privado, o que causa uma preocupação relacionada ao aumento de pessoas no sistema prisional brasileiro.

O Brasil conta com o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), que é responsável por estabelecer diretrizes para o controle da doença, que tem tratamento padronizado e exclusivamente oferecido no serviço público de saúde. Na fase de identificação foi feita pesquisa no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan Net).

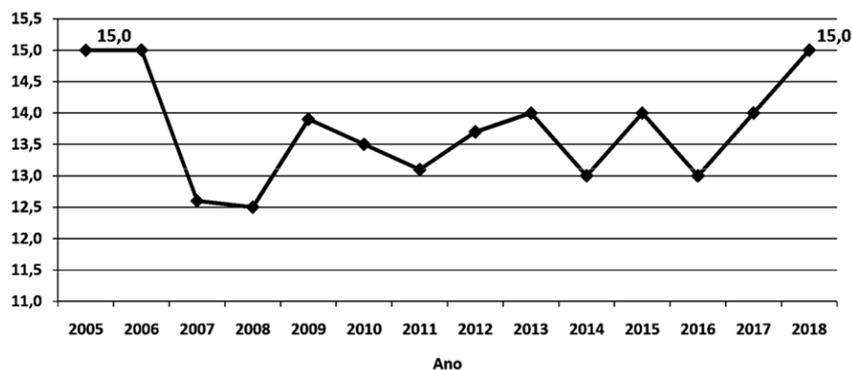
No Brasil, a TB é um sério problema de saúde pública, com profundas raízes sociais. A cada ano, são notificados, em média, 70 mil casos novos e cerca de 4,5 mil mortes em decorrência da doença. Entretanto, a TB tem cura e o tratamento é gratuito, disponibilizado pelo Sistema único de Saúde (SUS). Assim, após filtrados os casos de TB para a PPL, concluiu-se que os casos confirmados em PPL em sua macrorregião de saúde, no período de 2016-2021, foi de um total de 2.573 indivíduos.

Gráfico 12.1. Coeficiente de tuberculose por UF e Brasil (2018)



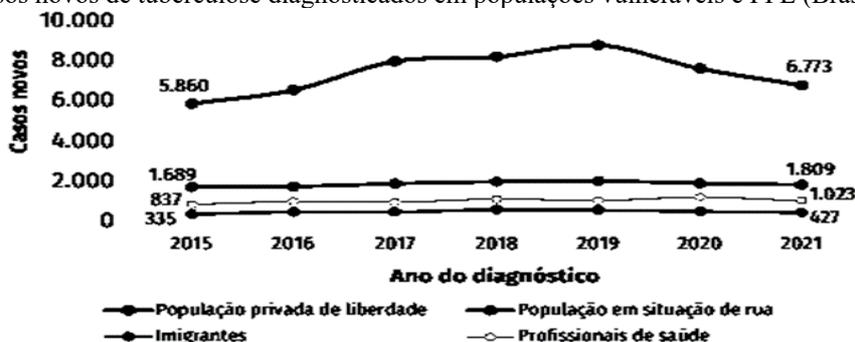
Fonte: SINAN/SES; IBGE.

Gráfico 12.2. Coeficiente de incidência de tuberculose (Goiás, 2005-2018)



Fonte: SINAN.

Gráfico 12.3. Casos novos de tuberculose diagnosticados em populações vulneráveis e PPL (Brasil, 2015-2021)



Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE.

Tabela 12.1. Tuberculose casos notificados em PPL (2016-2021)

Ano do diagnóstico	Casos confirmados
TOTAL	2.573
2016	435
2017	416
2018	469
2019	461
2020	423
2021	469

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE.

A TB no sistema prisional é frequentemente ignorada e continua a ser um importante problema de saúde pública em muitos contextos. A TB é uma problemática que ainda é tabu ao que cursa com um grande desconforto nos tempos atuais. Assim, a doença está associada à baixa renda, ao isolamento, à exclusão social, ao comportamento errôneo, e também ao preconceito social da população como um todo. Esses valores estão fortemente presentes na realidade das prisões.

Desse modo, os dados citados refletem o alto risco de exposição ao *M. tuberculosis* a que a população prisional se encontra, com os elevados índices de novos casos observados nessa população em específico em comparação ao número total de novos casos. Isso pode estar relacionado às más condições das celas, como, por exemplo, alta umidade, limpeza insuficiente e superlotação. Além disso, tem-se também os hábitos de vida dos detentos, que fazem uso de álcool e outras drogas, como o cigarro. Tais situações favorecem a disseminação e propagação do agente etiológico e favorecem ainda mais o risco de as PPL contraírem TB.

Em decorrência desses comportamentos, alguns fatores têm favorecido o alto índice de coinfeção TB/HIV. Desse modo, pode-se citar a imunossupressão causada pelo HIV, causando no indivíduo a reativação da TB e o risco de agravamento da infecção para doença, o fato das duas infecções compartilharem muitos fatores

de risco e comportamentais entre si, como por exemplo o uso de drogas injetáveis. Tais fatores fazem com que essa população seja ainda mais suscetível à infecção pelos dois agentes. Portanto, o conhecimento da epidemiologia da coinfeção TB/HIV entre os detentos é ainda insuficiente. Somado a isso, esses aspectos se entrelaçam entre si e despertam ainda mais preocupação para essa população. É pertinente ressaltar que a coinfeção TB/HIV na PPL coloca em risco não apenas essa população, mas também os trabalhadores do sistema carcerário e todos aqueles que estão envolvidos naquele espaço, como a população em geral.

As PPL têm baixas taxas de conclusão de tratamento, que é imprescindível. Como exemplos das dificuldades do fim do tratamento dentro das penitenciárias, é possível mencionar: limitadas instalações de saúde prisional, o que diminui a possibilidade de diagnóstico e acesso à profilaxia, baixa prioridade aos cuidados de saúde nas prisões pelas políticas de prevenção e dificuldade de acesso ao doente. Além disso, a conclusão do tratamento é difícil de ter uma resolubilidade em função da natureza transitória dos detentos, da movimentação dos prisioneiros dentro e fora do sistema prisional, o que aumenta a taxa de abandono de tratamento. Desse modo, torna-se evidente que a qualidade e a eficácia do tratamento em indivíduos PPL são extremamente difíceis de serem alcançadas.

Portanto, para reduzir o impacto da situação epidemiológica da TB na PPL, a busca ativa de casos na população já encarcerada deve ser realizada no mínimo uma vez por ano a fim de examinar toda a PPL de uma determinada unidade prisional por um determinado período de tempo. Para que seja feita uma ação de controle e um rastreamento em massa que permita a erradicação dessa problemática é preciso que as autoridades locais, regionais, municipais e federais sejam alertadas sobre a

situação da comunidade carcerária. Mediante essa atitude, que seja fornecida, ainda, uma base para a avaliação das ações de controle e erradicação da TB e que seja realizada uma ação educativa com todos os detentos que ali estão inseridos; não menos importante, que haja, também, a realização de exercícios educativos com os profissionais de segurança e todos que estão ali envolvidos.

CONCLUSÃO

A incidência da TB a cada ano é maior entre aqueles que vivem no sistema prisional do que na população em geral. O estudo epidemiológico ecológico, de natureza observacional, transversal, populacional, retrospectivo quantitativo, fundamentado por dados do DATASUS, confirma a veracidade deste cenário. Conclui-se, portanto, que esse aumento ocorre principalmente devido a fatores exógenos. Pessoas em situação de cárcere privado são expostas diariamente a condições insalubres e inadequadas infraestruturas, falta de mecanismos e recursos humanos, falta de comunicação efetiva entre sistema de saúde e presídios, além da ausência de multiprofissionais eficientes, ocasionando, assim, alta disseminação da doença através das vias aéreas.

Como mencionado, no Brasil, estima-se uma média de 70 mil casos novos e cerca de 4,5 mil mortes em decorrência da doença. Os estudos acerca da TB no sistema prisional no estado de Goiás entre 2016 e 2021 refletem um aumento perceptível no número de indivíduos infectados recentemente. Diante disso, é de extrema necessidade a cautela na aplicação de medidas profiláticas para combate eficaz à TB dentro do cárcere brasileiro. Ademais, vale ressaltar que esta doença possui altos índices de morbidade e mortalidade no país. Assim, tais precauções devem ser discutidas exaustivamente por se

tratar de uma doença de elevado risco e de suma importância para o serviço público de saúde. A inclusão de tratamentos qualitativos dentro das penitenciárias deve ser uma importante aliada

neste contexto, sendo um fator significativo para diminuição de diagnósticos na população prisional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALLGAYER, F.M. *et al.* Tuberculosis: control y asistencia a la salud en prisiones. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 72, p. 5, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. 4. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública. Brasília: Ministério da Saúde, v. 1, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil livre da tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública: estratégias para 2021-2025. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico: tuberculose 2022. Brasília, mar. 2022. Disponível: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-tuberculose-numero-especial-marco-2022.pdf>
- FERREIRA, R.M. *et al.* Tuberculose na prisão e aspectos associados ao local do diagnóstico. *The Journal of Infection in Developing Countries*, v 11, p. 968, 2019.
- LIMA-COSTA, M.F. & BARRETO, S.M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 12, p. 189, 2003.
- MOREIRA, T.R. *et al.* Prevalência de tuberculose na população privada de liberdade: revisão sistemática e metanálise. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 43, 2019.

Capítulo 13

A PERDA DE SEGUIMENTO E O ATRASO NO DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

ESTER SARAIVA CARVALHO FEITOSA¹
BIANCA CARNEIRO DE MELO JORGE¹
ANA BEATRIZ GURGEL MOURÃO¹
GABRIELLE BENEVIDES LIMA¹

1. *Discente – Medicina na Universidade de Fortaleza.*

PALAVRAS-CHAVE

Doenças crônicas não transmissíveis; Diagnóstico tardio; Diabetes mellitus.



10.29327/565999.5-13

INTRODUÇÃO

No atual panorama mundial, vem ocorrendo um rápido aumento na prevalência e na incidência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), enquadrando-se nesse grupo as doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, cânceres e diabetes (MALTA *et al.*, 2017). Tais doenças impactam não só a sobrevivência do paciente, como também seu cotidiano, suas atividades, seus relacionamentos e, quando se trata de uma população de baixa renda, afetará principalmente sua economia.

Nesse contexto crescente de DCNT, a síndrome metabólica (SM) se enquadra como o produto final de diferentes distúrbios metabólicos que aumentam as chances de desfechos adversos no futuro ao indivíduo, trazendo ao paciente a necessidade da mudança dos hábitos de vida a fim de minimizar os eventos cardiovasculares decorrentes dessas alterações. A SM pode ser caracterizada por hiperglicemia, hipertensão, níveis elevados de triglicerídeos (TG), valores diminuídos de colesterol de alta densidade (HDL-c), além da obesidade abdominal (LIRA NETO *et al.*, 2018). A relevância do seu diagnóstico e tratamento se encontra no fato de reduzir consideravelmente o surgimento de doenças cardiovasculares, que hoje são a principal causa de mortalidade no Brasil e no mundo (PRÉCOMA *et al.*, 2019).

Sob essa perspectiva, o principal risco ocasionado pela SM é o desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2 (DM2), que pode ser definida como o conjunto de distúrbios metabólicos causados pela resistência à ação da insulina nos tecidos e déficit secretório de insulina das células beta pancreáticas, prejudicando o metabolismo dos lipídios, glicídios, proteínas, água, vitaminas e minerais (FONSECA & RACHED, 2019).

Além disso, o desenvolvimento de DM2 está associado a fatores socioeconômicos, demográ-

ficos e outras condições de saúde, que se dividem em modificáveis e não modificáveis. Dentre esses fatores, pode-se destacar a idade maior ou igual a 40 anos, a obesidade, o sedentarismo, a presença de síndrome metabólica, o histórico familiar de DM2, entre outros. Outrossim, uma baixa escolaridade também está associada a uma maior prevalência de DM. A prevalência de diabetes encontrada em uma região brasileira marcada pela baixa renda e pela baixa escolaridade mostrou-se bastante superior àquela encontrada entre adultos de outras regiões (FLOR & CAMPOS, 2017).

Ainda sob tal circunstância, a DM está também associada a complicações, visto que leva a uma grande redução da expectativa e qualidade de vida, podendo causar alterações no organismo classificadas como agudas ou crônicas. Entre as complicações agudas estão cetoacidose diabética, coma hiperosmolar não-cetótico e hipoglicemia, enquanto as complicações crônicas se apresentam como alterações microvasculares (neuropatia periférica, retinopatia e nefropatia) e macrovasculares (doença arterial coronariana, doença cerebrovascular e vascular periférica) (BERTONHI & DIAS, 2018).

Na esfera nacional, a doença representa um problema de saúde de grande magnitude. Em 2013, o Brasil ocupou a quarta posição entre os países com maior número de pessoas diabéticas, com cerca de 11,9 milhões de casos entre indivíduos adultos (20-79 anos). Além disso, entre 1996 e 2007, observou-se um incremento de 2% na mortalidade por esse agravo. Acredita-se, ainda, que aproximadamente 50% dos diabéticos não tenham diagnóstico da doença, levando a reflexão sobre essa falta de diagnóstico e o aparecimento de complicações (FLOR & CAMPOS, 2017). Evidências sugerem que fatores como a carência de informações sobre a doença associada à

descontinuidade do acompanhamento em unidades básicas de saúde (UBS), contribuem para o atraso do diagnóstico, levando a crises de descompensação e elevando a mortalidade.

O objetivo deste trabalho é relatar o caso de uma paciente de 50 anos, portadora de DM2 com complicações, atendida em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), e realizar uma revisão de literatura a respeito das consequências do atraso do diagnóstico dessa doença no manejo das doenças crônicas.

MÉTODOS

O presente trabalho é caracterizado como um relato de caso acerca de uma usuária do Sistema Único de Saúde (SUS), atualmente cadastrada e acompanhada no Programa Hiperdia da UAPS João Hipólito, em busca de uma análise descritiva e qualitativa de possíveis associações com fatores de risco para DCNT. Desse modo, foram coletados dados através de anamneses e exames físicos realizados em consultas na UAPS, bem como pela verificação do prontuário da referida paciente e de revisão da literatura realizada durante os meses de outubro e novembro de 2021.

Esta pesquisa atendeu aos critérios de pesquisa envolvendo seres humanos estabelecidos na Resolução 466/2012 do CNS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A paciente índice é uma mulher (MD) de 50 anos, natural e residente de Fortaleza, casada, evangélica e com ensino fundamental incompleto. Compareceu à UBS João Hipólito Monte em consulta de retorno para mostrar os exames laboratoriais que haviam sido solicitados na consulta anterior, quatro meses antes.

Nesta última consulta, foi prescrito miconazol em creme vaginal devido a queixas

de corrimento branco-amarelado associado a prurido. Ao ser questionada sobre novos sintomas, a paciente referiu melhora provisória das queixas ginecológicas, mas retorno dos mesmos sintomas. Além disso, relatou polidipsia, poliúria e perda de peso com início há pelo menos seis meses, assim como episódios de sudorese e tontura. No que concerne ao hábito intestinal, negou alterações como presença de muco e de restos alimentares nas fezes, além de hematoquezia, no entanto relatou constipação frequente. Outras queixas pertinentes informadas foram alterações visuais e dor em ambos os membros inferiores associadas à parestesia, motivo pelo qual será realizado o teste de estesiometria na próxima consulta para avaliação de possível neuropatia diabética.

MD recebeu diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS) durante sua última gravidez, em 2001, quando iniciou o uso de alfametildopa. A paciente relata que continuou o uso irregular da medicação devido à perda de seguimento na UBS, fato agravado pela pandemia de Covid-19, e ao grande estoque da droga em casa. Estava em uso regular de losartana 50 mg desde a última consulta. Não faz uso de outros medicamentos.

MD nega etilismo, tabagismo e uso de drogas ilícitas. É sedentária e possui alimentação rica em carboidratos e alimentos industrializados, com baixa ingestão de fibras, frutas e verduras. A paciente tem histórico de um abortamento e possui quatro filhos vivos, dos quais três nasceram de parto normal, com histórico de hemorragia pós-parto na primeira gravidez. Atualmente, encontra-se desempregada, assim como seu esposo, com quem reside além da filha, a qual está sendo a fonte de renda da casa atualmente.

Ademais, MD apresenta um histórico familiar de DCNT digno de nota, o qual está evidenciado pela ferramenta genograma (**Figura**

ra 13.1), uma vez que sua mãe era hipertensa e faleceu aos 74 anos devido a infarto agudo do miocárdio (IAM), seu pai faleceu aos 51 anos devido a acidente vascular encefálico (AVE) e seu avô paterno faleceu devido a IAM fulminante aos 73 anos, porém a paciente não soube relatar as comorbidades que acometiam os dois últimos. Além disso, MD possui quatro primas por parte de pai, das quais uma possui diagnóstico de diabetes complicada (pé diabético); uma já apresentou episódio de IAM; e uma já apresentou episódio de AVE.

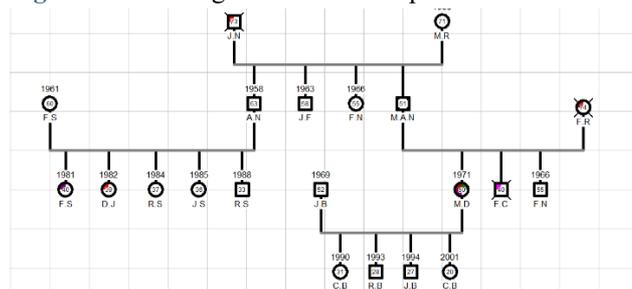
Os últimos exames laboratoriais realizados (01 de julho de 2021) demonstraram glicemia de jejum elevada (379,4 mg/dL), HDL baixo (33 mg/dL), LDL aumentado (120 mg/dL), colesterol total no limiar superior (183 mg/dL), triglicerídeos no limiar superior (149 mg/dL) e glicosúria 4+/4 no sumário de urina.

Ao exame físico, a paciente apresentava-se em bom estado geral, cooperativa, orientada, hidratada, normocorada, acianótica, anictérica, afebril e eupneica. A média das pressões arteriais aferidas durante a consulta foi de 140/100 mmHg. Peso = 75 kg, altura = 1,55 m, IMC = 31,2 kg/m², circunferência abdominal = 105 cm. As ausculta cardíaca e pulmonar não apresentavam alterações. Exame abdominal revelando abdome globoso por adiposidade e hipertimpanismo durante a percussão, sem demais alterações. Nas extremidades, pulsos periféricos presentes, palpáveis e simétricos. Observou-se edema bilateralmente em membros inferiores com cacifo positivo 1+/4+.

Ao final da consulta, foi possível estabelecer uma lista de problemas da paciente, a qual apresentava risco cardiovascular elevado, SM, HAS descontrolada; obesidade grau I; dislipidemia com LDL fora da meta; maus hábitos de vida relacionados à dieta; e sedentarismo. Por isso, a conduta tomada foi a associação de segundo anti-hipertensivo (hidroclorotiazida 25

mg) com manutenção da losartana 50 mg; prescrição de metformina 1 g/dia associada à insulina NPH 10UI à noite; prescrição de sinvastatina 40 mg/dia; incentivo à realização de atividade física; e encaminhamento aos serviços de nutrição e de oftalmologia.

Figura 13.1. Genograma familiar da paciente índice



A respeito do caso supracitado, no contexto das DCNT, o que chamou mais atenção foram os valores da glicemia da paciente no momento do diagnóstico (acima de 300 mg/dL), caracterizando uma DM2 em estágio avançado. Nesse sentido, destaca-se que quanto mais tempo demora-se para diagnosticar a DM em um indivíduo, mais chances ele terá de desenvolver complicações associadas à doença, bem como maior será o risco de aparecimento de outras comorbidades (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Por ser uma doença de instalação insidiosa, muitos pacientes com DM2 são assintomáticos, portanto o diagnóstico da doença na maioria dos casos é feito de forma tardia quando o paciente já apresenta alguma descompensação ou complicação associada à cronicidade do estado hiperglicêmico, que coincide com o surgimento dos primeiros sintomas dos quais o paciente se queixa, como polidipsia, polifagia, perda de peso, poliúria, fadiga, dificuldades visuais, observados na anamnese da paciente (CASTRO *et al.*, 2021). Isso demonstra a necessidade de um rastreamento mais eficaz de pessoas mais jovens que possuem fatores de risco para o

desenvolvimento de DM2, a fim de evitar que o diagnóstico seja postergado.

A DM2, quando diagnosticada em estágios avançados como foi o caso da paciente, raramente virá isolada, sendo, portanto, comum observar a presença de outros distúrbios metabólicos, como obesidade e dislipidemia, que também foram pontuados na análise da consulta, além de outras doenças cardiovasculares, a exemplo da HAS que a paciente já sabidamente possuía o diagnóstico. A presença dessas comorbidades permitiram enquadrar a paciente como portadora de SM, condição que segundo o estudo de Lira Neto *et al.* (2018) teve uma prevalência de 46,3% entre os portadores de DM2, principalmente em mulheres. Essa forte associação requer diversas abordagens terapêuticas, com o intuito de minimizar as complicações cardiovasculares decorrentes desse desbalanço metabólico, além de impedir a progressão da doença com o acometimento de órgãos-alvo.

Outro ponto importante a ser destacado do caso são as repercussões da DM2 nos demais órgãos da paciente, como alterações visuais, constipação, dormência em membros inferiores, tonturas e infecções genitourinárias de repetição, as quais apontam para um comprometimento sistêmico. O principal objetivo de se realizar um diagnóstico precoce de DM2 é justamente evitar o acometimento sistêmico da doença e as lesões em órgãos-alvo, no entanto, no contexto em questão, em que já não é mais possível a prevenção dessas complicações, a atuação da equipe multidisciplinar será principalmente para evitar a progressão dessas lesões.

Em se tratando de doenças crônicas, uma estratégia essencial para retardar a progressão da DM é o autocuidado, que enquadra estratégias de automonitoramento da glicemia, mudanças no estilo de vida com prática regular de atividades físicas e alimentação balanceada,

adesão à terapia medicamentosa e conhecimento das possíveis complicações. No entanto, as condições socioeconômicas podem ser fatores limitantes nesse processo de autocuidado. Correlacionando com o caso citado, a baixa escolaridade da paciente implica em riscos diferenciados no adoecer e morrer, uma vez que está relacionada ao acesso e ao consumo dos serviços de saúde, bem como influencia decisões familiares sobre alimentação, cuidados com o corpo e prevenção de doenças (FLOR & CAMPOS, 2017).

Além disso, outro fator limitante para a abordagem terapêutica adequada é a fonte de renda da paciente, a qual impede a aquisição de medicamentos mais adequados para o controle da sua dislipidemia. Assim, para contornar a situação, foi ofertada sinvastatina em dose dobrada, por ser um medicamento disponibilizado gratuitamente pelo SUS.

Em paralelo a isso, apesar de o SUS oferecer programas de prevenção primária à saúde com intuito de impedir que pacientes com fatores de risco para doenças crônicas venham a desenvolvê-las, a adesão a tratamentos continuados representa um desafio aos programas e sistemas de saúde e uma dificuldade a ser vencida pelo sujeito (MENDES *et al.*, 2017). Diagnosticada com hipertensão de longa data, MD permaneceu com os mesmos hábitos de vida não favoráveis e utilizando alfametildopa, um alfa-2-adrenérgico, que é seguro durante a gestação, mas que possui efeito hipotensor discreto quando utilizado isolado (MALACHIAS *et al.*, 2016). Tendo em vista que a possibilidade de associação da HAS e do DM é da ordem de 50% (SANTOS & MOREIRA, 2012), corrobora com a baixa adesão e quebra da longitudinalidade como fatores prejudiciais para o autocuidado e gestão de doenças crônicas.

CONCLUSÃO

É possível concluir que a falta de adesão dos pacientes para com a UAPS e a descontinuidade das consultas de acompanhamento levam ao atraso do diagnóstico das DCNT. No caso relatado, pelo diagnóstico tardio de DM2 descompensada associada a outros fatores de síndrome metabólica e ao uso de medicação errada para o tratamento da HAS,

bem como ao surgimento de diversas complicações crônicas, que assim poderão aumentar o risco de mortalidade desse paciente.

Desse modo, torna-se imprescindível a captação efetiva de pacientes nos postos de saúde, além da explicação das suas comorbidades, visando o entendimento do paciente acerca de sua condição e adesão ao tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BERTONHI, L.G. & DIAS, J.C.R. Diabetes mellitus tipo 2: aspectos clínicos, tratamento e conduta dietoterápica. *Revista Ciências Nutricionais Online*, v. 2, 2018.
- CASTRO, R.M.F. *et al.* Diabetes mellitus e suas complicações-uma revisão sistemática e informativa. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, p. 3349, 2021.
- FLOR, L.S. & CAMPOS, M.R. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 20, p. 16, 2017.
- FONSECA, K.P. & RACHED, C.D.A. Complicações do diabetes mellitus. *International Journal of Health Management Review*, v. 5, 2019.
- LIRA NETO, J.C.G. *et al.* Prevalência da síndrome metabólica e de seus componentes em pessoas com diabetes mellitus tipo 2. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 27, 2018.
- MALACHIAS, M.V.B. *et al.* 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: capítulo 1 - conceituação, epidemiologia e prevenção primária. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 107, 2016.
- MALTA, D.C. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, 2017.
- MENDES, G.F. *et al.* Adherence barriers and facilitators to a diabetes education program: the user's point of view. *Brazilian Journal of Physical Activity and Health*, v. 22, p. 278, 2017.
- OLIVEIRA, A.B.C. *et al.* Complicações cardiovasculares em pacientes com Diabetes Mellitus Tipo 2. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 13, e6426, 2021.
- PRÉCOMA, D.B. *et al.* Atualização da diretriz de prevenção cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia-2019. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 113, p. 787, 2019.
- SANTOS, J.C. & MOREIRA, T.M.M. Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 46, p. 1125, 2012.

Capítulo 14

INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA DA HANSENÍASE NO ESTADO DE GOIÁS: UMA PESQUISA SOBRE O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA DOENÇA

ALLAN CALDAS DE SOUZA¹
ANA CLARA OLIVEIRA DOMINGUES¹
GIOVANA RODRIGUES COELHO¹
ANNA PAULA SILVA FERNANDES¹
JÉSSICA RODRIGUES DE ALMEIDA¹
SARA BORGES OLIVEIRA¹
ISABELLA AMARAL MELO¹
ISABELLA DE OLIVEIRA SOUZA¹
JORDANA BORGES CORTEZ¹
ELISA BORGES CORTEZ¹
ÁGATHA MARQUES DOS SANTOS¹
DAYANNA MOREIRA DE SOUSA¹
ISADORA PEREIRA BRITO¹
JAKELLINY RODRIGUES DE SOUSA¹
STEFANY MONTEIRO PEIXOTO¹

1. *Discente – Universidade de Rio Verde Campus Aparecida de Goiânia - Goiás.*

PALAVRAS-CHAVE

Hanseníase; Epidemiologia; Incidência.

INTRODUÇÃO

A hanseníase, conhecida como lepra, é uma doença de evolução crônica, infectocontagiosa de notificação compulsória e investigação obrigatória, cujo principal agente etiológico é o *Mycobacterium leprae* (*M. Leprae*), um bacilo intracelular obrigatório, álcool-ácido-resistente, de multiplicação lenta com alta infectividade e baixa patogenicidade que apresenta afinidade pelo sistema periférico (BRASIL, 2021; ARAÚJO *et al.*, 2017; UCHÔA *et al.*, 2017).

A transmissão ocorre por contato direto e prolongado de pessoa a pessoa através das vias aéreas superiores por meio de gotículas de saliva de doentes que não iniciaram o tratamento. A doença tem um período de incubação em média de cinco anos, entretanto, os sintomas podem manifestar-se dentro de um ano, ou em outros casos podem ser mais tardios, podendo aparecer em vinte anos ou mais.

A doença afeta primariamente os nervos periféricos e a pele, mucosa do trato respiratório superior e olhos através de sinais e sintomas dermatoneurológicos, e pode gerar neuropatias em vários graus e em situações mais graves e, caso não tratada com antecedência, levar a incapacidades físicas, perda da funcionalidade de partes do corpo, membros e até mesmo cegueira (BRASIL, 2021; SANTOS *et al.*, 2019; ARAÚJO *et al.*, 2017).

Há uma classificação operacional que é utilizada para definir o esquema de tratamento a ser adotado. Sendo paucibacilar o caracterizado pela presença de uma a cinco lesões cutâneas, sem presença demonstrada de bacilos álcool-ácido resistentes na baciloscopia ou no exame histopatológico. Já o multibacilar é caracterizado pela presença de mais de cinco lesões de pele; ou com envolvimento dos nervos (mais de um nervo periférico acometido, neural pura, ou qualquer número de lesões de pele e neurite); ou com a presença demonstrada de bacilos em

esfregaço ou biópsia de pele, independentemente do número de lesões cutâneas (BRASIL, 2021).

O tratamento da hanseníase é realizado através da associação de medicamentos conhecidos como rifampicina, dapsona e clofazimina. Essa associação recebe o nome de poliquimioterapia única (PQT-U). O paciente receberá uma dose mensal supervisionada de 600 mg de rifampicina, 100 mg de dapsona e de 300 mg de clofazimina. Em casa, o paciente tomará 100 mg de dapsona e 50 mg de clofazimina diariamente (BRASIL, 2017).

A diferenciação entre os tratamentos é baseada na classificação operacional da doença, a qual determina a duração da farmacoterapia, se seis meses para paucibacilar ou 12 meses para multibacilar (BRASIL, 2021).

O objetivo deste estudo foi analisar o número de casos novos de hanseníase por ano no estado de Goiás, considerando distribuição entre as regiões e municípios, entre raça/cor, faixa etária, sexo e nível de escolaridade.

MÉTODO

O presente trabalho classifica-se, quanto a sua natureza, como estudo epidemiológico, descritivo, retrospectivo, realizado no estado de Goiás, com dados obtidos a partir do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Os dados analisados são de 2016 a 2022, disponíveis pelo DATASUS em março de 2022.

Optou-se por trabalhar com a incidência e prevalência da hanseníase no estado de Goiás, comparando-o com outros estados brasileiros que compõe a região do Centro-Oeste. Foram estudadas as seguintes variáveis: raça/cor, município de notificação, faixa etária, sexo e nível de escolaridade.

Os dados foram apresentados em forma de tabelas construídas com auxílio do software *Excel* para Windows 10 e do programa *Tabnet* no Ministério da Saúde. Os valores calculados seguiram como base as fórmulas recomendadas para estudos epidemiológicos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sabe-se que a hanseníase se relaciona fortemente com condições econômicas, sociais e ambientais desfavoráveis. A federação tem registrado, ano após ano, novos casos da doença que apresenta distribuição heterogênea por todo país, e as regiões Norte, Nordeste e Centro-

Oeste se configuram como de alta importância, por apresentarem elevadas taxas de concentração da doença (BRASIL, 2017).

Dentro deste cenário, o estado de Goiás possui significativa relevância na cadeia de transmissão da hanseníase, já que é um dos entes federativos que compõem a região do Centro-Oeste em associação com Mato Grosso do Sul, Mato Grosso e o Distrito Federal (BRASIL, 2017).

A **Tabela 14.1** avalia o número de novos casos de hanseníase por 100.000 habitantes na região Centro-Oeste por Unidade da Federação de Residência, no período de 2014 a 2020.

Tabela 14.1. Novos casos de hanseníase por 100.000 habitantes (Centro-Oeste, 2014-2020)

Região/UF de residência	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Centro-Oeste	5878	5667	4701	5373	6642	6506	3934
Mato Grosso do Sul	1063	711	408	387	352	493	265
Mato Grosso	2645	3037	2665	3452	4678	4424	2519
Goiás	1890	1702	1452	1369	1472	1421	932
Distrito Federal	280	217	176	165	140	168	218

Fonte: Sinan/SVS/MS, 2022.

De acordo com a **Tabela 14.1** entre os anos 2014 e 2020 a incidência de hanseníase diminuiu na população do estado de Goiás.

Em uma série histórica do ano de 2016 a 2020 avaliou-se o número de novos casos de

hanseníase segundo raça/cor na região Centro-Oeste que obteve um total de 27.156 novos casos e o Estado de Goiás foi responsável por 6646 destes novos casos, isto é, 24,47% dos casos da região, conforme apresentado na **Tabela 14.2**.

Tabela 14.2. Novos casos de hanseníase segundo raça/cor (Centro-Oeste, 2016-2020)

Região/UF de residência	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Ign/Branco	Total
Centro-Oeste	8492	2865	221	14965	132	481	27156
Mato Grosso do Sul	677	182	13	936	34	63	1905
Mato Grosso	5831	1752	139	9715	70	231	17738
Goiás	1747	797	57	3904	26	115	6646
Distrito Federal	237	134	12	410	2	72	867

Fonte: Sinan/SVS/MS, 2022.

Os destaques da **Tabela 14.2** durante o período supracitado ficam a cargo dos pardos na primeira posição com 3904 (58,74%) casos, em seguida brancos com 1747 (26,28%) casos e os pretos com 797 (11,99%) casos.

O estado de Goiás é composto por 246 municípios e uma população de 6.921.161 habitantes (IMB, 2018).

Dessarte, foram selecionados os dez municípios do estado de Goiás com a maior frequência de casos de hanseníase no período de 2016 a 2021 para compor a **Tabela 14.3** a seguir.

Tabela 14.3. Casos de hanseníase nos dez municípios com maior número de notificações (Goiás, 2016-2021)

Município	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Goiânia	265	275	228	222	122	134	1246
Aparecida de Goiânia	185	194	224	235	130	113	1081
Trindade	53	50	50	42	29	36	260
Senador Canedo	46	53	54	50	26	30	259
São Miguel do Araguaia	40	41	35	27	24	22	189
Rio Verde	27	37	43	25	21	22	175
Porangatu	26	33	31	38	18	19	165
Niquelândia	14	20	13	74	22	13	156
Goianésia	26	20	36	31	21	17	151
Jussara	14	33	33	33	19	19	151

Fonte: DATASUS, 2022.

No período de 2016 a 2021 o DATASUS contabilizou 9044 casos de hanseníase no estado de Goiás, destes 1246 casos (13,77%) na capital Goiânia, 1081 casos (11,95%) em Aparecida de Goiânia, 260 casos (2,87%) em Trindade, 259 casos (2,86%) em Senador Canedo, 189 casos em São Miguel do Araguaia (2,08%), 175 casos (1,93%) em Rio Verde, 165 casos (1,82%) em Porangatu, 156 casos (1,72%) em Niquelândia, 151 casos (1,66%) em Goianésia e 151 casos (1,66%) em Jussara.

Percebe-se que as dez cidades com a maior frequência de hanseníase no período em estudo são responsáveis por 3833 casos (42,32% dos casos do estado), sendo a região metropolitana de Goiânia, formada pelos municípios de Goiânia, Aparecida de Goiânia, Trindade e Senador Canedo, responsável por 2846 destes casos (31,46%).

Tabela 14.4. Frequência de hanseníase por ano, segundo faixa etária (Goiás, 2016-2021)

Faixa etária	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
TOTAL	1738	1691	1735	1707	1129	1044	9044
0 a 14 anos	63	63	51	53	30	22	282
15 anos e mais	1675	1628	1684	1654	1099	1022	8762

Fonte: DATASUS, 2022.

A **Tabela 14.4** retrata maior comprometimento de maiores de 15 anos pela doença, visto que, de um total de 9044 doentes, 8762 (96,88%) são de maiores de 15 anos, contra 282 (3,12%) dos 0 aos 14 anos.

É importante destacar que a detecção do *Mycobacterim leprae* em menores de 15 anos é um indicador de monitoramento de endemia que

Esses dados refletem em um primeiro momento uma característica marcante da hanseníase que é sua forma de transmissão pelas vias respiratórias, que se proliferam melhor nos aglomerados populacionais das grandes cidades, se disseminando com maior facilidade (BRASIL, 2017).

A segunda constatação, que podemos aferir dos dados da **Tabela 14.3**, refere-se a queda na frequência da hanseníase no período destacado que em algumas cidades, como na capital, teve uma redução de 45,04% entre 2019 e 2020, sendo potencialmente um reflexo das campanhas e do tratamento precoce dessa doença.

Compete a **Tabela 14.4** elencar a frequência da hanseníase por ano de diagnóstico segundo a faixa etária no estado de Goiás.

sugere intensa circulação do bacilo (HACKER *et al.*, 2013).

A deficiência na vigilância e no controle da doença pode ser medida de acordo com a prevalência do agravo da população supracitada, a depender do grau de exposição ao bacilo (BARRETO *et al.*, 2014).

Cabe à **Tabela 14.5** ressaltar as variações da frequência da hanseníase entre os sexos no período de 2016 a 2021 no estado de Goiás, conforme exposto a seguir.

Tabela 14.5. Frequência de hanseníase, segundo sexo (Goiás, 2016-2021)

Sexo	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
TOTAL	1738	1691	1735	1707	1129	1044	9044
Masculino	1053	1051	1077	1011	673	661	5526
Feminino	685	640	658	696	456	383	3518

Fonte: DATASUS, 2022.

De acordo com a **Tabela 14.5** acima, a prevalência da hanseníase é maior no sexo masculino com 5526 casos (61,10%) contra 3518 casos (38,89%) no sexo feminino. A predominância do sexo masculino entre novos casos de hanseníase também foi detectada em outros estudos como os de Nogueira *et al.* (2017) e Diniz e Maciel (2018) (ROCHA *et al.*, 2020).

A **Tabela 14.6** subdivide os casos de hanseníase no estado de Goiás em relação ao nível de escolaridade no período de 2016 a 2021.

Tabela 14.6. Frequência de hanseníase por escolaridade (Goiás, 2016-2021)

ANO DIAGNÓSTICO	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Ign/Branco	247	221	258	256	224	256	1462
Analfabeto	129	146	120	119	67	59	640
Ensino fundamental incompleto	779	750	756	717	452	390	3844
Ensino fundamental completo	113	129	140	137	74	66	659
Ensino médio incompleto	127	122	133	124	81	77	664
Ensino médio completo	248	236	238	262	160	141	1285
Educação superior incompleta	23	29	21	17	23	17	130
Educação superior completa	61	48	61	71	43	35	319
Não se aplica	11	10	8	4	5	3	41
TOTAL	1738	1691	1735	1707	1129	1044	9044

Fonte: DATASUS, 2022.

Os dados apresentados na **Tabela 14.6** revelam que, dos 9044 casos notificados no período de 2016 a 2021, a grande maioria das notificações associam-se ao ensino fundamental incompleto, compondo o universo de 3844 (42,50%) casos e quando estes agrupam-se com o ensino fundamental completo e ensino superior incompleto é atingida mais da metade das notificações, totalizando 5167 casos (57,13%).

Em um estudo de coorte com mais de cem milhões de brasileiros desenvolvido pelo Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde da Fundação Oswaldo Cruz que avaliou indivíduos com 16 anos ou mais nos anos de 2007 a 2014 pelo registro no SINAN, foi identificada uma conexão da baixa escolaridade com

um aumento no risco de contaminação por hanseníase, dado que, quanto menor o nível de educação, maiores são as chances destes indivíduos se contaminarem pelo bacilo (NERY *et al.*, 2019).

