



Rodrigo D'avila Lauer
(Organizador)

SAÚDE PÚBLICA & SAÚDE COLETIVA

definições e debates em sua constituição


Ano 2023



Rodrigo D'avila Lauer
(Organizador)

SAÚDE PÚBLICA & SAÚDE COLETIVA

definições e debates em sua constituição

 **Atena**
Editora
Ano 2023

Editora chefe

Prof^a Dr^a Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Camila Alves de Cremo

Ellen Andressa Kubisty

Luiza Alves Batista

Nataly Evilin Gayde

Thamires Camili Gayde

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2023 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2023 Os autores

Copyright da edição © 2023 Atena

Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena

Editora



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

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

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

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

Conselho Editorial

Ciências Biológicas e da Saúde

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

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

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

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

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

Profª Drª Camila Pereira – Universidade Estadual de Londrina

Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto

Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí

Profª Drª Danyelle Andrade Mota – Universidade Tiradentes

Prof. Dr. Davi Oliveira Bizerril – Universidade de Fortaleza

Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina

Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília

Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina

Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco

Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra

Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras

Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria

Prof. Dr. Guillermo Alberto López – Instituto Federal da Bahia

Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia

Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco

Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará

Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Delta do Parnaíba–UFDP

Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe

Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Kelly Lopes de Araujo Appel – Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal

Profª Drª Larissa Maranhão Dias – Instituto Federal do Amapá

Profª Drª Livia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Luciana Martins Zuliani – Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas

Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará

Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins

Prof. Dr. Max da Silva Ferreira – Universidade do Grande Rio

Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá

Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados

Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino

Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora

Profª Drª Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará

Profª Drª Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense

Profª Drª Taísa Ceratti Treptow – Universidade Federal de Santa Maria

Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí

Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Saúde pública e saúde coletiva: definições e debates em sua constituição

Diagramação: Ellen Andressa Kubisty
Correção: Soellen de Britto
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizador: Rodrigo D'avila Lauer

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)	
S255	Saúde pública e saúde coletiva: definições e debates em sua constituição / Organizador Rodrigo D'avila Lauer. - Ponta Grossa - PR: Atena, 2023. Inclui bibliografia ISBN 978-65-258-1741-5 DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.415230109 1. Saúde pública. I. Lauer, Rodrigo D'avila (Organizador). II. Título. CDD 362.1
Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166	

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

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

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

DECLARAÇÃO DA EDITORA

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

A saúde pública brasileira é um modelo de atenção à população que serve como modelo de atenção à saúde mundial. O livro “Saúde pública e saúde coletiva: definições e debates em sua constituição” é uma obra que tem como foco a proposição e divulgação científica por intermédio dos trabalhos que compõe esta obra. O volume aborda de maneira interdisciplinar estudos que transitam no caminho da saúde pública.

O objetivo é apresentar trabalhos desenvolvidos em instituições de ensino e pesquisa do país, tendo como foco principal a abordagem de temas sobre aspectos da saúde coletiva/saúde pública e suas implicações no contexto da saúde brasileira.

É importante compreender as temáticas no campo da saúde pública e suas abordagens e implicações no campo do Sistema Único de Saúde – SUS. Nesse contexto é necessário desenvolver estudos que esclareçam e gerem conhecimento na área.

Essa obra aborda diversos temas com a proposta de fundamentar o conhecimento de acadêmicos, mestres, doutores e todos aqueles que de algum modo se interessam pela saúde pública.

A obra Saúde pública e saúde coletiva: definições e debates em sua constituição, apresenta de maneira fundamentada os resultados práticos obtidos pelos diversos professores e acadêmicos que desenvolveram seus trabalhos que aqui serão apresentados de maneira concisa e didática. Convido você a prestigiar e aproveitar esta obra, utilizando seus estudos para a disseminação do conhecimento. Ainda, pela importância da divulgação científica, destaco o trabalho e a estrutura da Atena Editora em possibilitar à oferta de uma plataforma consolidada e confiável para estes pesquisadores publicarem seus estudos.

Rodrigo D'avila Lauer

CAPÍTULO 1 1**A VIOLÊNCIA REFLETIDA EM ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI E AS POLÍTICAS PÚBLICAS**

Jhéssica Marques Fonseca
 Beatriz Pralon Nascimento Casthologe Coutinho
 Rubens José Loureiro
 Fabiana Rosa Neves Smiderle

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4152301091>

CAPÍTULO 2 12**ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER**

Simone Souza de Freitas
 Loyane Figueiredo Cavalcanti Lima
 Rafael Heleno de Lima
 Emmanuela Kethully Mota dos Santos
 Raquel de Almeida da Silva
 Maria Luiza Santos Cosenza
 Vitória Ariane de Paula Jesus
 Nathália de Moura Figueiredo
 Isabella Fernandes Nogueira
 Giovanna Barbosa Mendes
 Beatriz Cavalcanti Pimentel Guerra
 Raíza Rúbia de Vasconcelos
 Brena Karla Batista da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4152301092>

CAPÍTULO 3 23**CUIDADO DE ENFERMAGEM ÀS CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA: SOB O OLHAR DA INTEGRALIDADE**

Gênesis Vivianne Soares Ferreira Cruz
 Andressa Fernanda Matias Oliveira Bello
 Thayná Correa de Moraes
 Manuela Ribeiro Moraes Dias

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4152301093>

CAPÍTULO 4 36**NEGLIGÊNCIA CONTRA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO ESPÍRITO SANTO**

Júlia Ellen da Silva Parreira
 Tiffani Matos Oliveira
 Loys Lene da Costa Siqueira
 Márcia Regina de Oliveira Pedroso
 Franciéle Marabotti Costa Leite

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4152301094>

CAPÍTULO 5 49**POBREZA MENSTRUAL E A DESMORALIZAÇÃO DOS INDIVÍDUOS DO SEXO BIOLÓGICO FEMININO: UMA REVISÃO NARRATIVA**

Ludmila Souza Farias
 Ana Júlia Cavalcante Dobbins

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4152301095>

CAPÍTULO 6	55
QUALIDADE DE VIDA E SATISFAÇÃO SEXUAL NA MULHER PORTUGUESA	
Eugénia Maria Garcia Jorge Anes	
Ana Liliana Rodrigues	
Ana Maria Nunes Português Galvão	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.4152301096	
CAPÍTULO 7	66
PRÉ-ECLÂMPSIA: A IMPORTÂNCIA DA ANÁLISE DOS GASTOS EM SAÚDE PARA GESTÃO DO SUS	
Eduarda Wagner Crestani	
Gabrielle Hort Assunção	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.4152301097	
CAPÍTULO 8	79
PERCEPÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE SOBRE OS DESAFIOS E POTENCIALIDADES DO SEU TRABALHO NO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DE COVID-19	
Kelice Macedo Souza	
Fabiana Santos Lucena	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.4152301098	
CAPÍTULO 9	90
RELATO DE EXPERIÊNCIA EM GRUPO TERAPÊUTICO: PREVENÇÃO DE RECAÍDAS NO CAPS AD DE FOZ DO IGUAÇU	
Ana Luiza Minatti Attuy	
Lorraine Vieira Savedra	
Luís Alexandre Montecinos de Almeida	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.4152301099	
CAPÍTULO 10.....	99
SÍNDROME DA APNEIA E HIPOPNEIA OBSTRUTIVA DO SONO E SUA RELAÇÃO COM O RISCO CARDIOVASCULAR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	
Gustavo Rosa Bianchini	
Denise Krieger	
Jenifer Ludwig	
Laís de Souza Dias	
Rita Peluso Velho	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.41523010910	
SOBRE O ORGANIZADOR	108
ÍNDICE REMISSIVO	109

A VIOLÊNCIA REFLETIDA EM ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI E AS POLÍTICAS PÚBLICAS

Data de submissão: 01/08/2023

Data de aceite: 01/09/2023

Jhéssica Marques Fonseca

Mestranda do Programa de pós-graduação Stricto Senso em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Vitória- ES
<http://lattes.cnpq.br/0872786727339713>

Beatriz Pralon Nascimento Casthologe Coutinho

Graduanda de Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Vitória- ES
<https://lattes.cnpq.br/9196728924578489>

Rubens José Loureiro

Professor Doutor Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Vitória- ES
<http://lattes.cnpq.br/7309575020715694>

Fabiana Rosa Neves Smiderle

Professor Doutor Programa de pós-graduação Stricto Senso em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM.
Vitória- ES

<http://lattes.cnpq.br/7799566924896632>

RESUMO: Introdução: A violência tem se apresentado como um problema coletivo de intensa preocupação, estando cada vez mais grave e atingindo todos os níveis sociais. Entre as variadas formas de violência, este estudo dedicou-se a analisar sobre o processo de violência que adolescentes/jovens em cumprimento de medida socioeducativa vivenciaram.

Objetivo: Compreender o fenômeno da violência nos adolescentes em conflito com a lei, que cumprem medida socioeducativa de internação provisória e a sua relação com o ato infracional. **Método:** A revisão integrativa é uma metodologia de pesquisa que busca integrar resultados de diferentes estudos em um único trabalho, a fim de esclarecer questões de saúde em um nível mais abrangente. O objetivo dessa abordagem é fornecer uma síntese completa e atualizada da literatura em um determinado interesse. **Resultados:** As políticas públicas de proteção à criança e ao adolescente, representadas principalmente pelo ECA, são cruciais para garantir os direitos e a dignidade desses jovens. No entanto, o texto ressalta que as medidas

socioeducativas precisam ser mais efetivas, levando em conta as complexidades da vida dos adolescentes em conflito com a lei e as condições sociais em que vivem. **Conclusão:** A questão da violência e da delinquência na adolescência é multifacetada, exigindo uma abordagem abrangente que considere os fatores sociais, familiares e individuais envolvidos. A promoção de políticas públicas mais efetivas e ações integradas entre sociedade, governo e família são fundamentais para enfrentar esse desafio é oferecer aos adolescentes em conflito com a lei oportunidades de reintegração e ressocialização.

PALAVRAS-CHAVE: Violência. Adolescente em conflito com a lei. Medidas Socioeducativas. Políticas Públicas.

VIOLENCE REFLECTED IN ADOLESCENTS IN CONFLICT WITH THE LAW AND PUBLIC POLICIES

ABSTRACT: Introduction: Violence has been presented as a collective problem of intense concern, becoming increasingly serious and reaching all social levels. Among the celebrated forms of violence, this study analyzed the process of violence that adolescents/youths in compliance with socio-educational measures experienced. **Objective:** To understand the phenomenon of violence in adolescents in conflict with the law, who are serving a socio-educational measure of provisional detention and its relationship with the infraction. **Method:** The integrative review is a research methodology that seeks to integrate results from different studies into a single work, in order to clarify health issues at a broader level. The aim of this approach is to provide a complete and up-to-date synthesis of the literature on a given interest. **Results:** Public policies to protect children and adolescents, mainly represented by the ECA, are crucial to guarantee the rights and achievement of these young people. However, the text points out that socio-educational measures need to be more effective, taking into account the complexities of the lives of adolescents in conflict with the law and the social conditions in which they live. **Conclusion:** The issue of violence and delinquency in adolescence is multifaceted, with a comprehensive approach that considers social, family and individual factors involved. The promotion of more effective public policies and integrated actions between society, government and family are essential to face this challenge and to offer adolescents in conflict with the law opportunities for reintegration and resocialization.

KEYWORDS: Violence. Teenager in conflict with the law. Educational measures. Public policy.

1 | INTRODUÇÃO

A violência abrange um problema de saúde pública e para a Organização Mundial da Saúde (OMS) caracteriza-se como o “uso intencional da força ou poder em uma forma de ameaça ou efetivamente, contra si mesmo, outra pessoa ou grupo ou comunidade, que tem grandes probabilidades de ocasionar lesão, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privação” (KRUG et al., 2002).

Vários são os fatores que se relacionam a tal violência, podemos citar: pobreza, desigualdade social, violação de direitos, luta por posse de terra, desemprego estrutural, consumismo influenciado pela mídia, estruturas familiares fragilizadas, rebeldia, resistência

ao sistema social, visibilidade territorial, crime organizado, uso de drogas ilícitas, entre outros (SILVA, 2007).

Assim, nesta perspectiva, podemos concluir que “a violência tem idade, sexo, cor e classe social” (ALBERTO, 2017, p. 19) e que “ao mesmo tempo em que os adolescentes praticam violência, também são vítimas dela” (PEREIRA, 2002).

A adolescência é analisada como um período de transição da fase da infância para a fase adulta, em que ocorrem diversas transformações nos aspectos físicos, sociais e cognitivos. No Brasil, legalmente considera-se adolescência a faixa etária de 12 a 18 anos de idade, regra expressa na Lei Federal de n 8.069 de 1990, denominada Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA. Nesse documento, estão previstos o direito à vida e outras particularidades, que devem ser garantidos a todas as crianças e adolescentes, através da efetivação de políticas sociais públicas (BRASIL, 1990).

A fase da adolescência apresenta características típicas perpassando pela insegurança e pelo desajustamento em relação ao mundo, por críticas à sociedade, pela revolta e indignação. Essas transformações, vinculadas a outros fatores de risco, fazem com que os adolescentes estejam suscetíveis à exposição em situações gravosas e violações de direitos (BONOME, 2014)

Quando o adolescente comete qualquer tipo de ato infracional, está sujeito às medidas socioeducativas (advertência, obrigação em reparar o dano, prestação de serviço à comunidade, liberdade assistida, inserção em regime de semiliberdade e internação em estabelecimento educacional) previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990).

No estado do Espírito Santo estima-se que a população de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas somava-se 543 adolescentes/jovens em 01 de julho de 2022. De acordo com o relatório estatístico do Observatório Digital da Socioeducação, do Instituto de Atendimento Socioeducativo do Espírito Santo – IASES os tipos de ato infracional mais cometidos por adolescentes no Espírito Santo estão relacionado aos crimes contra o patrimônio (roubo, furto, extorsão, estelionato, receptação, etc.), à lei antidrogas (tráfico de drogas e associação ao tráfico) e aos crimes contra a pessoa (homicídio, lesão corporal, ameaça, etc.) (IASES, 2022).

Dito isso, a violência engloba um problema de saúde pública que exige estratégias, plano de ações articuladas e complementares, convergindo a um foco que responsabiliza o adolescente que transgrediu a lei em um dado momento. Outro ponto, é que esse adolescente seja responsável segundo a um estatuto específico para sua idade, onde este aborda direitos e deveres que demanda ações de caráter preventivo, que sejam eficazes e que caracterizem as medidas socioeducativas que devem ser tomadas.

2 | ADOLESCÊNCIA: A CONSTRUÇÃO DE UM CONCEITO

A origem histórica do conceito de adolescência é recente. Entretanto, desde sua invenção, a adolescência revelou-se um conceito obrigatório e desafiador. Observa-se, na literatura contemporânea, uma tendência à patologização de processos naturais que na verdade fazem parte de estratégias da sobrevivência e da tentativa de muitos adolescentes em manterem um frágil equilíbrio emocional (COSTA e MARIA, 1999).

O termo “crise de identidade” foi cunhado por Erik Erikson (1968). Esse autor acredita que a principal tarefa da adolescência é o desenvolvimento da identidade do ego, considerando o conflito e a integração como partes inevitáveis da adolescência. A abordagem psiquiátrica (RUTTER, 1987) enfatiza aspectos genéticos e psicopatológicos do próprio adolescente, localizando a patologia no indivíduo.

No complexo mundo da globalização, onde múltiplas e desconexas são as informações, solicitações e exigências, as pessoas vivem de modo mais cruel uma enorme insegurança quanto às próprias possibilidades. Nada mais parece organizado em suas vidas e as expectativas nem sempre vão ser atendidas, ao mesmo tempo em que se avolumam numa proporção assustadora. Segundo Costa et al (1999), essa falta de perspectiva quanto ao futuro gera uma necessidade de auxílio dos adultos, muito forte, em contraste com uma maior autonomia esperada durante a adolescência, criando um paradoxo difícil de ser percebido.

A busca de identidade é um aspecto essencial da experiência de adolecer e os problemas relativos à identidade com frequência constituem uma zona de conflito importante. É dentro do contexto familiar que o adolescente realiza esta busca de identidade. Muitas situações dentro da família podem provocar uma crise de identidade, tais como: uma crise conjugal, o fato de um membro da família ter uma doença crônica. A maturidade do adolescente é adquirida dentro do contexto de uma progressiva e mútua definição da relação entre pai e filho. O papel de um terapeuta de família, nesse contexto, seria o de incentivar negociações entre as gerações e nesse processo de negociação, o adolescente constrói um conceito de si mesmo e uma confirmação de respeito mútuo. (FISHMAN, 1988).

Sendo assim, o conceito de adolescência é relativamente recente, mas desde sua criação, tem sido um tema desafiador. Há uma tendência contemporânea de patologizar processos naturais da adolescência, que na verdade fazem parte de estratégias de sobrevivência e equilíbrio emocional dos jovens. A globalização e o mundo complexo em que vivemos geram inseguranças sobre o futuro, aumentando a necessidade de auxílio dos adultos, o que pode entrar em conflito com a autonomia esperada durante a adolescência.

3 | OS IMPACTOS DO CONTEXTO DA VIOLÊNCIA NA CONSTRUÇÃO DO ADOLESCENTE EM CONFLITO COM A LEI

O processo de socialização primária de crianças e adolescentes ocorre no contexto familiar, que estabelece formas e limites para as relações interpessoais e assim prepara o indivíduo para um convívio social mais amplo. Cabe citar que a estrutura familiar tem um papel fundamental na constituição psíquica dos indivíduos, atuando na construção da personalidade e influenciando no comportamento individual através das práticas educativas adotadas naquele âmbito familiar (SCHENKER & MINAYO, 2003).

Em uma primeira análise, pode ser identificado que de forma geral, grande parte dos adolescentes envolvidos com a prática de atos infracionais não vive em um lar composto de pai e mãe. A grande maioria dos adolescentes em conflito com a lei vem de uma estrutura familiar em que os pais são separados, porém vivos, sendo que, em muitos casos, os adolescentes nunca conheceram ou tiveram contato com seu pai. Constata-se também a presença da mãe como chefe de família e, em outros casos, identifica-se que a vivência na rua se torna uma alternativa de vida para os adolescentes (CARVALHO & GOMIDE, 2005).

Nesse contexto de desqualificação e desvalorização social da família desses jovens, ocorrem rompimentos com esse núcleo primário de socialização, levando os indivíduos à rua, originando situações em que o discurso social, em substituição ao discurso dos pais, evidencia a carência afetiva, pois oferece a esses adolescentes um lugar previamente estabelecido enquanto indivíduo delinquente. A “delinquência”, nesse contexto, pode ser entendida como uma forma de conferir algum tipo de valor a este indivíduo, constituindo-se como única possibilidade de nomeação e de identidade em muitos casos (ROSA, 1999).

Nota-se nesses casos uma série de vulnerabilidades, contexto no qual podem ser identificados a desqualificação para o trabalho, o desemprego, o baixo nível de escolaridade, o analfabetismo, a ausência de algum dos genitores, a violência física e psicológica, problemas de relações interpessoais e de comunicação (FEIJÓ & ASSIS, 2004).

Outros autores como Priuli e Moraes (2007) encontraram dados semelhantes, pois identificaram situações de vulnerabilidade pessoal e familiar em adolescentes institucionalizados pela prática de ato infracional. Nesse viés, as pesquisas desses autores demonstram que, antes de se tornarem autores de violência, estes jovens foram vítimas de situações desfavoráveis ao desenvolvimento. Diante de tais considerações, verificaram que a maioria dos jovens residia em uma área cuja precariedade social é revelada pela existência de poucos equipamentos sociais; essas áreas eram caracterizadas por uma maioria populacional de menor poder aquisitivo e baixo nível de escolaridade.

A família do adolescente em conflito com a lei tem uma forte influência tanto na aquisição quanto na manutenção dos comportamentos infratores, porém, as autoras ressaltam a importância da família também na extinção desses mesmos comportamentos (Carvalho e Gomide, 2005).

Contudo, a família não é a única instituição responsável pela educação dos jovens, pois é preciso considerar que a família faz parte de uma rede social mais ampla, atravessada por uma série de falhas e vulnerabilidades, principalmente se levarmos em conta a escola e o ambiente de trabalho. Marin (2002) sugere a implantação de medidas educativas e laborais mais significativas para os adolescentes em conflito com a lei, bem como o desenvolvimento de atividades comunitárias com o objetivo de transcender às falhas da rede.

Em sintonia com um processo mundialmente vivido desde o último terço do século passado, o Brasil vem experimentando um crescimento contínuo nos índices de criminalidade. Tal aumento produziu seus efeitos mais evidentes na virada da década de 80 para a década de 90, quando o país – especialmente suas grandes capitais – vivenciou um súbito aumento na prática dos crimes ditos violentos, a saber, aqueles nos quais a integridade física da vítima pouco representa se considerada como empecilho à efetivação do intento criminoso (MARIN, 2002).

Nesse período começam a surgir seqüestros de repercussão nacional, crescimento vertiginoso da prática de roubos, além dos efeitos colaterais do tráfico, fatores estes que associados provocaram notórias alterações no comportamento do brasileiro, além de reverberarem na produção legislativa e na elaboração de políticas públicas com o objetivo declarado de combater e reduzir os níveis de criminalidade (ROSA, 1999).

De um modo mais amplo, pode-se pensar que a presença de violência, principalmente doméstica, na história de vida destes adolescentes, é um indício da presença de um histórico de outras violências, sobretudo de uma violência estrutural, relacionada às condições socioeconômicas de vida (MARIN, 2002).

De forma geral, em nossa sociedade brasileira, verifica-se que os adolescentes em conflito com a lei vivem em regiões mais precárias, fortemente marcadas pela presença de criminalidade e do tráfico de drogas. As fragilidades identificadas nas composições familiares desses adolescentes que cometem atos infracionais também fazem parte desse contexto de violência estrutural, à medida que estas se encontram carentes de amparo social. Essas ideias são desenvolvidas por diversos autores em seus estudos, e sugerem a importância de se ampliar a discussão, envolvendo o contexto social em que se desenvolvem os adolescentes e suas famílias (SILVA & HUTZ, 2002).

Na falta de um referencial preciso para a acolhida de suas angústias e diante do fracasso da estrutura familiar nesse processo, o cometimento do ato infracional e a utilização da violência como forma de expressão por parte dos adolescentes acaba por se tornar seu *modus operandi*; uma espécie de resposta rápida diante da inexistência de limites que imponham ao sujeito a escolha de meios legítimos para o alcance dos padrões de pertencimento à sociedade de consumo (WINNICOTT, 1996).

Nessa perspectiva, não é de se estranhar que a violência ou o crime sejam o caminho escolhido por muitos adolescentes para o alcance desses objetos significantes da

identificação e do pertencimento social (MARIN, 2002).

Sendo assim, o processo de socialização primária que ocorre no contexto familiar tem papel fundamental na constituição psíquica dos indivíduos, onde atuam na construção de personalidade e comportamento individual. Ou seja, a falta de um referencial na vida desse adolescente pode facilitar a utilização de violência como forma de expressão.

4 | CONTEXTUALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE

O Brasil é um país com uma grande população infantil. Sendo assim, a condição das crianças e adolescentes na sociedade brasileira é motivo de debates e preocupação em relação aos cuidados e à proteção que deve ser dada a esse grupo. Isso porque o tratamento dado a esses indivíduos deve estar de acordo com as suas necessidades, buscando a sua inclusão social e o desenvolvimento de suas capacidades. Dessa forma, com a finalidade de garantir a dignidade das crianças e adolescentes no Brasil, a legislação nacional conta com diversos instrumentos de defesa dos direitos das crianças e dos adolescentes, sendo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) o mais importante destes instrumentos (BRITO, 2003).

Em uma perspectiva histórica, não faz muito tempo que a questão da responsabilidade penal dos “menores de idade” não tinha uma abordagem específica do ponto de vista técnico. Esta questão está necessariamente atrelada ao surgimento dos códigos penais de corte, no século XIX (BRITO, 2003).

Segundo Saraiva (1999), o direito da infância e juventude seguiu uma linha histórica, tendo iniciado de maneira meramente punitiva, tendo como referência os Códigos de Menores e depois o Código de Mello Matos. Nesse período, havia pouca distinção entre criança e adolescente, sendo estes tratados como ‘coisas’.

A partir da incidência da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, crianças e adolescentes deixaram-se de ser vistos como objetos e iniciou-se o processo de regulamentação da legislação de proteção da infância e da juventude garantida como prioridade absoluta no artigo 227 da Carta Magna: “É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.” (BRASIL, 1988).

Em seguida, temos a extinção do Código de Menores e a construção do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei Federal de n. 8.069 de 1990. A partir desse marco histórico, independentemente de sua classe social, raça e credo, crianças e adolescentes estão submetidos a uma mesma legislação e são entendidos como cidadãos e sujeitos de

direitos (CARVALHO & GOMIDE, 2005).

Nesse sentido, podemos considerar que o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) é produto de um processo de grande mobilização social, sendo um marco histórico no desenvolvimento das lutas pelos direitos atrelados à infância e à adolescência a nível nacional. Nesse contexto, deve ser levado em consideração a proposta desse novo estatuto no que diz respeito a um novo olhar com relação às políticas públicas vigentes e sua relação com os direitos da criança e do adolescente (DESSEN, 2010).

O ECA apresenta-se organizado em três eixos fundamentais: o primeiro, das políticas públicas universais, que engloba todas as crianças e adolescentes; o segundo aborda as crianças e os adolescentes que sofrem ou que tenham os seus direitos violados, e o terceiro campo no qual a socioeducação se encontra (SILVA & HUTZ, 2002).

A infração juvenil tem sido abordada sob enfoques diversos visando sua compreensão e enfrentamento. Trata-se de um fenômeno cuja natureza multifatorial impede adoção de modelos explicativos e propostas de intervenção de cunho reducionista, linear e determinista. Tais modelos, por pressupõem relações causais diretas entre as variáveis de um fenômeno, não dão conta da multiplicidade de formas através das quais o mesmo encontra expressão (SILVA & HUTZ, 2002).

As diferentes trajetórias de envolvimento e não-envolvimento de adolescentes com o ato infracional revelam a complexa combinação de fatores que os predispõem ao risco, e também, daqueles que podem protegê-los. A identificação de dispositivos efetivamente capazes de auxiliar adolescentes em conflito com a lei não é tarefa fácil. Além dos muitos fatores envolvidos na questão, a literatura mostra uma tendência à não-sistematização de grande parte das ações empreendidas neste campo, mesmo entre as que sugerem novos e promissores caminhos (DINIZ, 2001).

Com relação às conquistas alcançadas a partir dos novos parâmetros normativos, os adolescentes em conflito com a lei não tem sido atendidos segundo a especificidade de seu período de formação. Tampouco tem sido possível modificar a condição de vulnerabilidade em qual se encontram. Levantamentos realizados no Brasil mostram que as condições de aplicação das medidas socioeducativas têm sido inadequadas à promoção do desenvolvimento dos jovens (DINIZ, 2001).

De acordo com Garbarino (1999), o elevado risco vivenciado por esse grupo deve-se exatamente a essa combinação de fatores. Portanto a reabilitação com enfoque preventivo não deve restringir-se à prática infracional, mas se estender às condições que predispõem a tantos agravos, exigindo intervenções de maior impacto na vida dos adolescentes.

O descrédito atribuído às instituições de atendimento ao adolescente em conflito com a lei deriva, em geral, dos resultados negativos advindos da inadequação da estrutura ou da ineficácia dos programas no fornecimento de apoio e proteção necessários ao jovem na superação de suas dificuldades (BAZON, 2002; BRITO, 2003).

Sendo assim, torna-se cada vez mais urgente que as medidas socioeducativas

desempenhem papel protetivo num projeto ético e coletivo de produção de sentidos renovadores aos adolescentes atendidos pelo sistema.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presença de menores na criminalidade está acontecendo cada vez mais cedo e a maioria dos atos infracionais está ligado a adolescentes com desestruturação familiar e financeira, onde torna-se evidente um problema que transcende as fronteiras sociais e demográficas.

A família desempenha um papel crucial na formação e socialização dos adolescentes, e quando essa estrutura é fragilizada ou ausente, os jovens podem se sentir desamparados e vulneráveis, buscando referências externas, nem sempre positivas. A falta de limites e o fracasso da estrutura familiar podem levar à utilização da violência como uma resposta rápida a uma sociedade onde as expectativas não são atendidas.

É imprescindível que a sociedade e os governos atuem de forma integrada para combater a violência e proteger os adolescentes e que se envolvam na construção de um ambiente acolhedor e de oportunidade, incluindo o desenvolvimento de políticas públicas que atuem nas raízes dos problemas, como a pobreza e desigualdade. Além disso, as intervenções eficazes devem incluir não apenas ações repressivas, mas também o desenvolvimento de programas socioeducativos, medidas educativas e laborais significativas, e a promoção de atividades comunitárias que transcendam as falhas da rede social.

Em suma, é preciso enxergar os adolescentes em conflito com a lei como sujeitos que enfrentam múltiplos desafios, influenciados por uma série de fatores sociais, econômicos e psicológicos. Somente por meio de um esforço conjunto da sociedade, governos, famílias e profissionais de diversas áreas será possível desenvolver abordagens mais efetivas para a proteção, reintegração e ressocialização desses jovens, proporcionando-lhes uma chance de construir um futuro mais promissor para si mesmos e para a sociedade como um todo.

REFERÊNCIAS

ALBERTO, M. D. S. O. P. L. As medidas socioeducativas aplicadas pelo Creas em Ituiutaba/MG, na perspectiva da família e do adolescente, autor de ato infracional. **Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social)** – Universidade Federal de Uberlândia. Minas Gerais, p. 123. 2017.

BAZON, M. R. (2002). Psicoeducação. Teoria e Prática para a Intervenção junto a Crianças e Adolescentes em Situação de Risco Psicossocial. Ribeirão Preto: Holos.

BONOME, K. R. D. C. Direitos humanos e o sistema penal juvenil: a dignidade humana nas práticas e discursos no Centro de Internação para adolescentes de Anápolis em Goiás. **Dissertação (Mestrado em Direitos Humanos)** – Universidade Federal de Goiás. Goiás, p. 165. 2014.

BRASIL (1990). **Lei no. 8.069, de 13 de julho de 1990** – dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Brasília: Palácio do Planalto.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília. DF. 2006

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). **Lei Federal 8.069/1990**. Brasília

BRITO, L. M. T. (2003). Encruzilhadas do sistema socioeducativo. **Psicologia Clínica** (Revista de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro), 5(1).

CARVALHO, M. C. N., & GOMIDE, P. I. C. (2005). Práticas educativas parentais em famílias de adolescentes em conflito com a lei. **Estudos de Psicologia**, 22(3),

COSTA, L. & Maria J. S. (1999). A Adolescência Prolongada: Característica da Pós-Modernidade? Em Beijo, A, Oliveira, D, Lucindo, M. E., Filgueiras, S. (Orgs.). O Adolescente e a Modernidade. (pp.187-195), Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

DESSEN, M. A. (2010). Estudando a família em desenvolvimento: desafios conceituais e teóricos. **Psicologia Ciência e Profissão**, 30(Num. Esp.)

Diniz, A. P. (2001). O discurso psicológico nos pareceres sobre adolescentes com medida judicial de internação. Dissertação de Mestrado não-publicada, Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ. Rio de Janeiro, RJ.

ERIKSON, E. (1968). **Identity: youth and crisis**. New York: Norton

FEIJÓ, M. C., & ASSIS, S. G. (2004). O contexto de exclusão social e de vulnerabilidades de jovens infratores e de suas famílias. **Estudos de Psicologia**, 9(1),

FISHMAN, H. C. (1988). **Treating Trouble adolescents: A Family Therapy approach**. New York: Basic.

GARBARINO, J. (1999). **Lost Boys**. Why our sons turn violent and how we can save them. New York: The Free Press.

IASES. Observatório Digital da Socioeducação. 2022. Disponível em: <https://iases.es.gov.br/observatorio-digital-da-socioeducacao>

KRUG E.G et al., eds. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002

MARIN, I. S. K. (2002). **Violências**. São Paulo: Escuta/Fapesp.

PEREIRA, Fernanda Renata Paziani. Jovens em conflito com a lei: a violência na vida cotidiana. 2002. **Dissertação (Mestrado em Psicologia)** – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

PRIULI, R. M. A., & MORAES, M. S.(2007). Adolescentes em conflito com a lei. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(5)

ROSA, M. D. (1999). **O discurso e o laço social dos meninos de rua**. Psicologia USP

RUTTER, M. (1987). **Psychosocial Resilience and Protective Mechanisms**. American Orthopsychiatric Association, 57(3), 316-331.

SARAIVA, João Batista Costa (1999). **Adolescente e ato infracional**: garantias processuais e medidas socioeducativas. Porto Alegre: Livraria Do Advogado.

SCHENKER, M., & MINAYO, M. C. S. (2003). A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. **Ciência & Saúde Coletiva**,

SILVA, D. F. M. & HUTZ, C. S. (2002). Abuso infantil e comportamento delinqüente na adolescência: prevenção e intervenção. In Cláudio Simon Hutz (Org), **Situações de Risco e Vulnerabilidade na Infância e na Adolescência**: aspectos teóricos e estratégias de intervenção. São Paulo: Casa do Psicólogo.

SILVA, L. H. A. D. A marca da violência e a reincidência na medida socioeducativa. **Dissertação (Mestrado em Serviço Social)** – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, p. 177. 2007.

SUDBRACK, M. F, CONCEIÇÃO, M. I., Seidl, E. M.F. & Silva , M. T.(2003) O Adolescente e as Drogas no Contexto da Justiça. Brasília: Plano Editora.

WINNICOTT, D. W. (1996). **Tudo começa em casa**. São Paulo: Martins Fontes.

ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Data de submissão: 04/07/2023

Data de aceite: 01/09/2023

Simone Souza de Freitas

Mestranda pelo Programa Profissional em
Saúde da Família (PROFSAUDE/MPSF) –
Fiocruz-PE. Recife, PE, Brasil.
<https://www.cnpq.br/3885340281560126>

Loyane Figueiredo Cavalcanti Lima

Mestre em Ciências e Saúde em
Tecnologia UEPB. João Pessoa, PB,
Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/9926401935831035>

Rafael Heleno de Lima

Pós graduado em UTI pela Faculdade
Venda Nova do Imigrante- FAVENI. João
Pessoa, PB, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/7084172875134065>

Emmanuela Kethully Mota dos Santos

Mestranda em Gestão e Economia da
Saúde pela Universidade Federal de
Pernambuco- UFPE. Recife, PE, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/2547385672160918>

Raquel de Almeida da Silva

Mestranda em Gestão e Economia da
Saúde pela Universidade Federal de
Pernambuco- UFPE. Recife, PE, Brasil.

Maria Luiza Santos Cosenza

Enfermagem pela Universidade Federal
de Minas Gerais –UFMG. Minas Gerais,
MG. Brasil.

Vitória Ariane de Paula Jesus

Enfermagem pela Universidade Federal
de Minas Gerais –UFMG. Minas Gerais,
MG. Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/2258596202910265>

Nathália de Moura Figueiredo

Enfermagem pela Universidade Federal
de Minas Gerais –UFMG. Minas Gerais,
MG. Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/3085679247776645>

Isabella Fernandes Nogueira

Enfermagem pela Universidade Federal
de Minas Gerais –UFMG. Minas Gerais,
MG. Brasil.

