

VOLUME 1

ATUALIDADE SOBRE A SAÚDE

Organizadores:

Alanderson Alves Ramalho

Tatiane Dalamaria



VOLUME 1

ATUALIDADE SOBRE A SAÚDE

Organizadores:

Alanderson Alves Ramalho

Tatiane Dalamaria



Editora Omnis Scientia
ATUALIDADE SOBRE A SAÚDE
Volume 1

1ª Edição

Triunfo – PE
2021

Editor-Chefe

Me. Daniel Luís Viana Cruz

Organizadores

Alanderson Alves Ramalho

Tatiane Dalamaria

Conselho Editorial

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Dr. Wendel José Teles Pontes

Dr. Walter Santos Evangelista Júnior

Dr. Cássio Brancalone

Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior

Editores de Área – Ciências da Saúde

Dra. Camyla Rocha de Carvalho Guedine

Dra. Cristieli Sérgio de Menezes Oliveira

Dr. Leandro dos Santos

Dr. Hugo Barbosa do Nascimento

Dr. Marcio Luiz Lima Taga

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Assistentes Editoriais

Thialla Larangeira Amorim

Andrea Telino Gomes

Imagem de Capa

Freepik

Edição de Arte

Vileide Vitória Larangeira Amorim

Revisão

Os autores



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

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

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

A886 Atualidade sobre a saúde [livro eletrônico] / Organizadores
Alanderson Alves Ramalho, Tatiane Dalamaria. – Triunfo, PE:
Omnis Scientia, 2021.
280 p. : il.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-88958-33-9

DOI 10.47094/978-65-88958-33-9

1. Pandemia – Covid-19. 2. Educação em saúde. 3. Saúde
pública. I. Ramalho, Alanderson Alves. II. Dalamaria, Tatiane.
CDD 610.7

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Editora Omnis Scientia

Triunfo – Pernambuco – Brasil

Telefone: +55 (87) 99656-3565

editoraomnisscientia.com.br

contato@editoraomnisscientia.com.br



PREFÁCIO

O sistema de saúde, atualmente, enfrenta o avanço da morbimortalidade por Covid-19, suas consequências, além do aumento de agravos e doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis.

Neste sentido, a difusão de informações científicas adequadas em qualidade e tempo oportunos é primordial para promoção da saúde. O e-book “Atualidade sobre saúde” reforça a relevância da atualização em saúde por meio da Educação continuada e permanente em Saúde e confirma a importância da multidisciplinaridade e intersectorialidade do setor.

Em nossos livros selecionamos um dos capítulos para premiação como forma de incentivo para os autores, e entre os excelentes trabalhos selecionados para compor este livro, o premiado foi o capítulo 9, intitulado “COMPORTAMENTO SEXUAL DE PACIENTES COINFECTADOS HIV/SÍFILIS ATENDIDOS EM CENTRO DE REFERÊNCIA NO NORTE DO BRASIL”.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....	14
A PANDEMIA DA COVID-19 E SEUS IMPACTOS PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL	
Juliana Soares Laudelino Santos	
Janielma Soares Laudelino	
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/14-18	
CAPÍTULO 2.....	19
OS DESAFIOS DE EQUIDADE EM SAÚDE NA PANDEMIA DE COVID-19 E AS FUNÇÕES DAS CIÊNCIAS SOCIAIS	
Arthemis Vieira Benevides Ferreira	
Luiz Henrique Abreu Belota	
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/19-26	
CAPÍTULO 3.....	27
OS IMPACTOS DA COVID-19 NA SAÚDE MENTAL	
Halana Lirena Naoma Lima de Oliveira	
Josimara do Nascimento	
Jesus Santiago Ramirez Gonzalez	
Hamona Tainara Tuane Lima de Oliveira	
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/27-34	
CAPÍTULO 4.....	35
POTENCIAL USO DA SALIVA COMO RECURSO CONFIÁVEL PARA DIAGNÓSTICO E MONITORAMENTO DA INFECÇÃO POR SARS-CoV-2	
Suellem Maria Arrais de Oliveira	
Danilo Resende dos Santos	
Éric Ribeiro Silva	
Leydianne Leite de Siqueira Patriota	
Thiago Henrique Napoleão	
Lidiane Pereira de Albuquerque	
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/35-45	
CAPÍTULO 5.....	46
O OLHO COMO ROTA DE TRANSMISSÃO DA COVID-19	
Thais Gomes Silva	
Jailma de Araújo Freire	
Marianna Cals Vasconcelos De Francesco	

Matheus Correia Lacerda
Natasha Stephanie Magalhães Rodrigues
Renato Brito Oliveira Martins
Juliana de Lucena Martins Ferreira
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/46-57

CAPÍTULO 6.....58
A ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA NO
PACIENTE EM PÓS ALTA COVID-19: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Jessica Juliane Nascimento dos Santos
Antonia Nágila Ferreira Avelino
Lara Stephany Bezerra Pereira
Maria Islaine Portela de Miranda
Maria José Pereira de Araujo
Roberta Melo de Sousa
Samuel de Sousa Ribeiro
Vitória Régia Alves Mesquita
Francisca Alessandra da Silva Souza
Nataniel Lourenço de Souza
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/58-69

CAPÍTULO 7.....70
A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NAS SEQUELAS PÓS-
COVID-19: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Maria Juliana Vasconcellos Bragado
Francisco Gustavo Rodrigues de Melo
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/70-75

CAPÍTULO 8.....76
MUDANÇA NO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO HIV NA POPULAÇÃO BRASILEIRA

Mariana Vieira Garcia de Carvalho
Bruna Rocha Soares de Almeida
Julian Reis da Silva
Silvano Araújo Ferreira Junior
Priscilla Itatianny de Oliveira Silva
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/76-83

CAPÍTULO 9.....84
COMPORTAMENTO SEXUAL DE PACIENTES COINFECTADOS HIV/SÍFILIS
ATENDIDOS EM CENTRO DE REFERÊNCIA NO NORTE DO BRASIL

Carla Andréa Avelar Pires

Rhyan Meninea do Rego
Izaura Maria Vieira Cayres Vallinoto
Amanda Gabay Moreira
Luiz Lima Bonfim Neto
Julius Caesar Mendes Soares Monteiro
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/84-93

CAPÍTULO 10.....94
ABORDAGEM DO ENFERMEIRO ATRAVÉS DA RELAÇÃO TERAPÊUTICA FRENTE
AS EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS

Helton Camilo Teixeira
Gustavo Henrique Nery
Larissa Alves Simões
Raiana Almeida de Souza
Thayla Steffany Parente Conrado
Viviane Amorim Rodrigues
Lívia Letícia Aguiar Nery
Nádyla Marina França Souto
Renato Castro de Oliveira
Fabiana Ferreira Schumann
Midiã Quirino Roberto
Barbara Mayara Souza Vasconcelos
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/94-105

CAPÍTULO 11.....106
CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO COMO MEDIADOR ENTRE O FAMILIAR E O
PACIENTE COM TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR

Helton Camilo Teixeira
Ana Cristina Rodrigues de Souza
Gustavo Henrique Nery
Lívia Letícia Aguiar Nery
Nádyla Marina França Souto
Raiana Almeida de Souza
Thayla Steffany Parente Conrado
Maison André Miranda Barbosa
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/106-117

CAPÍTULO 12.....118
AVALIAÇÃO DO CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE: ADAPTAÇÃO
TRANSCULTURAL DE UM QUESTIONÁRIO

Patrícia Lourdes Silva

Adriane Vieira

José Ricardo de Paula Xavier Vilela

Carla Aparecida Spagnol

Ester Eliane Jeunon

DOI:10.47094/978-65-88958-33-9/118-129

CAPÍTULO 13.....130

PROCESSO DE ENFERMAGEM SOB A LUZ TEÓRICA-METODOLÓGICA DE CALLISTA ROY APLICADO AO PACIENTE COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

Carla Passos Almeida

Luciana Rodrigues Prata Santana

Allan Dantas dos Santos

Andreia Centenaro Vaez

Damião da Conceição Araújo

DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/130-139

CAPÍTULO 14.....140

IMPACTOS DO USO ATIVO E PASSIVO DO CIGARRO POR GESTANTES NA SAÚDE INFANTIL: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

José Maikon de Souza

Rafael Marabotti Fiorio

Renata Vilela de Almeida Gomes

Tiago Stancioli Tonoli

Victória Pagung

Mateus Gonçalves Prata dos Reis

Caio Lucas Franco Inocêncio

Isadora Cardozo Bragatto

João Lucas Bertoli Sepulchro

Marcela Souza Lima Paulo

DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/140-148

CAPÍTULO 15.....149

REFLEXÕES SOBRE A GESTÃO DA CLÍNICA NO SUS: UM PERCURSO POR MEIO DO PORTFÓLIO REFLEXIVO

Sulyanne da Silva Ferreira

Adriana Barbieri Feliciano

Heloisa Cristina Figueiredo Frizzo

Sueli Fatima Sampaio

Luciana Nogueira Fioroni

DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/149-159

CAPÍTULO 16.....	160
AValiação de Programas de Residência: Um Novo Instrumento	
Adriane Vieira	
Plínio Rafael Reis Monteiro	
Karla Rona da Silva	
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/160-174	
CAPÍTULO 17.....	175
TENDência Temporal e Aglomerados Espaciais de Risco da Mortalidade por Acidentes de Motocicleta no Estado de Sergipe, Brasil: Um Estudo Ecológico	
Edilza Fraga Santos	
Thiago de Jesus Santos	
Carla Passos Almeida	
Allan Dantas dos Santos	
Andreia Centenaro Vaez	
Shirley Verônica Melo Almeida Lima	
Karina Conceição Gomes Machado de Araújo	
Damião da Conceição Araujo	
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/175-185	
CAPÍTULO 18.....	186
AAtuação do Psicólogo Hospitalar Diante da Tríade Paciente – Família – Equipe de Saúde	
Juliana Soares Laudelino Santos	
Janielma Soares Laudelino	
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/186-192	
CAPÍTULO 19.....	193
Oficinas de Conceitos sobre Interprofissionalidade no Serviço de Saúde em um Município da Bahia	
Claudia Feio da Maia Lima	
Aline de Souza Laranjeira	
Adson Silva França	
Carla Sande Lobo	
Marcia Jovelina de Jesus	
Tainá Santos Oliveira	
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/193-200	
CAPÍTULO 20.....	201
O Cuidado de Si no Processo de Envelhecimento: Revisão Integrativa	

Fábio Batista Miranda
Patrick Leonardo Nogueira da Silva
Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão
Sônia Maria Alves da Silva
Francisca da Silva Garcia
Ana Carolina de Moraes Cruz
Antônia Evilânna Cavalcante Maciel
Hélio Holanda da Silva Silvério
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/201-215

CAPÍTULO 21.....216
A VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE NOS IDOSOS: UMA LEITURA HOLÍSTICA ATRAVÉS DA ENFERMAGEM
Rogério de Moraes Franco Júnior
Thays Peres Brandão
Acleverson José dos Santos
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/216-226

CAPÍTULO 22.....227
UTILIZAÇÃO DE ARTEFATO PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DE IDOSOS E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL: TRILHA DAS FRUTAS
Sara de Andrade Frederico
Carlos Henrique Linhares Ripardo
Andréa Carvalho Araújo Moreira
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/227-234

CAPÍTULO 23.....235
CONSUMO DE ALIMENTOS INDUSTRIALIZADOS E PERFIL ANTROPOMÉTRICO DE FUNCIONÁRIOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM SALVADOR, BAHIA
Vanessa Pereira Junqueira
Bárbara Lima Pessoa
Fernanda Teles Santos
Paula Carolina Santos Soledade
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/235-242

CAPÍTULO 24.....243
PERFIL COMPORTAMENTAL DE ESCOLARES COM HISTÓRICO FAMILIAR DE HIPERTENSÃO ARTERIAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA
José Robertto Zaffalon Júnior
Keith Jaine Sousa da Costa
Thayanara Mendonça Lima

Pedro Bruno Lobato Cordovil

Rosane Silva dos Santos

Gileno Edu Lameira de Melo

DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/243-254

CAPÍTULO 25.....255

ATUALIZAÇÕES NO TRATAMENTO DE DISPLASIA NO QUADRIL: OSTEOTOMIA PERIACETABULAR E ARTROSCOPIA

Aline Prates Correia

Kawan Moreira Santana

Mayra da Rocha Santos Freire

Ariel de Almeida Franco

Thiago Rodrigues Lisboa

Raério Rocha Leite

Lucia Friggi Pagoto

Thiago Regis Libório

Sérgio Silva de Freitas

DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/255-261

CAPÍTULO 26.....262

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO EM MOTRICIDADE OROFACIAL PARA SÍNDROME DE DOWN: REVISÃO DE LITERATURA

Ariane de Assis Ramos

Gerlane Karla Bezerra Oliveira Nascimento

DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/262-275

CAPÍTULO 1

A PANDEMIA DA COVID-19 E SEUS IMPACTOS PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL

Juliana Soares Laudelino Santos¹;

Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Maceió, Alagoas.

<http://lattes.cnpq.br/8549893054889895>

Janielma Soares Laudelino².

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), Maceió, Alagoas.

<http://lattes.cnpq.br/7144579360255587>

RESUMO: A terceira década deste milênio iniciou com um desafio ainda não visto por nossa espécie: Uma pandemia sem precedentes que tende a permanecer por tempo indeterminado. Assim, a COVID-19 se propagou ligeiramente no mundo inteiro, sua expansão trouxe impactos econômicos, sociais e para a saúde. Diante disso, o objetivo deste trabalho foi o de investigar, analisar e discutir sobre os impactos trazidos pelo novo Coronavírus para a sociedade, sobretudo para o grupo de pessoas que possuem poucos recursos financeiros, de moradia, saúde e educação, ou seja, o grupo de pessoas socialmente vulneráveis. Quanto aos aspectos metodológicos, este trabalho trata-se de uma pesquisa qualitativa e bibliográfica. na qual realizamos um levantamento das produções existentes no nosso tema de interesse. Constatou-se nos resultados que pandemia acarretou danos a toda a população, sendo a população vulnerável socialmente a maior impactada pelos efeitos dada a ausência e/ou insuficiência de recursos, estratégias de prevenção e/ou tratamento da doença, associados às dificuldades de realizar o isolamento social, a manutenção do emprego e da renda, bem como o menor acesso à saúde e saneamento básico, sendo ainda afetadas por problemas mentais e sociais, havendo, portanto, a necessidade de serem impostas boas estratégias de igualdade e reconhecimento na democratização das possibilidades de dar continuidade à vida durante a pandemia e após o término.

PALAVRAS-CHAVE: Pandemia. Coronavírus. Pessoas Socialmente Vulneráveis.

COVID-19 AND ITS IMPACTS ON THE POPULATION IN SITUATION OF SOCIAL VULNERABILITY

ABSTRACT: The third decade of this millennium began with a challenge not yet seen by our species: An unprecedented pandemic that tends to remain indefinitely. Thus, COVID-19 spread slightly throughout the world, its expansion brought economic, social and health impacts. Therefore, the objective of this work was to investigate, analyze and discuss the impacts brought by the new Coronavirus to society, especially for the group of people who have few financial, housing, health and education resources, that is, the group of socially vulnerable people. As for the methodological aspects, this work is a qualitative and bibliographic research. in which we carry out a survey of existing productions in our topic of interest. It was found that a pandemic caused damage to the entire population, with the socially vulnerable population being the largest impacted by the effects due to

the absence and / or insufficiency of resources, prevention and / or treatment strategies for the disease, associated with the difficulties of achieving social isolation. , the maintenance of jobs and income, as well as less access to health and basic sanitation, being still affected by mental and social problems, thus, there is a need to impose good equality and recognition strategies in the democratization of the possibilities of giving continuity of life during the pandemic and after termination.

KEY-WORDS: Pandemic. Coronavirus. Socially Vulnerable People.

INTRODUÇÃO

Segundo Lima (2020) o Coronavírus é um vírus zoonótico, um RNA vírus da ordem Nidovirales, da família Coronaviridae. O autor pontua que os tipos de coronavírus conhecidos até o momento são: alfa coronavírus HCoV-229E e alfa coronavírus HCoV-NL63, beta coronavírus HCoV-OC43 e beta coronavírus HCoV-HKU1, SARS-CoV (causador da síndrome respiratória aguda grave ou SARS), MERS-CoV (causador da síndrome respiratória do Oriente Médio ou MERS) e SARS-CoV-2, um novo coronavírus descrito no final de 2019 após casos registrados na China. Este provoca a doença chamada de COVID-19.

Os sinais e sintomas clínicos do novo coronavírus são principalmente respiratórios, análogos a um resfriado, todavia podem causar infecção no trato respiratório inferior, como as pneumonias (SECRETARIA DA SAÚDE, 2020).

A partir da chegada da COVID-19 no Brasil, foram tomadas muitas medidas de controle e prevenção da doença, sendo a prática do distanciamento social a medida mais difundida pelas autoridades (BEZERRA, SILVA, SOARES, SILVA. 2020). Desse modo, A pandemia do Covid é uma preocupação para a saúde pública, pois afeta pessoas em todo o mundo, sobretudo aquelas que possuem menores rendas e estão em condições sociais desfavoráveis.

Nesse contexto, esta pesquisa tem o intuito de analisar e investigar através de uma revisão de literatura quais são os impactos trazidos pelo coronavírus, gerador da pandemia do COVID-19, sobretudo para essa camada mais desfavorecida. O Interesse pelo tema surgiu devido a experiência em atendimentos psicológicos realizados pela autora (enquanto psicóloga clínica) a um grande número de pessoas que pertencem a essa camada.

METODOLOGIA

No que se refere aos aspectos metodológicos, desenvolvemos este estudo com base na pesquisa qualitativa e bibliográfica, visando realizar um levantamento das produções existentes no nosso tema de interesse. A pesquisa bibliográfica é uma modalidade de estudo que se fundamenta em fontes de pesquisa e pela discussão de vários autores. Com isso, temos que esse tipo de pesquisa “[...] implica em um conjunto ordenado de procedimentos de busca por soluções, atento ao objeto de estudo, e que, por isso, não pode ser aleatório” (LIMA; MIOTO, 2007, p. 38).

Sobre os rumos de uma abordagem metodológica qualitativa Minayo (2012) pontua que esse é um tipo de pesquisa que tem um objeto de estudo com questões muito particulares. Desta forma, a pesquisa qualitativa reflete as realidades que não podem ser comensuradas, isto é, quantificadas e/ou traduzidas em números.

A discussão se deu através de leituras de referenciais teóricos que se destacam em suas pesquisas relacionadas ao assunto, como Lima e Pires. Assim, com a finalidade de chegar ao objetivo proposto, foram selecionados cinco artigos científicos em português através de uma pesquisa virtual na base de dados Google Acadêmico, os quais foram selecionados após buscas fazendo uso da expressão “a pandemia da covid- 19 e seus impactos” e leituras sobre a temática.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A COVID-19 se propagou ligeiramente no mundo inteiro, sua expansão trouxe impactos econômicos, sociais e para a saúde. Essa doença progrediu em todos os continentes, por isso atribuiu a necessidade de contenção e isolamento de pessoas para diminuir o aumento do número de pessoas infectadas.

Diante disso houveram diversos interessados em contribuir na segurança, assistência e provimento de recursos necessários a diminuição dos casos e na mitigação de seus resultados na saúde dos indivíduos, como os governos, empresas, profissionais de diferentes especialidades.

Porém, as ações e políticas de prevenção da contaminação e da diminuição de danos infelizmente possuem dificuldades em alcançar as comunidades periféricas das cidades. Nessas localidades as condições sanitárias e a alta densidade populacional por metro quadrado geralmente são precárias, provocando uma ligeira contaminação pela COVID-19.

Assim, a população que se encontra em situação de vulnerabilidade social é a maior impactada pelos efeitos da pandemia da COVID-19, devido à falta e/ou insuficiência de recursos, estratégias de prevenção e/ou tratamento da doença em seus cotidianos “seja pela maior dificuldade de manter o isolamento social, o emprego e a renda, seja pelo menor acesso à saúde e ao saneamento básico” (Pires et al., 2020, p.01).