A renda familiar é outro fator consideravelmente impactante no risco de se adquirir a lepra, dado que indivíduos sem renda ou com renda menor que ¼ do salário mínimo apresentam um risco 40% maior de contrair a lepra do que aqueles que ganham um salário mínimo completo (NERY *et al.*, 2019).

CONCLUSÃO

Com base nos dados obtidos, é possível perceber que a incidência de hanseníase tem diminuído no estado de Goiás, como reflexo das

estratégias de prevenção adotadas. Além disso, é possível verificar que a raça/cor parda apresenta maior incidência de hanseníase em Goiás e que os municípios da região metropolitana do estado necessitam de uma maior atenção por parte do governo. Através dos dados obtidos é notório um maior comprometimento de indivíduos maiores de 15 anos, sendo a prevalência maior no sexo masculino, o que revela a necessidade de intensificar as propostas de prevenção, inovando

na maneira de abordar o sexo masculino, visto que homens não procuram a atenção médica com frequência.

Por fim, os dados obtidos revelam que a grande maioria das notificações estão associadas a pessoas com o ensino fundamental incompleto, denotando a importância de adotar novas políticas de prevenção e tratamento para essa enfermidade, objetivando uma rápida abordagem terapêutica e preventiva de novos casos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARAÚJO, R.M.S. *et al.* Análise do perfil epidemiológico da hanseníase. *Revista de Enfermagem*, v. 9, p. 3632, 2017.
- BARRETO, J.G. *et al.* Spatial analysis spotlighting early childhood leprosy transmission in hyperendemic municipality of the Brazilian Amazon region. *Public Library of Science*, v. 2, p. 8, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Guia prático sobre a hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- 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 hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
- DINIZ, L.M. & MACIEL, L.B. Leprosy: clinical and epidemiological study in patients above 60 years in Espírito Santo State – Brazil. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, v.6, p. 824, 2018.
- INSTITUTO MAURO BORGES – IMB. Sobre Goiás. Instituto Mauro Borges, 2018. Disponível em: http://www.imb.go.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=79&Itemid=145. Acesso em: 10 maio 2021.
- HACKER, M.A.V.B. *et al.* Pacientes em centro de referência para Hanseníase: Rio de Janeiro e Duque de Caxias, 1986-2008. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, p. 17, 2013.
- NERY, J.S. *et al.* Socioeconomic determinants of leprosy new case detection in the 100 Million Brazilian Cohort: a population-based linkage study. *Lancet Global Health*, v.7, e1226, 2019.
- NOGUEIRA, P.S.F. *et al.* Factors associated with the functional capacity of older adults with leprosy. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 4, p. 70, 2017.
- ROCHA, M.C.N. *et al.* Características epidemiológicas da hanseníase nos idosos e comparação com outros grupos etários, Brasil (2016-2018). *Caderno de Saúde Pública*, v. 9, p. 36, 2020.
- SANTOS, K.C.B. *et al.* Estratégia de controle e vigilância de contatos de hanseníase: revisão integrativa. *Saúde Debate*, v. 43, p. 576, 2019.
- UCHÔA, R.E.M.N. *et al.* Perfil clínico e incapacidades físicas em pacientes com Hanseníase. *Revista de Enfermagem*, v. 3, p. 1464, 2017.

Capítulo 15

USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS ENTRE ADOLESCENTES NO BRASIL: ASPECTOS, CUIDADO E ACOMPANHAMENTO

JOÃO PEDRO LEMOS DE BRITO¹
MARIA LUIZA NOVAES DE SOUZA¹
PAULO ROBERTO TELLES PIRES DIAS²

1. *Discente – Medicina da Universidade Federal Fluminense.*
2. *Docente – Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.*

PALAVRAS-CHAVE

Drogas; Adolescência; Vulnerabilidade.



10.29327/565999.5-15

INTRODUÇÃO

O uso indevido de substâncias psicoativas é um problema mundial, chegando a ser considerado nos Estados Unidos o problema número 1 em saúde pública (GAROFOLI, 2020). No Brasil, apesar da relativa falta de dados e escassez de estudos na área, o problema não parece ter menor relevância. Estudos sobre o uso dessas substâncias entre adolescentes e jovens são ainda mais escassos, representando um problema tanto do ponto de vista da prevenção como do cuidado (CASTALDELLI-MAIA *et al.*, 2020; QUEIROZ *et al.*, 2021).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), adolescentes estão compreendidos na faixa etária de 10 a 19 anos (WHO, 2016). Alguns autores ressaltam a gravidade do uso indevido nesse período, tanto pelo desenvolvimento biológico incompleto do indivíduo (BAVA & TAPERT, 2010), quanto por riscos sociais aumentados.

Redução do desempenho escolar, violência física e maiores chances de perpetuação da adição em adolescentes são apenas alguns dos fatores que tornam importante a abordagem desse tema nessa faixa etária (ALVES *et al.*, 2021; GAROFOLI, 2020; KULAK & GRISWOLD, 2019; QUEIROZ *et al.*, 2021).

A violência física, dentre essas problemáticas, tem destaque na literatura nacional, o que é justificado pela integridade do próprio adolescente, como sua influência na segurança pública (QUEIROZ *et al.*, 2021). Vale destacar ainda a relevância do papel familiar no contexto de vivência desses comportamentos violentos associados ao uso de substâncias psicoativas (SILVA *et al.*, 2010).

O objetivo deste estudo foi abordar o panorama nacional no uso indevido de álcool e outras drogas entre adolescentes e principais fatores relacionados, o que permitirá uma melhor compreensão dos possíveis fatores que

levam um adolescente ao uso e ao tratamento e das melhores estratégias de abordagem por profissionais de saúde.

O estudo visa, além disso, avaliar a informação disponível sobre esse tema e compará-la com a literatura mundial, além de sistematizar a informação já produzida e apontar para lacunas tanto na pesquisa quanto na abordagem clínica, comunitária e política do tema em questão.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão em formato *scoping review* (MUNN *et al.*, 2018) realizada no período de janeiro a maio de 2022, por meio de pesquisas nas bases de dados PubMed/Medline, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram utilizados os descritores em língua portuguesa: “adolescência”, “álcool e outras drogas”, “redução de danos” e outros correlatos; e, em língua inglesa: “substance-related disorders”, “adolescence” e “treatment”. Desta busca, foram recuperados 44 artigos, que foram analisados e submetidos aos critérios de seleção que contemplassem os objetivos deste capítulo.

Foram selecionados artigos nos idiomas português e inglês; publicados no período de 2014 a 2022 e que abordassem as temáticas propostas para esta pesquisa. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordassem diretamente a proposta estudada e que não atendiam adequadamente aos critérios de inclusão.

Um total de 25 artigos foram, então, submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Referências dos artigos submetidos à leitura também foram consideradas como fontes adicionais de informação, sendo incluídas e analisadas conforme necessidade e conveniência. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias

temáticas abordando a avaliação da literatura nacional e internacional disponível sobre a temática de drogas e adolescentes. Priorizou-se a situação do uso indevido de psicoativos, formas de lidar com a situação e como vêm sendo desenvolvidas estratégias, assim como, sua importância para o cenário nacional.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Brasil, estudos mostram que o uso de substâncias começa precocemente, com risco aumentado para início do uso de álcool na faixa entre 10 e 12 anos e para drogas ilícitas entre 13 e 15 anos (VIEIRA *et al.*, 2008; MALBERGIER *et al.*, 2012), o que agrava suas consequências, visto que o desenvolvimento fisiológico cerebral, especialmente do lobo frontal, está ainda incompleto e nessa idade a probabilidade e os prejuízos de se perpetuar o uso são mais acentuados que em outros grupos (BAVA & TAPERT, 2010; GAROFOLI, 2020; KULAK & GRISWOLD, 2019; QUEIROZ *et al.*, 2021). Diversos estudos apontam a influência para o uso indevido por fatores como contexto social, relações interpessoais, escolaridade, características individuais, genética, história de uso, grupo de pares etc. (JORGE *et al.*, 2018; GAROFOLI, 2020; CASTALDELLI-MAIA *et al.*, 2020; KOLLATH-CATTANO *et al.*, 2020; MALTA *et al.*, 2018). Também se destaca a importância da relação familiar na iniciação do uso, podendo favorecê-lo ou preveni-lo (MALTA *et al.*, 2018).

Influência do grupo de pares

A pressão de pares parece ser decisiva para o início do uso, bem como para redução dele. Essa pressão pelos pares, que aqui podem ser entendidos como pessoas do círculo de convívio do indivíduo ou o grupo com que mais se sentem vinculados, é considerada o mais forte preditor para uso de substâncias psicoativas em

adolescentes (JORGE *et al.*, 2018). O contato com amigos em vários estudos esteve relacionado ao aumento do uso indevido de substâncias psicoativas, assim como o aumento da socialização ao decorrer da idade e entrada para universidades. Essa entrada na faculdade está relacionada a uma troca do grupo de pares por um com maior prevalência na literatura para uso indevido de psicoativos, os universitários, tendo então relação com a influência sobre o indivíduo (MALTA *et al.*, 2018).

A educação é ponto de debate e questionamento na literatura sobre adolescentes, visto a presença mais preponderante destes no meio escolar (MALTA *et al.*, 2018). Estudos consideram a escola como um ambiente adequado para promoção de políticas de prevenção ao uso indevido de substâncias. Outras pesquisas ainda salientam que esse ambiente é favorável para se evitar o início do uso, salientando ademais a implantação de ensino integral como fator protetor de comportamentos de risco (ALVES *et al.*, 2021; JORGE *et al.*, 2018; QUEIROZ *et al.*, 2021). Todavia não é consensual a eficácia do ensino integral ou semi-integral para prevenção do abuso de psicoativos (RAPOSO *et al.*, 2017).

Programas de prevenção ao abuso de substâncias já vem sendo testados na realidade brasileira com base em evidências científicas, mostrando a importância das políticas de prevenção e conscientização dentro das escolas, visto que seria um local de formação do indivíduo e onde seus pares poderiam influenciá-lo (QUEIROZ *et al.*, 2021).

Métodos que se utilizam desse princípio já estão sendo desenvolvidos ao redor do mundo e adaptados para o Brasil, como o Programa de Estímulo a Saúde e Redução de Riscos Associados ao Uso de Álcool Aplicado ao Ambiente Educacional (PERAE), que apresentou resultados promissores com suas atividades

interativas que estimulam aprendizado e prevenção das drogas (AMATO *et al.*, 2021). Esse programa, em seu formato original, é uma iniciativa de redução de danos e levou a uma diminuição no consumo de álcool (MCBRIDE *et al.*, 2004).

Políticas de redução de danos

Ações de redução de danos vêm sendo desenvolvidas e testadas no Brasil como uma maneira de diminuir os riscos associados ao uso de drogas (COELHO & SOARES, 2014). Essas ações não se voltam somente ao usuário, mas também ao seu círculo de convívio, como familiares e amigos. Contudo, essas ações precisam ser mais trabalhadas com a comunidade, devido ao estigma que em geral é associado à estratégia (RIGONI & NARDI, 2009). Outrossim, tais ações podem ser mais efetivas se baseadas em programas de saúde pública, objetivando melhor direcionamento para as populações mais necessitadas.

O mapeamento e a avaliação destas estratégias, que podem ser feitos por via de questionários de inquérito para o uso de substâncias, melhora não só a abordagem como o custo-benefício dessas ações (QUEIROZ, 2001), permitindo uma melhor avaliação dos grupos que se deseja atingir e viabilizando a seleção de quais ações de redução de danos implicariam em uma maior eficácia.

Outra importante estratégia é disponibilizar acesso facilitado ao tratamento no qual os usuários não só podem dispor de atendimento psicoterápico, mas também podem ser orientados ou tirar suas dúvidas. Oferecer opções para afastar os usuários de suas cenas de uso, bem como direcionar ações de prevenção e cuidado para crianças e adolescentes em situação de conflito social ou familiar e exploração sexual são exemplos de maneiras que o mapeamento e direcionamento podem ser

utilizados para gerar uma diferença no quadro de uso indevido (RIGONI & NARDI, 2009).

Uma das práticas de redução de danos com ótimo custo-benefício que pode ser amplamente utilizada para adolescentes é a distribuição de kits com folhetos informativos e materiais de cuidado e prevenção, método que já conta com experiências no contexto nacional. Momentos informativos, também possibilitando intervenções para aumento da autoestima e autocuidado, com reconhecimento das necessidades de saúde negligenciadas se apresentam como outra forma interessante de redução de danos para abordagem de adolescentes (GOMES & VECCHIA, 2018).

Existem outras medidas de redução de danos que podem ser tomadas quando houver observação de uma cena de uso com a presença de adolescentes. Dentre elas, a troca e o fornecimento de seringas estéreis para injetáveis, o que também comprovadamente reduz o número de usuários. Isso se dá, em parte, por permitir o contato dos agentes de saúde com os usuários (RIGONI & NARDI, 2009).

O papel da redução de danos está muito relacionado com o profissional de saúde, o qual pode fazer um reconhecimento do uso prejudicial e oferecer ou referenciar o usuário para uma assistência, bem como com a assistência social do país, que oferece cuidados ao adolescente em todas as suas peculiaridades e direitos (GOMES & VECCHIA, 2018; RIGONI & NARDI, 2009).

Dentro dessas relações, o estabelecimento da autonomia do usuário como responsável pelo seu uso da substância e a confiança nos serviços de atenção têm papel essencial. Isso é salientado quando se observa muitas vezes a inibição da procura de auxílio pelo usuário, somente pelo fato de ele ter como estigma seu próprio uso de substâncias. Por isso, é necessário respeitar suas vontades e auxiliá-los da maneira possível.

Ainda assim, na maioria dos serviços brasileiros voltados para atenção ao usuário, foi encontrada dificuldade na construção dessa autonomia (MARTINS *et al.*, 2021).

Panorama brasileiro de políticas de atenção ao usuário e prevenção do uso

A Política Nacional sobre Drogas (PNAD), de 2019, esvazia seu conteúdo baseado na redução de danos e vai em busca de uma política voltada para a abstinência total (MARTINS *et al.*, 2021). De mesmo modo, as comunidades terapêuticas, pouco abordadas na literatura, passam a ter maior financiamento que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (RIBEIRO & MINAYO, 2020).

Esses acontecimentos são devidos a um movimento político de alinhamento com métodos norte-americanos tradicionais de combate às drogas, por meio de modelos proibicionistas de controle social e repressão. Todavia, atualizações em leis não foram feitas recentemente no campo da prevenção e métodos mais eficazes cientificamente para lidar com a questão drogas, mas no campo de repressão a demanda e oferta, além de ações repressivas pelo Estado como maneira de evitar desvios da conduta e cultura preponderante (TATMATSU *et al.*, 2019).

O papel da redução de danos como política de saúde pública no Brasil é recente, só sendo entendida como possível a partir do lançamento da Política de Atenção Integral a Usuários de Alcool e Outras Drogas (PAIUAD), em 2003 (GOMES & VECCHIA, 2018; MARTINS *et al.*, 2021). No Brasil, a redução de danos tem financiamento vinculado ao orçamento público, seja somente público ou público-privado, para políticas públicas na área de saúde, o que interfere na sua implementação por causa de influências políticas e ideológicas. Ademais, também há influência desse fator na condição de

trabalho dos agentes redutores de danos, que se veem normalmente com vínculo informal e precarizados, dificultando o desenvolvimento profissional e a perenidade dos programas (RIGONI & NARDI, 2009).

Há, especificamente no caso dos adolescentes, políticas brasileiras de prevenção voltadas para estudantes, como o Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência (PROERD), que não tem comprovada eficácia. A história dos programas de prevenção ao consumo de drogas no Brasil é marcada pela importação de modelos de outras realidades. Pesquisas acerca da efetividade das intervenções preventivas no Brasil são escassas e pouco valorizadas (TATMATSU *et al.*, 2019). O quadro se agrava ainda mais pela escassez de oferta de tratamento, tanto pela saúde pública como privada.

Outro fator de relevância para essas pesquisas seria o alto gasto de saúde pública relacionado ao uso de substâncias (GAROFOLI, 2020). Isso poderia levar a um maior prestígio das medidas de redução de danos, que em geral apresentam custos mais reduzidos.

Contexto familiar e sua importância para o uso na adolescência

O contexto familiar em muitos estudos é citado como um possível fator protetor para o uso de substâncias, porém, da mesma maneira é citado como possível fator de risco. Fatores familiares tidos como protetores estão relacionados a morar com os pais, fazer refeição com eles, ser supervisionado por eles e ter um bom diálogo (MALTA *et al.*, 2018; ALVES *et al.*, 2021). Enquanto fatores de risco que podem ser citados são faltar aulas sem consentimento, ambientes familiares estressantes, que levam ao uso como maneira de escape, e saída de casa para ir morar próximo da faculdade ou escola

(JORGE *et al.*, 2018; MALTA *et al.*, 2018; ALVES *et al.*, 2021).

A família também tem importante papel no suporte ao usuário com o diálogo e aconselhamento, inclusive sendo um dos principais fatores que a redução de danos com políticas informativas e integrativas busca atingir (MARTINS *et al.*, 2021). Além disso, a falta desse diálogo também pode contribuir para um sentimento de abandono que é tido como outro fator de risco para o uso (SURÍS *et al.*, 2008).

Percepção dos riscos do uso indevido de psicoativos como fator preditivo

O debate acerca dos riscos da utilização dos psicoativos como fator protetor também tem grande relevância na literatura do uso indevido em adolescentes. Estudos mostram que haveria uso em resposta a não se conhecerem os prejuízos associados (KULAK & GRISWOLD, 2019). Isso seria, entretanto, confrontado pela tendência da adoção de comportamento de risco na adolescência (JORGE *et al.*, 2018; QUEIROZ *et al.*, 2021). Além de ser observado que a percepção de risco seria alta nos que não se utilizam de psicoativos, bem como nos que se utilizam (KOLLATH-CATTANO *et al.*, 2020).

Algo interessante a ser ressaltado, e que parece ser consenso na literatura, são os diferentes tipos de percepção, sejam individuais, sejam coletivas, levando a diferentes tipos de uso e uso de diferentes drogas. Mesmo ajustando fatores sociodemográficos, se correlacionaram percepções de uso de drogas com o uso, mas cada tipo de percepção leva a uma droga. Saber as diferentes percepções de risco levando a diferentes drogas e o perfil das drogas pode funcionar para o planejamento e realização de intervenções (KOLLATH-CATTANO *et al.*, 2020).

Peculiaridades da abordagem de adolescentes em pesquisas

Os adolescentes são tratados menos frequentemente nas pesquisas, visto que possuem muitas peculiaridades e normalmente os resultados obtidos para pesquisas em adultos são de consideração limitada para essa população (CASTALDELLI-MAIA *et al.*, 2020). Além disso mostra-se uma peculiaridade ainda maior quando abordadas minorias, como as minorias sexuais, dentro da população adolescente; é ainda mais escassa a literatura para esse grupo. Dentre minorias é característico o uso de substâncias ser mais elevado, além de ser mais restrito o tratamento para esses grupos, necessitando de apoio direcionado para maior efetividade (KULAK & GRISWOLD, 2019).

Utilização de questionários para levantamentos sobre uso em adolescentes

Inquéritos de porte nacional se mostraram muito eficazes como forma de comparação durante as pesquisas internacionais, onde seus resultados eram diretamente comparados aos das pesquisas, possibilitando assim uma diferenciação da população específica em que se era estudado com o geral (KOLLATH-CATTANO *et al.*, 2020). No Brasil, o sistema de monitoramento de saúde dos escolares foi efetivado em 2009, através da primeira Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), com parceria entre o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o Ministério da Saúde (MALTA *et al.*, 2018). Já começa a ser utilizada essa base como referencial nacional em alguns estudos (RAPOSO *et al.*, 2017).

A coleta de dados por versões traduzidas de questionários internacionais, como o *Global School-Based Student Health Survey* (GSHS) já vem sendo utilizada por estudos na área e se mostra importante fonte de dados sobre essa

população (QUEIROZ *et al.*, 2021). Outros questionários internacionais de referência parecem bem promissores para a utilização com essa mesma finalidade, como o CRAFFT, recomendado para utilização em adolescentes, e o AUDIT, além dos com suas já consolidadas validações para o cenário brasileiro, o ASSIST e o YRBS, este inclusive focado para a faixa etária dos adolescentes (GAROFOLI, 2020; KULAK & GRISWOLD, 2019; JORGE *et al.*, 2018; HENRIQUE *et al.*, 2004; GUEDES & LOPES, 2010).

Maneiras de avaliação mais simples também já foram elaboradas e têm sua importância para o uso médico primário, visto que nem todos os médicos adquiriram em sua formação a técnica adequada para tal finalidade (BORUS *et al.*, 2016). É importante a detecção e abordagem dos jovens que utilizam indevidamente substâncias psicoativas, especialmente pelos riscos associados a este comportamento. O uso de bebidas alcoólicas e outras drogas por adolescentes está relacionado a maior incidência violência física e brigas (QUEIROZ *et al.*, 2021).

Além disso o uso de uma droga pode levar ao uso de outras drogas (LOOBY *et al.*, 2014), marcadamente essa relação já foi estabelecida para maconha, na qual se recomenda enfoque em ações de conscientização (KOLLATH-CATTANO *et al.*, 2020). Isso pode estar relacionado tanto com a influência de pares, dos grupos que utilizam as substâncias, quanto com a percepção de risco do uso, que é menor entre os usuários (KENNE *et al.*, 2017).

Lacuna na literatura nacional

Na análise comparativa com a literatura mundial, foram observadas importantes lacunas nas pesquisas brasileiras (CASTALDELLI-MAIA *et al.*, 2020; RAPOSO *et al.*, 2017; TATMATSU *et al.*, 2019), bem como a lacuna de estudos robustos que orientem profissionais

da saúde na abordagem, atuação e prevenção do problema visando o contexto brasileiro. Sob essa perspectiva, destaca-se o papel fundamental da pesquisa tanto qualitativa como quantitativa, tão escassa em nosso meio. São especialmente restritos os estudos realizados diretamente com a população específica de adolescentes, uma vez que estudos com adultos podem não ser representativos dessa população (CASTALDELLI-MAIA *et al.*, 2020).

Ressalta-se neste sentido, a utilidade dos estudos qualitativos em profundidade e os realizados através de questionários, como o CRAFFT e o YRBS, questionários com ampla recomendação para adolescentes que podem ajudar a entender a situação dos que buscam por auxílio e o direcionamento necessário para maior efetividade de políticas de redução de danos ou preventivas, tendo esse último questionário consolidada validação nacional (BORUS *et al.*, 2016; GAROFOLI, 2020; GUEDES & LOPES, 2010).

A obtenção e divulgação da informação pode trazer uma contribuição relevante para a compreensão do problema e para a formulação de ações estratégicas que terão reflexo na atuação prática dos profissionais de saúde pública, viabilizando uma abordagem mais eficaz na solução de problemáticas relacionadas ao uso de drogas nessa faixa etária.

CONCLUSÃO

A análise da literatura disponível permitiu observar tanto a relativa escassez de informações sobre esta população de usuários de substâncias psicoativas no Brasil, como a importância desse tema no âmbito da saúde pública.

O que foi salientado quanto aos fatores que tornam o adolescente mais vulnerável ao início do uso de álcool e outras drogas pode ser

priorizado como alvo de políticas públicas de prevenção. Isso inclui as relações que o adolescente estabelece entre o uso de substâncias psicoativas e sua vida escolar, familiar, seu círculo de pares e até sua rede de atenção em saúde.

As medidas como a redução de danos e implementação de políticas de prevenção em escolas necessitam de avaliação urgente do poder público e esclarecimento para a própria sociedade, para que não haja estigmatização e sua eficiência seja satisfatória.

O papel dos profissionais de saúde se mostrou relevante tanto na detecção do uso de substâncias psicoativas quanto na atenção às especificidades de cada indivíduo no cuidado, sendo importante, principalmente, para acom-

panhamento, aconselhamento e, igualmente, desenvolvimento de políticas de redução de danos.

Paralelamente, salienta-se a necessidade de uma formação mais adequada do profissional de saúde, voltada para esse tipo de cuidado, bem como a realização de maior número de estudos objetivando esclarecer o tema no cenário brasileiro. Ressalta-se a importância de estudos longitudinais objetivando esse tema em diferentes contextos dentro do Brasil, além do desenvolvimento e contínua avaliação das políticas de prevenção, redução de danos ou tratamento, focadas no uso indevido de substâncias psicoativas entre adolescentes brasileiros de todos os estratos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, R. *et al.* Illicit drug use among college students: The importance of knowledge about drugs, live at home and peer influence. *Journal of Psychoactive Drugs*, v. 53, p. 329, 2021.
- AMATO, T.C. *et al.* Reducing alcohol-related risks among adolescents: a feasibility study of the SHAHRP program in Brazilian schools. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, p. 3005, 2021.
- BAVA, S. & TAPERT, S.F. Adolescent brain development and the risk for alcohol and other drug problems. *Neuropsychology Review*, v. 20, p. 398, 2010.
- BORUS, J. *et al.* Screening, brief intervention, and referral to treatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, v. 25, p. 579, 2016.
- CASTALDELLI-MAIA, J.M. *et al.* Tobacco dependence treatment for special populations: challenges and opportunities. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 43, p. 75, 2020.
- COELHO, H.V. & SOARES, C.B. Práticas na Atenção Básica voltadas para o consumo prejudicial de drogas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 48, p. 111, 2014.
- GAROFOLI, M. Adolescent substance abuse. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, v. 47, p. 383, 2020.
- GOMES, T.B. & VECCHIA, M.D. Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 2327, 2018.
- GUEDES, D.P. & LOPES, C.C. Validação da versão brasileira do youth risk behavior survey 2007. *Revista de Saúde Pública*, v. 44, p. 840, 2010.
- HENRIQUE, I.F.S. *et al.* Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 50, p. 199, 2004.
- JORGE, K.O. *et al.* Influência do grupo de pares e uso de drogas ilícitas entre adolescentes brasileiros: um estudo transversal. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, 2018.
- KENNE, D.R. *et al.* Perceptions of harm and reasons for misuse of prescription opioid drugs and reasons for not seeking treatment for physical or emotional pain among a sample of college students. *Substance Use & Misuse*, v. 52, p. 92, 2017.
- KOLLATH-CATTANO, C. *et al.* Illicit drug use among college students: The role of social norms and risk perceptions. *Addictive Behaviors*, v. 105, 106289, 2020.
- KULAK, J.A. & GRISWOLD, K.S. Adolescent substance use and misuse: Recognition and management. *American Family Physician*, v. 99, p. 689, 2019.
- LOOBY, A. *et al.* Do negative stimulant-related attitudes vary for prescription stimulants and cocaine among college students? *Addictive Behaviors*, v. 39, p. 1100, 2014.
- MALBERGIER, A. *et al.* Uso de substâncias na adolescência e problemas familiares. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 28, p. 678, 2012.
- MALTA, D.C. *et al.* Uso de substâncias psicoativas em adolescentes brasileiros e fatores associados: Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares, 2015. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 21, 2018.
- MARTINS, M.E.R. *et al.* Uma revisão bibliográfica sobre as estratégias de construção da autonomia nos serviços públicos brasileiros de atenção em saúde a usuários de drogas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, 2021.
- MCBRIDE, N. *et al.* Harm minimization in school drug education: final results of the School Health and Alcohol Harm Reduction Project (SHAHRP). *Addiction*, v. 99, p. 278, 2004.
- MUNN, Z. *et al.* Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, v. 18, 2018.
- QUEIROZ, D.R. *et al.* Consumo de álcool e drogas ilícitas e envolvimento de adolescentes em violência física em Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, 2021.
- QUEIROZ, I.S. Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 21, p. 2, 2001.
- RAPOSO, J.C.S. *et al.* Uso de drogas ilícitas e binge drinking entre estudantes adolescentes. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, 2017.
- RIBEIRO, F.M.L. & MINAYO, M.C.S. As mudanças na política brasileira de drogas: o avanço da lógica da justiça sobre a saúde. *Cultura y Droga*, v. 25, p. 17, 2020.
- RIGONI, R.Q. & NARDI, H. Mapeando programas de redução de danos da região metropolitana de Porto Alegre. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, p. 382, 2009.
- SILVA, K.L. *et al.* Reflexões acerca do abuso de drogas e da violência na adolescência. *Escola Anna Nery*, v. 14, p. 605, 2010.
- SURÍS, J.C. *et al.* Health risk behaviors in adolescents with chronic conditions. *Pediatrics*, v. 122, e1113, 2008.
- TATMATSU, D.I.B. *et al.* Políticas de prevenção ao abuso de drogas no Brasil e nos Estados Unidos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, 2019.
- VIEIRA, P.C. *et al.* Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares em município do Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, p. 2487, 2008.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016-2030). Genebra: WHO, 2016.

Capítulo 16

IDOSOS ADOECIDOS DE TUBERCULOSE: DESAFIO PARA AS PRÁTICAS DE CUIDADOS PRIMÁRIOS À SAÚDE

TERESA CRISTINA FERREIRA DA SILVA¹
JANDESSON MENDES COQUEIRO²

1. *Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva. Docente – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Alegre-ES. Apoiadora Institucional do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação da Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo – ICEPI/SESA.*
2. *Enfermeiro, Doutor em Saúde Coletiva. Docente – Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo.*

PALAVRAS-CHAVE

Idoso; *Mycobacterium tuberculosis*; Tuberculose pulmonar.



10.29327/565999.5-16

INTRODUÇÃO

Os idosos, no Brasil e no mundo, constituem uma importante demanda para o sistema de saúde, com tendência a aumentar ainda mais considerando o aumento, a cada ano, do número de pessoas maiores de 60 anos, no conjunto da população (BRASIL, 2010).

A variação demográfica da população idosa brasileira, com aumento de 7% para 14% do total populacional, é esperada até a década de 2031 (VERAS, 2012). Estima-se que esta população irá mais do que triplicar, de menos de 20 milhões, em 2010, para, aproximadamente, 65 milhões em 2050 (ANDRADE *et al.*, 2013). Essa expectativa pode chegar a relação de uma pessoa com 60 anos de idade ou mais a cada cinco pessoas da população, sendo que o total de idosos centenários aumentará 15 vezes de 1999 a 2050 (IBGE, 2010), constituindo o segmento populacional que mais cresce nos últimos tempos, impactando diversos serviços, como o de atenção à saúde (BRASIL, 2006).

No campo da saúde pública mundial, a tuberculose (TB), ainda hoje, é reconhecida como problema grave, visto que milhares de pessoas ainda adoecem e morrem da doença e suas complicações. Assim, visando, até 2035, um mundo livre da TB, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2014, aprovou a estratégia global para enfrentamento da TB (WHO, 2019).

O Brasil, desde 2003, tem a TB como prioridade na agenda política do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), entretanto, se mantém entre os países de alta carga da doença. Para tanto, em 2019, exibiu o coeficiente de incidência de 35 casos/100 mil habitantes e 2,2 óbitos/100 mil habitantes em 2018 (BRASIL, 2020).

A tuberculose pulmonar (TBP), no Brasil, é a forma mais frequente em adultos (BRASIL, 2018), e, em 2014, o coeficiente de incidência entre idosos de 60 anos e mais foi de 43,4/100

mil habitantes, dado semelhante à faixa etária de 15 a 59 anos que foi de 43,1/100 mil habitantes. Quanto a mortalidade, representou 8,4% dos óbitos por doenças infecciosas e parasitárias, enquanto o coeficiente de mortalidade por TBP, em 2014 foi de 1,7/100 mil habitantes (BRASIL, 2017).

A incidência de TB no país, assim como ocorre no quadro do envelhecimento da população, segue a tendência mundial, começando a se deslocar para pessoas idosas (OLIVEIRA *et al.*, 2013). Assim, o recrudescimento da TB junto ao fenômeno do crescimento da população idosa exige das autoridades sanitárias e dos pesquisadores maior preocupação em termos de busca de conhecimentos sobre a doença e implementação de ações de controle (MISHIMA & PÉRICLES, 2001).

Diante das considerações apresentadas, indaga-se: como se caracterizam as produções científicas brasileiras sobre a tuberculose pulmonar em idosos no período de 2007 a 2017?

Neste sentido, o objetivo deste estudo foi analisar a produção científica brasileira que aborda a TBP em idosos e as implicações para o controle da doença.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa realizada na base de dados do Portal da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), através da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), cumprindo-se todas as etapas da elaboração de uma pesquisa bibliográfica, visando minimizar os possíveis vieses no processo de elaboração da revisão integrativa e garantindo o rigor no processo de seleção.

Como questão norteadora e inquietante buscou-se permear o eixo de discussão com a interrogativa: como se caracterizam as produções científicas brasileiras sobre TBP em idosos no período de 2007 a 2017? A seleção dos

artigos foi realizada no período de fevereiro a abril de 2018, utilizando-se os descritores padronizados e disponíveis nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): idosos, *Mycobacterium tuberculosis* e tuberculose pulmonar.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos compreenderam: publicações em português, com texto completo, disponíveis online na base de dados selecionada, facilidade e disponibilidade do artigo e publicados no período de 2007 a 2017, independentemente do método de pesquisa utilizado. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, teses, publicações em outros formatos que não o de artigo e os que não abordavam diretamente a proposta do estudo.

Em seguida, foi elaborado pelos autores um instrumento de coleta de dados que reuniu informações relevantes como: nome dos autores, ano de publicação, título do artigo, nome da revista, local de publicação, objetivo da pesquisa, abordagem metodológica empregada, período do referencial teórico utilizado no artigo e conclusão do estudo.

Na seleção dos artigos, definiu-se como estratégia inicial a busca através dos descritores de forma simples e individual, sendo apresentado, então, um expressivo número de publicações para manejo na revisão pretendida (5769 trabalhos), conforme listado na **Tabela 16.1**.

Tabela 16.1. Produções recuperadas na base LILACS através dos descritores individuais

Descritores pesquisados na base	Número de publicações
“Tuberculose pulmonar”	358
“ <i>Mycobacterium tuberculosis</i> ”	229
Idosos	5182
Total de publicações	5769

Em um segundo momento, para restringir a amostra e garantir melhor relação das produções científicas com a questão norteadora proposta, realizou-se a associação dos descritores pelo

operador booleano AND, conforme apresenta-se na **Tabela 16.2**, o que resultou em 854 publicações.

Tabela 16.2. Produções recuperadas na base LILACS através da combinação de descritores

Combinação de descritores via operador booleano AND	Número de publicações
“Tuberculose pulmonar” AND “ <i>Mycobacterium tuberculosis</i> ”	533
“Idosos” AND “Tuberculose pulmonar”	173
“Idosos” AND “ <i>Mycobacterium tuberculosis</i> ”	99
“Idosos” AND “Tuberculose pulmonar” AND “ <i>Mycobacterium tuberculosis</i> ”	49
Total de publicações	854

A seleção prosseguiu com a aplicação dos critérios de exclusão e leitura dos títulos e objetivos a fim de identificar se atendiam a temática proposta. O processo resultou na seleção de 32 artigos para leitura dos resumos a fim de identificar os que se relacionavam especificamente com a temática proposta. Desta forma, algumas publicações foram excluídas resultando sete artigos científicos que foram submetidos à leitura minuciosa do texto completo para a coleta de dados. Na sequência os dados foram interpretados mediante a técnica de análise de conteúdo proposta por Minayo (2014).

Assim, este estudo foi constituído pelo desmembramento dos textos analisados a fim de reunir em um mesmo núcleo os dados segmentáveis e análogos para, em uma nova análise, formar duas categorias temáticas: “aspectos clínicos e manejo terapêutico da TB no idoso” e “ações de controle da TB em pessoas idosas”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seleção da amostra final partiu de um total de 5.769 artigos, reduzida para 805 na combinação por par de descritores, sendo que a partir da associação dos três descritores foram

recuperados 49 artigos científicos. Destes, então, 32 tiveram seus resumos lidos e foram selecionados sete para constituir a revisão integrativa, os quais foram organizados em quadro sinóptico, conforme apresentado no **Quadro 16.1**.

Quadro 16.1. Estudos selecionados para a revisão integrativa

Autor / Ano	Título	Revista	Objetivo	Método	Recorte temporal	Conclusão
Chaves <i>et al.</i> (2017)	Aspectos epidemiológicos, clínicos e evolutivos da tuberculose em idosos de um hospital universitário em Belém, Pará	Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia	Avaliar aspectos epidemiológicos, clínicos e evolutivos da TB em idosos em um hospital universitário.	Estudo Transversal	2007 a 2015	A apresentação clínica e o manejo terapêutico da tuberculose no idoso são diferenciados.
Andrade <i>et al.</i> (2016)	Tuberculose em pessoas idosas: porta de entrada do sistema de saúde e o diagnóstico tardio	Revista Enfermagem UERJ	Analisar fatores relacionados ao retardo do diagnóstico da TB em idosos em um dos municípios da região metropolitana de João Pessoa/PB, sob a dimensão porta de entrada.	Pesquisa qualitativa	2002 a 2016	Exige-se tecnologias que potencializem acolhimento e vínculo, de modo que seja abreviada a confirmação diagnóstica e o início do tratamento da TB.
Trigueiro <i>et al.</i> (2016)	Análise da produção acerca da tuberculose em idosos na literatura lusa e inglesa	Revista de Enfermagem UFPE	Analisar o discurso nos resultados de publicações relacionadas à TB em idosos difundidas em periódicos <i>online</i> no período de 2004 a 2014, sob os referenciais da análise de discurso francesa.	Revisão integrativa	1998 a 2014	Há escassez de estudos sensíveis às fragilidades não só do serviço ou de um grupo vulnerável, mas que identifique o que permeia o ser idoso e o estar com a doença.
Melo <i>et al.</i> (2015)	Fatores associados à tuberculose em idosos de instituições de longa permanência no Recife-PE/2014	Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde	Identificar fatores associados à TB em Instituições de Longa Permanência para idosos no Recife.	Estudo qualitativo	1994 a 2015	Reduzida ventilação e aglomeração, baixo conhecimento sobre TB e má nutrição são fatores associados à doença.
Sá <i>et al.</i> (2015)	Porta de entrada para diagnóstico da tuberculose em idosos em municípios brasileiros	Revista Brasileira de Enfermagem	Analisar fatores associados à porta de entrada de sistemas de saúde para o diagnóstico da TB em pessoas idosas.	Estudo tipo inquérito	2001 a 2015	É necessário melhorar os serviços da atenção primária a saúde para combater o retardo do diagnóstico da TB em pessoas idosas.
Oliveira <i>et al.</i> (2013)	Diagnóstico da tuberculose em pessoas idosas: barreiras de acesso relacionadas aos serviços de saúde	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Analisar as barreiras ao diagnóstico da TB em idosos relacionadas aos serviços de saúde no município de João Pessoa-PB.	Pesquisa qualitativa	2002 a 2011	Sugerem-se que ações de controle sejam empreendidas pelos serviços de saúde de modo a evitar que a doença se torne um agravamento comum para essa população.
Cantalice Filho <i>et al.</i> (2007)	Aspectos clínicos da tuberculose pulmonar em idosos atendidos em hospital universitário do Rio de Janeiro, RJ.	Jornal Brasileiro de Pneumologia	Avaliar as características clínicas e diagnósticas da TBP em idosos.	Caso controle retrospectivo	1974 a 2003	Há poucas diferenças clínicas e laboratoriais entre os grupos etários e o maior tempo de diagnóstico nos idosos deve-se à menor suspeição médica nestes pacientes.