Giovanna Barbosa Mendes

Enfermagem pela Universidade Federal
de Minas Gerais –UFMG. Minas Gerais,
MG. Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/5016858134262285>

Beatriz Cavalcanti Pimentel Guerra

Especialista em Saúde da Família e
Obstetrícia pela Universidade Salgado de
Oliveira –CBPEX. Recife, PE, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/4521000837467171>

Raíza Rúbia de Vasconcelos

Especialista em Saúde mental pelo
Programa de Residência Multiprofissional
da faculdade de medicina da Universidade

Brena Karla Batista da Silva

Enfermeira pela Fundação de Ensino Superior de Olinda- FUNESO. Olinda, PE, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/2230630124404823>

RESUMO: Introdução: A violência contra a mulher (VCM) é considerada uma das expressões das desigualdades de gênero, a qual continua a ser reconhecida mundialmente como um sério problema de saúde pública. **Objetivo:** identificar as práticas, estratégias e intervenções realizadas pela equipe multiprofissional frente as mulheres vítimas de violência no contexto da atenção primária à saúde. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura. Realizou-se uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados eletrônicas Lilacs, Scielo e Medline de 2018 até 2022. A seleção dos descritores foi efetuada mediante consulta no DECS (descritores de assunto em ciências da saúde da BIREME) e a pesquisa foi realizada por meio da combinação de 3 termos sendo os mesmos relacionados à equipe de assistência ao paciente, violência doméstica e mulher. **Resultado e Discussão:** Todos os artigos mencionados possuem uma abordagem qualitativa, ao analisar as significações dos resultados de cada estudo, sendo esse tipo de estudo caracterizado por descrever a realidade presente na sociedade, bem como a identificação de vulnerabilidade e riscos para as mulheres em seu cotidiano. Além disso, é peça chave no planejamento de mecanismos de prevenção e cuidados à saúde para atuação da equipe multiprofissional no enfrentamento desse fenômeno. **Conclusão:** Contudo, acredita-se que não somente os profissionais da equipe multiprofissional precisam estar preparados diante desta situação. Sendo assim, sugere-se uma capacitação dos profissionais da equipe multiprofissional através da educação permanente, a qual poderia proporcionar uma reorganização do processo de trabalho em que seja focada a necessidade da mulher vítima de violência no seu contexto familiar.

PALAVRAS-CHAVE: Violência contra a Mulher; Violência Doméstica; Atenção Primária à Saúde; Equipe Multiprofissional.

PERFORMANCE OF THE MULTIPROFESSIONAL TEAM OF PRIMARY HEALTH CARE IN FIGHTING VIOLENCE AGAINST WOMEN

ABSTRACT: Introduction: Violence against women (VAW) is considered one of the expressions of gender inequalities, which continues to be recognized worldwide as a serious public health problem. **Objective:** to identify the practices, strategies and interventions carried out by the multidisciplinary team towards women victims of violence in the context of primary health care. **Methodology:** This is an integrative literature review study. A bibliographical research was carried out in the Lilacs, Scielo and Medline electronic databases from 2018 to 2022. combination of 3 terms being the same related to the patient care team, domestic violence and woman. **Result and Discussion:** All the articles mentioned have a qualitative approach, when analyzing the meanings of the results of each study, this type of study being characterized by describing the reality present in society, as well as the identification of vulnerability and risks for women in their daily. In addition, it is a key element in the planning

of mechanisms for prevention and health care for the multidisciplinary team to act in the face of this phenomenon. **Conclusion:** However, it is believed that not only the professionals of the multidisciplinary team need to be prepared for this situation. Therefore, it is suggested that the professionals of the multidisciplinary team be trained through permanent education, which could provide a reorganization of the work process in which the needs of women victims of violence in their family context are focused.

KEYWORDS: Violence against Women; Domestic violence; Primary Health Care; Multiprofessional Team.

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher (VCM) é considerada uma das expressões das desigualdades de gênero, a qual continua a ser reconhecida mundialmente como um sério problema de saúde pública (ARBOIT, 2020). Essas desigualdades vêm pautadas em raízes históricas que solidificaram esse cenário, através dos papéis sociais arraigados em culturas patriarcais reproduzidas na família (BARBOSA, 2018). Estas, construíram costumes que enxergam a mulher como um ser frágil, passivo, delicado e que deve estar ligado às tarefas domésticas, como cuidar dos filhos, do marido e da casa (BENEDETTI KCSV, 2019). Enquanto o homem, possui papéis de virilidade, coragem, agressividade e de chefe da família (BARBOSA, 2021).

Na atualidade, o modelo familiar, os atributos e os papéis de gênero ainda permanecem valorizando o homem em detrimento da mulher, legitimando, por um lado, a dominação do homem, e por outro, a inferioridade da mulher (BENZAKEN, 2020). Dessa forma, a violência contra as mulheres, que é um fenômeno histórico, complexo, pode ser entendida como todo evento representado por relações, ações, negligências e omissões realizadas por indivíduos, grupos, classes e nações, resultando em danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais entre outras (FIGUEIREDO, 2020). A origem da violência pode ser encontrada em diversas estruturas sociais, econômicas e políticas (GASHAW, 2020).

Dentre as diversas formas de violência, a doméstica é um fenômeno multifacetado e pode manifestar-se de diferentes maneiras dentro do contexto familiar (LORÍA, 2015). Com a mudança de comportamento frente ao problema nos últimos anos e a forma conforme reproduzida nas relações, a violência doméstica passou a ser interpretada como uma questão de saúde pautada nas relações de gênero (MENDONCA, 2020). Existem diferentes tipos de violência contra a mulher, como: violência física, violência psicológica, violência sexual, violência patrimonial e/ou financeira (ARBOIT, 2020). No Brasil, uma em quatro mulheres agredidas declaram que a violência doméstica acontece com frequência (BARBOSA, 2021).

Na Lei Maria da Penha, no Art. 8º tem um inciso que fala sobre os conteúdos relativos aos direitos humanos, à equidade de gênero, raça e ao problema da violência

doméstica e familiar contra a mulher (MORAIS, 2018). Nesse cenário, para lidar com a violência de forma eficaz, é necessário abordar as raízes do problema em todas as esferas da sociedade (MOTA, 2020).

Desta forma, profissionais da equipe multiprofissional da atenção primária, principal porta de entrada da rede de saúde, precisam estar instrumentalizados para atuar nestas situações, contribuindo também para o seu enfrentamento (SANTOS, 2020). Conhecer a rede de apoio, bem como o fluxo na atenção às mulheres em situação de violências, possibilita aos profissionais da equipe multiprofissional atuar na oferta de atendimento adequado (SANTOS, 2018). Essa equipe é composta por profissionais de diversas áreas, como enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais de saúde, que atuam em conjunto para oferecer cuidados abrangentes e integrados às mulheres vítimas de violência (BENZAKEN, 2020).

Assim, para compreensão da ocorrência da violência doméstica em seus diversos contextos, a equipe multiprofissional da atenção primária, necessita reconhecer algumas especificidades e vulnerabilidades das mulheres, tais como gênero, raça, etnia, classe, orientação e identidade sexual (FIGUEIREDO, 2020). Assim, a aproximação das mulheres com os profissionais da equipe multiprofissional na atenção primária à saúde, constitui um dos principais contatos delas com os serviços de atendimento, apontando para uma possibilidade de escuta, acolhimento e atendimento que poderá potencializar o enfrentamento da situação de violência vivenciada (MOTA, 2020).

Diante da situação apresentada, questiona-se: Quais evidências científicas disponíveis na literatura sobre a atuação da equipe multiprofissional à mulher vítima de violência na atenção primária à saúde? Para buscar resposta a esta questão, o estudo tem como objetivo geral investigar e compreender a contribuição da equipe multiprofissional da Atenção Primária à Saúde no enfrentamento à violência contra a mulher. Como objetivos específicos, tem-se: identificar as práticas, estratégias e intervenções realizadas pela equipe multiprofissional frente às mulheres vítimas de violência no contexto da atenção primária à saúde; avaliar a efetividade das intervenções na prevenção da violência contra a mulher, no suporte às vítimas e no encaminhamento adequado para os serviços especializados.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura. Para Mendonça et al., (2020) a revisão integrativa procura ordenar, agrupar, e sistematizar diferentes pesquisas, permitindo somar ou retirar a compreensão dos estudos, com foco nos resultados que eles podem fornecer seguindo uma ordem de acontecimentos, proporcionando resultados de pesquisa mais acessíveis.

Para elaboração da pergunta norteadora da pesquisa foi utilizada a estratégia PICO (P: Paciente, problema ou população; I: fenômeno de interesse; Co: Contexto). Assim,

atribuiu-se ao P: mulheres vítimas de violência, I: conhecimentos, atitudes e prática em saúde da Equipe multiprofissional, Co: Atenção primária à saúde, resultando na seguinte questão: qual a atuação da equipe multiprofissional à mulher vítima de violência na atenção primária à saúde?

Realizou-se uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados eletrônicas Lilacs, Scielo e Medline de 2018 até 2022. A seleção dos descritores foi efetuada mediante consulta no DECs (descritores de assunto em ciências da saúde da BIREME) e a pesquisa foi realizada por meio da combinação de 3 termos sendo os mesmos relacionados à equipe de assistência ao paciente, violência doméstica e mulher. Recorreu-se ao operador lógico “AND” para combinação dos descritores e termos utilizados para o rastreamento das publicações.

A pesquisa das publicações foi realizada no mês de novembro de 2022. O delineamento temporal utilizado foi de janeiro de 2018 a dezembro de 2022. A busca foi realizada nas bases de dados secundárias, a Biblioteca Virtual de Saúde, como; Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS) e National Library of Medicine – (MEDLINE). Além das bases de dados eletrônicas citadas, realizou-se busca secundária no Google Acadêmico. A seleção dos artigos foi por meio da busca ativa com os seguintes descritores: Violência contra a Mulher; Violência Doméstica; Atenção Primária à Saúde; Equipe Multiprofissional. Foi utilizado a terminologia AND para o cruzamento dos descritores, sendo Violência contra a Mulher AND Equipe Multiprofissional AND Atenção Primária à Saúde AND Violência Doméstica.

Foram incluídos artigos originais, completos, estudos de caso, revisões sistemáticas ou meta-análise publicados nos idiomas; inglês, português ou espanhol, publicados entre 2018 e 2022. Foram excluídas as publicações incompletas, não disponíveis gratuitamente, dissertações, teses ou monografias, revisões narrativas ou integrativas.

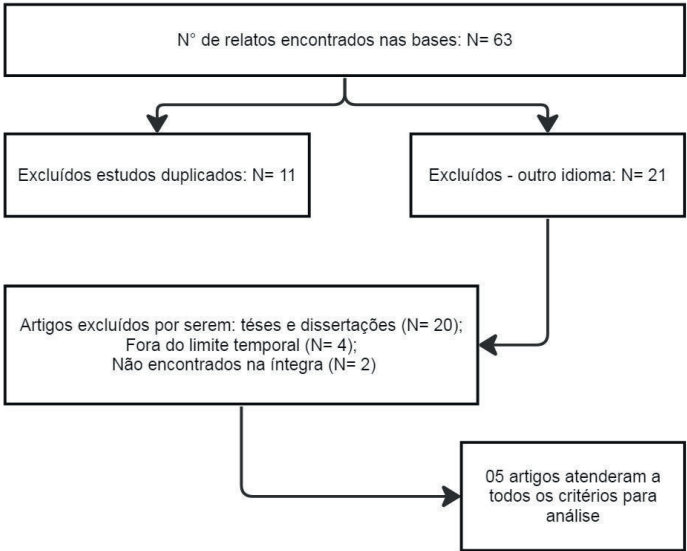
A análise do material coletado constituiu-se na metodologia estruturada por Bardin, que é uma técnica de análise de dados qualitativos amplamente utilizada. Este método que auxilia na compreensão e interpretação do conteúdo coletado e possui as seguintes fases para a análise de conteúdo: Pré- análise; Exploração do material e Processamento, raciocínio e interpretação dos resultados.

A primeira etapa envolveu a fase de organização dos documentos encontrados, na qual se determina um esquema de trabalho com procedimentos bem definidos, incluindo uma leitura exploratória, que permite o primeiro contato com os documentos para análise, sua seleção, formulação de hipóteses e objetivos e a descrição detalhada dos indicadores, que norteou a interpretação e a preparação formal dos materiais, para a organização foi utilizado um instrumento de coleta de dados elaborado pelos autores

A segunda etapa abrangeu a exploração do material, é a fase de análise e descrição, que envolve a apresentação de um corpus de pesquisa detalhada sob a orientação de hipóteses e referenciais teóricos. Consiste na construção das operações de codificação, a

partir dos recortes dos textos em unidades de registros, a definição de regras de contagem e a classificação e agregação das informações em categorias simbólicas ou temáticas.

A terceira etapa compreendeu o tratamento dos resultados, a interpretação, consiste em captar os conteúdos manifestos e latentes contidos em todo o material coletado, as informações analisadas são resumidas e enfatizadas para produzir as explicações e conclusões, este é um momento de intuição, reflexão e análise crítica.



miro

Figura 1 – Fluxograma analítico do levantamento bibliográfico da revisão integrativa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O quadro 1 apresenta o resumo sinóptico dos estudos incluídos nesta revisão integrativa, onde são observados os autores e ano; título do artigo, tipo de estudo, bases de dados e os principais resultados identificados nas publicações.

AUTOR/ANO	TÍTULO	TIPO DE ESTUDO	RESULTADOS
Leite; Fontanel a et al., 2019	Violência doméstica contra a mulher e os profissionais da APS: predisposição para abordagem e dificuldades com a notificação	Estudo qualitativo	A falta de conhecimento acerca da temática e a fragilidade em realizar escuta qualificada dos enfermeiros é decorrente, muitas vezes, devido ao desconhecimento acerca do impacto negativo causado na vítima de violência sexual, fazendo com que o profissional direcione o manejo da situação apenas para o modelo biomédico, deixando de lado uma atenção integral.
Santos et al., 2020.	Violência contra a mulher na vida: estudo entre usuários da atenção primária	Estudo epidemiológico, transversal	Observaram-se maiores prevalências de abuso psicológico, físico e sexual cometido pelo parceiro, na vida, entre mulheres com até oito anos de estudos, pertencentes ao grupo de menor renda familiar, divorciadas/separadas, cuja mãe sofreu violência por parceiro íntimo, fumantes e com histórico de uso de drogas.
Odorcik, et al., 2021	Violência doméstica à mulher: percepção e abordagem profissional na atenção básica na pandemia de Covid19.	Estudo qualitativo e exploratório	Os profissionais reconhecem a necessidade de implementar programas de treinamento para identificação e abordagem de mulheres vítimas de violência doméstica. Relataram também sua percepção de que os casos de violência durante a pandemia de Covid19 haviam aumentado, pois com o distanciamento social, mulheres são mais vigiadas e impedidas de conversar com familiares e amigos, o que facilita seu abuso
Kalra, et al., 2021	Treinamento de profissionais de saúde para responder à violência praticada pelo parceiro íntimo contra a mulher	Descritivo e exploratório de abordagem qualitativa	O treinamento em IPV foi comparado ao treinamento usual ou um subcomponente da intervenção, ou ambos, nenhum efeito claro foi observado nas atitudes/crenças dos profissionais de saúde, planejamento de segurança e encaminhamento para serviços ou resultados de saúde mental para mulheres. Existem algumas evidências, embora fracas, de melhora das atitudes dos HCPs em relação à IPV sobre a prontidão para responder às pessoas afetadas.
Silva et al., 2022	Percepções dos profissionais da atenção primária à saúde sobre a violência contra mulher	Estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa.	A visão da violência contra a mulher está associada sobretudo ao ato de agredir e controlar a mulher, ignorando outras formas de manifestação, como a violência psicológica. Foram unânimes ao associar a permanência das mulheres na situação de violência ao fator econômico, sendo a mulher responsabilizada pela situação de violência por manifestar certos comportamentos como passividade.

Quadro 1: Resumo sinóptico dos artigos incluídos na revisão integrativa, (N=05)

Ao analisar o conteúdo dos artigos selecionados, nota-se a importância da equipe

multiprofissional na atenção primária à saúde na prevenção, detecção, atendimentos, orientações e cuidados para mulheres vítimas de violência, bem como no encaminhamento para especialista quando necessário. Os artigos em sua maioria são de 2021, sendo (dois), seguidos de 2019 com (um), 2020 com (um) e 2022 com (um). Todos os artigos mencionados possuem uma abordagem qualitativa, ao analisar as significações dos resultados de cada estudo, sendo esse tipo de estudo caracterizado por descrever a realidade presente na sociedade, bem como a identificação de vulnerabilidade e riscos para as mulheres em seu cotidiano. Além disso, é peça chave no planejamento de mecanismos de prevenção e cuidados à saúde para atuação da equipe multiprofissional no enfrentamento desse fenômeno.

No processo de cuidado, a atenção primária é um sistema que trata a comunidade e tem a capacidade de responder às necessidades de saúde do indivíduo com melhoria contínua e renovação, ofertando atenção integral. Diante disto, a equipe multiprofissional demonstra dificuldade no reconhecimento da vítima quando as marcas da violência não estão visíveis no corpo. E, a dificuldade muitas vezes está pautada na falta de capacitação dos profissionais e uma forte influência do modelo biomédico voltada para a doença, inibindo a compreensão das necessidades das mulheres vitimadas.

Nesse contexto, no momento em que a equipe multiprofissional tem um olhar mínimo para a mulher vitimada, eles esquecem da totalidade, fazendo com que não se desenvolva um vínculo e sim uma diferença hierárquica de “profissionais da equipe multiprofissional versus paciente”. Gashaw, et al., (2020) em seu estudo relata que a mulher que sofre violência por seu parceiro íntimo tem impactos na saúde sexual, reprodutiva e psicossocial. Do mesmo modo que a ausência de cuidados a vítima de violência causa o adoecimento psíquico das mulheres e até o suicídio por conta de todo o histórico de violência sofrido e os traumas causados.

Corroborando, Morais, Gerk & Nunes (2018), ressaltam que a falta de compreensão e preparação dos profissionais de saúde faz com que ocorra um impedimento da assistência adequada, assim como é demonstrado que a não verbalização do acontecimento da agressão sofrida por parte da paciente é um obstáculo enfrentado por parte dos profissionais da equipe multiprofissional da atenção básica na escuta qualificada e atenciosa.

Igualmente, para Silva et al., (2017) concordam que há dificuldades por parte dos profissionais para identificar a vítima, sendo estas dificuldades evidenciadas como vergonha de exposição, de colocar a vida de familiares e da mulher em risco, de sofrer represália por parte do agressor entre outras. Porém, são questões que precisam ser trabalhadas por meio de palestras, campanhas e orientações. Os profissionais da equipe multiprofissional precisam ter um olhar diferenciado, visando ações de prevenção aos riscos e agravos.

Nesse sentido, no que se refere à atuação da equipe multiprofissional na atenção primária a mulher vítima de violência doméstica, perceberam-se as ações realizada pela equipe direcionadas ao acolhimento e ao compartilhamento de saberes, permitindo a

liberdade oratória da vítima, mostrando e orientando os direitos que essa vítima tem. Outro ponto visto foi o conhecimento inicial destes profissionais da equipe, apresentado como dispositivo durante o acolhimento, para a compreensão da mulher sobre as construções sociais como o modelo de mulher submissa e rainha do lar que vão mantê-la longe do que realmente é de direito e através desta abordagem o profissional cria vínculo e oferece a essas mulheres uma garantia de confidencialidade, incentivando-a a realizar uma denúncia para que, conseqüentemente, o profissional venha a notificar o caso de violência.

Assim, como também foi observado em nosso estudo que se tratando de visita domiciliar como campo de atuação da equipe multiprofissional, tal medida permite a identificação de situações de violência que na atenção primária à saúde não seria possível, isso devido à ambientação, às condições e integridade dos movimentos, à cultura, e aos hábitos.

Como tanto a vítima quanto o agressor moram no local, as visitas domiciliares realizadas pelos profissionais da equipe multiprofissional são utilizadas como ferramenta principal para identificar o comportamento violento. Por meio da escuta ativa e do acolhimento, é possível se garantir, portanto, um cuidado continuado a essa mulher, gerando vínculos entre quem cuida e quem é cuidado.

Foi detectado ainda que apesar da equipe multiprofissional precisar de um apoio em intersetores de saúde, não se pode simplesmente direcionar os encaminhamentos, pois se faz necessário buscar conhecer os fluxos existentes para que o mecanismo de referência e contrarreferência encaminhem essa mulher de modo que o profissional que a receber possa dar continuidade ao cuidado, garantindo que o fluxograma, ao ser construídos com esses mecanismos, confirme as práticas do cuidado integral.

Diante dos achados é evidente que a partir do olhar integral dos profissionais da equipe multiprofissional na atenção primária para a vítima de violência doméstica é entendido que nem tudo vai ser dito e evidenciado por palavras e que os profissionais precisam estar capacitados e preparados para uma abordagem ampla, consoante a rotina e o cotidiano desta mulher.

CONCLUSÃO

Fundamentado no material analisado, ficou demonstrado à importância da qualificação dos profissionais da equipe multiprofissional que trabalha no atendimento das mulheres vítimas de violência doméstica no cotidiano da atenção primária à saúde, que são acometidas gerando um grande impacto, interferindo sua saúde biopsicossocial.

Sabe-se que a violência contra mulher praticado por parceiro íntimo é um grave problema de saúde pública. Além disso, os profissionais da equipe multiprofissional têm a possibilidade de construir através do acolhimento elos de confiança durante seus atendimentos, permitindo assim reconstruir conceitos sobre a violência para reduzir os

índices deste agravo e mudar a realidade social.

Nota-se no decorrer desta pesquisa que os profissionais da equipe multiprofissional, apesar de trabalharem constantemente com família e reconhecerem as dificuldades e as facilidades no atendimento de famílias vítimas de violência, sentem-se impotentes para superá-las. A escassez de cursos preparatórios e capacitações em família que discutam sobre a violência podem ser as lacunas de conhecimento que dificultam o enfrentamento dos profissionais frente a essas temáticas. Infere-se que a subnotificação gera dados fictícios da atual realidade da saúde pública, assim impede com que ocorra melhorias em políticas públicas voltadas para mulher.

Contudo acredita-se que não somente os profissionais da equipe multiprofissional precisam estar preparados diante desta situação. Sendo assim, sugere-se uma capacitação dos profissionais da equipe multiprofissional através da educação permanente, a qual poderia proporcionar uma reorganização do processo de trabalho em que seja focada a necessidade da mulher vítima de violência no seu contexto familiar. Apetecemos que este trabalho sirva como protótipo e possa contribuir com a sensibilização dos profissionais da equipe multiprofissional para a elaboração de novos estudos sobre a importância de utilizar as estratégias de prevenção e políticas públicas no tocante a violência contra a mulher.

REFERÊNCIAS

ARBOIT J, et al. Violence against women in primary health care: Potentialities and limitations to identification. *Atencion Primaria*, 2020; 52(1): 14-21.

BARBOSA DRM, et al. Perfil Epidemiológico dos Casos de Sífilis em Gestantes Brasileiras entre 2016 e 2018. *Revista Interdisciplinar em Saúde*, 2018; 5(6): 1652-1668.

BARBOSA MDS, et al. Epidemiological study in Brazilian women highlights that syphilis remains a public health problem. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, 2021; 63: e4.

BENEDETTI KCSV, et al. High Prevalence of Syphilis and Inadequate Prenatal Care in Brazilian Pregnant Women: A Cross-Sectional Study. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 2019;101(4): 761-766.

BENZAKEN AS, et al. Adequacy of prenatal care, diagnosis and treatment of syphilis in pregnancy: a study with open data from Brazilian state capitals. *Caderno de Saúde Pública*, 2020; 36(1): e00057219.

FIGUEIREDO DCMM, et al. Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. *Caderno de Saúde Pública*, 2020; 36(3): e00074519.

GASHAW, B.T., et al. (2020). Ethiopian health care workers' insights into and responses to intimate partner violence in pregnancy—a qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(10), 14-21.

LORÍA KR, et al. Actitud hacia la violencia de género de los profesionales de Atención Primaria: estudio comparativo entre Cataluña y Costa Rica. *Atenção Prim.* 2015; 47(8): 490-7.

MENDONCA, C. S.; MACHADO, D. F.; ALMEIDA, M. A. S.; CASTANHEIRA, E. R. L. Violência na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 2247-2257, jun. 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020256.19332018.

MORAIS, B.L.A., Gerk, M.A.S. & Nunes, C. B. (2018). Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família: abordagem frente à mulher em situação de violência. *Nursing*, 8(2).

MOTA, J. A.; AGUIAR, R. S. Percepções de enfermeiros da atenção primária no atendimento às mulheres vítimas de violência sexual. *Revista Nursing*, 2020; 23 (262): 3648-3651.

SANTOS, I. B.; LEITE, F. M. C.; AMORIM, M. H. C.; MACIEL, P. M. A.; GIGANTE, D. P. Violência contra a mulher na vida: estudo entre usuárias da Atenção Primária. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1935-1946, May 2020 DOI: 10.1590/1413-81232020255.19752018.

SANTOS, S. C.; BARROS, P. A.; DELGADO, R. F. A.; SILVA, L. V. L.; CARVALHO, V.P. S.; ALEXANDRE, A. C. S. Violência contra a mulher: como os profissionais na atenção primária à saúde estão enfrentando esta realidade? *Revista Saúde e Pesquisa*, v. 11, n. 2, p. 359-368, maio/agosto 2018 - ISSN 1983-1870 - e-ISSN 2176-9206.

CUIDADO DE ENFERMAGEM ÀS CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA: SOB O OLHAR DA INTEGRALIDADE

Data de submissão: 19/07/2023

Data de aceite: 01/09/2023

Gênesis Vivianne Soares Ferreira Cruz

Universidade Federal de Mato Grosso,
Faculdade de Enfermagem
Cuiabá – MT
ORCID: 0000-0002-3248-1182

Andressa Fernanda Matias Oliveira Bello

Secretaria Municipal de Saúde
Cuiabá – MT
ORCID: 0009-0008-5810-5928

Thayná Correa de Moraes

Secretaria Estadual de Saúde
Cuiabá – MT
ORCID: 0009-0009-0611-3675

Manuela Ribeiro Moraes Dias

Empresa Brasileira de Serviços
Hospitalares, Hospital Universitário Júlio
Muller
Cuiabá – MT
ORCID: 0000-0001-9787-2101

RESUMO: **Objetivo:** analisar artigos científicos recentes sobre o tema do cuidado de enfermagem às crianças com deficiência, sob o olhar da integralidade do cuidado. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão bibliográfica com artigos publicados entre 2015-2020, nas bases de dados Lilacs,

Medline, Scopus e BDENF. **Resultados:** No total, 10 artigos foram lidos na íntegra sendo analisados descritivamente, emergindo duas categorias temáticas: a quem recorrer? - experiência com o enfermeiro referência; e tempo e custos no cuidado: ampliando o olhar sobre as necessidades familiares.

Discussão: Os cuidados de saúde compreendem o tratar, respeitar, acolher e atender crianças com deficiência, bem como, suas famílias. Muitos enfermeiros referem a necessidade de capacitações e de educação permanente, visto que se sentem despreparados psicologicamente e tecnicamente. **Considerações finais:** Para a continuidade dos cuidados de saúde, uma das possibilidades é o enfermeiro de referência, realizando suas ações sob o olhar da integralidade, fortalecendo o vínculo com as famílias e respeitando suas singularidades.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados de enfermagem. Atenção à saúde. Criança com deficiência.

NURSING CARE FOR CHILDREN WITH DISABILITIES: UNDER THE VIEW OF INTEGRALITY

ABSTRACT: **Objective:** to analyze recent

scientific articles on the topic of nursing care for children with disabilities, from the point of view of comprehensive care. **Methodology:** This is a bibliographical review with articles published between 2015-2020, in the Lilacs, Medline, Scopus and BDENF databases. **Results:** In total, 10 articles were read in full and analyzed descriptively, emerging two thematic categories: who to turn to? - experience with the reference nurse; and time and costs in care: broadening the look on family needs. **Discussion:** Health care includes treating, respecting, welcoming and caring for children with disabilities, as well as their families. Many nurses refer to the need for training and continuing education, as they feel psychologically and technically unprepared. **Final considerations:** For the continuity of health care, one of the possibilities is the reference nurse, carrying out their actions from the perspective of comprehensiveness, strengthening the bond with families and respecting their singularities.

KEYWORDS: Nursing Care. Health Care. Disabled Children.

INTRODUÇÃO

Diversas ações nos cuidados de saúde da criança visam a humanização da assistência e um olhar integral (BRASIL, 2018), contudo, no que se refere às crianças com deficiência, há necessidade de avanço das políticas públicas eficazes que resultem em um atendimento mais humanizado (FAVARO *et al.*, 2019) devido as diversas dimensões afetadas da vida.

Entende-se como deficiência infantil qualquer alteração de funcionalidade que tenha impedimento a longo prazo de natureza física, intelectual, mental ou sensorial (BRASIL, 2015), entre pessoas de 0 a 18 anos incompletos (BRASIL, 1990), tais alterações devem englobar a complexidade da rede de atenção e cuidados voltados às crianças, bem como de suas famílias (CRUZ, 2019).

Nesse sentido, as políticas públicas e as leis delegam ao Estado a responsabilidade de programas de assistência integral à saúde, com a criação de programas de prevenção e atendimento especializado para crianças com deficiência, bem como a integração social dos mesmos (BRASIL, 2012; 2018). A Lei n. 8080 de 1990 (BRASIL, 1990) dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes no Sistema Único de Saúde (SUS).

Um dos princípios do SUS é a integralidade, a qual é entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos ou curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso e em todos os níveis de atenção do sistema (BRASIL, 1990).

Estudos evidenciam que ainda há uma discrepância entre o que se encontra nas leis e a realidade desses serviços (CAETANO; SACAL; CRUZ, 2023; FAVARO *et al.*, 2019; FERREIRA; OLIVEIRA; CRUZ, 2022; MARQUES *et al.*, 2021), pois a assistência de saúde, por vezes, não atende as complexas demandas, onde o cuidado se torna “pontual” e descontinuado.

Por sua vez, entende-se que os cuidados de enfermagem são ações exercidas

por quaisquer membros da equipe de enfermagem, que envolvem a assistência de saúde às pessoas, com o objetivo de intervir nas diversas demandas, sejam biológicas, sociais, espirituais, e/ou psíquicas, bem como de suas famílias (BEZERRA *et al.*, 2014). Tais cuidados podem ser realizados em diversos ambientes: hospitalar, ambulatorial, domiciliar ou na atenção básica.

Diante do exposto, propôs-se analisar artigos científicos recentes sobre o tema do cuidado de enfermagem às crianças com deficiência, tendo como baliza o conceito da integralidade do cuidado.

MÉTODO

Realizou-se revisão de literatura do tipo revisão integrativa, que realiza um levantamento de referências já publicadas, em forma de artigos científicos, com o objetivo de explorar determinada temática, para discutir os resultados encontrados, reafirmando ideias ou contrapondo-as (MARCONI; LAKATOS, 2018). A pergunta norteadora da pesquisa foi: *Sob a perspectiva da integralidade, que situações de cuidado de enfermagem à criança deficiente e sua família podem ser incorporados nos diversos cenários de atenção à saúde?* Elaborada através da estratégia PICO, que representa um acrônimo para População (criança com deficiência), Interesse (situações que ampliam o cuidado de enfermagem à criança deficiente e suas famílias) e Contexto (diversos cenários de atenção à saúde).

Também foram utilizados alguns elementos das diretrizes do Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA) para realização do fluxograma e check list, para ordenar as etapas de identificação, rastreamento, seleção e análise de publicações, evitando direcionamento dos resultados.

As bases de dados acessadas foram: Sistema Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Lilacs), Base de Dados em Enfermagem (BDENF), Scopus e Publisher Medline (PubMed).

A busca eletrônica foi feita nos meses de outubro e novembro de 2020, através de revisão de pares na etapa da seleção dos artigos, sendo empregados descritores encontrados no DeCS e MESH (cuidados de enfermagem, atenção à saúde e criança com deficiência), de acordo com as bases de dados, suas traduções em inglês e espanhol, assim como a utilização de um operador booleano (AND), utilizando as seguintes chaves de combinações “cuidados de enfermagem” AND “atenção à saúde” AND “criança com deficiência”, “cuidados de enfermagem” AND “criança com deficiência”.

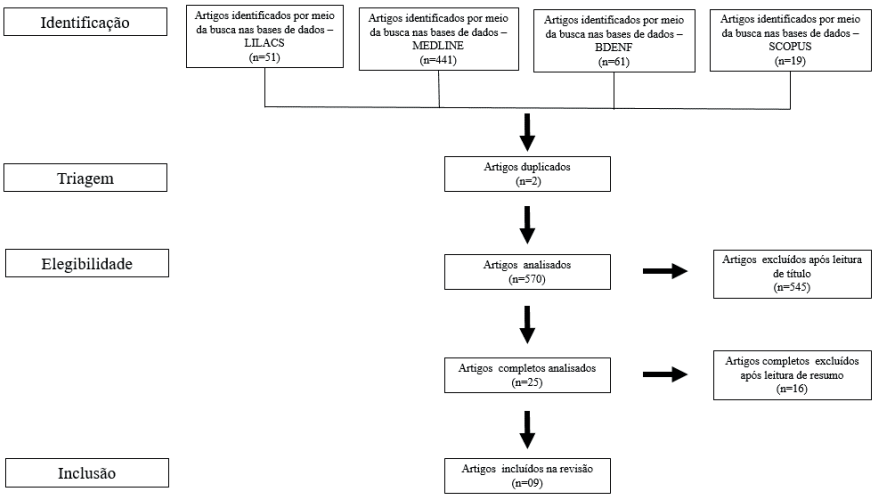
Como critérios de inclusão: a) artigos com o ano de publicação entre 2015 e 2020; b) artigos em português, inglês e espanhol; c) artigos com acesso gratuito; d) Artigos completos e que respondam à pergunta norteadora. Não obstante, os critérios de exclusão: a) artigos duplicados; b) artigos pagos; c) artigos com acesso restrito. Determinou-se o período de publicação para os anos de 2015 a 2020.

Para a interpretação dos dados, foi utilizado a técnica de avaliação descritiva do conteúdo, orientando as seguintes etapas: leitura dos referenciais teóricos selecionados, leitura condescendente afim de detectar compatibilidades do conjunto, agrupamento dos temas/conteúdos relacionados, síntese da amostra da pesquisa, e escolha das categorias temáticas.

Mediante leitura da amostra final dos artigos emergiu-se duas categorias: “A quem recorrer? - experiência com o enfermeiro referência”; e “Tempo e custos no cuidado: ampliando o olhar sobre as necessidades familiares”;

RESULTADOS

A busca eletrônica resultou em um total de 572 publicações. Na filtragem manual após leitura do título foram excluídos 545 artigos, que não tinham relação com o tema da pesquisa nem com a pergunta norteadora e 02 por duplicidade. Após a leitura do resumo foram excluídos mais 15 artigos, que não se encaixaram nos critérios de inclusão. Resultou desta forma no total 10 artigos, que foram lidos na íntegra e analisados posteriormente. Este processo está descrito no fluxograma abaixo.



Fluxograma por base de dados e publicações encontradas. Cuiabá – MT, 2023.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Com a leitura inicial listou-se alguns tópicos principais como: artigo incluído, ano, periódico, títulos, autores e conteúdos encontrados, sendo sua maioria publicado em 2017.

Artigo	Ano	Periódico	Título	Autor(es)	Conteúdos
A1	2015	Invest Educ Enferm.	Preocupações das famílias sobre o cuidado de crianças com necessidades especiais de saúde dependentes de tecnologia.	ESTEVES <i>et al.</i>	Preocupações familiares devido aos novos cuidados; Processo de hospitalização; Novos conhecimentos adquiridos;
A2	2016	Revista Brasileira de Enfermagem	Menores com necessidades especiais de saúde e familiares: implicações para a Enfermagem.	FIGUEIREDO; SOUZA; GOMES	Mudança de rotina familiar; Necessidade do BPC; Cuidados de enfermagem;
A3	2016	Curations	Um perfil de fatores de estresse percebidos entre a equipe de enfermagem que trabalha com pacientes internados com deficiência mental num Complexo Psiquiátrico, África do Sul.	CONRADIE <i>et al.</i>	Sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem;
A4	2017	Revista de Enfermagem UERJ	A alta hospitalar de crianças com necessidades especiais de saúde e suas diferentes dimensões.	GOÉS; CABRAL	Orientações familiares nos cuidados domiciliares; Educação em saúde pela enfermagem; Insumos;
A5	2017	Revista Brasileira de Enfermagem (Internet)	Discursos sobre cuidados na alta de crianças com necessidades especiais de saúde.	GOÉS; CABRAL	Educação em saúde pela enfermagem;
A6	2017	Revista Gaúcha de Enfermagem	A parceria de cuidados pelo olhar dos pais de crianças com necessidades especiais de saúde.	ALVES; AMENDOEIRA; CHAREPE	Educação em saúde pela enfermagem com a família; Parceria entre equipe-família nos cuidados;
A7	2017	Pediatrics	Cuidados de saúde fornecidos pela família para crianças com necessidades especiais de saúde.	ROMLEY <i>et al.</i>	Tempo gasto nos cuidados com as CRIANES; Dinheiro investido nos cuidados com as CRIANES;
A8	2017	Revista de Enfermagem UERJ	Atenção profissional à criança com paralisia cerebral e sua família.	DANTAS <i>et al.</i>	Educação em saúde pela enfermagem com a família; Cuidados da equipe multiprofissional;
A9	2018	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Relação do manejo familiar com aspectos sociodemográficos e de dependência física infanto-juvenil em agravos neurológicos.	WEISSHEIMER, <i>et al.</i>	Dinheiro investido nos cuidados; Mudança de rotina familiar; Novas habilidades familiares no cuidado;
A10	2020	Revista Mineira de Enfermagem	Percepção do enfermeiro sobre assistência às crianças com necessidades especiais de saúde na atenção primária.	FAVARO <i>et al.</i>	Importância de um profissional de referência; Dificuldade de relação entre os diversos serviços de saúde;

Tabela da amostra final. Cuiabá - MT, 2023.