Além disso, a pobreza extrema é uma ferida exposta. Existem milhares de pessoas vivendo em condições precárias, subempregadas, que dependem do movimento, da circulação, para conseguir alguma renda, algo que garanta a sobrevivência (Calmon, 2020; Muniz et al., 2020). A maioria dessas pessoas são subalternizadas, encontrando-se numa condição desvantajosa na disputa do mercado de trabalho. Geralmente, esses sujeitos precisam usufruir das políticas sociais

Diante disso compreendemos que os grupos que vivenciam a maior pobreza estão mais expostas à COVID-19. À exemplo, os dados coletados pelo Departamento de Saúde da cidade de Nova York colocam que os bairros urbanos mais pobres da cidade estão sendo mais afetados, não necessariamente pelo número de casos, mas por um índice maior de gravidade, dada outras fragilidades associadas ao acesso de recursos necessários para tratamentos ou outras comorbidades que já atingem essa população (Pires et al., 2020).

Somado a isso, vivenciamos um momento de crise e emergência, com reflexos sociais, econômicos e na saúde física e mental das pessoas, principalmente as mais vulneráveis. As políticas e ações governamentais voltam-se para às possibilidades de contenção e mitigação dos efeitos biológicos e letais da doença. Em situações de confinamento e isolamento condicionados à pandemia, é relevante a necessidade de promoção de ações voltadas ao comportamento seguro, com destaque para o cumprimento de regras e ao autocuidado. Entretanto, neste momento de enfrentamento à contaminação, constata-se também a proliferação problemas na saúde mental das pessoas (Brooks et

al., 2020).

Logo, durante os surtos de doenças, a ansiedade da comunidade pode aumentar após a primeira morte, o noticiamento de aumento pela mídia e um número crescente de novos casos. Assim, é provável que a quarentena em massa aumente substancialmente a ansiedade, por várias razões (LIMA et al., 2020).

Destarte, compreendemos que a pandemia ocasionou rigorosas mudanças na vida cotidiana da população, independente da faixa etária, trazendo danos para todos, porém maiores para aquelas camadas menos favorecidas economicamente.

Diante disso, consideramos necessário ativar melhores estratégias, serviços e recursos disponíveis na prevenção e resolução dos problemas colocados. Portanto, boas estratégias de igualdade e reconhecimento se fazem necessárias na democratização das possibilidades de dar continuidade à vida em meio a pandemia e após. Assim, através destas medidas de intervenções, a população poderá sofrer menos diante dos problemas, proporcionando desta forma uma melhor promoção de saúde e qualidade de vida.

CONCLUSÃO

Com base na literatura analisada, a pandemia do COVID-19 afetou pessoas nos mais diversos cenários mundiais, sobretudo àquelas que estão em situação desfavorável diante da sociedade. Diante disso, defendemos a necessidade de maiores implantações de estratégias como a adoção de políticas socioeconômicas, expandindo o acesso a melhores condições de educação, moradia, saúde e renda, para assim melhorar a qualidade de vida dessa camada, não apenas durante a pandemia, mas também após o término desta.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

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

REFERÊNCIAS

BEZERRA, Anselmo César Vasconcelos; SILVA, Carlos Eduardo Menezes da; SOARES, Fernando Ramalho Gameleira and SILVA, José Alexandre Menezes da. **Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2020, vol.25, suppl.1, pp.2411-2421. Epub June 05, 2020. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10792020>.

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8).

Calmon, T. V. L. (2020). As condições objetivas para o enfrentamento ao COVID-19: abismo social brasileiro, o racismo, e as perspectivas de desenvolvimento social como determinantes. *NAU Social*, 11(20), 131-136.

LIMA, C. M. A. O. Informações sobre o novo coronavírus (COVID-19). **Radiologia**

Brasileira, v. 53, n. 2, p. V-VI, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010039842020000200001&script=sci_arttext&tlng=pt.

Pires, L.L., Carvalho, L. & Xavier, L.L. (2020). COVID-19 e Desigualdade no Brasil. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/340452851_COVID19_e_Desigualdade_no_Brasil. Acesso em 01 Fevereiro 2021.

Pires, R.R.C. (2020). Os efeitos sobre grupos sociais e territórios vulnerabilizados das medidas de enfrentamento à crise sanitária da COVID-19: propostas para o aperfeiçoamento da ação pública. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. 2020. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes>. Acesso em 01 Fevereiro 2020.

SECRETARIA DA SAÚDE, GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ. Plano estadual de contingência para resposta às emergências em saúde pública Novo Coronavírus (2019-nCoV). 2020.

CAPÍTULO 2

OS DESAFIOS DE EQUIDADE EM SAÚDE NA PANDEMIA DE COVID-19 E AS FUNÇÕES DAS CIÊNCIAS SOCIAIS

Arthemís Vieira Benevides Ferreira¹;

Universidade do Estado do Amazonas (UEA), Manaus, Amazonas.

<http://lattes.cnpq.br/5544938917964884>

Luiz Henrique Abreu Belota².

Universidade do Estado do Amazonas (UEA), Manaus, Amazonas.

<http://lattes.cnpq.br/8921521835767963>

RESUMO: Analisar a proficiência das ciências sociais na compreensão das dificuldades para manter a equidade em saúde no cenário da pandemia de covid-19, tendo em vista as desigualdades sociais e suas consequências para a população no que diz respeito ao acesso à saúde de forma integral e universal. Trata-se de uma revisão bibliográfica do tipo narrativa formulada a partir da coleta de dados de referências teóricas já publicadas em livros, revistas e artigos acadêmicos encontrados em bases de sistemas informatizados como BVS (*Biblioteca Virtual em Saúde*), LILACS (*Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências Sociais e da Saúde*), Scielo (*Scientific Eletronic Library Online*), entre outras fontes de pesquisa à documentação indireta. O tipo de estudo quanto ao objetivo é explicativo e busca subsidiar uma abordagem qualitativa, de natureza básica com procedimento em pesquisa bibliográfica e documental. Apresenta, inicialmente, o processo saúde-doença e o conceito de saúde com seus fatores determinantes, dando enfoque aos determinantes sociais. Em seguida, discorre a respeito de medicina social e urbana, relacionando-a com os marcos referenciais de surtos epidêmicos históricos, com objetivo de compreender as ações tomadas pelo poder público sob essas circunstâncias. Finalmente, são apresentados o papel da equidade e a contribuição das ciências sociais em tempos de pandemia e os desafios no combate da epidemia covid-19 devido às desigualdades sociais no Brasil. O estudo evidenciou as disparidades de acesso ao tratamento entre usuários do sistema de saúde pública e usuários do sistema de saúde privado e os obstáculos no isolamento social para pessoas que vivem em condições de vulnerabilidade como, por exemplo, moradores de favelas.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde. Equidade. Covid-19.

THE HEALTH EQUITY CHALLENGES IN THE COVID-19 PANDEMIC AND THE FUNCTIONS OF SOCIAL SCIENCES

ABSTRACT: To analyze the proficiency of the social sciences in understanding the difficulties to maintain equity in health in the scenario of the pandemic of covid-19, in view of social inequalities and their consequences for the population with regard to access to health in an integral way and universal. Is a bibliographic review of the narrative type formulated from the collection of data from theoretical references already published in books, magazines and academic articles found in computerized systems such as BVS (Virtual Health Library), LILACS (Latin American and Caribbean Literature

in Social and Health Sciences), Scielo (Scientific Electronic Library Online), among other sources of research on indirect documentation. The type of study regarding the objective is explanatory and seeks to support a qualitative approach, of a basic nature with procedure in bibliographic and documentary research. Initially, it presents the health-disease process and the concept of health with its determining factors, focusing on social determinants. Then, it discusses social and urban medicine, relating it to the reference frameworks of historical epidemic outbreaks, in order to understand the actions taken by the government under these circumstances. Finally, the role of equity and the contribution of social sciences in times of pandemic and the challenges in combating the covid-19 epidemic due to social inequalities in Brazil are presented. The study highlighted the disparities in access to treatment between users of the public health system and users of the private health system and the obstacles in social isolation for people living in vulnerable conditions such as people who lives in bad conditions. **KEY-WORDS:** Health. Equity. Covid-19.

INTRODUÇÃO

Com a pandemia do novo coronavírus - Covid-19, a doença causada pelo Sars-Cov-2, que possui um quadro clínico que varia de infecções assintomáticas para quadros respiratórios graves, diversos problemas sociais vieram à tona, evidenciando a desigualdade social, sobretudo os desafios de se manter a equidade em saúde.

A equidade em saúde é pensada para que qualquer pessoa seja oportunizada de forma justa, a fim de atingir completamente o seu potencial de saúde. Assim, tenta-se mitigar as disparidades evitáveis no estado e nos serviços de saúde, bem como entre os grupos com diferentes níveis de privilégio social. (BRAVEMAN, 2006).

A formulação de políticas públicas é fundamental para impactar os determinantes sociais da saúde e assim favorecer o exercício da equidade, proporcionando cidadania plena. Nesse cenário, é importante frisar as funções das ciências sociais diante dos desafios que se apresentam.

Inicialmente, destaca-se que o processo saúde-doença não pode ser dissociado dos aspectos que compõem o bem-estar e, para isso, devem-se alinhar aspectos físico, mental e social. Embora a doutrina filosófica preceitue que o ser humano nunca está satisfeito, é perfeitamente razoável considerar o conjunto de práticas e de elementos que proporcionam a sensação de conforto, segurança e tranquilidade que, por conseqüência lógica, resulta em bem-estar.

Há vários enfoques que buscam analisar as relações entre a saúde das populações e as condições de vida. O modelo de determinantes sociais de saúde de Dahlgren e Whitehead coloca o indivíduo e suas características como centro e dispõe em níveis os fatores como estilo de vida, seguidos das redes de apoio sociais e comunitárias, e, por fim, macrodeterminantes econômicos, culturais e ambientais. Já o Modelo de Diderichsen e Hallqvist enfatiza a estratificação social na qual os indivíduos ocupam uma posição resultante de mecanismos sociais, como o sistema educacional e o mercado de trabalho (VIANNA, 2015).

Sob essa ótica, as condições de bem-estar provocam diferenciais de exposição e suas consequências, como no contexto da pandemia de covid-19, no qual fica evidente a dificuldade encontrada pelo poder público em conter a disseminação do vírus nos agrupamentos urbanos em que predominam trabalhadores de baixa renda e escolaridade. O artigo tem por objetivo concatenar os

Determinantes Sociais de Saúde - DSS e seus reflexos com o atual cenário de saúde pública do país, avaliando os impactos socioeconômicos da recessão e redução da renda e a sua relação direta com o sistema de saúde e seu suporte em tempos de pandemia.

A contaminação é facilitada pela distribuição de renda desigual, pois nem todos apresentam as mesmas condições de acesso a abastecimento de água, tratamento de esgoto e outras condições imprescindíveis à manutenção da higiene. Além da insegurança econômica que estimula trabalhadores informais ou de setores não essenciais e menos estáveis a abnegarem as recomendações de isolamento social para saírem de casa em busca de garantir a subsistência familiar.

Diante disso, propõe-se analisar os desafios da equidade em saúde, na pandemia de covid-19, destacando o papel das ciências sociais na compreensão das dificuldades para a população no que diz respeito ao acesso à saúde de forma integral e universal.

METODOLOGIA

A metodologia desse trabalho se baseia em uma análise acerca do papel das ciências sociais na compreensão das dificuldades em manter a equidade em saúde no cenário da pandemia de covid-19. A pesquisa teve abordagem qualitativa no levantamento de dados, por permitir compreender a complexidade e os detalhes das informações obtidas. A pesquisa qualitativa é uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. Trata-se de um estudo de natureza básica, objetivo explicativo e procedimento em revisão bibliográfica do tipo narrativa com base em referências teóricas já publicadas em livros, revistas e artigos acadêmicos e de pesquisa à documentação indireta. Segundo Lakatos & Marconi (2007), a pesquisa bibliográfica não é uma mera representação do que já foi dito ou escrito sobre determinado assunto, mas sim, proporciona o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem, chegando a novas conclusões.

Serviram como instrumento para coleta de dados as consultas em sistemas informatizados como BVS (*Biblioteca Virtual em Saúde*), LILACS (*Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências Sociais e da Saúde*), Scielo (*Scientific Eletronic Library Online*). Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português e inglês; publicados no período de 2006 a 2021 e livros que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão. Após a leitura criteriosa da literatura relacionada ao tema de estudo e indexada em banco de dados da pesquisa, foram compiladas as informações primordiais e realizada uma coleta de informações.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Conceito de saúde e seus determinantes

A definição de saúde tem sido amplamente discutida nos últimos anos, e, ainda que sem uma clarificação de conceitos, a OMS define através da Constituição da Organização Mundial da Saúde, como saúde um estado completo de bem-estar físico, mental e social. O que torna o conceito amplo e dinâmico, pois não leva em consideração apenas a ausência de uma enfermidade ou doença, como também abrange um conjunto de fatores determinantes da saúde. Esses vários determinantes

influenciam a saúde de diferentes formas e com graus de importância igualmente diferenciados, sendo categorizados em determinantes ambientais, econômicos e sociais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1946).

São exemplos de determinantes ambientais, a poluição da água e do ar, a biodiversidade, o aquecimento global, a qualidade dos transportes, a segurança alimentar, a gestão de resíduos e o ambiente urbano. Já entre os determinantes econômicos estão o desempenho e rendimento econômico do país, situação de emprego, formas de ocupação e habitação. Por fim, são considerados determinantes sociais, a cultura, o estilo de vida, a idade, gênero e etnia, o grau de inclusão social, os comportamentos relacionados com a saúde e as condições de vida e trabalho (CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017).

A comissão homônima da OMS define como Determinantes Sociais de Saúde (DSS) as condições nas quais as pessoas vivem e trabalham. Já a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS), criada no Brasil em março de 2006, define-os como fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam na ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco para a população (BUSS; PELEGRINI FILHO, 2007).

Medicina social e urbana e os surtos de epidemia ao longo da história

O psicólogo e filósofo francês Michael Foucault elaborou argumentos sobre medicina social e seu alcance preventivo e curativo ao problematizar a salubridade urbana e trazer o termo medicalização para dar ênfase à influência da medicina no cotidiano das pessoas. A medicina urbana teria a função de controlar a circulação de indivíduos e das coisas e elementos, essencialmente da água e do ar (FOUCAULT, 1998). Para Herschmann (1994), a medicina é normatizadora da sociedade e, a partir dessa normatização, ocorre a irrupção dos espaços públicos e privados pelas vigilâncias sanitárias. Já sob a perspectiva de Emerson Merhy (1948), a medicina social e a saúde pública entendem o indivíduo como parte do meio de cultura e propagação, portanto, passa a ser objeto da ação de práticas sanitárias de saneamento ambiental, crescimento populacional, aumento do proletariado e consequente surgimento de epidemias urbanas.

A medicina social surgiu na Inglaterra durante a Revolução Industrial com o crescimento populacional, aumento do proletariado e consequente surgimento de epidemias urbanas. Nesse contexto, foi adotado o modelo médico e político de quarentena com regulamento de urgência que previa isolamento das pessoas em suas casas, regime de fiscalização sanitária e a canalização das aglomerações e daquilo que pudesse, no espaço urbano, provocar doenças. Bem como, o controle das circulações de ar e água, a organização das fontes e esgotos, revista dos vivos, a separação dos corpos dos mortos, a emigração dos cemitérios para as periferias e a utilização de caixão individual. As duas últimas medidas estão relacionadas com a herança dos preceitos da teoria miasmática, amplamente difundida nos séculos XVIII e XIX, que defendia como medida profilática o afastamento de tudo que fosse insalubre, nocivo ou desconhecido do núcleo urbano (FOUCAULT, 1998).

O surto de cólera preocupou o mundo em um período no qual não havia sistema de esgoto e as latrinas coletivas contaminavam facilmente a água utilizada para beber e cozinhar. Essa epidemia norteou estudos e ações públicas relativas às condições sociais de moradia, alterando os sistemas de abastecimento de água e saneamento básico. Já em 1893, no Estado de São Paulo, a ação do poder

público permeou o campo legislativo com a criação de decretos de saúde pública como o 1º Código Sanitário do Estado de São Paulo, além da criação dos laboratórios para erradicação das epidemias como o Instituto bacteriológico do Estado, o laboratório de análises clínicas, Instituto Butantã e o Desinfectório Central (MASTROMAURO, 2011).

O entendimento da medicina social inglesa nos ajuda a compreender sobre os mecanismos adotados pelo poder público na tomada de decisões em situações de pandemia, bem como as primeiras dificuldades em se manter a equidade em saúde e a formação dos processos de segregação social. No período da Revolução Industrial, as classes pobres passam a ter sua saúde garantida, no entanto, se submetem aos controles médicos, como os controles vacinais e as declarações de doenças ao Estado, para a proteção da saúde das classes ricas. Somente no segundo terço do século XIX, a coabitação entre ricos e pobres passa a ser vista como um perigo sanitário e a habitação do operário como um risco para a saúde em casos de surtos epidêmicos, sendo separadas das demais como forma de organização epidemiológica e de melhor conter e afastar os “focos de insalubridade” (FOUCAULT, 1998).

Equidade em saúde e seus desafios no combate à covid-19 no Brasil

A equidade precisa estar alinhada aos determinantes sociais da saúde por meio de ações multissetoriais, prevendo as peculiaridades individuais do estado de saúde em cenários diversificados, considerando todos os marcadores sociais e suas posições no passado (GEIB, 2012).

No que tange à previsão legal, há todo um arcabouço jurídico referente à equidade, notadamente no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, que apresenta a seguinte redação: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal igualitário para sua promoção, proteção e recuperação”.

Em suma, o direito à saúde deve ser garantido pelo Estado Brasileiro a todos os cidadãos de forma imparcial, uma vez que objetiva diminuir desigualdades, e é sinônimo de justiça social. Importa enfatizar que os gestores e líderes políticos que atuam diretamente com políticas públicas de saúde devem adotar as medidas necessárias para que não ocorram quaisquer tipos de preconceitos contra nenhum grupo social. Ademais, historicamente os legados de injustiças sociais e econômicas perpetrados em nome da saúde pública têm repercussões duradouras, além de um ônus imensurável à população que, muitas vezes, paga essa conta com a própria vida (CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017).

Em face disso, a justa distribuição de recursos é imprescindível para efetivação da equidade. Frise-se que a análise dos critérios de perfil epidemiológico é um fator determinante na busca pela equidade, isto é, destinação de maiores recursos aos locais onde há pior situação sanitária, considerando ainda o perfil demográfico e o nível de desenvolvimento socioeconômico (MENDONÇA, ROCHA, PINHEIRO, OLIVEIRA, 2020).

Nesse sentido, o cenário pandêmico de covid-19 franqueia a interpretação sobre equidade e sua eficácia prática, quando comparados os tipos de tratamentos dispensados em unidades públicas e privadas, especificamente, fatores como atendimento ao público, acesso aos protocolos de tratamento e disponibilidade de leitos clínicos e unidades de terapia intensiva. Destaca-se que não é a finalidade

desse artigo adentrar no mérito da gratuidade e da competência dos profissionais que atuam nas unidades públicas e particulares, mas sim questionar a patente desigualdade no acesso facilitado e integral à saúde.

Nas unidades públicas que atendem a maior demanda da população, os acessos a tratamentos tendem a ser mais burocratizados. No estado do Amazonas, o governo disponibilizou o aplicativo SASI para esclarecimento de dúvidas da população e como primeiro monitoramento de pacientes com suspeitas de diagnóstico positivo para covid-19. Após o contato pelo aplicativo o paciente deve procurar uma UBS ou UPA mais próxima, nas quais passa por longa triagem até se averiguarem os casos mais graves. Esses casos são encaminhados aos Hospitais para terem acesso ao tratamento e aos leitos de UTI, por vezes em estado de esgotamento ou inexistentes, em algumas cidades.

Enquanto nas unidades privadas, onde os pacientes que não possuem planos chegam a pagar R\$ 100.000,00 (cem mil reais) por 05 (cinco) dias de internação e R\$ 10.000,00 (dez mil) por diária, observa-se que recebem atendimentos mais facilitados, testagem em métodos RT-PCR (*reverse-transcriptase polymerase chain reaction*), sorologia e teste rápido, além do rápido acesso aos protocolos de tratamentos com fármacos e/ou tratamento em ventilação não invasiva e a terapia intensiva com intubação.

As dificuldades do isolamento social para populações em condições de vulnerabilidade

De acordo com Mendonça *et al.* (2020, p. 31), algumas regiões brasileiras são mais afetadas pelas consequências das doenças respiratórias, a exemplo da região Norte, que possui um número menor de leitos de UTI, de médicos e de respiradores, os quais são amplamente necessários no tratamento e no combate das complicações decorrentes de infecções por covid-19. Isso, inegavelmente, demonstra a existência de um sistema de saúde não único e distante do que se espera da universalidade, uma vez que se mostra multifacetado pela desigualdade, principalmente no que tange à distribuição de recursos entre as unidades federativas do Brasil.