A análise das publicações selecionadas foi realizada realizando-se a identificação do ano das publicações e autor, título do artigo, nome da

revista científica, objetivo da pesquisa, tipo de estudo, recorte temporal das publicações empregadas no referencial teórico dos artigos e a conclusão da pesquisa.

As produções selecionadas na base de dados LILACS são artigos científicos publicados no período de 2007 a 2017. Foi verificado que 57% das publicações concentraram-se nos anos de 2015 e 2016 e os demais, 43%, distribuíram-se igualmente nos anos de 2007, 2013 e 2017. Percebe-se que, na base de dados avaliada e no período estudado, não foram recuperadas publicações com a temática da TB em idosos nos anos 2008, 2009, 2010, 2011, 2012 e 2014, portanto, foram cinco anos seguidos sem publicações.

O referencial teórico que fundamentou cada artigo selecionado para a presente revisão foi pautado em publicações que vão desde o ano de 1974 até o ano de 2016. Percebe-se que a temática da TB vem sendo estudada, sistematicamente, ao longo de várias décadas, entretanto, os estudos relativos a TBP em idosos são escassos.

Quanto aos objetivos dos estudos, o interesse dos pesquisadores permeou o campo da TB em idosos, os aspectos do diagnóstico, epidemiologia, clínica, o processo de trabalho e as publicações sobre a temática. A variação do *locus* das pesquisas ocorreu entre hospitais universitários, municípios, instituições de longa permanência, serviços de saúde, individualmente, além de ciberespaço *online*.

As produções foram publicadas em variadas revistas, incluindo 71,4% de periódicos específicos de Enfermagem, 14,3% de periódicos de Geriatria e 14,3% de periódicos de Pneumologia. Quanto aos locais de publicação, foram recuperadas publicações no Rio de Janeiro (28,5%), em Brasília (28,5%), Recife (28,5%) e São Paulo (14,5%).

Para os tipos de pesquisa, observou-se que 28,5% empregou a pesquisa qualitativa e em 71,5% o tipo de estudo variou entre estudo transversal, pesquisa quali-quantitativa, revisão integrativa, inquérito e caso controle retrospectivo. Observou-se, também, que os níveis de evidências dos estudos analisados variaram entre nível 4 e nível 7, correspondendo, respectivamente, a evidências provenientes de estudos de coorte e caso-controle bem delineados a evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas (MELNYK & FINEOUT-OVERHOLT, 2015).

Sobre as conclusões dos artigos selecionados, foram mencionadas: diferenciação clínica da TB no idoso; questões relativas à prática dos serviços e às tecnologias que impedem o retardo do diagnóstico da TB em pessoas idosas; escassez de estudos; fatores de risco associados à doença; e ações de controle (OLIVEIRA *et al.*, 2013; CHAVES *et al.*, 2017; ANDRADE *et al.*, 2016; TRIGUEIRO *et al.*, 2016; MELO *et al.*, 2015; SÁ *et al.*, 2015; CANTALICE FILHO *et al.*, 2007).

Aspectos clínicos e manejo terapêutico da TB no idoso

O estudo realizado em hospital universitário do Rio de Janeiro destaca que são poucas diferenças clínicas e laboratoriais entre os grupos etários de idosos e não idosos. O autor ressaltou que o maior tempo de diagnóstico nos idosos deve-se à menor suspeição médica. Evidenciou que há predomínio entre os idosos de história prévia de TBP com *odds ratio* igual a 2,09 como medida de associação das diversas exposições entre os grupos idosos e não idosos; o tempo mediano para diagnóstico alcançou 90 dias, prevaleceu a dispneia e o emagrecimento; no padrão radiológico, predominaram as infiltrações e as cavitações de acometimento

bilateral. Não houve diferenças nas positivities do teste tuberculínico, baciloscopia e cultura de *Mycobacterium tuberculosis*. Entretanto, observou-se tosse e expectoração presentes em cerca de 80% e 65% da população amostral do estudo, respectivamente idoso e não idoso, e atribuiu-se relevância, uma vez que não distingue a TB nos grupos, mesmo frente a tais sintomas mais característicos da TBP (CANTALICE FILHO *et al.*, 2007).

Já a produção científica realizada em hospital universitário em Belém do Pará revelou que a TB no idoso apresenta como principais sinais e sintomas a febre, 67,1%, dispneia, 64,6%, emagrecimento, 61,0%, tosse produtiva, 59,8% e dor torácica, 51,2%. Ocorre mais destacadamente entre os homens na faixa etária de 60 a 69 anos, apresentando forma clínica pulmonar, com agravos associados e tempo de internação superior a 21 dias. Em relação ao tratamento, há elevado percentual de reações adversas (50%), predominando as manifestações gastrointestinais (70,7%). Contudo a maioria dos pacientes apresentou cura (59,8%), e 15,9% foi a óbito por TB (CHAVES *et al.*, 2017).

Existe forte correlação entre a má condição nutricional e a suscetibilidade ao aparecimento da TB, sobretudo em idosos. Entretanto, em estudo realizado em um hospital universitário do Rio de Janeiro, foi pontuado o emagrecimento como queixa constitucional pouco específica com relação a TBP que, assim como a febre, foi mais observada em idosos e deve ser considerada como dado clínico de importância para levantar a suspeição clínica e direcionar o diagnóstico acertado (CANTALICE FILHO *et al.*, 2007).

A detecção precoce dos sintomáticos respiratórios e a definição do diagnóstico são fatores primordiais para a avaliação e o tratamento da TB no idoso, assim como em outros grupos vulneráveis. Portanto, a educação

permanente dos profissionais deve contemplar aspectos da doença que compreendam o conhecimento sobre os fatores de risco da TB, além do processo do diagnóstico mediante a imediata realização do exame baciloscópico de escarro e a prescrição do início do tratamento (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Ações de controle da TB em pessoas idosas

É imperativo oferecer prioridade com a aplicação de tecnologias que potencializem o diagnóstico da TB, usando medidas efetivas de acolhimento e vínculo para reduzir o tempo de confirmação do diagnóstico da doença no idoso e iniciar o tratamento precocemente frente a situação atual da TB no Brasil e do envelhecimento populacional. Deste modo, uma nova lógica do processo de trabalho torna-se uma exigência nas atuais práticas de saúde (ANDRADE *et al.*, 2016).

Neste sentido, como apontado em alguns artigos, é evidente a necessidade de consolidar, de forma efetiva, estratégias que assegurem na atenção básica a capacidade de garantir a identificação precoce dos idosos com suspeita de TB (CHAVES *et al.*, 2017). São muitas as fragilidades dos idosos que os tornam vulneráveis a TB. Além disso, os serviços para o controle, diagnóstico e tratamento da TB em idosos são também considerados frágeis, revelando a necessidade de investimento em pesquisas nesta área carente de estudos sensíveis a estas fragilidades (TRIGUEIRO *et al.*, 2016).

Em estudo realizado no Rio de Janeiro destacou-se que permanece incerta a contribuição da infecção exógena para a TB, mas foi sugerido que entre os idosos estudados a transmissão pode ter sido preferencialmente endógena, mecanismo patogênico, já citado na literatura como responsável por 95% dos casos da TBP nos idosos. Portanto, a hipótese diagnóstica de TBP em idosos sintomáticos respiratórios

e constitucionais deve ser sempre considerada (CANTALICE FILHO *et al.*, 2007).

Embora a TB seja considerada como área estratégica da Atenção Básica de Saúde (APS), a exemplo do estudo realizado em sete municípios brasileiros, há limitações nos serviços de APS como porta de entrada para a suspeição de casos de TB em idosos, realizando a confirmação diagnóstica precocemente. Este fato contraria as diretrizes da política de saúde no Brasil. Vale destacar que qualificar os profissionais de saúde para a suspeição e realização do diagnóstico precoce da doença com vistas à prevenção de casos e promoção à saúde do idoso e comunidade em geral é questão primordial (SÁ *et al.*, 2015).

Atualmente, sabe-se que ocorre o que se denomina de encaminhamento inverso, quando o serviço especializado referencia o paciente, inclusive idosos com diagnóstico de TB, para serviços de APS demonstrando a desorganização na rede de serviços de saúde e no fluxo dos pacientes idosos portadores de TB (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Na população brasileira a maior proporção de brancos na população idosa reflete seu melhor histórico socioeconômico. Entretanto, é razoável considerar nas ações empregadas para o diagnóstico da TBP em idosos o uso dos métodos usuais de diagnóstico sempre aliados a avaliação dos dados epidemiológicos e aos aspectos étnicos e socioculturais (CANTALICE FILHO *et al.*, 2007).

Em João Pessoa-PB, ao analisar as barreiras ao diagnóstico da TB em pessoas idosas, verificou-se deficiências entre oferta, demanda e necessidades, relacionadas aos serviços de saúde. Sendo de simples correção, com a flexibilização da estrutura do serviço nas unidades de saúde e na prestação direta dos cuidados as pessoas. Neste sentido, considerando as singularidades e demandas relacionadas a realização

de visitas domiciliares para controle de comunicantes, atraso na suspeita da doença e falhas nos horários de atendimento para obtenção do diagnóstico (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

CONCLUSÃO

Foi possível concluir que o aumento populacional dos idosos de fato é acompanhado pelo crescimento da TB, o que traz implicações para o controle da doença. Desta forma, nos artigos utilizados nesta revisão, verificou-se que 57% das publicações concentraram-se nos anos de 2015 e 2016. Há uma lacuna de cinco anos seguidos sem publicações. O referencial teórico que fundamentou as pesquisas analisadas demonstra que a TB é sistematicamente estudada ao longo de várias décadas, entretanto, os estudos relativos a TBP em idosos são escassos.

Os objetivos dos pesquisadores permearam os aspectos do diagnóstico, epidemiologia, clínica, processo de trabalho e revisão das publicações sobre a TB em idosos. 71,4% das publicações foram em periódicos da área de Enfermagem, 71,5% empregou de forma variada, estudo transversal, pesquisa qualitativa, revisão integrativa, inquérito ou caso controle retrospectivo, sendo que os níveis de evidências variaram entre os níveis 4 e 7.

A TB no idoso apresenta como principais sinais e sintomas: febre, dispneia, emagrecimento, tosse produtiva e dor torácica. Ocorre mais destacadamente entre os homens na faixa etária de 60 a 69 anos, apresentando forma clínica pulmonar, com tempo de internação superior a 21 dias e com elevado percentual de reações adversas ao tratamento medicamentoso.

A gravidade da doença possivelmente é acentuada quando a detecção dos sintomáticos respiratórios e a definição do diagnóstico são tardias. Portanto, foram apontados como fatores primordiais para a avaliação e tratamento da TB no idoso, aqueles inerentes ao sistema de saúde.

Assim, é recomendada, quanto as ações de controle da TB em pessoas idosas, a adoção de uma nova lógica do processo de trabalho, priorizando as tecnologias que potencializem o diagnóstico da tuberculose e o início do tratamento precocemente, notadamente a nível da Atenção Básica de Saúde.

As ações neste segmento etário compreendem a necessidade de pesquisas e o aprimoramento do processo de trabalho com relação aos mecanismos que impedem o retardo no diagnóstico da TBP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, L.M. *et al.* Políticas públicas para pessoas idosas no Brasil: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, p. 3543, 2013.
- ANDRADE, S.L.E. *et al.* Tuberculose em pessoas idosas: porta de entrada do sistema de saúde e o diagnóstico tardio. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 24, e5702, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2009: uma análise de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico 2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
- CANTALICE FILHO, J.P. *et al.* Aspectos clínicos da tuberculose pulmonar em idosos atendidos em hospital universitário do Rio de Janeiro, RJ. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 33, p. 699, 2007.
- CHAVES, E.C. *et al.* Aspectos epidemiológicos, clínicos e evolutivos da tuberculose em idosos de um hospital universitário em Belém, Pará. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 20, p. 47, 2017.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Estudos e pesquisas: informação demográfica e socioeconômica. IBGE Síntese de Indicadores Sociais, 2010. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/aSaude>. Acesso em: 09 mar. 2018.
- MELNYK, B.M. & FINEOUT-OVERHOLT, E. Making the case for evidence-based practice and cultivating a spirit of inquiry. In: MELNYK, B.M. & FINEOUT-OVERHOLT, E. Evidence basic practice in nursing and health care. Philadelphia: Lippincott Willians & Wilkins, 2015.
- MELO, C.R.O. *et al.* Fatores associados à tuberculose em idosos de instituições de longa permanência no Recife-PE/2014. *Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde*, v. 1, 2015.
- MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MISHIMA, E.O. & PÉRICLES, A.N. Tuberculose no idoso: estado de São Paulo, 1940–1995. *Boletim de Pneumologia Sanitária*, v. 9, p. 5, 2001.
- OLIVEIRA, A.A.V. *et al.* Diagnóstico da tuberculose em pessoas idosas: barreiras de acesso relacionadas aos serviços de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 47, p. 145, 2013.
- SÁ, L.D. *et al.* Porta de entrada para diagnóstico da tuberculose em idosos em municípios brasileiros. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 68, p. 467, 2015.
- TRIGUEIRO, J.S. *et al.* Análise da produção acerca da tuberculose em idosos na literatura lusa e inglesa. *Revista de Enfermagem UFPE*, v. 10, p. 1847, 2016.
- VERAS, R.P. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, p. 231, 2012.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Global Tuberculosis Report 2019. [S.l.]: WHO, 2019.

Capítulo 17

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PULMÃO

ISABELLA COSTA DE RESENDE¹
TRINNYE LUIZZE SANTOS²
LARA LAÍS BEZERRA DE OLIVEIRA²
MARINA CABRAL DE LIMA²
FÁBIO ANTÔNIO PRAES FILHO³
BEATRIZ CAMPOS PRIMO⁴
GABRIEL BORGES DE FREITAS⁵
GIOVANA PLACHI⁶
LEDA MARIA CAVALCANTE VIANA⁷
FERNANDA JOSÉ DE TOLEDO⁸
JOSÉ ALENCAR FORMIGA JÚNIOR⁹
THIAGO CHAVES AMORIM¹⁰
MARCOS VINICIUS DE FREITAS RÊGO MONTENEGRO¹¹
LUCAS FRANÇA BELFORT PEREIRA¹²
BRENO GOMES CARNEIRO DE FREITAS¹³

1. *Discente – Medicina da Universidade de Rio Verde.*
2. *Discente – Medicina da Faculdade de Enfermagem e de Medicina Nova Esperança de Mossoró.*
3. *Discente – Medicina do Centro Universitário FUNORTE.*
4. *Discente – Medicina da Faculdade FACERES São José do Rio Preto.*
5. *Discente – Medicina do Centro Universitário Alfredo Nasser.*
6. *Discente – Medicina da Faculdade Metropolitana de Manaus.*
7. *Discente – Medicina do Centro Acadêmico Christus.*
8. *Médica – Formada no Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos.*
9. *Médico – Formado na Universidade Federal de Campina Grande.*
10. *Médico – Formado na Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba.*
11. *Médico – Formado na Universidade de Potiguar.*
12. *Médico – Formado na Universidade Federal do Maranhão.*
13. *Médico – Formado na Universidad Privada Abierta Latinoamericana.*

PALAVRAS-CHAVE

Câncer de pulmão; Prevenção de doenças; Educação em saúde pública.

INTRODUÇÃO

É notável o aumento da importância dada ao segmento da educação em saúde nas sociedades atuais. Dentro dessa área, a prevenção do câncer destaca-se devido às altas taxas de incidência, prevalência e mortalidade no decorrer dos anos das neoplasias malignas.

“Câncer é um termo que abrange mais de 100 diferentes tipos de doenças malignas que têm em comum o crescimento desordenado de células, que podem invadir tecidos adjacentes ou órgãos a distância” (INCA, 2020). Assim, o câncer pode, a longo prazo, afetar estruturas distantes do órgão inicialmente doente. “Houve uma tendência crescente nas taxas de mortalidade por câncer de mama, pulmão e cólon, e uma tendência decrescente nas taxas de mortalidade por câncer de estômago” (MANSUR & FAVARATO, 2021). Devido ao aumento da mortalidade, especificamente dessas neoplasias, é evidenciada a relevância dessas dentro da saúde pública.

“A alta letalidade do câncer de pulmão ressalta a importância da doença, uma vez que houve 1,8 milhões de mortes por câncer de pulmão no mesmo ano” (SOARES *et al.*, 2021). “O câncer de pulmão (CP) é a principal causa de morte relacionada ao câncer em todo o mundo, sendo responsável por uma em cada cinco mortes” (FERREIRA JUNIOR *et al.*, 2021). Assim, além de possuir elevada mortalidade, a patologia apresenta grande relevância no contexto mundial em decorrência da alta letalidade.

“A maioria dos casos de câncer de pulmão (70%) é detectada em estágio avançado, quando o prognóstico é ruim e a sobrevivência em 5 anos é de aproximadamente 4%” (AGUIAR *et al.*, 2020). Da mesma forma, como as demais patologias, o diagnóstico precoce do CP pode alterar demasiadamente o prognóstico do paciente e aumentar as chances de sobrevivência.

“A assistência ao paciente oncológico incorre em muitos gastos para atender à alta carga da doença que deve ser enfrentada em um cenário de crescentes necessidades de investimentos, recursos finitos e busca por estratégias mais eficazes e eficientes” (KNUST *et al.*, 2017). Nesse contexto, o câncer, além de ser prejudicial à saúde do indivíduo, afeta, também, a saúde pública em decorrência dos altos gastos financeiros investidos tanto no tratamento dos indivíduos doentes quanto no desenvolvimento de pesquisas e estudos relacionados à evolução da área.

Desse modo, evidencia-se a importância da discussão acerca do câncer de pulmão com o intuito de estabelecer e fortalecer medidas de prevenção eficazes em relação a essa neoplasia maligna na área da educação em saúde.

O objetivo deste estudo foi discorrer acerca da educação em saúde no quesito prevenção do câncer de pulmão.

MÉTODO

O presente estudo trata-se de uma revisão sistemática realizada no primeiro semestre de 2022 por meio da consulta às bibliotecas virtuais *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (PubMed). Para realizar a consulta foi utilizado o termo de busca “câncer de pulmão” nas plataformas virtuais.

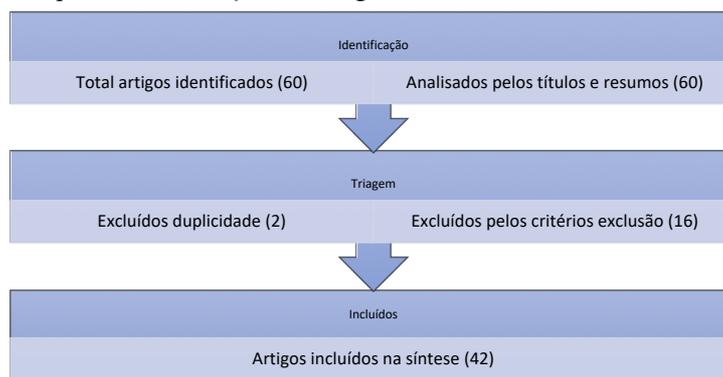
Com o objetivo de realizar uma triagem eficaz e eleger os artigos que mais atenderiam os objetivos estabelecidos para o estudo, foram determinados critérios de inclusão e de exclusão durante a seleção de artigos. Os critérios de inclusão da seleção dos artigos foram: publicação a partir de 2017; que abordassem as temáticas propostas na pesquisa; idioma em inglês, português ou espanhol; estudos clínicos e revisões sistemáticas disponibilizados gratuitamente e na íntegra. Foram excluídos os artigos

duplicados e que fugiram ao tema proposto. Como resultado das buscas nas bases de dados previamente estabelecidas, foram recuperados 60 artigos no total. Contudo, apenas 42 artigos satisfizeram aos critérios de seleção e foram incluídos na pesquisa.

Os artigos selecionados para análise foram então copiados das bibliotecas virtuais e salvos

em formato digital em PDF. Depois disso, todos os artigos foram lidos minuciosamente e na íntegra para que fossem registradas as informações relevantes acerca do câncer de pulmão e da sua prevenção. Os resultados obtidos foram sintetizados e apresentados de forma descritiva por meio da elaboração de uma revisão sistemática.

Figura 17.1. Fluxograma do processo de seleção dos artigos científicos



RESULTADOS E DISCUSSÃO

“O câncer de pulmão é a principal causa de morte no mundo” (OLIVEIRA *et al.*, 2021). A neoplasia maligna de pulmão apresenta elevado impacto na saúde pública em decorrência da elevada mortalidade, destacando a importância da discussão acerca dessa patologia dentro da educação em saúde.

O CP tem a habilidade de sensibilizar, de modo geral, o indivíduo doente, afetando diversos sistemas do corpo humano simultaneamente e, como consequência a isso, piorando o estado geral do paciente oncológico. “Devido às alterações causadas pelo câncer, como emagrecimento, sintomas como dispneia e fadiga e às consequências dos tratamentos utilizados, como a cirurgia e/ou quimioterapia, pacientes com CP costumam apresentar uma condição física e mental bastante comprometidas” (VASCONCELOS *et al.*, 2020).

“O câncer é uma doença multifatorial, porém, segundo a Organização Mundial da

Saúde (OMS), alguns fatores de risco estão relacionados à maioria das mortes por doenças crônicas não transmissíveis, incluindo o câncer, tendo importante contribuição para a carga de doenças” (ALVES *et al.*, 2021). Desse modo, foi comprovado que determinadas variáveis, dependentes ou não do estilo de vida do indivíduo, podem contribuir com a incidência do câncer. “A carcinogênese é um processo complexo que envolve a participação de fatores de risco hereditários e ambientais, como alimentação, tabagismo, ocupação e exposição a radiações e agentes químicos nos ambientes” (BREY *et al.*, 2020).

“Em 90% dos casos diagnosticados, o câncer de pulmão está associado ao consumo de derivados do tabaco” (BREY *et al.*, 2020). “O tabaco contém substâncias cancerígenas e seu uso predispõe diversos tipos de câncer, além de doenças cardíacas, hipertensão e outras condições” (JOSÉ *et al.*, 2017). “Seu consumo é responsável por 90% dos casos de câncer de

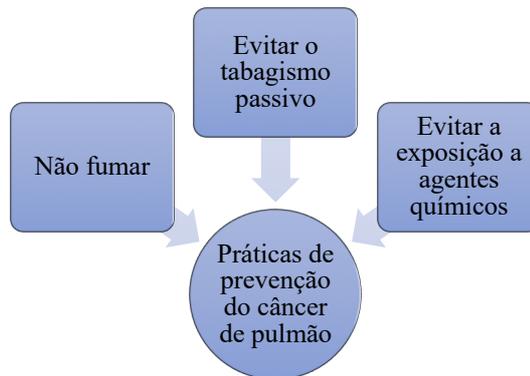
pulmão em homens e 79% dos casos em mulheres; o risco de tabagismo passivo é estimado em 30% maior em comparação com indivíduos não expostos ao tabaco” (KNUST *et al.*, 2017). Nesse sentido, é evidente a importância do tabagismo na saúde pública. Na maioria dos casos diagnosticados, medidas de prevenção, como cessar o tabagismo, seriam úteis para evitar o desenvolvimento tanto da neoplasia maligna de pulmão quanto de outras patologias prejudiciais à saúde humana.

Porém, o tabagismo não é o único mecanismo relevante para a incidência do CP. “Além do tabagismo, outros fatores importantes estão associados ao câncer de pulmão: susceptibilidade genética, fumo passivo, doença inflamatória preexistente do pulmão e infecções,

exposições ocupacionais ao asbesto e radônio, poluição do ar ambiente e queima doméstica de biomassa” (SOUZA *et al.*, 2019). Assim, existem outras medidas que podem auxiliar na prevenção do CP na dinâmica da saúde pública e a elucidação dessas é fundamental na educação em saúde.

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (2022), há práticas fundamentais para a prevenção do CP como não fumar, evitar o tabagismo passivo, evitar a exposição a agentes químicos (arsênio, asbesto, berílio, radônio, urânio, cádmio, cloreto de vinila, cromo, níquel, éter de clorometil) presentes em ambientes de trabalho. As medidas de prevenção são elucidadas na **Figura 17.2**.

Figura 17.2. Práticas de prevenção do câncer de pulmão



CONCLUSÃO

Os dados analisados trouxeram definições essenciais acerca do CP. Foi elucidada a importância da discussão sobre essa patologia em decorrência do alto impacto dentro das comunidades no contexto da educação em saúde. Foi constatado, também, que os pacientes diagnosticados com essa neoplasia sofrem, tanto psicologicamente quanto fisicamente, as consequências da instalação e do desenvolvimento da doença. Além disso, a revisão apresentou medidas eficazes para a prevenção dessa

patologia, como evitar o tabagismo (ativo e passivo) e evitar a exposição a agentes químicos (arsênio, asbesto, berílio, radônio, urânio, cádmio, cloreto de vinila, cromo, níquel, éter de clorometil) que podem estar presentes em atividades ocupacionais.

Assim, o estudo realizado enfatizou a importância do CP dentro das sociedades atuais. Nesse sentido, as informações retratadas e sintetizadas neste estudo poderão contribuir, também, com novas pesquisas e discussões acerca dessa neoplasia maligna.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, P. *et al.* Distinct models to assess the cost-effectiveness of EGFR-tyrosine kinase inhibitors for the treatment of metastatic non-small cell lung cancer in the context of the Brazilian Unified Health Care System. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 46, 2020.
- ALVES, M.R. *et al.* Spatial and temporal distribution of cancer mortality in a Brazilian Legal Amazon State between 2000 and 2015. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 24, 2021.
- BREY, C. *et al.* Lung cancer related to occupational exposure: an integrative review. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 41, 2020.
- FERREIRA JUNIOR, J.R. *et al.* Radiomic analysis of lung cancer for the assessment of patient prognosis and intratumor heterogeneity. *Radiologia Brasileira*, v. 54, p. 87, 2021.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER – INCA. O que é câncer? Instituto Nacional do Câncer, 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>. Acesso em: 11 jun. 2022.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER – INCA. Tipos de câncer: câncer de pulmão. Instituto Nacional do Câncer, 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-pulmao>. Acesso em: 11 jun. 2022.
- JOSÉ, P.S. *et al.* Mortalidade e incapacidade por doenças relacionadas à exposição ao tabaco no Brasil, 1990 a 2015. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 20, p. 75, 2017.
- KNUST, R.E. *et al.* Estimated costs of advanced lung cancer care in a public reference hospital. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, 2017.
- MANSUR, A.P. & FAVARATO, D. Taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares e câncer na população brasileira com idade entre 35 e 74 anos, 1996-2017. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 117, p. 329, 2021.
- OLIVEIRA, F.R.A. *et al.* The ratio between the whole-body and primary tumor burden, measured on 18F-FDG PET/CT studies, as a prognostic indicator in advanced non-small cell lung cancer. *Radiologia Brasileira*, v. 54, p. 289, 2021.
- SOARES, M.S. *et al.* Evolution of the surgical treatment of lung cancer at a tertiary referral center in Brazil, 2011-2018. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 47, 2021.
- SOUZA, G.S. *et al.* Tendência de mortalidade por câncer de pulmão em diferentes contextos urbanos do Brasil, 2000-2015. *Serviços de Saúde*, v. 28, 2019.
- VASCONCELOS, N.N.L. *et al.* Aplicabilidade das equações de referência brasileiras para o teste de caminhada de 6 minutos em pacientes com câncer de pulmão. *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 27, p. 429, 2020.

Capítulo 18

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE VOLTADA AO PÚBLICO TRANS: REVISÃO INTEGRATIVA

MARCIA PEREIRA SOUSA¹
THATIELLY LIMA NASCIMENTO¹
TATIANA MARIA MELO GUIMARÃES²

1. *Graduanda do Curso de Enfermagem no Centro Universitário Santo Agostinho - UNIFSA.*
2. *Orientadora da pesquisa. Mestre em Enfermagem/UFPI. Docente do Curso de Enfermagem no Universitário Santo Agostinho (UNIFSA), Teresina-PI.*

PALAVRAS-CHAVE

Política de saúde; Assistência de saúde universal; Transexualidade.



10.29327/565999.5-18

INTRODUÇÃO

Usa-se o termo “trans” para referir-se a travestis, mulheres e homens transgênero/transsexuais, ou seja, indivíduos que não se identificam com seu sexo biológico. Em alguns casos, essas pessoas podem adequar seu corpo à sua identidade de gênero através de tratamentos hormonais e/ou cirurgia de redesignação sexual. É necessário ressaltar que a identidade de gênero não influencia na orientação sexual do indivíduo e, portanto, homens e mulheres trans (identidade de gênero) podem ser heterossexuais, homossexuais, bissexuais, assexuais ou pansexuais (orientação sexual) (BRASIL, 2016).

Assim sendo, a identidade de gênero refere-se a como o indivíduo se identifica (masculino, feminino e/ou não binário); enquanto que a orientação sexual está ligada a como o indivíduo relaciona-se sexual e afetivamente com outrem (ARAÚJO *et al.*, 2020). A década de 1990 foi um marco pelos movimentos sociais em prol desse grupo minoritário, almejando, dessa forma, melhorias na qualidade de vida, igualdade de gênero e orientação sexual; buscando, então, sensibilizar a sociedade e instituições governamentais sobre as demandas de saúde e do respeito aos direitos dessa população, a saber: lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transsexuais – LGBTQIA+ (BEZERRA *et al.*, 2019).

A efetivação do processo transexualizador pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em meados de 2008, foi uma conquista liderada por ações do movimento trans. Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, instituiu a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais (PNSI-LGBT). Pretendeu-se, com essa iniciativa, a construção de mais equidade no SUS e cumprir o direito aos serviços de saúde de forma humanizada e de qualidade. Sob esse panorama,

conta com a rede de atenção à saúde (RAS) e, dentro muitos, um dos objetivos dessa política é a garantia do acesso ao processo transexualizador (BRASIL, 2016; BEZERRA *et al.*, 2019).

É necessário que durante o atendimento à população trans o profissional esteja despidido de preconceitos. As especificidades do paciente devem ser reconhecidas e respeitadas; dessa maneira, o profissional conquistará a confiança do requerente. Ao buscar o fortalecimento da rede de cuidado a esse público, o plano de cuidado deve possuir uma continuidade, o que, por sua vez, evitará que as dificuldades relacionadas aos determinantes e condicionantes de saúde – aliadas a questões sociais (como a falta de investimentos em ações e políticas públicas) – comprometam as competências e habilidades na assistência ao grupo de pessoas trans no âmbito da atenção primária (HANAUER & HEMMI, 2020).

A motivação em estudar essa temática, partiu da observação sob o fato do profissional de enfermagem por vezes estar desprovido de conhecimento e qualificação para receber o público trans nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Isso é refletido em uma assistência de qualidade inferior com relação ao que é preconizado pela PNSI-LGBT. Notou-se a necessidade de abordar a Política Nacional de Saúde voltada ao público transgênero/transsexual, uma vez que, de acordo com o artigo 196º da Constituição da República Federativa do Brasil – Carta Magna –, todos os cidadãos têm por direito acesso aos serviços integral à saúde garantido pelo Estado de modo a respeitar os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS.

Nesse contexto, delimitou-se o objeto da pesquisa mediante a seguinte pergunta-problema: os serviços de saúde disponibilizados à população trans estão sendo cumpridos em

conformidade com a Política Nacional de Saúde? Nessa perspectiva, vale questionar se a parcela de pessoas transgênero/transsexuais está com seus direitos efetivados, visto que muitos profissionais, mesmo na hodiernidade, desconhecem a política de saúde que se refere sobre a equidade no que tange o direito ao acesso integral ao serviço de saúde.

Esse estudo objetivou descrever e analisar por meio de produções científicas acerca da assistência à saúde voltada a população trans no Brasil, buscou identificar se estão seus direitos sendo cumpridos em conformidade com a PNSI-LGBT, pontuando quais e como são os serviços de saúde oferecidos pelo SUS e descrevendo as barreiras encontradas para o acesso ao serviço.

MÉTODO

Para esta revisão bibliográfica integrativa, de abordagem quantitativa, foi realizado um levantamento bibliográfico nas bases de dados LILACS, Pubmed, BDEF e IBEC.

A priori, foram incluídos artigos disponíveis na íntegra online nas bases de dados pesquisadas, de abordagem qualitativa ou quanti-qualitativa e onde os participantes eram enfermeiros. A posteriori, foram excluídos estudos de revisão nos quais os participantes não fossem enfermeiros, que não tratassem da população trans e estudos que apresentavam outras políticas que não a PNSI-LGBT.

Como estratégia de busca utilizou-se os acrônimos PICO, onde população/paciente, o público trans; o interesse é identificar quais e como são os serviços de saúde oferecidos para atenção à saúde trans; os resultados esperados são descrever se as demandas de saúde do público trans estão sendo respeitadas de acordo com a PNI-LGBT.

Posteriormente foram definidas mediante o cruzamento dos seguintes Descritores em

Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH): “Pessoas Transgênero” (Transgender Persons; Personas transgênero); “Assistência de Saúde Universal” (Universal Health Care; Atención de Salud Universal); “Política de Saúde” (Health Policy; Política de Salud); e “Transexualidade” (Transsexualism; Transexualidad).

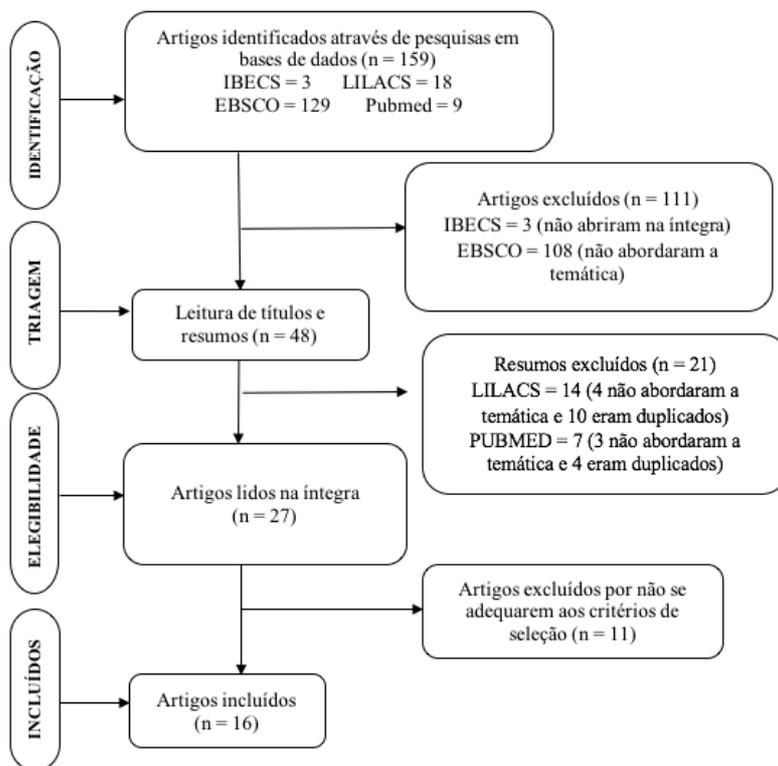
A análise de dados foi feita através de leitura detalhada do conteúdo dos artigos categorizados por similaridade e/ou semântica, que serão apresentados em categorias de acordo com o sentido dos conteúdos e discutidos através do referencial, através de um fluxograma que mostra o início e o término da busca, bem como a seleção dos artigos analisados. A seleção desses estudos foi realizada em duplo cego de forma independente.

De igual modo, foi realizado, também, o cruzamento dos descritores utilizando os operadores booleanos AND e OR, para que se tenha uma pesquisa precisa acerca do tema, a fim de encontrar artigos pertinentes para a discussão da pesquisa. A análise dos dados foi realizada pela leitura e compreensão rigorosa e criteriosa, observando seus pontos principais e destacando-os para ajudar na extração das evidências relacionadas aos objetivos do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a busca nas bases de dados, obteve-se um total de 159 artigos. Em seguida, depois da leitura dos títulos, foi percebido que nem todos possuíam os critérios para inclusão neste estudo. Então, foram selecionados 48 artigos para leitura dos resumos e, conseqüentemente, excluídos os que não abordavam o propósito da pesquisa. Após a leitura foram separados 16 artigos para análise e categorização, conforme apresentado na **Figura 18.1**.

Figura 18.1. Fluxograma PRISMA do processo de busca na literatura



A análise dos artigos selecionados foi realizada por através de uma leitura criteriosa e rigorosa e que seguiu todos os critérios escolhidos previamente. A caracterização foi realizada através de um formulário – o que favoreceu a organização para a extração de todas as informações relevantes ao estudo, os objetivos propostos e os resultados em evidências.

Por conseguinte, após a análise de todo o material selecionado, as informações foram

organizadas e agrupadas inicialmente em quadros para que houvesse melhor distribuição de ideias e promovesse a fácil compreensão da leitura.

Foram analisados dezesseis artigos científicos lidos na íntegra e que foram divididos em um quadro de forma resumida, abordando as variáveis segundo autores/ano, metodologia, objetivo e resultados (**Quadro 18.1**). Os artigos foram elencados com a finalidade de melhor visualização da análise.