Fonte: elaborado pelas autoras.

DISCUSSÃO

De acordo com a Lei 8080/90, a integralidade de assistência compreende-se como um conjunto articulado de ações e serviços que garantem a resolução de problemas em todos os níveis de complexidade, tanto individuais como do coletivo (BRASIL, 1990). Embora a Constituição de 1988, garanta a todos o à direito, é evidente certas lacunas no tema do cuidado à criança ou adolescente com deficiência, envolvendo diferentes aspectos, entre eles, o despreparo profissional, que se inicia desde a grade curricular (CAETANO; SACAL; CRUZ, 2023; CONRADIE *et al.*, 2016; FAVARO *et al.*, 2019).

Nesse sentido, muitos enfermeiros, incluindo aqueles que atuam na atenção básica, referem a necessidade de capacitações e de educação permanente, visto que se sentem despreparados psicologicamente e tecnicamente para realizar essa assistência e alegam que durante a graduação não tiveram contato na comunidade, só em outros cenários de atendimento (CAETANO; SACAL; CRUZ, 2023; FAVARO *et al.*, 2019).

Na visão dos enfermeiros da atenção básica, por exemplo, a assistência das crianças é dificultada pela complexidade dos cuidados já que exigem uma ação mais específica e integral. Ademais, apresentam dificuldades por não saberem atender as necessidades dos cuidadores/famílias das crianças com deficiência (CAETANO; SACAL; CRUZ, 2023; FAVARO *et al.*, 2019).

Outros estudos também têm demonstrado a necessidade de avanço na formação dos profissionais de saúde em todas as áreas, como nos serviços de emergência e consultórios (AQUINO; ALMEIDA; CRUZ, 2022; FERREIRA; OLIVEIRA; CRUZ, 2022). O investimento na formação em saúde poderia ser um modo complementar de superar os desafios do atendimento de crianças com deficiência, através da inclusão curricular do tema do cuidado à pessoa com deficiência, no geral, ampliando o olhar sobre o cuidado e as demandas específicas dessa população (CAETANO; SACAL; CRUZ, 2022; FAVARO *et al.*, 2019).

Dentro da proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de graduação Bacharelado em Enfermagem, preconiza-se a existência de conteúdos teóricos, teórico-práticos, práticos e estágios que orienta a assistência de Enfermagem com equidade em nível individual e coletivo a ser prestada (...) à pessoa com deficiência, incluindo a reabilitação da pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e à pessoa com transtorno mental (BRASIL, 2018).

Além dos problemas com a formação curricular, há também fatores de estresse na equipe de enfermagem que interferem na qualidade da assistência, como: não ter a oportunidade de participar da tomada de decisões e a sobrecarga de trabalho, foram mencionados como os principais estressores ocupacionais vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em ambiente com deficiência intelectual (CONRADIE *et al.*, 2016; FERREIRA; OLIVEIRA; CRUZ, 2022).

O próprio contexto de saúde no Brasil, em decorrência da pandemia da Infecção

Humana pelo novo Coronavírus (COVID19), mudou a dinâmica assistencial em toda a rede de saúde, resultando na alteração de rotinas de consultas, exames, e até mesmo visitas domiciliares (MARQUES *et al.*, 2021), interferindo na frequência de acesso, principalmente, às unidades básicas.

A quem recorrer? - experiência com o enfermeiro referência

No contexto do cuidado em enfermagem, o enfermeiro é o principal protagonista, pois além de prestar assistência e ser o responsável pela capacitação da sua equipe técnica e auxiliar, o mesmo participa da gestão do cuidado. Contudo, alguns enfermeiros não souberam seu real papel no atendimento a crianças com deficiência (FAVARO *et al.*, 2019).

A insegurança do profissional de enfermagem é preocupante, pois a família de crianças com deficiência necessita de apoio profissional desde o diagnóstico e por todo o tratamento de longo prazo. As preocupações familiares estão relacionadas, geralmente, com a patologia e com a evolução do quadro da criança, principalmente quando há necessidade de alta dependência (ESTEVES *et al.*, 2015).

Nesse ponto, o enfermeiro pode agir de forma direta, acolhendo as famílias por meio de escuta terapêutica e prestando informações que possam minimizar a ansiedade relacionada à condição da criança. Portanto, fica evidente a importância da educação em saúde com a família, que é um processo contínuo, levando um tempo para assimilação de novos conhecimentos e cuidados a serem realizados (ESTEVES *et al.*, 2015).

Este processo ensino-aprendizagem do cuidado familiar, na maioria das vezes, é conduzido pelo enfermeiro, que atua em vários momentos do cuidar através do ensinar e do fazer: explicação, observação, execução, supervisão, colaboração e avaliação do desempenho (GOÉS, CABRAL, 2017).

O modelo assistencial do Enfermeiro de Referência, também conhecido como Primary Nursing (PN), fortalece essa relação necessária entre enfermeiro-paciente, que envolve a continuidade do processo do cuidar. Compõe-se pela prestação de cuidados que reafirma a assistência completa, integral, e contínua realizada por um enfermeiro de referência, que atua na gestão dos cuidados e presta esta assistência a pacientes específicos durante todo atendimento, como no caso de uma internação (SANTOS *et al.*, 2019), mas é possível ser implementado em outros níveis de atenção.

Nesse modelo, o profissional de enfermagem irá conhecer a realidade da família e da criança com deficiência, adequando as orientações e cuidados para a realidade da mesma no momento de gerenciar seus cuidados, e no momento da educação em saúde, visto que se baseia na prática da comunicação direta pessoa a pessoa (SANTOS *et al.*, 2019).

Por conseguinte, reforça a necessidade de compreender o que envolve a integralidade

desta assistência, e a promoção da qualidade de vida, a qual está diretamente relacionada à garantia de seus direitos e da sua inclusão aos serviços de saúde em quaisquer níveis de atenção, para que obtenha maior crescimento e desenvolvimento nos primeiros anos de vida (BRASIL, 2018).

Esse período compreende a formação de habilidades primordiais e básicas, que proporciona amplitude e flexibilidade para progressão do desenvolvimento nas áreas motoras, cognitiva e de linguagem, que é condição para a efetivação do que se espera por “sociedade inclusiva” (BRASIL, 2018). É claro que esses cuidados, apoio, orientações, pode compreender os papéis do enfermeiro de referência, a realização de uma ação contínua e em parceria com a família (SANTOS *et al.*, 2019).

Outrossim, cerca de 70% a 80% das sequelas das crianças com deficiência podem ser evitadas ou minimizadas por meio de condutas e procedimentos simples de baixo custo e de possível operacionalização com diagnóstico oportuno e medidas preventivas adequadas em todos os níveis de atenção à saúde, inclusive na atenção básica (FAVARO *et al.*, 2019).

Dessa forma, a introdução dessas medidas preventivas deveria ser compromisso prioritário dos gestores em saúde, a começar pela garantia da oferta das triagens neonatais universais. As crianças com deficiência precisam de inclusão nas redes temáticas de atenção à saúde, mediante a identificação de situação de vulnerabilidade e risco de agravos e adoecimento, reconhecendo suas especificidades para uma atenção resolutiva (BRASIL, 2018).

Neste contexto, a equipe de enfermagem deve estar atenta ao prestar assistência a essas famílias, porque um cuidado adequado promove o desenvolvimento da criança e no seu prognóstico, a fim de estimular um apropriado desenvolvimento biopsicossocial, de acordo com as necessidades e potencialidades da criança (GOÊS, CABRAL, 2017).

Outro momento crucial é a alta hospitalar e o destino dessa família, visto que, as crianças com deficiência possuem um itinerário terapêutico intenso de idas e vindas constantes, reafirmando a necessidade da presença de um enfermeiro de referência, que possa estabelecer um vínculo contínuo equipe-família-criança (SANTOS *et al.*, 2019).

Portanto, a integração entre os serviços de diferentes níveis de atenção é um aspecto importante a ser destacado, que demonstra uma nova perspectiva da realização do cuidado em rede como requisito para a integralidade do cuidado (SOUZA *et al.*, 2017).

O contato enfermeiro-paciente auxilia no cuidado, com base na realidade de cada criança e respeitando a singularidade de cada família. O enfermeiro de referência é aquele que conhece aspectos físicos, biológicos, e psicológicos da criança com deficiência e da sua família, referenciando para cada serviço especializado necessário, junto com um breve histórico do paciente. Ademais, ele será a referência para a família quando surgir dúvidas ou novos cuidados a serem implementados (MEDEIROS; BOEHS; HEIDMANN, 2012).

A família que trabalha em conjunto com a equipe, participando das tomadas de

decisões, como também questionando algumas intervenções, obtém melhora na qualidade de vida e no desenvolvimento integral da criança com deficiência. Além disso, o enfermeiro deve considerar a capacidade e os conhecimentos dos pais, de forma que torne a relação útil para o trinômio família-criança-equipe (ALVES; AMENDOEIRA; CHARAPE, 2017).

As visitas domiciliares de enfermagem, por sua vez, são um dos principais cuidados pós-alta de crianças com deficiência, pois favorecem a formação de vínculos, promovendo um espaço de escuta, diálogo e acolhimento (DANTAS *et al.*, 2017). É importante lembrar que o processo de alta da criança não significa recuperação plena de saúde, sendo necessário a continuidade dos cuidados desenvolvidos (ESTEVES *et al.*, 2015).

Tempo e custos no cuidado: ampliando o olhar sobre as necessidades familiares de crianças com deficiência

As necessidades familiares de crianças com deficiência vão para além de incorporar os cuidados de rotina. Existem custos elevados para o gerenciamento desses cuidados, concomitantemente com a manutenção familiar, trazendo importantes impactos financeiros (CRUZ, 2019). Por exemplo, se há o fornecimento de insumos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) durante a internação, gera um grande problema no pós-alta para as famílias, visto que, com a interrupção do fornecimento pelo serviço, a família passa a custear os cuidados (dieta especial, medicamentos de alto custo, produtos hospitalares, dispositivos biomédicos, etc.), na maioria das vezes, uma despesa fora da realidade econômica da mesma (CRUZ, 2019; GÓES; CABRAL, 2017).

A demanda por um cuidado muito específico de crianças com deficiência torna a famílias cuidadora vulnerável à problemas financeiros, reduz a jornada de trabalho, principalmente das mães, que param de trabalhar para dedicar-se aos cuidados dos filhos (CRUZ, 2019; FIGUEIREDO; SOUZA; GOMES, 2016; ZIRBEL, 2017). As diversas necessidades das crianças e seus familiares, devem, portanto, ser consideradas pelo enfermeiro ao planejar, gerenciar e executar os seus cuidados, garantindo, assim, um cuidado integral (ROMLEY *et al.*, 2017).

A sobrecarga do familiar cuidador (mãe, avó, tia, etc.) pode interferir no aspecto físico, psicológico, financeiro, e está associada a maior estresse e morbidade e mortalidade (NASCIMENTO, 2018; ROMLEY *et al.*, 2017). Além disso, muitos cuidadores (majoritariamente com atribuição feminina), são os únicos provedores do lar (ZIRBEL, 2017). Prova disso, é que na maioria das famílias de crianças com deficiência o maior desemprego é da mãe, que investe nos cuidados diários dessas crianças (FIGUEIREDO; SOUZA; GOMES, 2016; GOITEIN; CIA, 2011; NASCIMENTO, 2018).

De modo geral, sabe-se que prestar cuidados de saúde em casa consome muito tempo para os membros da família, gerando desemprego ou emprego informal, dificuldades financeiras, isolamento social, insatisfação conjugal e redução da qualidade de vida das

famílias das crianças com necessidades especiais de saúde (CRUZ, 2019; NASCIMENTO, 2018; ROMLEY *et al.*, 2017). Romley e outros autores afirmam que essa população tem três vezes mais gastos com saúde do que comparado com outras famílias (ROMLEY *et al.*, 2017), pois assumem despesas do próprio bolso, sem apoio do serviço público.

Romley e colaboradores (2017) afirmam que quase 12% das crianças com deficiência recebem mais que 21h de cuidados de saúde da família por semana. Além disso, para os autores a substituição por um cuidador de saúde domiciliar teria custado cerca de 35,7 bilhões de dólares ou 6.400,00 dólares por criança por ano (ROMLEY *et al.*, 2017).

Assim, as redes de apoio a essas famílias são fundamentais, pois articulando diversos setores da sociedade é possível prover cuidados e benefícios sociais. Muitas vezes, o enfermeiro vai planejar os cuidados das famílias e identificar entraves que interferem na qualidade de vida das crianças com deficiência. Por isso, torna-se importante promover um ambiente de escuta e acolhimento para que promova a identificação das reais demandas familiares, de maneira eficaz e efetiva (BRASIL, 2011).

Serviços de assistência social também podem ser acionados, como o encaminhamento para o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), que é a porta de entrada das famílias para a Política de Assistência Social, que permite o acesso aos direitos sociais das famílias e /ou indivíduos que estão em situação de vulnerabilidade e/ou risco social. Neste serviço, as famílias de crianças com deficiência, atendendo critérios estabelecidos, podem receber o Benefício de Prestação Continuada (BPC), que complementa a renda dessas famílias, no valor de um salário mínimo (BRASIL, 2007; 2018).

O enfermeiro, portanto, pode encaminhar essas famílias mais vulneráveis para os serviços de assistência social como parte de um cuidado integral, onde serão realizadas todas as avaliações e procedimentos necessários à concessão do benefício (BRASIL, 2018) tão necessário.

O estudo de Weissheimer e outros autores (2018) constatou-se que apenas 49,6% das crianças e adolescentes com deficiência contavam com o BPC e que apenas 44% delas tinha acesso a algum medicamento do sistema público de saúde. Portanto, atuar e considerar a condição econômica das famílias tem relação direta com a manutenção da terapêutica infanto-juvenil (WEISSHEIMER *et al.*, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado de enfermagem prestado às crianças com deficiência deve englobar as suas famílias, para atingir diversos aspectos de vida como o âmbito financeiro. No entanto, profissionais de enfermagem sentem-se despreparados para assistir essas famílias devido ao elevado grau de complexidade e às dificuldades na articulação dos serviços de saúde e demais serviços sociais, barreiras importantes na efetivação de uma assistência à saúde de modo integral e de qualidade.

Para a continuidade dos cuidados de saúde, uma das possibilidades é o enfermeiro de referência, que atuaria como o protagonista do cuidado, realizando suas ações sob o olhar da integralidade, fortalecendo o vínculo com as famílias, acolhendo e respeitando suas singularidades e reais necessidades.

REFERÊNCIAS

ALVES, J. M. N. O.; AMENDOEIRA, J. J. P.; CHAREPE, Z. B. **A parceria de cuidados pelo olhar dos pais de crianças com necessidades especiais de saúde**. Rev Gaúcha Enferm. 2017; vol.38, n.4. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2016-0070>>. Acesso em: 05 out. 2020.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 22 nov. 2020.

____. Ministério da Saúde. Decreto nº 6214, de 26 de set. de 2007. Regulamenta o benefício de prestação continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso. Brasília, set. 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6214.htm> Acesso em: 20 nov. 2020

____. Ministério da Saúde. Lei nº 13.146, de 6 de jul. de 2015. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm>; Acesso em: 22 nov. 2020

____. Lei Federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. ECA _ Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm Acesso em: 23 nov. 2020.

____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set.1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 02 out. 2020.

____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br>>. Acesso em: 02 out. 2020.

____. Ministério da Saúde. Redes de Atenção à Saúde. 2 ed. Brasília, 2011. Disponível em: < https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf> Acesso em: 04 out. 2020.

____. Ministério do Desenvolvimento Social. O benefício de prestação continuada - BPC. Brasília, 2018. Disponível em: < http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Guia/Guia_BPC_2018.pdf > Acesso em: 04 out. 2020

____. Resolução nº 573, de 31 de janeiro de 2018. e Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de graduação Bacharelado em Enfermagem. Brasília, jan. 2018. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso573.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2020.

CAETANO, L.C.; SACAL, Y.A.; CRUZ, G.V.S.F. **Atendimento de crianças e adolescentes com deficiência na atenção básica**: experiência de profissionais de saúde. 2023. Trabalho de conclusão de curso de graduação. Universidade Federal de Mato Grosso. Curso de Enfermagem, 2023.

CONRADIE, M. *et al.* **Um perfil de fatores de estresse percebidos entre a equipe de enfermagem que trabalha com pacientes internados com deficiência mental no Complexo Psiquiátrico de Free State, África do Sul.** *Curationis*, 2017, v. 40, n. 1. Disponível em: <<https://doi.org/10.4102/curationis.v40i1.1578>>. Acesso em: 10 out. 2020.

DANTAS, M. S. A. *et al.* **Atenção profissional à criança com paralisia cerebral e sua família.** *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2017; v. 25. DOI: 10.12957/reuerj.2017.18331. Disponível em: <<https://mail.google.com/mail/u/2/?pli=1#inbox/FMfcgwxwKjnZhtkvRZfTkGJPxVqHskdK?projector=1&messagePartId=0.4>>. Acesso em: 06 nov. 2020.

ESTEVES, J. S. *et al.* **Preocupações das famílias sobre o cuidado de crianças com necessidades especiais de saúde dependentes de tecnologia.** *Invest. Educ. Enferm.* 2015; v. 33, n.3. Disponível em: <<https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/24464>>. Acesso em: 06 out. 2020.

FAVARO, L. C. *et al.* **Percepção do enfermeiro sobre assistência às crianças com necessidades especiais de saúde na atenção primária.** *Rev Min Enferm*, 2019, v.24. Disponível em: <<http://reme.org.br/artigo/detalhes/1423>>. Acesso em: 06 out. 2020

FERREIRA, E.A.R.; OLIVEIRA, M.C.; CRUZ, G.V.S.F. **Cuidado de Crianças e Adolescentes com Deficiência no Pronto Atendimento: Experiência da Equipe de Enfermagem.** 2022. Trabalho de conclusão de curso de graduação. Universidade Federal de Mato Grosso. Curso de Enfermagem, 2022.

FIGUEIREDO, S. V.; SOUZA, A. C. C.; GOMES, I. L.V. **Menores com necessidades especiais de saúde e familiares: implicações para a Enfermagem.** *Rev Bras Enferm* on line. 2016; v.69,n.1, p. 79-85. DOI: 10.1590/0034-7167.2016690112i. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690112i>>. Acesso em: 06 out. 2020.

GOITEIN, P. C.; CIA, F. **Interações familiares de crianças com necessidades educacionais especiais: revisão da literatura nacional.** *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, SP, 2011, v. 15, n. 1, p. 43-51. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413_85572011000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 out. 2020.

GÓES, F. G. B.; CABRAL, I. E. **A alta hospitalar de crianças com necessidades especiais de saúde e suas diferentes dimensões.** *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2017; v.25, p.1. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2017.18684>>. Acesso em: 03 nov. 2020.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.V. **Metodologia do trabalho científico.** Atlas; 8ª ed., 2018.

MEDEIROS, E. A. G.; BOEHS, A. E.; HEIDEMANN, I. T.S. B. **O papel do enfermeiro e as recomendações para a promoção da saúde da criança nas publicações da enfermagem brasileira.** *Rev Min Enferm.* 2012 abr/jun; v.17, n.2, p. 462-467. DOI: 10.5935/1415-2762.20130035. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130035>. Acesso em: 15 out. 2020.

MARQUES, L.C. *et al.* Referência e contrarreferência para a integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 31, n. 1, pág. e310105, 2021.

NASCIMENTO, A. M. C. **Sobrecarga em cuidadores de crianças microcefálicas com síndrome da zika congênita.** Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2018.

ROMLEY, J. A. *et al.* **Cuidados de saúde fornecidos pela família para crianças com necessidades especiais.** *Pediatrics*. 2017; v. 139, n. 1. DOI: 10.1542/peds.2016-1287. Disponível em: < <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1287>>. Acesso em: 15 out. 2020.

SANTOS, K.C.B.; *et al.* **Implantação do modelo enfermeiro de referência em um hospital universitário.** Rev. enferm. UFPE on line; v. 13, n.1, p. 268-274, janeiro 2019. Disponível em: 15 out. 2020.

SOUZA, S.M. *et al.* **Integrity of care: challenges for the nurse practice.** Rev Bras Enferm [Internet]. 2017; v. 70, n.3, p. 504-10. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0380>> Acesso em: 20 out. 2020.

WEISSHEIMER, G. *et al.* **Relação do manejo familiar com aspectos sociodemográficos e de dependência física infantojuvenil em agravos neurológicos.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018; v. 26. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2494.3076>>. Acesso em: 15 out. 2020.

ZIRBEL, I. Teorias políticas, justiça, exploração e cuidado. **Revista Guairacá de Filosofia**, Guarapuava-PR, v33, n1, p. 48-64, 2017.

NEGLIGÊNCIA CONTRA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO ESPÍRITO SANTO

Data de aceite: 01/09/2023

Julia Ellen da Silva Parreira

Acadêmica de Enfermagem. Universidade Federal do Espírito Santo.

Tiffani Matos Oliveira

Enfermeira. Universidade Federal do Espírito

Loys Lene da Costa Siqueira

Enfermeira. Universidade Federal do Espírito Santo.

Márcia Regina de Oliveira Pedroso

Doutora em Saúde Coletiva. Professora Adjunta na Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFOB).

Franciéle Marabotti Costa Leite

Doutora em epidemiologia. Docente da Universidade Federal do Espírito Santo. Departamento de enfermagem. Programa de Pós-graduação em Saúde coletiva e Enfermagem.

RESUMO: Introdução: A negligência é um tipo de violência definida como uma omissão da família e da sociedade em suprir as necessidades físicas e emocionais da pessoa com deficiência. Nesse sentido, compreende-se a vulnerabilidade e a necessidade de assegurar qualidade de

vida a essa população. **Objetivo:** Identificar a frequência de notificações de negligência contra a pessoa com deficiência e verificar sua associação com as características da vítima, do agressor e do evento.

Metodologia: Estudo epidemiológico analítico transversal que utilizou as notificações de negligência contra a pessoa com deficiência entre os anos de 2011 a 2018.

A variável dependente de interesse foram as notificações de negligência efetuadas contra as pessoas com deficiência/transtorno (sim/não). **Resultados:** As principais vítimas de negligência foram mulheres (P: 56,7%; IC95%: 49,1-63,9), com 60 anos e mais (P: 51,4%; IC95%: 44,0-58,9), não brancas (P: 89,3%; IC95%: 82,7-93,6) e 92,9% (IC95%: 87,9-96,0) residiam em zona urbana. Quanto às características do evento, ocorreram na residência (P: 89,1%; IC95%: 83,3-93,1), e 92,2% (IC95%: 86,5-95,7) foi de repetição e o encaminhamento foi feito em 83,7% (IC95%: 77,2-88,7) das notificações.

Conclusão: A negligência está presente no cotidiano das pessoas com deficiência, sendo fundamental notificar os casos e dar visibilidade a essa população diariamente marginalizada.

PALAVRAS-CHAVE: Violência. Sistemas de informação. Epidemiologia. Violência doméstica. Negligência.

ABSTRACT: Introduction: Negligence is a type of violence defined as an omission by the family and society to meet the physical and emotional needs of the person with a disability. In this sense, one understands the vulnerability and the need to ensure quality of life for this population. **Objective:** To identify the frequency of negligence notifications against people with disabilities and verify their association with the characteristics of the victim, the aggressor and the event. **Methodology:** Cross-sectional analytical epidemiological study that used reports of negligence against people with disabilities between the years 2011 to 2018. The dependent variable of interest were reports of neglect made against people with disabilities/disorder (yes/no). **Results:** The main victims of neglect were women (P: 56.7%; IC95%: 49.1-63.9), aged 60 and over (P: 51.4%; IC95%: 44.0-58.9), non-white (P: 89.3%; IC95%: 82.7-93.6) and 92.9% (95%CI: 87.9-96.0) lived in urban areas. As for the characteristics of the event, it occurred at home (P:89.1%; IC95%: 83.3-93.1), and 92.2% (IC95%: 86.5-95.7) was a repetition and referral was made in 83.7% (IC95%: 77.2-88.7) of notifications. **Conclusion:** Negligence is present in the daily lives of people with disabilities, and it is essential to notify cases and give visibility to this daily marginalized population. **KEYWORDS:** Violence. Information systems. Epidemiology. Domestic violence. Negligence.

INTRODUÇÃO

As pessoas com deficiência, são descritas como um alvo fácil para a vitimização devido às dificuldades de identificação e comunicação acerca dos sinais de abuso, sobre o agressor e o tipo de agressão a qual estão submetidas (CAVALCANTE; BASTOS, 2009).

Importante destacar que grande parte dos atos de violência ocorre dentro do núcleo de vivência das pessoas vistas como vulneráveis sociais (DAY et al., 2003), fator que revela a dificuldade de aceitação que permeia a existência da pessoa com deficiência em todo e qualquer ambiente. Entre os anos de 2011 e 2017, verificou-se, no Brasil, uma média de 8.800 denúncias ao longo dos anos, sendo que a maior parte dos casos, cerca de 35,8%, eram casos de negligência (D’AFFONSECA, 2020).

O meio familiar é considerado como o mantenedor das condições que permitem o atendimento das demandas básicas de alimentação, higiene e saúde para com as pessoas com deficiência. Porém, em alguns casos, esse processo é extenuante, causando uma sobrecarga aos cuidadores, situação agravadas pela falta de preparo físico e emocional, predispondo à ocorrência de situações de negligência (MULLER, 2015). Nesse contexto, é importante entender que a negligência é um tipo de violência definida como uma omissão da família e da sociedade em suprir as necessidades físicas e emocionais da pessoa com deficiência (SEDPCD, 2020).

Viver em condições crônicas de negligência gera impactos negativos na saúde emocional, física e social, uma vez que o desenvolvimento do portador de alguma deficiência é afetado por situações constantes de angústia, estresse e ansiedade, além de transtornos comportamentais e comprometimento da evolução afetiva, psicomotora, social e moral (MPSC, 2021).

Diante do exposto, destaca-se o papel fundamental do profissional de saúde em notificar os casos de negligência contra a pessoa com deficiência, uma vez que a partir de ações como essa, poderá ser assegurado a proteção e o cuidado com as demandas individuais, além de dar voz, espaço e direitos amplos aos portadores de deficiência (SILVA, 2018).

O presente estudo teve por objetivo identificar a frequência de notificações de negligência contra a pessoa com deficiência e sua associação com as características da vítima, do agressor e do evento.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico de caráter transversal, que utilizou as notificações de negligência contra a pessoa com deficiência notificadas entre os anos de 2011 e 2018, cujo banco de dados foi disponibilizado pela Secretaria Estadual de Saúde (SESA) do estado do Espírito Santo. A escolha de utilização dos dados a partir de 2011 deve-se à publicação da portaria de nº 104 do Ministério da Saúde que aborda a violência interpessoal e autoprovocada como agravos de notificação compulsória (BRASIL, 2011).

No presente estudo a variável dependente de interesse foram as notificações de negligência contra as pessoas com deficiência/transtorno (sim/não). As variáveis independentes foram as características da vítima: sexo (feminino/masculino), idade (0-9; 10-19; 20-59; 60 ou mais), raça/cor (branca, preta/parda), zona de residência (rural, urbana/periurbana); do agressor: idade (0-24; 25 ou mais), sexo do autor (feminino/masculino), vínculo entre o provável autor e a vítima (familiar; conhecido); de acordo com o agravo: consumo de álcool (sim/não), número de envolvidos (um; dois ou mais), local de ocorrência (residência; outros), violência de repetição (sim/não) e encaminhamento (sim/não).

Inicialmente, o banco de dados passou por uma etapa de qualificação para avaliar inconsistências, dados faltantes ou erros. Posteriormente, foi realizada uma análise bivariada com o teste Qui-quadrado de Pearson e/ou Exato de Fisher e para a análise multivariada a Regressão de Poisson. Os testes foram feitos no programa estatístico Stata 14.1. O presente estudo já foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), sob parecer número 2.819.597.

RESULTADOS

Foram analisados 173 casos de negligência contra a pessoa com deficiência no Espírito Santo no período estudado, representando nesse grupo uma frequência de 10,8% (IC95%: 9,2-12,2) (Dados não apresentados em tabela).

No período de 2011 a 2018, as principais vítimas de negligência foram mulheres (P: 56,7%; IC95%: 49,1-63,9), com 60 anos e mais (P: 51,4%; IC95%: 44,0-58,9), pretas/pardas (P: 56,6%; IC95%: 48,7-64,2) e residentes em zona urbana (P: 92,9%; IC95%: 87,9-96,0). Quanto às características dos perpetradores, 91,3% (IC95%: 83,4-95,7) tinham 25

anos ou mais, e 67,7% (IC95%: 57,7-76,3) do sexo feminino. Nota-se que cerca de 86% (IC95%: 79,5-90,4) tinham vínculo familiar com a vítima, e, em 76% (IC95%: 66,3-83,7) não houve suspeita de uso de álcool durante a agressão. Vale pontuar que a negligência foi cometida na maioria das vezes (P: 55,2%; IC95%: 47,4-62,8) por dois ou mais agressores. Quanto às características do evento a residência foi o local predominante da ocorrência (P: 89,1%; IC95%: 83,3-93,1), sendo de repetição e quase a totalidade dos casos (P: 92,2%; IC95%: 86,5-95,7). O encaminhamento foi feito em 83,7% dos casos (IC95%: 77,2-88,7) (Tabela 1).

Variáveis	N	%	IC 95%
Sexo			
Masculino	73	43,3	36,1-50,9
Feminino	98	56,7	49,1-63,9
Faixa etária			
0 a 9 anos	20	11,6	7,6-17,3
10 a 19 anos	26	15,0	10,4-21,2
20 a 59 anos	38	22,0	16,4-28,8
60 anos e mais	89	51,4	44,0-58,9
Raça/Cor			
Branca	69	43,4	35,8-51,3
Preta/Parda	90	56,6	48,7-64,2
Zona de residência			
Urbana/Periurbana	157	92,9	87,9-96,0
Rural	12	7,1	4,1-12,2
Idade do agressor			
0 - 24 anos	8	8,7	4,4-16,6
25 anos ou mais	84	91,3	83,4-95,7
Sexo do agressor			
Masculino	32	32,3	23,7-42,3
Feminino	67	67,7	57,7-76,3
Vínculo com a vítima			
Familiar	139	85,8	79,5-90,4
Conhecido	23	14,2	9,6-20,5
Consumo de álcool			
Sim	23	24,0	16,4-33,7
Não	73	76,0	66,3-83,7
Número de envolvidos			
Um	73	44,8	37,3-52,6
Dois ou mais	90	55,2	47,4-62,8
Local de ocorrência			

Residência	147	89,1	83,3-93,1
Outros	18	10,9	7,0-16,7
Violência de repetição			
Sim	131	92,2	86,5-95,7
Não	11	7,8	4,3-13,5
Encaminhamento			
Sim	139	83,7	77,2-88,7
Não	27	16,3	11,4-22,8

Tabela 1 – Distribuição das notificações de negligência conforme características da vítima, do agressor e do evento. Espírito Santo, 2011 a 2018 (n=173).

Fonte: Os autores.

Na Tabela 2, podemos observar os resultados da análise bivariada. A distribuição dos casos de notificação de negligência contra a pessoa com deficiência esteve relacionada a, praticamente, todas as variáveis em estudo, exceto a zona de residência e o encaminhamento, onde o valor de p foi >0,05.

Variáveis	n	%	IC 95%	p-valor
Sexo				
Masculino	75	14,8	11,9-18,1	<0,001
Feminino	98	8,7	7,2-10,5	
Faixa etária				
0 a 9 anos	20	35,1	23,8-48,4	<0,001
10 a 19 anos	26	10,5	7,3-15,0	
20 a 59 anos	38	3,4	2,5-4,7	
60 anos e mais	89	40,5	34,2-47,1	
Raça/Cor				
Branca	69	13,8	11,0-17,1	0,006
Preta/Parda	90	9,2	7,5-11,1	
Zona de residência				
Urbana/Periurbana	157	10,8	9,3-12,5	0,224
Rural	12	7,7	4,4-13,1	
Faixa etária do agressor				
0-24 anos	8	3,1	1,5-6,0	<0,001
25 anos e mais	84	10,4	8,5-12,7	
Sexo do agressor				
Masculino	32	3,9	2,8-5,4	<0,001
Feminino	67	11,7	9,3-14,6	
Suspeita de uso de álcool				
Não	73	10,4	8,3-12,8	0,025

Sim	23	6,3	4,2-9,2	
Local de ocorrência				
Residência	147	13,0	11,2-15,1	<0,001
Outros	18	5,2	3,3-8,2	
Violência de repetição				
Não	11	2,6	1,5-4,7	<0,001
Sim	131	14,5	12,4-17,0	
Encaminhamento				
Não	27	11,3	7,8-15,9	0,856
Sim	139	10,9	9,3-12,7	

Tabela 2 – Análise bivariada da distribuição das características segundo a ocorrência das notificações de negligência contra a pessoa com deficiência (N=173). Espírito Santo, 2011 a 2018.

Fonte: Os autores.

Na análise multivariada (Tabela 3), nota-se que os homens têm 1,37 vezes mais prevalência de serem negligenciados do que as mulheres. Quanto à faixa etária, pessoas idosas têm cerca de 11,5 vezes mais prevalência de sofrerem negligência quando comparados aos adultos (RP = 11,47; IC 95%: 8,03-16,39) enquanto as crianças têm uma prevalência aproximadamente 9,5 vezes maior comparado a mesma população de referência (RP =9,54; IC 95%: 5,88-15,49), o que evidencia a maior vulnerabilidade dos idosos a negligência. Em relação às características do agressor, constata-se a maior prevalência na faixa etária de 25 anos (RP: 2,84; IC95%: 1,17-6,92) e sexo feminino (RP = 3,08; IC 95%: 1,60-5,92). A negligência apresentou-se cerca de 3,4 vezes mais recorrente quando comparada a outras violências sofridas pela pessoa com deficiência (RP = 3,43; IC 95%: 1,43 – 8,22) (Tabela 3).

VARIÁVEIS	ANÁLISE BRUTA			ANÁLISE AJUSTADA		
	RP	IC 95%	p-valor	RP	IC 95%	p-valor
Sexo						
Masculino	1,69	1,28-2,24	<0,01	1,37	1,05-1,78	0,021
Feminino	1,0			1,0		
Faixa etária						
0 a 9 anos	10,22	6,38-16,38	<0,01	9,54	5,88-15,49	<0,01
10 a 19 anos	3,07	1,90-4,95		2,96	1,84-4,77	
20 a 59 anos	1,0			1,0		
60 anos e mais	11,79	8,29-16,75		11,47	8,03-16,39	
Raça/Cor						
Branca	1,51	1,12-2,02	0,006	1,27	0,95-1,68	0,102
Preta/Parda	1,0			1,0		

Faixa etária do agressor						
0-24 anos	1,0		0,001	1,0		0,022
25 anos e mais	3,38	1,66-6,90		2,84	1,17-6,92	
Sexo do agressor						
Masculino	1,0		<0,01	1,0		0,001
Feminino	3,03	2,01-4,55		3,08	1,60-5,92	
Suspeita de uso de álcool						
Não	1,66	1,06-2,60	0,028	1,01	0,50-2,04	0,992
Sim	1,0			1,0		
Local de ocorrência						
Residência	2,48	1,54-3,99	<0,01	1,72	0,66-4,49	0,270
Outros	1,0			1,0		
Violência de repetição						
Não	1,0		<0,01	1,0		0,006
Sim	5,50	3,00-10,06		3,43	1,43-8,22	

Tabela 3 – Análise bivariada com a razão de prevalência bruta e o modelo multivariado com a razão de prevalência ajustada das variáveis associadas aos casos de negligência contra a pessoa com deficiência (N=173). Espírito Santo, 2011 a 2018.