Diante disso, outros anseios surgem oriundos da ciência, um estudo publicado na revista *The Lancet Gastroenterology e Hepatology*, relatou a detecção do vírus SARS-CoV-2 em fezes e esgotos, levantando a hipótese de transmissão fecal-oral, que pode ter graves implicações à saúde pública e para estratégias de controle de pandemia, uma vez que o saneamento básico é um grande problema enfrentado pelo Brasil (WU, 2020).

Embora a Organização Mundial de Saúde (OMS), cenário crítico ocasionado pela pandemia de covid-19, tenha declarado em 11 de março de 2020 a pandemia do novo coronavírus após registro de mais de 118 mil casos e indicado a necessidade de medidas como distanciamento e isolamento social, diversas das recomendações para proteção contra a covid-19 são inviabilizadas para aqueles que vivem em regiões periféricas e favelizadas, revelando a desigualdade existente no Brasil. Apenas para ilustrar, basta pensar que um número maior de moradores por domicílio implica em risco aumentado de transmissão, ou seja, há uma exposição maior à carga viral entre os contactantes domiciliares, que muitas vezes coabitam em apenas um cômodo da casa.

CONCLUSÃO

O conhecimento da história social das epidemias permite ao profissional das ciências sociais e de saúde constituírem uma visão holística sobre os processos que os envolvem, bem como salienta que, apesar do avanço científico, ainda se adotam as antigas medidas de biossegurança de emergência, como a quarentena e isolamento social. Assim, a dispersão do coronavírus em áreas mais adensadas torna mais difícil o controle da epidemia, isso porque, geralmente, são áreas em que a população nem sempre tem acesso a condições básicas de sobrevivência e, portanto, onde são maiores as probabilidades de os habitantes apresentarem comorbidades pré-existentes como diabetes, doença pulmonar e cardíaca, hipertensão e outras, que tornam a infecção pelo Sars-Cov-2 mais perigosa.

Para evitar que mais vidas sejam ceifadas, é imperativa a implementação não apenas do isolamento horizontal, mas de políticas transversais de proteção social que garantam acesso a produtos de limpeza, saneamento básico e a segurança alimentar, como por exemplo, o programa “Merenda em Casa” do Governo do Amazonas, criado com intuito de distribuir kits de merenda escolar para mais de 400 mil estudantes da rede pública estadual de ensino na capital e nos 61 municípios do interior do Amazonas. Além da manutenção da renda mínima, como os programas federais “Renda Básica de Emergência” e “Expansão da Bolsa Família” que evitam que os trabalhadores com vínculos frágeis com o mercado de trabalho sucumbam ao covid-19.

Diante desse cenário, evidenciou-se a desigualdade de oportunidades no setor saúde, concernentes aos diferentes grupos sociais e suas possibilidades no contexto pandêmico da Covid-19. A degradação na prestação de serviço público no Brasil refletiu-se nesses inúmeros problemas que vieram à tona, elucidando a diferença entre os setores públicos e privados e a necessidade de alternativas para suprir essa disparidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BUSS, PM. PELEGRINI FILHO, A. **A Saúde e seus Determinantes**. Rio de Janeiro: Physis - Revista de Saúde Coletiva, v. 17, p.78, 2007.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988.
- BRAVEMAN, P. **Health Disparities and Health Equity: Concepts and Measurement**. Annual Review of Public Health, v. 27, n. 1, p. 167–194, 2006.
- CARRAPATO P., CORREIA P., GARCIA B. **Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde**. São Paulo: Revista Saúde e Sociedade – USP, v. 26, n. 3, p. 680, 2017.
- FOUCAULT, Michel. **A microfísica do poder**. 12ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1998.
- GEIB, L. T. C. **Determinantes sociais da saúde do idoso**. Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva, vol. 17, n. 1, p. 123-133, 2012.
- HERSCHMANN, Micael M. PEREIRA, Carlos A. Messeder. **A invenção do Brasil Moderno: medicina, educação e engenharia nos anos 20 – 30**. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.
- MARCONI, Marina de A.; LAKATOS, Eva M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São

Paulo: Atlas, p. 166, 2010.

MASTROMAURO, G. C. Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH. **Surto epidêmico, teoria miasmática e teoria bacteriológica: instrumentos de intervenção nos comportamentos dos habitantes da cidade do século XIX e início do XX**, 2011.

MENDONÇA F.D., ROCHA S.S., PINHEIRO D.L.P., OLIVEIRA S.V. **Região Norte do Brasil e a pandemia de COVID-19: análise socioeconômica e epidemiológica**. J Health NPEPS. 2020; 5(1): 20-37.

MERHY, Emerson Elias. **O capitalismo e a saúde pública**. A emergência das práticas sanitárias no estado de São Paulo. 2ª edição. Campinas: Papirus, 1987.

VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. **Determinantes sociais de saúde: processo saúde doença**. Biblioteca Virtual UNASUS/UNIFESP, 2015; 7(5): 2-10.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)**, Nova York, 22 de julho de 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>> Acesso em: 21 de maio de 2021.

WU, Yongjian et al. **Prolonged presence of Sars-Cov-2 viral RNA in faecal samples**. Revista The Lancet Gastroenterology e Hepatology, março 2020.

OS IMPACTOS DA COVID-19 NA SAÚDE MENTAL

Halana Lirena Naoma Lima de Oliveira¹;

UFPE, Recife, Pernambuco.

<http://lattes.cnpq.br/4206425169238635>

Josimara do Nascimento²;

UFPE, Recife, Pernambuco.

<http://lattes.cnpq.br/7857270136381796>

Jesus Santiago Ramirez Gonzalez³;

Universidad del Valle, Cali, Colômbia.

<https://orcid.org/0000-0001-6089-4737>

Hamona Tainara Tuane Lima de Oliveira⁴.

UFPE, Recife, Pernambuco.

<http://lattes.cnpq.br/2047318002777192>

RESUMO: A COVID-19, doença causada pelo retrovírus SARS-Co-V-2, detectado em humanos desde o final de 2019, tem levado milhões de pessoas à morte ao redor do planeta, e afetado de forma significativa o estado de saúde mental da sociedade em geral. A atual situação acaba por ocasionar sofrimento psicológico e social afetando a capacidade de enfrentamento por parte da sociedade, sendo as sequelas deixadas pela pandemia maiores que o número de mortes. Portanto, o objetivo deste estudo foi reunir dados e informações sobre a maneira como a pandemia de COVID-19 tem afetado a saúde mental da população e quais as intervenções se fazem necessárias ou estão sendo realizadas. Para este trabalho foi realizado um estudo qualitativo, de natureza básica com objetivo descritivo-explicativo. Foi realizada pesquisa bibliográfica sistemática em plataformas de indexação de artigos e periódicos. Durante eventos como epidemias e pandemias, um número esmagador de indivíduos é acometido fisicamente pela enfermidade, as consequências disto podem ser a experiência de reações emocionais intensas, entre elas a ansiedade, o medo e a solidão implicada por internações e afastamentos. No entanto a quantidade de pessoas que têm a saúde mental afetada ou comprometida chega a superar a soma de infectados, pois mesmo aqueles que não contraem o vírus experimentam sofrimento mental por causa do contexto geral, e não apenas isso, como as consequências dos transtornos de saúde mental também podem perdurar por mais tempo do que a pandemia em si.

PALAVRAS-CHAVE: COVID-19. Pandemia. Saúde mental.

IMPACTS OF COVID-19 IN MENTAL HEALTH

ABSTRACT: COVID-19, a disease caused by the SARS-Co-V-2 retrovirus, detected in humans since the end of 2019, has led millions of people to death around the planet, and significantly affected their mental health status. society in general. The current situation ends up causing psychological and social suffering, affecting society's ability to cope, and the consequences left by the pandemic are

greater than the number of deaths. Therefore, the aim of this study was to gather data and information on how the pandemic of COVID-19 has affected the mental health of the population and what interventions are necessary or are being carried out. For this work a qualitative study was carried out, of a basic nature with a descriptive-explanatory objective. Systematic bibliographic research was carried out on indexing platforms for articles and journals. During events such as epidemics and pandemics, an overwhelming number of individuals are physically affected by the disease, the consequences of which can be the experience of intense emotional reactions, including anxiety, fear and loneliness implied by hospitalizations and absences. However, the number of people with affected or compromised mental health exceeds the number of infected, since even those who do not contract the virus experience mental suffering because of the general context, and not only that, but also the consequences of mental health may also last longer than the pandemic itself.

KEY-WORDS: COVID-19. Mental health. Pandemics.

INTRODUÇÃO

Embora seja tema de grande relevância, e atualmente venha conquistando campo de estudo através de inúmeras produções, a saúde mental é cercada por estigmas sociais. Com seu processo de conceituação ainda em andamento, se faz necessário primeiro entender o que é saúde, patologia e enfermidade.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a mera ausência de doença ou enfermidade”. Mesmo sendo uma das definições mais abrangentes, ainda sofre críticas, pois seria impossível alcançar tal estado de plenitude, além de excluir os que não gozam de plena saúde física ou psicológica, mas que ainda podem experienciar um estado de saúde. Deste modo, a patologia seria definida como objeto relacionado a alterações ou disfunção de processos biológicos e/ou psicológicos. Já a enfermidade “refere-se a nossa forma de perceber, pensar expressar e lidar com o processo de adoecimento, sendo anterior a doença” (GAINO, 2018).

Por vezes, a saúde mental é associada exclusivamente ao transtorno mental, todavia, vale ressaltar que o segundo não é sinônimo de ausência da primeira, podendo uma pessoa que apresenta quadro de transtorno mental desfrutar de um estado de bem estar e saúde, assim como pessoas que não apresentam quadro de transtorno podem desenvolver estados de sofrimento mental. Apesar de atrelar-se a história das civilizações humanas, o cuidado em saúde mental é recente, e conseqüentemente o aprofundamento no tema também. Até meados do século XX relacionavam-na apenas a fatores biomédicos, focalizados exclusivamente na patologia, tendo ocorrido uma mudança em grande parte devido às lutas sociais, em especial à luta antimanicomial, que resultou na reforma psiquiátrica, ressignificando o universo da saúde mental no Brasil.

A saúde mental envolve o bem-estar físico, mental, emocional, espiritual, sendo para tais necessárias as condições de acesso a moradia, alimentação, bens e serviços, trabalho, empoderamento social, participação e convívio com a sociedade e comunidade, bem como diversos outros fatores que perpassam as relações humanas. É também influenciada pelos padrões de normalidade de cada sociedade, comunidade, grupo e aspectos culturais, envolvendo um estado de bem-estar consigo mesmo.

A COVID-19, doença causada pelo retrovírus SARS-Co-V-2, detectado em humanos desde o final de 2019, tem levado milhões de pessoas à morte ao redor do planeta, e afetado de forma significativa o estado de saúde mental da sociedade em geral. Experiência inédita por ser vivenciada em plena era da informação, na qual notícias de todas as partes do mundo estão a apenas um clique de distância. O Brasil se encontra entre os países com maiores números de infectados e mortes, em contrapartida, a política de enfrentamento tem se mostrado pouco efetiva e por vezes contraditória, marcada pelo negacionismo científico, com consequentes crises sanitária e econômica.

O afastamento social emparelhado à desassistência governamental soma faticamente aos indivíduos expostos um conjunto de exacerbado de carga de experiências e emoções negativas. Caracterizando-se como uma situação desencadeante de sofrimento psicossocial, fragiliza fortemente diversificadas parcelas populacionais e clarifica consequências avassaladoras para além da morbiletalidade acarretada pelo vírus (FARO, 2020). Diante do exposto, faz-se necessário o desenvolvimento de estudos que impactem na compreensão da influência da pandemia sob a saúde mental humana e que, consequentemente, possam vir a contribuir na montagem de medidas estratégicas efetivas de amparo àqueles em sofrimento mental. Portanto, o objetivo deste estudo foi reunir dados e informações a respeito de como a pandemia da COVID-19 tem afetado a saúde mental da população e quais as intervenções se fazem necessárias ou estão sendo realizadas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, de natureza básica com objetivo descritivo-explicativo. Foi realizada pesquisa bibliográfica sistemática em plataformas de indexação de artigos e periódicos, tais como Scielo, PubMed e Google Scholar, na qual foram utilizados os descritores “COVID-19” e “saúde mental” combinadas e separadas, e suas versões no idioma inglês, “COVID-19” e “mental health”. Foram selecionados artigos publicados entre janeiro de 2020 e março de 2021, e que foram publicados nos idiomas inglês e português. Os critérios de inclusão dos artigos foram a exposição e avaliação de questões de saúde mental diretamente relacionadas à pandemia de COVID-19, abordagem da influência da COVID-19 na saúde mental e intervenções. Dessa forma foram selecionados 29 artigos que após análise e exclusão de dados duplicados, resultaram no total de 23 artigos, sendo 16 em português e 07 em inglês.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Isolamento social e quarentena são práticas centenárias aplicadas no controle da disseminação de doenças infectocontagiosas. Por exemplo, durante muito tempo, doentes com hanseníase, antes conhecida como lepra, eram afastados da comunidade e mantidos isolados na tentativa de frear a propagação da *Mycobacterium leprae* entre humanos. No Brasil, até o século passado, o isolamento compulsório era adotado como uma medida de contenção dessa doença. A quarentena, por sua vez, tem suas origens na Europa, no decorrer das epidemias de peste bubônica, quando os navios que aportavam em Veneza, cidade estratégica nas rotas de comércio marítimos, eram retidos pelo prazo de quarenta dias (*quaranta giorni*), antes do desembarque de passageiros e mercadorias, o que acarretou em bons resultados no controle da propagação da doença e mais tarde veio a se tornar uma medida de saúde pública (RAMOS, 2020).

Apesar disso, uma quarentena global, envolvendo centenas de milhares de pessoas simultaneamente é um evento insólito, e ainda que o isolamento social seja essencial, sua extensão é factualmente proporcional aos riscos de desenvolvimento de transtornos da ordem de saúde mental (AFONSO, 2020)

De acordo com a OMS, até o final de março de 2021, mundialmente, foram notificados cerca de 127 milhões de casos de infecção pelo SARS-CoV-2, com um total de óbitos superior a 2,7 milhões. No Brasil, são mais de 12 milhões de infectados e cerca de mais de 310 mil mortes. Volta-se a atenção no momento, portanto, aos esforços de contenção da transmissibilidade, tratamento de infectados e, mais recentemente, para a ampliação do acesso às vacinas pela população. Por outro lado, diversas condições de saúde têm sido negligenciadas devido a esse redirecionamento, consultas e procedimentos eletivos, cirurgias, transplantes e até tratamentos de câncer foram reduzidos, adiados ou mesmo cancelados por causa da pandemia. Outro aspecto pormenorizado tem sido o cuidado mental da população e dos profissionais de saúde, originando-se então, uma crise secundária permeada por transtornos mentais submersos em medos, incertezas e dor. Sabe-se que indivíduos convivendo com distúrbios mentais são mais susceptíveis a infecções no geral, e com o novo coronavírus não se faz diferente, entre as explicações podem ser citados o comprometimento cognitivo, pouca consciência do risco e um menor esforço com relação à proteção pessoal (YAO, 2020).

Determinados grupos de indivíduos são demasiado susceptíveis aos efeitos psicossociais da pandemia, citam-se os que contraem a doença, os portadores de debilitações físicas e psíquicas pré-existent, bem como pacientes historicamente relacionados com o abuso de substâncias ilícitas. Devido à exposição a condições fatigantes atreladas ao cenário pandêmico e atividade laboral desempenhada, os trabalhadores da saúde, de forma consoante, claramente somam-se ao grupo. Avaliando o isolamento social como um fator estressante, podem ser citados depressão, frustração, insônia, irritabilidade, medo e raiva como consequências emocionais negativas. Outros fatores relacionados ao isolamento como suprimentos inadequados ou insuficientes, acesso dificultado a serviços de saúde e medicamentos e também perdas financeiras funcionaram como comprometedores da saúde mental. Além destes, mensagens divergentes de autoridades sanitárias e governantes e o acompanhamento excessivo da cobertura midiática da pandemia também se mostraram fatores extenuantes (PFEFFERBAUM, 2020).

Almeida e colaboradores (2021) avaliaram por meio de um estudo transversal aplicado na população brasileira, dentre outras questões, as mudanças na condição socioeconômica e de estado de saúde e ânimo durante a pandemia de COVID-19. Com as medidas de restrição social, inegavelmente valorosas quanto à interrupção da circulação do vírus, muitos comércios faliram e o número de trabalhadores informais e autônomos aumentou, gerando uma heterogeneidade de alterações no rendimento familiar que afetou principalmente os menos favorecidos.

Além disso, nas atuais relações de trabalho, o desemprego figura como uma condição que faz romper um elo entre o indivíduo e a sociedade, uma quebra de laços sociais e afetivos, e gera uma insegurança socioeconômica, deixando aqueles que se encontram nessa situação à margem da sociedade e da economia, muitas vezes enfrentando sensação de fracasso, desalento, rejeição de ser um estorvo, inconveniente e inútil no meio em que convive (SOUZA, 2020).

Quanto aos indivíduos que readequaram suas atividades laborais de forma remota, o trabalho passou a ser intercalado com as atividades domésticas, sendo as horas de trabalho geralmente aumentadas e, conseqüentemente, o tempo para descanso reduzido e insuficiente para reabilitação físico-mental (LOSEKANN, 2020). Abrangendo as questões de gênero implicadas à essa transformação do trabalho, Bridi e colaboradores (2020) evidenciaram fatores assimétricos entre os grupos de homens e mulheres e as suas queixas quanto o home office. Às mulheres, soma-se com maior expressividade as dificuldades atreladas a falta de concentração e grande número de interrupções sofridas durante o turno do trabalho, principalmente entre as que possuem filhos. Tal observação é corroborada pela construção sociocultural do papel feminino na sociedade, inserindo-as em maiores condições de vulnerabilidade. No panorama das condições de saúde, em concordância com demais estudos internacionais, foi observado que o distanciamento social acarretou em transtornos psíquicos relevantes, principalmente atrelados ao sentimento de solidão e ansiedade, onde cerca de 40,2% dos participantes sentiu-se triste ou deprimido, e 52,5%, ansioso ou nervoso frequentemente.

Há ainda um grupo mais propenso ainda ao adoecimento mental: os profissionais e os trabalhadores da saúde, que atuantes de forma direta ou indireta no enfrentamento da pandemia, expõem-se diariamente ao alto risco de adoecimento pelo SARS-CoV-2, principalmente os que assumem a linha de frente no cuidado dos pacientes. Diante de longas jornadas de trabalho, privação do sono, tensão emocional ao lidar constantemente com a morte, tomadas difíceis de decisão decorrentes do recebimento de inúmeros casos graves diários, déficits estruturais e disponibilidade inadequada em número e qualidade de equipamentos de proteção individuais e coletivas, vivenciam situações de extremo estresse. Em decorrência, são frequentes os relatos de sintomas de ansiedade, depressão, perda da qualidade de sono, sintomas psicossomáticos, abuso de drogas e medo entre esses indivíduos (TEIXEIRA, 2020).

Por isso, entre as estratégias para o enfrentamento da crise de saúde mental apresentada incluem-se: desenvolvimento de planos de apoio psicológico, manutenção de serviços de atendimento online (consultas, acompanhamento de pacientes e psicoterapia) para a redução de sintomas psicológicos, realização de ações de orientações sobre a forma de se adaptar às mudanças impostas pela crise pandêmica, informativos sobre a doença, modos de prevenção e esclarecimentos sobre atendimentos em saúde mental disponíveis para a população. Especificamente para os profissionais de saúde é recomendada a adoção de treinamentos para gestão de estresse e ansiedade, acompanhamento preventivo e contínuo do estresse e ansiedade, política de encorajamento para busca de ajuda psicológica diante da dificuldade, como também orienta manejo de emoções perante situações adversas (FARO, 2020; PEREIRA, 2020).

CONCLUSÃO

Durante como epidemias e pandemias, um número esmagador de indivíduos é acometido fisicamente pela enfermidade, as conseqüências disto podem ser a experiência de reações emocionais intensas, entre elas a ansiedade, o medo e a solidão implicada por internações e afastamentos. No entanto a quantidade de pessoas que têm a saúde mental afetada ou comprometida chega a superar a soma de infectados, pois mesmo aqueles que não contraem o vírus experimentam sofrimento mental por causa do contexto geral, e não apenas isso, como as conseqüências dos transtornos de saúde

mental também podem perdurar por mais tempo do que a pandemia em si.