Quadro 18.1. Distribuição dos estudos conforme autores/ano, metodologia, objetivo e resultados

Autor/ano	Metodologia	Objetivo	Resultado
Santos <i>et al.</i> (2014)	Revisão integrativa	Identificar e analisar a estrutura das representações sociais dos profissionais de saúde sobre transexualidade.	Formação profissional e educação permanente devem fazer parte da discussão sobre a atenção integral à saúde, que, por sua vez, deve favorecer o contato com as diversas realidades existentes e a criação de espaços de diálogo entre os profissionais de saúde e a população atendida.
Brasil (2015)	Qualitativa	Contribuir para a reflexão sobre a importância da vontade política de gestores, do protagonismo dos movimentos sociais e do compromisso	São necessárias iniciativas estratégicas específicas, dentre as quais cita-se a educação permanente de profissionais de saúde sobre as especificidades em saúde de travestis e transexuais, para uma efetiva política de enfrentamento das iniquidades desta população, que

		dos profissionais de saúde e pesquisadores.	possui vulnerabilidades acrescidas e maiores dificuldades de acesso às ações e serviços de saúde.
Souza & Pereira (2015)	Qualitativa	Apresentar os cuidados com a saúde de travestis do município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.	Os resultados demonstraram que as interlocutoras evitam os serviços institucionalizados de saúde e acabam por optar outras formas de cuidado.
Popadiuk <i>et al.</i> (2017)	Quanti-qualitativa	Analisar como o Ministério da Saúde (MS) vem implementando o Processo Transexualizador (PrT) no SUS.	Preferiu-se pela apresentação dos dados agrupados nas seguintes seções: 1) Linha do tempo das políticas públicas destacando a conquista do direito ao PrTr no SUS; 2) Análise quantitativa dos indicadores do PrTr no SUS; 3) Análise qualitativa do acompanhamento do PrTr no SUS e seus maiores desafios.
Mariano & Moretti-Pires (2020)	Revisão integrativa	Pesquisar sobre disforia de gênero em crianças e identificar recomendações para o manejo na Atenção Primária à Saúde.	O profissional de saúde deve realizar anamnese direcionada às questões de comportamento da criança em casa e na escola, dinâmica familiar, contexto cultural, história familiar de não conformidade de gênero, vida social da criança e segurança infantil. Deve-se atentar para a avaliação psicossocial adequada para a idade da criança.
O'Dwyer & Heilborn (2018)	Estudo de caso	Descrever a relação de quatro jovens trans com a medicina, diagnóstica e serviços de saúde.	A dificuldade no acesso a serviços de saúde pública e privada leva as pessoas trans a recorrerem à automedicação.
Rosa <i>et al.</i> (2019)	Revisão integrativa	Descrever e analisar a produção científica nacional e internacional sobre o cuidado de Enfermagem à população transgênero ou com variação de gênero.	As pessoas transgênero/transsexuais ainda não encontraram respostas para suas demandas de saúde; são vítimas de preconceitos e violências nos serviços e buscam atendimento em casos extremos de adoecimento.
Pereira & Chazan (2019)	Revisão integrativa	Apresentar os resultados de uma revisão integrativa sobre o acesso das pessoas trans aos serviços de saúde da atenção básica.	O acesso à Atenção Primária à Saúde (APS) por parte da população trans encontra barreiras multidimensionais. Há entraves políticos, socioeconômicos, organizacionais, técnicos e simbólicos, porém as barreiras técnicas são as mais impactantes ao acesso.
Vieira <i>et al.</i> (2019)	Estudo exploratório	Pensar como a Psicologia enquanto campo de saber-poder habita uma zona de fronteira no campo das políticas de saúde direcionadas à população transexual.	Atentar para as normas que atravessam a proposição e efetivação das políticas de saúde para a população transgênero/transsexual é exercício fundamental para que possamos estabelecer práticas despatologizantes.
Silva & Schons (2019)	Revisão integrativa; Baseada na ferramenta PACK	Desenvolver um atendimento clínico e objetivo de saúde primária em Santa Catarina, a fim de melhorar a saúde de saúde pública.	Foi criado o Guia Rápido para Prática de Atenção à Saúde da População Transgênero aos moldes do PACK Brasil. Esse Guia aguarda aprovação do PACK Brasil e do Ambulatório de Atenção Integral à População Transexual de Florianópolis para futura incorporação do material.
Hanauer & Hemmi (2019)	Qualitativa	Descrever os caminhos percorridos por transexuais e, também, conhecer seus	Acredita-se que este estudo permitiu dar visibilidade à trajetória de pessoas transexuais, considerando suas vivências, conflitos e

		itinerários na busca por atendimento às suas necessidades e demandas em saúde.	dificuldades para conseguirem alcançar sua identidade de gênero.
Lima <i>et al.</i> (2019)	Estudo de caso	Apresentar o médico de família e comunidade (MFC) como um importante profissional na área da saúde da população de lésbicas, gays, bissexuais e transexuais.	Demonstrar alguns dos artifícios da prática do MFC capazes de tornar mais qualificado o atendimento a estas pessoas em um cenário de APS.
Oliveira & Romanini (2018)	Estudo de caso	Compreender a forma como vão se construindo as trajetórias das pessoas transgênero nas políticas públicas de saúde em um município do interior do Rio Grande do Sul.	Os resultados nos mostram que a existência de políticas públicas, por si só, não garante o acesso da população transgênero/transsexual aos serviços de saúde.
Araújo <i>et al.</i> (2020)	Qualitativa	Analisar os significados atribuídos por enfermeiros da atenção primária acerca do conhecimento e prática do acolhimento à população de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBTQIA+).	Os significados atribuídos por enfermeiros encontraram-se ancorados na necessidade de aprimoramento para qualidade no processo de acolhimento à população LGBTQIA+.
Veras <i>et al.</i> (2021)	Qualitativa	Analisar e conhecer sobre o acolhimento de Travestis e Transexuais na APS.	A Classificação Hierárquica Descendente permitiu a identificação e a análise dos domínios textuais em um dendograma, que ilustrou as relações entre seis classes nomeadas conforme seu conteúdo a partir de três eixos.
Cabral & Muñoz (2021)	Qualitativa	Discutir o acolhimento em saúde mental para pessoas adultas que buscam tratamento hormonal para transição de gênero pelo SUS.	As/os participantes situam a importância de encontrar alguém que possa se fazer destinatário de suas inquietações, acompanhando o complexo percurso de reescrita de si.

Para facilitar a discussão dos resultados evidenciados, duas categorias foram delimitadas: *Atuação do enfermeiro na assistência ao público trans* e *Redes de saúde voltadas ao público trans e a PNSI-LGBT*.

Atuação do enfermeiro na assistência ao público trans

Dessarte, os resultados evidenciaram, de acordo com Brasil (2016), que no campo da saúde a vulnerabilidade deste grupo fica explicitada pelos altos índices de violência e assassinatos que lhes acometem e encurtam a vida e, conseqüentemente, pelos agravos relacionados à saúde mental. Outro apelante é a alta prevalência no número de contaminações pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV).

Ainda assim, contudo, segundo Brasil (2016), a discriminação tem sido apontada como importante barreira ao acesso aos serviços de prevenção, promoção e continuidade do cuidado. Em função de tais apontamentos, são implementadas pelo MS políticas acessíveis de saúde que incluem demandas por uma atenção integral, o que prioriza, assim, a participação ativa dos usuários na prossecução do cuidado desde a elaboração do projeto terapêutico singular.

Com isso, a abordagem da Política Nacional de Saúde voltada ao público transgênero/transsexual é determinante e deve ser um dos focos das capacitações para que se evidencie que os direitos dessa população têm sido negligenciados e que os profissionais devem

executar o atendimento com maestria e livre de julgamentos e tabus.

Destarte, o acolhimento no serviço é determinante e deve ser foco das capacitações. As situações de transfobia vivenciadas nos diversos setores de serviço de saúde, sobretudo, nas UBS são violências banalizadas pelos profissionais que não consideram o que diz a Carta Magna desta república no tocante aos direitos de seus cidadãos.

É fulcral que haja uma estrutura social que propicie um vínculo entre profissionais e população trans e é evidente que essa relação de confiança deve ser conquistada e construída gradativamente, através da criação de ligame terapêutico e compromisso, respeitando a subjetividade e pondo em prática a equidade no atendimento (ARAÚJO *et al.*, 2020).

Redes de saúde voltadas ao público trans e a PNSI-LGBT

Sabe-se, sob essa ótica, que o direito à saúde, previsto no artigo 196º da Constituição Federal, é basilar e necessário. Além disso, de acordo com a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, urge a vinculação entre a organização, o planejamento em saúde, a atenção à saúde e a Federação do SUS – em especial, o disposto no artigo 13º.

É de extrema precisão garantir que os usuários tenham acesso universal, igualitário e que respeite os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS. Nesse sentido, em 2009, o público trans obteve o direito da garantia de seus serviços de saúde pelo PNSI-LGBT que foi homologado pela Comissão Nacional de Saúde (CNS) que objetivava, assim, reduzir os agravos à saúde das pessoas LGBTQIA+ (CFM, 2019).

Foi, então, a partir da publicação da Portaria nº 457/2008 pelo MS, que o processo transexualizador (PT) passou a ser realizado por

meio SUS. Entende-se, conseqüentemente, como PT todo e qualquer procedimento oferecido ao usuário de forma gratuita e que respeite as diretrizes de assistência ao usuário(a) com demanda para realização do PT que é assegurado pela PNSI-LGBT. Ele integra ações e serviços; inclui o acolhimento de qualidade que evidencia a importância do respeito ao nome social e oferta atendimento humanizado desprovido de preconceito que respeita a diversidade sexual em todos os níveis de atenção: primário, secundário e terciário e traça, da melhor forma, o itinerário terapêutico (IT), dos(as) pessoas transgênero. Neste sentido, em 19 de novembro de 2013, o MS publicou a Portaria nº 2.803, que está em vigor e que redefiniu e ampliou o PT (HANAUER & HEMMI, 2020).

É relevante, então, considerar que discriminação por orientação sexual e por identidade de gênero incide na determinação social da saúde, interferindo diretamente no processo de sofrimento e adoecimento decorrente do preconceito e do estigma social vivenciado pela comunidade LGBTQIA+ (OLIVEIRA & ROMANINI, 2020).

Portanto, entende-se que o desenvolvimento social é condição determinante para plena saúde. Estudos recentes apontam que esse público passa por dificuldades no acesso aos serviços de saúde, educação, lazer, cultura fatores que interferem diretamente, na qualidade de vida e de saúde (ARAÚJO *et al.*, 2020), uma vez que o amparo à saúde física se torna possível por intermédio de uma vida plena em si.

À vista disso, entre o grupo LGBTQIA+, nota-se que as pessoas travestis e transgênero/transexuais estão mais sujeitas a sofrerem violências, preconceitos e discriminações por possuírem identidades de gênero diferente das impostas pelos padrões sociais. Estes indivíduos já procuram o serviço apreensivos com a

possibilidade de receber um atendimento discriminatório, além de constrangimentos e condutas inadequadas com conotações preconceituosas ou mesmo ofensas escancaradas advindas dos próprios profissionais.

No esforço de desmistificar esse estereótipo disforme que a saúde pública pinta, o acolhimento nas UBS deve ocorrer respondendo às expectativas da população e o acesso aos serviços de saúde não deve ser fragmentado: deve ocorrer em todos os níveis de complexidade (BEZERRA *et al.*, 2019).

Através da PNSI-LGBT, buscou-se a quebra de paradigmas que minimizassem os estigmas gerados por uma sociedade heteronormativa e preconceituosa e, assim, trazer, no atendimento, um serviço baseado em integralidade e equidade. O objetivo central é a garantia do acesso ao processo transexualizador, bem como a assistência direcionada à população trans que apresenta o desejo de realizar mudanças no corpo para que se adeque sua aparência física e suas características sexuais (ARAÚJO *et al.*, 2020).

Partindo desse pressuposto, no ano de 2019, a CFM nº 2.265/2019 atualiza e revoga a resolução CFM nº 1.955/2010 por não contemplar todas as lacunas no que diz respeito ao acompanhamento multidisciplinar, haja vista que não respeitava os níveis de atendimento e deixava de fomentar ações de promoção do cuidado às pessoas com disforia de gênero e/ou pessoas transgênero e não ofertava uma linha de cuidado integral e multiprofissional de acolhimento, acompanhamento, assistência hormonal ou cirúrgica e atenção psicossocial (CFM, 2019).

Isso posto, a nova resolução (CFM nº 1.955/2010) veio a contemplar mudanças no acolhimento e procura atender todas as demandas de forma humanizada e integral. Dispõe-se do cuidado específico baseado num

Planejamento Terapêutico Individual (PTI). No artigo 2º da nova resolução afirma-se que para dispor de uma atenção integral à saúde do transgênero a mesma deve contemplar todas as suas necessidades, garantir o acesso sem qualquer tipo de discriminação às atenções básica, especializada e de urgência e emergência.

Ratifica, nesse ínterim, o que diz a PNSI-LGBT e garante a toda comunidade LGBTQIA+ a continuidade e integralidade no cuidado, de modo a respeitar as suas necessidades e oportuniza o acompanhamento multidisciplinar e atenção psicossocial; realiza orientações gerais sobre o autocuidado, riscos e benefícios do tratamento e esclarecimentos sobre procedimentos clínicos (hormonioterapia) e procedimentos cirúrgicos (cirurgias de readequação de gênero), como mastectomia (retirada da mama) para homens trans e neovagina (procedimento cirúrgico para construção da vagina) para mulheres trans bem como a continuidade do acompanhamento pós-cirúrgico (CFM, 2019; HANAUER & HEMMI, 2020).

Nesse quadro, a Portaria nº 2.803, de 2013, estabelece idade mínima de 18 anos para procedimentos ambulatoriais que incluam acompanhamento multiprofissional e hormonioterapia. No que tange às mudanças ocorridas com a nova resolução, houve uma redução na idade para procedimento cirúrgico de 21 para 18 anos.

Todavia, o tratamento hormonal cruzado foi liberado para adolescentes acima dos 16 anos. Quanto às crianças e/ou adolescentes transgênero em estágio de desenvolvimento puberal Tanner I (pré-púbere), consta que poderão ser acompanhados por uma equipe multiprofissional, entretanto, sem realizar intervenções hormonais e/ou cirúrgicas. O bloqueio hormonal só poderá ser iniciado a partir do estágio puberal Tanner II (puberdade), sendo realizado

exclusivamente em caráter experimental em protocolos de pesquisa, de acordo com as normas do Sistema CEP/Conep, em hospitais universitários e/ou de referência para o SUS (HANAUER & HEMMI, 2020).

Por conseguinte, devido a UBS ser a porta de entrada prioritária aos serviços, é considerado nível primário que integra o usuário ao serviço conectando-os e sendo ela a responsável por coordenar, dar continuidade ao cuidado e responsabilizando-se por toda população descrita na sua área de atuação (BEZERRA *et al.*, 2019; OLIVEIRA & ROMANINI, 2020; HANAUER & HEMMI, 2020).

Nesse sentido, a atenção especializada já é considerada nível secundário no atendimento. Ela dispõe de um conjunto de tecnologias utilizadas para realização de ações e serviços de urgência, tal como o ambulatorial especializado e hospitalar. Essa atenção apoia e complementa os serviços realizados na atenção básica de forma resolutiva e em tempo oportuno. São aplicadas ações – como o acompanhamento clínico, hormonioterapia pré e pós-operatório.

Nesse segmento, é oferecido um atendimento especializado para o PT. Já o terceiro nível de atendimento consta como modalidade hospitalar: são aplicadas ações de nível hospitalar, a exemplo tem-se a realização de procedimentos cirúrgicos e acompanhamento pré e pós-operatório. A implementação para uma assistência voltada ao P, é realizada por meio do acompanhamento na APS. Primeiramente, nas RAS por um período de dois anos a considerar-se um atendimento de baixa e média complexidade. Após esse período, são encaminhados os indivíduos para ambulatório especializado e, posteriormente, para o procedimento cirúrgico quando indicado; de acordo com a modalidade aplicada na assistência ambulatorial e/ou hospitalar passa a ser considerado de média e alta complexidade

(BRASIL, 2015; OLIVEIRA & ROMANINI, 2020).

CONCLUSÃO

A Atenção Básica Saúde (ABS) assume, junto à essa política, um comprometimento profissional e ético de acolhimento dessa comunidade e visa garantir o princípio da universalidade, acessibilidade e redução das desigualdades relacionadas à saúde. Diante disso, compreende-se que cabe ao profissional da enfermagem inteirar-se da PNSI-LGBT e capacitar-se para orientar de forma correta o usuário LGBTQIA+, com ponto focal, nesta pesquisa, nas pessoas transgênero/transsexuais, quanto aos seus direitos e deveres dentro do SUS; visto que, na maioria das buscas pelo atendimento das UBS, ocorre devido à procura por hormonioterapia seguida de prevenção ao risco de contrair infecções sexualmente transmissíveis (ISTs).

Faz-se necessário, portanto, que, durante um atendimento a esse público, o profissional esteja despido de preconceitos e julgamentos próprios e as especificidades das pessoas transgênero devem ser reconhecidas e respeitadas. Dessa maneira, o profissional conquistará a confiança do indivíduo. Busca-se, nesse sentido, o fortalecimento de uma rede de cuidado a esse público e, à vista disso, o plano de saúde e cuidado terá uma continuidade e isso irá evitar que as dificuldades relacionadas aos determinantes e condicionantes de saúde aliadas às questões sociais (como a falta de investimentos em ações e políticas públicas), comprometam as competências e habilidades na assistência a esse grupo no âmbito da atenção primária.

Entende-se primordial que o profissional de saúde esteja sempre a participar de ações e práticas educativas em saúde, bem como a fomentar a discussão acerca da temática de

orientação sexual e identidade de gênero de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos processos de educação permanente desenvolvido pelo SUS – que deve incluir os trabalhadores da saúde, os integrantes dos Conselhos de Saúde e as lideranças sociais. Evita-se, desse modo, que as informações e o cuidado prestados não sejam desarticulados e pontuais; conseqüentemente, evitam-se fragilidades.

Ademais, pois, as informações existentes sobre esse público são pouco substanciais, e isso compactua para que pessoas transgênero/transsexuais continuem na invisibilidade social e convivam com maior exposição à violência e à

vulnerabilidade social. Sabe-se, publicamente, que cerca de 2,0% da população brasileira faz parte desse grupo.

Percebeu-se, por fim, a necessidade de formalizar políticas públicas, sociais e de saúde que contemplem por completo as necessidades do público transgênero/transsexual. Isso possibilitará a obtenção de dados precisos sobre esse público. Por meio desta estratégia, o MS obteria dados mais concretos, o que possibilitaria a alocação de recursos públicos e planejamentos cirúrgicos. A pesquisa toma forma, enfim, no caráter de urgência que a temática do cuidado com pessoas transgênero/transsexuais evidencia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARAÚJO, E.T.H.A. *et al.* Acolhimento à população de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros na atenção básica. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, v. 92, p. 119, 2020.
- BEZERRA, M.V.R. *et al.* Política de saúde LGBT e sua invisibilidade nas publicações em saúde coletiva. *Saúde em Debate*, v. 43, p. 305, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Transexualidade e travestilidade na saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/transexualidade_travestilidade_saude.pdf. Acesso em: 08 set. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Campanha Cuidar bem da saúde de cada um faz bem pra todos, faz bem para o Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidar_bem_saude_populacao_trans.pdf. Acesso em: 08 set. 2021.
- CABRAL, C.C. & MUÑOZ, N.M. Uma transição compartilhada: sobre o acolhimento em saúde mental em um ambulatório do processo transexualizador do SUS. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 24, p. 259, 2021.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. Resolução nº 2.265, de 20 de setembro de 2019. Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução CFM no 1.955/2010. *Diário Oficial da União*, 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-2.265-de-20-de-setembro-de-2019237203294#wrapper>. Acesso em: 13 out. 2021.
- HANAUER, O.F.D. & HEMMI, A.P.A. Caminhos percorridos por transexuais: em busca pela transição de gênero. *Revista Saúde em Debate*, v. 43, p. 91, 2019.
- LIMA, Á.M. *et al.* Atributos da Atenção Primária à Saúde e ferramentas de medicina de família no atendimento às diversidades sexual e de gênero: relato de caso. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 14, 2019.
- MARIANO, T.S.O. & MORETTI-PIRES, R.O. Disforia de gênero em crianças: revisão integrativa da literatura e recomendações para o manejo na Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 13, 2018.
- O'DWYER, B. & HEILBORN, M. L. Jovens transexuais: acesso a serviços médicos, medicina e diagnóstico. *Revista Interseções*, v. 20, p. 196, 2018.
- OLIVEIRA, I. & ROMANINI, M. (Re)escrevendo roteiros (in)visíveis: a trajetória de mulheres transgênero nas políticas públicas de saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 29, e170961, 2020.
- PEREIRA, L.B.C. & CHAZAN, A.C.S. O Acesso das pessoas transexuais e travestis à atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 14, p. 1795, 2019.
- POPADIUK, G. S. *et al.* A Política Nacional de Saúde Integral de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros (LGBT) e o acesso ao processo transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 1509, 2017.
- ROSA, D.F. *et al.* Nursing care for the transgender population: genders from the perspective of professional practice. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 72, p. 299, 2019.
- SANTOS, A.B. *et al.* Processo de formação das representações sociais sobre transexualidade dos profissionais de saúde: possíveis caminhos para superação do preconceito. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, p. 4545, 2014.
- SILVA, B.P. & SCHONS, A.A.N. Desenvolvimento de um guia rápido para prática de atenção à saúde da população transgênero. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 14, p. 2027, 2019.
- SOUZA, M.H.T. & PEREIRA, P.P.G. Health care: the transvestites Of Santa Maria, Rio Grande. *Texto e Contexto Enfermagem*, v. 24, p. 146, 2015.
- VERAS, P.H.L. *et al.* Acolhimento de travestis e transexuais na atenção primária à saúde: uma revisão bibliográfica. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, v. 95, e-021177, 2021.
- VIEIRA, E.S. *et al.* Psicologia e políticas de saúde da população trans: Encruzilhadas, disputas e porosidades. *Revista Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 39, p. 161, 2019.

Capítulo 19

OS PROCESSOS ÉTICOS E JUDICIAIS ENFRENTADOS PELOS ENFERMEIROS NO ÂMBITO HOSPITALAR DO BRASIL

ANDRESSA LEITE RODRIGUES BATISTA¹
EDVAR PEREIRA DE SOUSA JÚNIOR¹
MARIA DO AMPARO VELOSO MAGALHÃES²

1. *Discente – Curso de Enfermagem do Centro Universitário Santo Agostinho – UNIFSA.*
2. *Docente – Curso de Enfermagem do Centro Universitário Santo Agostinho – UNIFSA.*

PALAVRAS-CHAVE

Ética profissional; Ação judicial; Enfermeiro.



10.29327/565999.5-19

INTRODUÇÃO

A enfermagem vem ganhando, cada vez mais, espaço no âmbito da acreditação hospitalar, que equivale a um tipo de avaliação dos serviços de saúde que prestam assecuração à qualidade e segurança assistencial que acaba desenvolvendo-se por meio de padrões e requisitos preliminarmente definidos pelas entidades de acreditação, como a própria Organização Nacional de Acreditação (ONA) (ALMEIDA, 2020).

De acordo com a Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, do Ministério da Saúde, que dispõe dos privilégios e deveres dos usuários da saúde, em seu artigo 4º: “toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos”. Tornam-se assegurados, portanto, consultas, procedimentos preventivos, diagnósticos, cirurgias, terapêuticos, internações, integridade física e segurança do procedimento (BRASIL, 2009).

A execução de capacidades indicadas à melhoria da assistência de saúde exige uma visão mais aprofundada dos serviços de saúde pelos gestores, que gerenciam com qualidade e com objetivo constante para conseguir, cada vez mais, superar padrões de qualidade, criando novos processos (BRASIL, 2002).

Os profissionais de enfermagem estão há muito tempo sujeitos a condições precárias, inapropriadas e serviços insalubres (sem mencionar a desvalorização por parte de pacientes e colegas de trabalho), baixa remuneração e carga horária excessiva. Tudo isso afeta o enfermeiro física e psicologicamente, refletindo no tratamento prestado ao paciente. Ainda que com todas essas dificuldades, o trabalhador ainda prefere trabalhar em tais condições do que ficar desempregado (CARVALHO, 2020).

Diante disso, este estudo teve como objetivo caracterizar os eventos que levam os enfermeiros em âmbito hospitalar brasileiros a sofrer processos éticos e/ou judiciais.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica pelo método revisão integrativa de literatura, que ocorre em cinco etapas: compreensão do problema, investigação de estudos, apreciação dos dados, análise e compreensão dos dados e produção dos resultados. Esse tipo de pesquisa é caracterizado com o método que possibilita a síntese de resultados de estudos significativo a cerca de um determinado tema (SOUSA *et al.*, 2017). Foram considerados para análise apenas artigos acadêmicos.

A pesquisa tem caráter qualitativo, pois estuda aspectos subjetivos de fenômenos sociais e do comportamento humano. Para Fachin (2017), os métodos mais importantes para obter os dados utilizados na pesquisa qualitativa são observação, entrevista e pesquisa ou análise documental.

Os critérios de inclusão deste trabalho foram: material disponível em inglês, português e espanhol, com recorte temporal de 5 anos (janeiro de 2017 a janeiro de 2022), estudos completos e de abordagem quantitativa, qualitativa e mista. Em contrapartida, os critérios de exclusão foram: estudos que não estivessem de acordo com o objeto de estudo, publicados há mais de cinco anos, duplicados, revisões de literatura e dissertações.

Foi utilizada a estratégia PICo (P – população, paciente, problema; I – interesse; Co – contexto). O objetivo da pesquisa foi identificar quais os processos éticos e judiciais enfrentado pelos enfermeiros, erros cometidos e o que fazer para evitá-los.

Com o intuito de ampliar a compreensão do tema abordado, foram realizadas buscas nas seguintes bases de dados: MEDLINE, Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Bases de Dados bibliográficos especializados na área de Enfermagem (BDENF) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH) foram combinados entre si por meio dos operadores booleanos “AND” e “OR”: Ética profissional; Ação judicial; Enfermeiros. As expressões de busca resultantes estão apresentadas no **Quadro 19.1**.

Quadro 19.1. Expressão de busca utilizadas nas bases de dados

Bases de dados	Expressão de busca
BVS BDENF LILACS MEDLINE	((“Enfermeiras e Enfermeiros”) OR (“Enfermeira”) OR (“Nurses”)) AND ((“Decisões Judiciais”) OR (“Ética profissional”) OR (“Ação Judicial”) OR (“Judicial decisions”)) AND ((“Hospitais”) OR (“Brasil”) OR (“Centro hospitalar”) OR (“Hospitals”) OR (“Brazil”))

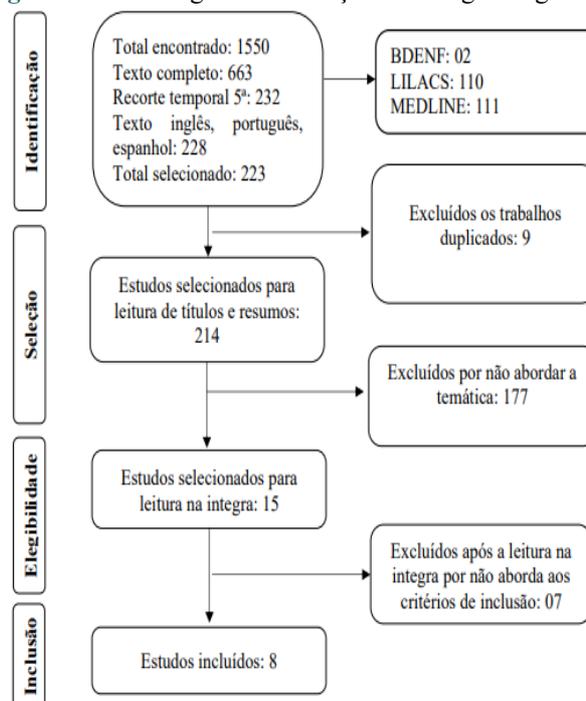
A leitura foi realizada em duplo cego, de forma independente. No ato da busca foram identificados 1550 artigos, em seguida foram aplicados os filtros para excluir os artigos que não se enquadravam no limite temporal, de idioma e ou que estavam incompletos, resultando em 223 artigos.

Em seguida, os estudos foram transportados para o software *Rayyan* para o gerenciamento das referências. Nesta etapa foram excluídos os artigos duplicados, e, em seguida, realizada a leitura dos títulos e resumos. Ao fim, foi feita a leitura na íntegra dos artigos.

Todo o processo de seleção foi sintetizado por meio da construção do fluxograma, conforme o fluxograma *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), descrito na **Figura 19.1**.

A análise foi feita a partir da leitura integral dos estudos, com extração de dados mediante um instrumento adaptado. Levou-se em consideração o autor principal, ano da publicação, qualidade metodológica e desfecho. Para a extração dos dados foi elaborado um quadro por meio do *Microsoft Word* com finalidade de sintetizar os dados desse estudo.

Figura 19.1. Fluxograma de seleção dos artigos originais



RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a análise de todo o material selecionado, as informações foram organizadas e agrupadas inicialmente em quadros para melhor distribuição e compreensão para a leitura. O **Quadro 19.2**, mais adiante, organiza os estudos segundo Autor e ano, Objetivo, Resultados e Conclusão.

Foram incluídos oito estudos para análise. Destes, a base de dados mais evidente foi a

LILACS com 75% dos artigos publicados. De acordo com a apresentação dos resultados e dos dados avaliados após o levantamento bibliográfico, observou-se que o ano com maior número de publicações foi 2020 (37,5%).

Em relação a abordagem metodológica, predominou-se a qualitativa em 87,5% dos artigos selecionados. A abordagem qualitativa possui sua relevância uma vez que enfatiza de caráter subjetivo do objeto analisado. Comparando os idiomas das publicações, verificou-se a predominância da língua portuguesa em 75% das pesquisas. Na **Tabela 19.1** são apresentadas as características das publicações incluídas nesta revisão.

Os objetivos, resultados e conclusão dos estudos analisados encontram-se descritos no **Quadro 19.2**.

Tabela 19.1. Características dos artigos da revisão

Ano da Publicação	Quantidade (%)
2017	1 (12,5)
2018	2 (25)
2019	2 (25)
2020	3 (37,5)
2021	0 (0)
2022	0 (0)
Idioma	
Português	6 (75)
Inglês	2 (25)
Espanhol	0 (0)
Tipo de estudo	
Qualitativo	7 (87,5)
Quantitativo	1 (12,5)
Misto	0 (0)
Base de dados	
LILACS	6 (75)
BDENF	1 (12,5)
MEDLINE	1 (12,5)

Quadro 19.2. Síntese dos artigos da revisão

Autor e ano	Objetivo	Resultados	Conclusão
Barbosa <i>et al.</i> (2017)	Compreender o conhecimento de profissionais de enfermagem sobre o código de ética que rege a profissão.	Emergiram como categorias: Significado da ética profissional; Instrumento norteador da ética de enfermagem e seus princípios básicos; Proibições, direitos, deveres e responsabilidades expressos no código de ética; e Entidades reguladoras e instituições educacionais na construção da ética profissional.	A compreensão dos profissionais esteve relacionada às experiências e aos aspectos pessoais, bem como à cultura vigente e aos códigos e aprovados para uma categoria profissional.
Silva <i>et al.</i> (2018)	Analisar a relação entre tempo de exercício na profissão e ocorrências éticas de profissionais de enfermagem envolvidos em denúncias registradas no Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso do Sul (COREN/MS).	Foram analisadas 111 denúncias, envolvendo 68 enfermeiros, 41 técnicos e 41 auxiliares de enfermagem. O grupo de profissionais com 1 a 5 anos de formação envolveu-se mais em ocorrências éticas.	O predominante envolvimento de profissionais de enfermagem recém-formados em ocorrências éticas indica que é imperativa a realização de mais pesquisas sobre a bioética na formação da enfermagem brasileira, seja para conhecer a real situação, quanto para fornecer subsídios para a tomada de decisão da equipe de enfermagem.
Caram (2018)	Compreender o processo de sofrimento moral de enfermeiros em setores fechados de um hospital e sua relação com os valores	Os dados revelaram aspectos ético-morais do cotidiano de trabalho de enfermeiros que são potenciais desencadeadores de sofrimento moral. Tais aspectos estão relacionados ao excesso de	Percebe-se que a vivência do sofrimento moral em unidades hospitalares retira o enfermeiro do protagonismo do seu agir, descaracterizando sua prática profissional e colocando-o na

	ético-morais da prática profissional.	trabalho, ao distanciamento do fazer que os enfermeiros idealizaram na formação, à realidade da prática cotidiana, ao não reconhecimento do trabalho do enfermeiro, ao trabalho burocrático em detrimento do assistencial e às questões institucionais.	invisibilidade, uma vez que ele não se reconhece e não é reconhecido no seu fazer, acarretando desafios éticos importantes para o profissional, para a instituição e para a profissão.
Santos <i>et al.</i> (2019)	Identificar os riscos e incidentes relacionados ao processo de terapia medicamentosa no cenário de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e propor ações de gerenciamento e práticas seguras na percepção da equipe de enfermagem.	Os relatos dos participantes foram organizados por categorias temáticas, sendo os riscos e incidentes relacionados ao processo de terapia medicamentosa uma das categorias elencadas, assim como propostas de ações.	A implementação de ações de segurança ao paciente relacionadas à administração de medicamentos em uma UPA, oferecendo maior qualidade do cuidado.
Luz <i>et al.</i> (2019)	Analisar os problemas éticos vivenciados por enfermeiros intensivistas em situações de internação por ordem judicial na perspectiva da deliberação moral.	A análise resultou em três categorias: conteúdo da oferta de deliberação, moral dos enfermeiros e advocacia do enfermeiro.	Judicialização da saúde e mudanças significativas nas relações sociais e institucionais. Os enfermeiros devem perceber que, frente às diferentes possibilidades de decisão de decisão, os valores morais importantes encontram-se em conflito.
Silva <i>et al.</i> (2020a)	Caracterizar os processos éticos instaurados no Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso do Sul (COREN/MS).	Foram analisados 34 processos éticos de 2003 a 2013. O COREN/MS foi o principal denunciante (47%). A maioria dos notificados era auxiliar de enfermagem (44%). As penalidades foram aplicadas em 11 casos; os artigos violados apontavam que, além da prática de práticas proibidas, havia descumprimento de deveres e obrigações.	O estudo das infrações éticas é fundamental para subsidiar a tomada de decisões relacionadas às políticas voltadas à melhoria tanto da formação quanto da prática profissional de enfermagem.
Ramos <i>et al.</i> (2020)	Identificar a associação entre sofrimento moral e elementos de suporte da deliberação moral em enfermeiros brasileiros.	Os 12 elementos associados ao processo de deliberação moral foram classificados como importantes para a atuação do enfermeiro, com destaque para a experiência profissional adquirida, o Código de Ética/Direito do Exercício Profissional e os princípios éticos e bioéticos.	Os 12 elementos associados ao processo de deliberação moral foram classificados como importantes para a atuação do enfermeiro, com destaque para a experiência profissional adquirida, o Código de Ética/Direito do Exercício Profissional e os princípios éticos e bioéticos.
Silva <i>et al.</i> (2020b)	Compreender os problemas éticos e bioéticos nas vivências de enfermeiros no cotidiano da atenção primária à saúde (APS) e	Os problemas éticos e bioéticos se relacionam à precariedade das condições do sistema e do atendimento, infraestrutura, ambiente e ambiência e relações em torno das relações usuário-família-	Integra a objetividade que normatiza as condutas éticas e bioéticas, e a subjetividade de enfermeiros(as) ao apontar questionamentos sobre sua segurança profissional perante

	seu impacto sobre a segurança do profissional.	equipe, equipe-equipe e equipe-gestão, impactando a segurança do profissional.	sentimentos, angústias e na- seios em sua prática cotidiana.
--	--	--	---

Ética profissional

Para análise e interpretação dos resultados, foram relacionados os artigos analisados com a literatura existente, previamente exposta neste trabalho.

Em primeira análise, entra em discussão a ética profissional do profissional de Enfermagem, seus direitos, deveres, regras e leis. O primeiro artigo analisado, de Barbosa *et al.* (2017), traz um debate sobre como o Código de Ética têm importância e influência na conduta do profissional de Enfermagem, tanto para sua própria segurança como para a dos pacientes. Com isso, Borges *et al.* (2017) também contribuem para a discussão sobre o Código de Ética, que, além de imprescindível aos registros de enfermagem, também estipula que eles são de responsabilidade e obrigação de toda a equipe de enfermagem, delegando aos enfermeiros a liderança dessas ações.

O trabalho de Caram (2018) visa compreender o processo de sofrimento moral de enfermeiros e os desafios éticos do profissional dentro da unidade de saúde. A autora afirma que o sofrimento moral afasta dos enfermeiros os ideais da profissão, levando-os ao abandono do ofício. Portanto, é necessário dispor de estratégias que envolvam os processos de formação e de educação permanente, uma vez que os mesmos são imprescindíveis para que os profissionais possam lidar com a dimensão ética que envolve o trabalho na saúde e serem capazes de desenvolver suas virtudes.

Mesmo com o Código de Ética regulamentando as ações dos profissionais, ainda são registradas denúncias e ocorrências éticas devido a atitudes falhas e às vezes mal-intencionadas dos agentes da saúde. Para Silva

et al. (2018), é fundamental que o profissional de enfermagem tome conhecimento sobre as regras e a legislação de sua profissão desde o início de sua formação, além de ser exposto a conteúdos teóricos e experiências práticas que conduzam à consolidação de uma atitude ética e segura para si e para outros.

Quando falamos em processos éticos na Enfermagem, sua finalidade é regular, averiguar e julgar a ação do profissional, imputando ou não a penalidade devida. Segundo os processos éticos instaurados pelo COREN/MS, percebe-se que a maioria das infrações éticas registradas poderia ser prevenida com preparo técnico e estimulando a atenção dos profissionais aos princípios éticos e bioéticos (SILVA *et al.*, 2020).

Por isso, os profissionais precisam unir suas habilidades técnicas aos valores éticos no ambiente hospitalar, com muita responsabilidade e acolhimento (FERRAZ *et al.*, 2021). Tal fato vai de encontro à pesquisa feita por Ramos *et al.* (2020), que demonstrou que a importância na utilização dos elementos para deliberação moral, sendo o elemento mais mencionado a experiência profissional (62,7%), seguida de princípios éticos e bioéticos (58,1%) e, por último, do código de ética e lei do exercício profissional (58%), comprovando que uma boa qualificação reduz as chances de erros.

Erros de medicação

A má administração de medicamentos é reflexo dessa negligência do agente de saúde, portanto, assim como afirma Mangilli *et al.* (2017), para a segurança do paciente em relação à administração de medicamentos faz-se necessária a capacitação contínua da equipe de

enfermagem e o desenvolvimento de programas de avaliação e prevenção de erros nas instituições hospitalares.

Santos *et al.* (2019) expõem essa problemática, pois denunciam as falhas cada vez mais recorrente tanto de prescrições médicas (por serem errôneas ou ilegíveis) quanto medicação incorreta. Assim, os autores recomendam que seja assegurada a monitoria dos riscos e a prevenção de danos, além do desenvolvimento de ferramentas e tecnologias para suporte à criação de sistemas seguros e o engajamento de todos os envolvidos.

Luz *et al.* (2019) acrescentam que a emergência das situações vivenciadas nas unidades de terapia intensiva (UTI) e nas UPA fazem com que os problemas éticos nesses locais aconteçam com mais frequência, além de serem mais explícitos. Como meio de diminuir esta problemática, Silva e Santana (2018, p. 152) apontam três estratégias para minimizar erros no processo de administração: “a melhora da comunicação, realização de educação continuada e o cumprimento de políticas e procedimentos referentes ao preparo e à administração de medicamentos”.

Os autores dos artigos em pauta expressaram suas opiniões acerca de soluções que visam diminuir tais erros médicos. Santos *et al.* (2019) ressaltam que, além de monitorar os riscos e prevenir que danos ocorram, é preciso desenvolver planos de ação, ferramentas e tecnologias para apoiar a criação de sistemas de segurança e que todo o pessoal relevante (profissionais de saúde, gestores, indústria farmacêutica) esteja envolvido.

Por outro lado, a segurança do profissional de saúde precisa ser assegurada, visto que, para que o paciente receba um atendimento adequado, o enfermeiro precisa se sentir em um ambiente estável. Dessa maneira, Silva *et al.* (2020) reforçam a implementação de medidas

para aumentar e promover terapias de relaxamentos, autocuidado e descanso mental, porque, a partir daí, poderá ser proporcionado um ambiente de trabalho agradável e harmonioso, permitindo que os enfermeiros desenvolvam com qualidade suas atividades diárias.

CONCLUSÃO

Diante das informações apresentadas, percebe-se que a formação e atuação do profissional de enfermagem devem ser baseada em princípios éticos, para auxiliar e reforçar a consciência ética, influenciando diretamente no comprometimento e responsabilidade do enfermeiro para com o paciente.

Com isso, a imperícia e a negligência no âmbito hospitalar, como má administração dos medicamentos, falha na observação e pouco cuidado com os processos de enfermagem, são reflexos da falta de uma educação continuada e permanente. Tendo em vista que estes processos, leis e normas da profissão se atualizam com frequência, é necessária uma postura atualizada do profissional, a fim de evitar problemas futuros tanto para ele como para o paciente e a organização hospitalar.