Fonte: Os autores.

DISCUSSÃO

Dentre as notificações de violência contra a pessoa com deficiência, a negligência representou uma frequência de 10,8%. De acordo com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde, para indivíduos portadores de deficiência múltiplas, as notificações de negligência correspondem a 30% das notificações de violência no Brasil (CERQUEIRA, 2021).

Observou-se, que indivíduos do sexo masculino possui uma maior prevalência de negligência quando comparados com as mulheres. Ao analisar as notificações referentes a população brasileira comprova-se que essa parcela social foi significativamente mais afetada pela negligência e pelo abandono do que as mulheres, fator que representa esse tipo de violência como a segunda violência mais notificada no sexo masculino (MELLO, 2020).

Quanto à pessoa idosa, percebe-se que esses indivíduos possuem cerca de 11,5 vezes mais prevalência de sofrerem negligência quando comparados com a população adulta. Com o envelhecimento populacional e aumento do contingente de pessoas idosas, aumenta-se a possibilidade de aumento dos casos de violência contra essa, principalmente àqueles que possuem algum tipo de limitação física. Ademais, infere-se, também, que idosos que são mais dependentes de cuidados de terceiros acabam em maior situação de vulnerabilidade, além do convívio com cuidadores ou familiares que estão despreparados ou estressados com a vivência de necessidade desse indivíduo para realização de tarefas

cotidianas (GOMES *et al*, 2020)

No caso do acometimento de negligência contra a criança com deficiência, em uma pesquisa de enfoque transversal no estado do Rio de Janeiro entre os anos de 2012 e 2013, entendeu-se que a frequência de violência em crianças e adolescentes deve-se às questões de vulnerabilidade ao se comunicar, a não credibilidade dada aos relatos desses indivíduos e a insegurança emocional que permeia sua existência na sociedade e no meio familiar (CAVALCANTE; BASTOS, 2009; HENDRICKS *et al*, 2014; SVENSON; ERIKSSON; JANSON, 2013). Além disso, a compreensão social de masculinização do homem normaliza alguns tipos de violência, classificando-as como papel social desse gênero no contexto ao qual se inserem (APOSTÓLICO *et al*, 2012; FONSECA *et al*, 2012).

No presente estudo, as mulheres foram as principais perpetradoras da negligência, o que corrobora com outros estudos (LEITE *et al*, 2022; PEDROSO; LEITE, 2023; PINTO *et al*, 2021; YAMAMOTO, 2022). Isso pode ser reflexo do papel imposto social e culturalmente às mulheres como cuidadoras exclusivas do ambiente doméstico (LOPES *et al*, 2018; PEDROSO; LEITE, 2023). Isso coloca uma sobrecarga na mulher, já que há uma dependência e necessidade de cuidados, principalmente quando se tratam de crianças e idosos, aumentando a potencialidade dos casos de negligência (LEITE *et al*, 2022).

Além disso, muitas vezes em se tratando de negligência infantil, esse fenômeno pode estar relacionado às mães jovens, sem maturidade para a maternidade, cuja gestação não era desejada ou que se encontram separadas do parceiro, de modo que detenham maior responsabilidade na criação dos filhos (MARTINS; JORGE, 2009).

Diante disso, a mulher não apresenta apenas o papel de cuidadora do lar e da família; há também a inserção no mercado de trabalho, de forma que com uma dupla jornada, ocorre o acúmulo de tarefas, favorecendo o cansaço físico e emocional, e consequentemente, o estresse e dificuldades (FERREIRA; CORTES; CONTIJO, 2019). Ademais, os companheiros muitas vezes não fornecem a atenção e apoio a companheira, já que culturalmente tem o papel apenas de mantenedor da casa, o que é aceito pela sociedade como natural, assim sua ausência muitas vezes não é considerada como negligência (EGRY *et al*, 2015; PEDROSO; LEITE, 2023).

No que se refere a faixa etária, houve maior proporção de agressores com mais de 25 anos, em consonância com outros estudos (PAMPOLIM; LEITE, 2020; PINTO *et al*, 2020), o que pode ser compreendido pela situação de poder do adulto, e pela própria dependência da vítima. Vale ponderar também que muitas vezes o cuidador não tem ciência das necessidades da vítima, consequentemente aumentando as chances do acometimento da negligência, principalmente quando somado ao estresse e falta de preparo, contribuindo para um grande impacto na vida desse público (LOPES *et al*, 2018; MACEDO *et al*, 2020).

A negligência foi cerca de 3,4 vezes mais recorrente quando comparada a outras violências sofridas pela pessoa com deficiência. Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), com base em dados do SINAN/MS 2019, quanto às notificações de

violências contra pessoas com deficiência no Brasil, a violência física apresentou mais registros (53%) para todas as pessoas com deficiência, porém nas pessoas com múltiplas deficiências, a negligência prevaleceu com 50% dos casos, mesmo em indivíduos com deficiência que não múltipla, a prevalência de negligência, ainda é elevada (30%) (CERQUEIRA, D. *et al.*, 2021). Isso revela como a vulnerabilidade desses indivíduos corrobora para a ocorrência de violências, podendo ser ainda mais complicada conforme a severidade de cada caso (D’AFFONSECA; LIMA, 2020; WILLIAMS, 2003).

A violência cometida contra pessoas com deficiência ainda é pouco reconhecida e pouco notificada, portanto, faltam dados acerca da temática para discussão em estudos. É necessária uma avaliação criteriosa dessas notificações de violência de modo global, considerando que quando a violência deixa ferimentos visíveis no corpo, facilita a detecção da mesma tanto pela família quanto pela vítima e pelos profissionais em contato com esse grupo de vulneráveis. Contudo, os profissionais de saúde precisam estar atentos quanto à possibilidade de outros tipos de violência ocorrendo paralelamente, especialmente a chamada “violência silenciosa”, esta tem como marca a cronicidade e o ambiente doméstico (SILVA *et al.*, 2018).

A notificação da violência cometida contra esses indivíduos, além de obrigatória, permite atrair os “olhares” para essa complexa demanda, e, portanto, sustenta a luta em prol da equidade nas políticas públicas (MELLO *et al.*, 2021). Contudo, há um grande desafio a ser enfrentado, nesse contexto da notificação de violência pelo profissional de saúde: reconhecer a violência enquanto tema interdisciplinar. A notificação, como já mencionado, possui o seu lugar de importância nesse cenário, permitindo o conhecimento do perfil da violência para posterior intervenção e prevenção (VELOSO *et al.*, 2013), e a construção de uma rede organizada para o controle, a partir da comunicação com outras instâncias. É claro que a garantia da obrigatoriedade da notificação, representa um avanço, porém, esta, ainda é um fenômeno oculto na prática dos profissionais de saúde. Boa parte dessa subnotificação está relacionada à falta de informações técnicas e científicas acerca do tema (GARBIN *et al.*, 2015; VELOSO *et al.*, 2013).

Esse estudo possui suas limitações, como a possibilidade de subnotificação dos casos de negligência contra a pessoa com deficiência. Visto que as vítimas que buscaram os serviços, obtiveram assistência e que contaram com a notificação pelos profissionais de saúde, mais uma vez evidenciamos, aqui, a importância dessa ação, serviram como dado para essa pesquisa no período em que esta foi desenvolvida. Também ressaltamos o fato de se tratar de uma pesquisa com dados secundários, sabemos que muitos desses dados podem não estar completos e/ou em congruência, outro importante ponto a ser trabalhado junto a esses profissionais.

CONCLUSÃO

Os dados apresentados neste trabalho apontam para a realidade cruel de invisibilidade das pessoas com deficiência. Compreende-se que, além de serem uma minoria marginalizada na sociedade contemporânea, a sua inclusão em outros grupos vulneráveis, como idosos e crianças, reforçam a perpetuação de estigmas que permeiam a vivência desses indivíduos.

Dessa forma, mostra-se relevante a desestruturação de paradigmas ligados ao gênero e as minorias para que a negligência deixe de ser um tipo de violência tão praticada no contexto coletivo. Deve-se capacitar profissionais para uma identificação cada vez mais eficaz dos casos de violência que chegam até os serviços de saúde, bem como maximizar a relevância da notificação quando se identifica os maus-tratos. Quanto mais profissionais da saúde qualificados, maior o enfrentamento da violência na sociedade.

REFERÊNCIAS

ALVES, P. P. et al. Daniel Cerqueira (coordenador) Helder Ferreira (coordenador) Samira Bueno (coordenadora). Disponível em: <<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/12/atlas-violencia-2021-v7.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2023.

APOSTÓLICO, M. R; NÓBREGA, C. R; GUEDES, R. N; FONSECA, R. M. G. S, EGRY, E. Y. Characteristics of violence against children in a Brazilian Capital. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 20, n. 2, pp. 266-73, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/08.pdf>.

BARROS, A. C. M. W. DE; DESLANDES, S. F.; BASTOS, O. M. A violência familiar e a criança e o adolescente com deficiências. *Cadernos de saúde pública*, v. 32, n. 6, 2016.

BRASIL. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional [...], a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf. Acesso: 15 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde.: **Orientações para gestores e profissionais de saúde**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

CAVALCANTE, F.G; BASTOS, O.M. Pessoas com deficiência e necessidades especiais e situações de violência. In: NJAINE, K; ASSIS, S.G; CONSTANTINO, P; AVANCI, J.Q; eds. **Impactos da Violência na Saúde**. 4th ed. updat. Rio de Janeiro: Coordenação de Desenvolvimento Educacional e Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, ENSP, Editora FIOCRUZ, 2020, pp. 317-347. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786557080948.0016>

CAVALCANTE, F. G.; MINAYO, M. C. DE S. Representações sociais sobre direitos e violência na área da deficiência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 57–66, 1 fev. 2009.

CERQUEIRA, D. et al. **Atlas da violência 2021**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP), 2021. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/12/atlas-violencia-2021-v7.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2023.

MINISTÉRIO PÚBLICO DE SANTA CATARINA (MPSC). **Consequências da Negligência**. Ministério Público de Santa Catarina. Disponível em: <<https://www.mpsc.mp.br/combate-a-negligencia-contras-criancas-e-adolescentes/consequencia-da-negligencia#:~:text=Pode%20ter%20diversas%20consequ%C3%AAncias%20sobre>>. Acesso em: 17 dez. 2022.

DAY, V. P. et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 25, n. suppl 1, p. 9–21, 2003.

D’AFFONSECA, S. M.; LIMA, M. Um Estudo sobre Denúncias de Violência Registradas no Disque 100 - Pessoas com Deficiência. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, vol. 20, n. 3, set./dez. 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812020000300003&lng=pt&nrm=iso.

EGRY, E. Y. et al. Understanding child neglect in a gender context: a study performed in a Brazilian city. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 4, p. 556–563, 2015.

FENG, J. Y.; CHANG, Y. T.; CHANG, H. Y.; FETZER, S.; WANG, J. D. Prevalence of different forms of child maltreatment among Taiwanese adolescents: A population-based study. **Child Abuse Negl.** v. 42, pp. 10–9, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.11.010>.

FERREIRA, C. L. S.; CÔRTEZ, M. C. J. W.; GONTIJO, E. D. Promoção dos direitos da criança e prevenção de maus tratos infantis. **Cien Saude Colet**, v. 24, n. 11, pp. 3997-4008, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182411.04352018>.

FERREIRA, W. B. Vulnerabilidade à violência sexual no contexto da escola inclusiva: reflexão sobre a invisibilidade da pessoa como deficiência. **Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación**, vol. 6, núm. 2, 2008, pp. 120-136.

FONSECA, R. M. G. S.; EGRY, E.; NÓBREGA, C. R.; APOSTÓLICO, M. R.; OLIVEIRA, R. N. G. Recurrence of violence against children in the municipality of Curitiba: a look at gender. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 6, pp. 895-901, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n6/en_v25n6a11.pdf.

GARBIN, C. A. S.; DIAS, I. de A.; ROVIDA, T. A. S.; GARBIN, A. J. Í. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1879–1890, jun. 2015. DOI 10.1590/1413-81232015206.13442014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601879&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 29 jan. 2023.

GOMES, J. S.; NASCIMENTO, V.; RIBEIRO, M. N. S.; ESPÍRITO SANTO, F. H.; DINIZ, C. X.; SOUZA, C. R. S.; CASTRO, F. F. Violência no contexto intrafamiliar de pessoas idosas com deficiência física. **Revista Kairós - Gerontologia**, v. 23, n. 2, pp. 313-330, 2020. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2020v23i2p313-330>.

HENDRICKS, C.; LANSFORD, J.; DEATER-DECKARD, K.; BORNSTEIN, M. H. Associations between child disabilities and caregiver discipline and violence in low and middle-income countries. **Child Dev**, v. 85, pp. 513-31, 2014.

LEITE, F. M. C.; GARCIA, M. T. P.; PAULUCIO, M. D.; FERRARI, B.; PEDROSO, M. R. de O.; SANTOS, D. F. Influência das características da vítima, do agressor e do agravo na frequência de negligência contra a mulher. **REME-Revista Mineira de Enfermagem**, v. 26, 2022. DOI: 10.35699/2316-9389.2022.38630. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/rem/article/view/38630>. Acesso em: 3 fev. 2023.

LOPES, L. G. F.; LEAL, M. C. C.; SOUZA, E. F.; SILVA, S. Z. R.; GUIMARÃES, N. N. A.; SILVA, L. S. R. Violência contra a pessoa idosa. **Rev Enferm UFPE online**, v. 12, n. 9, pp. 2257-68, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i9a236354p2257-2268-2018>.

LUND, E. M. Interpersonal violence against people with disabilities: Additional concerns and considerations in the COVID-19 pandemic. **Rehabilitation Psychology**, v. 65, n. 3, p. 199–205, ago. 2020. DOI 10.1037/rep0000347. Disponível em: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/rep0000347>. Acesso em: 29 jan. 2023.

MACEDO, D. M.; LAWRENZ, P.; HONDENDORFF, J. V.; FREITAS, C. P. P.; KOLLER, S. H.; HABIGZANG, L. F. Characterization of Child Maltreatment Cases Identified in Health Services. **Paidéia**, v. 30, e3018, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-4327e3018>.

MARTINS, C. B. G.; JORGE, M. H. P. M. A violência contra crianças e adolescentes: características epidemiológicas dos casos notificados aos Conselhos Tutelares e programas de atendimento em município do Sul do Brasil, 2002 e 2006. **Epidemiol e Serviços Saúde**, v. 18, n. 4, pp. 315–34, 2009. Disponível em: https://repositorio.usp.br/bitstream/handle/BDPI/13509/art_MARTINS_Negligencia_e_abandono_de_crianças_e_adolescentes_2009.pdf?sequence=1.

MELLO, N. F. **VIOLÊNCIA CONTRA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**: Notificações realizadas por serviços de saúde brasileiros, 2011 a 2017. 2020. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas de Saúde) - ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO, FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/49875/nicole_mello_fiodf_mest_2020.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em: 25 jan. 2023.

MELLO, N. F. de; PEREIRA, É. L.; PEREIRA, V. O. de M.; SANTOS, L. M. P. Casos de violência contra pessoas com deficiência notificados por serviços de saúde brasileiros, 2011-2017. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 3, p. e2020747, 2021. DOI 10.1590/s1679-49742021000300007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222021000300316&tIng=pt. Acesso em: 21 nov. 2022.

MOREIRA, G. A. R.; VASCONCELOS, A. A.; MARQUES, L. de A.; VIEIRA, L. J. E. S. Instrumentação e conhecimento dos profissionais da equipe saúde da família sobre a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 31, n. 2, p. 223–230, jun. 2013. DOI 10.1590/S0103-05822013000200014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822013000200014&lng=pt&tIng=pt. Acesso em: 31 jan. 2023.

MULLER, E. F. A negligência intrafamiliar contra a pessoa idosa no contexto do Serviço de Proteção Social Especial às Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias – SEPREDI no município de Florianópolis/SC. In: Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social. Florianópolis, SC. 2015. Disponível em: [Eixo_3_240.pdf \(ufsc.br\)](https://ufsc.br/Eixo_3_240.pdf).

PAMPOLIM, G.; LEITE, F. M. C. Neglect and psychological abuse of older adults in a Brazilian state: analysis of reports between 2011 and 2018. **Rev bras geriatr gerontol**, v. 23, n. 6, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.190272>.

PEDROSO, M. R. O.; LEITE, F. M. C. Prevalência e fatores associados à negligência contra crianças em um estado brasileiro. **Esc Anna Nery**, v. 27, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0128pt>.

PINTO, I. B. A.; LEITE, F. M. C.; LUIS, M. A.; ALVES, O. M.; RIBEIRO, L. E. P.; PEDROSO, M. R. O.; LANNA, S. D.; CUPERTINO, E. F. G.; PINTO, S. S. G.; TAVARES, F. L. Negligência e violência psicológica contra adolescentes: uma descrição dos casos. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, v. 23, n. 3, p. 62–70, 2022. DOI: 10.47456/rbps.v23i3.35722. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/35722>. Acesso em: 3 fev. 2023.

SANTOS, T. M. B.; PITANGUI, A. C. R.; BENDO, C. B.; PAIVA, S. M.; CARDOSO, M. D.; MELO, J. P. R.; SILVA, L. M. P. Factors associated with the type of violence perpetrated against adolescents in the state of Pernambuco, Brazil. **Child Abuse Negl**; v. 67, pp. 216–227, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.02.006>.

SILVA, L. M. P.; SOUSA, T. D. A.; CARDOSO, M. D.; SOUZA, L. D. F. S.; SANTOS, T. M. B. dos. Violência perpetrada contra crianças e adolescentes. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 12, n. 6, p. 1696, 2 jun. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23153>. Acesso em: 2 fev. 2023.

SVENSON, B.; ERIKSSON, U. B.; JANSON, S. Exploring risk for abuse of children with chronic conditions or disabilities – parent’s perceptions of stressors and the role of professionals. **Child Care Health Dev**, v. 39, pp. 887-93, 2013.

TURNER, H. A.; SHATTUCK, A.; FINKELHOR, D.; HAMBY, S. Effects of poly-victimization on adolescent social support, self-concept, and psychological distress. **J Interpers Violence**. v. 32, pp. 755–80, 2017. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0886260515586376>.

VELOSO, M. M. X.; MAGALHÃES, C. M. C.; DELL’AGLIO, D. D.; CABRAL, I. R.; GOMES, M. M. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 5, p. 1263–1272, maio 2013. DOI 10.1590/S1413-81232013000500011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000500011&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 31 jan. 2023.

VIOLÊNCIA CONTRA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA. [s.l: s.n.]. Disponível em: <<https://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/wp-content/uploads/2021/03/Carilha-violencia-2020-Online.pdf>>, novembro 2020.

WILLIAMS, L. C. A. Sobre deficiência e violência: reflexões para uma análise de revisão de área. **Rev. Bras. Ed. Esp.**, v.9, n.2, p.141-154, 2003. Disponível em: <https://www.abpee.net/pdf/artigos/art-9-2-2.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2023

YAMAMOTO, R. K. R.; LUGO, D. E. M.; LIMA, D. V.; SENA, K. G.; BRAGA, P. C. V. Profile analysis of child violence in the municipality of Goiânia - Goiás. **SciELO Preprints**. 2022. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/3440/version/3641>.

POBREZA MENSTRUAL E A DESMORALIZAÇÃO DOS INDIVÍDUOS DO SEXO BIOLÓGICO FEMININO: UMA REVISÃO NARRATIVA

Data de submissão: 06/07/2023

Data de aceite: 01/09/2023

Ludmila Souza Farias

PUC Goiás

Goiânia – Goiás

<http://lattes.cnpq.br/7126736363021920>

Ana Júlia Cavalcante Dobbins

Colégio e curso Integral Maringá

Maringá – Paraná

<http://lattes.cnpq.br/4334233298448922>

RESUMO: A pobreza menstrual é uma controvérsia recorrente, porém pouco discutida em virtude do tabu a respeito da temática da menstruação, tornando a higiene menstrual uma circunstância vantajosa que não se alinha com os princípios de justiça e equidade. Recentemente a Organização das Nações Unidas (ONU) reconheceu o direito à higiene menstrual uma questão de saúde pública e de direitos humanos, no entanto, a realidade dos fatos não corresponde exatamente a essa perspectiva, devido à ausência de disponibilização gratuita de absorventes pela rede do sistema único de saúde e à elevada tributação sobre esses produtos, torna-se evidente a falta de acesso e o peso financeiro imposto à população. Adicionalmente, é importante ressaltar a ausência de programas educacionais

abrangentes sobre saúde íntima nas escolas, bem como a carência de políticas públicas que contemplem esse requisito fundamental. Nesse contexto, observa-se uma elevada prevalência de indivíduos do sexo biológico feminino incapazes de custear o acesso a absorventes, enfrentando carências infraestruturais e educacionais relacionadas à menstruação. Como resultado, ocorre a invisibilidade das mulheres e a desvalorização de suas necessidades fundamentais.

PALAVRAS-CHAVE: Pobreza menstrual; higiene menstrual; saúde íntima.

MENSTRUAL POVERTY AND THE DEMORALIZATION OF BIOLOGICAL FEMALES: A NARRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Menstrual poverty is a frequent controversy, but the topic is little discussed due to its taboo in society. As a consequence, menstrual hygiene, an essential health concern, is not in line with the principles of justice and equity. Recently the United Nations Organization (UNO) has recognized the right to period hygiene as a public health and human rights issue. However, the reality does not correspond exactly to this perspective, not a single

health system network provides free pads or other essentials, and tax really high on these products. It is evident the lack of free access and the financial burden imposed on society. Additionally, it is important to emphasize the absence of comprehensive educational programs on intimate health in schools, as well as the lack of public policies that address this fundamental requirement. In this context, there is a high prevalence of biologically female individuals who cannot afford to buy sanitary pads, facing infrastructural and educational shortcomings related to menstruation. In consequence, women are devalued and their fundamental needs are invisible.

KEYWORDS: menstrual poverty; menstrual hygiene; intimate health.

INTRODUÇÃO

O filme “Pad Man”, em seu enredo, narra as mazelas da pobreza menstrual na Índia, evidenciando a realidade da falta de higiene menstrual e o inaccessível a artigos adequados. De maneira análoga, no Brasil, percebe-se que tudo está intrinsecamente ligado à desigualdade social e a violação de direitos dos indivíduos de sexo biológico feminino, sobretudo aqueles que encontram-se em situação de vulnerabilidade social e econômica. Nesse panorama, constata-se que a falta de higiene menstrual correlacionada a discriminação e tabus apresenta o fim do acesso à educação e ao trabalho para algumas pessoas. Diante desse cenário, é notório que os indivíduos marginalizados, como pessoas em situação de rua, periféricas, negras e privadas de liberdade são as mais impactadas com a pobreza menstrual. Visto que, desassistidas pelas autoridades—que se ausenta da sua responsabilidade de disponibilizar, de forma gratuita, absorventes no Sistema Único de Saúde (SUS), essas pessoas não têm acesso aos artigos de higiene menstruais adequados, por isso acabam utilizando materiais impróprios, como pedaços de pano, papel higiênico e até mesmo miolo de pão (PERES, 2021) para estancar o sangue menstrual. Com isso, desequilíbrios na microbiota vaginal tornam-se inevitáveis. Como efeito, o uso de uma nova abordagem é fundamental. Assim, a disponibilização, de modo, realmente, eficiente, de artigos de higiene menstrual tornam-se uma alternativa de amenizar uma desigualdade endêmica—que adoce e desumaniza inúmeros indivíduos de sexo biológico feminino que menstruam sem oportunidade de adquirir um insumo básico, como o absorvente higiênico.

METODOLOGIAS

O presente artigo foi elaborado por meio de uma revisão narrativa da literatura, baseada em uma extensa busca em bancos de dados relevantes, incluindo o Google Acadêmico, PubMed, Science Direct e SCIELO. Foram coletados e analisados dados provenientes de pesquisas relacionadas à temática da pobreza menstrual e à vulnerabilidade das mulheres no contexto da menstruação.

Na busca, utilizaram-se os seguintes descritores: Pobreza menstrual OR higiene menstrual OR saúde menstrual OR vulnerabilidade menstrual OR menstruação. Não houve

restrições quanto à data, idioma ou área do conhecimento. Dessa forma, o artigo abrange estudos em língua inglesa e portuguesa, publicados no período entre 2017 e 2022.

Ao realizar a pesquisa, foram obtidos inicialmente 284 resultados, dos quais foram lidos os títulos de 85 artigos e, em seguida, foram selecionados 30 artigos para leitura integral. Ao final do processo de seleção, 6 artigos foram escolhidos para compor o presente estudo.

RESULTADOS

Na década 20, após a 1ª Guerra Mundial, chegaram ao Brasil os primeiros absorventes para consumo—os Modess. Entretanto, isso não significava que a higiene menstrual receberia sua devida importância. Do século XIX até o contexto atual, surgiram diversos modelos de produtos de higiene menstrual (absorventes descartáveis externos e internos, absorventes reutilizáveis, calcinhas absorventes, coletor menstrual, entre outros). Apesar dos avanços significativos no que tange os artigos higiênicos, a educação íntima não progride com igual intensidade, embora seja similarmente relevante. As pesquisas evidenciaram que a pobreza menstrual não diz respeito apenas à garantia de acesso a recursos para menstruação e infraestrutura adequada. Conhecimentos acerca do corpo feminino, instruções sobre menstruação, assistência médica, e saneamento básico são imprescindíveis para uma boa saúde íntima. (SOUZA, 2022). O estudo de Ross e Rossouw realizado em oito países de média e baixa renda, aborda diversos fatores que influenciam a precariedade menstrual. Seus índices indicam que em todos os países que fizeram parte da pesquisa, aqueles que vivem em famílias mais ricas são mais propensos a acessar absorventes higiênicos do que aqueles que vivem em famílias menos ricas. Paralelamente no Brasil, usufruir de artigos menstruais se tornou um gasto significativo, considerando que um indivíduo do sexo biológico feminino utiliza em média, 20 absorventes por ciclo, ao final de sua vida fértil terá usado cerca de 10.000 absorventes. Estimando um custo de R\$ 0,60 por produto, chega-se ao valor de R\$ 6.000,00. Este custo aparentemente insignificante, é com efeito, inalcançável para muitas famílias. Um estudo da Sempre Livre associado a KYRA E Mosacilaib expôs dados impactantes: 29% das mulheres entrevistadas exprimiram dificuldades para comprar recursos de higiene menstrual durante o período da pandemia do COVID-19. Fora desse cenário, 21% das mulheres presenciam o impasse todos os meses. A respeito do Canadá, Rocha et al (2022), mostra que 33% dos cidadãos até 25 anos não apresentam facilidade para arcar com o custo de produtos menstruais. Analisando o exposto, observa-se o luxo que é a higiene menstrual e consequentemente a saúde. A escassez de recursos obriga as vítimas a tomarem decisões desesperadas, dessa forma, é comum o aproveitamento de pano, trapos, lenços, papel higiênico, até mesmo fraldas infantis ou toalhas de papel retiradas de banheiros públicos para estancar o sangue. (KUHLMANN et al, 2019).

Embora a população feminina seja majoritária no Brasil conforme dados do Instituto

Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) com um total de 51%, é notório a banalização das necessidades biológicas da mulher incentivada pela cultura machista enraizada no país há séculos. A precariedade menstruação é um tabu na sociedade, visto que é um tema relegado ao ostracismo e por isso, desprovido de esclarecimentos, debates e soluções. Com base nesta revisão bibliográfica, é possível constatar que as mulheres sofrem desvalorização em virtude de sua condição biológica. No entanto, é perceptível que essa lamentável realidade está sendo gradualmente combatida e superada. Um exemplo são os projetos de leis regionais brasileiros no que se refere à distribuição de absorventes nas escolas, como na cidade de São Paulo, onde foi sancionada pelo Poder Executivo em junho de 2021 a distribuição gratuita de absorventes higiênicos para alunas da rede municipal de ensino. Em síntese, faz-se necessários maiores estudos em relação as soluções para a problemática da pobreza menstrual, educação, tributação e confecção de produtos íntimos para a parcela da população afetada por tal conflito.

CONCLUSÃO

O conteúdo apresentado no presente trabalho possibilitou compreender a pobreza menstrual, visando a busca pela dignidade, e narrar o fato da mazela não ser dependente, apenas, do inaccessível a absorventes higiênicos. Desse modo, restauro que a menstruação é considerada um fardo para muitos indivíduos, principalmente àqueles que não tem condições de acessar tal direito básico—considerado como artigo de luxo.

Nessa perspectiva, é válido reconhecer a pobreza menstrual como um problema social e uma questão de saúde pública. Sob esse viés analítico, embora existam projetos de leis regionais que abrangem a distribuição gratuita de absorventes higiênicos, ainda há a ausência de cobertura e fiscalização—responsabilidade do Ministério Público Federal—sobre os marginalizados. À vista disso, faz-se necessário a ampliação de políticas públicas, que propõem equidade de raça, gênero, social e econômica.

Outrossim, ressalta-se o prejuízo intelectual. Visto que, devido à pobreza menstrual—questão intrinsecamente ligada a uma pobreza estrutural—muitas pessoas estão inseridas em uma realidade que, sem saneamento básico e acesso à água dentro e fora de casa, não conseguem gerir a menstruação. Consequentemente, não vão à escola e nem ao trabalho durante o período menstrual, aumentando uma desigualdade já latente. Assim, é amplamente preciso levar a educação menstrual a população como um todo, além da criação e fiscalização de leis de distribuição gratuita de artigos de higiene menstrual.

Com isso, depreende-se, através da educação menstrual e políticas públicas adequadas, dar visibilidade às pessoas invisíveis que menstruam, a fim de que a qualidade de vida aumente e o processo fisiológico de menstruar pare de ser um vilão, isto é, para que haja dignidade menstrual.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Dayanne. **A dignidade menstrual como componente do direito fundamental de proteção à saúde das mulheres em situação de vulnerabilidade**. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito) - Faculdade de Direito de Vitória, Vitória, 2021.

Boff, R. A., Brum, J. B., Oliveira, A. N., & Sueli, M. C. (2021). **POBREZA MENSTRUAL E SOFRIMENTO SOCIAL: A BANALIZAÇÃO DA VULNERABILIDADE SOCIAL DAS MULHERES NO BRASIL**. Revista de Psicologia, Educação e Cultura, 25 (3): 133-147. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/38546>. Acesso em: 02/07/2023.

CASSIMIRO, J. C.; CRUZ, B. C. P.; MOREIRA, C. B.; DOS SANTOS, M. C. T.; PEIXOTO, M. C. **Desafios no combate à pobreza menstrual: uma revisão integrativa / Challenges in fighting menstrual poverty: an integrative review**. Brazilian Journal of Health Review, [S. l.], v. 5, n. 2, p. 5181–5193, 2022. DOI: 10.34119/bjhrv5n2-100. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/45562>. Acesso em: 06/07/2023.

COSTA, Yasmin Oliveira. **Precariedade menstrual no Brasil: uma revisão narrativa**. 2022. Trabalho de Conclusão de Especialização. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/249469>. Acesso em: 01/07/2023.

CUNHA CRUZ, I. L.; TOMAZ CAMILLOZZI, R. C.; ASSIS ROMANHOLO, I.; FERREIRA ALVES, G. L.; MAIA FREITAS, D.; COELHO GRANATO, N.; MIE TAKESHITA, I.; DAS GRAÇAS DE AZEVEDO, M. **A INVISIBILIDADE DA POBREZA MENSTRUAL NO CONTEXTO ACADÊMICO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**. REVISTA DE EXTENSÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE CIÊNCIAS MÉDICAS, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 12–21, 2023. Disponível em: <http://revista.fcmmg.br/index.php/REES/article/view/234>. Acesso em: 06/07/2023.

DA ROCHA, I. C.; DE SÁ, M. M.; DO NASCIMENTO, D. C. M.; RODRIGUES, J. G.; SILVA, V. C. A.; SHIRAIISHI, L. S.; DOS SANTOS, A. C. Y. M. B.; ALCHORNE TRIVELIN, M. L. de O. de A. **Pobreza menstrual no mundo: uma revisão de literatura / Overview of menstrual poverty in the world: a literature review**. Brazilian Journal of Development, [S. l.], v. 8, n. 2, p. 10704–10714, 2022. DOI: 10.34117/bjdv8n2-149. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/43942>. Acesso em: 04/07/2023.

HALVORSON, Lisa M. BIANCHI, Diana W. **Revisiting menstruation: the misery, mystery, and marvel**. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10103136/>. Acesso em: 05/07/2023.

KUHLMANN, Anne Sebert; HENRY, Kaysha; WALL, L. Lewis. **Menstrual Hygiene Management in Resource-Poor Countries. Obstetrical & Gynecological Survey**, [S.l.], v. 72, n. 6, p. 356-366, jun. 2017. ISSN 1533-9866. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/OGX.0000000000000443>. Acesso em: 05/07/2023.

MARUCO, Fabia; NASCIMENTO, Grasielle. **A pobreza menstrual e a invisibilidade da mulher decorrente de sua condição biológica como questões de saúde pública**. In: VI Congresso Internacional de Direitos Humanos de Coimbra, Simpósio Temático 74, v. 6, n. 1, 2021.

PERES, Ana Cláudia. **Pobreza Menstrual**. Radis .Rio de Janeiro, RJ, n. 230, p. 24 - 2021. Disponível em: < https://radis.ensp.fiocruz.br/phocadownload/revista/Radis230_web.pdf >. Acesso em: 03/07/2023.

ROSSOUW, Laura; ROSS, Hana. **Understanding Period Poverty: Socio-Economic Inequalities in Menstrual Hygiene Management in Eight Low- and Middle-Income Countries.** International Journal of Environmental Research and Public Health, [S.l.], v. 18, n. 5, p. 2571, mar. 2021. ISSN 1660-4601. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph18052571>. Acesso em: 04/07/2023.

SOEIRO, Rachel E.; ROCHA, Leila; COSTA, Maria L. **Period poverty: menstrual health hygiene issues among adolescent and young Venezuelan migrant women at the northwestern border of Brazil.** BMC Public Health, [S.l.], v. 21, n. 1, p. 1953, 27 nov. 2021. ISSN 1471-2458. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11901-4>. Acesso em: 04/07/2023.

SOUSA, Vitória. **Pobreza menstrual no Brasil e os impactos no direito à educação das mulheres – uma violação de direitos humanos.** 2022. Universidade Federal Rural do Semi-Árido, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufersa.edu.br/handle/prefix/8504>. Acesso em: 05/07/2023.

Sousa, I. N. R., Pereira, A. C. N., Costa, C. V. Q., & Lima, L. R. (2022). **A pobreza menstrual e seus impactos: uma revisão de literatura.** Vol 1. Disponível em: <http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/eedic/article/view/4818>. Acesso em: 05/07/2023.

TINGEN, Candace M. HALVORSON, Lisa M. BIANCHI, Diana W. **Revisiting menstruation: the misery, mystery, and marvel.** 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10103136/>. Acesso em: 04/07/2023.

QUALIDADE DE VIDA E SATISFAÇÃO SEXUAL NA MULHER PORTUGUESA

Data de aceite: 01/09/2023

Eugénia Maria Garcia Jorge Anes

Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde
Bragança - Portugal
<https://orcid.org/0000-0001-8474-3474>

Ana Liliana Rodrigues

Hospital Vila Franca de Xira
Vila Franca de Xira - Portugal

Ana Maria Nunes Português Galvão

Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde
Bragança - Portugal
<https://orcid.org/0000-0001-9978-9563>

RESUMO: A satisfação sexual é considerada uma variável determinante do bem-estar e da qualidade de vida da mulher. A satisfação sexual é também determinada por uma tríade de fatores biológicos, psicológicos e socio-culturais. Pretendeu-se efetuar uma revisão de conceitos e efetuar uma caracterização da qualidade de vida e satisfação sexual na mulher portuguesa. De acordo com a pesquisa, as mulheres em Portugal apresentam bom nível de satisfação sexual em geral, relativamente à qualidade de vida apresentam em geral boa qualidade de vida. Na análise da relação entre as duas variáveis, a pesquisa mostra a existência de uma relação direta entre ambas, ou seja, à medida que aumenta a satisfação sexual maior aumenta a qualidade de vida. O conhecimento dos fatores determinantes da satisfação sexual e da qualidade de vida é fundamental, na medida em que o seu conhecimento contribui para a criação de estratégias efetivas de promoção da saúde da mulher e em geral da população.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de vida; Satisfação sexual; Mulher.