Os transtornos mais observados na população geral foram a ansiedade, angústia, distúrbios do sono, depressão, distúrbios emocionais, estresse, exaustão psíquica, medo e problemas de sono. Para os profissionais de saúde ainda se adicionam a exaustão física, a ambivalência (ao receber apoio e empatia por parte da população e ser rechaçada por outra) e o *burnout*, caracterizado pelo estado de esgotamento físico e mental relacionados às condições de trabalho.

Nesse contexto se percebe a pungente necessidade da atenção e intervenção para promoção de saúde mental em estados de crise, do acompanhamento contínuo de pacientes já diagnosticados com transtornos de ordem mental, do monitoramento da saúde mental daqueles em face de maior risco, como os profissionais de saúde e os doentes e também do planejamento de ações mais abrangente para a população em geral. Por fim, serão de grande valia estudos que visem acompanhar as consequências e impactos tardios da crise de saúde mental gerada pela COVID-19, visto que estes podem se estender para além do fim da pandemia e até implicar em modificações permanentes no estado de saúde mental individual e coletiva.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

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

REFERÊNCIAS

AFONSO, Pedro. O Impacto da Pandemia COVID-19 na Saúde Mental. **Acta Médica Portuguesa**, v. 33, n. 5, p. 356, 2020.

ALMEIDA, Wanessa da Silva de; SZWARCOWALD, Célia Landmann; MALTA, Deborah Carvalho; *et al.* Mudanças nas condições socioeconômicas e de saúde dos brasileiros durante a pandemia de COVID-19. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. e200105, 2020.

BARONI, Daiana Paula Milani; ANDRADE, Mário César Rezende. Um olhar amplo sobre a saúde mental pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 2, p. e00354920, 2021.

BRIDI, Maria Aparecida; BOHLER Fernanda R.; ZANONI, Alexandre P. Relatório técnico da pesquisa: **Trabalho remoto/home office no contexto da pandemia COVID-19**. Curitiba: GETS/UFPR; REMIR, 2020.

DAL'BOSCO, Eduardo Bassani; FLORIANO, Lara Simone Messias; SKUPIEN, Suellen Vienscoski; *et al.* Mental health of nursing in coping with COVID-19 at a regional university hospital. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. suppl 2, p. e20200434, 2020.

DANTAS, Eder Samuel Oliveira. Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por Covid-19. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, n. suppl 1, p. e200203, 2021.

DUARTE, Michael de Quadros; SANTO, Manuela Almeida da Silva; LIMA, Carolina Palmeiro; *et al.* COVID-19 e os impactos na saúde mental: uma amostra do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3401–3411, 2020.

- FARO, André; BAHIANO, Milena de Andrade; NAKANO, Tatiana de Cassia; *et al.* COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 37, p. e200074, 2020.
- GAINO, Loraine et al. O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, [S. l.], v. 14, n. 2, p. 108-116, 2018.
- GAO, Junling; ZHENG, Pinpin; JIA, Yingnan; *et al.* Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. **PLOS ONE**, v. 15, n. 4, p. e0231924, 2020.
- HUMEREZ, Dorisdaia et al. Saúde mental dos profissionais de enfermagem do brasil no contexto da pandemia covid-19: ação do conselho federal de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 25, 2020
- LIMA, Rossano Cabral. Distanciamento e isolamento sociais pela Covid-19 no Brasil: impactos na saúde mental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 2, p. e300214, 2020.
- LIU, Shuai; YANG, Lulu; ZHANG, Chenxi; *et al.* Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. **The Lancet Psychiatry**, v. 7, n. 4, p. e17–e18, 2020.
- LOSEKANN, Raquel; MOURÃO, Helena. Desafios do teletrabalho na pandemia covid-19: quando o home vira office. **Caderno de Administração**, v. 28, p. 71–75, 2020.
- MINERVINO, Alfredo José; OLIVEIRA, Marina Barbosa de; CUNHA, Kaio Aranda Lima da; *et al.* Desafios em saúde mental durante a pandemia: relato de experiência. **Revista Bioética**, v. 28, n. 4, p. 647–654, 2020.
- ORNELL, Felipe et al. “Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. **Braz. J. Psychiatry**, São Paulo , v. 42, n. 3, p. 232-235, June 2020a.
- ORNELL, Felipe; HALPERN, Silvia Chwartzmann; KESSLER, Felix Henrique Paim; *et al.* The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. e00063520, 2020b.
- PEREIRA, Mara Dantas; OLIVEIRA, Leonita Chagas de; COSTA, Cleberson Franklin Tavares; *et al.* A pandemia de COVID-19, o isolamento social, consequências na saúde mental e estratégias de enfrentamento: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, p. e652974548, 2020.
- PFEFFERBAUM, Betty; NORTH, Carol S. Mental Health and the Covid-19 Pandemic. **New England Journal of Medicine**, v. 383, n. 6, p. 510–512, 2020.
- SAIDEL, Maria Giovana Borges; LIMA, Maria Helena De Melo; CAMPOS, Claudinei José Gomes; *et al.* Intervenções em saúde mental para profissionais de saúde frente a pandemia de Coronavírus [Mental health interventions for health professionals in the context of the Coronavirus pandemic] [Intervenciones de salud mental para profesionales de la salud ante la pandemia de Coronavírus]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 28, p. e49923, 2020.
- SCHMIDT, Beatriz et al. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas , v. 37, e200063, 2020 .

SILVA, Hengrid Graciely Nascimento; SANTOS, Luís Eduardo Soares dos; DE OLIVEIRA, Ana Karla Sousa. Efeitos da pandemia do novo Coronavírus na saúde mental de indivíduos e coletividades /Effects of the new Coronavirus pandemic on the mental health of individuals and communities. **Journal of Nursing and Health**, v. 10, n. 4, 2020.

SOUZA, Ricardo Tadeu de. **A produção do sofrimento**: um olhar discursivo sobre trabalho e desemprego no neoliberalismo. 2019. 122 f. Dissertação. (Mestrado em Ciências da Linguagem) - Universidade do Vale do Sapucaí, Pouso Alegre, 2019

TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza; SOARES, Catharina Matos; SOUZA, Ednir Assis; *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3465–3474, 2020.

YAO, Hao; CHEN, Jian-Hua; XU, Yi-Feng. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. **The Lancet Psychiatry**, v. 7, n. 4, p. e21, 2020.

CAPÍTULO 4

POTENCIAL USO DA SALIVA COMO RECURSO CONFIÁVEL PARA DIAGNÓSTICO E MONITORAMENTO DA INFECÇÃO POR SARS-CoV-2

Suellem Maria Arrais de Oliveira¹;

Universidade Federal do Piauí (UFPI), Teresina, Piauí.

<http://lattes.cnpq.br/8248004184208126>

ORCID: 0000-0003-4922-215X

Danilo Resende dos Santos²;

Universidade Federal do Piauí (UFPI), Teresina, Piauí.

<http://lattes.cnpq.br/6034856320432583>

ORCID: 0000-0002-0491-0760

Éric Ribeiro Silva³;

Universidade Federal do Piauí (UFPI), Teresina, Piauí.

<http://lattes.cnpq.br/9547665200171050>

ORCID: 0000-0003-0615-9664

Leydianne Leite de Siqueira Patriota⁴;

Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, Pernambuco.

<http://lattes.cnpq.br/4378076001644297>

Thiago Henrique Napoleão⁵;

Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, Pernambuco.

<http://lattes.cnpq.br/0869167120016962>

ORCID: 0000-0002-0065-2602

Lidiane Pereira de Albuquerque⁶.

Universidade Federal do Piauí (UFPI), Teresina, Piauí.

<http://lattes.cnpq.br/3684368424973704>

ORCID: 0000-0001-5844-4243

RESUMO: Este trabalho retrata, através de uma revisão de literatura, informações atualizadas sobre o uso de saliva como amostra para detecção do vírus SARS-CoV-2. A busca foi realizada nas bases de dados PubMed, Scielo, Science Direct e Scopus voltada para artigos científicos de âmbito internacional publicados em 2020 e 2021. Os descritores utilizados para as buscas de periódicos foram “viral infections”, “diagnostic”, COVID-19 e saliva. A saliva pode ser usada para detecção direta do SARS-CoV-2, quantificação de imunoglobulinas específicas para esse patógeno e para a avaliação da resposta imune inata do paciente. Adicionalmente, um conhecimento mais detalhado das potenciais alterações no proteoma salivar nesta doença pode permitir a identificação de novos biomarcadores. Realizando uma coleta de amostra adequada e empregando métodos de processamento e de uso de ensaios adequados, a saliva pode fornecer informações clínicas relevantes sobre a COVID-19 e pode ser incluída nas diretrizes voltadas para coleta de amostras para diagnóstico, gerenciamento e controle da COVID-19.

PALAVRAS-CHAVE: Saliva. Coronavírus. COVID-19.

POTENTIAL USE OF SALIVA AS A RELIABLE RESOURCE FOR DIAGNOSIS AND MONITORING OF SARS-CoV-2 INFECTION

ABSTRACT: This work portrays, through a literature review, updated information on the use of saliva as a sample for the detection of the SARS-CoV-2 virus. The search were carried out in the PubMed, Scielo, Science Direct, and Scopus databases aimed at scientific articles in an international scope published in 2020 and 2021. The descriptors used for the search for journals were viral infections, diagnosis, COVID-19 and saliva. Saliva can be used for the direct detection of SARS-CoV-2, the quantification of specific immunoglobulins produced against this pathogen, and for the assessment of the patient's innate immune response. In addition, a more detailed knowledge of the potential changes in the salivary proteome in this disease may allow the identification of new diagnostic biomarkers. By conducting an appropriate sample collection and employing appropriate processing and testing methods, saliva can provide relevant clinical information about COVID-19, and can be included in the guidelines for sample collection for diagnosis, management and control of COVID- 19.

KEY-WORDS: Saliva. Coronavirus. COVID-19.

INTRODUÇÃO

O coronavírus 2 da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2) é o responsável pela doença do coronavírus 2019 (COVID-19). Ele foi identificado em Wuhan, China, no final de 2019. Em seguida, espalhou-se em todo o mundo, tornando-se uma pandemia global (GABUTTI et al., 2020). Em 23 de março de 2021, o número de casos no mundo era 122.536.880 milhões e 2.703.780 milhões de mortes (OMS, 2021) e, nesta mesma data, o Brasil se consolida como o epicentro global da COVID-19, com 12.130.019 de casos confirmados e 298.676 mortes (BRASIL, 2021).

O contato próximo entre pessoas e sem proteção das vias respiratórias pode ser a principal forma de transmissão, uma vez que a propagação do SARS-CoV-2 é principalmente dependente de gotículas formadas pela fala, tosse e espirro (XU et al., 2020), sendo as gotículas salivares uma das principais fontes de transmissão (AZZI et al., 2020; DAVE, et al 2021). Isso causa preocupação para profissionais como os dentistas que estão em maior exposição e risco de contágio (GÜÇLÜ et al., 2020; SRINIVASAN et al., 2021). A contaminação acontece principalmente por pessoas assintomáticas ou indivíduos na fase inicial da doença, que transmitem o vírus sem saber que estão doentes (LI et al., 2020; SRINIVASAN et al., 2021).

A detecção precoce, rápida e acurada do SARS-CoV-2, associada a uma prevenção efetiva da transmissão, são fatores essenciais para o controle da COVID-19 (TO et al., 2020; SANTOSH et al., 2020). Os testes atualmente disponíveis são tecnicamente complexos, caros e com muitos relatos de casos de falso-negativos (FERNANDES et al., 2020). O diagnóstico principal da doença é o teste de Reação em Cadeia da Polimerase em Tempo Real (RT-PCR), que se destina a uma detecção qualitativa do RNA do SARS-CoV-2 em amostras dos tratos respiratórios superior e inferior (como swabs nasofaríngeo ou orofaríngeo, escarro, aspirados traqueais e lavado broncoalveolar) coletados de indivíduos com suspeita de infecção (DAVE et al., 2021).

Os swabs naso ou orofaríngeos têm sido amplamente utilizados. Apesar de serem sensíveis e específicos, apresentam algumas limitações, dentre as quais a resistência dos pacientes à coleta, que é considerada desconfortável e dolorosa (FERNANDES et al., 2020; AZZI et al., 2020; TO et al., 2019), causando até sangramento em alguns pacientes (SAPKOTA et al., 2020). Adicionalmente, para a coleta há necessidade de intervenção profissional com consequente aumento do risco de contaminação de profissionais de saúde, que pode ocorrer devido ao contato próximo ao paciente no momento da coleta (FERNANDES et al., 2020; AZZI et al., 2020; TO et al., 2019).

A emergência da pandemia da COVID-19 tem aumentado a necessidade e a busca por estratégias diagnósticas que identifiquem o vírus eficientemente e permitam detectar e isolar pessoas infectadas, sintomáticas ou não (SAPKOTA et al., 2020; SRINIVASAN et al., 2021). Algumas soluções de diagnóstico têm sido investigadas, tais como a coleta de amostras de sangue, fezes, urina e saliva (CHEN et al., 2020; LO et al., 2020).

A saliva representa um excelente modelo de diagnóstico de diversas infecções virais, tais como as causadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (FERNANDES et al., 2020), Zika vírus (KHURSHID et al., 2020), vírus Ebola (NIEDRIG et al., 2018), vírus da dengue (SANTOSH et al., 2020), Papilomavírus Humano (HPV) (CORSTJENS et al., 2016) e SARS-CoV (WANG et al., 2004). Como a cavidade orofaríngea tem grande quantidade de RNA de SARS-CoV-2, a saliva também pode ser considerada um excelente fluido para monitorar a COVID-19 (TO et al., 2020; AITA et al., 2020). As células do epitélio oral e da glândula salivar têm sido descritas como reservatórios de SARS-CoV-2 (AITA et al., 2020; SRINIVASAN et al., 2021) o fato da saliva ser uma fonte rica em células viáveis do epitélio oral (JANARDHANAM; ZUNT; SRINIVASAN, et al., 2012) contribui assim para a alta sensibilidade da detecção do SARS-CoV-2 (SRINIVASAN et al., 2021). A saliva também pode ser usada para a quantificação de anticorpos e outros biomarcadores de imunidade como citocinas e Proteína C Reativa, que ajudam a avaliar a severidade e a resposta imune na doença (CERON et al., 2020).

Resultados de RT-PCR da saliva têm se mostrado semelhantes com os do swab nasofaríngeo tanto quali quanto quantitativamente (AITA et al., 2020), apresentando sensibilidade e especificidade de detecção suficientes para ser uma alternativa útil de diagnóstico tanto nas fases iniciais e assintomáticas quanto nos sintomas de moderado a severo da COVID-19 (KOJIMA et al., 2020; SRINIVASAN et al., 2021).

O uso da saliva como amostra de diagnóstico apresenta como vantagens: menor custo com materiais (GÜÇLÜ et al., 2020), por vezes precisando apenas de um recipiente estéril (SAPKOTA et al., 2020), manipulação mais simples (SANTOSH et al., 2020), coleta não hospitalar e menor tempo de espera (resultados mais rápidos) (TO et al., 2020). Ao mesmo tempo, não precisa de profissionais de saúde, minimizando a exposição e o contágio. Ainda, a coleta menos invasiva e facilmente aceitável (sem dor ou estresse) faz da saliva uma amostra excelente para coleta em domicílio e para investigações epidemiológicas (AZZI et al., 2020; CERON et al., 2020; SRINIVASAN et al., 2021).

É importante destacar algumas recomendações que devem ser seguidas sobre o uso da saliva para diagnóstico da COVID-19: padronizar o método da coleta e utilizar condições apropriadas para transporte e preservação da amostra, para o processamento e para os ensaios apropriados (validados e com boa sensibilidade) (CERON et al., 2020; FERNANDES et al., 2020). Adicionalmente, o método

de coleta deve minimizar a produção de gotículas e aerossóis (AITA et al., 2020). Instruções claras devem ser fornecidas ao paciente, ressaltando que a saliva também é fonte potencial de transmissão requerendo proteção padronizada para sua coleta e entrega (SAPKOTA et al., 2020).

Diante destas considerações, este trabalho teve como objetivo relatar, através de uma revisão narrativa de literatura, uma compreensão abrangente sobre a aplicabilidade da saliva na detecção e monitoramento do SARS-CoV-2.

MÉTODOS

As pesquisas foram feitas nas bases de dados PubMed, Scielo, Science Direct, e Scopus voltadas para publicações científicas, nos idiomas inglês, utilizando como termos de busca “viral infections”, “diagnostic”, COVID-19 e saliva. Foram selecionados artigos publicados em 2020 e 2021.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Métodos de Diagnóstico para a COVID-19

Há três métodos para o diagnóstico do SARS-CoV-2, os quais levam como base os seguintes fatores: a) regiões do gene viral; b) anticorpos produzidos pelo organismo a partir da infecção pelo vírus; e c) a identificação de antígenos.

Diagnóstico a partir da detecção do gene viral

Este método preconiza a detecção de partes do gene viral a partir da transcrição reversa do RNA viral em DNA complementar, para então a ampliação do DNA por reação em cadeia da polimerase com transcrição reversa em tempo real (rRT-PCR). É o procedimento mais amplamente utilizado, considerado o padrão-ouro para técnica diagnóstica do SARS-CoV-2, graças à natureza do seu método em detectar diretamente partes do genoma viral, e não biomarcadores secundários. Também por esse motivo pode detectar casos positivos em menor tempo de infecção. Este teste revela se há infecção ou não no momento da realização da coleta. Sendo assim, não é possível identificar se o indivíduo já foi exposto ao vírus ou não. A quantidade de RNA viral presente na amostra é diretamente proporcional à sensibilidade do teste, portanto há necessidade da amostra ser escolhida com precisão. Os tipos de amostra são: os swabs naso e orofaríngeo, e saliva auto-coletada (TORRETTA et al. 2020; YÜCE, FILIZTEKIN, ÖZKAYA, 2021).

Diagnóstico pela presença de anticorpos

Após um organismo ser infectado por um corpo estranho, seu sistema imunológico desenvolve uma resposta, com a produção de anticorpos, como uma forma de defesa ao organismo. Portanto, este método consiste na investigação pelo sangue do paciente se há ou não a presença de anticorpos para o SARS-CoV-2. Como é necessário um certo tempo após a infecção do organismo para o desenvolvimento e produção de anticorpos, este método só resultará em resultados positivos após 14 dias de infecção. No entanto, esta técnica é de especial relevância para detecção de casos já curados, pois ao estar com a infecção em estágio de transmissão, o anticorpo encontrado é o IgM. Após a cura, o anticorpo encontrado é o IgG, um anticorpo de longa duração, que acusa que o paciente já esteve

em contato com o vírus, mas que já formou resposta imunológica a ele (THEEL et al. 2020).

Diagnóstico a partir da detecção de antígenos

Um antígeno é uma estrutura reconhecida pelo organismo como um corpo estranho. Logo, este irá desencadear uma resposta imunológica, com a produção de anticorpos. Sendo assim, este teste permite detectar um caso positivo com um prazo menor que o teste por detecção de anticorpos, uma vez que os antígenos estão presentes antes dos anticorpos. Assim como nos testes PCR, o exame de detecção de antígenos não permite a identificação de casos já infectados e curados, somente de casos de infecção no momento do teste. É um teste de rápida execução, com o resultado disponível em até 30 minutos (MAK et al. 2020; YÜCE, FILIZTEKIN, ÖZKAYA, 2021).

COVID-19 e saliva

Saliva: considerações gerais

A saliva é uma combinação de fluidos composta de aproximadamente 99% de água, possuindo uma variedade de proteínas (enzimas, imunoglobulinas, traços de albumina, glicoproteínas da mucosa, alguns polipeptídios e oligopeptídios importantes para saúde bucal), eletrólitos, glicose e produtos nitrogenados, como amônia e ureia. A interação desses diversos componentes é responsável pelas funções atribuídas à saliva (FERRARIS; MUNÖZ, 2006; FALCÃO et al., 2013).