Desse modo, o preparo técnico e o ensino de ética no ambiente de trabalho para o acadêmico do curso de enfermagem devem ser reforçados cotidianamente, influenciando precisão e autonomia dos atos cometidos.

Conclui-se que é imprescindível que haja uma fiscalização rigorosa no ambiente hospitalar para que as normas reguladas pelos Conselhos Regional e Federal sejam obedecidas (sendo devidamente punidas quando infringidas), para que se tenha o mínimo de erros possíveis, oferecendo um ambiente saudável para profissionais e pacientes

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, L. Acreditação hospitalar: quais os principais requisitos a serem cumpridos. NEXTO, 19 mar. 2020. Disponível em: <https://nexxto.com/acreditacao-hospitalar-principais-requisitos/>. Acesso em: 13 out. 2021.
- BARBOSA, M.L. *et al.* Conhecimento de profissionais de enfermagem sobre o código de ética que rege a profissão. Revista Baiana de Enfermagem, v. 31, e21978, 2017.
- BORGES, F.F.D. *et al.* Importância das anotações de enfermagem segundo a equipe de enfermagem: implicações profissionais e institucionais. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, v. 7, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, 27 fev. 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html. Acesso em: 13 set. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.820, 13 ago. 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html. Acesso em: 13 out. 2021.
- CARAM, C.S. Processo de sofrimento moral de enfermeiros: desafios éticos na prática profissional no contexto hospitalar [tese]. Belo Horizonte: UFMG, 2018.
- CARVALHO, A.A. Qualidade de vida no ambiente hospitalar dos profissionais de enfermagem. Revista Amazônia: Science & Health, v. 8, p. 37, 2020.
- FACHIN, O. Fundamentos de metodologia: noções básicas em pesquisa científica. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2017.
- FERRAZ, C.M.L.C. *et al.* Moral sensitivity in the practice of family health strategy professionals. Rev Rene, v. 22, e60281, 2021.
- LUZ, K.R. *et al.* Deliberação moral de enfermeiros frente à ordem judicial. Revista de Enfermagem da UFSM, v. 9, p. 20, 2019.
- MANGILLI, D.C. *et al.* Atuação ética do enfermeiro frente aos erros de medicação. Enfermagem em Foco, v. 8, p. 62, 2017.
- RAMOS, F.R.S. *et al.* Associação entre sofrimento moral e elementos coadjuvantes da deliberação moral em enfermeiros. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 28, e3332, 2020.
- SANTOS, P.R.A. *et al.* Ações para segurança na prescrição, uso e administração de atendimento em unidades de pronto atendimento. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 40, e20180347, 2019.
- SILVA, A.L.N.V. *et al.* Relação entre tempo de exercício profissional e ocorrências éticas em enfermagem. Revista de Enfermagem da UERJ, v. 26, e23058, 2018.
- SILVA, A.L.N.V. *et al.* Caracterização de processos éticos instaurados contra profissionais de enfermagem. Enfermagem, v. 23, p. 3698, 2020a.
- SILVA, L.S. *et al.* Segurança do profissional e problemas éticos e bioéticos no cotidiano da atenção primária: vivências de enfermeiros. Revista Latinoamericana de Bioética, v. 20, p. 103, 2020b.
- SILVA, M.F.B. & SANTANA, J.S. Erros na administração de medicamentos pelos profissionais de enfermagem. Arquivos Catarinenses de Medicina, v. 47, p. 146, 2018.
- SOUSA, L.M.M. *et al.* A metodologia de revisão integrativa da literatura da literatura em enfermagem. Revista Investigação em Enfermagem, n. 21, p. 17, 2017.

Capítulo 20

TERAPIA NUTRICIONAL NA DEPRESSÃO E EM OUTRAS DOENÇAS CRÔNICAS ASSOCIADAS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA VOLTADA PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

JAQUELINE VASCONCELOS DA SILVA GUSMÃO¹
SANDRA PATRÍCIA DE OLIVEIRA VILAÇA²

1. *Discente – Curso de Nutrição da Faculdade Pernambucana de Saúde.*
2. *Discente – Nutricionista - Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e atenção Primária-NASF-AB.*

PALAVRAS-CHAVE

Depressão; Terapia nutricional; Atenção primária à saúde.



10.29327/565999.5-20

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é definida como o nível do sistema responsável por oferecer à população os cuidados necessários para seus problemas de saúde mais prevalentes, incluindo medidas preventivas, curativas, de reabilitação e promoção de saúde, com capacidade resolutiva para cerca de 80% destes problemas. É o primeiro nível de contato com o sistema que organiza o atendimento e os fluxos nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos, e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo (WENCESLAU & ORTEGA, 2015; OPAS, 2018).

Em 2008, a Portaria nº 154 criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que ampliaram o escopo e a resolutividade da rede de APS em relação a várias demandas, incluindo aquelas de saúde mental (BRASIL, 2008; WENCESLAU & ORTEGA, 2015). A relevância da APS no âmbito do cuidado em doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e da saúde mental se dá principalmente por sua proximidade com o território de vida dos usuários, seu vínculo contínuo com a comunidade, seu cuidado longitudinal, pela melhor gestão de doenças crônicas e condições de longa duração, por sua proximidade com diferentes recursos, organizações e dispositivos sociais comunitários para além do setor saúde e por ser pautada nos princípios da integralidade, interdisciplinaridade, intersetorialidade e territorialidade (PUPO *et al.*, 2020; GOUVEIA *et al.*, 2020).

A situação epidemiológica brasileira traz consigo uma epidemia oculta, a das doenças crônicas. Elas se iniciam e evoluem lentamente. Usualmente, apresentam múltiplas causas que variam no tempo, incluindo hereditariedade, exposição a fatores ambientais, além de fatores fisiológicos e estilos de vida. A crescente

incidência de DCNT se deve aos novos padrões comportamentais que promoveram a diminuição do hábito de cozinhar em casa, assim como o aumento de consumo de alimentos pré-preparados. Todas essas mudanças são acompanhadas pelo uso mais frequente de alimentos processados e de menor densidade nutricional, menor ingestão de frutas e vegetais fresco e maior consumo de açúcar e alimentos ricos em açúcar (MENDES 2012; MAHAM, 2020).

A promoção da saúde mental envolve ações para criar e manter condições de vida e ambientais que apoiem a saúde mental e permitam às pessoas adotar estilos de vida saudáveis. Há diferentes tipos de transtornos mentais, com apresentações distintas, dentre eles destacamos a depressão. A doença afeta mais mulheres do que homens e pode estar presente em diferentes faixas etárias (infância e adolescência, vida adulta e idosos). Na pior das hipóteses, a depressão pode levar ao suicídio (OPAS, 2016; OPAS, 2018; ASSUMPÇÃO, *et al.*, 2018).

O termo depressão, na linguagem corrente, tem sido empregado para designar tanto um estado afetivo normal (a tristeza), quanto um sintoma, uma síndrome e uma (ou várias) doença(s). Dependendo da intensidade dos sintomas, a depressão pode ser dividida em leve, moderada ou grave. Os principais sintomas que marcam o início da depressão são falta de vontade para realizar atividades que davam prazer, energia reduzida e cansaço constante. Estes sintomas surgem em baixa intensidade, mas pioram ao longo do tempo, causando sofrimento e incapacidade de trabalhar ou manter interações com outras pessoas, por exemplo (NAMI, 2017; ASSUMPÇÃO *et al.*, 2018; WHO, S.d.).

A relação entre depressão e doenças crônicas pode ser bidirecional: a depressão precipitando doenças crônicas e as doenças

crônicas exacerbando sintomas depressivos. As pessoas com depressão podem apresentar alterações biológicas com potencial de aumentar os riscos para doenças crônicas. Além disso, doentes crônicos podem apresentar limitações em sua vida diária o que aumenta as chances de terem depressão. Independentemente da direção em que se dá a associação entre depressão e doenças crônicas, a conjugação de ambas implica pior manejo dos agravos e pior desfecho (SILVA *et al.*, 2017; APA, 2014).

A depressão pode estar relacionada a uma dieta inflamatória, com inadequado consumo de alimentos ricos em açúcar, gorduras, pouca ingestão de frutas e vegetais, logo, um padrão de alimentação saudável com compostos bioativos pode ter um efeito protetor no tratamento dessas patologias (ANDRADE *et al.*, 2018).

A alimentação tem um papel essencial na vida do indivíduo, inclusive na prevenção de doenças. Destaca-se o papel da alimentação como fator de proteção - ou de risco - para ocorrência de grande parte das doenças e das causas de morte atuais. Considera-se que a inserção universal, sistemática e qualificada de ações de alimentação e nutrição na APS, integrada às demais ações já garantidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), poderá ter um importante impacto na saúde de pessoas, famílias e comunidades (RACINE *et al.*, 2015; FRANÇA *et al.*, 2017).

Diante do quadro depressivo, abordando os meios de tratamento comprovadamente eficazes no controle de sintomas, além dos medicamentos e acompanhamento psicológico, inclui-se também a terapia nutricional. A ingestão adequada de nutrientes auxilia não apenas no controle, mas na prevenção dos efeitos da doença, além de auxiliar também na eficácia de alguns medicamentos utilizados no tratamento, potencializando seu efeito. A alegria e a tristeza também têm sua origem bioquímica

e através da “Nutrição Inteligente” é possível dar uma “mãozinha”. Alguns alimentos fornecem nutrientes e substâncias que participam da produção dos neurotransmissores, mensageiros químicos que favorecem a comunicação entre as células do sistema nervoso (FRANÇA *et al.*, 2017; HOLANDA *et al.*, 2021).

O objetivo deste estudo foi destacar a importância da terapia nutricional em pacientes com depressão e outras doenças crônicas associadas no contexto da APS no SUS.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada no período de março de 2022 a maio de 2022. A busca por referencial teórico ocorreu nas bases de dados eletrônicas: SciELO, MEDLINE, Bireme, Lilacs e PUBMED, além de documentos governamentais, OPAS e livros.

Na busca de artigos foram empregados os descritores em Ciências da Saúde (DeCS) “Depressão”, “Doença Crônica”, “Terapia Nutricional” e “Atenção Primária à Saúde”. Foram considerados critérios de inclusão: trabalhos cujo método possuía em seu contexto a depressão e as doenças crônicas publicados entre os anos de 2015 a 2022. Não foram incluídos estudos publicados em outras línguas além de inglês e português e artigos com acesso restrito e estudos que não abordaram especificamente a temática. Após a aplicação dos critérios, foram selecionados 20 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define como DCNT as doenças cerebrovasculares, cardiovasculares, diabetes mellitus, doenças respiratórias obstrutivas (DPOC), asma e neoplasias que compartilham diversos fatores de risco (WHO, 2005). Os principais fatores de

risco comportamentais para o adoecimento por DCNT são: tabagismo, consumo de álcool, alimentação não saudável e inatividade física (MAHAM, 2020).

As doenças mentais causam diretamente incapacidade e pioram a qualidade de vida, com grande impacto também para os familiares. Entre elas, a mais prevalente é a depressão. São doenças que apresentam longos períodos de latência e curso prolongado, o que coloca grande desafio para a saúde pública (MAHAM, 2020). Em 2019, 54,7% dos óbitos registrados no Brasil foram causados por DCNT (BRASIL, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde, a depressão, conhecida como “mal do século”, é uma doença psíquica que afeta o emocional do indivíduo (BRASIL, S.d.). Pessoas que sofrem com distúrbios de depressão apresentam uma tristeza profunda, perda de interesse generalizado, falta de ânimo, de apetite, ausência de prazer e oscilações de humor que podem culminar em pensamentos suicidas. A associação entre depressão e doenças crônicas é muito frequente, levando à pior evolução tanto do quadro psiquiátrico como da doença clínica, com menor aderência às orientações terapêuticas, além de maior morbidade e mortalidade. A depressão muitas vezes é subdiagnosticada e subtratada, principalmente pela presença de sintomas depressivos, que também podem ocorrer em DCNT (PEREIRA, 2016; SILVA *et al.*, 2017; ARAÚJO *et al.*, 2020).

Estudos destacam que as DCNT acompanhadas de transtornos psiquiátricos em uma parcela relevante de pacientes tratados na atenção primária acabam mascarando os sintomas psiquiátricos e prejudicando o diagnóstico. Quando se trata de depressão, o mascaramento pode ser ainda mais proeminente, considerando-se que doenças somáticas crônicas são mais frequentes e com queixas mais exacerbadas, tornando os sintomas depressivos menos

aparentes. Também é importante destacar que comorbidades entre depressão e outras doenças somáticas crônicas trazem mais prejuízo ao estado de saúde das pessoas, o que aumenta o sofrimento e os custos financeiros e sociais (GONZÁLEZ *et al.*, 2016).

Atualmente acredita-se que a depressão é uma patologia de foro psiquiátrico multifatorial, com variação de sintomas e causas a cada organismo. Essa patologia está cada vez mais frequente entre a população, e, de acordo com a OMS, classifica-se em 4º lugar nas doenças que mais causam morbidade em âmbito global. No Brasil, 11,5 milhões de pessoas são atingidas pela doença sendo caracterizado como o país mais ansioso e estressado da América Latina. Enfatiza-se sua maior prevalência em pessoas do sexo feminino (OPAS, 2016).

São diversos os fatores ambientais e sociais capazes de desencadear crises depressivas e de ansiedade no indivíduo, como: condições financeiras, família e amigos de convívio, aparência corporal, entre outros. Considera-se também episódios isolados, normalmente muito marcantes, desencadeadores de transtornos mentais, como situações vividas principalmente na infância e na adolescência, e que apresentam consequências duradouras podendo provocar danos psicológicos por toda a vida do indivíduo (SILVA *et al.*, 2019; MAHAM, 2020).

A causa química da depressão se baseia na diminuição das aminas biogênicas cerebrais, dentre elas estão principalmente a serotonina, responsável pelo estado ansioso, obsessivo e pelas compulsões, a noradrenalina, responsável pela perda de energia e interesse pela vida, e a dopamina, que reduz atenção e motivação (YOGI *et al.*, 2018; ARAÚJO *et al.*, 2020).

Com base no Guia Alimentar da População Brasileira do Ministério da Saúde, a alimentação ideal e proveniente se dá pelo consumo adequado de alimentos, e não especificadamente

de nutrientes, pois a prática alimentar deve ser prazerosa e alegre, com significado social e cultural (BRASIL, 2014). É importante levar em consideração todos os aspectos alimentícios como gosto, cor, textura, forma e aroma, para assim moldar uma alimentação adequada, permitindo benefícios a indivíduos deprimidos. Assim, o ato de alimentar-se não deve ser visto apenas como mais um tratamento, mas sim como um novo estilo de vida, de modulação e construção de novos hábitos (BRASIL, 2014).

Através de pesquisas realizadas no Reino Unido e liberadas pelo especialista da University College London, revelou-se que a dieta à base de vegetais, peixes e nozes diminuiu em 33% as chances de uma pessoa desenvolver depressão. Montada através das bases alimentares da região do mar mediterrâneo deu-se o nome da dieta mediterrânea, na qual estão presentes alimentos ricos como peixe de água salgada, azeite de oliva, grãos integrais, verduras e oleaginosos. A dieta mediterrânea tem como objetivo promover a saúde através da alimentação, podendo esta ser utilizada em diferentes faixas etárias e sua utilização está associada a um menor risco de depressão (LASSALE *et al.*, 2019).

A ciência alerta que há alimentos que nos proporcionam bem-estar, como, por exemplo, os graxos ômega-3, encontrados em peixes, abóbora, semente de linhaça, soja e castanha. Também existem aqueles alimentos que nos deixam mais preguiçosos e propensos a depressão, como é o caso das frituras que, além de prejudicar o organismo, possui gorduras trans que são nocivas à saúde e causam tristezas. As gorduras saudáveis, encontradas no óleo de oliva ou nos peixes do mar, geram efeitos positivos no humor (MOCKING *et al.*, 2016; FRANÇA *et al.*, 2017; YANG *et al.*, 2018).

Quando a alimentação é feita de forma inadequada, com alto consumo de alimentos industrializados e pouco alimentos *in natura*,

além do uso excessivo de antibióticos e laxantes, é causada uma desordem na função intestinal do indivíduo, levando a um quadro chamado disbiose (FRANÇA *et al.*, 2017; PEREIRA & GOUVEIA, 2019).

O funcionamento do intestino está fortemente ligado à presença de transtornos mentais. Um dos distúrbios intestinais mais observados em pacientes que sofrem de depressão é a disbiose, um distúrbio que altera a microbiota intestinal, fazendo com que a predominância de bactérias maléficas seja maior que a de bactérias benéficas (YANG *et al.*, 2018; PEREIRA & GOUVEIA, 2019).

O crescimento excessivo de bactérias patogênicas não só desequilibra o funcionamento do intestino, como também afeta o estado de humor e bem-estar do indivíduo. Isso ocorre por que a produção de serotonina fica reduzida, dificultando assim a absorção de nutrientes encarregados pela síntese desse neurotransmissor (YANG *et al.*, 2018; PEREIRA & GOUVEIA, 2019).

A deficiência ou carência de nutrientes devido a distúrbios da microbiota geram a redução de serotonina no organismo, o que consequentemente afeta o funcionamento ideal do sistema nervoso central (SNC), levando assim a episódios depressivos. Portanto, prezar pelo sistema gastrointestinal adquirindo hábitos de vida saudável, a partir da inclusão de alimentos naturais como frutas, legumes, verduras, fontes de fibras e alimentos probióticos nas refeições beneficiam a saúde e o bem-estar físico e emocional do paciente, evitando quadros de disbiose e desassociando-a de sintomas conjuntos a transtornos depressivos (SARAIVA *et al.*, 2019; PEREIRA & GOUVEIA, 2019).

Diversos estudos têm buscado avaliar a relação entre alimentação e saúde mental. A alimentação tem um papel essencial na vida do

indivíduo e na prevenção de doenças. De fato, padrões alimentares saudáveis implicam na prevenção da depressão, assim como sintomas depressivos podem ser influenciados por hábitos alimentares e comportamentais relacionados com o seu estilo de vida. Alguns nutrientes são citados por estarem envolvidos com a fisiopatologia da doença tais como vitaminas do complexo B, vitamina D, aminoácido triptofano, minerais magnésio e zinco e ácidos graxos, ômega 3 e 6 (APPLETON *et al.*, 2015; YANG *et al.*, 2018; ARAÚJO *et al.*, 2020).

A intervenção nutricional associada a depressão é vista como um tratamento alternativo complementar, além de ser livre de efeitos colaterais, diferentemente de intervenções farmacológicas. Com atenção e busca pela alimentação saudável, com foco no tratamento e controle a depressão associada a doenças crônicas, o indivíduo pode obter um melhor estilo de vida, melhorando também toda sua rotina, auxiliar a manutenção de peso caso necessário, e proporcionar maior disposição à realização de atividades diárias, algo que pacientes deprimidos sentem grande dificuldade (ANDRADE *et al.*, 2018; HOLANDA *et al.*, 2021).

Estudos têm demonstrado a relação entre a incidência de transtornos depressivos e a deficiência de vitaminas do complexo B, com enfoque principalmente à vitamina B6 (piridoxina), vitamina B9 (ácido fólico) e vitamina B12 (cobalamina). Esses nutrientes associam-se a sintomas depressivos, pois possuem importante participação no metabolismo envolvido na síntese de neurotransmissores do SNC. A exemplo de alimentos ricos nessas vitaminas, estão principalmente as fontes de proteínas animais como carne bovina, suínos, peixes, aves e ovos. Além disso, também estão presentes nas leguminosas, hortaliças e frutas (ANDRADE *et al.*, 2018; HOLANDA *et al.*, 2021).

Além das vitaminas do complexo B, há também a atuação da vitamina D (colecalciferol) no transtorno depressivo. Essa vitamina em especial é produzida na pele, principalmente através da exposição ao sol, mas também pode ser adquirida em menores quantidades pela ingestão de alimentos como peixes, gema de ovo e óleo de fígado de bacalhau, além da suplementação. Essa vitamina em sua forma ativa, já metabolizada pelo fígado e convertida nos rins, denominada calcitriol, é capaz de estimular a expressão de genes da enzima tirosina hidroxilase, a qual é de grande importância na produção de noradrenalina. Assim, entende-se que o calcitriol atua no SNC aumentando a disponibilidade de neurotransmissores noradrenalina (MAHAM, 2020).

Os níveis cerebrais de serotonina são dependentes da ingestão de alimentos fontes de triptofano, que atua como precursor direto de serotonina, pois entra no cérebro e é modificado por um processo de duas etapas, inicialmente convertendo-se em 5-hidroxitriptofano pela enzima triptofano hidroxilase, e, logo depois, é descarboxilada por outra enzima, resultando na formação de serotonina. Como exemplo de alimentos ricos nesse nutriente há banana, peixes, laticínios, grão de bico, mel, entre outros (MAHAM, 2020; HOLANDA, *et al.*, 2021).

O magnésio (Mg^{2+}) está também envolvido na regulação dos níveis de serotonina. Normalmente, é ingerido em quantidades inadequadas, principalmente em dietas de pacientes depressivos, devido a escolhas alimentares pobres desse mineral. A exemplo de alimentos in natura ricos em magnésio: banana, abacate, beterraba, quiabo, amêndoas, nozes e castanhas, os quais podem ser implementados na dieta de forma simples, em quaisquer refeições do dia. Além disso, o magnésio participa do metabolismo energético, formando a adenosina trifosfato (ATP), e também atua na regulação de

ionização do cérebro. Boa parte das enzimas do organismo humano são dependentes de magnésio, incluindo as enzimas cerebrais, portanto, quando os neurônios se impossibilitam de gerar energia necessária para ionização adequada, ocorre desequilíbrio, podendo gerar danos aos neurônios, levando ao conhecido quadro depressivo (ANDRADE *et al.*, 2018; ARAÚJO *et al.*, 2020).

Outro mineral importante é o zinco, um mineral essencial encontrado em ostras, carnes (principalmente vermelha), fígado, ovo, oleaginosas, gergelim, alguns cereais e leite e derivados. No organismo humano, cerca de 1,5% do zinco está armazenado no encéfalo, estando presente na forma iônica (Zn²⁺). Cerca de 90% do zinco dentro do SNC está estocado nas metaloproteínas e os outros 10% são considerados zinco histoquimicamente reativo, que engloba o zinco livre e o zinco presente em vesículas de neurônios pré-sinápticos, especialmente em vesículas que contêm glutamato. Vale destacar que a homeostase encefálica do zinco é afetada por dieta deficiente em zinco, evidenciando a importância da ingestão adequada desse mineral para que ele consiga exercer suas funções no SNC. Vale mencionar que no hipocampo de vítimas de suicídio já foi demonstrada uma diminuição na potência do zinco em agir como antagonista do receptor N-metil D-Aspartato (NMDA), podendo contribuir para uma hiperatividade desse receptor (MANOSSO, 2019).

Os estudos clínicos vêm mostrando que os ácidos graxos ômega-3, além de proteger o coração e as artérias, auxiliar na redução do colesterol, manter estáveis os níveis da pressão arterial e fortalecer o sistema imunológico, podem ainda auxiliar nos tratamentos contra depressão (MOCKING *et al.*, 2016; MAHAM, 2020).

Os ácidos graxos ômega-3 e ômega 6, poli-insaturados essenciais que não são produzidos pelo organismo, são provenientes apenas a partir do consumo alimentar, o que normalmente facilita sua carência no organismo. Esses nutrientes são importantes para a constituição da membrana celular e se fazem presentes no cérebro e retina, atuando na membrana neuronal em locais de sinapse, e no córtex cerebral. Além da atuação nas células cerebrais, o ômega 3, em equilíbrio com ômega 6 e ômega 9, é precursor de eicosanoides mediadores inflamatórios lipossolúveis, ácido eicosapentaenoico (EPA) e ácido docosaexaenoico (DHA). A função nutricional, estrutural e reguladora destes ácidos graxos poli-insaturados tem impacto significativo nas funções fisiológicas do organismo. A exemplo de alimentos fonte desses nutrientes estão: peixes de água fria, como salmão, arenque, cavala, sardinha e atum, além de carnes e óleos de soja e girassol (APPLETON *et al.*, 2015; MOCKING *et al.*, 2016; MAHAM, 2020).

CONCLUSÃO

A terapia nutricional em pacientes com depressão e outras DCNT é um tratamento alternativo complementar, devendo ser associada a outros métodos que, em conjunto, atuem na melhoria do quadro do paciente. Dentre os principais nutrientes associado a essa terapia, observa-se vitaminas do complexo B e vitamina D, minerais magnésio e zinco, ácidos graxos ômega 3 e ômega 6, além de alimentos fontes de triptofano.

Quanto à alimentação relacionada a depressão, entende-se que um organismo em equilíbrio de nutrientes é menos suscetível a desenvolver transtornos mentais. A ingestão regular e em quantidade adequada de alguns nutrientes pode contribuir para a redução de processos neurodegeneração, sendo capaz de fornecer proteção

oxidativa e estimulando a sobrevivência dos neurônios.

No cenário da APS a atenção nutricional pressupõe ações diversificadas tanto para indivíduos como para as famílias e comunidades, gerando impacto positivo no perfil epidemiológico da população.

A assistência voltada para o protagonismo do paciente, na corresponsabilização, na redução da medicalização e no apoio, faz com que ele possa compreender seus problemas de saúde e a im-

portância de algumas condutas. Percebe-se que a saúde mental, em especial a depressão, não se restringe apenas a minimizar os riscos de internações, suicídios e controlar os sintomas, o cuidado envolve também questões pessoais, sociais, emocionais e financeiras.

A comida tem impacto em nosso cérebro e na incidência de distúrbios neurológicos e psiquiátricos e pode ser um poderoso coadjuvante na saúde populacional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ANDRADE, E.A.F. *et al.* L-Triptofano, ômega 3, magnésio e vitaminas do complexo B na diminuição dos sintomas de ansiedade. Id on line: Revista Multidisciplinar e de Psicologia, v. 12, 2018.
- APPLETON, K.M. *et al.* Omega-3 fatty acids for depression in adults. Cochrane Library, v. 11, 2015.
- ARAÚJO, A.S.F. *et al.* Avaliação do consumo alimentar em pacientes com diagnóstico de depressão e/ou ansiedade. Revista Referencias em Saúde da Faculdade Estácio de Sá de Goiás, v. 3, p. 18, 2020.
- ASSUMPCÃO, G.L.S. *et al.* Depressão e suicídio: uma correlação. Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas, v. 3, p. 312, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Depressão: causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção. Ministério da Saúde, S.d. Disponível em: <http://saude.gov.br/saude-de-a-z/depressao>. Acesso em: 02 abr. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- FRANÇA, F.C.O. *et al.* Mudanças dos hábitos alimentares provocados pela industrialização e o impacto sobre a saúde do brasileiro. Revista Brasileira de Nutrição, 2017.
- GONZÁLEZ, A.C.T. *et al.* Transtornos depressivos e algumas comorbidades em idosos: um estudo de base populacional. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 19, p. 95, 2016.
- GOUVEIA, A. *et al.* Detecção precoce dos sintomas depressivos pela equipe de saúde na atenção básica na região norte do país: revisão de literatura. Brazilian Journal of Development, v. 6, p. 38093, 2020.
- HOLANDA, A.P.M. *et al.* A importância de elementos nutricionais no transtorno de ansiedade e depressão. European Academic Research, v. 9, 2021.
- LASSALE, C. *et al.* Healthy dietary indices and risk of depressive outcomes: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Molecular Psychiatry, v. 24, p. 965, 2019.
- MAHAM, L.K. Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia. 14. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2020.
- MANOSSO, L.M. O papel do Zinco no transtorno depressivo maior. Revista Brasileira De Nutrição Funcional, v. 43, 2019.
- MENDES, E.V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- MOCKING, R.J.T. *et al.* Meta-analysis and meta-regression of omega-3 polyunsaturated fatty acid supplementation for major depressive disorder. Translational Psychiatry, v. 6, e756, 2016.
- NATIONAL ALLIANCE ON MENTAL ILLNESS – NAMI. Depression. Nami, 2017. Disponível em: <https://www.nami.org/About-Mental-Illness/Mental-Health-Conditions/Depression>. Acesso em: 05 abr. 2022.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. OPAS/OMS apoia governos no objetivo de fortalecer e promover a saúde mental da população. Brasília, DF, 2016.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. Transtornos mentais: determinantes sociais e riscos para a saúde, doenças crônicas não transmissíveis e saúde mental. Brasília, 2018.
- PEREIRA, J.G.P.M. Depressão na infância e na adolescência: revisão na literatura [dissertação] Porto: Universidade do Porto, 2016.
- PEREIRA, M. & GOUVEIA, F. Modulação intestinal: fundamentos e estratégias práticas. Brasília: Trato, 2019.
- PUPPO, L.R. *et al.* Saúde mental na atenção básica: identificação e organização do cuidado no estado de São Paulo. Revista Saúde em Debate v. 44, 2020.
- RACINE, E. *et al.* O papel do nutricionista na atenção primária à saúde. 3. ed. Brasília: Conselho Federal de Nutricionistas, 2015.
- SARAIVA, F.R.S. *et al.* Depressão e disbiose. Revista Nutrição Brasil, v. 18, p. 175, 2019.
- SILVA, G.A.C. *et al.* Causas de depressão em crianças e adolescentes. Revista de Educação em Saúde, v. 7, p. 189, 2019.
- SILVA, A.R. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 66, p. 45, 2017.
- YANG, Y. *et al.* Fish consumption and risk of depression: epidemiological evidence from prospective studies. Asia-Pacific Psychiatry, v. 10, e12335, 2018.
- YOGI, C. *et al.* Alimentação, depressão e ansiedade: entenda a relação. Alfenas: Universidade Federal de Alfenas, 2018.
- WENCESLAU, L.D. & ORTEGA, F. Saúde mental na atenção primária e saúde mental global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. Interface, v. 19, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO.
Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva;
WHO, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO.
Depression. World Health Organization, S.d. Disponível
em: [https://www.who.int/health-topics/depression#tab=ta
b_1](https://www.who.int/health-topics/depression#tab=tab_1). Acesso em: 05 abr. 2022.

Capítulo 21

ANÁLISE DO IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA

AMANDA SILVA ALVES¹
ANA CRISTINA URCINO DA SILVA¹
LETÍCIA AGNELO SANTOS¹
NATHÁLIA ELISA GONÇALVES NEVES¹
SARAH MENDES DIAS¹
VIVIANE CRISTINA ULIANA PETERLE²

1. *Discente – Medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde.*
2. *Docente – Medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde. Secretaria de Estado e Saúde do DF.*

PALAVRAS-CHAVE

Residência médica; Covid-19; Pandemia.



INTRODUÇÃO

No Brasil, os programas de residência médica (PRM) iniciaram na década de 1940, mais precisamente em 1944, sendo os primeiros programas nas áreas de Cirurgia, Clínica Médica e Ortopedia, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Uma revisão do assunto mostra que até a década de 1960 os PRM se concentravam nos hospitais universitários (BRASIL, 2011).

Através do Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) foi instituída como estrutura colegiada. Em 2011, através do Decreto nº 7.562, foram dispostas a composição e a competência da CNRM, suas atribuições sobre o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação das instituições que ofertam residência médica e de seus respectivos programas (BRASIL, 2011).

O funcionamento de instituições e a oferta de PRM dependem de atos autorizativos da CNRM, nos termos do Decreto nº 7.562. São modalidades de atos autorizativos: I - quanto ao funcionamento de instituições para oferta de residência médica: a) de credenciamento de instituições; e b) de reconhecimentos de instituições; e II - quanto ao funcionamento de programas de residência médica: a) de autorização de programas (Credenciamento Provisório); b) de reconhecimento de programas (Credenciamento de 5 anos) e c) de renovação de reconhecimento de programas (Recredenciamento). Podem ainda ser avaliados: Renovação de Reconhecimento e Aumento de Vagas ou apenas Aumento de Vagas (BRASIL, 2011, art. 15).

Além disso, constatado indícios de irregularidade na condução dos PRM, a CNRM poderá adotar medidas administrativas cabíveis: I - desativação do programa; ou II - descreden-

ciamento da instituição. Além destas, o funcionamento de instituições ou a oferta de programas sem o devido ato autorizativo configura irregularidade administrativa, sendo vedada a admissão de novos residentes pelas instituições na inexistência de quaisquer dos atos autorizativos (BRASIL, 2011).

Esses atos seguem um rigoroso fluxo processual estabelecido e coordenado pela Coordenação Geral de Residências em Saúde do Ministério da Educação, que inicia com o pleito de instituições e programas, passando por avaliações documentais *in loco* por avaliadores da CNRM, análise pela Câmara Técnica Processual e, por fim, deliberação pela Plenária da CNRM.

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou ao mundo que a infecção pelo novo coronavírus SARS-CoV-2, já declarada uma emergência de saúde pública de importância internacional, alcançava o status de pandemia, o que obrigou uma reorganização dos serviços de saúde para atendimento à população, modificando, na sequência, os cenários de prática para execução dos PRM no Brasil (WHO, 2020).

A situação inesperada de um contexto de pandemia, em uma proporção nunca vista antes, fez a CNRM publicar recomendações quanto ao desenvolvimento das atividades dos PRM durante o enfrentamento à pandemia de Covid-19.

As Comissões Estaduais de Residência Médica (CEREM) e as Comissões de Residência Médica (COREME), instâncias auxiliares da Comissão Nacional de Residência Médica nos estados e nas instituições credenciadas, foram as primeiras a serem desafiadas a exercer seu protagonismo, a fim de promover a integração e colaboração do seu corpo de supervisores, preceptores e residentes para um ordenamento das atribuições.

A fim de analisar o impacto do novo coronavírus nos programas de especialização e como ocorreu a inter-relação entre a Covid-19 e residência médica ao longo do primeiro ano de pandemia, esse estudo buscou identificar, através da análise dos atos autorizativos, o funcionamento da regulação das residências médicas no país.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, de base populacional, em série temporal, exploratório e retrospectivo.

Os dados foram extraídos das publicações de extratos dos atos autorizativos da CNRM, de domínio público, publicados mensalmente e disponíveis no Portal eletrônico do Ministério da Educação (MEC) e do Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica (SISCNRM), no domínio www.siscnrm.mec.gov.br, no período de fevereiro de 2020 a fevereiro de 2021.

As COREME e as CEREM remetem às informações locais das atividades e avaliações dos PRM para a CNRM, por meio da

Coordenação Geral de Residências em Saúde (CGRS) do Ministério da Educação, que, através de fluxos processuais estabelecidos, é a encarregada por gerenciar os processos a serem analisados e deliberados pela Plenária da CNRM.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o período analisado (fevereiro de 2020 a fevereiro de 2021) foram analisados 997 atos autorizativos pela CNRM.

Das modalidades de atos autorizativos, em um ano, a plenária da CNRM analisou 426 (42%) processos de autorização de programas (Credenciamento Provisório); 185 (18,55%) de reconhecimento de programas (Credenciamento de 5 anos) e 249 (24,97%) de renovação de reconhecimento de programas (Recredenciamento) e 137 (13,74%) processos de Aumento de Vagas.

O quantitativo de atos autorizativos por estado, em um ano, está descrito na **Tabela 21.1**.

Tabela 21.1. Quantitativo de atos autorizativos por estado (fev. 2020–fev. 2021)

Estados	Credenciamento provisório	Aumento do número de vagas	Credenciamento de 5 anos	Recredenciamento
Acre (AC)	2	0	5	7
Alagoas (AL)	3	1	3	1
Amapá (AP)	0	0	0	0
Amazonas (AM)	5	1	3	4
Bahia (BA)	37	8	3	19
Ceará (CE)	28	14	2	16
Distrito Federal (DF)	17	5	21	24
Espírito Santo (ES)	6	1	10	5
Goiás (GO)	9	3	5	11
Maranhão (MA)	5	2	3	7
Minas Gerais (MG)	47	11	13	14
Mato Grosso do Sul (MS)	7	1	5	0
Mato Grosso (MT)	7	2	3	4
Pará (PA)	3	0	2	0
Paraíba (PB)	6	3	1	1

Paraná (PR)	92	18	51	48
Pernambuco (PE)	2	2	8	5
Piauí (PI)	10	0	2	0
Rio de Janeiro (RJ)	24	7	3	24
Rio Grande do Norte (RN)	1	0	0	0
Rio Grande do Sul (RS)	35	28	27	45
Rondônia (RO)	0	0	0	1
Roraima (RR)	0	0	0	0
Santa Catarina (SC)	8	11	9	9
São Paulo (SP)	67	19	6	4
Sergipe (SE)	4	0	0	0
Tocantins (TO)	1	0	0	0
Total	426	137	185	249

Fonte: BRASIL, S.d.

Em um ano de pandemia, o número de processos solicitados foi de 563 atos, incluindo credenciamento provisório e aumento do número de vagas. Os estados que mais apresentaram processos para aumento de vagas foram: Paraná: 110, São Paulo: 86, Rio Grande do Sul:

63, Minas Gerais: 58, Bahia: 45 e Ceará: 42, seguido pelos demais.

O quantitativo de atos com solicitação de novas vagas, por estado, em um ano, em relação ao credenciamento provisório e aumento de vagas ao total, está descrito na **Tabela 21.2**.

Tabela 21.2. Quantitativo de atos com solicitação de novas vagas, por estado (fev. 2020–fev. 2021)

Estados	Número de vagas ao total em um ano
AC	2
AL	4
AM	6
BA	45
CE	42
DF	22
ES	7
GO	12
MA	7
MG	58
MS	8
MT	9
PA	3
PB	9
PE	4
PI	10
PR	110
RJ	31
RN	1
RS	63
SC	19
SE	4
SP	86
TO	1
TOTAL	563

Fonte: BRASIL, S.d.

Em relação às desconformidades dos PRM em relação aos atos autorizativos que levaram a modalidades de supervisão dos PRM, em um ano, a Câmara Técnica, após análise, recomendou como desfavorável 10 (16,94%) processos em relação a ambos os atos autorizativos solicitados pelas instituições. Além disso, foram deliberados atos favoráveis, contudo com

Supervisão (na modalidade Exigência) 41 (87,23%) processos e Favorável com Supervisão (na modalidade Diligência) 8 (66,66%) processos.