QUALITY OF LIFE AND SEXUAL SATISFACTION IN PORTUGUESE WOMEN

ABSTRACT: Sexual satisfaction is considered a determinant variable for women's well-being and quality of life. Sexual satisfaction is also determined by a triad of biological, psychological and socio-cultural factors. The aim was to review concepts and characterize the quality of life and sexual satisfaction of Portuguese women. According to the survey, women in Portugal have a good level of sexual satisfaction in general, and in terms of quality of life, they generally have a good quality of life. In the analysis of the relationship between the two variables, the research shows the existence of a direct relationship between both, that is, as sexual satisfaction increases, the greater the quality of life. Knowledge of the determinants of sexual satisfaction and quality of life is fundamental, as knowledge of these factors contributes to the creation of effective strategies to promote the health of women and the population in general.

KEYWORDS: Quality of life; Sexual Satisfaction; Woman.

1 | INTRODUÇÃO

A sexualidade faz parte das necessidades humanas básicas. Não constitui sinónimo de atividade sexual. Cada indivíduo atribui-lhe nível de importância diferente, uma vez que resulta de uma construção sócio-histórico-cultural e individual, determinada na relação, como origem de prazer e bem-estar e que contribui para a satisfação, realização e bem-estar global.

A satisfação sexual pode ser traduzida por uma resposta afetiva à perceção individual do relacionamento sexual, abrangendo a perceção de cada um, o atendimento das necessidades sexuais, as expectativas do companheiro e da avaliação global da relação sexual.

A qualidade de vida é o resultado de uma avaliação da perceção individual, podendo traduzir a satisfação que cada indivíduo sente com a sua vida quotidiana.

A saúde constitui o fator determinante primordial, mas não único da qualidade de vida. Nesta perspetiva surge a qualidade de vida relacionada com a saúde.

A satisfação sexual é uma componente que integra a saúde sexual, o bem-estar e a qualidade de vida. Sendo a satisfação sexual um aspeto importante da vida do indivíduo, ele deve ser incluído na avaliação da qualidade de vida.

A satisfação sexual na mulher tem características peculiares, relacionadas em especial com a com contexto sócio-histórico-cultural, com as diferentes etapas da sua vida, com as suas expectativas e as do seu parceiro.

Estas específicas peculiaridades vêm justificar a necessidade da avaliação da qualidade de vida e da satisfação sexual na mulher portuguesa. Uma intervenção salutogénica na área da saúde sexual, necessita de diagnósticos efetivos das populações. Para tal foi efetuada uma revisão de conceitos e estudos realizados em mulheres portuguesas.

2 | SEXUALIDADE

A sexualidade é uma parte fundamental da vida do homem, exigindo a saúde sexual uma visão positiva e respeitosa dos relacionamentos sexuais, como também a possibilidade de ter experiências sexuais seguras e prazerosas (Organização Mundial de Saúde, 2002). Acompanha-nos ao longo de toda a vida, envolve o sexo, a identidade, os papéis de género, a orientação sexual, o erotismo, o prazer, a intimidade e a reprodução (Catão, 2007).

É reconhecido que a sexualidade é vivida e manifestada por pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relações, estas, nem sempre são experienciadas ou expressas. Ela resulta da interação dos fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais (Catão, 2007). Para qualquer pessoa, a sexualidade constitui forma de encontro, relação, comunicação ou expressão dos afetos (Araújo & Zazula, 2015). Constitui uma necessidade básica do ser humano, não sendo sinónimo de atividade sexual e não tendo a mesma importância para todos os indivíduos. Ela é uma construção sócio, histórica e cultural, influenciada pelas relações como uma fonte de prazer e bem-estar e contribui para a satisfação e realização como um todo (Souza & Nery, 2016). Entendida como uma força que nos provoca a procurar amor, contacto, ternura e intimidade, que se incorpora no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados, é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual, atinge pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, determina também a nossa saúde física e mental (Pontes, s/d).

A saúde sexual e reprodutiva requer uma visão positiva e uma vasta compreensão da sexualidade humana, dos complexos fatores que configuram o comportamento sexual humano e da promoção do bem-estar, sendo estas componentes indispensáveis para a existência de uma vida sexual segura, responsável e satisfatória (Santos, 2017).

2.1 SEXUALIDADE NA MULHER

Ao longo de toda a civilização, a mulher e a sua sexualidade foi alvo da sociedade através do seu corpo, dos seus direitos, valores e lutas, de forma ignorante e preconceituosa (Brugliato, 2003). A mulher tem sido definida pela sociedade como a figura materna, sensual e delicada. A condição sexual feminina, de acordo com Catão (2007), compreende três períodos importantes da sua vida: a puberdade; a menarca, significando amadurecimento sexual, maturidade, traduzida pela capacidade de procriação, da gravidez e do parto e, por fim, o climactério, que se caracteriza pelo término da capacidade reprodutiva. A sexualidade tende a ser diferente entre regiões e culturas do mundo e tem vindo a sua visão tem-se vindo a alterar ao longo da história. Os aspetos da sexualidade feminina incluem a gravidez, sexo biológico, imagem corporal, autoestima, personalidade, orientação sexual, valores, atitudes e os papéis de género (Alves, et al., 2014).

2.2 SEXUALIDADE DA MULHER NO CLIMATÉRIO/MENOPAUSA

Na literatura é demonstrado que o climatério demonstra um impacto significativo na vida sexual da mulher e consequentemente do casal. O climatério constitui uma etapa biológica do ciclo vital feminino que tem início normalmente por volta dos 40 anos de idade, podendo estender-se até aos 65 anos. A menopausa caracteriza-se pela finalização permanente das menstruações após um período de 12 meses consecutivos. A sintomatologia mais característica inclui ondas de calor, sudorese, insónias, nervosismo, depressão, hipertensão arterial, incontinência urinária, secura vaginal, dificuldades de excitação e orgasmo e alterações no funcionamento sexual. Contudo, a maneira como cada mulher se sente varia de pessoa para pessoa (Crema, Tilio, & Campos, 2017).

Esta fase é determinada pela queda de produção das hormonas estrogénio e progesterona pelos ovários (Alves, et al., 2014). Lorenzi e Saciloto (2006), afirmam que a queda dos níveis de estrogénio, resultam na diminuição do suporte pélvico e da lubrificação dos tecidos urogenitais, causando dispareunia (dor durante o ato sexual) e dificuldade na atividade sexual. Esta diminuição leva também à redução do colagénio cutâneo e alterações na distribuição de gordura corporal, causando mudanças na configuração corporal, com repercussões na autoimagem feminina, resultando uma mais baixa autoestima e perda do desejo sexual.

No climactério verificam-se algumas mudanças quanto ao desejo e ao orgasmo, enquanto umas mulheres experimentam um aumento do desejo e do orgasmo, com outras acontece o inverso. Catão (2007), defende a importância de compreender que as modificações que ocorrem no funcionamento sexual, nesta fase, são também decorrentes do significado psicológico que é dado ao envelhecimento e à menopausa. É um fenómeno biopsicossocial, pois é influenciado por diversos fatores biológicos, psicológicos e socioculturais. São destacados os fatores psicológicos com impacto na sexualidade feminina na menopausa como a imagem corporal, a ideia de perder o corpo jovem, o medo do envelhecimento, a perda da fertilidade, as mudanças nas dinâmicas e relacionamentos familiares, em especial com o seu par (Sousa, 2013). Estes fatores podem ser classificados como extrínsecos e intrínsecos (Catão, 2007), conforme sejam internos ou externos.

Na meia-idade podem ser observadas enormes mudanças, podendo-se considerar esta fase como um período difícil e de grandes mudanças. Constitui um período de confronto entre a realidade presente com os mitos e sonhos da juventude. Quanto maior for esta desigualdade, maior é a tendência para a crise e para o stress (Catão, 2007). Estas transformações não provocam obrigatoriamente a diminuição do prazer, mas poderão afetar diretamente a resposta sexual, resultando mais lenta e menos prazerosa, podendo levar à insatisfação sexual (Alves, et al., 2014). No entanto, a menopausa não significa o fim da vida sexual da mulher.

2.3 O ENVELHECIMENTO E A SEXUALIDADE

Atualmente, em Portugal, consideram-se pessoas idosas a partir dos 65 anos. A sexualidade para o idoso constitui um fator muito importante para desfrutar de uma saúde integral. Ela é fonte de satisfação e a sua cessação pode acelerar o processo de envelhecimento e repercutir negativamente na saúde do idoso (Pascual, 2002). Atualmente ainda se mantém o estigma de que o privilégio ou direito do sexo, excitação e prazer é apenas os jovens, deixando de lado a ideia do seu alcance também para os indivíduos de mais idade. A sexualidade configura uma expressão que está presente em todo ser humano e não deve ser diferente na velhice, não constituindo apenas o ato sexual, mas sim um momento de íntimo que deve ser experienciado (Pascual, 2002).

Há mulheres que entendem ser mais fácil chegar ao orgasmo à medida que a idade avança, pela maior confiança, maior habilidade para orientar e ajudar o companheiro, maior experiência nas estratégias a utilizar (Phillips, 2005). Mulheres há que referem só vivenciar o primeiro orgasmo após a menopausa (Bulcão, Carange, Carvalho, França, Antunes, Backes, Landi, Lopes, Santos & Franco, 2004). No entanto parece haver uma forte correlação entre a diminuição do interesse/desejo sexual e o envelhecimento, em especial na mulher (Catão, 2007), relacionada com alterações hormonais características da ovulação e da menopausa. Contudo, a forma como cada mulher se sente varia de pessoa para pessoa (Crema, Tilio, & Campos, 2017).

Durante muito tempo, foi negada a sexualidade do idoso, mas atualmente são reconhecidos os benefícios resultantes da sexualidade nessa etapa da vida na saúde, no bem-estar e na satisfação geral (Araújo & Zazula, 2015). O idoso, como qualquer outro indivíduo, também tem necessidades e desejos sexuais. Nesta fase a sexualidade não é melhor nem pior do que a de um jovem, simplesmente é diferente. O tumulto das emoções que define a vida sexual na terceira idade resulta essencialmente de dois fatores como a falta de conhecimento das modificações fisiológicas e das pressões culturais (Araújo & Zazula, 2015). A sexualidade no envelhecimento, não finda com o passar dos anos, pois não se limita à função reprodutiva. É movida pela realização do desejo e procura por prazer (Crema, Tílio & Campos, 2017).

3 | SATISFAÇÃO SEXUAL

A satisfação sexual é definida como uma resposta afetiva que tem por base a avaliação individual relativa ao relacionamento sexual, compreendendo a percepção de cada um em relação à satisfação das suas necessidades sexuais, bem como as expectativas do parceiro, de forma a obter uma avaliação positiva na sua totalidade (Ashdown, Hackathorn, & Clark, 2011). É percecionada como o barómetro da qualidade da relação (Sousa, 2013). Uma das dimensões intimamente associadas com a satisfação sexual são as sensações sexuais, diversas e prazerosas, indicadoras do prazer sexual, constituindo uma das

principais motivações na repetição dos contactos sexuais formando um ciclo virtuoso. A busca de sensações sexuais é como uma tendência do indivíduo para preferir estímulos novos para atingir níveis elevados de excitação sexual e, consequentemente, envolver-se em novas experiências sexuais (Pascoal, Narciso, & Pereira, 2014). Contudo, a satisfação sexual é um constructo multifacetado que envolve vários parâmetros de bem-estar pessoal, como o prazer, os sentimentos positivos, o desejo, a excitação e o orgasmo, relaciona-se com o funcionamento sexual, com o amor, o afeto, a frequência da atividade sexual, a comunicação sexual, a satisfação com a relação, a intimidade emocional, a sexualidade lúdica nas preliminares e no ato sexual (Pascoal, Narciso, & Pereira, 2014). Constitui a elemento significativo da sexualidade humana, podendo ser conceituada como uma resposta afetiva, decorrente da avaliação subjetiva do sujeito, positiva ou negativa, da sua relação sexual, constituindo determinante capital da qualidade de vida de um indivíduo (Santos, 2017).

3.1 SATISFAÇÃO SEXUAL NA MULHER

As mulheres consideram que a intimidade sexual está ligada à satisfação sexual (Catão, 2007). O grau desta intimidade pode estar relacionado com a frequência da atividade sexual, a experiência sexual subjetiva, o estado de saúde, o bem-estar em geral, ou fatores ligados ao parceiro ou companheiro e ao relacionamento (Vilarinho, 2010). Outras características não sexuais do relacionamento também podem influenciar as experiências sexuais. Assim, a presença de conflitos não resolvidos, a distância emocional experienciada pelos parceiros ou o facto da pessoa não se sentir amada (Sousa, 2013). São referidos ainda por este autor outros fatores que podem ser determinantes de satisfação sexual como a idade, a religião, variáveis sociodemográficas e as habilitações literárias. Segundo Scorsolini-Comin, Fontaine, Barroso e Santos (2016), o sentido das experiências dos indivíduos é construído essencialmente por meio de pressuposições, crenças e expectativas sobre o mundo e o meio familiar.

Ao longo dos anos, a posição da mulher na sociedade tem vindo a alterar-se, embora se visone que a sua representação, continue a ser de cuidadora dos outros, como, dos filhos, do companheiro e por vezes, até mesmo dos progenitores (Albertuni & Stengel, 2016). Em muitas famílias, desde pequenas, que as mulheres são preparadas para cuidar da casa e dos outros. Esta ideia, pode contribuir para que muitas mulheres se possam anular, dando preferência à satisfação do parceiro e da família, tornando a experiência sexual frustrante (Rocha & Fensterseifer, 2019). Aspeto muito marcado na sociedade tradicionalmente machista.

A relação conjugal pode promover a felicidade, pelo facto de reforçar a autoestima do indivíduo, na medida em que oferece maior intimidade por meio de relações duradouras e de apoio. Os indivíduos mais felizes tendem a envolver-se mais em relacionamentos

amorosos, a ter vida social mais rica e a ostentar melhores relações interpessoais (Scorsolini-Comin, Fontaine, Barroso, & Santos, 2016). Vários domínios têm sido apresentados para caracterizar as relações satisfatórias e estáveis. Podem envolver, a intimidade, a confiança, as expectativas de fidelidade, a comunicação positiva, o respeito, os valores partilhados, o ajustamento, a dedicação, a frequência e qualidade da relação sexual, as frequência de interações positivas e negativas e o compromisso com o relacionamento e o amor (Halpern, 2018). Outros fatores são identificados em diversos estudos como determinantes da satisfação sexual, no entanto apenas uma ínfima parte desses estudos procura integrar e considerar em simultâneo as diferentes dimensões biopsicossociais na compreensão da satisfação sexual e da qualidade de vida da mulher (Ledo, 2016).

Os níveis de satisfação sexual obtidos no estudo desenvolvido com mulheres portuguesas (n=894) mostram que estas apresentam bom nível de satisfação sexual em geral, apresentando uma média de 114,61, com um desvio padrão de 21,84 (Anes, Rodrigues & Ribeiro, 2023), comprovando-se que apresentam de uma forma geral, boa satisfação sexual, de acordo com a escala utilizada (Escala da Satisfação Sexual para Mulheres: SSS-W).

4 | QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE

A Organização Mundial da Saúde (2002) define qualidade de vida como a percepção dos indivíduos sobre a sua posição na vida, de acordo com o contexto do sistema de cultura e valores em que se está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. O termo assume muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e comunidades inseridas em variadas épocas, histórias e espaços diferentes, sendo assim, uma construção social e cultural (Minayo, Hartz, & Buss, 2000).

De acordo com Kluthcovsky e Takayanagui (2006), a base conceitual da qualidade de vida relacionada à saúde tem vindo a ganhar notoriedade e visibilidade após as investigações efetuadas nas últimas décadas. A maioria delas voltada para a produção de conhecimento da área da saúde, das questões sociais, individuais e ambientais como resultado das políticas públicas em relação às práticas promotoras da saúde e do bem-estar da vida individual e coletiva.

A qualidade de vida está ligada ao bem-estar pessoal e à autoestima. Abarca vários aspetos, como o nível socioeconómico, o estado emocional e social, o suporte familiar, o autocuidado, o estilo de vida, o estado de saúde, os valores culturais, éticos e religiosos. A satisfação está relacionada com as atividades diárias e o ambiente em que se vive (Kluthcovsky & Takayanagui, 2006). Este termo é muito frequente na literatura e envolve os aspetos diretamente relacionados às doenças ou às intervenções em saúde (Seidl & Zannon, 2004). A qualidade de vida relacionada com a saúde é uma condição

subjetiva de saúde, centrado na avaliação do indivíduo, mais concretamente relacionado ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade de o indivíduo viver em pleno (Pires, 2009). A dúvida que envolve o diagnóstico e o prognóstico, a evolução da doença e a sua imprevisibilidade, os tratamentos, geram uma determinada perturbação emocional, limitações físicas e funcionais que alteram o funcionamento e atividade diária, como o desempenho laboral, familiar, social e de lazer, formando um obstáculo à qualidade de vida do indivíduo (Canavarro, Pereira, Moreira, & Paredes, s/d). A qualidade de vida e a saúde são dois conceitos que se relevam não apenas através do processo saúde-doença, mas também, como um processo de viver fundamentalmente humano, atendendo a que o envelhecimento está geralmente associado a ter mais doenças, colocam-se questões durante a longevidade sobre a qualidade de vida (Pires, 2009). No entanto e segundo Pereira, Teixeira e Santos (2012), a saúde não é o único fator que determina a qualidade de vida, no entanto ela tem uma importância fundamental, uma vez que a saúde contribui para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos.

Anes, Rodrigues e Ribeiro (2023), num estudo efetuado numa amostra de 894 mulheres portuguesas encontraram em geral bons níveis de qualidade de vida, apresentando de forma global um score de 73 e um desvio padrão de 14,20, de acordo com o score da escala utilizada (SF-36v2).

4.1 QUALIDADE DE VIDA E A SEXUALIDADE

A sexualidade é uma das dimensões com impacto na qualidade de vida, mesmo na população idosa, esta é uma componente fundamental da saúde e da qualidade de vida das pessoas, sem restrição de faixa etária (Bertan & Castro, 2010).

De uma forma genérica, um estudo em mulheres com idades entre os 18 e 75 anos demonstrou que as mulheres sexualmente mais funcionais foram as que revelaram níveis mais elevados de satisfação com a vida, corroborando estudos prévios, que realçam a importância da pessoa se sentir bem e competente nas suas experiências sexuais (Vilarinho, 2010).

Numa análise temporal de diversas investigações é possível verificar a influência da satisfação sexual na qualidade de vida da mulher. Ventegodt (1998) estudou uma amostra representativa de cidadãos dinamarqueses, entre os 18 e os 88 anos, constatando que a qualidade de vida das pessoas com problemas sexuais era 20% inferior à média das restantes pessoas. Já um estudo canadense mostrou que uma parte considerável de mulheres que estava na fase de transição ou na pós-menopausa considerava o sexo e a satisfação sexual um fator relevante na qualidade de vida e na qualidade do relacionamento (Brito & Makiama, 2008). Também em mulheres climatéricas com incontinência urinária (Silva, 2008), se confirmou que esta está associada a baixa qualidade de vida e tem impacto negativo na satisfação sexual. Mais recentemente, Cabra, Canário, Spyrides, Uchôa, Júnior,

Amaral e Gonçalves (2012) mencionam que os sintomas do climatério são determinantes da qualidade de vida das mulheres, sendo a satisfação sexual um marcador imprescindível do bem-estar feminino, ao afetar a sexualidade, está consistentemente a comprometer a qualidade de vida das mulheres. Senra (2012), obteve os semelhantes resultados num estudo com 93 mulheres com incontinência urinária com idades que variavam dos 35 aos 81 anos. Verificaram também que maior qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária se encontrava associada a maior satisfação sexual.

CONCLUSÃO

Sendo a satisfação sexual um conceito tão multifacetado e multidimensional, deverá ser entendida, pelo funcionamento sexual, do ponto de vista fisiológico, mas também pela qualidade do relacionamento afetivo, tendo em consideração todos os fatores não sexuais, não esquecendo fatores de ordem socioeconómica, demográfica e cultural. A satisfação sexual e qualidade de vida são áreas em estudo, requerendo uma análise transversal associada aos determinantes da saúde, sociais, culturais, económicos e também políticos, pela forma como estes influenciam a forma como a saúde é pensada e gerida. Daí a importância de aprofundar esta temática, que pode ser considerada ao longo dos anos como uma temática atual, pela sua importância e pertinência.

As mulheres portuguesas apresentam em geral boa qualidade de vida e bom nível de satisfação sexual em geral. Na análise da relação entre as duas variáveis, verifica-se que elas variam no mesmo sentido, ou seja, a pesquisa mostra a existência de uma relação direta entre ambas, uma vez que à medida que aumenta a satisfação sexual maior aumenta a qualidade de vida.

O conhecimento dos fatores que determinam a satisfação sexual e a qualidade de vida é fundamental, dada a sua importância fundamental para a criação de estratégias efetivas de promoção da saúde da mulher e da população em geral.

REFERÊNCIAS

ALBERTUNI, P. S., & STENGEL, M. (2016). **Maternidade e novos modos de vida para a mulher contemporânea**. *Psicologia em Revista*, 709-728. <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/12047>

ALVES, E. R., COSTA, A. M., BEZERRA, S. M., NAKANO, A. M., CAVALCANTI, A. M., & DIAS, M. D. **Climatério: A intensidade dos sintomas e o desempenho sexual**. 2014. https://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00064.pdf

ANES, E., RODRIGUES, L., & RIBEIRO, R. **Qualidade de vida em mulheres em Portugal: satisfação sexual**. **UNIJUI**. 10º Congresso Internacional em Saúde. n.10 (2023). ISSN 2317-9449

ARAÚJO, S. L., & ZAZULA, R. Sexualidade na terceira idade e terapiacomportamental: revisão integrativa. 2015. <http://dx.doi.org/10.5335/rbceh.v12i2.5054>

- ASHDOWN, B., HACKATHORN, J. & CLARK, E. **In and out of the bedroom: sexual satisfaction in the marital relationship.** Journal of Integrated Social Sciences. 2011. 2(1). 40-57. https://www.jiss.org/documents/volume_2/issue_1/JISS_2011_Sexual_Satisfaction_in_Marriage.pdf
- BERTAN, F. & CASTRO, E. **Qualidade de vida, indicadores de ansiedade e depressão e satisfação sexual em pacientes adultos com câncer.** Revista salud & sociedad, 2010. 1(2), 7650–088. <https://revistas.ucn.cl/index.php/saludysociedad/article/view/765>
- BRITO, R. & MAKIAMA, S. **Terapia de reposição hormonal e qualidade da vida sexual de mulheres no climatério.** Interação em Psicologia, 2008. 12(2), 245-253. <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/9644>
- BRUGLIATO, L. P. Atividades físicas combinadas para mulheres menopausadas ativas. 2003. <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?view=000317533>
- BULCÃO, C., CARANGE, E., PEREIRA de CARVALHO, H., FERREIRA-FRANÇA, J., KLIGERMAN-ANTUNES, J., BAKLES, J., et al. (). **Aspectos fisiológicos, cognitivos e psicossociais da senescência sexual. Ciência e Cognição**, 2004. 1, 54-75. <http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/21/334>
- Cabra, P., Canário, A., Spyrides, M., Uchôa, S., Júnior, J., Amaral, A. & Gonçalves, A. **Influência dos sintomas climatéricos sobre a função sexual de mulheres de meia-idade.** Rev Bras Ginecol Obstet, 2012. 34(7), 329-34. <https://core.ac.uk/download/pdf/296617998.pdf>
- CANAVARRO, M. C., PEREIRA, M., MOREIRA, H., & PAREDES, T. **Qualidade de vida e saúde: Aplicações do WHOQOL.** (s/d). <https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/770/1/Qualidade%20de%20vida%20e%20sa%C3%BAde.pdf>
- CATÃO, L. **Sexualidade na mulher de meia idade: avaliação do funcionamento e do interesse sexual.** Porto, Ed. 2007). https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1192/2/Monografia_L%20Cat%C3%A3o.pdf
- CREMA, I. L., TITIO, R. D., & CAMPOS, M. T. **Repercussões da Menopausa para a Sexualidade de Idosas: Revisão Integrativa da Literatura.** 2017. <https://doi.org/10.1590/1982-370300342201651>
- HALPERN, C. **O consumo de materiais sexualmente explícitos e o seu impacto na satisfação sexual e com a relação conjugal.** 2018. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/36723/1/ulfpie053189_tm_tese.pdf
- KLUTHCOVSKY, A. C., & TAKAYANAGUI, A. M. **Qualidade de Vida - Aspetos Conceituais.** 2021. <https://revistas.unicentro.br/index.php/salus/article/view/663/775>
- LEDO, C. M. **Crenças sexuais, satisfação sexual e qualidade de vida em indivíduos com e sem condições crônicas de saúde.** Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa. 2016. https://recil.grupolusofona.pt/bitstream/10437/8213/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20final_%20CI%C3%A9ncia%20Ledo.pdf
- LORENZI, D. R., & SACILOTO, B. **Frequência da atividade sexual em mulheres menopausadas.** 2006. <https://www.scielo.br/pdf/ramb/v52n4/a27v52n4.pdf>
- MINAYO, M. C., HARTZ, Z. M., & BUSS, P. M. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário.** 2000. <https://www.scielo.org/pdf/csc/2000.v5n1/7-18/pt>
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL de SAÚDE. **Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health.** WHO. 2002. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf

PASCOAL, P. M., NARCISO, I. d., & PEREIRA, N. M. **O que é satisfação sexual?** Análise temática da definição dos leigos. 2014. 51, pp. 22-30. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00224499.2013.815149?journalCode=hjsr20>

PASCUAL, C. P. **A sexualidade do idoso vista com novo olhar.** 2002. <https://www.ufpb.br/escolasplurais/contents/noticias/didaticos/asexualidade-do-idoso-vista-com-novo-olhar>

PHILLIPS, R. **A bíblia da menopausa.** (A. Vasconcelos, Trad.) Lisboa: Editorial Estampa. 2005.

PIRES, M.J. **Factores de risco da doença coronária e qualidade de vida. Estudo exploratório no concelho de OdivelasII.** Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta. 2009. <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/1432/1/Tese%20pdf%20final.pdf>.

PONTES, Â. F. **Promoção do Desenvolvimento Psicosssexual na Adolescência: Implementação e Avaliação de um Programa de Intervenção em meio escolar.** (s/d). <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/24432/2/Sexualidade%20vamos%20conversar%20sobre%20isso.pdf53>

ROCHA, F. A., & FENSTERSEIFER, L. **A função do relacionamento sexual para casais em diferentes etapas do ciclo de vida familiar.** 2019. <https://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=17&sid=f0ef4d2a-7827-4efe-b5f7-4e7d7871a45e%40pdc-v-sessmgr05>

SCORSOLINI-COMIN, F., FONTAINE, A. M., BARROSO, S. M., & SANTOS, M. A. **Fatores associados ao Bem-Estar Subjetivo em pessoas casadas e solteiras.** 2016. <https://www.scielo.br/pdf/estpsi/v33n2/0103-166X-estpsi-33-02-00313.pdf>

SEIDL, E. & ZANNON, C. Quality of life and health: conceptual and methodological issues. Cad. Saúde Pública, 2004. 20(2), 580-588. <https://www.scielo.br/j/csp/a/NR7QD9Q4D3N7DmHg7ms79fG/abstract/?lang=pt>

SENRA, C. **Qualidade de Vida, Satisfação Sexual, Morbilidade Psicológica e Coping em Mulheres com Incontinência Urinária.** Dissertação de mestrado em psicologia. Universidade do Minho: Minho. 2012. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/20836/1/Ci%c3%a1udia%20Andreia%20Torres%20Senra.pdf>

SILVA, M. **Satisfação sexual e auto-conceito na mulher com incontinência urinária.** Dissertação de Mestrado em Ciência da Saúde. Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa: Lisboa. 2008. <https://core.ac.uk/download/pdf/12421348.pdf>

SOUSA, I.M. **Satisfação Sexual e Qualidade de Vida da Mulher no Climatério.** 2013. https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3862/1/DM_18462.pdf54

SOUZA, D. F., & NERY, I. S. **A Sexualidade da Mulher na Relação Conjugal Violenta.** 2016. <https://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=29&sid=f0ef4d2a-7827-4efe-b5f7-4e7d7871a45e%40pdc-v-sessmgr05>

VENTEGODT, S. Sex and the quality of life in Denmark. Archives of Sexual Behavior, 1998. 27(3), 295-307. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9604118/>

VILARINHO, S. M. **Funcionamento e satisfação sexual feminina: Integração do afecto, variáveis cognitivas e relacionais, aspectos biológicos e contextuais.** Dissertação de doutoramento em Psicologia, não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação de Coimbra: Coimbra. 2010. <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/18484>

PRÉ-ECLÂMPسيا: A IMPORTÂNCIA DA ANÁLISE DOS GASTOS EM SAÚDE PARA GESTÃO DO SUS

Data de submissão: 15/08/2023

Data de aceite: 01/09/2023

Eduarda Wagner Crestani

Faculdade Unicesumar.

Maringá - PR.

<http://lattes.cnpq.br/8509265778894356>

Gabrielle Hort Assunção

Faculdade Unicesumar.

Maringá - PR.

<http://lattes.cnpq.br/5793932037383246>

RESUMO: O trabalho tem como objetivo analisar os gastos em saúde decorrentes da pré-eclâmpsia no período de 2010 a 2021 no município de Maringá-PR e do estado do Paraná através de dados secundários obtidos pelo Tabwin, sistema de internação hospitalar. Para isso é fundamental caracterizar o perfil dessas internações; a fim de gerar estratégias que diminuam os gastos e também a morbimortalidade gerada pelas mesmas. Foi feita uma análise de dados em um período de 12 anos, de 2010 a 2021, comparando o número de casos de pré-eclâmpsia em Maringá-PR e no estado do Paraná para compreender os principais fatores de risco causadores da pré-eclâmpsia e o que pode ser sugerido para diminuí-los; além dos gastos gerados pela doença e principais complicações

decorrentes. Os resultados analisados apontam um perfil epidemiológico predominante na raça branca; uma curva decrescente na incidência de casos em Maringá acompanhada de um aumento exponencial no custo médio por internação, ao contrário do que ocorre no Estado do Paraná, onde os casos têm aumentado e o custo médio diminuído.

PALAVRAS CHAVE: Pré-eclâmpsia. Gastos em saúde. Internação.

PRE-ECLAMPSIA: THE IMPORTANCE OF HEALTH EXPENDITURE ANALYSIS FOR SUS MANAGEMENT

ABSTRACT: The primary aim of this research is to examine healthcare costs associated with pre-eclampsia between 2010 and 2021 in Maringá-PR and the state of Paraná, using secondary data acquired through the Tabwin hospitalization system. It is crucial to characterize the nature of these hospital admissions in order to devise strategies that effectively reduce expenses and mitigate the associated morbidity and mortality. Over a span of 12 years (2010-2021), an analysis of pre-eclampsia cases was conducted in Maringá-PR and the

state of Paraná, aiming to comprehend the primary risk factors contributing to pre-eclampsia and explore potential interventions for their reduction. Furthermore, the study looked at the financial burdens resulting from the disease and its major complications. The findings of the analysis reveal a prevalent epidemiological pattern among white color individuals, indicating a declining trend in the incidence of cases in Maringá, coupled with a substantial rise in the average cost per hospitalization. Interestingly, the state of Paraná demonstrates an opposite trend, with an increasing number of cases but a decreasing average cost.

KEYWORDS: Pre-eclampsia. Health expenditures. Hospitalization.

1 | INTRODUÇÃO:

1.1 Tema

A pré-eclâmpsia é uma das principais causas de morbimortalidade materna e perinatal.

É definida com a presença de hipertensão arterial (PAS > a 140 mmHg e/ou PAD > ou igual a 90 mmHg) associado a proteinúria (> ou igual a 300 mg de proteína em urina de 24 horas) diagnosticados na 20^a semana de gestação; podendo também apresentar edema generalizado; entretanto não é considerado critério diagnóstico. Na ausência de proteinúria podem ainda ser considerados outros sintomas como cefaléia, turvação visual, dor abdominal e exames laboratoriais alterados; como plaquetopenia, elevação de enzimas hepáticas, comprometimento renal e hepático; além de edema pulmonar, distúrbios visuais, cerebrais e convulsões (FEBRASGO, 2017).

Sua etiologia ainda é desconhecida, sendo um grande motivo de estudo; porém, teorias indicam que é uma patologia multifatorial, sendo relacionada com os aspectos ambientais, imunológicos e genéticos. Esta doença é mais prevalente em locais com baixo nível socioeconômico, e possui como fatores de risco a primigestação, diabetes, obesidade, hipertensão crônica, raça negra, história familiar de PE(pré-eclâmpsia), doenças autoimunes e técnica de reprodução assistida (FEBRASGO, 2017).

A pré-eclâmpsia pode gerar consequências maléficas tanto para a mãe quanto para o feto, podendo ocasionar descolamento prematuro da placenta, AVC, edema agudo de pulmão, insuficiência renal, parto prematuro, síndrome HELLP e eclâmpsia em casos mais graves; devido a isso, o tratamento clínico tem o objetivo de diminuir essas complicações (KAHHALE; FRANCISCO; ZUGAIB, 2018).

Medidas preventivas simples, como aspirina em baixas doses, cálcio e intervenções na dieta e no estilo de vida, apresentam benefícios potenciais, devendo ser incluídas no tratamento da doença a fim de evitar os potenciais desfechos negativos gerados pela mesma. (MOL et al., 2016)

Portanto, para reduzir os gastos no SUS com essas possíveis complicações e minimizar as consequências materno fetais, deve ser iniciado um tratamento profilático que consiste na utilização de aspirina em dose baixa (100 mg) antes da 16^o semana e na

suplementação de cálcio para mulheres com ingestão inadequada. Estudos comprovam que esta medida teve redução de partos prematuros e não são maléficas para o feto, se tomadas no 1º trimestre (OLIVEIRA; DINIZ; PRADO et al., 2021).

1.2 Objetivo

O trabalho tem como objetivo analisar os gastos em saúde decorrentes da pré-eclâmpsia no período de 2010 a 2021 no município de Maringá-PR e do estado do Paraná, assim como analisar o perfil das gestantes, sua relação com complicações decorrentes da pré-eclâmpsia e apontar principais fatores desencadeantes.

1.3 Objetivos específicos

Analisar os gastos em saúde decorrentes da pré-eclâmpsia no período de 2010 a 2021 no município de Maringá-PR e do estado do Paraná;

Caracterizar o perfil das internações por pré-eclâmpsia nos anos de 2010 a 2021 no município de Maringá-PR e do estado do Paraná;

Identificar os fatores de risco associados a pré-eclâmpsia das internações ocorridas no período de 2010 a 2021 no município de Maringá-PR e do estado do Paraná;

Analisar correlação dos fatores de risco e gastos pela pré-eclâmpsia no período de 2010 a 2021 no município de Maringá-PR e do estado de Paraná;

Comparar o percentual de gastos decorrentes da pré-eclâmpsia no período de 2010-2021 em Maringá-PR com o estado do Paraná;

Gerar estratégias que contribuam para redução da morbimortalidade das gestantes e fetos relacionando os casos presentes na cidade de Maringá-PR e Paraná no período de 2010 a 2021.

1.4 Justificativa

Conforme a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO, 2017), as síndromes hipertensivas na gestação são uma das maiores causas de mortalidade materna no Brasil, possuindo incidência de 1,5% para pré-eclâmpsia no país.

Com isso, o estudo sobre perfil de risco gestacional, junto com os gastos que ocorrem no SUS, possuem importância para realizar uma profilaxia adequada para essas gestantes, com um planejamento financeiro.