Este biofluido é secretado pelas glândulas salivares maiores e menores, com a sua qualidade e quantidade dependente de vários fatores, dentre os quais o tipo da glândula salivar. As glândulas salivares maiores são agrupadas em três tipos: a parótida, que fica localizada na lateral da cavidade oral; a submandibular, localizada na região inferior do triângulo submandibular; e a sublingual, presente na região sublingual da cavidade oral. As glândulas salivares menores, presentes na mucosa oral e na língua, possuem também suas próprias especificidades, secretando saliva tanto serosa quanto mucosa dependendo de suas localizações, mas em sua maioria mucosa (CHOJNOWSKA et al., 2018).

Além da secreção pelas glândulas salivares, a saliva também é composta pelo fluido crevicular gengival. Ele é proveniente dos vasos sanguíneos no tecido conjuntivo do periodonto e alcança a cavidade oral através do sulco gengival. Esse fluido é um exsudato seroso que carrega células do sistema imune, anticorpos e outros componentes que são necessários para a prevenção de alguma invasão (TAYLOR; PRESHAW, 2015).

Com a junção de todos esses componentes, a saliva torna-se um ambiente propício para uma resposta imune contra invasores, através das imunoglobulinas e de proteínas da imunidade inata (entre elas lactoferrina, lisozima, mucina, histatinas, estaterina); ela contém também alguns sinalizadores de doenças (interleucina, anticorpos e antígenos) que podem indicar uma possível infecção e ser detectada de forma precoce (CHOJNOWSKA et al., 2018; BAGHIZADEH FINI, 2020). Tal detecção já é possível para diagnóstico de várias doenças, inclusive virais. O uso da saliva para esse propósito tem como consequência uma melhor aceitação do paciente, pois o teste pode ser realizado em domicílio e a coleta pode ser feita várias vezes ao dia, facilitando a análise de monitoramento. Além disso, a saliva não coagula e é estável em temperatura ambiente por até uma semana. Alguns testes por saliva já são utilizados e comercializados, como por exemplo, para a detecção do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e de alguns subtipos do Papilomavírus Humano (HPV) com foco nos associados

ao câncer (HPV-16 e HPV-18); outros ainda estão em fase de estudo ou esperando a aprovação de entidades reguladoras, como o ensaio para a hepatite C, que determina a presença de anticorpos, mas ainda seria necessário um teste para a confirmação da infecção ativa. Esse é um obstáculo para alguns testes de diagnóstico que confirmam a presença de anticorpos de uma determinada doença, já que o anticorpo não distingue uma infecção passada ou atual, visto que esses sinalizadores podem estar presentes devido a uma imunização anterior. Para outras doenças, a informação da existência do anticorpo na saliva não é tão efetiva, como o vírus da raiva, que primeiro se propaga pelo sistema nervoso central de um ser humano, para depois os anticorpos estarem presentes na saliva; e tipicamente, nesse momento, a infecção já está mais avançada, o que faz com que esse tipo de diagnóstico possua um menor valor prático (CORSTJENS et al., 2016; CHOJNOWSKA et al., 2018).

Nessa perspectiva, estudos sugerem a identificação do SARS-CoV-2 na saliva, o que indica a possibilidade do diagnóstico através desse fluido.

Saliva como ferramenta para diagnóstico da COVID-19

A pandemia da COVID-19 destacou a necessidade de múltiplas estratégias para diagnosticar com eficiência os possíveis casos, a fim de fornecer informações sobre a exposição e a imunidade da população. Dentre essas ferramentas incluem o teste molecular para detecção do vírus e os ensaios rápidos para avaliar a resposta imune do hospedeiro, já comentadas anteriormente na seção 3.1. Os testes disponíveis para a COVID-19 são tecnicamente complexos e caros, e alguns apresentam uma alta proporção de resultados falso-negativos em amostras do trato respiratório superior (SAPKOTA et al., 2020; TO et al., 2020).

A rRT-PCR da amostra nasofaríngea realiza a detecção qualitativa da infecção por SARS-CoV-2 (WANG et al., 2020). No entanto, o swab nasofaríngeo requer um contato próximo entre os profissionais de saúde e os pacientes, o que representa um risco de transmissão do vírus para técnicos, enfermeiros e médicos. Além disso, a coleta pode estar associada a vários graus de desconforto para o paciente. Essas características relacionadas ao swab nasofaríngeo levaram os médicos a testarem o rRT-PCR em outras amostras biológicas, como urina, fezes, escarro e secreções orofaríngeas (CHEN et al., 2020).

Estudos têm apontado que o escarro representa uma fonte confiável para o diagnóstico de infecção por SARS-CoV-2, sendo inclusive a sua coleta menos invasiva do que a do swab nasofaríngeo e podendo ser realizada pelo próprio paciente. No entanto, não é isento de desvantagens, pois deve ser fornecido antes da escovação dentária e do café da manhã, uma vez que as secreções broncopulmonares se movem por atividade ciliar para a região orofaríngea posterior, enquanto os pacientes estão em posição supina durante o sono. Além disso, nem todos os pacientes podem fornecer expectoração com secreções respiratórias facilmente (WÖLFEL et al., 2020).

A saliva há muito é reconhecida como uma matriz biológica promissora para a detecção precoce de doenças humanas virais, tais como as causadas pelo HIV, vírus da rubéola e Zika. As vantagens na amostragem de saliva geraram grande interesse no campo da saúde pública e, devido às melhorias tecnológicas, vários biomarcadores salivares foram revelados e correlacionados com várias doenças. As combinações do proteoma salivar, transcriptoma, metaboloma e microbioma revelaram a saliva como um veículo de diagnóstico poderoso (BAUM et al., 2011; WONG, 2012).

Além da economia de custos e da natureza não invasiva, o uso da saliva serve como uma excelente alternativa no diagnóstico de infecções por vírus respiratórios, particularmente para exames extensivos em nível populacional. Como não é necessário para a coleta a presença do profissional de saúde, isso reduz o risco de transmissão hospitalar entre eles e os pacientes. Adicionalmente, o uso de amostras salivares elimina o tempo de espera; portanto, os resultados estariam disponíveis em menos tempo, o que é essencial durante uma pandemia (KHURSHID; ASIRI; AL WADAANI, 2020).

A saliva contém vírus passíveis de transmissão. Os vírus respiratórios são considerados transmissíveis de pessoa a pessoa por contato direto ou indireto, ou por gotículas e aerossóis. A saliva pode ser emitida pela tosse e gotículas respiratórias contendo o vírus podem ser encontradas mesmo durante a respiração normal. Portanto, o SARS-CoV-2 pode ser transmitido via saliva direta ou indiretamente, mesmo entre pacientes sem tosse ou outros sintomas respiratórios (TO et al., 2020).

A presença de SARS-CoV-2 na saliva dos pacientes sugere a possibilidade de infecção da glândula salivar. No entanto, deve-se observar que as amostras de saliva não apenas contêm saliva secretada pelas glândulas salivares maiores ou menores, mas também contêm secreções saindo do pulmão pela ação dos cílios que recobrem as vias aéreas (TO et al., 2020).

Em um estudo realizado em agosto de 2020, Wyllie e colaboradores (2020) demonstraram que a saliva é tão sensível para o diagnóstico de COVID-19 quanto os swabs naso e orofaríngeo. Eles analisaram uma população de 70 pacientes internados e com teste positivo para o SARS-CoV-2 (por swab nasofaríngeo) e compararam dois métodos diferentes de detecção do vírus: amostras de saliva coletadas pelo paciente e um segundo esfregaço nasofaríngeo colhido por profissionais de saúde no mesmo momento. Os resultados demonstraram que 1–5 dias após o diagnóstico inicial de COVID-19, mais de 80% das amostras de saliva foram positivas em comparação com 71% das amostras nasofaríngeas. Os autores concluíram que as amostras de saliva e as de esfregaço nasofaríngeo têm sensibilidade semelhante na detecção do SARS-CoV-2 durante o curso da hospitalização. O SARS-CoV-2 pode, inclusive, ser detectado na saliva vários dias após a infecção.

As possíveis trajetórias para que o SARS-CoV-2 esteja presente na saliva são: dos tratos respiratórios superior e inferior, ele alcança a cavidade oral através de gotículas; no sangue, o SARS-CoV-2 pode alcançar a cavidade oral pelo fluido crevicular gengival; e pela infecção de glândulas salivares, entrando na cavidade oral pelos ductos salivares. Pela análise da saliva de casos da COVID-19, percebeu-se a expressão da enzima conversora de angiotensina 2 (ECA2) pelas células epiteliais da cavidade oral, fator este que possui um papel crítico para a entrada do vírus nas células. Glândulas salivares menores indicaram uma expressão desta enzima maior que no pulmão, o que indicaria essas glândulas como possível alvo, visto que antes mesmo do aparecimento de lesões no pulmão, encontra-se o RNA do SARS-CoV-2 (BAGHIZADEH FINI, 2020; HERRERA et al., 2021). Portanto, a saliva vem se mostrando como uma vantajosa alternativa para o diagnóstico da COVID-19.

Outro campo em que a saliva pode ter um grande potencial para COVID-19 é no rastreamento da imunidade. Existem evidências de que anticorpos específicos (tais como IgA, IgG e IgM) contra doenças infecciosas podem ser detectados na saliva. Pode-se esperar, então, que a saliva tenha valor no diagnóstico e no monitoramento desta doença. No caso particular de IgG, os seus perfis no plasma e na saliva são bastante semelhantes para um grande número de antígenos. Supõe-se que tanto a

IgG quanto a IgM salivares derivam do sangue, enquanto a IgA é produzida principalmente pelas glândulas salivares (BASSO et al., 2020). A presença de IgM e IgG no soro contra componentes do SARS-CoV-2, tais como o domínio de ligação ao receptor de proteína Spike, foi descrita em pacientes com COVID-19 dez dias ou mais tarde após o início dos sintomas (CERON et al., 2020). Em outras espécies animais, há evidências de que a saliva pode avaliar as respostas dos anticorpos às infecções por coronavírus. Por exemplo, IgG e IgA na saliva podem monitorar os níveis de imunidade contra a doença do vírus da diarreia epidêmica suína, causada pelo coronavírus PEDv, ao longo do tempo (RANDAD et al., 2020).

A saliva pode representar uma amostra facilmente gerenciável e útil para o diagnóstico e monitoramento de COVID-19. O uso da saliva como um teste auxiliar pode aprimorar as abordagens de avaliação médica convencionais para COVID-19 (TO et al., 2020). No entanto, o uso da saliva como ferramenta para diagnosticar COVID-19 apresenta limitações. A saliva, produzida ao tossir, e a saliva coletada da orofaringe posterior podem conter secreções respiratórias e da nasofaringe posterior. Portanto, uma coleta de amostra mais padronizada deve ser realizada em análises futuras. A coleta, o transporte, o processamento e a análise de amostras também podem afetar os resultados dos testes e devem ser relatados detalhadamente (FERNANDES et al., 2020).

CONCLUSÕES

Para conter a pandemia de COVID-19, é fundamental adotar métodos que possam ser utilizados por uma ampla gama de profissionais de saúde para identificar o SARS-CoV-2. A saliva pode ter potenciais aplicações no contexto da COVID-19 pela detecção direta do vírus, quantificação das imunoglobulinas específicas produzidas contra ele e para a avaliação da resposta imune inata do paciente. Além de ser um fluido biológico sensível e apropriado, a saliva representa uma alternativa aos swabs naso e orofaríngeos para a triagem de infecções assintomáticas ou pré-sintomáticas por SARS-CoV-2. Com o desenvolvimento de métodos apropriados de coleta, do processamento de amostras e do uso de ensaios adequados, a saliva pode fornecer informações clínicas úteis sobre a doença e pode ser incluída nas diretrizes para coleta de amostras para o diagnóstico, gerenciamento e controle da COVID-19.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Os autores declaram ausência de conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

- AITA, A. et al. SARS-CoV-2 identification and IgA antibodies in saliva: One sample two tests approach for diagnosis. **Clin Chim Acta**, v. 510, p. 717-722, 2020.
- AZZI, L. et al. Saliva is a reliable tool to detect SARS-CoV-2. **J Infect**, v. 81, p. 45–50, 2020.
- BAGHIZADEH, M. F. Oral saliva and COVID-19. **Oral Oncol**, p. 104821-104821, 2020.
- BASSO, D. et al. SARS-CoV-2 RNA identification in nasopharyngeal swabs: issues in pre-analytics. **Clin Chem Lab Med**, v. 58, n. 9, p. 1579-1586, 2020.

- BAUM, B. J. et al. Scientific frontiers: emerging technologies for salivar diagnostics. **Adv Dent Res**, v. 23, n. 4, p. 360–368, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. COVID-19 Painel Coronavírus. 2021. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. (Acesso em 23 de março de 2021).
- CERON, J. J. et al. Use of Saliva for Diagnosis and Monitoring the SARSCoV-2: A General Perspective, **J Clin Med**, v. 9, n. 5, 2020.
- CHEN, Y. et al. The presence of SARS-CoV-2 RNA in feces of COVID-19 patients. **J Med Virol**, v. 92, p. 833–840, 2020.
- CHOJNOWSKA, S. et al. Human saliva as a diagnostic material. **Adv Med Sci**, v. 63, p. 185-191, 2018.
- CORSTJENS, P. L.; ABRAMS, W. R.; MALAMUD, D. Saliva and viral infections. **Periodontol** **2000**, v. 70, n. 1, p. 93-110, 2016.
- DAVE, P. K. et al. Survey of Saliva Components and Virus Sensors for Prevention of COVID-19 and Infectious Diseases. **Biosensors**, v. 11, 14, 2021.
- FALCAO, D. P. et al. Sialometria: aspectos de interesse clínico. **Rev Bras Reumatol**, São Paulo, v. 53, n. 6, p. 525-531, 2013. FERRARIS, M. E. G;
- FERNANDES, L. L. et al. Saliva in the Diagnosis of COVID-19: A Review and New Research Directions. **J Dent Res**, v. 99, n. 13, p. 1435-1443, 2020.
- FERRARIS, M. E. G.; MUNÕZ, A. C. Histologia e embriologia bucodental. 2. ed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2006.
- GABUTTI, G. et al. Coronavirus: Update Related to the Current Outbreak of COVID-19. **Infect Dis Ther**, v. 9, n. 2, p. 1-13, 2020.
- GÜÇLÜ, E. et al. Comparison of saliva and oro-nasopharyngeal swab sample in the molecular diagnosis of COVID-19. **Rev Ass Med Bras**, v. 66, n. 8, p. 1116-1121, 2020.
- HERRERA, L. A. et al. Saliva is a reliable and accessible source for the detection of SARS-CoV-2. **Int J Infect Dis**, v. 105, p. 83-90, 2021.
- JANARDHANAM, S. B.; ZUNT, S. L.; SRINIVASAN, M. Quality assessment of saliva bank samples. **Biopreserv Biobank**, v. 10, p. 282–287, 2012.
- KHURSHID, Z.; ASIRI, F. Y. I.; AL WADAANI, H. Human Saliva: Non-Invasive Fluid for Detecting Novel Coronavirus (2019-nCoV). **Int J Environ Res Public Health**, v.17, n. 7, p. 2225, 2020.
- KOJIMA, N. et al. Self-Collected Oral Fluid and Nasal Swab Specimens Demonstrate Comparable Sensitivity to Clinician-Collected Nasopharyngeal Swab Specimens for the Detection of SARS-CoV-2. *Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America*, **medRxiv**, 2020.
- LI, R. et al. Substantial undocumented infection facilitates the rapid dissemination of novel coronavirus

- (SARS- CoV-2). **Science**, v. 368, n. 6490, p. 489–493, 2020.
- LO, I. L et al. Evaluation of SARS-CoV-2 RNA shedding in clinical specimens and clinical characteristics of 10 patients with COVID-19 in Macau. **J Biol Sci**, v. 16, n. 10, p. 1698–1707, 2020.
- MAK, G. C. K. et al. Evaluation of rapid antigen test for detection of SARS-CoV-2 virus. **J Clin Virol**, v. 129, 104500, 2020.
- NIEDRIG, M. et al. Find the right sample: a study on the versatility of saliva and urine samples for the diagnosis of emerging viruses. **BMC Infect Dis**, v. 18, 707, 2018.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. OMS; 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---23-march-2021>. (Acesso em 23 de março de 2021).
- RANDAD, P. R. et al. COVID-19 serology at population scale: SARS-CoV-2-specific antibody responses in saliva. **medRxiv**, 2020 doi: 10.1101/2020.05.24.20112300. Preprint
- SANTOSH, T. S. et al. A Review of Salivary Diagnostics and Its Potential Implication in Detection of Covid-19. **Cureus**, v. 12, n. 4, e7708, 2020.
- SAPKOTA, D. et al. COVID-19 salivary signature: diagnostic and research opportunities. **J Clin Pathol**, p. 1–6, 2020.
- SRINIVASAN, M. et al. COVID-19 and Saliva: A Primer for Dental Health Care Professionals. **Int Dent J**, v. 71, p. 5–8, 2021.
- TAYLOR, John J.; PRESRAW, Philip M. Gingival crevicular fluid and saliva. **Periodontol 2000**, v. 70, n. 1, p. 7-10, 2016.
- THEEL, E. S. et al. The Role of Antibody Testing for SARS-CoV-2: Is There One? **J Clin Microbiol**, v. 58, e00797-20, 2020.
- TO, K. K. et al. Consistent detection of 2019 novel coronavirus in saliva. **Clin Infect Dis**, v. 71, n. 15, p. 841-3, 2020.
- TORRETTA, S. et al. Diagnosis of SARS-CoV-2 by RT-PCR Using Different Sample Sources: Review of the Literature. **Ear Nose Throat J**, 2020.
- WANG, W. K. et al. Detection of SARS-associated coronavirus in throat wash and saliva in early diagnosis. **Emerg Infect Dis**, v. 10, n. 7, p. 1213–1219, 2004.
- WANG, Y. et al. Combination of RT-qPCR testing and clinical features for diagnosis of COVID-19 facilitates management of SARS-CoV-2 out- break. **J Med Virol**, v. 92, n. 6, p. 538-539, 2020.
- WYLLIE, A. L. et al. Saliva or Nasopharyngeal Swab Specimens for Detection of SARS-CoV-2. **N Engl J Med**, v. 383, p.1283-1286, 2020.
- WÖLFEL, R. et al. Virological assessment of hospitalized patients with COVID-19. **Nature**, v. 581, n. 7809, p. 465-469, 2020.
- WONG, D. T. Salivaomics. **J Am Dent Assoc**, v. 143, n. 10, p.19–24, 2012.

XU, R. et al. Saliva: potential diagnostic value and transmission of 2019-nCoV. **Int J Oral Sci**, v. 12, 11, 2020.

YÜCE, M.; FILIZTEKIN, E.; ÖZKAYA, K. G. COVID-19 diagnosis — A review of current methods. **Biosens Bioelectron**. v. 172, 112752, 2021.

O OLHO COMO ROTA DE TRANSMISSÃO DA COVID-19

Thais Gomes Silva¹;

Centro Universitário Christus (Unichristus), Fortaleza, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/5135791857537213>

Jailma de Araújo Freire²;

Centro Universitário Christus (Unichristus), Fortaleza, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/4190655470613252>

Marianna Cals Vasconcelos De Francesco³;

Centro Universitário Christus (Unichristus), Fortaleza, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/0365389430296134>

Matheus Correia Lacerda⁴;

Centro Universitário Christus (Unichristus), Fortaleza, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/5106505457509772>

Natasha Stephanie Magalhães Rodrigues⁵;

Centro Universitário Christus (Unichristus), Fortaleza, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/7199397490776518>

Renato Brito Oliveira Martins⁶;

Centro Universitário Christus (Unichristus), Fortaleza, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/0467606353765873>

Juliana de Lucena Martins Ferreira⁷.

Centro Universitário Christus (Unichristus), Fortaleza, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/0093165868780492>

RESUMO: A pandemia causada pelo Sars-CoV-2 trouxe diversos impactos, tanto no cotidiano médico como no cotidiano social. A oftalmologia é uma especialidade crucial para identificação dos casos suspeitos e para evitar o risco de exposição, sendo fundamental a adoção de medidas de controle à transmissão do vírus. Nessa perspectiva, o presente estudo tem como objetivo principal realizar uma revisão integrativa da literatura atual, a fim de sumarizar as interações entre a Covid-19 e as manifestações oculares, as modificações estruturais de precauções clínicas, os impactos na saúde ocular e as interferências da pandemia no cotidiano dos oftalmologistas. Para realização desta revisão integrativa, foi utilizada a estratégia PICO (acrônimo para Paciente, Intervenção, Comparação e “Outcomes”) que guiou o grupo para formulação de uma pergunta base para que a revisão integrativa pudesse ser realizada. Foram analisados 15 artigos selecionados na base de dados PubMed, todos artigos analisados foram publicados no ano de 2020. A seleção dos artigos seguiu critérios que foram decididos de maneira interna pelos autores do presente estudo, dentre eles ano de publicação, correlação com o tema abordado e classificação como “best match”. As conclusões partilhadas neste capítulo denotam a premência de adotar práticas de segurança para prevenir a infecção e disseminação do vírus e assumir um comportamento de cautela extra em oftalmologia.