O quantitativo de vagas, em PRM, por especialidade médica e ordem de credenciamento de vagas, em um ano, estão descritos na **Tabela 21.3.**

Tabela 21.3. Quantitativo de vagas, por especialidade médica (fev. 2020–fev. 2021)

Programa de residência médica	Aumento do número de vagas	Credenciamento provisório	TOTAL
Medicina De Família E Comunidade	256	176	432
Clínica Médica	240	165	405
Anestesiologia	141	80	221
Medicina Intensiva	14	200	214
Pediatria	12	165	177
Ginecologia e Obstetrícia	66	96	162
Neurologia	33	109	142
Ortopedia e Traumatologia	63	56	119
Psiquiatria	72	39	111
Cardiologia	6	87	93
Oftalmologia	45	47	92
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	27	45	72
Medicina de Emergência	0	72	72
Cirurgia Cardiovascular	20	45	65
Neonatologia	30	26	56
Cirurgia Geral	0	51	51
Nefrologia	20	24	44
Medicina Intensiva Pediátrica	22	18	40
Oncologia Clínica	6	30	36
Geriatria	16	18	34
Dermatologia	24	6	30
Urologia	12	18	30
Cirurgia Oncológica	6	24	30
Cirurgia Vascular	8	20	28
Endocrinologia E Metabologia	4	16	20
Gastroenterologia	10	8	18
Otorrinolaringologia	0	16	16
Radioterapia	0	16	16
Neurocirurgia	0	15	15
Hematologia e Hemoterapia	4	10	14
Pneumologia	4	8	12
Gastroenterologia Pediátrica	8	2	10
Reumatologia	8	2	10
Cirurgia do Aparelho Digestivo	0	10	10
Programa de pré-requisito em área de Cirurgia Básica	0	10	10
Cirurgia Torácica	2	7	9
Medicina Nuclear	0	9	9
Cirurgia Pediátrica	0	9	9
Pneumologia Pediátrica	0	8	8
Endocrinologia Pediátrica	8	0	8

Emergência Pediátrica	3	3	6
Medicina Física e Reabilitação	0	6	6
Coloproctologia	0	6	6
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	0	6	6
Patologia	0	6	6
Medicina Esportiva	0	6	6
Medicina Paliativa	5	0	5
Administração Em Saúde	0	5	5
Acupuntura	4	0	4
Neurologia Pediátrica	0	4	4
Neurofisiologia Clínica	0	4	4
Atendimento ao Queimado	0	4	4
Cardiologia Pediátrica	0	4	4
Endoscopia	0	4	4
Hemodinâmica e Cardiologia intervencionista	0	4	4
Hepatologia	0	4	4
Endoscopia Ginecológica	0	4	4
Infectologia	0	3	3
Cirurgia Bariátrica	0	3	3
Cirurgia Plástica	0	3	3
Cirurgia Do Trauma	2	1	3
Transplante De Coração - Cardiologia	2	0	2
Mastologia	2	0	2
Nutrologia Pediátrica	0	2	2
Psicogeriatría	0	2	2
Reprodução Assistida	0	2	2
Alergia E Imunologia	0	2	2
Reumatologia Pediátrica	0	2	2
Psiquiatria Forense	0	2	2
Neurorradiologia	0	2	2
Ecografia Vascular com Doppler	0	2	2
Angiorradiologia E Cirurgia Endovascular	0	1	1
Medicina Do Sono	0	1	1
Total de vagas autorizadas			3002

Fonte: BRASIL, S.d.

A situação epidemiológica da pandemia de Covid-19 demanda serviços especializados de saúde: ventiladores, unidades de tratamento intensivo (UTI), leitos hospitalares, recursos diagnósticos e terapêuticos. Diante dessa situação, há uma insuficiência em suprir de forma rápida e efetiva as necessidades dessa demanda de grandes proporções (BRASIL, 2020).

Logo, ocorreram mudanças quanto ao funcionamento das atividades dos PRM. Destaca-se que os locais onde alguns PRM estavam alocados foram modificados. Dessa forma, a maioria das práticas foram remanejadas

para os setores de emergência e de internação (BRASIL, 2020). Em nota emitida pela CNRM, a flexibilização do planejamento de estágios, antes executados em etapas anuais ou rodízios, foi adequada para as condições sanitárias atuais do país.

Para verificar e fiscalizar a adequação dos serviços, a CNRM deliberou sobre a importância do monitoramento contínuo das CEREM e COREME e das instituições/gestores quanto à avaliação de disponibilidade de recursos, equipamentos de proteção individual (EPI),

possibilidade de prestação de serviços e de conclusão dos PRM (BRASIL, 2020).

Contudo, mesmo com o novo cenário, a estrutura de condução dos PRM não foi alterada, bem como o trabalho executado pelo colegiado da CNRM e instâncias auxiliares, Comissões Estaduais e Câmaras Técnicas. Sendo assim, as instituições solicitaram o credenciamento de 3002 vagas distribuídas por especialidades e áreas de atuação.

Verificou-se que o maior número de processos relacionados ao aumento do número de vagas encontra-se no Paraná. Questiona-se a relação com o coeficiente de incidência da doença no estado, no impacto nas atividades práticas, e a quantidade de horas destinadas ao atendimento de pacientes com Covid-19, como a causa para o maior credenciamento.

Em relação às especialidades que solicitaram credenciamento, o programa de Medicina de Família e Comunidade, que é executada em sua maioria em cenários de menor complexidade em saúde, foi a mais demandado. No entanto, há de se verificar as condicionalidades ainda atreladas aos processos de expansão de vagas dos cursos de graduação autorizados.

Por sua vez, especialidades relacionadas à pandemia, como Clínica médica, Anestesiologia e Medicina Intensiva foram os programas que mais expandiram vagas. Dessa forma, a CNRM cumpre o disposto em decreto referente à regulação de vagas em cumprimento de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

CONCLUSÃO

Portanto, considerando a atribuição da CNRM de estabelecer as condições de funcionamento das instituições e dos PRM como aptas para a formação, é necessária uma análise detalhada do contexto epidêmico em cada localidade, bem como do impacto da pandemia nos PRM, avaliando os recursos disponíveis para a formação de médicos especialistas.

São desafios colocados a todos os atores envolvidos no processo frente a novas necessidades em saúde, projeções do quantitativo e qualitativo de novas vagas, avaliando a necessidade de médicos especialistas, indicada pelo perfil socioepidemiológico da população, bem como seguir colaborando com a atenção à saúde local no enfrentamento à pandemia.

A busca de evidências para tomada de decisão desponta como ferramenta necessária para um adequado planejamento. Entretanto, no caso da residência médica, cabe ressaltar que essa busca precisa ser inclusiva, reflexiva, regionalizada e contextualizada, aliando a experiência dos serviços, as habilidades e competências dos professores/preceptores no processo técnico-educacional de formação, o envolvimento e orientação das COREME e CEREM, o compromisso e dedicação dos médicos residentes, e o apoio dos gestores, tanto no financiamento do processo, como na valorização das iniciativas da Comissão Nacional de coordenar esse modelo de formação profissional de excelência em saúde do país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 06 set. 1977.

BRASIL. Decreto nº 7.562, de 15 de setembro de 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Residência Médica e o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições que ofertam residência médica e de programas de residência médica. Diário Oficial da União, 16 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Educação. Recomendações quanto ao desenvolvimento das atividades dos Programas

de Residência Médica (PRMs) durante enfrentamento à pandemia por COVID-19. Brasília, 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Legislação específica: Súmulas e Extratos dos atos autorizativos. Ministério da Educação, S.d. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20788. Acesso em: 25 jun 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020. Disponível em: <https://www.who.int/>. Acesso em: 04 abr. 2021.

Capítulo 22

CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS COM PÉ DIABÉTICO

CAMILLA JULIANNE LOUREIRO DE OLIVEIRA ANDRADE¹
NELSON JORGE DE CARVALHO BATISTA²

1. *Discente – Bacharelado em Enfermagem do Centro Universitário Santo Agostinho.*
2. *Docente – Bacharelado em Enfermagem do Centro Universitário Santo Agostinho.*

PALAVRAS-CHAVE

Cuidados de enfermagem; Enfermagem; Pé diabético.



10.29327/565999.5-22

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) é um distúrbio do sistema metabólico que causa hiperglicemia, pois o pâncreas não produz quantidade suficiente de insulina para regular a glicose presente no organismo, prejudicando também o metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, que por sua vez também produzem glicose. O distúrbio pode ser classificado em DM tipo 1, que geralmente crianças e adolescentes, tipo 2, que geralmente acomete pessoas acima dos 30 anos, e diabetes gestacional que acomete mulheres durante a gravidez (MARASCHIN *et al.*, 2010).

Em todo o mundo, ao menos 463 milhões de pessoas entre 20 e 79 anos convivem com DM e ao menos 1,1 milhão de crianças e adolescentes entre 0 e 19 anos convivem com o DM tipo 1. No Brasil, o número de pessoas que convive com DM é alarmante: em torno de 16,9 milhões pessoas entre 0 e 79 anos, sendo que esse número pode chegar a mais de 22 milhões até 2030 (BVS, 2019).

Pé diabético é um termo que engloba as doenças e alterações que frequentemente surgem nos pacientes portadores de DM. Se não reconhecido e tratado a tempo, pode evoluir para complicações graves, provocando desde a formação de úlceras profundas e extensas, até a necessidade de amputação do pé. Os problemas que aparecem na perna e particularmente no pé dos diabéticos configuram um constante desafio. As alterações anatomopatológicas da DM são numerosas, acometem o corpo como um todo e de várias formas, principalmente no período avançado da moléstia e na região de transição da perna ao tornozelo e no pé propriamente dito (SILVA FILHO *et al.*, 2019).

Na equipe multidisciplinar o enfermeiro é o responsável por fazer a avaliação dos pés do paciente com pé diabético e em caso de ulcerações e/ou feridas. O enfermeiro é

responsável por curativos e condutas com o paciente, portanto é necessário conhecimento técnico-científico para que essas condutas possam promover bem-estar geral ao paciente (HORTA, 2015). O enfermeiro deve primeiramente avaliar e classificar a lesão de acordo com os dados coletados na anamnese, sinais e sintomas e no exame clínico dos pés do paciente. A partir daí o enfermeiro vai realizar o diagnóstico clínico da lesão, para então traçar um plano de cuidados e de condutas que serão utilizadas no tratamento.

A consulta de enfermagem é de fundamental importância, sendo uma forma essencial para desenvolver, junto com a equipe multidisciplinar, ações e atividades de prevenção ao pé diabético. A medida mais importante a ser tomada para que haja sucesso no tratamento dos pacientes com pé diabético é o controle do nível glicêmico. A partir desse controle o enfermeiro conseguirá obter êxito no tratamento, pois a eliminação da infecção e cicatrização das lesões serão mais rápidas (SBI, 2010).

Para os pacientes que já tiveram o diagnóstico, intervenções e condutas que visam a melhora das lesões e assistência no pré e pós-operatório. O enfermeiro é de suma importância neste contexto, pois é ele quem irá cuidar e realizar os curativos; auxiliar no controle do indicio glicêmico, principalmente no pós-cirúrgico, visto que se o índice glicêmico permanecer elevado a cicatrização poderá levar mais tempo; e dar apoio psicológico para o paciente, se houver necessidade reabilitação para os que tiveram que realizar a amputação (HIROTA *et al.*, 2008).

Amputações em pacientes com pé diabético são muito frequentes, principalmente em pessoas com um poder aquisitivo menor. O enfermeiro cuida diretamente das feridas destes pacientes quando em internação ou ambiente hospitalar, devendo ter um conhecimento mais

abrangente de como os cuidados de enfermagem podem melhorar ou reverter um quadro de pacientes com pé diabético (HORTA, 2015).

Assim, o presente artigo identificou as causas que levam um paciente a ter pé diabético, analisou as evidências científicas acerca dos cuidados ao paciente com o pé diabético, como os cuidados de enfermagem corretos que podem melhorar a qualidade de vida de um paciente com pé diabético, e, em caso de uma iminente amputação, como esses cuidados podem revertê-la ou não.

MÉTODO

O estudo foi desenvolvido através de uma revisão integrativa da literatura (RIL), a qual tem como o objetivo sintetizar de maneira ordenada e abrangente informações obtidas em pesquisas sobre o tema que está sendo discutido. A RIL tem a finalidade de obter uma profunda compreensão sobre a temática do estudo a partir de outros estudos, seguindo um modelo metodológico, para apresentar precisão nos resultados, de forma que as características efetivas dos estudos sejam identificadas (MENDES *et al.*, 2008).

O estudo tem caráter qualitativo pois analisou evidências científicas acerca dos cuidados de enfermagem em pacientes com pé

diabético e como esta condição influencia em suas vidas. Segundo Fachin (2017), deve ser seguido um sistema de valores com variáveis que são inalteráveis, mas devem ser categorizadas para não perder a qualidade das informações.

Para este estudo foram incluídos artigos em português, inglês e espanhol, sem recorte temporal, acerca da temática cuidados de enfermagem em pacientes com pé diabético com pacientes e enfermeiros, de abordagem qualitativa, quantitativa e/ou mista e voltado de forma específica para a área da enfermagem. Em contrapartida foram excluídos artigos que abordassem o tema, mas que não fossem específicos da área da enfermagem, artigos repetidos ou duplicados, artigos com informações erradas e/ou falsas, multiprofissionais, informações no formato de carta, resumo, tese, editoriais e dissertações.

O levantamento dos dados foi realizado entre fevereiro e maio de 2022, utilizando a estratégia PICO (P = população; I = interesse; C = Controle; O = Desfecho), a qual foi utilizada para construir a questão de pesquisa. Posteriormente, foi realizado um levantamento bibliográfico com buscas a partir dos termos selecionados e com a utilização dos operadores booleanos combinados com seus componentes estratégicos (SANTOS *et al.*, 2007).

Quadro 22.1. Estratégia de busca PICO

COMPONENTE	DEFINIÇÃO
P = População	Pacientes portadores de diabetes mellitus com pé diabético
I = Intervenção	Cuidados de enfermagem
C = Controle	Controle do índice glicêmico; autocuidado; cuidado com os pés
O = Desfecho	Melhora na qualidade de vida de pacientes com pé diabético

Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH), como descrito no **Quadro 22.2:** pé diabético (*diabetic foot*), cuidados de enfermagem (*nursing care*), enfermagem (*nursing*). Os descritores foram com-

binados nas buscas através dos operadores booleanos “AND” e “OR” nas seguintes bases de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), SciELO e PubMed.

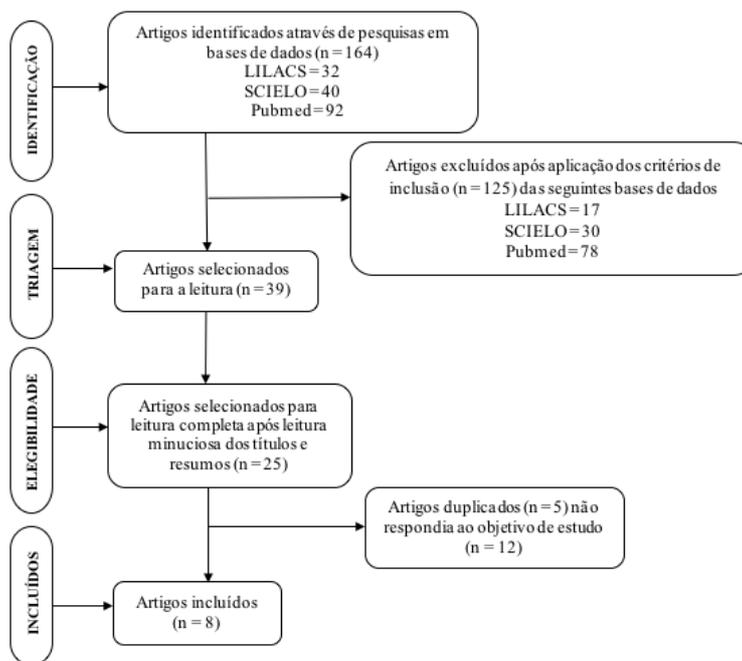
Quadro 22.2. Bases de dados e descritores

Bases de dados	DeCS/MeSH
PubMed	(diabetic foot) AND (nursing care)
LILACS	(pé diabético) AND (cuidados de enfermagem)
SciELO	(pé diabético) AND (cuidados de enfermagem) OR (enfermagem)

As buscas nas bases de dados foram realizadas por uma pesquisadora com posterior leitura do conteúdo dos artigos. A pesquisa contou com as seguintes etapas: Identificação do tema; Seleção e critérios de inclusão e exclusão; Categorização dos estudos; Avaliação dos estudos; Interpretação dos resultados; e Apresentação da revisão (MENDES *et al.*, 2008). Ini-

cialmente, foi realizada a leitura da publicação e a aplicação de critérios de inclusão e exclusão dos artigos, conforme apresentado no fluxograma PRISMA (**Figura 22.1**). Posteriormente, foram extraídos dados pertinentes à pesquisa, incluindo informações como autores, ano, objetivos, método e resultados.

Figura 22.1. Fluxograma PRISMA com os resultados da busca



RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante a pesquisa nas bases de dados foi realizado um levantamento de publicações pertinentes à temática abordada e foram recuperados 164 estudos. Para a seleção dos estudos para análise, foram utilizados alguns

critérios, como: estudos que abordassem o conhecimento do enfermeiro sobre o pé diabético e disponíveis na integra. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, obteve-se um *corpus* de oito publicações.

Tabela 22.1. Distribuição das publicações conforme ano e título do periódico

Ano	Periódico	Frequência	%
2007	Ciência, Cuidado e Saúde	01	12,5
2008	Ciência, Cuidado e Saúde	01	12,5
2017	Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental	01	12,5

2018	Journal Health NPEPS	01	12,5
2018	Revista Brasileira de Enfermagem	01	12,5
2020	Revista Brasileira de Enfermagem	01	12,5
2021	Journal Health NPEPS	01	12,5
2021	Revista Gaúcha de Enfermagem	01	12,5

Após o processo de cruzamento dos descritores nas bases de dados e de filtragem, restaram oito estudos (4,8%). Dos estudos selecionados, em relação ao idioma, dois estavam em inglês, um em espanhol e seis em português. Em relação ao levantamento dos dados, foram utilizadas as bases de dados PubMed, Lilacs, SciELO (com predominância na Lilacs), sendo contempladas as produções que mais respondiam ao objetivo do estudo.

Quadro 22.3. Distribuição das referências incluídas de acordo com as bases de dados, idioma e tipo de estudo

BASES DE DADOS	IDIOMA	TIPO DE ESTUDO
LILACS	ESPAÑHOL	QUALITATIVO
LILACS	PORTUGUÊS	QUANTITATIVO
SCIELO	INGLÊS	QUANTITATIVO
SCIELO	INGLÊS	QUANTITATIVO
SCIELO	PORTUGUÊS	QUANTITATIVO

Diante das publicações apresentadas, foram criadas duas categorias para melhor elaboração e análise dos artigos recuperados e que foram distribuídos nos **Quadro 22.4** e **22.5**, de acordo com autor, ano, objetivos, método e resultados.

Quadro 22.4. Cuidados de enfermagem ao paciente com pé diabético - estudos utilizados

Nº	Autor e ano	Objetivos	Método	Resultados
1	Martins <i>et al.</i> (2007)	Relatar a evolução do processo de cicatrização de um paciente diabético de 47 anos acometido de lesão em MI direito.	Relato de caso.	Após quatro semanas de acompanhamento, o cliente mostrava-se muito satisfeito com a evolução do tratamento, já se observava tecido de granulação em toda a extensão da ferida.
2	Alpizar & Valenciano (2018)	Analisar as melhores evidências científicas disponíveis na intervenção de enfermagem para pessoas com doença do pé diabético, a fim de melhorar sua qualidade de vida.	Revisão de literatura. A metodologia para a prática clínica baseada em evidências consiste em cinco etapas: 1. Apresentação da questão clínica de acordo com a sigla PICO; 2. Busca de informações em bancos de dados; 3. Análise crítica da documentação selecionada; 4. e 5. Transferência e avaliação de evidências científicas.	As intervenções educativas e o empoderamento do usuário em sua doença é essencial na atenção aos diabéticos para a prevenção de complicações, incidindo na qualidade de vida e na prevenção das readmissões hospitalares.
3	Gomes <i>et al.</i> (2021)	Avaliar as contribuições de um programa educativo de prevenção de lesões nos pés em pessoas	Estudo de intervenção com abordagem quantitativa para a análise de resultados do tipo “antes e depois”, referente a um programa educativo centrado no autocuidado e no treinamento físico concorrente,	Observou-se melhora, com o uso de meias e calçados adequados, no ressecamento da pele e na palpação dos pulsos pedioso e tibial posterior, com predomínio

		com diabetes mellitus tipo 2.	em um grupo único de comparação. Foram avaliados o autocuidado com os pés e calçados e as condições dermatológicas, circulatórias, estruturais e sensoriais dos pés, antes e após o programa educativo.	do grau zero na classificação de risco.
--	--	-------------------------------	---	---

Quadro 22.5. Papel do enfermeiro na assistência ao paciente com pé diabético - estudos utilizados

Nº	Autor e ano	Objetivos	Método	Resultados
4	Hirota <i>et al.</i> (2008)	Opções terapêuticas para o tratamento do pé diabético e o papel do enfermeiro diante desta complicação crônica.	Pesquisa bibliográfica sobre o assunto em publicações científicas como periódicos e livros.	O enfermeiro tem papel fundamental na realização de curativos diários nas lesões dos pés, na avaliação clínica da cicatrização, na assistência durante o período perioperatório, em casos de amputações, como também na assistência emocional aos pacientes e familiares.
5	Pereira <i>et al.</i> (2017)	Investigar as ações realizadas pelo enfermeiro na prevenção do pé diabético na perspectiva da pessoa com diabetes mellitus (DM).	Pesquisa com abordagem qualitativa, exploratória e descritiva, realizada em um município de Minas Gerais, com pessoas com diagnóstico de DM cadastradas em um projeto de extensão. Dados coletados por meio de entrevista semiestruturadas e de avaliação clínica dos pés. Os dados foram organizados e analisados na perspectiva da análise temática essencialista indutiva e semântica.	As ações efetivas para a prevenção do pé diabético aparecem muito periféricamente no conjunto dos dados. Grande parte limita-se às ações de educação em saúde e não ao exame dos pés.
6	Lucoveis <i>et al.</i> (2018)	Classificar o grau de risco para ulcerações nos pés de pessoas com diabetes mellitus e identificar seus principais fatores de risco preditivos.	Estudo exploratório onde os pacientes foram avaliados em um ambulatório municipal de São Paulo por meio da consulta de enfermagem, segundo diretrizes do International Consensus on the Diabetic Foot. Os dados foram analisados descritivamente.	Da população analisada 66% apresentaram risco 1; 16% risco 2; 6% risco 3; e 12% risco 4. 96% nunca tiveram seus pés examinados com o monofilamento de Semmes Weinstein.
7	Gontijo <i>et al.</i> (2020)	Avaliar o comprometimento da integridade tissular de pacientes com pé diabético e verificar sua associação com tempo de diagnóstico da doença.	Estudo transversal realizado com 134 pacientes em um ambulatório localizado na região Nordeste do Brasil. Foi utilizado questionário semiestruturado para a coleta de dados, os quais foram submetidos a análise descritiva e ao teste não paramétrico U de Mann-Whitney.	Os pacientes com menos de dez anos da doença apresentaram piores escores na espessura, elasticidade, pulso tibial direito e integridade tecidual. Já aqueles com tempo de diagnóstico superior a dez anos tiveram maior comprometimento da sensação e pulso pedioso direito.
8	Felix <i>et al.</i> (2021)	Comparar o conhecimento dos enfermeiros sobre o pé diabético antes e após a intervenção educativa.	Estudo quase experimental, do tipo antes e depois, realizado com 53 enfermeiros entre março e junho de 2016, no município de Campina Grande-PB. Foi utilizada a Metodologia da Problematização para o desenvolvimento da intervenção educativa. O	O conhecimento dos enfermeiros sobre o pé diabético mostrou-se deficiente, com média de acertos no pré-teste de 23,8 e após 41,9, com diferença estatisticamente significativa.

			conhecimento foi investigado por meio de um instrumento delineado pelas pesquisadoras. Para análise dos dados antes e após intervenção, realizaram-se os testes de McNemar e de Wilcoxon.	
--	--	--	---	--

Cuidados de enfermagem ao paciente com pé diabético

Nesta categoria foram utilizados os três estudos categorizados de acordo com o **Quadro 22.4**. Martins *et al.* (2007) observaram a evolução do processo de cicatrização de uma lesão em membro inferior direito de um paciente portador de DM tipo 2 em uma unidade básica de saúde, com prognóstico de amputação. Após realização de exame físico, o enfermeiro elaborou um plano de cuidado que incluía curativos a serem realizados duas vezes por dia, com pomadas a base de sulfadiazina de prata a 1%, ácidos graxos essenciais, e oxigenioterapia. Foi possível observar que após dois meses de cuidados houve uma significativa melhora na lesão, não sendo necessário realizar a amputação do pé.

Para Alpízar e Valenciano (2020), educar o paciente sobre o autocuidado com os pés e sua condição de saúde quanto portador de DM é considerado o cuidado de enfermagem mais importante, por melhorar a qualidade de vida do paciente, prevenir novas lesões ou complicações nas lesões já existentes e ajudar a reduzir o número de amputações e internações de portadores de DM.

Durante uma pesquisa realizada por Gomes *et al.* (2021), foi possível verificar que pacientes com baixo nível socioeconômico, idade superior a 60 anos e baixo nível de escolaridade são mais vulneráveis a ulcerações nos pés. Pacientes que tiveram seus pés examinados por um profissional e receberam orientações sobre a importância do uso de calçados apropriados para pessoas com DM, hidratação dos pés e pele e

sobre como deve ser feito o corte das unhas de maneira adequada tiveram melhora significativa na condição dos pés.

Papel do enfermeiro na assistência ao paciente com pé diabético

Nesta categoria foram utilizados cinco artigos categorizados de acordo com o **Quadro 22.5**. Para Hirota *et al.* (2008), 50% das amputações em membros inferiores acontecem em pacientes portadores de DM, 10% dos pacientes possuem lesões nos pés e cerca de 20% das internações dos pacientes com DM são ocasionadas por alguma lesão nos pés. Os autores destacam que o enfermeiro tem como principal responsabilidade acompanhar esses pacientes como forma de prevenir o aparecimento de lesões, orientar pacientes sobre a importância do autocuidado com os pés, orientar cuidadores sobre a importância do cuidado com a pele, principalmente os pés de pacientes com DM, e como alimentação adequada e exercícios físicos regulares podem auxiliar no controle do índice glicêmico.

Para Pereira *et al.* (2017), embora os enfermeiros executem ações educativas que envolvam o exame físico dos pés, não é uma ação pautada no dia a dia. Durante o exame físico da consulta de enfermagem, o enfermeiro deve executar ações para detecção precoce de sinais como verificar alteração na sensibilidade dos pés, calosidades ou ferimentos que possam evoluir para lesões nos pés e promover acompanhamento holístico e diálogo com o paciente sobre o autocuidado com os pés.

Durante os meses de novembro e dezembro de 2013, Lucoveis *et al.* (2018) avaliaram 50 pacientes para verificar o grau de risco para lesões nos pés, por meio da realização de exame específico dos pés, através da sensibilidade. Os autores verificaram que 66% dos pacientes apresentam baixo grau de risco para ulceração do pé, e a maioria dos pacientes do estudo apresentava pele ressecada, calosidades e úlcera ativa. Além disso, 96% dos pacientes nunca havia sido examinado com o monofilamento Semmes Weinstein, principal instrumento para avaliação da sensibilidade da pele e avaliação das funções dos nervos periféricos. O enfermeiro é o principal responsável pela inspeção dos pés do paciente com DM, uma vez que ele é quem acompanha as consultas de rotina no posto de saúde da família.

Durante a realização de uma pesquisa com 134 pacientes para avaliar a integridade tissular em pacientes portadores de pé diabético, Gontijo *et al.* (2020) observaram que 52,2% eram homens e 47,8% mulheres, e que 60,4% demoraram até 10 anos para terem o diagnóstico de DM. A partir da classificação dos resultados de enfermagem (NOC) foi possível avaliar que 54,5% dos pacientes apresentaram lesões por 30 dias ou mais, ocasionadas principalmente por calosidades, que é um dos principais fatores para aparecimentos de lesões em pacientes com DM. Os autores ressaltam que para o enfermeiro é importante saber detectar as características mais comprometidas e que o tempo que se leva para definir o diagnóstico da doença torna o paciente mais propenso a complicações.

De acordo com Felix *et al.* (2021), o enfermeiro ainda tem dificuldades e pouco conhecimento para avaliar os pés dos pacientes portadores de DM com pé diabético devido à baixa capacitação técnico-científica. Neste estudo, foram realizados dois testes com um

grupo formado por 53 enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Campina Grande, na Paraíba, sendo um antes da intervenção educativa e outro depois. No pré-teste, a média de acertos foi de 23,8 e no pós-teste a média quase dobrou, subindo para 41,9. A maior dificuldade do enfermeiro é em relação a avaliação dos pés dos pacientes com DM, sendo que este é o principal responsável por acompanhar estes pacientes no dia a dia. Para os autores, isso ocorre devido à pouca ou nenhuma capacitação prévia sobre a avaliação dos pés de pacientes com DM.

CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou identificar as principais causas que levam um paciente a desenvolver pé diabético, o papel do enfermeiro como principal agente executor de ações que visam promover o bem-estar do paciente e as orientações sobre a importância do autocuidado na prevenção e na descoberta de lesões ou novas lesões.

Quando executados corretamente, os cuidados de enfermagem podem reverter uma amputação e melhorar a qualidade de vida do paciente com pé diabético. Dentre estes cuidados, destaca-se o exame físico dos pés dos pacientes com DM, uma vez que é nele que podem ser percebidas calosidades ou feridas que podem evoluir para lesões de pé diabético.

É importante ressaltar que o enfermeiro possui um conhecimento deficiente para avaliar os pés dos pacientes com DM. Sugere-se estudos sobre os cuidados de enfermagem sobre pé diabético, além de mais treinamentos, cursos de aperfeiçoamento e atualização voltados aos profissionais enfermeiros para aumentar o conhecimento sobre como avaliar os pés destes pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALPÍZAR, C.M.C. & VALENCIANO, L.R. Intervenciones de enfermería para mejorar la calidad de vida de las personas con pie diabético. *Journal Health NPEPS*, v. 3, p. 566, 2018.
- BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. 26/6 – Dia Nacional do Diabetes. BVS, 2019. Disponível em: [161](https://bvsm.sau.gov.br/26-6-dia-nacional-do-diabetes-4/#:~:text=O%20Brasil%20%C3%A9%20%205%C2%BA,chegea%20a%2021%2C5%20milh%C3%B5es. Acesso em: 20 maio 2022.</p><p>FACHIN, O. Fundamentos de metodologia: noções básicas em pesquisa científica. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2017.</p><p>FELIX, L.G. <i>et al.</i> Conhecimento de enfermeiros da atenção primária antes e após intervenção educativa sobre pé diabético. <i>Revista Gaúcha de Enfermagem</i>, v. 42, 2021.</p><p>GOMES, L.C. <i>et al.</i> Contribuições de um programa educativo na prevenção de lesões nos pés de pessoas com diabetes mellitus. <i>Journal Health NPEPS</i>, v. 6, p. 62, 2021.</p><p>GONTIJO, P.V.C. <i>et al.</i> Avaliação da integridade tissular de pacientes com pé diabético. <i>Revista Brasileira de Enfermagem</i>, v. 73, 2020.</p><p>HIROTA, C.M.O. <i>et al.</i> Pé diabético: o papel do enfermeiro no contexto das inovações terapêuticas. <i>Revista Ciência, Cuidado e Saúde</i>, v. 7, p. 114, 2008.</p><p>HORTA, H.H.L. Cuidados de enfermagem com o pé diabético: aspectos fisiopatológicos. <i>Revista Investigação</i>, v. 14, 2015.</p><p>LUCOVEIS, M.L.S. <i>et al.</i> Grau de risco para úlceras nos pés por diabetes: avaliação de enfermagem. <i>Revista Brasileira de Enfermagem</i>, v. 71, p. 3217, 2018.</p><p>MARASCHIN, J.F. <i>et al.</i> Classificação do diabete melito. <i>Revista Arquivos Brasileiros de Cardiologia</i>, v. 95, p. 40, 2010.</p><p>MARTINS, C.F. <i>et al.</i> O fazer que faz a diferença: cuidando da pessoa acometida por ferida - pé diabético. <i>Revista Ciência, Cuidado e Saúde</i>, v. 6, p. 448, 2007.</p><p>MENDES, K.D.S. <i>et al.</i> Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. <i>Texto & Contexto</i>, v. 17, p. 758, 2008.</p><p>PEREIRA, L.F. <i>et al.</i> Ações do enfermeiro na prevenção do pé diabético: o olhar da pessoa com diabetes mellitus. <i>Cuidado é Fundamental</i>, v. 9, p. 1008, 2017.</p><p>SANTOS, C.M.C. <i>et al.</i> A estratégia PICO para a construção de pergunta de pesquisa e busca de evidências. <i>Revista Latino-americana de Enfermagem</i>, v. 15, 2007.</p><p>SILVA FILHO, J.P. <i>et al.</i> Os cuidados de enfermagem junto ao paciente com o pé diabético. <i>Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde</i>, v. 1, 2019.</p></div><div data-bbox=)

Capítulo 23

ACESSO E ACOLHIMENTO DE PESSOAS TRANS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

KERLLY ANTOUN EL KHOURI¹
JESSICA DOS SANTOS PAIVA²
ANDRESSA YUMI ISHII³
ANA MARIA TEIXEIRA PROPÉCIO³
ISABELA SANTOS NOIVO⁴
RAFAEL VICTOR DOS SANTOS BATISTA⁵
BRUNO HASHIMOTO YONEGURA²

1. *Discente – Medicina da Universidade Nove de Julho – UNINOVE.*
2. *Discente – Medicina da Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná – FEMPAR.*
3. *Discente – Medicina do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos – ITPAC.*
4. *Discente – Medicina da Universidade de Rio Verde – UniRV.*
5. *Discente – Medicina do Centro Universitário Atenas – UniAtenas.*

PALAVRAS-CHAVE

Acesso; Transsexual; Atenção primária à saúde.



10.29327/565999.5-23

INTRODUÇÃO

O termo transsexual se refere à pessoa que não se identifica com o gênero que lhe foi atribuído ao nascer. A identidade “trans” se refere a como a própria pessoa se enxerga e se sente, cabendo o respeito de todos à identidade que a personifica, que a define enquanto ser humano (MERHI, 2021). Travestis, transexuais e transgêneros representam uma parcela com menor visibilidade dentro do movimento LGBTQIA+ (lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, travestis, queer, intersexo e assexual) no Brasil e no mundo. Em relação à saúde, transexuais e travestis possuem especificidades que as diferenciam diante da população que compõe o movimento (PEREIRA, 2019).

O Brasil é o país que mais mata transexuais e travestis no mundo. Entre janeiro de 2008 e setembro de 2017 foram mais de 1.071 homicídios, tendo sido registrados 182 assassinatos de transexuais entre outubro de 2016 e setembro de 2017 (PEREIRA, 2019). Diante de todos os obstáculos sociais que essa população enfrenta, a saúde pública se configura como grave problema para a população transsexual, pois, historicamente, o acesso aos cuidados básicos com a vida vai de encontro ao preconceito e à falta de informação, dificultando o atendimento adequado (REISNER, 2015). Desde o acolhimento até o diagnóstico, o atendimento a essa população costuma ser extremamente constrangedor (BITENCOURT, 2019).

O presente trabalho tem como objetivo analisar acesso e acolhimento da população trans na atenção primária, além de identificar as dificuldades encontradas no processo de busca de cuidados básicos desse grupo social.

MÉTODO

O presente estudo consiste em uma revisão sistemática de caráter descritivo. Para tanto, foi necessária a utilização de metadados e ferramentas de pesquisa disponibilizadas na rede de informações via internet nas bases indexadoras PubMed, SciELO, LILACS, Capes Teses e Dissertações e ScienceDirect. Foram utilizados os descritores “acesso; transsexual; atenção primária”.

O recorte temporal foi de artigos publicados nos últimos 17 anos e foram encontrados em média 40 documentos, entre físicos e eletrônicos, principalmente em forma de artigos. Porém, foram considerados 20 trabalhos dentre os artigos selecionados que possuíam direta ou indiretamente alguma relevância com o problema pesquisado.

Após a coleta de dados, os materiais foram lidos e selecionados de acordo com a pertinência e similaridade do assunto abordado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A exclusão social causada pela transfobia é evidenciada pela realidade de menor nível de escolaridade, subemprego e prostituição a que estão sujeitas estas pessoas, principalmente em grandes cidades (PEREIRA, 2019). No que se refere à saúde da população LGBTQIA+, entende-se que houve uma grande necessidade na criação de leis para o atendimento dessa população, visto que ela possui demandas específicas (VERAS, 2021).

O Sistema Único de Saúde (SUS) conta com políticas direcionadas a este público, como a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) e, mais especificamente, o Processo Transsexualizador do SUS, criado em 2008 e redefinido e ampliado em 2013 (BRASIL, 2008). Essa política possui um cuidado de forma

afirmativa e de humanização com as pessoas trans em suas diversas esferas, sejam consultas com psicólogos, terapias hormonais, instruções sobre possíveis cirurgias de redesignação sexual etc, possibilitando apoio teórico para os diversos profissionais da atenção primária (OLIVEIRA, 2019). A Atenção Primária a Saúde (APS) é a base organizadora e a porta de entrada prioritária dentro da rede de atenção à saúde (RAS) no país (BRASIL, 2007), cenário ideal para o acesso e cuidado continuado, longitudinal e coordenado dos indivíduos (POPADIUK, 2017).

Apesar da importante iniciativa do Ministério da Saúde em publicar portarias e instituir serviços de saúde específicos voltados para essa população, a mesma continua sendo apontada como a que mais enfrenta dificuldades para acessar os serviços de saúde, desde a atenção básica até os serviços de alta complexidade, gerando insatisfação e medo do acolhimento prestado (MELLO *et al.*, 2011).

A não observação do nome social, a incapacidade em manejar questões próprias do universo LGBTQIA+, o modelo médico não tão abrangente em sua prática (MULLER, 2008) que prioriza muitas das vezes o saber científico em detrimento da necessidade de saúde das trans, são exemplos de ações que levam ao constrangimento e à insegurança das pessoas trans quando procuram os serviços de saúde (DIETZ, 2016).

A própria linguagem médica, muitas vezes técnica e incompreensível, mesmo que não intencional, mostra-se como uma barreira, uma forma de manter o distanciamento, algo que é resultado e reforço do cuidado centrado no médico e não no usuário (MULLER, 2008). A comunicação permite aproximar ou afastar seres dotados de racionalidade ou instinto. O acolhimento parte dessa premissa, através da comunicação, seja ela oral ou física, e a abordagem correta para o acolhimento requer conhecimento

rigoroso da língua e seus inúmeros pronomes de tratamento. O manuseio de um simples instrumento pode indicar rejeição, aceitação, acolhimento ou intenção adversa (JACQUES *et al.*, 2008).

O estigma sexual e de gênero também pode explicar a baixa utilização da APS. O medo de serem maltratadas, as inúmeras e frequentes situações constrangedoras, como também a negação do acesso, são realidades que afastam as pessoas trans dos serviços de saúde (FREIRE, 2013).

Os profissionais de saúde devem estar aptos e capacitados para cuidar dessa população. Para que isso seja uma realidade e para que todo serviço de saúde possa garantir acesso, é necessário delimitar algumas mudanças que são necessárias nos serviços de saúde: trabalhar na lógica de redução de risco físico e emocional, atuar na eliminação do preconceito e da discriminação da população LGBTQIA+ e garantir o uso do nome social e inclusão de temáticas relacionadas com estes grupos nas práticas cotidianas (PEREIRA, 2019).

Em suma, são necessárias mudanças que se referem à formação profissional em saúde. A diversidade de gênero e sexual deve ser abordada tanto na graduação quanto nas especializações médicas e dentre outras carreiras na área da saúde. É preciso que o profissional médico esteja acostumado com o tema e que saiba manejar os problemas dessa população de forma integral, lembrando da importância das subjetividades, do entendimento da discriminação e da estigmatização no processo de saúde e doença das pessoas (PEREIRA, 2019).