O trabalho tem como objetivo analisar os gastos em saúde decorrentes da pré-eclâmpsia no período de 2010 a 2021 no município de Maringá-PR e no estado do Paraná, assim como analisar o perfil das gestantes, sua relação com complicações decorrentes da pré-eclâmpsia, apontar principais fatores desencadeantes e sugerir estratégias de profilaxia

para tal patologia.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico de série temporal dos casos de internações decorrentes da pré-eclâmpsia e identificadas através da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), no período de 2010 à 2022, considerando-se como unidade de análise o município de Maringá-PR e o estado do Paraná. Com definição da base de dados, serão caracterizados e agrupados por: raça; idade; custos por internações. Os dados foram levantados a partir das internações hospitalares e na descrição do texto usados no termo como gestantes, podendo ter havido gestantes com mais de uma internação hospitalar.

Para realização do agrupamento da base de dados, será utilizado o excel 2022. Os dados utilizados serão de fonte secundária do Sistema de Internação Hospitalar (SIH), usando a base de dados disponível no Tabwin e do Ministério da Saúde 2022. A pesquisa não requer aprovação pelo Comitê de Ética, pois se trata de dados de fonte secundárias.

Durante a coleta de dados para formulação das tabelas ocorreu um erro de digitação que implicou na retirada de 1 caso de internação do ano de 2016 e outro do ano de 2019. O erro se deu pela computação errônea de um caso em ambos os anos que constava como internação em paciente com menos de 1 ano por pré-eclâmpsia.

Foi utilizado também o último censo demográfico coletado pelo IBGE em 2010 como forma de fortalecer os dados coletados e interpretação realizada nas tabelas.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Definição

A pré-eclâmpsia é um distúrbio multissistêmico da gravidez caracterizado por graus variáveis de má perfusão placentária e lesão vascular endotelial levando à hipertensão e lesão de múltiplos órgãos. É uma das principais causa de morbidade e mortalidade materna e perinatal, especialmente em países de baixa e média renda. (CHAPPELL et al., 2021).

É definida por hipertensão de início após 20 semanas de gestação com proteinúria e/ou sinais de lesão de órgão alvo; mais comumente fígado e rins. Envolve estressores relacionados à gravidez nos sistemas cardiovascular e metabólico materno e está associada ao desenvolvimento de doenças não transmissíveis, como doenças cardiovasculares, diabetes tipo II e insuficiência renal a longo prazo; além de baixo peso ao nascer (< 2.500 g), documentado como um fator contribuinte para nascidos com restrição de crescimento intrauterino e parto prematuro. (KINSHELLA et al., 2022)

3.2 Epidemiologia

Segundo Abalos et al. (2013) não existem informações precisas sobre a incidência de pré-eclâmpsia (PE) em todo o mundo, porém estima-se que ocorra entre 3 a 5% das gestações. Especificamente para o Brasil, uma revisão sistemática identificou a incidência de 1,5% para PE e 0,6% para eclâmpsia, apesar do número ser subestimado devido à variabilidade das regiões.

Conforme a tabela abaixo, foi realizado um cálculo sobre a estimativa do número de gestantes, com os nascidos vivos e população feminina de Maringá-PR e Paraná através da portaria 1631 de 2015 (por meio de: número de nascidos vivos no ano anterior + 5%); relacionando-se a frequência de internações e a realização do pré-natal. Nota-se que nos dois primeiros triênios há uma maior internação de gestantes com pré-eclâmpsia em Maringá, juntamente com uma maior cobertura do pré-natal; sendo assim, mesmo com a maior taxa de pré-natal, Maringá ainda possui mais internações, podendo estar relacionada com uma descoberta precoce dos fatores de risco e da doença no pré-natal.

No terceiro triênio (2016-2018), ocorreu uma diminuição na taxa de internações, sendo que Maringá ficou abaixo da média das internações do Paraná, mas as realizações de pré-natal ainda estão maiores em Maringá, ou seja, a assistência ao pré-natal junto com as orientações e medidas de profilaxia nas mulheres com alto risco em Maringá pode ter sido mais eficaz do que os últimos triênios, e por isso a taxa de internações diminuiu.

Seguindo a mesma linha, o último triênio continua com uma maior realização de pré-natal e menores internações em Maringá.

ULTIMA USADA	2010 - 2012	2013-2015	2016-2018	2019-2021
	ESTIMATIVA DO NÚMERO DE GESTANTES			
PARANÁ	476.879,50	393.098,90	497.399,70	478.759,05
MARINGÁ	14.576,10	15.360,45	15.789,90	15.653,40
	FREQUÊNCIA DA PRÉ-ECLÂMPsia			
	7205	9272	10552	9202
MARINGÁ	446	448	227	237
	REALIZOU PRÉ-NATAL			
	2267	2570	3194	1193
MARINGÁ	270	252	147	91

Observação: do total de mulheres com pré-eclâmpsia não foi considerada 1 internação no ano de 2016 e 2019 devido erro de digitação dos dados na apresentação da internação, também sendo retirada do número de realizações de pré-natal.

Fonte: dados Tabwin (2023)

3.3 Fatores de risco

Os fatores de risco para pré-eclâmpsia são um desafio, devido a sua etiologia multifatorial e sua fisiopatologia complexa. Eles se relacionam tanto com o início precoce da doença, quanto com início tardio, e entre elas estão: história pregressa de pré-eclâmpsia, comorbidades associadas, doenças autoimunes, idade materna e nuliparidade (PARANÁ, 2018).

Segundo Norwitz (2023), o principal fator de risco é a história familiar de pré-eclâmpsia, em parentes de 1º grau, aumentando de 3 a 4 vezes as chances de risco. A ocorrência e a gravidade dessas manifestações hereditárias para o desenvolvimento anormal da placenta, podem estar relacionadas com o parto prematuro e/ou com baixo peso ao nascer (PIG) da gestante.

A idade materna avançada se enquadra como um fator de risco devido às comorbidades gerada com o avanço da idade, como a obesidade, DM e HAS crônica; assim, predispondo a desenvolver a pré-eclâmpsia (NORWITZ, 2023).

Sobre a obesidade, IMC pré-gestacional $>30 \text{ kg/m}^2$, confere um aumento de 2 a 4 vezes no risco de pré-eclâmpsia, isso provavelmente ocorre devido à associação da obesidade com a disfunção metabólica. Embora não seja recomendada a perda de peso durante a gestação, modificações no estilo de vida pré-natal são importantes para minimizar o ganho de peso e reduzir os riscos (DIMITRIADIS et al., 2023).

Mulheres com diabetes mellitus pré-gestacional, possuem risco de desenvolver pré-eclâmpsia 3 vezes maior do que mulheres sem esta comorbidade. Esse aumento está relacionada com as complicações microvasculares e macrovasculares do diabetes, além de aumento do estresse oxidativo, inflamação e disfunção endotelial. (DIMITRIADIS et al., 2023).

Com relação a nuliparidade, a patologia associada ainda não é muito clara, porém pode estar relacionada com o sistema imunológico materno, em que há uma dessensibilização a antígenos paternos.

Estudos epidemiológicos recentes correlacionam o aumento da incidência da pré-eclâmpsia em gestações que tiveram mudança da paternidade, ou de parceiros que utilizavam métodos contraceptivos de barreira antes da gestação (NORWITZ, 2023).

	2010 - 2012	2013-2015	2016-2018	2019-2021
	MULHERES COM PRÉ-ECLÂMPسيا			
PARANÁ	7205	9272	10552	9202
MARINGÁ	446	448	227	237
	IDADE MATERNA PARANÁ			
05 - 14	55	99	58	29
15 - 24	3145	3915	3969	3076
25 - 34	2861	3758	4548	4201
35 - 44	1117	1476	1948	1855
45 - 54	26	23	28	40
55 - 64	1	1	1	1
	IDADE MATERNA MARINGÁ			
05 - 14	0	4	0	0
15 - 24	160	148	60	53
25 - 34	197	201	116	120
35 - 44	89	93	51	59
45 - 54	0	2	0	5
55 - 64	0	0	0	0

Observação: Do total de mulheres com pré-eclâmpsia no ano de 2016 e 2019 foram retiradas 1 internação de cada devido erro na digitação dos dados na apresentação da internação.

Fonte: dados Tabwin (2023)

De acordo com os dados coletados pelo Tabwin, referente às gestantes de Maringá-PR e Paraná no período de 2010 a 2021, foi encontrada uma maior incidência de pré-eclâmpsia em mulheres com idade 25 a 35 anos, tanto em Maringá-PR quanto no Paraná, o que possivelmente pode estar relacionada com a nuliparidade dessas gestantes.

A raça da gestante, principalmente a negra, é considerada um fator de risco devido às maiores comorbidades geneticamente determinadas, como a maior predisposição à hipertensão, anemia falciforme e diabetes mellitus. Também há correlação com a evolução agravada, tratamento dificultado e condições socioeconômicas, como a falta de acesso aos serviços de saúde, condições da gravidez e do parto (CARMO et al., 2021).

Na realização do pré-natal, o reconhecimento das suscetibilidades raciais pode ajudar a orientar e direcionar intervenções precocemente para diminuir os riscos de desenvolver pré-eclâmpsia.

	2010 - 2012	2013-2015	2016-2018	2019-2021
	PARANÁ			
BRANCA	4870	6512	6907	5772
PRETA	224	268	358	398
PARDA	840	1252	1710	1686
AMARELA	25	58	61	45
INDÍGENA	16	12	14	28
S/INFORM.	1236	1170	1470	1274
	MARINGÁ			
BRANCA	284	271	156	167
PRETA	20	18	20	15
PARDA	108	147	47	48
AMARELA	0	1	1	1
INDÍGENA	0	0	0	0
S/INFORM.	34	11	3	3

Observação: apesar das outras tabelas terem sido retiradas 1 internação de 2016 e outra de 2019, devido erro na digitação na coleta de dados, a mesma não foi retirada nesta tabela devido não saber de qual raça se trata da internação.

Fonte: dados Tabwin (2023)

Apesar das referências indicarem uma maior incidência da pré-eclâmpsia em gestantes da raça negra, foi possível observar conforme os dados coletados uma maior incidência em mulheres brancas no período de 2010 a 2021, tanto em Maringá- PR (média dos 4 triênios de 219,5) quanto no Paraná (média 6.015,25). De acordo com o último censo demográfico coletado pelo IBGE no ano de 2010; foi encontrado dentre uma população de mulheres de 100%, 71,3% são da raça branca, 2,9% da raça negra, 24,3% da raça parda, 0,2% indígena, 1,2% amarela e 0,0006% sem declaração no estado do Paraná. Na cidade de Maringá dentre uma população de mulheres de 100%, foram encontradas 71,6% da raça branca, 3,2% da raça negra, 21,5% da raça parda, 0,1% indígena, 3,7% amarela e 0% sem declaração; indicando uma maior incidência das raça branca e parda em ambos os locais analisados; o que explica a quantidade de gestantes com pré-eclâmpsia e consequentemente de internações por pré-eclâmpsia nessas raças. Isso pode estar associado a maioria da população paranaense ser de raça branca, fazendo com que seja um fator de risco relativo ao local analisado, sendo locais de maior incidência da raça negra um fator de risco evidente, enquanto locais onde prevalece a raça branca um fator de risco não expressivo no número de casos, apenas na evolução da doença e complicações associadas à genética da raça negra.

Segundo Dimitriadis et al. (2023), a residência em altitudes elevadas (<2.700m) também está relacionada com um maior risco de pré-eclâmpsia; pois acredita-se que a rarefação de oxigênio nesses locais gera hipóxia materna e acaba afetando a placenta/vasculatura decidual. Diante disso, há estudos indicando que residentes multigeracionais em grandes altitudes podem estar protegidos contra a pré-eclâmpsia em comparação com

imigrantes.

A principal vantagem em reconhecer esses fatores de risco, é permitir a identificação das mulheres que devem ser encaminhadas para uma profilaxia correta desde o início da gravidez, e com isso diminuir as intercorrências e gravidades ocasionadas pela pré-eclâmpsia, principalmente os gastos pelo SUS. (BRASIL, 2022)

3.4 Medidas de profilaxia

De acordo com August et al. (2023), não há testes que prevejam com segurança quem terá pré-eclâmpsia e não tem como evitá-la completamente. Devido a isso, o certo é estratificar na primeira consulta do pré-natal o risco da mulher, em baixo, moderado e alto risco, para começar uma medida de intervenção, se necessário.

Para essa estratificação de risco, foi desenvolvida pela Fetal Medicine Foundation, uma calculadora que associa as características maternas como pressão arterial, resistência média da artéria uterina, PIG e PAPP-A sérico. Esta pode ser utilizada nas primeiras consultas para avaliar o risco da gestante em desenvolver pré-eclâmpsia tardiamente.

Como medida para reduzir a probabilidade de desenvolver hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia, todas as gestantes são orientadas a praticar alguma atividade física, desde que não possua nenhuma restrição. Entre as atividades, estão indicadas caminhada rápida, hidroginástica, ciclismo e treino de resistência, que devem ser realizadas em 140 minutos por semana (PARANÁ, 2018).

Com relação aos medicamentos, a aspirina em dose baixa é indicada para gestantes com alto risco para pré-eclâmpsia. É recomendado iniciar antes da 16ª semana de gestação até a 36ª semana. Uma vez feito o diagnóstico, a terapia anti-hipertensiva não previne a progressão da doença, mas pode prevenir a ocorrência de hipertensão grave e suas sequelas (como acidente vascular cerebral e descolamento prematuro da placenta). (BURTON et al., 2019)

Há estudos que associam a baixa ingestão de cálcio na dieta com a manifestação da hipertensão. Com isso, para as gestantes que possuem uma dieta pobre em cálcio, ou uma concentração de cálcio sérica baixa, é recomendado iniciar a suplementação de cálcio no primeiro trimestre e manter até o final da gestação. Essa suplementação pode ser realizada tanto com medicamentos (carbonato de cálcio ou citrato de cálcio), quanto com a própria alimentação (leite e derivados, hortaliças, alguns tipos de peixes), sendo realizada em doses fracionadas em 3 vezes por dia. (AUGUST; JEYABALAN, 2023).

Conforme Santos et. al (2019), o sulfato de magnésio é utilizado para prevenção da eclâmpsia em gestantes com pré-eclâmpsia. É recomendado por todas as diretrizes internacionais, para reduzir os riscos de evolução na forma grave, como as convulsões na eclâmpsia e a síndrome HELLP. O medicamento também é indicado em mulheres com PAS $\geq$ 160 mmHg e/ou PAD $\geq$ 110 mmHg, mesmo sendo assintomáticas (BRASIL, 2022),

sendo necessário cuidado com as doses e efeitos colaterais, pois a droga pode causar hipotensão, náuseas, vômitos, rubor e fraqueza muscular; e em casos de doses excessivas pode gerar intoxicação e resultar em depressão respiratória e cardíaca. Devido a isso, enquanto realiza-se a administração do sulfato de magnésio endovenoso, deve-se observar todos os sinais e a evolução da paciente, realizando uma monitorização adequada.

Segundo o artigo 2º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. Dessa forma, cabe aos responsáveis pelo planejamento em saúde traçar estratégias que busquem reconhecer precocemente as gestantes de alto risco para o desenvolvimento da pré-eclâmpsia assim como as gestantes portadoras da doença para que sejam abordadas de forma adequada a fim de reduzir os riscos e desfechos negativos causados pela pré-eclâmpsia.

3.5 Gastos no SUS gerados pelas internações

Segundo a Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012, existem critérios a serem estabelecidos para a transferência de recursos para a saúde, assim como normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas. relação aos gastos no SUS referentes às internações por pré-eclâmpsia há poucas informações e pesquisas relacionadas.

Na análise de dados coletados nessa pesquisa, a tabela de relação dos custos gerados pelas internações entre Maringá e Paraná, demonstra que apesar de possuir um número menor de internações em todos os triênios, Maringá apresenta um custo médio por internação mais alto do que o estado do Paraná. Além disso, nota-se que a partir do segundo triênio houve um aumento de mais de mil reais no custo médio por internação em Maringá, enquanto no Paraná não houve mudança significativa no valor. Essa mudança foi acompanhada de um aumento de apenas 2 casos em Maringá, enquanto no Paraná, do primeiro para o segundo triênio aumentaram-se 2067 casos. Com isso, nota-se que em Maringá o custo médio por internação é desproporcional ao estado do Paraná.

	2010 - 2012	2013-2015	2016-2018	2019-2021
	FREQUÊNCIA DA PRÉ-ECLÂMPسيا			
PARANÁ	7205	9272	10552	9202
MARINGÁ	446	448	227	237
	CUSTO MÉDIO			
PARANÁ	R\$ 1.693,17	R\$ 1.659,21	R\$ 1.899,44	R\$ 1.955,25
MARINGÁ	R\$ 1.724,51	R\$ 2.866,41	R\$ 2.980,33	R\$ 2.686,10
	VALORES TOTAL SUS			
PARANÁ	R\$ 2.598.857,31	R\$ 5.133.133,16	R\$ 6.681.842,58	R\$ 6.011.745,66
MARINGÁ	R\$ 253.224,30	R\$ 421.609,29	R\$ 226.387,15	R\$ 215.289,75

Observação: No total de custo não foi considerada uma internação do ano de 2016 e outra em 2019, devido erro na digitação dos dados na apresentação de internação.

CONCLUSÃO

A partir da coleta e análise pormenorizada dos dados de incidência de pré-eclâmpsia, internações decorrentes da doença e inscrição das gestantes com PE no pré-natal, foi possível concluir que mesmo apresentando uma maior taxa de inscrições em pré-natal, a cidade de Maringá no período analisado (2010-2021) apresentou maior número de internações e maior custo médio por internação do que o estado do Paraná.

O cuidado com a gestante desde a captação das gestantes de alto risco para desenvolvimento da pré-eclâmpsia até o momento do parto interfere diretamente na morbimortalidade materno fetal, uma vez que quando descoberta precocemente e tratada adequadamente, a pré-eclâmpsia pode não acarretar nos desfechos negativos temidos como a síndrome HELLP, parto prematuro, entre outros.

Além de assegurar o bem-estar materno e neonatal, o pré-natal deve assegurar além da prevenção e/ou tratamento de riscos, doenças e morte, uma transição eficaz para o trabalho de parto e a construção de uma maternidade positiva.

Dessa forma, uma maior atenção ao período do pré-natal com realização integral de todos os procedimentos necessários deve ser pensada e executada pelo planejamento de saúde tanto do Estado quanto do município afim de cuidar dessas gestantes e consequentemente, resultar em diminuição dos gastos gerados pelo Sistema Único de Saúde(SUS), já que com menos desfechos negativos, menos recurso deve ser utilizado.

REFERÊNCIAS

Abalos E, Cuesta C, Grosso AL, Chou D, Say L. **Global and regional estimates of preeclampsia and eclampsia: a systematic review.** European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology. v.170, n.1, p.1-7. Jun 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23746796/>. Acesso em: 15 fev 2023.

AUGUST, Phyllis; JEYABALAN, Arun. **Preeclampsia:Prevention.** Up to date. 14 mar 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-prevention?source=mostViewed_widget. Acesso em: 29 mai 2023

BRASIL. **Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 13 de janeiro de 2012. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 30 mai 2023

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 19 de setembro de 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 28 mar 2023

BRASIL. Ministério da saúde. **Rede cegonha 2022.** Disponível em: <http://www.saudepp.sp.gov.br/farmacia/documentos/Rede%20Cegonha.pdf>. Acesso em: 02 jun 2023.

BURTON, Graham J; REDMAN, Christopher W; ROBERTS, James M; MOFFETT, Ashley. **Pre-eclampsia: pathophysiology and clinical implications.** The BMJ. 15 jul. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.l2381>. Acesso em 5 jul 2023

Carmo CB, Melo LC, Silva TF, Souza EM, Garcia CM. **Desafios do processo gestacional de mulheres negras: uma revisão narrativa.** Femina. v.49, n.12 p.690-8. 29 nov 2021. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/02/1358206/femina-2021-4912-690-698.pdf>. Acesso em 10 jul 2023

Chappell LC, Cluver CA, Kingdom J, Tong S. **Pre-eclampsia.** Up to date. London, England. v.398, n.10297, p.341–354. Jul 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34051884/> Acesso em: 03 jul 2023

Dimitriadis, E., Rolnik, DL, Zhou, W. *et al.* **Pré-eclâmpsia.** *Nat Rev Dis Primers.* v.9, n.8. 16 fev 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41572-023-00417-6>. Acesso em: 03 jun 2023

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – FEBRASGO. **Pré-eclâmpsia.** São Paulo: Febrasgo, 2017. (Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, n.8, 2017). Acesso em 17 mai 2023

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Brasileiro de 2010.** Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Acesso em 18 mai 2023

KAHHALE, Soubhi; FRANCISCO, Rossana Pulcineli Vieira; ZUGAIB, Marcelo. **Pré-eclâmpsia.** Revista de Medicina. [S.L.], v. 97, n. 2, p. 226, 15 jun. 2018. Universidade de São Paulo, Agência USP de Gestão da Informação Acadêmica (AGUIA). Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/143203/140802>. Acesso em: 30 maio 2023.

KINSHELLA, Mai-Lei Woo; OMAR, Shazmeen; SCHERBINSKY, Kerri; VIDLER, Marianne; MAGEE, Laura A.; VON DADELSZEN, Peter; MOORE, Sophie E.; ELANGO, Rajavel; VON DADELSZEN, Peter; MAGEE, Laura A.. **Maternal nutritional risk factors for pre-eclampsia incidence: findings from a narrative scoping review.** Reproductive Health, [S.L.], v. 19, n. 1, p. 1-13. 5 set. 2022. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-022-01485-9>. Acesso em 20 abr 2023

Manual de gestão de alto risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Brasília : Ministério da Saúde, 2022. Acesso em: 12 abr 2023

Mol BWJ, Roberts CT, Thangaratinam S, Magee LA, de Groot CJM, Hofmeyr GJ. **Pre-eclampsia**. The Lancet. London, England. v.387, n. 10022, p.999-1011. 5 mar Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)00070-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)00070-7/fulltext). Acesso em: 29 mar 2023

NORWITZ, Errol R. **Preeclampsia: Antepartum management and timing of delivery**. Up to date. 6 jul 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-antepartum-management-and-timing-of-delivery?search=pre%20eclampsia&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2>. Acesso em: 30 mai 2023

OLIVEIRA, Leandro Gustavo de; DINIZ, Angélica Lemos Debs; PRADO, Caio Antônio de Campos; CUNHA FILHO, Edson Vieira da; SOUZA, Francisco Lázaro Pereira de; KORKES, Henri Augusto; RAMOS, José Geraldo; COSTA, Maria Laura; CORRÊA JUNIOR, Mário Dias; SASS, Nelson. **Pre-eclampsia: universal screening or universal prevention for low and middle-income settings?**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / Rbgo Gynecology And Obstetrics, [S.L.], v. 43, n. 01, p. 061-065. 29 jan 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0040-1713803>. Acesso em 23 mar 2023

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Programa Rede Mãe Paranaense**. Linha guia. Curitiba: SESA-PR; 2018. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2022-03/linha_guia_mi-_gestacao_8a_ed_em_28.03.22.pdf . Acesso em: 22 mar 2023

ESTEVES, Ana Paula V. S.; FERNANDES, Daniel C.; SOARES, Gabrielle S. O.; AMENDOLA, Luisa S.; SILVA, Rafael A. A.; COUTINHO, Vanessa C. **Uso de sulfato de magnésio na pré-eclâmpsia e eclâmpsia**. Revista Caderno de Medicina. v. 2, n. 1, p. 53-62, 2019. Disponível em: <https://www.unifeso.edu.br/revista/index.php/cadernosdemedicinaunifeso/article/download/1295/577>. Acesso em 25 mar 2023.

SILVA, Dannyely Andréia; GOMES, Thalyta Corrêa Amaral; BONFIM, Laiane Nunes; BRITO, Maria Luiza de Araújo; SOUSA, Lucineide Oliveira de; CARVALHO, Nayara Silva de; SOUZA, Taciany Ferreira de; SANTOS, Ellen Carine Ferreira dos; ANDRADE, Erica Raquel Alencar de; ARAËJO NETO, Aurino. **GESTANTES COM PRÉ-ECLÂMPsia: uma análise da literatura sobre seu perfil obstétrico**. Recisatec - Revista Científica Saúde e Tecnologia - Issn 2763-8405, [S.L.], v. 2, n. 9, p. 1-8, 11 set. 2022. Disponível em: <https://recisatec.com.br/index.php/recisatec/article/view/185>. Acesso em 26 mar 2023.

PERCEPÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE SOBRE OS DESAFIOS E POTENCIALIDADES DO SEU TRABALHO NO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DE COVID-19

Data de aceite: 01/09/2023

Kelice Macedo Souza

Fabiana Santos Lucena

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde no contexto brasileiro

No final da década de 1980, houve uma reforma no modelo assistencial em saúde brasileiro decorrente da organização do Movimento da Reforma Sanitária que culminou na aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é pautado a partir dos princípios da integralidade, universalidade, equidade, descentralização, regionalização e participação social (MACIEL et al, 2020).

De acordo com Maciel et al (2020), o processo de construção do SUS passou por diferentes propostas de organização dos serviços de saúde, principalmente na Atenção Primária à Saúde. Giovanella et al. (2012) definem a APS da seguinte forma:

Atenção primária refere-se a um conjunto de práticas em saúde, individuais e coletivas, que no Brasil, durante o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), passou a ser denominado de atenção básica à saúde. Nos dias atuais, a atenção primária à saúde é considerada internacionalmente a base para um novo modelo assistencial de sistemas de saúde que tenham em seu centro o usuário-cidadão (GIOVANELLA et al., 2012, p. 575).

De acordo com Giovanella et al. (2012), a Conferência de Alma-Ata reuniu 134 governos com o objetivo de definir uma atenção à saúde para todas as pessoas, promovendo um contato mais próximo com o usuário, desenvolvendo sistemas integrados para priorizar o atendimento aos mais necessitados e passando por todos os setores e questões relacionadas

ao desenvolvimento nacional e comunitário. A Declaração de Alma-Ata foi criticada por agências internacionais, sendo apontada como muito abrangente e pouco propositiva.

Em um cenário internacional marcado pelo baixo crescimento econômico e presença de governos conservadores, houve um conflito entre o modelo de atenção primária à saúde integral e o modelo de atenção primária à saúde restrita. Como resultado deste conflito, houve uma predileção pela APS seletiva, que, ao contrário da APS integral que refletia o que foi construído na Declaração de Alma-Ata, defendia um atendimento em saúde mais restrito e, como o próprio nome diz, seletivo em seus tratamentos, desconsiderando a necessidade de garantir as necessidades básicas para melhoria da saúde da população e ignorando seus aspectos socioeconômicos. Em meio a esse cenário, o termo “Atenção Básica” foi adotado no Brasil com a finalidade de se distanciar dessa proposta de APS restrita e se aproximar dos ideais de Alma-Ata (GIOVANELLA et al., 2019).

Em 2018, ocorreu a Conferência Global sobre a APS em Astana, que comemorava os 40 anos da Declaração de Alma-Ata. As primeiras formulações da Declaração de Astana receberam críticas por se afastarem dos princípios de Alma-Ata, mas, para além disso, é importante ressaltar a experiência brasileira nesse evento. A Estratégia de Saúde da Família, programa implementado no nível de Atenção Básica, foi mencionada em diversos momentos como um exemplo exitoso de melhoria no acesso e saúde da população brasileira. A Fiocruz e a CNS apresentaram a reafirmação dos princípios de Alma-Ata e responsabilidade governamental na garantia do direito à saúde, justiça social e equidade como algumas de suas pautas prioritárias (GIOVANELLA et al., 2019).

Contextualização histórica do agente comunitário de saúde

A figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS) aparece no Brasil desde a década de 1970 com experiências em programas de Extensão de Cobertura que tinham como objetivo aumentar o acesso da população aos serviços de saúde. Seu trabalho caracterizava-se pelo “acompanhamento de grupos de risco, como crianças, gestantes, hipertensos, diabéticos e acamados, com os quais trabalhavam principalmente a educação em saúde” (LUCENA, 2013). Em 1991, foi implantado o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), que tinha por objetivo a melhora dos indicadores de morbimortalidade infantil e materna. Em 1994, o Ministério da Saúde deu início ao Programa de Saúde da Família, onde o ACS atuaria em equipes multidisciplinares com o objetivo de organização do SUS, especialmente em áreas com maior risco social (LUCENA, 2013).

Em 2006, houve a instituição da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil, pela portaria n. 648/GM-2006, que realizou a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, incluindo o Programa de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Em 2011, as funções do agente comunitário de saúde foram ampliadas com a portaria n. 2488 (SAMUDIO et al, 2017).

Até 2002, os critérios para o cargo eram de capacidade de leitura e escrita, solidariedade, maioridade e disponibilidade para trabalhar em período integral. Com o passar dos anos, estes critérios foram mudando, sendo incluída a necessidade de conclusão do nível fundamental de escolaridade e realização de um curso introdutório de formação (LUCENA, 2013).

Em 2017, A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) instituiu alterações significativas nas atribuições dos agentes comunitários de saúde. Dentre os aspectos apresentados na versão atualizada, pode-se destacar a possibilidade de diminuição do número de ACS por equipe, ao mesmo tempo em que se permite o aumento de atribuições dos mesmos, o que pode sobrecarregar o profissional e amplificar a falta de reconhecimento sobre seu trabalho (MELO, 2018).

O trabalho do agente comunitário de saúde

Dentre as características do Agente Comunitário de Saúde, destaca-se o fato de o profissional residir no território em que trabalha, facilitando assim um papel de mediação entre o serviço de saúde e a comunidade (LUCENA, 2013).

De acordo com o material desenvolvido pelo Ministério da Saúde sobre o trabalho do ACS (BRASIL, 2009), sua atuação é uma extensão dos serviços de saúde dentro da comunidade, favorecendo a transformação de situações - problema (questões que impactam na qualidade de vida dos usuários), conhecendo os problemas do território e desenvolvendo potencialidades de crescimento social e econômico. Sobre suas atribuições, o material destaca: Identificar áreas e situações de risco individual e coletivo; encaminhar as pessoas aos serviços de saúde sempre que necessário; orientar as pessoas, de acordo com as instruções da equipe de saúde; acompanhar a situação de saúde das pessoas, para ajudá-las a conseguir bons resultados (Brasil, 2009, p. 26).

É possível notar a importância dada ao papel do ACS para identificação e resolução dos problemas de forma comunitária, sempre evocando que este profissional parte de um local diferenciado por ser pertencente à comunidade.

Lucena (2013) evidencia o quanto esse lugar diferenciado do ACS também é ambíguo, uma vez que sua pertença à comunidade pode ser tanto potencializadora de transformações sociais quanto produtora de sofrimento. Dentre as situações que atravessam o trabalho do ACS, a autora aponta como umas das fontes de sofrimento do trabalhador a falta de reconhecimento profissional e desvalorização de suas funções.

O agente comunitário de saúde no enfrentamento à Covid-19

Nomeado como SARSCoV- 2, o novo coronavírus vem de uma família de vírus que pode provocar infecções respiratórias. O SARSCoV-2, ou Covid-19, como também é chamado, teve seu início registrado a partir de uma série de casos de pneumonia na

cidade de Wuhan, na China (SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, 2020). Atualmente, o vírus encontra-se disseminado por diversos países, inclusive o Brasil, tratando-se de uma situação de pandemia.

Por ser considerada a porta de entrada preferencial ao Sistema Único de Saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS) possui um papel importante no enfrentamento à Covid-19, uma vez que sua atuação, focada na promoção e prevenção da saúde, é fundamental durante surtos e epidemias (SÃO PAULO, 2020).

Em meio à reorganização da APS, o trabalho do ACS também precisou passar por algumas alterações. Dentre as atividades recomendadas ao profissional, destacam-se a orientação à população, auxílio no monitoramento de casos suspeitos, organização do fluxo de atendimento e atividades educativas na unidade, visitas peri domiciliares (BRASIL, 2020).

Considerando a necessidade de reorganização da APS e a relevância do trabalho do ACS no território, a presente pesquisa teve como objetivo se aprofundar na percepção deste profissional sobre sua atuação no enfrentamento da Covid-19.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de caso de abordagem qualitativa descritiva. A coleta de dados foi realizada entre os meses de Outubro e Novembro de 2020, por meio de entrevistas semiestruturadas. Foram realizadas 6 entrevistas com agentes comunitários de saúde de duas Unidades Básicas de Saúde do município de Franco da Rocha. As entrevistas foram realizadas por videoconferência com duração entre 30 minutos e 1h30, por meio da plataforma Microsoft Teams no local de trabalho dos entrevistados. A análise das transcrições será realizada através da Análise Temática, que consiste nos passos abaixo (MINAYO, 2010): leitura flutuante, constituição do corpus: formulação e reformulação de hipóteses e objetivos: retomada às indagações iniciais e reformulação das hipóteses do estudo; exploração do material; tratamento dos dados obtidos e interpretação.

O presente estudo respeitou as diretrizes compostas nas Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e obteve aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde, a partir do CAAE CAEE36066920.3.0000.5469 e Parecer n. 4. 231. 566. Os trabalhadores de Saúde que concordarem em participar serão convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 06 (seis) Agentes Comunitários de Saúde, sendo desses 3 (três) pessoas do sexo feminino e 3 (três) pessoas do sexo masculino. Com relação ao tempo de exercício na função de agente comunitário de saúde, 4 (quatro) possuíam menos de dois anos e 2 (dois) possuíam mais de 10 anos na função. Com relação a escolaridade,

3 (três) dos entrevistados possuíam o ensino médio completo e 3 (três) possuíam ensino superior incompleto.

A partir dos resultados obtidos nas entrevistas e de acordo com o objetivo deste estudo, foram elencadas 3 principais categorias para análise: Percepção do ACS sobre os desafios de seu trabalho, Percepção do ACS sobre as potencialidades de ser ACS e Mudanças trazidas pela pandemia.

Nas entrevistas com os ACS foi possível notar as percepções dos mesmos sobre as múltiplas dimensões do seu trabalho e as mudanças decorrentes do enfrentamento à pandemia de Covid-19, conforme discutiremos a seguir.

Ao falarem sobre as potencialidades de ser um ACS, surgiram diversas definições que remetem principalmente a termos como “ajuda” e “gratificação”. A maioria das respostas dos entrevistados voltam-se para esse lugar significativo e possivelmente assistencial de ajuda, responsabilidade e missão, que, por sua vez, provoca nos ACS um sentimento de gratificação e reconforto.

Esse caráter assistencial do ACS é discutido por Morosini (2010) ao falar sobre a compreensão do perfil do ACS:

Esta compreensão do ACS como um trabalhador *sui generis*, de origem comunitária e pendor à solidariedade, alcançou repercussão tanto nas discussões sobre a forma de seleção e contratação desses trabalhadores quanto, tangencialmente, sobre a pertinência e o escopo de sua formação (MOROSINI, 2010, p. 157).

É possível notar como o sentido de ser um ACS relatado pelos profissionais encontra-se ligado ao perfil social que é solicitado, sendo “caracterizado a partir do papel social que este exerce na relação com a comunidade. Este papel abrangeria dois aspectos fundamentais: a) identidade com a comunidade; e b) pendor para a ajuda solidária” (MOROSINI, 2010, p. 161). Os entrevistados também destacam a conversa e atenção ao usuário como pontos relevantes de seu trabalho. “Na saúde coletiva costumamos lembrar que o usuário sempre comparece a esse encontro movido por demandas mais ou menos explícitas, munido de seu corpo e sua singular subjetividade” (ONOCKO CAMPOS, 2014, p. 3).

Pode-se notar que o desenvolvimento das atividades de cunho técnico encontra-se intimamente ligado à proximidade com o usuário, que é possibilitada pela conversa e acolhimento à subjetividade do mesmo. Esse fato pode contribuir para que o ACS acesse informações importantes relacionadas ao modo das pessoas viverem e articular com orientações técnicas que contribuam no cuidado à saúde da população e que também possam contribuir no enfrentamento à pandemia especificamente.

A ESF, por oferecer um atendimento territorializado e que tem como função a coordenação do cuidado em todos os níveis de atenção, pode ter um papel importante no enfrentamento à pandemia, à medida em que pode identificar potenciais casos graves com antecedência e orientar o cuidado a depender do nível de complexidade. No entanto,

para que isso seja possível, é necessário que haja diversas readequações no processo de trabalho de toda a equipe (MACIEL et al, 2020).