PALAVRAS-CHAVE: Covid-19. Prevenção. Oftalmologia.

THE EYE AS COVID-19 TRANSMISSION ROUTE

ABSTRACT: The pandemic caused by Sars-CoV-2 brought several impacts, both in medical and social life. Ophthalmology is a crucial specialty for the identification of suspected cases and to avoid the risk of exposure, and the adoption of control measures for the transmission of the virus is essential. In this perspective, the present study has as main objective to carry out an integrative review of the current literature, in order to summarize the interactions between Covid-19 and ocular manifestations, the structural modifications of clinical precautions, the impacts on ocular health and the interferences of the pandemic in the daily lives of ophthalmologists. To carry out this integrative review, the PICO strategy (acronym for Patient, Intervention, Comparison and “Outcomes”) was used, which guided the group to formulate a basic question so that the integrative review could be carried out. Fifteen articles selected in the PubMed database were analyzed, all articles analyzed were published in the year 2020. The selection of articles followed criteria that were decided internally by the authors of the present study, among them year of publication, correlation with the topic addressed and classification as “best match”. The conclusions shared in this chapter denote the urgency of adopting safety practices to prevent infection and spread of the virus and to take extra cautious behavior in ophthalmology.

KEY-WORDS: Covid-19. Prevention. Ophthalmology.

INTRODUÇÃO

Na cidade de Wuhan, na China, em dezembro de 2019, vários casos de uma pneumonia desconhecida haviam sido relatados. De acordo com Bacherini *et al.* (2020), um dos primeiros a reconhecer a ocorrência de uma nova doença, agora conhecida como Covid-19, foi o oftalmologista Dr. Li Wenliang, que morreu, em 7 de fevereiro de 2020, dramaticamente, após ser infectado pelo Sars-CoV-2.

Siedlecki *et al.* (2020) afirma em seu estudo que médicos oftalmologistas estão entre as especialidades médicas com grande risco de infecção pelo Sars-CoV-2, uma vez que há uma proximidade considerável durante a realização do exame oftalmológico, associado ao fato de haver um provável acometimento da conjuntiva durante o decorrer da enfermidade. Ademais, segundo o estudo de Siedlecki *et al.* (2020), a transmissão da doença se dá por contato direto com secreções contaminadas ou pelo ar, por exemplo, gotículas de saliva, contato com objetos ou superfícies contaminadas, espirro, tosse, catarro e proximidade com pessoas doentes. Atualmente, as principais maneiras efetivas de proteção contra a doença tem sido por intermédio das medidas de prevenção da transmissão do vírus. Portanto, com o intuito de controlar o avanço da doença, diversas recomendações para proteção dos profissionais de saúde e dos pacientes foram fornecidas e estão sendo adotadas nos ambientes de trabalho dos médicos oftalmologistas.

Entre as orientações fornecidas pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia, publicadas no ano de 2020, estão incluídas o uso de óculos protetor ou “face shield”, máscaras de uso individual, protetor de lâmpada de fenda, protocolos de limpezas de consultórios, paramentação adequada conforme necessidade e higienização das mãos e de instrumentos de trabalho. Apesar de existirem

controvérsias, tendo em vista a condição recente e a limitação de informações acerca dessa enfermidade, é consensual a necessidade de mudanças no cotidiano das pessoas.

Seguindo o estudo de Carneiro *et al.* está bastante evidenciada a correlação entre sintomas respiratórios, digestivos e de outros sítios e a Covid-19. Ainda segundo o autor, no que tange à sintomatologia ocular, houve relatos sugerindo o envolvimento ocular, como apresentação de congestão conjuntival e hiperemia.

Dadas as diversas informações ainda em desenvolvimento sobre essa enfermidade, o presente estudo tem como objetivo realizar uma revisão integrativa da literatura atual, a fim de sumarizar as interações entre a Covid-19 e as manifestações oculares, modificações estruturais de precauções clínicas, impactos na saúde ocular e interferências da pandemia no cotidiano dos médicos oftalmologistas.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa, que tem por objetivo reunir, avaliar e sintetizar pesquisas a respeito de um tema específico. Desse modo, as etapas de pesquisas se compreenderam como: definição do tema a ser abordado, pergunta guia para o tema em questão, pesquisa em base de dados e, por fim, avaliação dos estudos inicialmente encontrados.

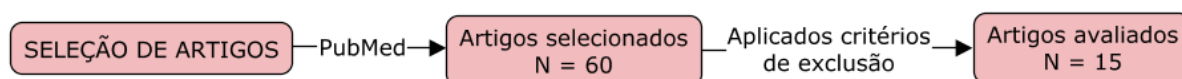
Para criação da pergunta guia para busca dos artigos, foi utilizada a estratégia PICO (acrônimo para *pacient, intervention, comparison, outcomes*). Dessa maneira, a pergunta que guiou nossa pesquisa foi: “Qual a correlação entre Covid-19 com a oftalmologia e suas implicações?”.

Para a elaboração deste estudo e para atingir seus objetivos, utilizou-se coleta de dados realizada a partir de uma busca na base de dados PubMed, serviço americano que fornece livre acesso à base de dados MEDLINE, utilizando os seguintes descritores: Covid; Prevenção; Oftalmologia. A coleta foi realizada no período compreendido entre os dias 06 de dezembro de 2020 e 11 de dezembro de 2020.

Os critérios de inclusão estipulados para este artigo foram: estudos publicados em quaisquer língua, independente de desenho metodológico, publicados e indexados na referida base de dados nos últimos 5 anos, classificados como “best match” e possuindo correlação direta entre a oftalmologia e a Covid-19. Foram retirados da análise cartas, editoriais, erratas e artigos de reflexão, optou-se por retirar artigos que não estivessem disponíveis em sua integralidade e gratuitamente.

Inicialmente, foram selecionados na base de dados 60 artigos, de modo que, após a aplicação dos critérios de exclusão, somente 15 artigos estavam de acordo com os critérios de inclusão e foram analisados pelos avaliadores. Foram retirados editoriais, cartas e artigos que não estavam disponíveis em sua integralidade e gratuitamente (figura 01). Todos artigos analisados neste estudo foram publicados no ano de 2020.

Figura 01 - Fluxograma de seleção



Fonte: Autoria Própria.

RESULTADOS

A manifestação ocular mais frequentemente encontrada nos pacientes acometidos com a Covid-19 foi a conjuntivite, de maneira que 5 artigos (33%) evidenciaram este dado. Dos estudos analisados, 6 (40%) apontaram para o uso de Equipamentos Protetores Individuais (EPIs) como uma maneira de diminuir a transmissão do Sars-CoV-2 e sua infecção, e, além disso, também foi elencado o uso de Medidas Gerais e Coletivas para diminuir essa transmissão, como uso de instrumentos descartáveis nas clínicas de oftalmologia.

Um estudo afirmou que não foi evidenciado se existe ou não transmissão via conjuntiva, apesar de haver relatos sobre esse tipo de transmissão.

Dos estudos analisados, 3 (20%) apresentaram a necessidade de aprofundamento dos estudos para que fosse possível estabelecer conclusões mais robustas a respeito da correlação entre oftalmologia e a Covid-19.

Tabela 01. Distribuição dos dados primários incluídos na revisão integrativa segundo título, autor principal, objetivo principal, resultados e conclusão.

	TÍTULO DO ARTIGO	AUTOR	OBJETIVO PRINCIPAL	RESULTADOS	CONCLUSÃO
01	COVID-19 and the eye	LAWRENSON, John G <i>et al</i>	Resumir informações conhecidas da doença que interfira nos olhos e discutir as implicações da atual pandemia para os profissionais da Oftalmologia.	Conjuntivite é uma complicação que pode acontecer em 4% dos pacientes. Transmissão via conjuntiva ainda não foi comprovada.	Isso levou a uma compreensão mais ampla dos riscos para os pacientes e profissionais dos procedimentos de cuidados com a visão e como esses riscos podem ser minimizados.
02	COVID-19 and the eye: how much do we really know? A best evidence review	OLIVARES-DE-EMPARAN, Juan Pablo <i>et al</i>	Identificar e classificar informações disponíveis sobre o Covid-19 e tratamento oftalmológico de acordo com nível de evidência.	15 estudos mostraram acometimento ocular pelo Sars-Cov-2, entretanto as evidências geradas ainda são limitadas, embora seja compreensível dada as atuais circunstâncias.	Aplicação dessas medidas devem ser implementadas com cautela, levando em consideração o contexto de cada país.
03	C O V I D - 1 9 : Limiting the Risks for Eye Care Professionals	S A D H U , Soumen <i>et al</i>	Discutir as evidências atuais sobre a detecção de Sars-CoV-2 em lacerações humanas e as formas de transmissão relatadas até o momento.	O risco de transmissão via fluidos oculares é baixo. Estratégias e recomendações para oftalmologistas para redução da infecção, como uso de solução alcoólica a 70% ou hipoclorito de sódio 0.1% para antissepsia constante das mãos.	Recomendações da OMS e CDC são importantes. Oftalmologistas devem reunir recursos e trabalhar de forma colaborativa e focada.

04	Sars - Co V - 2 , COVID-19 et œil : le point sur les données publiées	ROUSSEAU, A. <i>et al</i>	Discutir os dados sobre a transmissão ocular e as precauções a serem implementadas a fim de limitar a transmissão na prática oftalmológica	A transmissão via conjuntival não foi comprovada, porém existem relatos de que possa ter acontecido, sendo apresentado um estudo em o envolvimento conjuntival estava presente em 9 pacientes (0,8%).	Medidas de proteção individual e coletiva são importantes para prevenção da transmissão.
05	Recommendations for eye care during the alarm state by the coronavirus disease pandemic COVID-19	GEGÚNDEZ-FERNÁNDEZ, J A <i>et al</i>	Minimizar a exposição ao Sars-CoV-2, reduzir as chances de transmissão cruzada entre pacientes e profissionais de saúde e evitar o desenvolvimento de complicações pós-operatórias.	As medidas devem ser adaptadas às circunstâncias e à disponibilidade de equipamento de proteção individual em cada um dos centros e Comunidades Autónomas, como a desinfecção com peróxido de hidrogênio a 3% para lentes de contato.	A atenção aos riscos potenciais à saúde da população causados pelo coronavírus deve prevalecer sobre a possível progressão das doenças oculares comuns
06	The ocular surface, coronaviruses and COVID-19	WILLCOX, Mark Dp <i>et al</i>	Saber sobre a capacidade dos coronavírus de adesão e permanência na superfície ocular	O estudo realizou 287 análises e a evidência sugere que é improvável que os coronavírus se liguem às células da superfície ocular para iniciar a infecção.	As precauções necessárias para prevenir a transmissão de pessoa para pessoa devem ser adotadas na prática clínica durante a pandemia, e os pacientes devem ser lembrados de manter boas práticas de higiene
07	Facing COVID-19 in Ophthalmology Department	ROMANO, Mario R <i>et al</i>	Fornecer diretrizes úteis, direcionadas a profissionais de oftalmologia, para minimizar a infecção por Covid-19.	O uso de EPI e a higiene pessoal podem conter a disseminação viral. A triagem para ambulatório de oftalmologia é obrigatória.	A prática da oftalmologia deve ser reorganizada para o enfrentamento de Covid-19.

08	Can the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Affect the Eyes? A Review of Coronaviruses and Ocular Implications in Humans and Animals	SEAH, Ivan <i>et. al</i>	Revisar as evidências atuais que sugerem uma possível infecção do tecido ocular por coronavírus em humanos.	Relatos apontam para infecção por Sars-CoV-2 em tecido ocular. Ainda não se tem muitas informações, sendo importante realizar estudos em outros animais também.	Muitas são as manifestações oculares que podem acontecer em decorrência da Covid-19. Oftalmologistas e outros profissionais de saúde devem continuar ao lado da cautela e continuar a prevenir a possível transmissão de CoVs através do tecido ocular.
09	Ocular Findings in COVID-19 Patients: A Review of Direct Manifestations and Indirect Effects on the Eye	BERTOLI, Federica <i>et al.</i>	Resumir as implicações oftalmológicas da infecção por Sars-CoV-2 para servir como uma referência para cuidados com os olhos	COVID-19 tem sido associado a conjuntivite leve, sendo relatado com uma variação entre 0,8% e 31,6%. Alterações retinianas sutis, como lesões hiper-reflexivas nas camadas internas na tomografia de coerência óptica (OCT) foram relatadas	A maioria dos pacientes que requerem ventilação mecânica podem apresentar distúrbios da superfície ocular. É importante exercer o máximo esforço para reduzir a taxa de contágio e tratar os pacientes.
10	COVID-19: Ophthalmological Aspects of the SARS-CoV 2 Global Pandemic	SIEDLECKI, Jakob <i>et. al</i>	Realizar uma análise sistemática de artigos sobre as implicações oftalmológicas da pandemia global COVID-19.	Recomendações práticas podem ser extraídas de declarações oficiais da American Academy of Ophthalmology e do Royal College of Ophthalmologists.	O atendimento oftalmológico deve sofrer modificações substanciais durante a pandemia devido à possível infecção ocular que se manifesta como ceratoconjuntivite.
11	The COVID-19 Pandemic from an Ophthalmologist's Perspective	BACHERINI, Daniela <i>et al</i>	Revisar como a síndrome respiratória aguda grave do coronavírus 2 (Sars-CoV-2) afeta o olho e discutir as implicações para os oftalmologistas.	Estudos recentes sugerem que a conjuntiva pode representar uma possível via de transmissão. Diante disso, maiores cuidados durante a consulta foram tomados, como uso de máscara cirúrgica, proteção ocular e constante higiene das mãos.	É necessário que mais estudos como este sejam realizados. Lágrimas e conteúdo conjuntival infectado podem causar grande impacto. Oftalmologistas precisam se proteger e proteger seus pacientes.

12	Characteristics of Ocular Findings of Patients With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Hubei Province, China	WU, Ping <i>et. al</i>	Investigar as manifestações oculares e a prevalência viral na conjuntiva de pacientes com COVID-19.	12 dos 38 pacientes tiveram manifestações oculares que acometeram a conjuntiva. Em geral, pacientes com acometimento ocular, tinham mais provas inflamatórias.	Um terço dos pacientes infectados tinham alterações oculares, que frequentemente ocorriam em casos mais graves. Embora haja uma baixa prevalência de Sars-CoV-2 em lágrimas, é possível transmitir através dos olhos.
13	Post-COVID-19 and the Portuguese national eye care system challenge	CARNEIRO, Vera Lúcia Alves <i>et. al</i>	<i>Não foi especificado pelos autores.</i>	Potencial e capacidade de resposta quando mobilizado e dotado de recursos e organização adequados	Este período exige uma reforma do pensamento e o desligamento de práticas obsoletas e ineficazes.
14	COVID-19: Preliminary Clinical Guidelines for Ophthalmology Practices	GHAREBAGHI, Reza <i>et. al</i>	Discutir medidas, com foco específico nas precauções padrão, para prevenir a disseminação adicional de Covid-19 em Clínicas de Olhos.	Proposição de procedimentos para a triagem de casos suspeitos de Covid-19, considerando as condições de emergência.	Seguir as recomendações expostas no presente trabalho.
15	Sustainable practice of ophthalmology during COVID-19: challenges and solutions	LIM, Louis W <i>et. al</i>	Descrever o impacto do Covid-19 na prática oftalmológica e compartilhar estratégias e diretrizes para manter uma prática sustentável.	Estabelecimento de medidas mais rigorosas para controle da infecção, com uso de EPIs.	Medidas durante a pandemia auxiliem para manter segura as clínicas e as consultas oftalmológicas quando surgirem outros surtos.

Fonte: Autoria Própria.

DISCUSSÃO

Segundo Seah *et al* (2020) e Lawrenson *et al* (2020), para se ligar nas células do hospedeiro, o vírus Sars-CoV-2 usa os receptores da enzima conversora de angiotensina-2 (ACE2) presente nelas, sendo preparado para fazê-lo pela serina protease TMPRSS2. Nos artigos estudados para esta revisão, a questão da presença desses receptores na superfície ocular é controversa. Ainda de acordo com Lawrenson *et al* (2020), a conjuntiva humana normal possui receptores ACE2, mas não a protease inicial, portanto, não deveria ser teoricamente possível para o vírus Sars-CoV-2 se ligar à superfície ocular e, portanto, iniciar a infecção. Já Emparan *et al* (2020) e Siedlecki *et al* (2020) afirmam que a falha da inoculação no coronavírus através da superfície ocular se dá pela baixa presença da proteína ACE2 na conjuntiva em comparação com o pulmão. Bertoli *et al* (2020) cita um estudo que mostrou, por meio de análise imuno-histoquímica, que existe uma presença distinta do receptor ACE-2 na conjuntiva, limbo e córnea e que amostras conjuntivais também expressam TMPRSS2.

Outra hipótese aventada pelos artigos foi de que as células do epitélio conjuntival sirvam, na verdade, apenas como porta de entrada para o vírus e local de replicação antes da contaminação secundária das vias aéreas superiores pelas vias lacrimais. (ROUSSEAU, 2020). Em vista das evidências recentes fornecidas sobre a contagiosidade de lágrimas infectadas, e o tropismo do vírus pela mucosa conjuntival, esta hipótese deve ser levada muito a sério. Emparan *et al* (2020) e Bertoli *et al* (2020) propõem que a presença do vírus nas lágrimas poderia ser explicada por fômites transmitidos à conjuntiva por meio de gotas espirradas ou pelo contato direto com uma mão contaminada. Lawrenson *et al* (2020) acrescenta que os vírus que chegam à superfície ocular sejam lavados com as lágrimas ao longo dos ductos nasolacrimais para a nasofaringe e daí para os tratos respiratório e gastrointestinal, onde as proteases de priming ligadas à membrana são abundantes, facilitando a adesão.

Seah *et al* (2020), Mario *et al* (2020) e Bertoli *et al* (2020) sugerem que possivelmente o vírus infecte a conjuntiva por meio de receptores ainda não identificados, mas que tenha uma replicação conjuntival baixa. A replicação sustentada na conjuntiva é sugerida por um relato de caso de um paciente com positividade persistente do swab conjuntival, apesar dos testes nasofaríngeos permanecerem negativos. (BERTOLI, 2020)

De forma geral, os achados propõem que seja improvável que o próprio olho seja uma rota de transmissão, embora isso não mude o nível de cuidado exigido nas situações clínicas no momento, dado o potencial de transmissão do vírus por meio de gotículas e contato direto da boca e nariz, como afirma Bacherini *et al* (2020).

Sobre a higiene do local e dos aparelhos, Sadhu *et al* (2020) recomendam o uso de solução alcoólica a 70% ou hipoclorito de sódio 0.1% para antissepsia constante das mãos. Deve ser evitado o uso de aparelhos e procedimentos geradores de aerossóis, como a tonometria de sopro, sendo preferível o uso de tonômetros de aplanção com cabeças descartáveis. Além disso, é encorajado o uso de filmes descartáveis de radiografias como barreira mecânica de proteção de lâmpadas de fenda. Gharebaghi *et al* (2020) postula que as clínicas devem procurar meios acessíveis, efetivos e de baixo custo para a limpeza constante de superfícies e equipamentos.

Os EPIs figuram-se como ponto chave na tentativa de evitar a propagação da doença. Preferencialmente, o uso de máscaras N95, ou com capacidade de filtração ainda maior, deve ser encorajado, principalmente para aqueles profissionais que examinam de perto o paciente, associando-se à proteção ocular e utilização de luvas por tempo integral, descartando todos esses materiais logo após o contato (GHAREBAGHI, 2020).

Frente a tais achados e hipóteses, e a incipiência dos conhecimentos sobre o assunto, é importante adotar práticas de segurança para prevenir a infecção e disseminação do vírus e assumir um comportamento de cautela extra em oftalmologia, pois, como ressalta Mario *et al* (2020), Lawrenson *et al* (2020), a prestação de cuidados com a visão envolve a proximidade física entre médicos e pacientes e é por isso que oftalmologistas, optometristas, ortoptistas e outros profissionais de saúde ocular podem ser considerados em risco especial de contrair infecção pelo vírus Sars-CoV-2.