A vida de homens e mulheres trans, com suas singularidades e particularidades, requer um tratamento diferenciado, com atendimentos especializados que compreendam suas necessidades de transformação corporal (PELÚCIO, 2005), como a necessidade em saúde, bem como

os demais desdobramentos políticos (MELLO *et al.*, 2011), estéticos, sociais, econômicos e culturais de seus processos de transição de gênero como componentes de seus processos de saúde e doença.

A população em questão parece apresentar a transformação corporal como fator crucial na sua construção, que pode ser realizada por meio de diversos recursos. O objetivo final pode residir na obtenção de um corpo que represente o pertencimento a uma perspectiva de gênero desejada, felicidade, beleza, ganhos financeiros para as pessoas trans que trabalham com sexo, saúde, bem-estar físico, psíquico e social.

As estratégias de transformação dos corpos podem variar entre uso de hormônios, aplicação de silicone em seios, nádegas, coxas, quadris e outras partes do corpo, realização de cirurgias plásticas, tais como histerectomias, para retirada do útero, mastectomia, para retirada das mamas, transgenitalização, para mudança das genitálias, entre outros recursos cuja escolha será mediada pelas vontades pessoais e subjetividades em negociação com necessidades profissionais e condições socioeconômicas para adquiri-las.

A mudança corporal por meio de cirurgias plásticas clandestinas e o uso indiscriminado de hormônios e outros medicamentos é uma das principais causas de adoecimento desses indivíduos (VERAS, 2021). Desde agosto de 2008, através da Portaria nº 457/SAS/MS, o SUS oferta amparo ao indivíduo que deseja submeter-se à cirurgia de redesignação sexual e ao tratamento hormonal. Ainda que de forma gratuita, o procedimento acaba não sendo acessível a todos desse grupo (BRASIL, 2008).

A prática diária também deve ser modificada. O profissional não deve assumir a orientação sexual ou identidade de gênero considerando aparência ou qualquer outra característica da pessoa. Perguntar sobre hábitos sexuais de forma aberta, cordial e não hete-

ronormativa deve ser rotineiro ao médico. Ademais, fazer perguntas simples, como “como você deseja ser chamado(a)?” ou “como você se identifica e gostaria que fosse identificado?” podem ser suficientes para reforçar o vínculo médico-paciente e transformar o ambiente em um local mais acolhedor e confortável para a pessoa trans (DEUTSCH, 2016). O uso do nome social é uma das ferramentas que a população trans recorre para legitimar-se, além de outros mecanismos que afirmam socialmente a maneira como querem ser, de formas de se vestir e se comportar a procedimentos médicos que modifiquem aspectos biológicos ou fisiológicos para ratificar sua identificação.

No que se tange a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, os profissionais, em sua maioria, afirmaram conhecer ou já ouvir falar da política, porém não discutiram ou especificaram o que sabiam sobre isso (BITENCOURT, 2019). Dessa forma, faz-se necessário introduzir na atenção primária brasileira políticas públicas com o objetivo de preparar os profissionais e conscientizar a comunidade, já que o ambiente onde se promove a saúde pública é constantemente frequentado por grandes grupos de pessoas, que através de gestos e atos, podem inibir a aproximação dos grupos objetivos de tais políticas públicas (COELHO & SAMPAIO, 2014). Assim, é urgente o engajamento dos órgãos públicos, fornecendo suporte técnico e recursos humanos suficientes a fim de organizar e ofertar materiais que possam capacitar os profissionais (VERAS, 2021).

CONCLUSÃO

Diante do exposto, nota-se que há diversos fatores que interferem em assistência e acolhimento adequados direcionados à população trans. Assim, conclui-se que a forma mais eficaz de preparação para receber novos públicos é

criar um ambiente preparado para acesso e acolhimento de pessoas trans. É necessário que os profissionais conheçam e se capacitem cada vez mais sobre questões de gênero, visto que são

deveres dos profissionais da saúde possuir uma visão neutra do ser humano e olhar com cuidado para suas necessidades pessoais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BITENCOURT, K.A. População trans na atenção primária: aproximações e distanciamentos. *Revista Gênero*, v. 20, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.707. Diário Oficial da União, 18 ago. 2008.
- COELHO, M.T.A.D. & SAMPAIO, L.L.P. *Transexualidades, um olhar multidisciplinar*. 2. ed. Salvador: Edufba, 2014.
- DEUTSCH, M.B., editor. *Guidelines for the primary and gender-affirming care of transgender and gender nonbinary people*. 2. ed. San Francisco: University of California, 2016.
- DIETZ, E. How should physicians refer when referral options are limited for transgender patients? *AMA Journal of Ethics*, v. 18, p. 1070, 2016.
- FREIRE, E.C. A clínica em movimento na saúde de TTTS: caminho para materialização do SUS entre travestis, transexuais e transgêneros. *Saúde em Debate*, v. 37, p. 477, 2013.
- JACQUES, M.G.C. *et al.* *Relações sociais e ética*. 3. ed. Rio de Janeiro: SciELO Books, 2008.
- MELLO, L. *et al.* Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, v. 9, p. 7, 2011.
- MERHI, T.E.T.C. *Transexualidade na atenção primária de saúde: um relato de experiência em uma unidade de uma cidade em Goiás*. *Brazilian Journal of Development*, *Brazilian Journal of Development*, v. 7, p. 7074, 2021.
- MULLER, M.I. *Desigualdades no SUS: o caso de atendimento às travestis é 'babado'!* *Cadernos EBAPE.BR*, v. 6, p. 1, 2008.
- OLIVEIRA, G.I. *O acesso e acolhimento das pessoas transexuais à atenção primária à saúde: uma revisão integrativa*. *Anais do VIII Congresso de Educação em Saúde da Amazônia (COESA)*, 9-12 dez. 2019.
- PELÚCIO, L. *Toda quebrada na plástica: corporalidade e construção de gênero entre travestis paulistas*. *Revista de Sociologia & Antropologia*, v. 6, p. 97, 2005.
- PEREIRA, L.B.C. *O acesso das pessoas transexuais e travestis à atenção primária à saúde: uma revisão integrativa*. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 14, p. 1795, 2019.
- POPADIUK, G.S. *A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao processo transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios*. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 1509, 2017.
- REISNER, S.L. *Comprehensive transgender healthcare: the gender affirming clinical and public health model of Fenway Health*. *Journal of Urban Health*, v. 92, p. 584, 2015.
- VERAS, P.H.L. *Acolhimento de travestis e transexuais na atenção primária à saúde: uma revisão bibliográfica*. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, v. 95, e021177, 2021.

Capítulo 24

A ESPIRITUALIDADE E A RELIGIOSIDADE COMO INSTRUMENTOS DO CUIDADO PALIATIVO NA SAÚDE PÚBLICA

PEDRO HUMBERTO GUIMARÃES ALVES¹
EDUARDO MENEZES DE LIMA FILHO²
JOYCE TAVARES DA SILVA³
DOUVEL SOUSA MORAES⁴

1. *Discente – Medicina da Universidade Evangélica de Goiás.*
2. *Discente – Medicina da Universidade Federal de Goiás.*
3. *Discente – Medicina do Centro Universitário de Mineiros.*
4. *Discente – Pós-graduação em Cuidados Paliativos da Faculdade Unimed.*

PALAVRAS-CHAVE

Cuidados paliativos; Espiritualidade; Saúde pública.



10.29327/565999.5-24

INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos estão em constante evolução, assim como a sua definição. Desse modo, em 2018, a International Association for Hospice & Palliative Care (IAHPC) definiu os cuidados paliativos como “cuidados holísticos ativos, ofertados a pessoas de todas as idades que se encontram em intenso sofrimento relacionado à sua saúde, proveniente de doença grave, especialmente aquelas que estão no final da vida. O objetivo dos cuidados paliativos é, portanto, melhorar a qualidade de vida dos pacientes, de suas famílias e de seus cuidadores” (JUSTINO *et al.*, 2020).

O tema dos cuidados paliativos não é uma novidade no contexto brasileiro de saúde pública. Desde a década de 1970, podemos encontrar relatos isolados a respeito dessa abordagem. Entretanto, foi na década de 1990 o surgimento dos primeiros serviços organizados na área. Atualmente, os cuidados paliativos vêm sendo cada vez mais requisitados, de modo que foram registrados em 2018, pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 117 serviços de cuidados paliativos no país. Nesse contexto, a mudança da expectativa de vida é fator fundamental. Na década de 1980, por exemplo, a expectativa de vida do brasileiro era de 62,5 anos, já em 2020, a expectativa de vida brasileira chegou a 76 anos. Esse aumento em tempo médio de vida foi acompanhado pelo aumento da ocorrência de doenças crônico-degenerativas não transmissíveis e essas patologias têm grande potencial de causar morbidade ou mortalidade, de maneira que a ação do profissional paliativista se faz necessária (JUSTINO *et al.*, 2020).

Ademais, o cuidado paliativo é um modelo assistencial muito utilizado na saúde pública brasileira e é ofertado ao paciente e sua família diante uma patologia que prejudique a continuidade da vida. As terapêuticas são ofertadas

por uma equipe multidisciplinar, fundamental para a atenção primária, incluindo o médico paliativista, profissional com formação em medicina que muitas vezes é o líder da equipe. Esse grupo de profissionais precisa ser capaz de atender os aspectos físicos, sociais, psicológicos e, também, os espirituais, sendo que a finalidade do cuidado é a melhora da qualidade de vida. Desse modo, o alívio da dor e do sofrimento é o objetivo a ser alcançado, por meio de uma comunicação efetiva, visto que nem sempre as intervenções clínicas de cura são suficientes para alcançar a assistência de excelência (JUSTINO *et al.*, 2020).

A doença grave é compreendida como qualquer patologia capaz de causar deficiência significativa, de modo que pode levar o paciente à condição de debilidade por longos períodos, inclusive, podendo levar à morte. A morte, portanto, faz parte da realidade médica, pois as possibilidades terapêuticas de cura não alcançam todas as patologias. O médico paliativista não deve negar essa realidade, de modo que a compreensão de que os cuidados curativistas são limitados permite que o profissional dedique cuidados diferenciados àqueles que precisam. Nesse sentido, o profissional deve respeitar a necessidade dos pacientes e familiares compreenderem o sentido da vida e da morte, compreendendo que no momento da despedida os anseios espirituais estão aflorados e precisam ser respeitados (MATOS & GUIMARÃES, 2019).

A espiritualidade pode ser compreendida de diferentes formas. Uma importante forma de observar esse conceito é compreendê-lo como uma busca pelo significado da vida e o relacionamento do ser humano com o sagrado. Outros abordam a espiritualidade como manifestações humanas que buscam a superação do eu, ou de obstáculos, de modo que não necessariamente tenha uma ligação com algo

transcendente. Desse modo, o processo de espiritualidade não está intrínseco à prática religiosa, pois a religiosidade pode ser compreendida como práticas que o indivíduo e seu grupo religioso seguem, como por exemplo, rezas, cultos em templos religiosos ou leituras de livros considerados sagrados. A questão da espiritualidade e da religiosidade no campo da saúde, dentro desse contexto os cuidados paliativos, reside no fato de indivíduos com maior religiosidade e/ou espiritualidade relatarem melhor estado de bem-estar geral, menor uso e abuso de substâncias psicoativas, menores índices de depressão, ansiedade e comportamentos suicidas, entre outros. Nesse sentido, a espiritualidade e a religiosidade têm sido atribuídas a uma maior motivação para enfrentamento de problemas graves de saúde que muitas vezes não encontram tratamentos curativos e precisam ser atendidos pelos profissionais paliativistas (FORTI *et al.*, 2020).

Nesse sentido, a espiritualidade e a religiosidade muitas vezes se confundem, de tal maneira que muitos pacientes exercem sua espiritualidade através de práticas religiosas. A espiritualidade, entretanto, está ligada ao íntimo de cada indivíduo, um saber único que busca conhecimentos que transcendem o entendimento do processo existencial. A religiosidade, também, não deve ser negada, pois mesmo que esta tenha um caráter mais coletivo, permite que o paciente e os familiares se sintam pertencentes a um grupo que compartilha das mesmas crenças. Um exemplo importante da valorização da espiritualidade no tratamento paliativo é a teoria do cuidado transpessoal, pois essa ideia promove uma abordagem espiritual considerando aspectos humanísticos com a finalidade suprir as necessidades dos pacientes e familiares (MATOS & GUIMARÃES, 2019).

O envelhecimento populacional faz parte da realidade mundial, visto que a redução da

mortalidade, a melhoria dos serviços de saúde e a melhora na qualidade de saneamento básico, entre outros, contribuíram de forma significativa para esse cenário. Na atualidade, 25% do total de mortes no mundo ocorre entre a população com idade superior a 60 anos, de modo que a maior parte das doenças que os acometem são crônicas e não transmissíveis. Essas patologias geram alterações que afetam o bem-estar e a qualidade de vida, pois provocam danos físicos, psicológicos e emocionais. A religião e a espiritualidade têm um lugar de importância no final da vida, incluindo o final de vida das pessoas idosas. O desconforto proporcionado pelas doenças e a noção de aproximação com o fim da vida permitem que os idosos aumentem suas atividades de espiritualidade e religiosidade, de tal forma que essa prática possibilita auxiliar na administração do estresse e dos danos causados pelo processo patológico (COSTA & VON HUMBOLDT, 2020).

O objetivo deste estudo foi identificar a capacidade da espiritualidade e da religiosidade em modificar o tratamento de um paciente sob cuidados paliativos na assistência pública.

MÉTODO

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Essa metodologia permite uma abordagem dos diversos tipos de estudos e proporciona uma abrangente análise do assunto abordado, com a finalidade de permitir a síntese do conhecimento. Para a confecção desta revisão foram considerados o desenvolvimento da questão norteadora, a busca dos estudos nas bases de dados, a extração de dados dos estudos, a avaliação dos estudos selecionados e a análise e síntese dos resultados.

A questão norteadora foi, portanto, comparar a literatura existente sobre a capacidade da espiritualidade e da religiosidade como mecanismos terapêuticos nos cuidados paliativos.

Para isso, foram utilizados 20 artigos em línguas portuguesa e inglesa pesquisados nas bases de dados Pubmed, Google Acadêmico, Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), através dos Descritores de Ciências da Saúde (DeCS): “Cuidados paliativos”, “Espiritualidade”, “Saúde pública”, “Assistência a idosos” e “Doença crônica”.

A seleção dos estudos foi realizada inicialmente por meio da leitura minuciosa de títulos e resumos, sendo incluídos os que atendiam aos critérios de inclusão estabelecidos. Para a seleção final, foi realizada a leitura dos artigos na íntegra. Por fim, foram excluídos artigos que após a leitura na íntegra não responderam à questão norteadora.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O envelhecimento populacional faz parte do cenário mundial e, conforme a Organização das Nações Unidas (ONU), a diminuição da mortalidade, associada a melhor oferta educacional, oportunidades para acesso à saúde e saneamento, emprego de qualidade, entre outros, proporcionaram um acréscimo na longevidade populacional. O envelhecimento é considerado um processo irreversível e com muito dinamismo, de modo que faz parte do ciclo vital de qualquer indivíduo. Um quarto dos processos de morbimortalidade ocorre em pessoas com mais de 60 anos (COSTA & VON HUMBOLDT, 2020; MARQUES & BULGARELLI, 2020; NERY *et al.*, 2018; VERAS *et al.*, 2019).

As doenças são, em maior parte, crônicas e não transmissíveis, de tal maneira que vão gerar a redução da qualidade de vida. As doenças crônicas que atingem os idosos são as mais variadas, tendo como exemplos: problemas cardíacos, musculoesqueléticos, respiratórios e cognitivos, muitas vezes associados ao processo

de degeneração biológica que ocorre com o passar dos anos. Devido a essas patologias, a espiritualidade e a religião podem ser uma importante estratégia para amenizar esses agravos (COSTA & VON HUMBOLDT, 2020; MARQUES & BULGARELLI, 2020; NERY *et al.*, 2018; VERAS *et al.*, 2019).

Nesse sentido, a espiritualidade é um conceito que envolve uma busca individual, com a finalidade de compreender melhor o significado da vida e alcançar algo transcendente. Essa busca pode ser desenvolvida por meio da religião que consiste em um conjunto de crenças, rituais, práticas e símbolos, com o intuito de facilitar a procura pelo transcendental. A busca pelo sentido da vida torna-se muito importante, principalmente para pacientes que estão fora das possibilidades terapêuticas de cura, pois necessitam de cuidados diferenciados daqueles que recebem um tratamento mais curativista (ARRIEIRA *et al.*, 2018; COSTA & VON HUMBOLDT, 2020; MARQUES & BULGARELLI, 2020; MATOS & GUIMARÃES, 2019; MOLINA *et al.*, 2020; NERY *et al.*, 2018; SCORTEGAGNA *et al.*, 2018; VERAS *et al.*, 2019).

Nesse contexto, a espiritualidade e a religião podem significar uma importante ferramenta para os idosos, pois permitem uma maior busca pelo significado da vida. Esses dois conceitos têm a capacidade de proporcionar alívio aos sofrimentos vivenciados pelos processos patológicos. Ademais, o desconforto desencadeado pela noção de finitude associada ao fato do aparecimento de doenças pode favorecer ao idoso um maior desenvolvimento de suas práticas espirituais. As crenças e práticas religiosas demonstraram favorecer o enfrentamento a questões como o estresse e os processos de perdas, de modo que é um recurso favorável para um envelhecimento mais saudável (ARRIEIRA *et al.*, 2018; COSTA & VON

HUMBOLDT, 2020; MARQUES & BULGARELLI, 2020).

A espiritualidade como busca pelo transcendente ocorre muitas vezes após o diagnóstico das doenças crônicas, de tal maneira que alguns idosos começaram a desenvolver a espiritualidade após receberem a notícias de suas patologias. Outro recurso muito utilizado é a oração, de modo que muitos idosos afirmam que pedem ajuda diariamente. Seus pedidos envolvem questões como força para continuar, saúde e ânimo para enfrentar o dia-a-dia. Muitos idosos, também, afirmam acreditar em Deus, de modo que nesse contexto não importa o nome do Deus em específico ou se ele é ligado a tal doutrina, o mais importante aqui é o fato de as pessoas mais velhas considerarem que existe algo além, maior e que para eles têm o nome de Deus. Desse modo, ao evocar um ser superior, os idosos pedem que esse ser proporcione a eles maior qualidade de vida, força para enfrentar o processo patológico e saúde para ser curado (COSTA & VON HUMBOLDT, 2020; MARQUES & BULGARELLI, 2020; MATOS & GUIMARÃES, 2019; MOLINA *et al.*, 2020; VERAS *et al.*, 2019).

Com tudo isso, a espiritualidade e a religião se tornam importantes recursos que auxiliam os idosos a enfrentar a ansiedade e a depressão que muitas vezes envolvem as patologias crônicas. A fé então passa a ser um sentimento importante e fundamental para que o indivíduo enfrente a doença que o acomete, trazendo a esperança de que a situação patológica se acabe e a pessoa possa ter uma maior qualidade de vida. Com tudo isso, a espiritualidade passa a ser um pilar essencial para proporcionar o conforto, recurso tão priorizado dentro da ótica paliativista (COSTA & VON HUMBOLDT, 2020; MARQUES & BULGARELLI, 2020; MATOS & GUIMARÃES, 2019; MOLINA *et al.*, 2020; VERAS *et al.*, 2019).

As intervenções paliativistas são ofertadas por uma equipe multidisciplinar que deve atender os indivíduos idosos nos seus mais variados aspectos, entre eles, a dimensão social, psicológica, física e espiritual, identificando assim os agravos e sendo capazes de aliviar o sofrimento e a dor. Nesse sentido, a espiritualidade é parte fundamental de uma atenção integral ao paciente paliativista (ARRIEIRA *et al.*, 2018; COSTA & VON HUMBOLDT, 2020; MARQUES & BULGARELLI, 2020; MATOS & GUIMARÃES, 2019; MOLINA *et al.*, 2020; NERY *et al.*, 2018; SCORTEGAGNA *et al.*, 2018; VERAS *et al.*, 2019).

Nesse sentido, o cuidado paliativista de excelência ao idoso envolve uma abordagem mais humanista, que abarca todos os aspectos religiosos e espirituais que cercam o paciente e seus familiares, visto que o idoso que tem a valorização de suas crenças consegue receber com mais facilidade o tratamento de alívio e aceitar com mais tranquilidade a noção da própria morte. A abordagem ao paciente idoso passa, então, a ser mais humanista e capaz de valorizar as crenças que envolvem o universo do paciente, com a finalidade de gerar um cuidado efetivamente integral (ARRIEIRA *et al.*, 2018; COSTA & VON HUMBOLDT, 2020; MARQUES & BULGARELLI, 2020).

Além disso, uma importante ferramenta para o cuidado da dimensão espiritual para o paciente idoso dentro de uma abordagem paliativista é o diálogo com os pacientes, de tal forma que essa comunicação ocorre por meio de palavras que estimulem a fé e a crença. Nesse contexto, o profissional pode participar do momento de oração do paciente ou até mesmo ler trechos de livros religiosos importantes para o idoso. Tudo isso tem como objetivo proporcionar motivação e acolhimento ao paciente idoso que muitas vezes se encontra próximo ao final da vida (COSTA & VON HUMBOLDT, 2020; MAR-

QUES & BULGARELLI, 2020; MATOS & GUIMARÃES, 2019; MOLINA *et al.*, 2020; VERAS *et al.*, 2019).

Além disso, a abordagem realizada dentro de um contexto de acolhimento, respeitando e valorizando o cuidado espiritual, é capaz de estreitar a relação entre o paciente idoso e o profissional paliativista, pois quando o paciente percebe o cuidado pautado na valorização de suas crenças ocorre uma sensação de apoio, conforto e segurança que tem como principal consequência o aumento na confiança a aquele respectivo profissional (COSTA & VON HUMBOLDT, 2020; MARQUES & BULGARELLI, 2020; NERY *et al.*, 2018; VERAS *et al.*, 2019).

Ademais, os atendimentos às necessidades espirituais e religiosas podem ocorrer através de estímulos à oração ou incentivando que o paciente participe de atividades religiosas. Nesse contexto, alguns hospitais que possuem parcerias com instituições religiosas permitem que esse contato religioso ocorra com maior facilidade, entretanto, muitos hospitais não possuem tais interações. Mesmo sendo instituições laicas, nada impede que os respectivos hospitais proporcionem aos seus pacientes idosos acesso a rádio e televisão, no qual podem ter acesso a programas religiosos. Outra importante forma de facilitar a abordagem espiritual é a permissão de entrada de líderes religiosos ao local de descanso do idoso, pois assim ele pode receber o atendimento espiritual que já faz parte de sua rotina (COSTA & VON HUMBOLDT, 2020; MARQUES & BULGARELLI, 2020; NERY *et al.*, 2018; VERAS *et al.*, 2019).

Outra questão abordada pelos estudos foi a dificuldade em trabalhar a espiritualidade em idosos que possuem uma religião diferente da religião dos profissionais de saúde. Muitos profissionais de saúde possuem suas próprias

crenças e manifestam sua forma pessoal de exercício da fé, entretanto, no momento do cuidado eles precisam ser imparciais e não permitir que questões particulares interfiram na qualidade do cuidado, principalmente no contexto paliativista. O cuidado paliativo está intimamente ligado com a finitude da vida, muitas teorias religiosas buscam explicar esse momento, entretanto, o cuidado integral de qualidade não necessita dessas explicações, de modo que exige imparcialidade, pois o foco não é a crença e sim um cuidado que conforte (ARRIEIRA *et al.*, 2018; COSTA & VON HUMBOLDT, 2020; MARQUES & BULGARELLI, 2020; MATOS & GUIMARÃES, 2019; MOLINA *et al.*, 2020; NERY *et al.*, 2018; SCORTEGAGNA *et al.*, 2018; VERAS *et al.*, 2019).

Desse modo, a falta de preparo que muitos profissionais de saúde possuem nesta área torna-se algo relevante, de tal forma que muitos não abordam os aspectos espirituais por não possuem capacidade técnica para tal. Um cuidado espiritual de qualidade envolve respeito, consideração, capacidade de escuta, comunicação efetiva e sem juízo de valor, de modo que não importa a religião do profissional, o foco espiritual é a expressão do paciente idoso que necessita de cuidados (ARRIEIRA *et al.*, 2018; COSTA & VON HUMBOLDT, 2020; MARQUES & BULGARELLI, 2020; MATOS & GUIMARÃES, 2019; MOLINA *et al.*, 2020; NERY *et al.*, 2018; SCORTEGAGNA *et al.*, 2018; VERAS *et al.*, 2019).

Entretanto, as equipes encontram muitas dificuldades para a realização da abordagem que valoriza o aspecto espiritual, visto que os profissionais precisam atender a um grande número de pacientes idosos, e tendo que realizar muitos procedimentos o cuidado espiritual não é abordado. Muitas equipes, também, não contém um especialista em cuidados paliativos. Desse

modo, o cuidado fica voltado para a dimensão biológica e as dimensões espirituais são colocadas em um patamar secundário, de tal modo que, muitas vezes, quem realiza o cuidado espiritual no contexto paliativista é a família do paciente idoso. Entretanto, a família do idoso está muito abalada pela situação física que se encontra o ente querido e não consegue muitas vezes realizar tal abordagem (ARRIEIRA *et al.*, 2018; COSTA & VON HUMBOLDT, 2020; MARQUES & BULGARELLI, 2020; MATOS & GUIMARÃES, 2019; MOLINA *et al.*, 2020; NERY *et al.*, 2018; SCORTEGAGNA *et al.*, 2018; VERAS *et al.*, 2019).

Nesse sentido, as principais necessidades espirituais que envolvem os idosos são valorização da crença, estímulo à fé, esperança e estímulo ao apoio familiar, de modo a favorecer um ambiente que respeite o perdão e o amor, sentimentos que facilitam o enfrentamento à finitude da vida. Com tudo isso, o profissional paliativista pode permitir que influências positivas à saúde do paciente idoso ocorram, com o intuito de favorecer o bem-estar e o apoio psicológico (ARRIEIRA *et al.*, 2018; COSTA & VON HUMBOLDT, 2020; MARQUES & BULGARELLI, 2020; MATOS & GUIMARÃES, 2019; MOLINA *et al.*, 2020; NERY *et al.*, 2018; SCORTEGAGNA *et al.*, 2018; VERAS *et al.*, 2019).

A implementação dos cuidados paliativos tem sido fomentada mundialmente. Um dos fatores que corroboram esse aumento é o crescente número de pacientes acometidos por doenças crônicas. O foco paliativista, portanto, deve abarcar a multidimensionalidade do paciente e da família que enfrentam doenças que cursam em um estado avançado, de modo que geram prognósticos limitados e impactos físicos, psicológicos, espirituais e emocionais (BRAVIN *et al.*, 2019; GOMES *et al.*, 2018).

As doenças crônicas são doenças não transmissíveis, incapacitantes e que levam o paciente a um declínio funcional progressivo. Essas patologias geram sequelas incapacitantes e diminuem funções físicas e nutricionais, de tal maneira que esses pacientes possuem uma grande demanda por cuidados paliativos. Os cuidados paliativos, portanto, precisam favorecer um acesso universal, de modo a valorizar a interdisciplinaridade, com o intuito de preservar a compaixão e o cuidado em um momento de grande vulnerabilidade (BRAVIN *et al.*, 2019; SIQUEIRA *et al.*, 2019).

As principais doenças crônicas que acometem a população brasileira são AIDS, Alzheimer, acidente vascular cerebral, câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência cardíaca crônica, insuficiência hepática crônica e insuficiência renal crônica. Essas patologias acometem em maior proporção os indivíduos com mais de 60 anos, entretanto, não são exclusivas dessa população. Ademais, são doenças capazes de diminuir a mobilidade dos pacientes, de tal forma que muitos ficam acamados totalmente ou passam a maior parte do tempo deitados (BRAVIN *et al.*, 2019; SIQUEIRA *et al.*, 2019).

Nesse contexto, a espiritualidade e a religiosidade foram relacionadas com fortalecimento da esperança e melhora na percepção do apoio social e no enfrentamento da dor (GOMES *et al.*, 2018; GOUVEA, 2019; PIRES *et al.*, 2020).

Nesse contexto, a doença crônica é uma situação estressante que gera bastante desgaste para o paciente e seus familiares. Com isso, a aceitação da nova condição imposta pela doença facilita o enfrentamento, de modo que ter esperança passa a ser fundamental para que a adaptação bem-sucedida ocorra. Nesse sentido, as práticas religiosas, incluindo a oração, a liturgia e as tradições como forma de

manutenção da conexão com o transcendente permitiram maior aceitação e fortalecimento do sentimento de esperança em relação à condição crônica, estimulando, assim, a compreensão e gerando o fortalecimento do controle emocional (BRAVIN *et al.*, 2019; GOMES *et al.*, 2018).

Um exemplo muito interessante descrito na literatura é a percepção da dor pelos pacientes renais crônicos, visto que a dor é um dos sintomas mais comuns que acometem os pacientes que necessitam de hemodiálise. Nesse contexto existem três tipos principais de dor que são percebidas, a dor física, relacionada às punções venosas e de acesso vascular, a dor psicológica, ligada ao não cumprimento das expectativas e a dor por mudanças nas funções sociais e familiares, devido às limitações ocasionadas pelos procedimentos (GOMES *et al.*, 2018; GOUVEA, 2019; PIRES *et al.*, 2020).

Assim, a religião e a espiritualidade favorecem a aceitação da dor, pois favorecem o suporte social que envolve o paciente em tratamento dialítico. Isso ocorre devido o fato de o conhecimento científico apenas apresentar tratamentos paliativos e não curativos, de modo que a espiritualidade proporciona sentimentos de conforto, aceitação e esperança para o paciente e seus familiares, principalmente, fomentando a possibilidade de um transplante renal, que mesmo que não seja um tratamento definitivo possibilita o fim dos procedimentos de diálise (BRAVIN *et al.*, 2019; SIQUEIRA *et al.*, 2019).

Ademais, a espiritualidade e a religião favorecem o apoio social, pois fomenta o apoio à família, de modo que proporciona um ambiente capaz de permitir o compartilhamento de experiências, com o intuito de ofertar conforto e acolhimento em prol da pessoa doente. Assim, a religião e a espiritualidade passam a serem recursos fundamentais para os familiares que possuem pacientes com doenças

crônicas (BRAVIN *et al.*, 2019; GOMES *et al.*, 2018; GOUVEA, 2019; PIRES *et al.*, 2020; SIQUEIRA *et al.*, 2019).

Ainda mais, as doenças crônicas e seus tratamentos podem afetar aspectos sociais, familiares, psicológicos e biológicos dos pacientes de modo que geram grande interferência na percepção da qualidade de vida. Nesse sentido, muitos estudos têm indicado os benefícios da religiosidade e da espiritualidade na percepção da qualidade de vida dos pacientes crônicos e seus familiares (BRAVIN *et al.*, 2019; SIQUEIRA *et al.*, 2019).

Isso ocorre devido ao fato de que pessoas religiosas são mais propensas a utilizar estratégias de enfrentamento, com o intuito de gerenciar seus problemas e conflitos, tendo muitas vezes com quem compartilhar experiências e angústias, papel muitas vezes realizado pelos líderes religiosos. Desse modo, possuir maior religiosidade está intimamente relacionado com a percepção de bem-estar, de tal forma que proporciona uma sensação de qualidade de vida (BRAVIN *et al.*, 2019; SIQUEIRA *et al.*, 2019).

Além disso, o sentimento de estar conectado a algo transcendental, muitas vezes considerado pelo próprio paciente como algo superior, possibilita uma ressignificação do sentido da vida, de modo que proporciona esperança e propósito de vida. Esses sentimentos permitem que as pessoas religiosas ou espiritualizadas lidem melhor com o estresse durante a exposição aos eventos causados pelas patologias crônicas (GOMES *et al.*, 2018; GOUVEA, 2019; PIRES *et al.*, 2020).

Assim, o conforto e o bem-estar proporcionados pelo exercício da fé e da espiritualidade, muitas vezes por meio das religiões, proporciona ao paciente crônico uma influência positiva na sua maneira de viver, sendo fundamental para promover melhorias no

estado geral do mesmo. A qualidade de vida sofre incremento, pois o paciente recebe maior apoio social e possui melhores estratégias para lidar com a doença. Esses fatores foram percebidos em estudos que compararam pacientes que praticam alguma religião com pacientes não praticantes. Aqueles que possuem alguma religião apresentaram melhor percepção de sua qualidade de vida (GOMES *et al.*, 2018; GOUVEA, 2019; PIRES *et al.*, 2020).

Ademais, a depressão e o suicídio são fenômenos complexos e intimamente relacionados, sendo capazes de gerar sofrimento às pessoas acometidas por patologias crônicas e seus familiares, de tal forma que são considerados importantes problemas de saúde pública. Nesse contexto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece que a depressão está entre as principais causas de incapacidade, principalmente no público feminino. Além disso, a organização estabelece que o suicídio é um problema universal, de modo que é considerado uma das principais causas de morte (BRAVIN *et al.*, 2019; GOMES *et al.*, 2018).

Tanto o suicídio quanto a depressão são resultantes da interação de fatores culturais, ambientais, genéticos, psicológicos, biológicos e sociológicos, de modo que configuram importantes indicadores para a qualidade de vida dos pacientes crônicos. A depressão, por exemplo, se caracteriza pelo aumento da frequência de sintomas depressivos, de modo que dificulta a forma como a pessoa compreende a realidade (BRAVIN *et al.*, 2019; GOMES *et al.*, 2018).

Além disso, a depressão e o risco de suicídio podem justificar atitudes negativas por parte dos pacientes crônicos. Pacientes crônicos com transtornos de ordem mental podem apresentar atitudes rebeldes que geram diminuição da adesão ao tratamento, de modo que prejudicam a efetividade das medidas terapêuticas adotadas

(GOMES *et al.*, 2018; GOUVEA, 2019; PIRES *et al.*, 2020).

Nesse universo, estudos demonstraram que pacientes portadores de condições crônicas apresentam maior risco de transtornos mentais, de tal forma que possuíram maior risco de suicídio. Nesse contexto, a espiritualidade e a religiosidade podem ser importantes ferramentas para combater esses transtornos, pois as crenças espirituais, incluindo significação, paz e fé, foram associadas com menor risco de suicídio e melhora dos sintomas depressivos (GOMES *et al.*, 2018; GOUVEA, 2019; PIRES *et al.*, 2020).

Dessa forma, estudos concluíram, por exemplo, que em pacientes submetidos à diálise que não apresentavam práticas religiosas possuíam risco de suicídio oito vezes maior em relação a pacientes dialíticos praticantes de alguma religião. Os estudos demonstram, também, que a espiritualidade e a religiosidade atuam enquanto modalidades de suporte social, possibilitando a ressignificação do sofrimento, gerando esperança e conforto. Entretanto, os mecanismos protetores contra comportamentos ofensivos à vida gerados pelos fatores espiritual e religioso ainda não se encontram totalmente elucidados (GOMES *et al.*, 2018; GOUVEA, 2019; PIRES *et al.*, 2020).

Nesse sentido, a religiosidade é relacionada à diminuição de sintomas depressivos e melhora do domínio psicológico, de tal forma que seus benefícios foram descritos na literatura. Entretanto, a espiritualidade foi considerada mais eficaz, comparando a capacidade de diminuir o risco de suicídio. Isso ocorre devido ao fato de o fator espiritual ser um conceito mais amplo e dinâmico, de tal forma que norteia a busca pela ressignificação e gera conforto, não se limitando apenas ao envolvimento religioso, embora também possa ser expressa por meio dele

(GOMES *et al.*, 2018; GOUVEA, 2019; PIRES *et al.*, 2020).

Com tudo isso, a saúde mental pode ser considerada um importante fator terapêutico na abordagem paliativista do doente crônico. Dessa forma, os profissionais de saúde precisam estar cientes dessa importância, com o intuito de estimular a prevenção como instrumento de promoção da saúde e favorecer práticas religiosas e espirituais como instrumento terapêutico para melhorar a saúde mental dos portadores de patologias crônicas (BRAVIN *et al.*, 2019; GOMES *et al.*, 2018; GOUVEA, 2019; PIRES *et al.*, 2020; SIQUEIRA *et al.*, 2019).

Por fim, os estudos que apontam a espiritualidade e a religiosidade na prática clínica como variáveis independentes que atuam sobre os processos patológicos ainda são escassos. Entretanto, um importante estudo sobre a influência da espiritualidade na função renal chama a atenção, pois foi notada uma melhora significativa na função renal de pacientes transplantados do grupo espiritualizado. Foi possível concluir que o grupo mais espiritualizado apresentou um clearance de creatinina superior ao grupo não espiritualizado, de tal forma que o grupo menos espiritualizado apresentou risco 4,7 vezes maior para a piora da função renal. O mais importante desse estudo foi que a espiritualidade foi isolada como variável independente sobre o processo patológico, de modo que possíveis variáveis de confusão foram trabalhadas e descartadas (BRAVIN *et al.*, 2019; GOMES *et al.*, 2018; GOUVEA, 2019; PIRES *et al.*, 2020; SIQUEIRA *et al.*, 2019).

Os cuidados paliativos são uma forma de atenção voltada para cuidados ativos e totais aos pacientes e, também, aos seus familiares, com a finalidade de ofertar um suporte digno e humano capaz de melhorar a qualidade de vida diante de uma doença que ameaça a continuidade da vida.

Essa intervenção é realizada por meio da prevenção e alívio da dor, além de tratar sintomas nos campos sociais, psicológicos e espirituais (ROCHA *et al.*, 2018).

O cuidador, ao assumir funções diárias de cuidados contínuos ao paciente paliativista, é considerado como importante alvo de atenção, pois fica sujeito a desordens no âmbito físico, emocional, financeiro e espiritual, principalmente quando o suporte ao familiar doente é contínuo e prolongado ou o paciente está em um estado avançado da patologia debilitante. Um detalhe muito interessante é o fato de a maioria dos cuidadores serem mulheres (CUNHA & SCORSOLINI-COMIN, 2019; ROCHA *et al.*, 2018; ZANATTA *et al.*, 2020).

Nesse contexto, os cuidadores utilizam a espiritualidade como alicerce para enfrentar questões existenciais e eventos adversos e estressantes frente à atividade de cuidar de um paciente que muitas vezes está fora da possibilidade de cura. Desse modo, a função espiritual permite profundas modificações no bem-estar do cuidador, visto que favorece a produção de sentimentos de fé, confiança, esperança, amor, tranquilidade e paz interior. Esses sentimentos são fundamentais nesse contexto, pois o cuidador pode ser confrontado a qualquer momento com uma situação de doença, perda, sofrimento ou morte (ROCHA *et al.*, 2018).

Além disso, os cuidadores desenvolvem, por meio da espiritualidade, a capacidade de transcender os obstáculos, de modo que buscam o sentido ao momento que estão passando, com isso a experiência vivida passa a ter um valor especial na história do indivíduo. Nesse sentido, os cuidadores depositam a sua fé em um ser que para eles é superior e que possibilitou a eles a vivência do cuidado, de tal maneira que a experiência do cuidado é vista como uma oportunidade única a qual eles foram escolhidos

para realizar. Essa abordagem ao problema em questão possibilita que o cuidador compreenda a patologia do ente querido como uma oportunidade de crescimento pessoal (CUNHA & SCORSOLINI-COMIN, 2019; ROCHA *et al.*, 2018; ZANATTA *et al.*, 2020).