Segundo Maciel et al (2020), competência cultural e orientação comunitária são algumas das atribuições dos ACS. A primeira refere-se ao reconhecimento de características de determinados grupos sociais e suas respectivas necessidades, ao passo que o segundo refere-se à capacidade de junção das competências epidemiológicas e clínicas para o desenvolvimento de programas que trabalhem as demandas identificadas. Importante destacar aqui a complexidade envolvida nesses processos e também a necessidade do trabalho do ACS estar articulado com os demais membros da equipe.

Sendo assim, em eventos de emergência em saúde pública surge a necessidade de desenvolver estratégias em métodos de trabalho que norteiem a atuação do ACS. A pandemia de COVID-19 pode ser vista como um dos maiores desafios de crise sanitária dos últimos anos”, influenciando na dinâmica e relação entre os elementos que compõem o processo de trabalho (MACIEL et al, 2020).

Maciel et al (2020), realizaram uma pesquisa que consistia em discutir a reorganização do trabalho do ACS no contexto da pandemia de Covid-19 a partir da revisão de literatura e documental. A figura abaixo, proposta pelos autores, retrata a reestruturação do processo de trabalho do ACS no contexto da pandemia de COVID-19, sempre em consonância com as premissas que estruturam a APS:

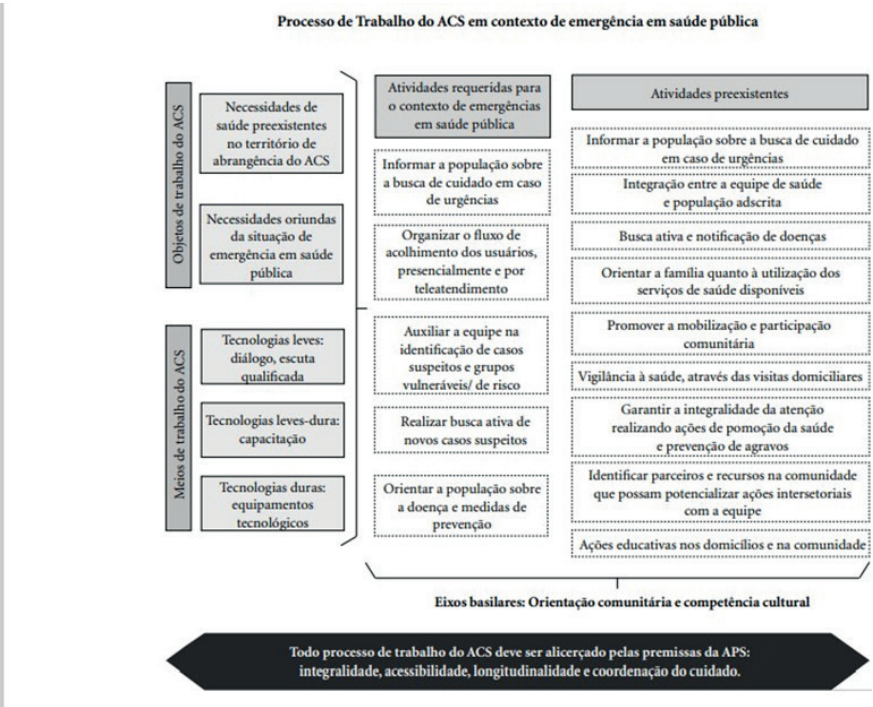


Figura 2 – Processo de trabalho do ACS em contexto de emergência em saúde pública.

Fonte: Maciel et al, 2020

A partir das entrevistas realizadas nota-se um esforço dos ACS em responder tanto a necessidades de saúde pré-existentes, como cuidado a usuário com comorbidades, hipertensão, diabetes, uso de medicação contínua, quanto necessidades relacionadas a pandemia. Durante as entrevistas, fica evidente também o uso de diversos meios de cuidado (citando aqui o conceito utilizado pelos autores responsáveis pela construção do diagrama), bem como: diálogo e vínculo com os usuários, orientações relacionadas a prevenção de SarsCov-19, monitoramento de casos confirmados de Covid-19 e uso de telessaúde para o cuidado a população.

No diagrama acima proposto, os autores trazem algumas possibilidades de atuação dos ACS anteriores à pandemia, mas que poderiam contribuir no enfrentamento à pandemia. Algumas dessas possibilidades não apareceram durante as entrevistas, como: mobilização de participação comunitária e identificação de parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe.

Ainda a partir da pesquisa realizada pelos autores supracitados, é possível traçar um paralelo entre as orientações presentes na literatura e as ações realizadas no município estudado que foram apontadas nas entrevistas. Os autores abordaram três aspectos da reorganização do trabalho no contexto da pandemia: apoio às equipes de saúde, utilização da telessaúde e educação em saúde (MACIEL et al, 2020).

Com relação ao primeiro aspecto, é citada a visita domiciliar e coleta de dados; diagnóstico situacional de pacientes vulneráveis e assistência a pacientes com doenças crônicas e vigilância ativa e passiva dos casos leves confirmados para COVID-19 (MACIEL, 2020). O diagnóstico situacional contribui para a identificação de usuários em extrema pobreza, insegurança alimentar e outros grupos vulneráveis (MACIEL et al, 2020).

Maciel et al (2020), também citam a atuação dentro da Unidade de Saúde como outra mudança no aspecto de apoio às equipes de saúde. As ações citadas na pesquisa são: organização do fluxo de acolhimento, auxílio na vigilância ativa e passiva, fluxos sobre tratamentos e monitoramento de casos suspeitos e confirmados.

De acordo com os entrevistados, no momento inicial da pandemia os ACS ficaram mais reclusos à UBS e foi possível notar que as atividades internas recomendadas foram realizadas pelos profissionais, assim como a coleta de dados e visita domiciliar. De acordo com as orientações da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (2020), foi recomendado aos ACS que realizassem visita peridomiciliar (do lado de fora do domicílio), priorizassem os pacientes de risco, e mantivessem distanciamento de 2 metros do usuário. Com relação à identificação de suspeita de síndrome gripal e Covid-19 na unidade, os ACS foram orientados questionar possíveis sintomas respiratórios aos usuários; em caso de confirmação dos sintomas, fornecer orientação sobre higienização e proteção e encaminhamento ao profissional de enfermagem (SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, 2020).

Ainda sobre a atuação do profissional no aspecto de apoio às equipes de saúde,

os autores destacaram um ponto a respeito da relevância do ACS no território dentro do contexto da pandemia:

A atuação dos ACS junto aos territórios e comunidade contribui para a construção do vínculo e confiança no sistema de saúde, de modo a permitir que no futuro estes se envolvam em testes comunitários para COVID-19, inclusive na ampliação de testes diagnósticos. A longo prazo, podem contribuir para o gerenciamento de condições através do monitoramento da saúde física e mental e da revisão da disponibilidade e uso de medicamentos (MACIEL et al, 2020, p. 6).

Os entrevistados colocam de forma bastante clara a percepção sobre a importância do vínculo com os usuários do território e fica evidente que esse tem sido um aspecto importante em seu trabalho no período pré-pandemia. Porém, um dos pontos mais levantados pelos entrevistados foi o distanciamento entre o profissional e o território, uma vez que foram necessárias medidas para garantir a segurança dos profissionais e dos usuários. Sendo assim, é importante refletir sobre o impacto do papel de mediador do ACS nas articulações com o território e o quanto ainda é possível readequar as possibilidades de atuação do profissional para maior aproveitamento de seu papel no contexto pandêmico que continuamos vivendo.

Ainda no território, os autores destacam as ações intersetoriais como estratégia para o processo de trabalho:

Chatterjee chama atenção para o caráter intersetorial que é demandando, uma vez que, ao identificar os mais vulneráveis, o ACS pode acionar outras instâncias do sistema de saúde e dos serviços de proteção e assistência social, para garantir que esses grupos recebam apoio alimentar, monetário, social e médico necessário, seja provido por órgãos governamentais ou por outras fontes (MACIEL et al, 2020, p.6).

Durante as entrevistas não ficou evidente a realização de ações intersetoriais no contexto da pandemia, sendo que, em alguns relatos, foi apontado um distanciamento. De acordo com Maciel (2020), o foco nestas ações pode ser de grande utilidade para o desenvolvimento do trabalho dos ACS e sua assistência ao território.

O segundo aspecto da reorganização do trabalho do ACS refere-se à utilização da telessaúde, definida como “um sistema de prestação de serviços de saúde à distância, intermediado por tecnologias da informação e comunicação (TICs)” (MACIEL et al, 2020, p. 7).

De acordo com o relato dos entrevistados, os recursos tecnológicos foram mais explorados neste período pelo uso de lives informativas, grupos de Whatsapp e contato a distância com os usuários para monitoramento de sintomas e resolução de dúvidas referentes aos serviços de saúde. Durante as entrevistas não fica claro se houve uma padronização, ou organização desse tipo de acompanhamento. Os ACS também citaram o uso de tablets, o que demonstra um investimento da gestão municipal para incorporar equipamentos que possibilitem o uso desse tipo de tecnologia. Outro aspecto relevante

que não foi apontado pelos entrevistados refere-se a possíveis dificuldades em acessar a população a partir desse tipo de tecnologia.

O terceiro aspecto apontado pelos autores refere-se à prática de educação em saúde. A atuação do ACS já é marcada por seu caráter educativo que visa a prevenção de doenças e promoção de saúde. A pandemia reforçou a necessidade dessa atuação. Seu elo com a comunidade permite orientações sobre a situação epidemiológica, formas de transmissão do vírus, sinais e sintomas da COVID-19, informações sobre o funcionamento da UBS, medidas de proteção comunitárias, domiciliares e pessoais e atenção especial para informações sobre fake news (MACIEL et al, 2020).

Sobre a importância do caráter educador do ACS, os autores apontam: O ACS, como educador em saúde, possui a árdua tarefa de contribuir com reflexões junto às iniciativas populares, sociais e do campo da saúde no enfrentamento às situações que a pandemia traz, assim como de coletar, conhecer, sistematizar e traduzir as angústias e as dúvidas da população neste cenário (MACIEL et al, 2020, p.8)

Ao analisar as entrevistas, é possível notar que, apesar da inicial distância com o território, os ACS assumiram o papel de orientar a população de acordo com as recomendações supracitadas, tanto de forma presencial quanto por telecomunicação. Os profissionais também contaram com o uso de tablets para auxiliar seu trabalho com os usuários e relatam perspectivas positivas sobre a implementação deste recurso.

De acordo com Riquinho et al (2018), há uma ligação direta entre o desempenho dos ACS e o desenvolvimento das atividades em equipe. A maioria dos entrevistados relataram possuírem uma relação positiva com a equipe. Termos como “família”, “intimidade”, “a vontade”, e “fortalecer” foram utilizados para reforçar o bom convívio em equipe. Entretanto, um dos entrevistados relata um distanciamento entre a equipe e ressaltou que tal distanciamento foi potencializado pela pandemia, uma vez que reuniões sociais não são mais possíveis.

É importante ressaltar que a pandemia de Covid-19 exigiu a necessidade de reorganização da rede de atenção à saúde em todos os seus diferentes níveis de complexidade em um curto espaço de tempo, considerando a gravidade da crise sanitária.

Nos encontramos ainda em um momento de enfrentamento a pandemia e por isso é de grande relevância refletir sobre as possibilidades de trabalho do ACS no enfrentamento à pandemia de SarsCov-19. As práticas de ações intersetoriais no território dentro do contexto da pandemia não foram tão enfatizadas na fala dos entrevistados. Faz-se importante refletir sobre a oportunidade de explorar este recurso de modo mais aprofundado, com o objetivo de auxiliar os profissionais no combate à Covid-19.

Ainda é necessário conservar as medidas preventivas que garantam a segurança dos usuários e profissionais, como as visitas peridomiciliares e o uso da tele saúde, porém, cabe ponderar os possíveis impactos do distanciamento físico sobre a dimensão articuladora do trabalho do ACS, ou seja, o quanto tem sido possível aproveitar o papel de

mediador do ACS nas articulações com o território e o quanto ainda é possível readequar as possibilidades de atuação do profissional para maior aproveitamento de seu papel no contexto pandêmico que continuamos vivendo, fazendo proveito dos recursos que possam auxiliar, garantindo segurança de todos.

Os entrevistados relataram suporte para a realização do seu trabalho e como as orientações passadas tiveram ajustes a partir de novas descobertas relacionadas a pandemia. O enfrentamento da pandemia é um desafio que vem sendo enfrentado por toda a rede de assistência à saúde e é importante que as medidas de enfrentamento se dêem de forma conjunta e articulada. A partir do apoio da gestão é possível que o Agente Comunitário de saúde tenha suas possibilidades de atuação potencializadas, contribuindo para o enfrentamento desse grave momento vivido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou compreender a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre seu trabalho em meio à pandemia de COVID-19, abrangendo os desafios do trabalho do profissional, as potencialidades do mesmo e sua relação com as mudanças trazidas pela pandemia de Covid-19.

As entrevistas com os ACS puderam mostrar a percepção que estes têm sobre seu trabalho. Dentre as questões levantadas, uma que se destaca é o aspecto potente e acolhedor do vínculo entre trabalhador e usuário. Mesmo quando o sentimento de medo da Covid-19 está presente, eles voltam sua preocupação para a atenção necessária aos usuários. Os ACS também evidenciaram os sentidos que compreendem seu papel, a responsabilidade de estar disponível para ajudar o outro e a gratificação deste trabalho.

A falta de reconhecimento e/ou valorização profissional também foi evidenciada como algo que faz parte de ser um ACS. Há essa ambiguidade em ter a importância de seu papel como mediador reconhecido, mas, ao mesmo tempo, ser menos reconhecido quando comparado a outros profissionais com formação técnica.

Dentre as coisas que mudaram nesse processo, destaca-se a proximidade com o território. Antes da pandemia os profissionais possuíam um maior contato com os usuários, o que fortalecia seu vínculo. Porém, após o início da pandemia surgiu a necessidade de distanciamento físico dos usuários, o que foi sentido pelos profissionais para além do campo meramente físico.

O trabalho do ACS mostrou-se importante para o enfrentamento à pandemia e deve-se considerar explorar mais as possibilidades de atuação do profissional dentro deste cenário pandêmico, voltando-se para as possíveis articulações intersetoriais e (re) aproximação com o território.

Como limitação deste estudo, destaca-se o fato de a pesquisa ter sido realizada apenas com ACS de duas unidades de saúde, o que pode não refletir a realidade municipal desses trabalhadores de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. O trabalho do agente comunitário de saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

„, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União, 2017.

GIOVANELLA, L. et al. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Editora FIOCRUZ, 2012

GIOVANELLA, I. et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, e00012219, 2019 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000300301&lng=en&nrm=iso Acesso em: 10 set 2020.

LUCENA, F. S. O que pode Um Agente Comunitário de Saúde? Processos de Trabalho em Saúde Mental na Atenção Básica. [Dissertação de dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2013.

MACIEL, F. B. M. et al. Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, 2020.

MELO, E. A. Mudanças na política de atenção básica. Saúde Debate; v. 42, número especial 1, p. 38-51, setembro, 2018.

MOROSINI, M. V. Educação e trabalho em disputa no SUS: a política de formação dos agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 12ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

ONOCKO CAMPOS, R. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. In: ONOCKO CAMPOS, R. Psicanálise & Saúde Coletiva: interfaces. 2ª. edição. São Paulo: Hucitec, 2014, p. 77-96.

PRADO M. et al. Instituto de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha: análise de situação de saúde (2011-2017), no prelo.

SAMUDIO et al. Agentes comunitários de saúde na atenção primária no Brasil: multiplicidade de atividades e fragilização da formação. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 15 n. 3, p. 745- 770, set./dez. 2017.

SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (Ministério da Saúde). Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (Covid-19) na Atenção Primária à Saúde. 2020a. 33p. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/20200320_ProtocoloManejo_ver03.pdf

SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (Ministério da Saúde).

Recomendações para Adequação das Ações dos Agentes Comunitários de Saúde frente à atual situação epidemiológica referente ao Covid-19. Versão 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE; COSEMSSP - Conselho de Secretários Municipais De Saúde. Organização das ações na atenção primária à saúde no contexto da Covid-19. 2ª versão. 2020. 34p.

RELATO DE EXPERIÊNCIA EM GRUPO TERAPÊUTICO: PREVENÇÃO DE RECAÍDAS NO CAPS AD DE FOZ DO IGUAÇU

Data de aceite: 01/09/2023

Ana Luiza Minatti Attuy

Psicóloga, formada pelo Centro
Universitário Dinâmica das Cataratas –
UDC. CRP- 08/38598

Lorraine Vieira Savedra

Acadêmica do curso de Psicologia da
UNIAMÉRICA.

Luís Alexandre Montecinos de Almeida

Professor orientador.

Projeto de pesquisa de
estágio supervisionado
em CAPS AD.

RESUMO: Esse trabalho objetivou apresentar os efeitos da Psicoterapia Grupal como auxílio no tratamento da dependência química, bem como a importância do profissional de psicologia presente nesse processo, tendo como metodologia um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado em um Caps-AD localizado na cidade de Foz do Iguaçu, região Oeste do estado do Paraná. O Grupo Prevenção de Recaídas se reúne semanalmente, duas vezes por semana,

com duração de uma hora cada encontro, com reuniões supervisionadas por um psicólogo, onde participaram acadêmicos de psicologia do 6º e 10º período, entre os meses de março a dezembro de 2022. Durante um ano de realização dos grupos terapêuticos com dependentes químicos, esse instrumento da psicologia se mostrou um forte alicerce para a reabilitação psicossocial dos participantes. A dinâmica dos grupos possibilita debates importantes para a reorganização do cotidiano do usuário, facilitando com este assumo um posicionamento funcional diante das adversidades da vida.

PALAVRAS-CHAVE: Grupo terapêutico; Saúde mental; Dependência química; Reabilitação.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a dependência química está classificada entre os transtornos psiquiátricos, sendo considerada uma doença crônica, que deve ser tratada e controlada simultaneamente, como um problema social. A partir da Reforma Psiquiátrica e a posterior criação

do Sistema Único de Saúde (SUS), criou-se uma atenção fundamental às pessoas com transtornos mentais e dependência química, o que provocou uma reformulação nas instituições asilares e hospitais psiquiátricos, promoveu a substituição de tratamentos desumanizados por novos projetos de políticas públicas, baseados no princípio da reinserção social e humanização do processo de saúde (PEREIRA, 2018).

Com a vinculação do atendimento aos usuários de drogas na saúde mental, foi criado o Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e outras drogas (CAPS-AD), proporcionando o acesso a um serviço especializado. A criação desse serviço tem como finalidade o cuidado e tratamento aos pacientes com transtornos mentais desenvolvidos pelo consumo de drogas, com o objetivo de tratar o usuário do serviço em liberdade, visando sua reinserção psicossocial através de um planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individual e coletiva (TEIXEIRA, 2021).

A proposta do Caps-AD engloba não apenas o usuário, mas a sua rede familiar e social, pois reconhece que a dependência química afeta também outros campos da vida. Segundo a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, o Caps-AD busca desenvolver atividades terapêuticas, cuidados destinados à família, promoção da reabilitação psicossocial e reinserção social dos usuários. Ainda, as estratégias de cuidado incluem a família do indivíduo, pois o serviço entende que esse círculo possui um papel importante no tratamento e recuperação do mesmo, haja vista que as fragilidades que as situações acarretam na vida dos familiares também demandam escuta e orientação profissional. Da mesma forma, a vida laboral e social encontra foco no serviço oferecido pelo Caps-AD, quando esse oferece atividades voltadas para a ressocialização e reorganização do cotidiano diário do paciente (SANCHEZ; VECCHIA, 2020).

A implantação de grupos terapêuticos e ocupacionais no Caps-AD concretiza a reformulação de um atendimento humanizado e singular para cada paciente. Essa atenção busca desenvolver as relações de vínculos sociais, questões pessoais que vão além da saúde e da drogadição, para assim reestruturar e incentivar o fortalecimento do convívio social e cuidados consigo mesmo. Assim, o profissional de Saúde Mental pode, através de um processo de comunicação, de escuta, de acolhimento e de atividades prático-criativas, junto com o portador de sofrimento mental, agir como facilitador na construção de novas configurações mentais, nas quais o sistema de relações que compõe a vida dessa pessoa possa se auto reorganizar, desse modo, se estabilizando em um novo padrão de relações (MENDES; FILLIPEHORR, 2014).

Para Dantas, Dantas e Silva (2018), a psicoterapia de grupo é uma das ferramentas mais eficazes no tratamento de suporte para adictos, pois visa o acolhimento, apoio e ajuda terapêutica para o enfrentamento de suas vicissitudes, considerando a individualidade, a cultura, crenças e valores dos atendidos. A escuta do grupo em psicoterapia constitui-se de uma técnica capaz de oferecer suporte, orientação, apoio psicológico, sendo possível a remissão de sintomas para tais demandas, cabendo aos psicoterapeutas fazer essa ponte

entre o indivíduo e o grupo em que está inserido (DANTAS; DANTAS; SILVA, 2018).

Nesse toar, esse recurso terapêutico, conduzido por um profissional de psicologia, pode possibilitar ao indivíduo uma maior interação com os participantes, desenvolvendo sentimentos de respeito e solidariedade uns para com os outros, além de contribuir para o rompimento dos estigmas sociais, frequentemente atribuídos aos que fazem uso de drogas (SILVA *et al.*, 2022).

O CAPS AD trabalha em diferentes modalidades de grupos terapêuticos e, entende-se que a participação em grupos terapêuticos é crucial para o tratamento, pois o compartilhamento de vivências pode fomentar o engajamento e protagonismo a partir da fala, escuta, reflexão e identificação grupal dos usuários.

Segundo Benevides *et al.*, (2010) a experiência grupal constrói vínculos entre os integrantes e profissionais, uma vez que o compartilhamento de problemas semelhantes proporciona uma experiência que pode desenvolver um espaço de acolhimento, pela possibilidade de receberem *feedback* e sugestões construtivas de outras pessoas que vivenciaram ou vivenciam os mesmos problemas. Desse modo, o presente estudo objetivou relatar a experiência, desenvolvimento e processo do Grupo Terapêutico Prevenção de Recaídas do Caps-AD de Foz do Iguaçu PR, realizado durante estágio profissional de matriz curricular do curso de Psicologia.

O modelo de Prevenção de Recaída foi desenvolvido por G. Alan Marlatt e segue os princípios da Terapia Cognitiva Comportamental (TCC), que compreende a ideia de que o pensamento afeta o sentimento e o comportamento. Objetiva, a partir da conscientização do problema e motivação do paciente, trabalhar as estratégias de enfrentamento para aquisição de habilidades sociais e prevenir as situações de risco que podem levar a recaídas, proporcionando assim a mudança de hábitos.

Portanto, o trabalho buscou apresentar os efeitos da Psicoterapia Grupal como auxílio no tratamento da dependência química, bem como a importância do profissional de psicologia presente nesse processo, onde o grupo atua como agente de mudança de sua realidade. Dessa forma, procura-se contribuir para o esclarecimento do fazer psicológico frente à demanda do público em um grupo de Psicoterapia.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado em um Caps-AD localizado na cidade de Foz do Iguaçu, região Oeste do estado do Paraná. O local, em nova construção pública, realiza atendimento de segunda a sexta, das 8h às 17h e oferece as seguintes atividades: acolhimentos, reacolhimentos, atividades culturais, oficinas terapêuticas, psicoterapia individual e grupal, grupos terapêuticos, atendimentos médicos, atendimentos individuais, familiares e visitas domiciliares. Além de reuniões semanais dos funcionários para discussão de casos e planejamentos futuros, assembleias

e eventos intersetoriais também fazem parte do dia a dia da equipe e dos usuários do serviço.

O acolhimento é o primeiro contato do usuário com o serviço, ou seja, a porta de entrada onde se inicia o processo de criação de vínculo e cuidado, além do atendimento humanizado. Visa analisar a demanda do usuário, se desprender de expectativas morais, realizar uma escuta qualificada das reais necessidades, identificação de problemas, resolutividade e apresentar ao usuário a proposta de trabalho e construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) em conjunto e realizar os encaminhamentos se necessário (BRASIL, 2015).

O Caps AD atende em três modalidades, sendo elas: intensivo, em que exige um acompanhamento diário do paciente no serviço; semi intensivo, que requer um acompanhamento frequente, mas não é necessário que o paciente esteja todos os dias no Caps; não intensivo, no qual a frequência do paciente pode ser menor, em função do seu quadro clínico atual. O local conta com uma equipe multiprofissional, composta por técnicos de enfermagem, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, coordenador, médicos psiquiatras, terapeuta ocupacional, oficineiros, recepcionistas, técnico administrativo, residentes, estagiários e uma equipe responsável pela manutenção e limpeza do local.

As atividades realizadas durante a semana são desenvolvidas por cada profissional, no que tange a sua responsabilidade e função. O Grupo Prevenção de Recaídas se reúne semanalmente, duas vezes por semana, com duração de uma hora cada encontro. Nessa pesquisa, as reuniões foram supervisionadas por um psicólogo e as intervenções ocorreram durante o período de estágio dos acadêmicos de psicologia do 6º e 10º período, entre os meses de março a dezembro de 2022.

As intervenções foram executadas a partir da realização de grupos terapêuticos abertos, com até 20 integrantes, onde os assuntos emergiam do próprio grupo, sendo discutido pelos participantes e conduzido pelas estagiárias, criando-se uma escuta e discussão de temas relacionados às drogas. A oportunidade de um espaço destinado aos temas relacionados ao uso de drogas proporciona o lugar de fala a um grupo marginalizado e fomenta reflexões que buscam auxiliar no processo de melhoria da qualidade de vida.

Ainda, no que se refere a localização do Caps AD de Foz do Iguaçu, situado em uma região de fronteira, onde a facilidade de contato com as drogas é muito maior, a demanda também se mostra diferenciada. De acordo com Oliveira e Oliveira (2020), dois reflexos advindos dessa dinâmica de fronteira se mostram acentuados: a utilização de mão de obra local no narcotráfico, especialmente de jovens, somado ao aumento do consumo de drogas devido a maior facilidade de acesso proporcionada por essa localização estratégica. Ainda, os autores relatam a atipicidade de Foz do Iguaçu, mostrando que existe um fluxo de pessoas de outros municípios, estados e países, que se deslocam de sua região em decorrência das facilidades de manter o vício na fronteira.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O tratamento da dependência química no processo da psicoterapia de grupo deve focar seus objetivos no indivíduo que sofre, não apenas na substância que ele faz uso. As questões individuais trazidas no grupo psicoterapêutico se tornam coletivas, pois os acontecimentos e situações provocadas pelo uso de substâncias se mostram comum entre vários participantes. Na presente pesquisa, verificou-se que as dificuldades nas relações familiares e interpessoais são temas frequentemente relatados pelos usuários do serviço durante os grupos. Brigas constantes em casa, faltas e mau desempenho no trabalho, perdas financeiras e materiais refletiam nos relacionamentos os prejuízos causados pelo uso problemático da droga, suscitando a quebra dos vínculos, acarretando a saída de casa, a perda do emprego, muitas vezes contribuindo para que vivessem nas ruas.

Silva *et al.* (2022) apontam que esse consumo pode ser motivado tanto pela busca de prazer, como para um alívio de um sofrimento intenso do qual o indivíduo não dispõe de habilidades mentais para lidar com tamanho dissabor. Um dos principais objetivos do Caps-AD é proporcionar um ambiente no qual as relações interpessoais sejam (re) estabelecidas. Por isso, também é presente no Caps-AD o grupo de família, para que os familiares participem do tratamento e possam atuar como um pilar na melhora desse paciente. O estreitamento de repertório é uma questão comum na dependência química, pois envolve o uso da droga em todas as atividades do sujeito. Conforme o tempo de uso, o indivíduo acaba diminuindo seu repertório de comportamento, focando apenas naqueles relacionados ao uso da droga. Para recuperar atividades de prazer cotidianas nesses indivíduos, são oferecidas oficinas, onde as tarefas realizadas proporcionam bem estar e aprendizado, tirando foco do uso de drogas e dando atenção ao lazer, oferecendo experiências e atividades de outros campos do saber.

Como afirmam Dantas, Dantas e Silva (2018), no processo terapêutico o indivíduo se identifica como parte, enquanto o grupo tem objetivo, intuito definido e meta estabelecida, qual seja a remissão dos sintomas causados pelo uso de substâncias psicoativas, o alívio de memórias dolorosas pelas vivências causadas, pela situação de rua e, possivelmente, dentro da experiência de cada um, o abandono da drogadição.

A participação nos grupos no Caps-AD propicia uma reinserção social, que olha o sujeito além da dependência química, busca integra-lo e reestabelecer novamente os vínculos que foram rompidos, seguindo o PTS traçado, que é montado juntamente com o indivíduo, levando em consideração seus valores e sua subjetividade.

Muitos pacientes relataram dificuldades para lidar com os sintomas de abstinência e, ainda, verbalizaram a respeito das situações vivenciadas por lapsos e recaídas, em como o comportamento de retorno ao uso provocava sentimento de culpa, vergonha e até mesmo desistência do tratamento. É importante ressaltar a diferença entre lapsos e recaídas, uma vez que, os lapsos configuram-se por retorno momentâneo do uso enquanto a recaída é o

retorno contínuo de uso, podendo ser igual ou maior do padrão de uso anterior (GORDON, 2009).

Verificou-se que, em determinados dias de grupo em que algum integrante relatava recaída, era possível constatar a empatia dos outros participantes, sendo esse acolhimento muito importante para que o psicólogo possa fomentar um debate geral, incentivando a análise e explorando o contexto e os acontecimentos que ocasionaram a recaída, por exemplo. Festas e reuniões que antes faziam parte das ocasiões de uso e amizades que influenciam o consumo são situações que devem ser evitadas, exigindo uma aproximação cautelosa, sendo de extrema importância incentivar o paciente a pensar sobre seus gatilhos e sobre quais situações ele identifica que o fazem buscar a droga.

Em um grupo terapêutico, a questão de um integrante que ouviu pode se assemelhar a questão do outro que falou, possibilitando a identificação de um comportamento que o mesmo ainda não tinha constatado em si. Outras situações gatilho, que muitas vezes não tem relação com o uso de substâncias, mas que podem provocar a vontade de usar, são citadas com frequência, como brigas interpessoais, lugares, sentimentos negativos e positivos (esse último mostra que muitos pacientes se autossabotam com pensamentos de recompensa por algum fato ocorrido).

Possuir dinheiro também é citado como um gatilho e, nos dias que antecedem ao pagamento do salário, por exemplo, incitam pensamentos de uso. Desse modo, é importante que o psicólogo atue como um guia para que o sujeito possa se autogerenciar e encontrar meios que os gatilhos não levem ao uso. Fomentando discussões nos grupos, os pacientes relatam que deixar o dinheiro/cartão com algum familiar, pagar todas as contas, ir ao mercado, são alternativas que promovem seu resguardo do uso.

As recaídas podem ser desencadeadas por diferentes fatores e, por isso, os grupos terapêuticos que trabalham essa temática se mostram muito relevantes, pois contribuem para que o paciente possa identificar as situações de risco e adquirir ferramentas dentro do processo grupal para evitar recaídas. Vale ressaltar também que as trocas nos grupos possibilitam o desenvolvimento de autoeficácia, que é considerada um fator motivacional para o indivíduo, pois, segundo Bandura (2004), a autoeficácia é a crença do paciente em crer que será capaz de realizar uma determinada atividade, de alcançar um objetivo, tendo assim influência em seus comportamentos.

Muitos pacientes que trazem para o grupo a discussão das dificuldades, sintomas de abstinência, problemas de saúde decorrentes do uso, encontram outros indivíduos que também passaram pelas mesmas adversidades. Essa troca que acontece no grupo, referente aos estágios em que cada sujeito se encontra dentro de seu tratamento, é fundamental para o processo psicoterapêutico. Além de proporcionar a criação de vínculos, existe a compreensão entre informações de aspectos físicos e psíquicos resultantes do processo de recuperação, possibilitando a motivação no indivíduo para permanência em seu tratamento, promovendo, assim, confiança, acolhimento e suporte para passar por

essas questões.

Dantas, Dantas e Silva (2018) constataram em seus estudos que a ação de ouvir o outro em suas demandas maiores e mais intensas e, às vezes, até iguais as dele, potencializava os ganhos terapêuticos e permitia acontecer a identificação de si mesmo com o outro, formando o vínculo terapêutico. A presença do psicólogo nos grupos direciona a discussão para temas identificados, pertinentes a serem trabalhados, de acordo com a fala dos participantes no momento do grupo, sendo de muito valor que haja reflexão e '*insight*' pelos pacientes.

Dantas, Dantas e Silva (2018) mostram que o terapeuta, em sua escuta, deve organizar sua prática interventiva para que o paciente possa criar sua própria forma de repensar suas questões, pois pela auto escuta e a escuta do outro, torna-se possível fazer identificações necessárias para sua elaboração e desloca-se de seu estigma de adicto e percebe-se capaz de se dissociar da problemática que o envolve sem, contudo, deixar de se implicar no processo.

A criação de vínculo dos funcionários com os pacientes é uma importante ferramenta para a adesão ao tratamento. As relações pessoais que são construídas dentro do serviço fortalecem um ambiente acolhedor e de confiança, propício para que o usuário frequente e mantenha seu tratamento. No entanto, assim como afirmam Mendes e Fillipe Horr (2014) para os técnicos de referencia a questão de não demandar, de não esperar, de suportar as decepções e de ter de estar sempre recomeçando foi e é o grande desafio de trabalhar com a questão da dependência de álcool e outras drogas.

CONCLUSÕES

Durante um ano de realização dos grupos terapêuticos com dependentes químicos, esse instrumento da psicologia se mostrou um forte alicerce para a reabilitação psicossocial dos participantes. Pode-se concluir que a dinâmica dos grupos possibilita resultados positivos no processo terapêutico, uma vez que apresenta grande alcance, além de baixo custo, pois são necessários poucos recursos materiais para serem implementados.

Os Grupos Terapêuticos contribuem para debates importantes na reorganização do cotidiano do usuário, facilitando com que o paciente assuma posicionamento funcional diante das adversidades da vida, adquira habilidades sociais, a partir da conscientização e responsabilização do problema, fomentando para que o sujeito crie estratégias de enfrentamento que vão sendo construídas durante o tratamento. Desenvolver grupos terapêuticos se mostrou um trabalho de muito valor para estudantes de psicologia. A possibilidade de coordenar e executar esse recurso da psicologia e colocar em prática os conteúdos teóricos aprendidos no curso mostrou a importância dessa profissão na reabilitação e bem estar do dependente químico.

Ainda, com um espaço destinado a esse público, o Caps-AD de Foz do Iguaçu

consegue cumprir com seu propósito, realizando um trabalho humanizado e de referência no processo de reabilitação psicossocial do indivíduo. O vínculo foi um grande fator para a realização e andamento dos grupos. Os laços entre pacientes e profissionais tornam o trabalho mais exitoso, o qual somos visto como um ponto de apoio, a quem eles podem recorrer.

REFERÊNCIAS

- AMORIM, Lucas Oliveira; ABREU, Clésio Rodrigues de Carvalho. O vínculo entre profissional e paciente e a sua relação na adesão ao tratamento em Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD). **Revista JRG de Estudos Acadêmico**, Brasil, São Paulo, v. 3, n. 7, p. 612–621, 2020.
- ARAÚJO, Ana Katarina de; SOARES, Valéria Leite. Trabalho e saúde mental: relato de experiência em um caps ad iii na cidade de João Pessoa, pb. **Saúde Debate**, Rio De Janeiro, V. 42, N. Especial 4, p. 275-284, 2018.
- BANDURA, A. The growing primacy of perceived efficacy in human self-development, adaptation and change. *In: Nuevos horizontes en la investigación sobre la autoeficacia*. SALANOVA, M. et al. (Ed.). Castelló de la Plana: Publicacions de la Universitat Jaume I, D.L., 2004. p. 33-51. (Col·lecció Psique, n.8).
- BENEVIDES, Daisyanne Soares; PINTO, Antonio Germane Alves; CAVALCANTE, Cinthia Mendonça; JORGE, Maria Salete Bessa. Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. **Interface**; v.14, n.32, p.127-38, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios**: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Brasília, 2015.
- COSTA, Jobert Teixeira; SILVA, Felipe Santos Da; SILVEIRA, Cláudia Alexandra Bolela. As práticas grupais e a atuação do psicólogo: intervenções em grupo no Estágio de Processos Grupais. **Vínculo**, São Paulo , v. 15, n. 2, p. 57-81, 2018 .
- COSTA, Pedro Henrique Antunes da; RONZANI, Telmo Mota; COLUGNATI, Fernando Antonio Basile. No meio do caminho tinha um CAPSAD: centralidade e lógica assistencial da rede de atenção aos usuários de drogas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(10):3233-3245, 2018.
- DALPIAZ, Ana Kelen; JACOB, Maria Helena Vianna Metello; SILVA, Karen Daniele da; BOLSON, Melissa Pereira; HIRDES, Alice Hirdes. Fatores associados ao uso de drogas: depoimentos de usuários de um CAPS AD. **Aletheia**, Canoas , n. 45, p. 56-71, dez. 2014 .
- DANTAS, Martha Luciene Nogueira Barros; DANTAS, Jeiel Silva; SILVA, Gessé de Souza. A psicoterapia de grupo no atendimento a dependentes químicos - relato de experiência em um projeto social. **Revista Ciência (In) Cena**, Salvador Bahia, v. 1, n. 7, p. 106-120, 2018.
- MENDES, Célia Regina Pessanha; FILLIPEHORR, João. Vivência nas ruas, dependência de drogas e projeto de vida: um relato de experiência no CAPS-ad. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande , v. 6, n. 1, p. 90-97, 2014 .