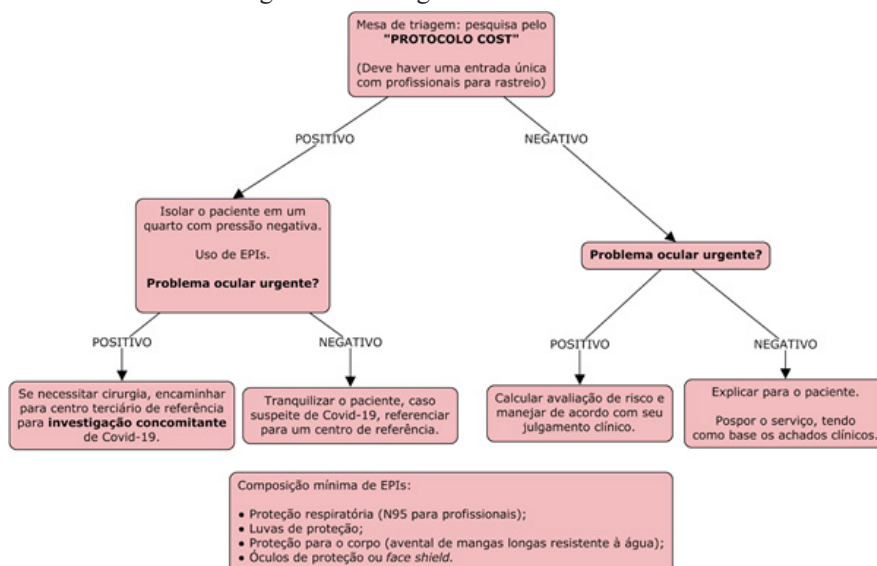
A presença de manifestações oculares é um achado muito variável dentro dos estudos reportados. Wu *et al* (2020) realizou a análise de 38 pacientes internados no Yichang Central People's Hospital, observando a presença de hiperemia, quemose, epífora e aumento de secreção em 31.6% dos casos, os quais estavam relacionados a condições mais graves, além de maiores níveis de leucócitos, neutrófilos,

procalcitonina, proteína C reativa e lactato, em comparação àqueles sem alterações oculares. Em contraste, um grande estudo com 1099 pacientes revelou taxa de acometimento oftalmológico em apenas 0.8% dos pacientes (SADHU *et al*, 2020). Um dos principais fatores limitantes de generalização dos resultados de Wu *et al* (2020) foi o baixo número de indivíduos na amostra e a testagem única dos pacientes, não retratando e correlacionando as alterações oftalmológicas dentro da miríade do espectro de estágios da doença. Dessa forma, embora a literatura atual divirja, os maiores estudos tratam o insulto ocular como manifestação atípica da doença (GHAREBAGHI, 2020).

No que tange à triagem, Gharebaghi *et al* (2020) sugerem a coleta prévia, por telefonema, de sinais e sintomas sugestivos de Covid-19 e, ao chegar ao consultório, realizar o “protocolo COST”, observando contato com pacientes contaminados (CO), sintomas da doença (S), medição da temperatura corporal (T) e histórico de viagens (T). Caso pontue em quaisquer desses quesitos, deve ser encaminhado para uma sala reservada ou encaminhado para uma emergência. Se o escore for zero, prosseguir com a consulta apenas se for emergência, caso contrário, os atendimentos eletivos devem ser pospostos, sempre tendo o julgamento clínico como base. Lim *et al* (2020) sugerem também diminuir os fluxos de atendimentos como uma tentativa de evitar exposições e contatos desnecessários, mantendo sempre as regras de distanciamento social.

Acerca de cirurgias, é compreensível o adiamento de todas as eletivas, tendo em vista o risco aumentado de contaminação. Genúndez-Fernández *et al* (2020) advogam a favor de procedimentos de urgência, como descolamento de retina, vitrectomia pars plana em endoftalmite, glaucoma agudo ou perfurações oculares, devendo-se evitar a exploração das vias lacrimais. Até mesmo em casos graves, ainda é necessário ponderar o custo benefício diante da possibilidade de um paciente com testes positivos, já que as taxas de internação e de mortalidade são extremamente elevadas nesse grupo, na faixa de 45% e 20%, respectivamente (GENÚNDEM-FERNANDEZ, 2020). Gharebaghi *et al* (2020) propõem um protocolo de atendimento e de encaminhamento para o atendimento (Figura 02).

Figura 02: Fluxograma de atendimento.



Fonte: Traduzido e adaptado de Gharebaghi *et al* (2020).

Outra questão interessante é sobre o uso de lentes de contato. Não existem estudos mostrando que a contaminação pelo uso de lentes é maior em comparação àqueles que utilizam óculos, portanto, seu uso não deve ser evitado, desde que as medidas de higiene necessárias sejam tomadas. É ideal lavar as mãos antes de entrar em contato com o estojo da lente de contato, seguido de enxágue com solução salina e desinfecção com peróxido de hidrogênio a 3%, o único com comprovação científica de eficácia frente ao coronavírus. A lavagem das mãos após a colocação é também necessária (GENÚNDEM-FERNANDEZ, 2020).

CONCLUSÃO

As conclusões partilhadas neste capítulo oferecem indicativos de que é dubitável que o próprio olho seja uma rota de transmissão, embora isso não mude o nível de cuidado exigido nas situações clínicas no momento, dado o potencial de transmissão do vírus por meio de gotículas e contato direto da boca e nariz. Portanto, é indispensável, adotar práticas de segurança para prevenir a infecção e disseminação do vírus e assumir um comportamento de cautela extra em oftalmologia.

DECLARAÇÃO DE INTERESSE

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

REFERÊNCIAS

- BACHERINI, D. et al. **The COVID-19 Pandemic from an Ophthalmologist's Perspective**. In.: Trends Mol Med, v. 26, n. 6, p. 529-531, Abr. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32470381/>. Acesso em: 09 dez. 2020.
- BERTOLI, F. et al. **Ocular Findings in COVID-19 Patients: A Review of Direct Manifestations and Indirect Effects on the Eye**. In.: Journal of Ophthalmology, v. 2020, Ago. 2020. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32963819/> . Acesso em: 09 dez. 2020.

BRASIL. Conselho Brasileiro de Oftalmologia. **Manual de Boas Condutas para Retomada das Atividades Eletivas em Oftalmologia em Tempos de COVID-19**. 2020.

CARNEIRO, V. L. A. et al. **Post-COVID-19 and the Portuguese national eye care system challenge**. In.: J Optom, v. 13, n. 4, p. 257-261, Out/Dez. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32711965/> . Acesso em: 09 dez. 2020.

EMPARAN, J. P. O. et al. **COVID-19 e o olho: quanto sabemos realmente? Uma revisão das melhores evidências**. In.: Arquivos Brasileiros de Oftalmologia, São Paulo, v. 83, n. 3, p. 250-261, Mai/Jun. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32490972/> . Acesso em: 09 dez. 2020.

FERNÁNDEZ, J. A. G. et al. **Recomendaciones para la atención oftalmológica durante el estado de alarma por la pandemia de enfermedad por coronavirus COVID-19**. In.: Arch Soc Esp Oftalmol, v. 95, n. 6, p. 300-310, Jun. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32409243/> . Acesso em: 09 dez. 2020.

GHAREBAGHI, R. et al. **COVID-19: Preliminary Clinical Guidelines for Ophthalmology Practices**. In.: Med Hypothesis Discov Innov Ophthalmol, v. 9, n. 2, p. 149-158, Abr. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32490022/> . Acesso em: 09 dez. 2020.

LAWRENSEN, J. G.; BURCKEY, R. J. **COVID-19 and the eye**. In.: Ophthalmic and Physiological Optics , v. 40, n. 4, jul. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7361197/> . Acesso em: 09 dez. 2020.

LIM, L. W. et al. **Sustainable practice of ophthalmology during COVID-19: challenges and solutions**. In.: Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol, v. 258, n. 7, p. 1427-1436, Abr. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32314034/> . Acesso em: 09 dez. 2020.

ROMANO, M. R. et al. **Facing COVID-19 in Ophthalmology Department**. In.: Curr Eye Res, v. 45, n. 6, p. 653-658, Jun. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32253942/> . Acesso em: 09 dez. 2020.

ROUSSEAU, A. et al. **Sars-CoV-2, COVID-19 et oeil: le point sur les données publiées**. In.: J Fr Ophtalmol, v. 43, n. 7, p. 642-652, Set. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7260525/> . Acesso em: 09 dez. 2020.

SEAH, I. et al. **Can the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Affect the Eyes? A Review of Coronaviruses and Ocular Implications in Humans and Animals. Ocular Immunology and Inflammation**, v. 28, n. 3, p. 391-395, Abr. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32175797/> . Acesso em: 09 dez. 2020.

SIEDLECKI, J. et al. **COVID-19: Ophthalmological Aspects of the Sars-CoV 2 Global Pandemic**. In.: Klin Monbl Augenheilkd, v. 237, n. 5, p. 675-680, Mai. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7295305/> . Acesso em: 09 dez. 2020.

SOUMEN, S. et al. **COVID-19: Limiting the Risks for Eye Care Professionals**. In.: Ocular

Immunology and Inflammation, v. 28, n. 5, p. 714-720, jul. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32310028/> . Acesso em: 09 dez. 2020.

WILLCOX, M. D. et al. **The ocular surface, coronaviruses and COVID-19.** In.: Clin Exp Optomol, v. 103, n. 4, p. 418-424, Jul. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32406140/> . Acesso em: 09 dez. 2020.

WU, P. et al. **Characteristics of Ocular Findings of Patients With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Hubei Province, China.** In.: JAMA Ophthalmol, v. 138, n. 5, p. 575-578, Mai. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32232433/> . Acesso em: 09 dez. 2020.

CAPÍTULO 6

A ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA NO PACIENTE EM PÓS ALTA COVID-19: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Jessica Juliane Nascimento dos Santos¹;

Centro Universitário INTA – UNINTA, Sobral/CE.

<http://lattes.cnpq.br/6314053499758411>

Antonia Nágila Ferreira Avelino²;

Centro Universitário INTA – UNINTA, Sobral/CE.

<http://lattes.cnpq.br/9228849799787047>

Lara Stephany Bezerra Pereira³;

Centro Universitário INTA – UNINTA, Sobral/CE.

<http://lattes.cnpq.br/7334265932856474>

Maria Islaine Portela de Miranda⁴;

Centro Universitário INTA – UNINTA, Sobral/CE.

<http://lattes.cnpq.br/7874601172763708>

Maria José Pereira de Araujo⁵;

Centro Universitário INTA – UNINTA, Sobral/CE.

<http://lattes.cnpq.br/7829926867817116>

Roberta Melo de Sousa⁶;

Centro Universitário INTA – UNINTA, Sobral/CE.

<http://lattes.cnpq.br/1391131718537178>

Samuel de Sousa Ribeiro⁷;

Faculdade Dinamica Vale do Piranga – FADIP, Ponte Nova/MG.

<http://lattes.cnpq.br/8548285351742576>

Vitória Régia Alves Mesquita⁸;

Centro Universitário INTA – UNINTA, Sobral/CE.

<http://lattes.cnpq.br/0060978967579803>

Francisca Alessandra da Silva Souza⁹;

Centro Universitário INTA – UNINTA, Sobral/CE.

<http://lattes.cnpq.br/7900981346314344>

Nataniel Lourenço de Souza¹⁰.

Gianna Beretta, São Luiz/ Maranhão.

<http://lattes.cnpq.br/2945077770760340>

RESUMO: Dentro do contexto multiprofissional ao combate da COVID-19, a fisioterapia destaca-se na questão de não somente prevenir doenças, como também reabilitar o conjunto de sequelas deixado pelo o coronavírus nos pacientes afetados. Afim de minimizar esses impactos o monitoramento respiratório tem que ser de forma individualiza . É importante salientar que, no contexto pandêmico, o fisioterapeuta não se restringe apenas aos cuidados respiratórios dos pacientes com COVID-19

como prioriza o indivíduo de forma global. O objetivo dessa revisão foi identificar, reunir e analisar os artigos científicos que dissertam sobre a importância da reabilitação pulmonar nos pacientes pós-covid 19. Foi realizado uma seleção de artigos por meio eletrônico em março de 2021 com estudos publicados a partir de 2020 nas bases de dados BVS, PubMed e Scielo no idioma português e inglês. Foram selecionados 8 estudos para a revisão integrativa. É perceptível que se trata de uma temática recente e isso provocou um aumento na produção de novos estudos, no entanto, há ainda uma escassez de produções em periódicos nacionais. Diante disso, conclui-se que o profissional fisioterapeuta é de grande relevância no âmbito da reabilitação respiratória em paciente pós COVID-19, tendo em vista que o mesmo é um profissional capacitado a preservar, desenvolver e restaurar a integridade de órgãos, sistemas e funções.

PALAVRAS-CHAVE: COVID-19. Fisioterapia. Reabilitação Pulmonar

THE PHYSIOTHERAPEUTIC PERFORMANCE IN RESPIRATORY REHABILITATION IN THE PATIENT IN HIGH POST – COVID-19: AN INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Within the multiprofessional context to combat COVID-19, physiotherapy stands out in the matter of not only preventing diseases, but also rehabilitating the set of sequelae left by the coronavirus in the affected patients. In order to minimize these impacts, patient monitoring has to be individualized. It is important to note that, in a pandemic context, the physiotherapist is not restricted to the respiratory care of patients with COVID-19. The purpose of this review was to identify, collect and analyze scientific articles that discuss the importance of pulmonary rehabilitation in post-covid patients 19. A selection of articles was carried out electronically in March 2021 with studies published from 2020 onwards of VHL, PEDro, PubMed and Scielo data in Portuguese and English. Eight studies were selected for the integrative review. It is noticeable that this is a recent theme and this has caused an increase in the production of new studies, however, there is still a shortage of productions in national journals. Therefore, the physiotherapist is not restricted to the respiratory care of patients with COVID – 19 but also prioritizes the individual globally, considering that he is a professional capable of preserving, developing and restoring the integrity of organs, systems and functions.

KEY-WORDS: COVID-19. Physiotherapy. Pulmonary Rehabilitation

INTRODUÇÃO

A COVID-19 é uma doença que causa comprometimentos de diversos sistemas do corpo humano, principalmente o respiratório, capaz de desenvolver sintomatologias semelhantes à gripe, podendo evoluir para a síndrome do desconforto respiratório agudo potencialmente letal ou pneumonia fulminante (STAWICKI et al., 2020). A maioria dos pacientes com COVID-19 manifestam doenças respiratórias, e estes geralmente apresentam febre, tosse seca, dispneia e infiltrados pulmonares bilaterais nas imagens do tórax (WU; MCGOOGAN, 2020).

As decorrências da COVID-19 abrangem a Síndrome Respiratória Aguda (SDRA), insuficiência respiratória, lesão hepática, lesão miocárdica aguda, lesão renal aguda, choque séptico e inclusive a falência de múltiplos órgãos (SHI et al., 2020). Ainda que haja compreensão das consequências que o vírus provoca ao paciente, elas podem ser de longo prazo, dificultando a realização de atividades

básicas que envolvem a capacidade de mobilidade e suas tarefas diárias (SILVA *et al.*, 2020).

Dentro do contexto multiprofissional ao combate da COVID-19, a fisioterapia destaca-se na questão de não somente prevenir doenças, como também reabilitar o conjunto de sequelas deixado pelo o coronavírus nos pacientes afetados. Afim de minimizar esses impactos o monitoramento respiratório tem que ser de forma individualiza. É importante salientar que, no contexto pandêmico, o fisioterapeuta não se restringe apenas aos cuidados respiratórios dos pacientes, como prioriza o indivíduo de forma global. (KARSTEN *et al.*, 2020).

Para a melhoria dos sintomas causados pela Síndrome respiratória aguda grave de coronavírus 2 (Sars-CoV-2), é primordial o monitoramento realizado pelo fisioterapeuta, como um programa intensivo de reabilitação física oferecido para esses pacientes, variando períodos de 6 meses a 2 anos. Averiguando a realidade manifestada em pacientes com COVID-19, percebe-se que os mesmos, diagnosticados com SARS, podem expressar uma necessidade de suporte terapêutico em fases crônicas ou após a recuperação da doença (SILVA, SOUSA, 2020).

A assistência fisioterapêutica na pós-alta é imprescindível para assegurar funcionalidade, autonomia e qualidade de vida. A avaliação e o tratamento estabelecidos a esses pacientes devem incluir a prevenção, a diminuição de consequências da imobilização e as sequelas de comprometimento a longo prazo. Uma diversidade de técnicas e especificidade da fisioterapia precoce são recomendadas. De modo a serem destinados de acordo com o estágio da doença, e suas comorbidades. (KALIRATHINAM; GURUCHANDRAN; SUBRAMANI, 2020; SHEERY, 2020).

Considerando que a maior parte desses pacientes precisam desse cuidado desde a internação até a alta recebida, as sequelas do sistema respiratório são consideravelmente preocupantes. O objetivo do presente estudo é identificar que a reabilitação pulmonar (RP) é uma intervenção eficaz nos pacientes para uma melhoria dos resultados e reduzir a mortalidade.

METODOLOGIA

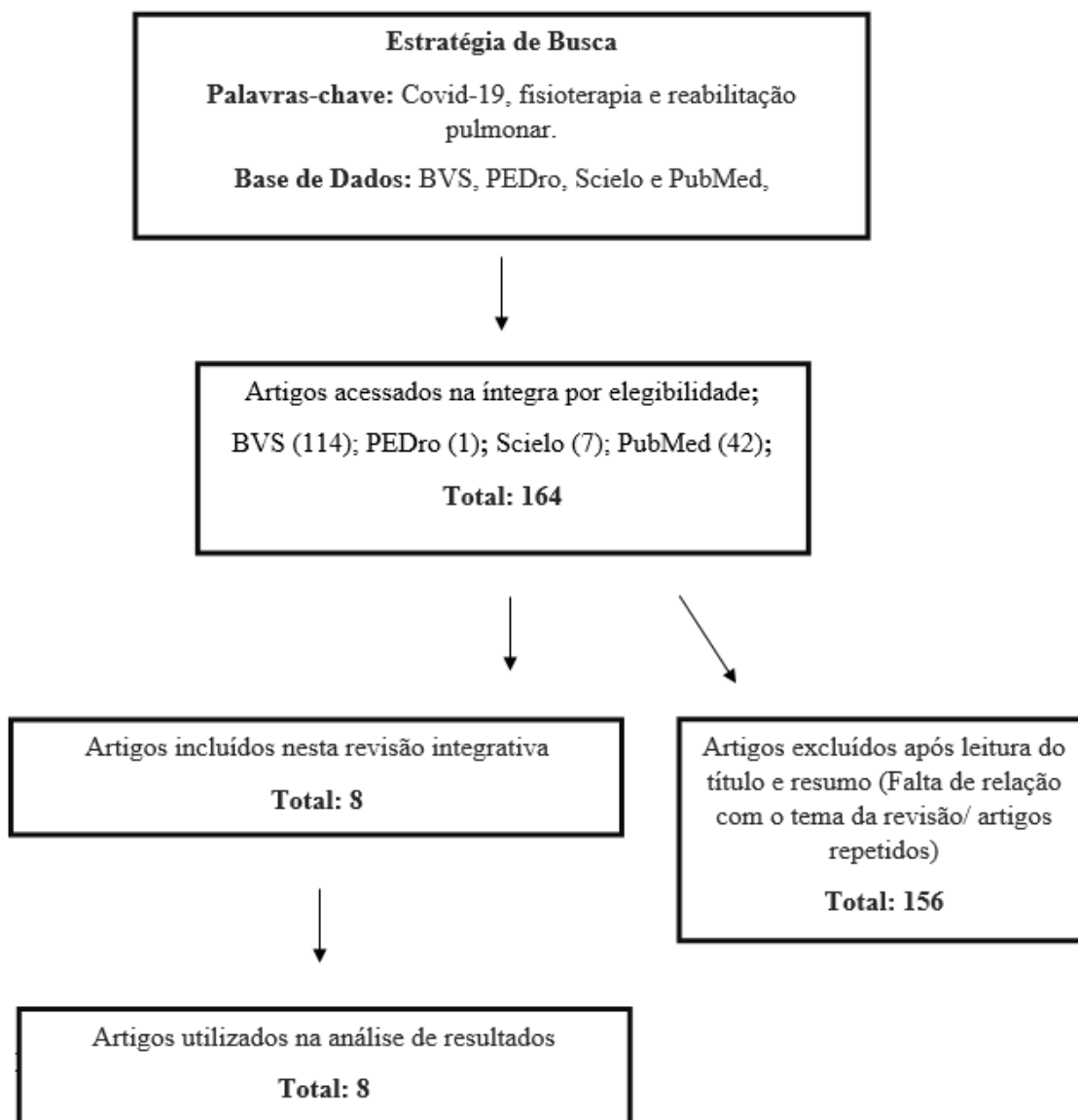
O presente estudo trata-se de uma revisão Integrativa de literatura, de caráter exploratório e descritivo. Segundo Lima (2013) a revisão integrativa é um método de exame específico que resume literaturas empíricas ou teóricas para fornecer uma compreensão mais abrangente de um fenômeno particular. Assim, tem o potencial de apresentar o estado da ciência, contribuir para o desenvolvimento da teoria, e tem aplicabilidade direta à prática e à política.