O exercício do cuidado é visto, portanto, como uma manifestação do exercício das crenças, de modo que os desafios impostos pela doença permitem que o cuidador atenda às suas necessidades espirituais de oferecer apoio, amor e carinho ao familiar amado. Nesse contexto, a esperança e o perdão aparecem como sentimentos positivos que possibilitam um reforço ao cuidado oferecido ao paciente em sofrimento (CAMPOS *et al.*, 2019; ROCHA *et al.*, 2018).

Outro ponto abordado é a capacidade que o exercício da atividade religiosa tem de estimular o cuidador, pois permite a sensação de conforto e fortalecimento. Isso ocorre porque a religião favorece a noção de um ser superior ao qual o cuidador está servindo quando realiza os cuidados ao ente querido. Nesse sentido, os cuidadores relatam a necessidade de buscar rituais religiosos que atendam às suas crenças, onde podem realizar orações e leituras em livros doutrinários. O ambiente religioso também é visto como facilitador do compartilhamento de experiência entre famílias, que inclusive estão ou passaram por situações semelhantes (CAMPOS *et al.*, 2019; ROCHA *et al.*, 2018).

Ademais, os cuidadores possuem expectativas em relação às equipes de saúde, de tal modo que os familiares esperam que os profissionais sejam capazes de gerar um relacionamento interpessoal e comunicativo, com afetividade, comprometimento e empatia. Muitos familiares acreditam que o interesse pelo bem-estar do ente querido é mais importante que o suporte técnico oferecido. Os cuidadores esperam que os profissionais estejam receptivos, de tal forma que suas ações estabeleçam um

vínculo entre paciente, familiar e profissionais de saúde. Portanto, a comunicação assertiva foi considerada pelos cuidadores como o principal requisito para o estabelecimento de tal situação (ARRIEIRA *et al.*, 2018; CAMPOS *et al.*, 2019; CUNHA & SCORSOLINI-COMIN, 2019; ROCHA *et al.*, 2018; ZANATTA *et al.*, 2020).

A literatura estabelece, portanto, que as crenças espirituais e as práticas religiosas têm a capacidade de possibilitar a elevação do bem-estar, com o intuito de proporcionar a diminuição da sobrecarga e melhora da qualidade de vida dos cuidadores. Nesse sentido, as atividades espirituais e religiosas desativam o sistema nervoso simpático, reduzindo as citocinas inflamatórias com conseqüente diminuição da depressão e da ansiedade. Com isso, a espiritualidade do cuidador pode interferir positivamente na saúde física e emocional do mesmo, permitindo que as adversidades sejam recebidas de forma mais positiva (ARRIEIRA *et al.*, 2018; CAMPOS *et al.*, 2019; CUNHA & SCORSOLINI-COMIN, 2019; ROCHA *et al.*, 2018; ZANATTA *et al.*, 2020).

Com tudo isso, as necessidades espirituais e religiosas se tornam indissociáveis da figura do cuidador, de modo que integram aspectos cognitivos, comportamentais e experienciais. Dessa forma, os sentimentos gerados são capazes de produzir conforto, paz interior e significados positivos para as experiências vividas. Sendo assim, as necessidades espirituais e religiosas, quando atendidas, favorecem os cuidados prestados ao cuidador e conseqüentemente ao ente familiar que está sofrendo com alguma patologia (ARRIEIRA *et al.*, 2018; CAMPOS *et al.*, 2019; CUNHA & SCORSOLINI-COMIN, 2019; ROCHA *et al.*, 2018; ZANATTA *et al.*, 2020).

CONCLUSÃO

A espiritualidade e a religiosidade são capazes de modificar o tratamento de um paciente sobre cuidados paliativos. Nesse contexto, os idosos são beneficiados pelas crenças espirituais e religiosas que permitem a busca pelo significado da vida, pois podem utilizar o processo patológico como oportunidade para desenvolver as suas crenças e valores.

Outros fatores evidenciados foram o alívio emocional dos sofrimentos vivenciados, o enfrentamento ao estresse e às perdas, uma melhora significativa da depressão e da ansiedade e o aumento da sensação de conforto, visto que práticas religiosas e espirituais como a oração permitem a sensação de estar atendido. Assim, o idoso pode receber um atendimento integral e holístico, capaz de gerar adesão ao tratamento e favorecer a eficácia das medidas adotadas.

Entretanto, a espiritualidade e a religiosidade apresentam desafios para serem trabalhados no paciente idoso, devido à falta de preparo das equipes de saúde e às crenças pessoais dos profissionais.

A espiritualidade e a religiosidade foram capazes de proporcionar benefícios aos pacientes portadores de patologias crônicas, de modo que proporcionaram melhor enfrentamento das adversidades causadas pela doença. Nesse sentido, foi relatado fortalecimento do sentimento de esperança, aumento do apoio social, melhora na capacidade de administração da dor, diminuição de sintomas depressivos e do risco de suicídio e aumento da percepção da qualidade de vida.

Por fim, foi constatado que os cuidadores recebem, por meio da espiritualidade e da religiosidade, mecanismos que permitem um melhor enfrentamento da situação vivida pelo ente querido, de modo que conseguem ressignificar o processo patológico. Ademais, os cuidadores acabam criando expectativas em relação às ações dos profissionais de saúde, entretanto, o cuidado espiritual e religioso oferecido ainda é muito incipiente, de modo que ainda não consegue atender todas as necessidades que um cuidado paliativo de excelência exige.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARRIEIRA, I.C.O. *et al.* Espiritualidade nos cuidados paliativos: experiência vivida de uma equipe interdisciplinar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 52, e03312, 2018.
- BRAVIN, A.M. *et al.* Benefícios da espiritualidade e/ou religiosidade em pacientes renais crônicos: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 72, p. 541, 2019.
- CAMPOS, V.F. *et al.* Comunicação em cuidados paliativos: equipe, paciente e família. *Revista Bioética*, v. 27, p. 711, 2019.
- COSTA, A. & VON HUMBOLDT, S. A espiritualidade e as doenças crônicas nos idosos: estudo exploratório em idosos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, v. 21, p. 69, 2020.
- CUNHA, V.F. & SCORSOLINI-COMIN, F. A Dimensão Religiosidade/Espiritualidade na Prática Clínica: Revisão Integrativa da Literatura Científica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 35, e35419, 2019.
- FORTI, S. *et al.* Mensuração da espiritualidade/religiosidade em saúde no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 1463, 2020.
- GOMES, I.C.C. *et al.* Attitudes facing pain and the spirituality of chronic renal patients in hemodialysis. *Brazilian Journal of Pain*, v. 1, p. 320, 2018.
- GOUVEA, M.P.G. A necessidade de cuidados paliativos para paciente com doenças crônicas: diagnóstico situacional em um hospital universitário. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 22, e190085, 2019.
- JUSTINO, E.T. *et al.* Os cuidados paliativos na atenção primária à saúde: scoping review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 28, e3324, 2020.
- MARQUES, F.P. & BULGARELLI, A.F. Os sentidos da atenção domiciliar no cuidado ao idoso na finitude: a perspectiva humana do profissional do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 2063, 2020.
- MATOS, J.C. & GUIMARÃES, S.M.F. A aplicação do cuidado transpessoal e a assistência espiritual a pacientes idosos em cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 22, e190186, 2019.
- MOLINA, N.P.F.M. *et al.* Religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida de idosos segundo a modelagem de equação estrutural. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 29, e20180468, 2020.
- NERY, B.L.S. *et al.* Vulnerabilidades, depressão e religiosidade em idosos internados em uma unidade de emergência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 39, e2017-0184, 2018.
- PIRES, I.B. *et al.* Conforto no final de vida na terapia intensiva: percepção da equipe multiprofissional. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 33, eAPE20190148, 2020.
- ROCHA, R.C.N.P. *et al.* Necessidades espirituais vivenciadas pelo cuidador familiar de paciente em atenção paliativa oncológica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, p. 2635, 2018.
- SCORTEGAGNA, H.M. *et al.* Vivência da espiritualidade por idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 21, p. 293, 2018.
- SIQUEIRA, J. *et al.* Associação entre religiosidade e felicidade em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. *Brazilian Journal of Nephrology*, v. 41, p. 22, 2019.
- VERAS, S.M.C.B. *et al.* O cuidado da enfermeira à dimensão espiritual da pessoa idosa hospitalizada. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 72, p. 236, 2019.
- ZANATTA, F.N. *et al.* Morte digna: percepção de médicos de hospital de ensino. *Revista Bioética*, v. 28, p. 119, 2020.

Capítulo 25

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO COMBATE ÀS VERMINOSES NAS UNIDADES DE SAÚDE

ANA PAULA FREITAS QUINTÃO CARDOSO¹
BEATRIZ VERNECK CARVALHO¹
RENATO DEL PENHO PEREIRA FILHO²
AMANDA TEIXEIRA MURUCI¹

1. *Discente – Medicina da Universidade Iguazu Campus V.*
2. *Discente – Medicina do Centro Universitário FAMINAS Muriaé.*

PALAVRAS-CHAVE

Verminoses; Educação em saúde; Unidades de saúde.



10.29327/565999.5-25

INTRODUÇÃO

No Brasil, as parasitoses figuram entre os principais problemas de saúde pública; no entanto, a investigação parasitológica tem sido amplamente negligenciada no país (BASSO *et al.*, 2008). As condições econômicas e sociais influenciam decisivamente nas condições de saúde de pessoas e populações. A maior parte da carga das doenças, assim como as analogias em saúde, que existem em todos os países, acontece por conta das condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem. Esse conjunto é denominado “determinantes sociais da saúde”, um termo que resume os determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais da saúde (LUDWIG, 2007).

Diferentes fatores podem contribuir para esse quadro, tais como água contaminada, ausência de políticas públicas voltadas para o fortalecimento de mudança de hábitos culturais através da educação sanitária e em saúde, bem como melhoria nas condições socioeconômicas da população (PRADO, 2012).

A qualidade em saúde, sua prevenção e manutenção são os principais problemas enfrentados nos países em desenvolvimento. De modo geral, as informações sobre a prevalência de helmintos intestinais no Brasil são escassas ou mesmo nulas para determinadas regiões. As parasitoses apresentam variações inter-regionais, dependendo de condições sanitárias, educacionais, econômicas, sociais, índice de aglomeração da população, condições de uso e contaminação do solo, da água e alimentos; da capacidade de evolução das larvas e ovos de helmintos e de cistos de protozoários em cada um desses ambientes. Apesar da alta frequência de parasitoses causadas à população em geral, ressalta-se a escassez de estudos acerca do problema, visando melhor dimensionamento e

elaboração de medidas de combate por parte das autoridades sanitárias (MARQUES, 2005).

De acordo com o Ministério da Saúde, uma das medidas mais eficazes no controle das parasitoses intestinais é a promoção de um trabalho educativo na população, com aplicação prática dos princípios básicos de higiene pessoal e o conhecimento dos principais meios de contaminação (BRASIL, 2006a). Para o controle das helmintoses intestinais são imprescindíveis uma boa cobertura e qualidade nos serviços de abastecimento de água do sistema público e a eliminação da disposição dos esgotos nos terrenos ou nas ruas por meio da implantação de redes coletoras de esgotos ou outras soluções alternativas adequadas sanitária e ambientalmente.

O objetivo deste estudo foi realizar uma proposta de intervenção utilizando como estratégia a ação educativa visando a prevenção de parasitoses intestinais e promoção de hábitos de vida saudáveis na população.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão sistemática realizada por meio de pesquisas nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Biblioteca Virtual da Saúde e Bireme.

Desta busca foram encontrados 30 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção. Os critérios de inclusão foram: artigos publicados no período de 2005 a 2022, que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo revisão, e disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após os critérios de seleção restaram oito artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram analisados de forma descritiva e divididos em categorias temáticas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Brasil, as parasitoses figuram entre os principais problemas de saúde pública; no entanto, a investigação parasitológica tem sido amplamente negligenciada no país (BASSO *et al.*, 2008). Os agentes etiológicos relacionados às parasitoses apresentam ciclos evolutivos que contam com períodos de parasitose humana, períodos de vida livre no ambiente e períodos de parasitose em outros animais. A negligência dos órgãos responsáveis pelo diagnóstico e controle das parasitoses contribui para que elas se tornem endêmicas em algumas regiões do Brasil, principalmente em localidades onde as condições de saneamento básico são precárias.

A qualidade em saúde, sua prevenção e manutenção são os principais problemas enfrentados nos países em desenvolvimento e de um modo geral as informações sobre a prevalência de helmintos intestinais no Brasil são escassas ou mesmo nulas para determinadas regiões. As parasitoses apresentam variações inter-regionais, dependendo de condições sanitárias, educacionais, econômicas, sociais, índice de aglomeração da população, condições de uso e contaminação do solo, da água e alimentos; da capacidade de evolução das larvas e ovos de helmintos e de cistos de protozoários em cada um desses ambientes. Apesar da alta frequência de parasitoses causadas à população em geral, ressalta-se a escassez de estudos acerca do problema, visando melhor dimensionamento e elaboração de medidas de combate por parte das autoridades sanitárias (MARQUES, 2005).

A educação em saúde visa a promoção da saúde de indivíduos e comunidades por meio da formação de hábitos saudáveis de vida; adoção de comportamentos de baixo risco à saúde; desenvolvimento do senso de responsabilidade social; formação para o pleno exercício da cidadania; desenvolvimento de estilos de vida saudáveis. Visa, também, a compreensão de que a saúde não é só ausência de doenças, mas o resultado de condições adequadas de saneamento, habitação, educação, geração de renda, alimentação, segurança, cultura, lazer, entre outras (MADUREIRA, 2009).

Ascaridíase é a infecção helmíntica mais comum em humanos. Estima-se que 25% da população mundial abriga o *Ascaris lumbricoides*. No Brasil, estima-se que em torno de 50 milhões de pessoas possam estar afetadas. Esta prevalência é explicada pela alta capacidade de a fêmea gerar prole (uma só fêmea é capaz de liberar até 27 milhões de ovos durante o curso da infecção) e pela alta resistência dos ovos ao meio externo (FELDMAN *et al.*, 2002; GASPARINI; PORTELLA, 2005).

A transmissão para o homem ocorre através da ingestão dos ovos infectantes do parasita, procedentes do solo, água ou alimentos contaminados com fezes humanas. Após a ingestão dos ovos infectados, estes eclodem no duodeno, liberando as larvas que atravessam a parede intestinal e penetram no sistema venoso portal, de onde são levadas ao fígado, coração e pulmões, transformando-se em larvas do quarto estágio. Ao atravessarem os alvéolos, passam a ser larvas de quinto estágio e migram para as vias aéreas superiores e faringe, sendo deglutidas e levadas até o intestino delgado. Neste local tornam-se adultos jovens, cerca de vinte a trinta dias após a ingestão dos ovos larvados. Inicia-se, então, o processo de maturação sexual e a oviposição (BRASIL, 2009; GASPARINI & PORTELLA, 2005).

A patogenia do verme adulto se deve à ação mecânica na luz intestinal, ação traumática e espoliadora, ação anti-inflamatória, tóxica e alergizante. A mobilidade do *Ascaris lumbricoides* é exacerbada em situações de estresse. Ele costuma se exteriorizar pelas aberturas do corpo humano (oral, nasal e anal), em presença de febre ou ausência prolongada de alimentação oral. Habitualmente não causa sintomatologia. Pode manifestar-se por dor abdominal, diarreia, náuseas e anorexia. Sintomas se manifestam usualmente naqueles com grande número de vermes (GASPARINI & PORTELLA, 2005). Em virtude do ciclo pulmonar da larva, alguns pacientes apresentam manifestações pulmonares com broncoespasmo, hemoptise e pneumonite, caracterizando a síndrome de Löeffler, que cursa com eosinofilia importante (FELDMAN *et al.*, 2002; BRASIL, 2006b).

Ancilostomídia é uma helmintíase que pode ser causada pelo *Ancylostoma duodenale* e/ou *Necator americanus*, que se localizam-se no duodeno e no jejuno proximal. Os vermes adultos vivem presos à mucosa do intestino delgado por suas cápsulas bucais, por onde sugam o sangue.

Para o *Necator americanus*, a penetração é ativa através da pele, conjuntiva e mucosa, sendo estes os únicos modos de infecção humana. O *Ancylostoma duodenale*, além da penetração ativa, pode também infectar o hospedeiro de modo passivo, por meio da ingestão oral de alimentos e água contaminados e, nestes casos, não ocorre o ciclo pulmonar (GASPARINI & PORTELLA, 2005).

A principal consequência da infecção moderada e maciça é a deficiência de ferro. Esta deficiência resulta da perda ser maior que a absorção de ferro (FELDMAN *et al.*, 2002). O diagnóstico de ancilostomíase é feito ao se encontrar os ovos característicos nas fezes. As técnicas clássicas de concentração facilmente

realizadas na maioria dos laboratórios de parasitologia permitem detectá-las. Os ovos de ancilóstomos são iguais sendo necessários as larvas ou o verme em si para identificar a espécie (GASPARINI & PORTELLA, 2005).

Com relação ao controle da doença, é preciso desenvolver atividades de educação em saúde com relação a hábitos pessoais de higiene, particularmente o de lavar as mãos antes das refeições e o uso de calçados. Evitar a contaminação do solo mediante a instalação de sistemas sanitários para eliminação das fezes, especialmente nas zonas rurais (BRASIL, 2009). As drogas de primeira escolha para o tratamento são o albendazol e mebendazol, sendo o pamoato de pirantel uma alternativa confiável (GASPARINI & PORTELLA, 2005).

A tricuriase é uma parasitose muito frequente em nosso meio, tendo maior prevalência em regiões quentes e úmidas. Ela é causada pelo *Trichuris trichiuria*, que se localiza no intestino grosso, e, em infecções graves, pode ser encontrado desde o íleo terminal até o reto.

A transmissão é feita por alimentos ou água contaminados com ovos embrionados e por mãos ou objetos sujos. Após a ingestão dos ovos embrionados, ocorre a liberação de larvas no intestino delgado humano, onde permanecem até alcançar a maturidade em cerca de trinta dias. No intestino grosso, já como vermes adultos, fixam-se na mucosa e as fêmeas iniciam a postura dos ovos. No período de 60 a 90 dias após a ingestão dos ovos infectantes eles são eliminados não embrionados com as fezes. São produzidos de 2 mil a 14 mil ovos por dia (BASSO *et al.*, 2008). Dependendo da temperatura do meio ambiente, os ovos podem tornar-se infectantes no solo após um período de duas a quatro semanas. Em temperatura adequada, são muito resistentes ao meio ambiente (BRASIL, 2009).

O quadro clínico está diretamente relacionado à carga parasitária, à extensão da

infecção e ao estado nutricional do hospedeiro. Então, é possível haver desde indivíduos assintomáticos até o desenvolvimento de formas graves, que podem levar ao óbito na ausência de tratamento (BASSO *et al.*, 2008). O comprometimento geral se traduz por insônia, perda ponderal, irritabilidade, náuseas, anorexia e crises de urticária. As manifestações digestivas mais frequentes são leves e vagas e caracterizam-se por dor abdominal pouco intensa e diarreia intermitente alternada com quadro de constipação intestinal (BRASIL, 2006b). A infecção severa é caracterizada por diarreia crônica, disenteria, enterorragia, anemia e prolapso retal.

O diagnóstico de tricuriase costuma ser fácil de ser realizado, pois os ovos presentes nas fezes são característicos. Esses ovos são fáceis de identificar devido à grande quantidade eliminada (BRASIL, 2006b). Os endoscopistas muitas vezes são surpreendidos pela presença de vermes à sigmoidoscopia ou colonoscopia. A anemia associada é ferropriva e microcítica, e costuma estar associada a eosinofilia de baixo grau (FLOCH *et al.*, 2007).

CONCLUSÃO

Como forma de profilaxia é necessário conhecimento das formas de impedimento da transmissão dessas verminoses, como por exemplo: lavar as mãos com frequência; lavar adequadamente os alimentos, principalmente os que serão consumidos crus, como frutas e legumes; manter as unhas sempre cortadas e limpas; evitar andar descalço; beber água filtrada ou fervida; evitar o consumo de carne crua.

Realizar ações de promoção em saúde quando ainda possui o modelo de atenção centralizado na medicalização da assistência, solicita persistência, esforço e desimpedimento dos profissionais em fazer mudanças o que está posto.

Desse modo, imaginamos que reuniões dos trabalhadores e a comunidade possibilitarão um vínculo entre as Unidades de Saúde e seus usuários. Com o objetivo das reuniões se tornarem um momento importante para conhecer a população, suas angústias, frustrações, expectativas; a própria situação de pobreza em que se vive, e, assim, planejar as ações de saúde voltadas às suas necessidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BASSO, R.M.C. *et al.* Evolução da prevalência de parasitoses intestinais em escolares em Caxias do Sul. *Revista Sociedade Brasileira Medicina Tropical*, v. 41, p. 62, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de saneamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças infecciosas e parasitárias. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Verminoses. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- FELDMAN, M. *et al.* Gastrointestinal e doenças do fígado. São Paulo: Elsevier, 2002.
- FLOCH, M.H *et al.* Gastroenterologia de Netter. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- GASPARINI, E.A. & PORTELLA, R.B. Manual de parasitoses intestinais. Rio de Janeiro: Rubio, 2005.
- MADUREIRA, M.D.S. A ação educativa em saúde. In: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Escola de Enfermagem. Curso de Capacitação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Unidade 4, 2009.
- MARQUES, T. Prevalência de enteroparasitoses em Concórdia, Santa Catarina, Brasil. *Revista Parasitologia Latino-americana*, v. 60, p. 78, 2005.
- LUDWIG, K.M.F. Correlação entre condições de saneamento básico e parasitoses intestinais na população. São Paulo: Medsi, 2007.
- PRADO, M.S. *et al.* Prevalência e intensidade da infecção por parasitas intestinais no Brasil. Rio de Janeiro: Ediouro, 2012.

Capítulo 26

O MODELO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NA ATUAÇÃO DO GESTOR HOSPITALAR

ANGÉLICA PORFIRIO DOS SANTOS¹

LYSLIAN JOELMA ALVES MOREIRA²

DAISY MARIA SILVA CHIARELLI VALLIM³

1. Acadêmica do Curso de Tecnologia em Gestão Hospitalar da Faculdade Inspirar.
2. Mestre em Bioética, Enfermeira especialista em Centro Cirúrgico e CME; Cuidados intensivos neonatais e pediátricos. Docente na Faculdade Inspirar. Graduanda em Psicologia na Faculdade Inspirar. Membro do Corpo Editorial do Grupo Pasteur.
3. Enfermeira Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Especialista em Gestão, Auditoria e Perícias de Sistema de Saúde. Docente na Faculdade Inspirar.

PALAVRAS-CHAVE

Atenção primária à saúde; Atenção básica; Gestão hospitalar.



10.29327/565999.5-26

INTRODUÇÃO

No Brasil, existem três níveis de atenção em saúde (primária, secundária e a terciária). Essa divisão possibilita compreender a sequência e a complexidade dos atendimentos à saúde da população. O modelo de atenção primária é a porta de entrada dos usuários no Sistema Único de Saúde (SUS), embora possa ocorrer por outras esferas de atenção. Contudo, espera-se que usuário tenha suas demandas de saúde atendidas pela atenção primária e, conforme a complexidade do caso, seja encaminhado às outras instâncias de cuidado para seu bem-estar e adequada gestão dos recursos de saúde (MOLL *et al.*, 2017).

O modelo de atenção primária promove ações de prevenção de agravos à saúde e incentivo à melhoria da qualidade de vida. Nesse ambiente, o usuário pode se beneficiar do atendimento de profissionais capacitados e orientados para o cuidado, baseados nos princípios de universalidade, equidade e integralidade, os quais regem o sistema público de saúde (BRASIL, 2022).

Nesse contexto, todo usuário deve ser atendido de forma resolutiva, qualificada e humanizada, conforme suas demandas de saúde, com base nos recursos disponíveis no serviço. Essa triagem utilizada pelo atendimento primário possibilita a identificação e o encaminhamento daqueles usuários que realmente precisam de atenção especializada em ambiente hospitalar.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), não há diferença no significado entre atenção primária e atenção básica à saúde (ABS). Contudo, a primeira se configura em uma estratégia regionalizada, contínua e sistematizada para atender às demandas preventivas e curativas da população, enquanto o termo “atenção básica à saúde” originou-se a partir dos princípios do SUS (universalidade, equidade,

integralidade e descentralização), positivado pela Portaria de nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Tal portaria estabelece a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica na esfera pública de saúde (BRASIL, 2017; ENSP, 2014).

A atenção secundária compreende os serviços especializados (ambulatorios, clínicas de reabilitação e diagnósticas, profissionais especialistas, hospitais de baixa complexidade e unidades de pronto atendimento) que usufruem de tecnologias intermediárias para atender usuários encaminhados pela Unidade Básica de Saúde (UBS) ou em situações de urgência (MINAS GERAIS, 2022).

O nível terciário diz respeito aos serviços de alta complexidade, isto é, engloba tecnologias, procedimentos, espaços e profissionais com elevada especialização. Geralmente envolvem os serviços de alto custo como oncologia, diálise, cardiologia, neurologia, oftalmologia, ortopedia, transplantes e parto de alto risco (MINAS GERAIS, 2022).

Nesse contexto, a questão norteadora desse estudo foi: como o gestor hospitalar pode lidar com as demandas de usuários com necessidades menos urgentes que poderiam ser atendidas pela atenção primária? Isto porque a demanda de casos não urgentes atendidos em hospitais é uma rotina frequente e interfere na dinâmica do serviço e no direcionamento de recursos para as demandas dessa clientela.

Assim, pressupõe-se que o usuário orientado sobre onde buscar atendimento às suas necessidades de saúde seja possível melhorar o uso dos recursos utilizados com a assistência ao usuário (paciente). Para tal, objetivou-se identificar estratégias de gestão para otimizar os recursos dos hospitais que atendem demandas de saúde que poderiam ser realizadas pela atenção primária.

MÉTODO

Esse estudo é uma revisão integrativa com abordagem qualitativa e análise descritiva. Para tal, foram seguidas as etapas de: elaboração da pergunta norteadora; escolha das palavras-chave, definido os critérios de seleção, coleta, apresentação, análise e discussão dos dados. Foram atendidas as normas do Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510, de 7 de abril de 2016, que dispõe sobre as pesquisas em Ciências Humanas e Sociais (BRASIL, 2016).

A busca por referencial teórico ocorreu entre fevereiro e junho de 2022, nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO Brasil), por meio das palavras-chave: atenção primária em hospitais; contrarreferência hospitalar; atenção básica. Desta busca foram encontrados 17.600 materiais com as palavras-chave “atenção primária em hospitais” e 24.200 artigos com as palavras-chave “contrarreferência hospitalar” e “atenção básica”, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos no idioma português, publicados entre 2012 e 2022,

os quais tratavam do modelo de atenção primária em hospitais, contrarreferência entre o setor hospitalar e a atenção básica. Os critérios de exclusão foram: textos que não condiziam com os objetivos desse estudo, em outro idioma, incompletos ou em duplicidade.

A pré-seleção dos títulos ocorreu por meio da proximidade com a temática desse estudo (totalizando 28 textos), dos quais tiveram seus resumos lidos para a seleção daqueles que melhor atendiam aos critérios de seleção, resultando em onze materiais. A coleta de dados ocorreu por meio da leitura aprofundada, agrupando as evidências de forma hierarquizada (da maior para a menor frequência), sendo apresentados no **Quadro 26.1**.

Sequencialmente, os resultados foram discutidos na categoria temática intitulada “Gestão de recursos hospitalares frente às demandas que poderiam ser atendidas na atenção primária em saúde”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram agrupados, hierarquizados por frequência decrescente e apresentados no **Quadro 26.1**.

Quadro 26.1. Gestão de recursos hospitalares frente às demandas que poderiam ser atendidas na atenção primária em saúde

Direcionar o usuário para outros níveis de atenção conforme a necessidade (contrarreferência) F7 Toldra <i>et al.</i> (2019); Pluta <i>et al.</i> (2018); Ramos <i>et al.</i> (2018); Camelo <i>et al.</i> (2016); Mesquita <i>et al.</i> (2016); Batista <i>et al.</i> (2012); Cecílio <i>et al.</i> (2012)
Identificar as demandas de saúde que poderiam ser acompanhadas pela atenção primária F5 Pinto <i>et al.</i> (2018); Cecílio <i>et al.</i> (2018); Camelo <i>et al.</i> (2016); Mesquita <i>et al.</i> (2016); Cecílio <i>et al.</i> (2012)
Realizar atividades de prevenção às doenças mais prevalentes na clientela atendida F5 Pinto <i>et al.</i> (2018); Cecílio <i>et al.</i> (2018); Camelo <i>et al.</i> (2016); Mesquita <i>et al.</i> (2016); Cecílio <i>et al.</i> (2012)
Otimizar o processo de alta hospitalar: desospitalização e orientações para o pós-alta F2 Brasil (2020); Pereira <i>et al.</i> (2015)
Realizar o acompanhamento telefônico da clientela com maior risco de complicações após a alta hospitalar F1 Toldra <i>et al.</i> (2019)
Ampliar a cultura de segurança: prevenção de infecções relacionadas à assistência em saúde (IRAS); segurança medicamentosa F1 Mesquita <i>et al.</i> (2016)

Legenda: F é a frequência com que o dado foi evidenciado.

Gestão de recursos hospitalares frente às demandas que poderiam ser atendidas na atenção primária em saúde

O direcionamento e a orientação da clientela para outros níveis de atenção (contrarreferência) foi apontada como a estratégia que mais contribui com a otimização de recursos dos hospitais que atendem demandas que poderiam ser realizadas pela atenção primária (TOLDRA *et al.*, 2019; PLUTA *et al.*, 2018; RAMOS *et al.*, 2018; CAMELO *et al.*, 2016; MESQUITA *et al.*, 2016; BATISTA *et al.*, 2012; CECÍLIO *et al.*, 2012).

Ademais, tais orientações poderiam ser feitas por um setor específico ou fluxo definido, a fim de agilizar o encaminhamento e assegurar a continuidade da assistência. É válido destacar, ainda, a importância de se estabelecer uma comunicação com os outros níveis de atenção, especialmente com a atenção primária. Para Batista *et al.* (2012), essa interação entre o serviço hospitalar e os profissionais da atenção primária se configura em um modelo de cuidado integral e partilha de saberes técnicos, científicos e sociais. Além de contribuir com a formação de uma equipe de profissionais que preza pela assistência resolutiva ao usuário, especialmente aquela prestada pela atenção primária.

Ademais, a identificação das demandas de saúde mais prevalentes e a implementação de ações preventivas e de promoção da qualidade de vida são estratégias que diminuem a superlotação e a sobrecarga dos hospitais e que poderiam ser atendidas na atenção primária (PINTO *et al.*, 2018; CECÍLIO *et al.*, 2018; CAMELO *et al.*, 2016; MESQUITA *et al.*, 2016; CECÍLIO *et al.*, 2012).

Para Pinto *et al.* (2018), tal triagem possibilita ao serviço realizar ações educativas e preventivas acerca dos riscos à saúde, promover o autocuidado e o uso correto da medicação. De

modo que pode ser possível reduzir as internações por causas crônicas, quando os usuários estão bem orientados sobre medidas de prevenção em saúde e qualidade de vida e com adequada cobertura regional pela atenção primária; além da disponibilidade de recursos físicos e humanos adequados a fluxos e processos de cuidado.

A otimização do processo de alta hospitalar (desospitalização), o fornecimento de informações relevantes para o cuidado domiciliar, bem como o acompanhamento telefônico da clientela com maior risco de complicações após a alta hospitalar se mostraram como ações de prevenção de intercorrências que podem implicar no retorno ao ambiente hospital (BRASIL, 2020; PEREIRA *et al.*, 2015; TOLDRA *et al.*, 2019).

Nesse sentido, a desospitalização foca em estratégias que diminuam o tempo de permanência do paciente no hospital, por meio de orientações que possibilitem que o cuidado possa ser continuado no ambiente domiciliar (BRASIL, 2020).

Propõe-se aqui, a formação de uma equipe multidisciplinar no hospital para realizar orientações para a alta hospitalar ao paciente e ao seu cuidador, possibilitando o seguimento aos cuidados no domicílio, tais como: higiene e conforto, prevenção de lesões por pressão e de queda, cuidados com dieta, drenos, sondas, curativos e ostomias, controles glicêmicos e pressóricos e medicamentos de uso contínuo. Essa estratégia poderia ser complementada pelo contato do hospital com a unidade de saúde que o paciente pertence (contrarreferência), no intuito de que a equipe da atenção primária realize o acompanhamento desse usuário.

A prevenção de infecções relacionadas à assistência em saúde (IRAS) e do risco medicamentoso também emergiram como estratégias que diminuem o número de atendimentos

hospitalares por situações que poderiam ser tratadas pela atenção primária ou, se bem orientadas, poderiam evitar complicações que chegariam ao serviço hospitalar (MESQUITA *et al.*, 2016).

Para Mesquita *et al.* (2016), as UBS frequentemente realizam coletas de sangue, administração de medicamentos, troca de curativo e outros procedimentos que exigem técnicas assépticas para evitar a contaminação cruzada, infecções e internações hospitalares indesejadas. Assim, uma cultura de segurança exigiria da equipe o engajamento para reconhecer e gerenciar os eventos adversos que envolvem a assistência à saúde, tais como o uso inadvertido de medicamentos de uso contínuo e as complicações decorrentes de enfermidades crônicas mal controladas.

Nesse sentido, o gestor tem a responsabilidade de promover condições para que a equipe de profissionais possa estabelecer uma comunicação eficaz, identificar os riscos ou fragilidades do serviço, promover o autocuidado e prevenir danos assistenciais. Conforme Cavalcante *et al.* (2019), a comunicação efetiva e as ações de prevenção e redução de danos assistenciais estão diretamente relacionadas à segurança do paciente.

CONCLUSÃO

Esse estudo constatou que algumas ações poderiam ser adotadas pelos gestores hospitalares frente às demandas de saúde menos urgentes que poderiam ser atendidas pela atenção primária. Tais ações estratégicas de gestão otimizariam o acolhimento, o direcionamento e a resolutividade das demandas de saúde, visto que, quando o usuário é bem informado, a probabilidade de ele buscar por atendimento médico em outros níveis de atenção, que não seja a atenção primária, ocorre com menor frequência.

Assim, percebe-se que a contrarreferência e a parceria hospitalar com as UBS se mostram como aliadas na otimização de recursos destinados para o atendimento dessa população que recorre aos hospitais, além de gerar um fluxo adequado para os usuários conforme a capacidade de cada nível de atenção à saúde, não sobrecarregando os hospitais.

Para tal, o gestor de saúde deve investir na educação continuada dos profissionais e em parcerias com as unidades de atenção primária para efetivar ações de acolhimento, orientações para a alta hospitalar e a contrarreferência. Essas medidas promovem agilidade, resolutividade e um adequado fluxo de acompanhamento desses usuários, bem como evitam a superlotação e a sobrecarga dos profissionais dos hospitais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BATISTA, M.M.D.S.L. *et al.* A experiência dos residentes multiprofissionais em atenção hospitalar na atenção básica. *Revista Ciência em Extensão*. v. 8, p. 170, 2012.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. *Diário Oficial da União*, n. 98, 25 maio 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Essa portaria estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Desospitalização: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional. Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. O que é atenção primária à saúde (SAPS)? Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde. 2022.
- CAMELO, M.S. *et al.* Acolhimento na atenção primária à saúde na ótica de enfermeiros. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 29, p. 463, 2016.
- CAVALCANTE, E.F.D.O. *et al.* Implementação dos núcleos de segurança do paciente e as infecções relacionadas à assistência à saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 40, 2019.
- CECILIO, L.C.D.O. *et al.* A atenção básica à saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Revista Saúde e Ciência Coletiva*, v. 17, p. 2893, 2012.
- CECILIO, L.C.D.O. *et al.* Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, 2018.
- ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA – ENSP. Sistema Universidade Aberta do SUS. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. 2014.
- MESQUITA, K.O.D. *et al.* Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Revista Cogitare Enfermagem*, v. 21, 2016.
- MINAS GERAIS. Secretaria do Estado de Saúde – SES-MG. Sistema único de Saúde – SUS. 2022.
- MOLL, M. F. *et al.* O conhecimento dos enfermeiros sobre as redes de atenção básica a saúde. *Revista de Enfermagem UFPE*, v. 11, p. 86, 2017.
- PEREIRA, K.M. *et al.* Atuação do enfermeiro no preparo para a alta hospitalar de pacientes cirúrgicos. *Revista de pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, v. 7, p. 1756, 2015.
- PINTO, L. *et al.* Do Programa à Estratégia da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v. 6, p. 1903, 2018.
- PINTO, L.F. *et al.* Do programa à estratégia saúde da família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Revista Saúde e Ciência Coletiva*, v. 23, p. 1903, 2018.
- PLUTA, P. *et al.* Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde na perspectiva da equipe multidisciplinar. *Salão do Conhecimento de Unijuí, XXVI Seminário de Iniciação Científica de Unijuí*, out. 2018.
- RAMOS, E.A. *et al.* Humanização na Atenção Primária à Saúde. *Revista Médica de Minas Gerais*. v. 28, p. 176, 2018.
- TOLDRA, R.C. *et al.* Em busca de atenção em rede: contribuições de um programa de residência multiprofissional no âmbito hospitalar. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 27, p. 584, 2019.

Índice Remissivo

- Ação judicial 127
Acesso 162
Adolescência 93
Assistência de saúde universal 116
Atenção básica 1, 187
Atenção primária à saúde 6, 21, 27, 67, 135, 162, 187
- Câncer de pulmão 111
Comércio 14
Coronavírus 14
Covid-19 41, 57, 145
Cuidados de enfermagem 153
Cuidados paliativos 168
Cuidados primários 67
- Depressão 135
Diabetes mellitus 79
Diagnóstico tardio 79
Doença cardiovascular 49
Doenças 62
Doenças crônicas não transmissíveis 79
Drogas 93
- Educação 6
Educação em saúde 181
Educação em saúde pública 111
Enfermagem 153
Enfermeiro 127
Epidemiologia 62, 86
Espiritualidade 168
Estratégia saúde da família 21
Ética profissional 127
- Fibrose cística 1
Fisioterapia 6
- Gestão hospitalar 187
- Hanseníase 86
- Idoso 32, 102
Incidência 86
Incontinência urinária 21
Infecção por coronavírus 41
Instituição de longa permanência para idosos 32
- Meningite 62
Mycobacterium tuberculosis 102
- Pandemia 145
Pé diabético 153
Política de saúde 116
População privada de liberdade 72
Prevenção de doenças 111
Psicologia 57
- Reabertura 14
Residência médica 145
- Saúde do idoso institucionalizado 32
Saúde pública 1, 49, 72, 168
Síndrome pós-Covid 41
Sistema Único de Saúde 67
- Tabagismo 49
Terapia nutricional 135
Transexualidade 116
Transgênero 27
Transsexual 162
Tuberculose 72
Tuberculose pulmonar 102
- Unidades de saúde 181
- Vacinação 57
Verminoses 181
Vulnerabilidade 93
Vulnerabilidade em saúde 27