MOTA, Fernanda Oliveira; FONSECA, Rafaela Maria Alves Martins; SANTOS, Josenaide Engracia dos; GALLASSI, Andrea Donatti. Aspectos do cuidado integral para pessoas em situação de rua acompanhadas por serviço de saúde e de assistência social: um olhar para e pela terapia ocupacional. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, [S. l.], v. 27, n. 4, p. 806–816, 2019.

OLIVEIRA, Sergio Paulo de; OLIVEIRA, Gilson Batista de. Vulnerabilidades às drogas na tríplice fronteira Brasil – Paraguai – Argentina. **Revista Caribeña de Ciencias Sociales**. 2020. Disponível em: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2020/12/vulnerabilidades-drogas.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2023.

PAIANO, Marcelle; KURATA, Vanessa Midori; LOPES, Ana Patrícia Araújo Torquato; BATISTELA, Geovana; MARCON, Sonia Silva. Fatores intervenientes na adesão ao tratamento de usuários de drogas atendidos no Caps-Ad. **J. res.: fundam. care. Online**; 11(3): 687-69. 2019.

PEREIRA, Bruna Rosa. **O papel da família no tratamento da dependência química de usuários atendidos no CAPS AD de Tubarão /SC**. 2018. 31f. Trabalho de Conclusão de Curso (Psicologia). Universidade do Sul de Santa Catarina. Tubarão - 2018.

SANCHES, Laís Ramos; VECCHIA, Marcelo Dalla. Reabilitação psicossocial e inclusão social de pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: impasses e desafios. s. **Interface** (Botucatu). 2020; 24: e200239.

SILVA, Maria Isabel Félix da; QUEIROZ, Maria Eulália de Araújo; LOPES, Isadora Varela; PACHÚ, Clésia Oliveira. Os Centros de Atenção Psicossocial no tratamento de usuários de álcool e outras drogas. **Mosaico - Revista Multidisciplinar de Humanidades**, Vassouras, v. 13, n. 3, p. 02-11, 2022.

TEIXEIRA, Paulo Tadeu Ferreira. Caps AD: A relevância dos serviços e as contribuições da Psicologia. **Id on Line Rev.Mult. Psic.**; vol.15, n.54, p. 699-712. 2021.

SÍNDROME DA APNEIA E HIPOPNEIA OBSTRUTIVA DO SONO E SUA RELAÇÃO COM O RISCO CARDIOVASCULAR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Data de submissão: 08/08/2023

Data de aceite: 01/09/2023

Gustavo Rosa Bianchini

Acadêmico de Medicina da Universidade
do Planalto Catarinense
Lages-SC
<http://lattes.cnpq.br/9086055393755740>

Denise Krieger

Professora do Curso de Medicina da
Universidade do Planalto Catarinense
Lages-SC
<http://lattes.cnpq.br/7744892489425681>

Jenifer Ludwig

Acadêmica de Medicina da Universidade
do Planalto Catarinense
Lages-SC
<http://lattes.cnpq.br/4763463227501239>

Laís de Souza Dias

Acadêmica de Medicina da Universidade
do Planalto Catarinense
Lages-SC
<http://lattes.cnpq.br/8648230836714349>

Rita Peluso Velho

Acadêmica de Medicina da Universidade
do Planalto Catarinense
Lages-SC
<http://lattes.cnpq.br/5004206010892555>

Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono (SAHOS) é um distúrbio que cursa com obstrução parcial ou total do fluxo aéreo durante o sono. É considerada um fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. **Objetivo:** Analisar a SAHOS como fator de risco cardiovascular. **Metodologia:** Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura. A pesquisa dos artigos científicos se deu a partir da busca nas bases de dados LILACS e Medline, usando-se os descritores “Apneia Obstrutiva do Sono” e “Fatores de Risco de Doenças Cardíacas”, combinados pelo operador ‘AND’. Foram considerados como critério de inclusão artigos publicados nos últimos cinco anos, escritos em língua portuguesa ou inglesa e que tivessem a temática da pesquisa no seu título. **Resultados:** Ao todo foram encontrados 10 artigos científicos. Dois artigos eram repetidos e um artigo não preenchia os critérios de inclusão. Todos estavam escritos em inglês e português. Quatro artigos eram originais e três artigos eram de revisão de literatura. **Discussão:** A SAHOS está intimamente relacionada à obesidade e ao sexo masculino. Indivíduos portadores de síndrome metabólica são mais propensos ao desenvolvimento da doença. A interrupção intermitente do fluxo

RESUMO: Introdução: A Síndrome da

aéreo gera um estado de hipoxemia, ativando o sistema nervoso simpático e, a longo prazo, elevando cronicamente a pressão arterial. O diagnóstico da doença tem como padrão-ouro a polissonografia e seu tratamento é feito pelo dispositivo CPAP (Pressão Aérea Positiva Contínua), bem como uso de finasterida em homens e reposição hormonal com estrógeno e/ou progesterona em mulheres no período pós-menopausa. **Conclusão:** A SAHOS é um importante fator de risco cardiovascular e seu diagnóstico precoce diminui a morbimortalidade de pacientes usuários do Sistema Único de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Apneia Obstrutiva do Sono. Fatores de Risco de Doenças Cardíacas. Atenção Primária em Saúde.

ABSTRACT: Introduction: Obstructive Sleep Apnea and Hypopnea Syndrome (OSAHS) is a disorder that causes partial or total airflow obstruction during sleep. It is considered a risk factor for the development of cardiovascular diseases. **Objective:** To analyze OSAHS as a cardiovascular risk factor. **Methodology:** This is an Integrative Literature Review. The search for scientific articles was based on a search in the Lilacs and Medline databases, using the descriptors “Obstructive Sleep Apnea and Hypopnea Syndrome” and “Cardiovascular Risk”, combined by the ‘AND’ operator. Articles published in the last five years, written in Portuguese or English and which had the research theme in their title, were considered as inclusion criteria. **Results:** In total, 10 scientific articles were found. Two articles were repeated and one article did not meet the inclusion criteria. All were written in English and Portuguese. Four articles were original and three articles were literature review. **Discussion:** OSAHS is closely related to obesity and male sex. Individuals with metabolic syndrome are more prone to the development of the disease. Intermittent interruption of airflow generates a state of hypoxemia, activating the sympathetic nervous system and, in the long term, chronically raising blood pressure. The diagnosis of the disease has polysomnography as the gold standard and the CPAP device (Continuous Positive Air Pressure), as well as the use of finasteride in men, and hormone replacement with estrogen and/or progesterone in postmenopausal women do its treatment. **Conclusion:** OSAHS is an important cardiovascular risk factor and its early diagnosis reduces the morbidity and mortality of patients using the Sistema Único de Saúde. **KEYWORDS:** Obstructive Sleep Apnea and Hypopnea Syndrome. Cardiovascular risk. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono (SAHOS) é definida como um distúrbio respiratório associado ao sono que cursa com obstrução parcial ou total da via aérea, cessando o fluxo de ar e causando despertares noturnos (SÁ *et. al.*, 2018). A hipopneia é definida como a obstrução parcial do fluxo aéreo, enquanto a apneia é a obstrução total do fluxo por no mínimo 10 segundos (SOUZA *et al.*, 2020), condições que diminuem a saturação de oxigênio no sangue, causando hipóxia intermitente noturna e podendo elevar a pressão arterial sistêmica por vasoconstrição hipoxêmica (KANDA *et. al.*, 2018).

Essa doença de evolução crônica reduz a qualidade de vida do paciente, que apresenta sonolência diurna, perda de memória e da cognição a longo prazo (SÁ *et. al.*, 2018). A sintomatologia associada à síndrome envolve roncos, apneia testemunhada, sono

não revigorante, cefaleia matinal, irritabilidade e diminuição da libido, além de aumentar os riscos de acidentes domésticos, automobilísticos e laborais durante o dia (CARRILHO *et al.*, 2022). A idade avançada, o sexo masculino, a obesidade e a circunferência cervical elevada são os principais fatores de risco para desenvolvimento de SAHOS (SÁ *et al.*, 2018).

Considerada a principal causa de morte no Brasil, a Doença Cardiovascular possui como fatores de risco o histórico familiar, o sedentarismo, a obesidade, o tabagismo, o diabetes, a dislipidemia e a hipertensão arterial sistêmica, não se excluindo, todavia, outros fatores biopsicossociais, como a etnia, as condições sociais, comportamentais e dietéticas, as quais contribuem para o desenvolvimento dessa doença (PRÉCOMA *et al.*, 2019). A SAHOS é considerada fator de risco cardiovascular, já que é capaz de, dentre outros, elevar ronicamente a pressão arterial, contribuindo para o desenvolvimento de patologias cardiovasculares (PRÉCOMA *et al.*, 2019).

Sabendo-se dos riscos da SAHOS e da necessidade de prevenção de doenças cardiovasculares com o objetivo de se reduzir a morbimortalidade, a Atenção Primária em Saúde tem papel fundamental no diagnóstico e tratamento desta Síndrome nos usuários do Sistema Único de Saúde. Assim, o presente trabalho visa compilar - a partir de uma revisão integrativa da literatura - artigos que tratam desta temática com finalidade de elucidar profissionais e pesquisadores sobre a necessidade de se prevenir esta doença crônica a partir do diagnóstico e tratamento precoces.

METODOLOGIA

O presente trabalho é uma revisão integrativa da literatura. Esse modelo de escrita visa analisar e sintetizar estudos independentes sobre um mesmo assunto escritos por diversos autores, de modo a compilar informações sobre determinado tema e, assim, facilitar o pensamento crítico de pesquisadores (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A pesquisa bibliográfica se deu a partir da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), inserindo-se no campo de busca os descritores *Apneia Obstrutiva do Sono* e *Fatores de Risco de Doenças Cardíacas*, combinadas pelo operador 'AND'. As bases de dados selecionadas para a escolha dos artigos foram as seguintes: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (Medline).

Foram considerados critérios de inclusão da pesquisa artigos disponíveis gratuitamente nas bases de dados supracitadas e com o texto completo, publicados nos últimos cinco anos (2017-2022) em língua portuguesa ou inglesa, e que atendessem à temática da presente pesquisa no seu título. Foram descartados artigos repetidos nas diferentes bases de dados, artigos não disponíveis na íntegra ou gratuitamente, e publicados em outro idioma que não o português ou inglês.

Os artigos foram inicialmente selecionados pelo título e reservados para leitura. Após, realizou-se a análise dos seus resumos e, por fim, a leitura criteriosa e na íntegra de cada trabalho para a elaboração deste manuscrito.

RESULTADOS

Ao se inserir os descritores *Apneia Obstrutiva do Sono* e *Fatores de Risco de Doenças Cardíacas* no campo de busca da BVS, foram encontrados 10 artigos a partir da aplicação dos critérios de inclusão descritos na seção Metodologia deste artigo. Do total, dois artigos eram repetidos e um artigo não preenchia os critérios de inclusão, restando sete artigos para revisão. Cinco artigos estavam disponíveis na base LILACS, e dois na base Medline. Todos os artigos estavam escritos em língua inglesa e língua portuguesa, cabendo ao pesquisador selecionar o idioma de escolha para leitura do manuscrito. O título, a autoria, o periódico, o tipo do trabalho e a temática de cada artigo estão detalhados no Quadro 1.

Título	Autoria	Periódico (vol., nº, pág, ano)	Tipo do trabalho	Temática da pesquisa
Pressão Arterial nas 24 horas em Obesos com Apneia Obstrutiva do Sono Moderada a Grave	Correa <i>et. al.</i>	Arq Bras Cardiol. 2017; 109(4):313-320	Artigo Original	Avaliação do comportamento da pressão arterial nas 24 horas em indivíduos obesos com AOS leve, moderada e grave.
Síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono e principais comorbidades associadas	Souza <i>et. al.</i>	Rev. Ciênc. Méd. 2020;29:e204711	Artigo de Revisão	Avaliação da fisiopatologia, das diferenças entre os sexos e das comorbidades associadas a SAHOS.
Rastreamento e manejo da Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono. Desafios para profissionais da Atenção Primária à Saúde	Carrilho <i>et. al.</i>	Rev. APS. 2019; out./dez.; 22 (4): 950 - 968	Artigo de Atualização	Atualizar informações e alertar sobre rastreamento e manejo da SAHOS em pacientes com HAS.
Perfil clínico e laboratorial de pacientes com e sem apneia obstrutiva do sono	Kanda <i>et. al.</i>	Rev Soc Bras Clin Med. 2018 abr-jun;16(2):108-12	Artigo Original	Descrever o perfil de pacientes com e sem apneia obstrutiva do sono.
Obesidade Visceral e Hipertensão Sistólica como Substratos da Disfunção Endotelial em Adolescentes Obesos	Hussid <i>et. al.</i>	Arq Bras Cardiol. 2021; 116(4):795-803	Artigo Original	Investigar se a obesidade durante a adolescência leva à síndrome metabólica e a SAHOS.
Distúrbios respiratórios do sono: relação com as doenças cardiovasculares	Pirana <i>et. al.</i>	Rev Med Minas Gerais 2022; 32: e-32103	Artigo Original	Avaliar os sintomas de SAHOS em pacientes com doenças cardiovasculares.
Associação entre Apneia Obstrutiva do Sono e Infarto do Miocárdio: Uma Revisão Sistemática	Porto; Sakamoto; Salles.	Arq Bras Cardiol. 2017; 108(4):361-369	Artigo de Revisão	Verificar a associação em SAHOS e infarto agudo do Miocárdio.

Quadro 1 - Artigos selecionados nas bases Lilacs e Medline para a revisão integrativa.

Fonte: dos autores. 2022

DISCUSSÃO

Considerado fundamental para o organismo, o sono exerce função homeostática no corpo humano, sendo que sua qualidade impacta diretamente no modo de vida do paciente, já que é considerado restaurador. Do ponto de vista hormonal, a melatonina – substância lipossolúvel sintetizada diariamente na glândula pineal – é o principal hormônio relacionado ao metabolismo do sono. Este, por seu turno, divide-se em duas fases: movimento não rápido dos olhos (NREM) de duração média de 6,5 horas, caracterizado por baixa frequência da atividade cerebral; e movimento rápido dos olhos (REM), de duração aproximada de 1,5 hora, com aparecimento dos sonhos e relaxamento do tecido musculoesquelético (SOUZA *et. al.*, 2020).

A Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono (SAHOS) é caracterizada pela obstrução total ou parcial do fluxo aéreo durante o sono através da laringe, o que acarreta em microdespertares noturnos (CARRILHO *et. al.*, 2019). A obesidade está associada a este distúrbio, já que o aumento do peso favorece o depósito de gordura na faringe e nas estruturas parafaríngeas, aumentando a circunferência do pescoço e elevando a complacência das vias aéreas, o que contribui para o colapso (SOUZA *et. al.*, 2020).

De acordo com Souza *et. al* (2020), os homens são mais propensos ao desenvolvimento da SAHOS em comparação com as mulheres, já que o hormônio testosterona favorece o colapso das vias aéreas superiores pela diminuição do seu calibre. Entretanto, no período pós-menopausa - quando a mulher cessa a produção de hormônios sexuais femininos pelas gônadas, como estrógeno e progesterona – a população feminina passa a estar sujeita a maior risco de desenvolvimento de SAHOS, pois a falta destes hormônios, até então considerados protetores das vias aéreas, favorece o estreitamento e colapso das vias aéreas superiores, causando apneia e hipopneia do sono.

Um estudo observacional transversal realizado pelo ambulatório de clínica médica da UERJ avaliou 86 participantes que se encaixavam nos critérios de inclusão da população-alvo da pesquisa: IMC entre 30 e 39,9kg/m², pressão arterial (PA) normal (<140x90mmHg) e ausência de comorbidades. Foram coletados os dados antropométricos, compreendidos pelo peso, altura, circunferência do pescoço e abdominal; medida da PA, obedecendo os critérios da diretriz brasileira de hipertensão arterial; exames de sangue (perfil lipídico do paciente); avaliação da apneia obstrutiva do sono (Watch-PAT) que detecta indiretamente eventos de apneia-hipopneia do sono; monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA). A população foi dividida em dois grupos a partir da frequência de eventos de apneia-hipopneia por hora. O grupo 1 é compreendido por <15 eventos/h, enquanto o grupo 2 >15 eventos/h. O sexo masculino foi mais comum no grupo 2, sendo que todos os indivíduos deste grupo apresentou maior razão cintura quadril e maior circunferência do pescoço. Além disso, esse grupo apresentou maior nível pressórico diurno e noturno da MAPA, além de carga pressórica diastólica noturna mais alta. Indivíduos com SAHOS

moderada a grave apresentam maiores níveis de PA sistólica e diastólica nas 24h em comparação àqueles com SAHOS moderada a leve (CORREA *et. al.*, 2017).

A elevação da pressão arterial se explica pela hipóxia intermitente deflagrada pela repetida obstrução noturna do fluxo aéreo, a qual ativa o sistema nervoso simpático, elevando a pressão arterial sistêmica, liberando mediadores inflamatórios, ocasionando disfunção do endotélio vascular, e aumentando a resistência à insulina. A longo prazo, esses eventos desencadeiam hipertensão arterial sistêmica, diabetes e dislipidemia, aumentando o risco cardiovascular (SOUZA *et. al.*, 2020). A SAHOS é uma doença prevalente em pacientes com doenças cardiovasculares, sendo que o tratamento dos fatores de risco e da SAHOS diminuem o risco cardiovascular dos pacientes (PIRANA *et. al.*, 2022).

Conforme revisão sistemática de três estudos prospectivos realizada por Porto, Sakamoto e Salles (2017) - que buscou relacionar SAHOS com Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) em população masculina - pôde-se afirmar que pacientes masculinos portadores de SAHOS são mais propensos ao desenvolvimento de eventos agudos coronarianos, já que 12,7% da população portadora da Síndrome estudada apresentaram desfecho cardiovascular, necessitando de procedimentos de revascularização, sendo o IAM responsável por 29,5% do total de desfechos.

Em um estudo transversal, descritivo e observacional de 255 pacientes, 91 foram diagnosticados com SAHOS. Destes, 90% apresentava hipertensão arterial sistêmica, 7% histórico prévio de IAM, 3% insuficiência cardíaca, 3% angina instável e 50% arritmia cardíaca, condição que eleva o risco de morte súbita. Percebeu-se que dislipidemia mista e baixos níveis de HDL-c compõe o perfil lipídico dos pacientes com SAHOS analisados neste estudo. A média dos valores de lipoproteína de alta densidade foi de 44,2±11mg/dL, lipoproteína de baixa densidade de 97,8±32,7mg/dL e triglicerídeos de 173,3±40mg/dL, valores considerados acima do desejado para esta população, já que a maioria fazia uso de estatina (KANDA *et. al.*, 2018).

Neste contexto, sabe-se também que adolescentes obesos são mais propensos ao desenvolvimento da SAHOS e de disfunção endotelial do que adolescentes eutróficos. Contudo, uma pesquisa transversal realizada com vinte adolescentes obesos com média de idade de 14,2±1,6 anos e de peso de 100,9±20,3kg, e com dez adolescentes eutróficos com média de idade de 15,2±1,2 anos e de peso 54,4±5,3kg apontou que a SAHOS foi identificada na maioria dos adolescentes, independentemente da obesidade. O estudo sugeriu que esta igualdade nos achados pode ser atribuída a outros fatores além da obesidade, como rinite alérgica, asma e hipertrofia adenotonsilar. Apesar disso, os adolescentes obesos apresentaram pressão arterial sistólica e diastólica elevada, baixos níveis de HDL-c e maiores níveis de LDL e triglicerídeos, bem como maior circunferência da cintura se comparados aos adolescentes eutróficos (HUSSID *et. al.*, 2021).

Como estratégia diagnóstica da síndrome, há diversos questionários que são aplicados para rastrear SAHOS, sendo o mais conhecido o questionário de Berlim, capaz de aferir a frequência dos roncos e apneias durante os períodos de sono, os dados antropométricos (IMC e medida da pressão arterial sistólica) e a presença de sonolência

diurna. Todavia, tal questionário apresenta baixa sensibilidade e especificidade e baixos valores preditivos positivo e negativo, o que o torna inconsistente no rastreio da síndrome. A escala de sonolência de Epworth que aborda as chances de o paciente dormir enquanto realiza atividades durante o dia não é utilizada como rastreio de SAHOS já que, além de apresentar baixa sensibilidade e baixo valor preditivo negativo, não tem na sonolência diurna um parâmetro fidedigno para diagnosticar o paciente com SAHOS, pois a sonolência diurna pode ser de causa multifatorial (CARRILHO *et. al.*, 2019). Os questionários estão ilustrados nos quadros 2 e 3.

O método diagnóstico para SAHOS consiste em duas formas: polissonografia de noite interia e teste domiciliar com dispositivos primários. O primeiro apresenta maior especificidade, devendo ser o método de escolha. A polissonografia registra o número de eventos de apneia e hipopneia do sono e calcula o índice de apneia-hipopneia (IAH), classificando a SAHOS do paciente em grave (IAH ≥ 30 eventos/hora), moderada (IAH ≥ 15 eventos/hora) e leve (IAH ≥ 5 eventos/hora) (CARRILHO *et. al.*, 2019).

Altura: _____ Peso: _____ Gênero: _____ CC: _____ Categoria 1: 1. Ressoa? a. Sim b. Não c. Não sei Se ressona: 2. O seu ressonar é: a. Ligeiramente mais alto do que a sua respiração. b. Tão alto como quando fala. c. Mais alto do que quando fala. d. Tão alto que pode ser ouvido noutras divisões da casa. 3. Com que frequência ressona? a. Quase todos os dias. b. 3-4 vezes por semana. c. 1-2 vezes por semana. d. 1-2 vezes por mês. e. Nunca ou quase nunca. 4. O seu ressonar alguma vez incomodou outras pessoas? a. Sim b. Não c. Não sei 5. Alguma pessoa notou que parava de respirar durante o sono? a. Quase todos os dias. b. 3-4 vezes por semana. c. 1-2 vezes por semana. d. 1-2 vezes por mês. e. Nunca ou quase nunca. Categoria 2: 6. Com que frequência se sente cansado ou fatigado depois de uma noite de sono? a. Quase todos os dias. b. 3-4 vezes por semana. c. 1-2 vezes por semana. d. 1-2 vezes por mês. e. Nunca ou quase nunca.	7. Durante o dia, sente-se cansado, fatigado ou sem capacidade para enfrentá-lo? a. Quase todos os dias. b. 3-4 vezes por semana. c. 1-2 vezes por semana. d. 1-2 vezes por mês. e. Nunca ou quase nunca. 8. Alguma vez “passou pelas brasas” ou adormeceu enquanto guiava? a. Sim b. Não 9. Com que frequência que isso ocorre? a. Quase todos os dias. b. 3-4 vezes por semana. c. 1-2 vezes por semana. d. 1-2 vezes por mês. e. Nunca ou quase nunca Categoria 3: 10. Tem tensão arterial alta? a. Sim b. Não c. Não sei Pontuação: Categoria 1: positiva se pontuação maior ou igual a 2 pontos. Item 1: resposta: sim 1 ponto Item 2: resposta: c ou d 1 ponto Item 3: resposta: a ou b 1 ponto Item 4: resposta: a 1 ponto Item 5: resposta: a ou b 2 ponto Categoria 2: positiva se pontuação maior ou igual a 2 pontos. Item 6: resposta: a ou b 1 ponto Item 7: resposta: a ou b 1 ponto Item 8: resposta: a 1 ponto Categoria 3:positiva se: Item 10: resposta: sim IMC: > 30 kg/m2 Doente de alto risco para SAOS: 2 ou mais categorias com pontuação positiva. Doente com baixo risco para SAOS: nenhuma ou apenas 1 categoria com pontuação positiva.
--	--

Quadro 2 - Questionário de Berlim.

Fonte: Pirana *et. al.*, 2022

Qual a probabilidade de você cochilar ou dormir, e não apenas se sentir cansado, nas seguintes situações?

	0	1	2	3
Sentado lendo				
Assistindo TV				
Sentado, quieto, em um lugar público (teatro, reunião ou palestra).				
Andando de carro por uma hora sem parar, como passageiro.				
Deitado para descansar à tarde, quando as circunstâncias permitem.				
Sentado conversando com alguém.				
Sentado quieto após o almoço sem bebida de álcool.				
Em um carro parado no trânsito por alguns minutos.				

Probabilidade de cochilar:

0 – Nunca cochilaria;

1 – Pequena probabilidade de cochilar;

2 – Probabilidade média de cochilar;

3 – Grande probabilidade de cochilar.

Quadro 3 - Questionário de Epworth.

Fonte: Pirana *et. al.*, 2022

Em relação ao tratamento da SAHOS, o aparelho de Pressão Positiva Contínua das Vias Aéreas (CPAP, Continuous Positive Airway Pressure) é o mais difundido (SOUZA *et. al.*, 2020), consistindo em um dispositivo eletrônico que gera um fluxo aéreo com pressões positivas nas vias aéreas superiores enquanto o indivíduo dorme, evitando o colapso da via aérea e a consequente interrupção do fluxo aéreo (CARRILHO *et. al.*, 2019). Alguns tratamentos farmacológicos também são considerados, como a finasterida (inibidor da 5-alfa-redutase) que reduz a ação do hormônio testosterona no organismo, reduzindo assim o colapso da faringe; para mulheres em período pós-menopausa, sugere-se a terapia de reposição hormonal com estrogênio e progesterona (SOUZA *et. al.*, 2020).

CONCLUSÃO

A Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono é um importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Seu rastreamento e diagnóstico precoces na Atenção Primária em Saúde previnem de modo significativo os desfechos cardiovasculares em usuários do Sistema Único de Saúde, reduzindo assim a morbimortalidade. Pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica, diabetes e dislipidemia, bem como obesos, devem ser rotineiramente indagados sobre a qualidade do sono, com vistas a prevenir complicações da SAHOS. É necessário, ademais, estabelecer

condutas que visem à mudança no estilo de vida, com vistas à perda de peso e consequente diminuição do IMC, corroborando para melhorar o perfil lipídico e assim diminuir os fatores de risco para doenças cardiovasculares.

REFERÊNCIAS

- CARRILHO, Leonardo Ennes *et al.* Rastreamento e manejo da Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono: desafios para profissionais da atenção primária à saúde. **Revista de Aps**, Juiz de Fora, v. 22, n. 4, p. 950-968, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2019.v22.25904>. Acesso em: 14 ago 2022.
- CARRILHO, Leonardo Ennes *et al.* Rastreamento da síndrome da apneia-hipopneia obstrutiva do sono em hipertensos na Atenção Primária à Saúde. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 25, n. 1, p. 135-146, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/10282/1/leonardoennescarrilho.pdf>. Acesso em: 14 ago 2022.
- CORREA, Claudia M. *et al.* Twenty-four hour Blood Pressure in Obese Patients with Moderate-to-Severe Obstructive Sleep Apnea. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 109, n. 4, p. 313-320, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/fj/abc/a/sZgh3Y6Rc7R69CjfC7pRzRn/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 14 ago 2022.
- HUSSID, Maria Fernanda *et al.* Obesidade Visceral e Hipertensão Sistólica como Substratos da Disfunção Endotelial em Adolescentes Obesos. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 116, n. 4, p. 795-803, abr. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.36660/abc.20190541>. Acesso em: 13 ago. 2022.
- KANDA, Gabriela Midori *et al.* Perfil clínico e laboratorial de pacientes com e sem apneia obstrutiva do sono. **Rev Soc Bras Clin Med.**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 108-112, 2018. Disponível em: <https://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/view/342>. Acesso em: 14 ago 2022.
- PIRANA, Sulene *et al.* Distúrbios respiratórios do sono: relação com as doenças cardiovasculares. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 32, p. 1-14, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.2022e32103>. Acesso em: 13 ago. 2022.
- PORTO, Fernanda; SAKAMOTO, Yuri Saho; SALLES, Cristina. Association between Obstructive Sleep Apnea and Myocardial Infarction: a systematic review. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 4, n. 108, p. 361-369, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20170031>. Acesso em: 13 ago. 2022.
- PRÉCOMA, Dalton Bertolim *et al.* Updated Cardiovascular Prevention Guideline of the Brazilian Society of Cardiology - 2019. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, p. 1-105, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20190204>. Acesso em: 13 ago. 2022.
- SÁ, Renata Thamires Oliveira de *et al.* Análise dos fatores de risco para síndrome da apnéia obstrutiva do sono (SAOS) em motoristas de caminhão. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, [S.L.], v. 17, n. 1, p. 23-32, 27 jun. 2018. Universidade Federal da Bahia. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9771/cmbio.v17i1.22393>. Acesso em: 13 ago. 2022.
- SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias de; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer? **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. Disponível em: <https://journal.einstein.br/pt-br/article/revisao-integrativa-o-que-e-e-como-fazer/>. Acesso em: 14 ago 2022.
- SOUZA, Francinete Silva de *et al.* Síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono e principais comorbidades associadas. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v. 29, p. 1-9, 15 jun. 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1118459>. Acesso em: 14 ago 2022.

RODRIGO D'AVILA LAUER: Enfermeiro pela Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC (2008). Doutorando em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2022/atual). Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2021). Especialista em Docência em Enfermagem (2021), Especialista em Enfermagem em Psiquiatria e Saúde Mental (2020), Especialista em Unidade de Terapia Intensiva (2018), Especialista em Urgência e Emergência Adulto e Pediátrica (2011), Especialista em Gerenciamento e Auditoria em Enfermagem (2009). Possui experiência nas áreas Assistencial, Gestão em Enfermagem e Ensino, sendo as principais áreas: enfermagem adulto e idoso, enfermagem médico-cirúrgica, oncologia, radiologia, saúde mental infanto juvenil e adulto. Membro do Grupo de Estudos Culturais na Educação em Saúde e Enfermagem – CULT. O CULT reúne pesquisadores da área de enfermagem que realizam análises culturais no campo da educação em saúde e enfermagem. Leitor do filósofo Michel Foucault, busca integrar essa área de interesse com a assistência e a educação/ensino no campo de prática. Estuda a constituição dos saberes na enfermagem, com ênfase na temática sobre o final de vida e morte, utilizando conceitos-ferramentas de Michel Foucault, ancorado aos Estudos Culturais. Servidor Público Federal, trabalha vinculado à Diretoria de Enfermagem (DENF) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

A

Abordagem qualitativa descritiva 82

Adolescente 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 28, 33, 34, 45

Agente comunitário de saúde 79, 80, 81, 82, 89

Análise 5, 16, 17, 25, 38, 40, 41, 42, 45, 48, 55, 62, 63, 65, 66, 69, 75, 76, 78, 82, 83, 89, 95, 101, 107

Atenção primária 12, 13, 15, 16, 18, 19, 20, 22, 27, 34, 78, 79, 80, 82, 85, 89, 100, 101, 102, 106, 107

C

Caps 90, 91, 92, 93, 94, 96, 97, 98

Conflito 1, 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 52, 80

Covid-19 47, 51, 79, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89

Crianças 3, 5, 7, 8, 9, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 41, 43, 45, 47, 48, 80

Crianças com deficiência 23, 24, 25, 28, 29, 30, 31, 32

Cuidado 19, 20, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 38, 75, 76, 83, 85, 91, 93, 97, 98

Cuidado de enfermagem 23, 25, 32

D

Deficiência 23, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48

Desafios 9, 10, 28, 46, 53, 77, 79, 83, 84, 88, 98, 102, 107

Desmoralização 49

Doenças cardiovasculares 69, 99, 101, 102, 104, 106, 107

E

Enfermagem 1, 12, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 45, 46, 47, 48, 85, 89, 93, 108

Enfrentamento 8, 12, 13, 15, 19, 21, 45, 79, 81, 82, 83, 85, 87, 88, 91, 92, 96

Epidemiologia 36, 47, 70

Equipe 12, 13, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 34, 47, 81, 84, 85, 87, 93

Estratégias 3, 4, 11, 13, 15, 21, 55, 59, 63, 66, 68, 75, 84, 91, 92, 96

G

Gastos 32, 66, 67, 68, 74, 75, 76

Gestão do SUS 66

Grupo Prevenção de Recaídas 90, 93

Grupo terapêutico 90, 92, 95

I

Importância 5, 6, 18, 20, 21, 27, 29, 44, 51, 56, 57, 58, 62, 63, 66, 68, 81, 86, 87, 88, 90, 92, 95, 96

Integralidade 23, 24, 25, 28, 29, 30, 33, 34, 79

Internação hospitalar 66, 69

M

Morbimortalidade 66, 67, 68, 76, 80, 100, 101, 106

Mulher 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 43, 47, 52, 53, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 74, 103

Multiprofissional 12, 13, 15, 16, 19, 20, 21, 27, 93

N

Negligência 7, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48

Notificações 36, 38, 40, 41, 42, 43, 44, 47

O

Olhar 8, 19, 20, 23, 24, 26, 27, 28, 31, 33, 65, 98

P

Pandemia 18, 28, 51, 79, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89

Percepção 18, 27, 34, 79, 82, 83, 86, 88

Pessoa com deficiência 28, 33, 36, 37, 38, 40, 41, 42, 43, 44

Pobreza menstrual 49, 50, 51, 52, 53, 54

Políticas públicas 1, 2, 6, 7, 8, 9, 21, 24, 44, 47, 49, 52, 61, 91

Potencialidades 30, 79, 81, 83, 88

Pré-eclâmpsia 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78

Prevenção 11, 13, 15, 19, 21, 24, 44, 46, 74, 76, 82, 85, 87, 90, 92, 93, 101

Psicoterapia grupal 90, 92

Q

Qualidade de vida 30, 31, 32, 36, 52, 55, 56, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 81, 93, 100

R

Recaídas 90, 92, 93, 94, 95

Relato de experiência 53, 90, 92, 97

Revisão integrativa 1, 13, 15, 17, 18, 22, 25, 53, 63, 64, 99, 101, 102, 107

Revisão narrativa 49, 50, 53, 77

Risco cardiovascular 99, 100, 101, 104

S

Sahos 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106

Satisfação sexual 55, 56, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65

Saúde 1, 2, 3, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 55, 56, 57, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 68, 69, 72, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 95, 97, 98, 100, 101, 102, 106, 107, 108

Saúde íntima 49, 51

Sexo biológico feminino 49, 50, 51

Síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono 102, 107

Sono 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107

T

Trabalho 1, 5, 6, 9, 13, 16, 21, 27, 28, 31, 33, 34, 43, 45, 47, 50, 52, 53, 66, 68, 76, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 92, 93, 94, 96, 97, 98, 101, 102

V

Violência 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 36, 37, 38, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48

Violência doméstica 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 36, 45, 46

Vulnerabilidade 5, 8, 11, 13, 19, 30, 32, 36, 41, 42, 43, 44, 46, 50, 53

SAÚDE PÚBLICA & SAÚDE COLETIVA

definições e debates em sua constituição

 www.atenaeditora.com.br

 contato@atenaeditora.com.br

 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)

 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

SAÚDE PÚBLICA & SAÚDE COLETIVA

definições e debates em sua constituição

 www.atenaeditora.com.br

 contato@atenaeditora.com.br

 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)

 www.facebook.com/atenaeditora.com.br