Dos critérios estabelecidos desde o início da construção da revisão integrativa, as seguintes etapas foram aplicadas: 1) identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; 2) estabelecimento dos critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; 3) análise crítica dos estudos; 4) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa 5) interpretação dos resultados; 6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

Para o desenvolvimento da presente revisão integrativa a pergunta norteadora foi: “como se apresenta na literatura a atuação do Fisioterapeuta na reabilitação pós-covid?”. Os dados foram coletados em Março de 2021 por meio eletrônico das bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PEDro, Scielo e PubMed. Para a busca dos trabalhos, utilizaram-se as palavras-chaves encontradas nos Descritores de Ciências da Saúde (Decs): “COVID-19”; “Fisioterapia” e “reabilitação pulmonar” no idioma inglês e português.

Como critérios de inclusão para a pesquisa foram utilizados: artigos completos disponíveis na íntegra, textos publicados na língua portuguesa e inglesa, publicados entre 2020 a 2021. Como critério de exclusão artigos duplicados e estudos que não se relacionavam com o tema desse trabalho. Foram encontrados um total de 164 artigos. Foram excluídos um total de 156 artigos. Sendo assim foram selecionados 8 estudos para a revisão sistemática conforme descrito na Figura 1.

Figura 1- FLUXOGRAMA



Fonte: Autoria Própria

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A pesquisa foi iniciada utilizando-se descritores com as palavras-chave “COVID-19”, “fisioterapia”, “reabilitação pulmonar”. Inicialmente a busca proporcionou uma amostra de 164 artigos com texto completo, sendo utilizados apenas 6 após filtrados e analisados.

Para a análise dos artigos elencados para o embasamento do estudo foi construído (QUADRO 1) conforme autores, ano de publicação, título, objetivo e periódico, identificando os seis artigos encontrados no processo de busca para elencar os resultados.

Quadro 1 - Descrição dos estudos segundo Autor/Ano de publicação, Título, Objetivo Periódico.

Autor/Ano de publicação	Título	Objetivo	Periódico
SIDDIQ et al, 2020	Reabilitação pulmonar em pacientes com COVID-19: uma revisão do escopo da prática atual e sua aplicação durante a pandemia.	Discutir o papel da RP e suas estratégias recomendadas em pacientes com COVID-19 à luz de uma extensa revisão da literatura.	Turk J Phys Med Rehab
KALIRATHINAM et al, 2020	Tratamento fisioterápico na COVID-19.	Enfoca a visão geral da reabilitação para pacientes admitidos com COVID -19 durante e após o tratamento hospitalar.	Scientia Medica Porto Alegre
CHIKHANIE et al, 2021	Eficácia da reabilitação pulmonar na insuficiência respiratória COVID-19 pacientes pós-UTI	Avaliar os efeitos da reabilitação pulmonar (RP) pós-UTI em pacientes com COVID-19.	R e s p i r a t o r y Physiology and Neurobiology
SILVA et al, 2020	Evidências científicas sobre Fisioterapia e funcionalidade em pacientes com COVID-19 Adulto e Pediátrico	Investigar e apresentar Evidências científicas em Fisioterapia e na funcionalidade na COVID-19 que possam nortear os profissionais Fisioterapeutas na conduta diária com estes pacientes	J Hum Growth
LIU et al, 2020.	Reabilitação respiratória em pacientes idosos com COVID-19: um estudo randomizado controlado	Investigar os efeitos do treinamento de reabilitação respiratória de 6 semanas na função respiratória, QV, mobilidade e função psicológica em pacientes idosos com COVID-19.	Elsevier
GREVE et al, 2020	Impactos da COVID-19 nos sistemas imunológico, neuromuscular, musculoesquelético e a reabilitação.	O objetivo deste estudo foi realizar uma análise reflexiva sobre o impacto do COVID-19, nos sistemas imunológico, neuromuscular e musculoesquelético e seu processo de reabilitação.	Revista Brasileira de Medicina do Esporte

Fonte: Autoria Própria

Seguindo com a análise dos artigos elencados foi construído o (QUADRO 2) conforme autores, ano de publicação, tipo de estudo, métodos e resultados, identificando os cinco artigos encontrados no processo de busca para elencar os resultados.

Quadro 2 – Descrição dos estudos segundo Autor/Ano de publicação, Tipo de estudo, Métodos e Resultados.

Autor/Ano de publicação	Tipo de estudo	Métodos	Resultados
Siddiq et al, 2020	Revisão da literatura.	Uma pesquisa bibliográfica online foi realizada entre 8 de abril, 2020 e 10 de agosto, 2020. Usando Medline e PubMed Central, restrito ao idioma inglês. Foram excluídos artigos que descrevem características clínicas, epidemiologia, transplante de pulmão em COVID-19, COVID-19 não-PR, protocolos de reabilitação, e consequências do COVID-19. Artigos diferentes do inglês foram excluídos.	Os resultados dessa pesquisa sugerem que a RP parece ser útil em sobreviventes de COVID-19. Os programas de RP já iniciados no hospital podem levar à redução do tempo de internação e à melhora da função respiratória geral. Mais estudos clínicos prospectivos são necessários para revelar quais programas de RP são seguros e eficazes em sobreviventes de COVID-19, com o objetivo de melhorar sua qualidade de vida além de sua permanência em uma unidade de atendimento de emergência.
Kalirathinam et al, 2020	Revisão narrativa.	Foram incluídos pacientes que foram infectados por um COVID-19 e admitidos no hospital, pacientes gravemente enfermos que estão em ventiladores e ficam confinados a uma cama de hospital por longos períodos.	Dado o grande número de pacientes com COVID-19 precisando de tratamento intensivo e cuidado no Reino Unido, podemos esperar um aumento no número de pacientes que requerem reabilitação após a alta. Como o entendimento de COVID-19 continua a aumentar e um grande número de pacientes são curados e recebem alta, a experiência adquirida na gestão de insuficiência respiratória crônica e aguda está se provando ser um ativo essencial para a gestão de pacientes ao longo da epidemia de COVID-19.

Chikhanie et al, 2021 Intervencionalista

Vinte e um pacientes com COVID-19 foram avaliados pré e pós-RP e comparados retrospectivamente a um grupo não COVID-19 de 21 pacientes reabilitados após admissão na UTI devido à insuficiência respiratória.

Os resultados mostram que longas estadias em UTI em pacientes com COVID-19 são associado a sequelas graves de curto prazo, incluindo músculo com grave comprometimento da função, limitações da capacidade de exercício e baixa qualidade de vida. Em contraste, observamos uma grande e rápida recuperação no exercício capacidade entre pacientes COVID-19 em comparação com pacientes não COVID-19 reabilitado após admissão na UTI devido a insuficiência respiratória, bem como grandes melhorias na força muscular, equilíbrio e estado psicossocial sugerindo que o PR pode limitar o transtorno de estresse pós-traumático. Mais controlado e estudos de longo prazo são necessários para entender melhor o papel do RP pós COVID-19.

Silva et al, 2020

Revisão de literatura Integrativa

A busca eletrônica foi realizada por pesquisadores com experiência no tema dor artigos, ocorreu em março de 2020 nas bases de dados, MedLine/PubMed, LILACS, PEDRo. Por meio de diversas combinações de palavras-chaves. Como critérios de elegibilidade incluíram-se os estudos encontrados em idioma Inglês e português que apresentaram relação entre covid-19 e os aspectos relacionados com a Fisioterapia, ventilação mecânica, oxigenioterapia e alterações cardíaca.

Os pacientes com COVID-19 apresentam sinais de deficiência respiratória com hipoxemia com baixo impacto em crianças, onde essas evoluem sem sintomas ou com quadro de baixa gravidade. Além de observar impacto na restrição da participação. A COVID-19 causa alterações na função pulmonar com força de deficiência respiratória hipoxêmica e de complacência, com repercussões cardiovasculares que leva a necessidade de a fisioterapia atuar na oxigenioterapia e/ou suporte ventilatório invasivo ou não-invasivo.

**Liu et al,
2020.**

Ensaio clínico
randomizado aberto

Os pacientes foram recrutados do hospital central Hainan General Hospital e Huanggang Central Hospital, tendo como critérios de inclusão: diagnóstico definitivo de COVID-19; 65 anos ou mais; 6 meses após o início de outras doenças agudas; pontuação do mini exame do estado mental (MEEM) > 21; sem DPOC ou qualquer outra doença respiratória e volume expiratório forçado em 1 s (FEV1) 70%. Os participantes estavam cientes de todos os procedimentos de reabilitação, incluindo reabilitação respiratória (2 sessões por semana durante 6 semanas), uma vez por dia durante 10 min. Números ímpares de pacientes estavam no grupo de intervenção, enquanto números pares de pacientes no grupo de controle usando uma ordem de alocação gerada por computador. As intervenções incluíram: (1) treinamento dos músculos respiratórios; (2) exercício de tosse; (3) treinamento diafragmático; (4) exercícios de alongamento; e (5) exercícios em casa.

A função pulmonar melhorou significativamente após 6 semanas de treinamento de reabilitação respiratória. A razão pode ser que o treinamento de reabilitação relacionado aos músculos respiratórios no treinamento de reabilitação respiratória e músculos respiratórios. As medidas de resistência ao exercício avaliadas usando o teste de caminhada de 6 minutos levaram a melhorias significativas na capacidade de exercício para a intervenção após um programa de reabilitação respiratória de 6 semana. Em nosso estudo, a capacidade de vida não melhorou significativamente após a reabilitação respiratória, o que pode ser devido à duração relativamente curta de nossa reabilitação respiratória, além disso, no estudo a QV foi avaliada pelo SF-36, e houve melhora da QV após 6 semanas de reabilitação respiratória, o que foi estatisticamente significativo com o grupo control, no entanto, as mudanças nos escores de depressão não parecem ser influenciadas após o programa de reabilitação respiratória.

Greve et al, 2020	Análise reflexiva	Desenvolvida no Laboratório de Estudos do Movimento do Instituto de Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, SP, Brasil. Relata que a reabilitação dos pacientes com COVID-19 começa na admissão para manter o funcionamento dos sistemas vitais e continua na fase pós-admissão. Durante a hospitalização, mobilizações precoces em unidade de terapia intensiva, ressaltando que os programas de reabilitação devem ser adaptados à gravidade da doença, à idade do paciente, aos níveis de aptidão anteriores e às comorbidades pré-existentes, podendo começar com exercícios físicos de baixa intensidade, com monitoramento contínuo da oxigenação e da fadiga e em pessoas que tiveram sintomas leves ou moderados, exercícios de alongamento e treinamento de força de baixa intensidade são recomendados antes das sessões de treinamento aeróbico direcionadas	A mobilizações precoces em unidade de terapia intensiva contribui para a prevenção e redução de polineuromiopia no paciente crítico, melhora a qualidade de vida, reduz o tempo e diminui a mortalidade durante a internação, visto que o início precoce de um programa estruturado de reabilitação contribui para a otimização da função cognitiva, respiratória, neuromuscular e osteoarticular, encurtando o tempo de permanência na UTI e suas sequelas clínicas e funcionais. A prevenção de incapacidades em pacientes críticos auxilia no manejo médico do paciente. Os protocolos de intervenção física e cognitiva melhoram a compreensão do paciente sobre o tratamento e os programas de apoio psicossocial, a mudança de comportamento e a adesão às diretrizes.
--------------------------	-------------------	--	--

Fonte: Autoria Própria

Em relação ao (QUADRO 1) pode-se perceber que no período de 2020 foram encontradas publicações de artigos referentes ao tema específico e que se encaixavam com os critérios de inclusão propostos neste trabalho em particular. Ademais, é perceptível que se trata de uma temática recente e isso provocou um aumento na produção de novos estudos, no entanto, há ainda uma escassez de produções em periódicos nacionais, sendo apenas um estudo indexado em um periódico nacional que se trata da Revista Brasileira de Medicina do Esporte e os demais indexados em periódicos internacionais, sendo então necessário a criação deste estudo para maior divulgação do tema proposto.

Em relação aos objetivos do (QUADRO 1), os artigos encontrados possuem planos de tratamento diferentes, no entanto, os mesmos buscam um objetivo fisioterapêutico em comum, que se refere a reabilitação pulmonar em pacientes pós-covid-19.

Ao analisar as informações do (QUADRO 2), os estudos elaborados são classificados em: revisões de literatura, narrativa, integrativa e análise reflexiva, são estudos que tratam de uma abordagem em comum com os pacientes que foram infectados pela COVID-19, bem como, ensaio clínico randomizado aberto e intervencionalista, com a utilização de um paciente ou uma maior população de pacientes, onde é possível ter uma abordagem específica dos tratamentos utilizados e

seus respectivos resultados.

No estudo de Siddiq *et al.*, (2020) que se trata de uma revisão de literatura mostra que a Reabilitação pulmonar se torna útil no tratamento de COVID-19. Devendo ser iniciada logo no início da internação, durante toda a internação, e continuada no serviço ambulatorial. Os programas de RP já iniciados no hospital podem levar à redução do tempo de internação e à melhora da função respiratória geral. No entanto, em pacientes que estão desmaiando da UTI, a alteração postural e a posição deitada de bruços podem aumentar a troca gasosa alveolar e a excreção de secreções pulmonares e, assim, reduzir a incidência de infecção pulmonar; além disso, a respiração profunda espontânea e a mobilização precoce maximizam a força dos músculos respiratórios e diafragmáticos e promovem a recuperação da função respiratória. Crucialmente, o momento dos exercícios respiratórios em pacientes que recebem alta da UTI ainda não foi determinado e varia de paciente para paciente.

Kalirathinam *et al.*, (2020), ressalta uma visão geral da reabilitação para pacientes admitidos com COVID -19 durante e após o tratamento hospitalar. Nesse estudo foram incluídos pacientes gravemente afetados pelo Covid-19, foi observado que houve um grande número de pacientes que precisavam de tratamento intensivo e automaticamente o número de pacientes que requerem a reabilitação após a alta.

Chikhanie *et al.*, (2021) avaliou os efeitos da reabilitação pulmonar (RP) pós-UTI em pacientes com COVID-19 e foi observado uma grande e rápida recuperação no exercício de capacidade entre pacientes com COVID-19 reabilitados e não reabilitados após a admissão na UTI devido insuficiência respiratória, houve também como grandes melhorias na força muscular, equilíbrio e estado psicossocial sugerindo que o PR pode limitar o transtorno de estresse pós-traumático.

No estudo de Silva *et al.*, (2020) na qual refere-se a uma revisão de literatura, demonstra que pacientes com covid-19 apresentam sinais de deficiência respiratória com hipoxemia, e em crianças com baixo impacto, onde essas evoluem assintomáticas ou com quadro de baixa gravidade. Não obstante, a covid-19 causa alterações na função pulmonar com repercussões cardiovasculares o que torna a importância e necessidade da fisioterapia com abordagem multiprofissional na contribuição do resultado da pandemia, assim seja por meio da oxigenioterapia ou por suporte ventilatório. Ademais a intubação e a ventilação mecânica invasiva podem ter sido atrasadas em alguns casos e isto pode ter impactado negativamente. A VNI podem ser utilizadas em locais em que o acesso à ventilação mecânica invasiva é limitado ou antes dos pacientes apresentarem insuficiência respiratória hipoxêmica grave.

Liu *et al.*, (2020), utilizou protocolos de exercícios com resistência para treinamento dos músculos respiratórios, sendo eles o Thereshold PEP – Philips, cujo representa um dispositivo de resistência manual comercial, sendo realizado em três séries com 10 respirações em cada série, bem como, pesos de 1 – 3 kg na parede abdominal, no qual cada participante realizou 30 contrações diafragmáticas voluntárias máximas na posição supina para o treinamento diafragmático e pode-se observar resultados positivos para a função respiratória, além de melhora na qualidade de vida dos pacientes durante seis semanas de treinamento.

No estudo de Greve *et al.*, (2020) foi observado a contribuição de exercícios de alongamento e treinamento de força de baixa intensidade e que os mesmos são recomendados antes do treinamento aeróbico em casos de paciente que tiveram quadros leves ou moderados, e assim como Siddiq *et al.*,

(2020), ressalta também a contribuição de uma reabilitação ainda na UTI, por meio de mobilizações precoces em pacientes críticos, visto que reduz o tempo de internação e sequelas futuras, além de promover melhorias na função respiratória, nervosa, muscular e articular.

CONCLUSÃO

Milhões de pessoas em todo o mundo estão sendo alvos da COVID 19 e com isso, tendo diversas sequelas, complicações e comprometimento de vários sistemas, principalmente o respiratório. A reabilitação pulmonar é imprescindível no tratamento do indivíduo que foi acometido pelo vírus, em especial pacientes que estiveram internados em Unidade de Terapia Intensiva por longos períodos, sob ventilação mecânica.

Diante disso, conclui-se que o profissional fisioterapeuta é de grande relevância no âmbito da reabilitação respiratória em paciente pós Covid 19, tendo em vista que o mesmo é um profissional capacitado a preservar, desenvolver e restaurar a integridade de órgãos, sistemas e funções. (CREFITO10, 2002). A reabilitação fisioterapêutica destes pacientes deve iniciar com exercícios físicos de baixa intensidade, devendo ser adaptado de acordo com a gravidade da doença, idade do indivíduo e as comorbidades pré-existentes. (GREVE, et.al. 2020).

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

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

REFERÊNCIAS

- CHIKHANIE Y. Al et. al. Effectiveness of pulmonary rehabilitation in COVID-19 respiratory failure patients post-ICU. **Respiratory physiology & neurobiology**, May 2020.
- DIRETRIZES Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. **Crefito10**. Disponível em: crefito10.org.br. Acesso em: 23 mar. 2021.
- GREVE, J. M. D. et al. Impacts of COVID-19 on the immune, neuromuscular, and musculoskeletal Systems and rehabilitation. São Paulo: **Rev. Bras Med. Esporte**, Jul./Aug. 2020.
- KALIRATHINAM, D. et. al. Comprehensive physiotherapy management in COVID-19 – a narrative review. **Scientia medica**, Porto Alegre, v. 30, p 1-9, 2020.
- KARSTEN, M. et. al. A pandemia da COVID-19 trouxe desafios e novas possibilidades para a fisioterapia no Brasil: estamos preparados? **Ver. Pesqui. Fisioter.** Salvador, 2020.
- LIU, K. et. al. Respiratory rehabilitation in elderly patients with COVID-19: A randomized controlled study. **Elsevier**, 2020.
- SIDDIQ, M. A. B. et. al. Pulmonary Rehabilitation in COVID-19 patients: A scoping review of current practice and its application during the pandemic. **Turk J Phys Med Rehab**, 2020.
- SILVA, C. M. S. et al. Evidências científicas sobre Fisioterapia e funcionalidade em pacientes com COVID-19 Adulto e Pediátrico. **J Hum Growth Dev**, 2020.

SILVA, R. M. V. et. al. Fase crônica da COVID-19: desafios do fisioterapeuta diante das disfunções musculoesqueléticas. **Fisioterapia em movimento**, Curitiba, 2020.

CAPÍTULO 7

A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NAS SEQUELAS PÓS-COVID-19: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Maria Juliana Vasconcellos Bragado¹;

Universidade Federal de Rondônia (UNIR), Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Porto Velho, RO, Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/4199270188257393>

Francisco Gustavo Rodrigues de Melo².

Universidade Federal de Rondônia (UNIR), Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Porto Velho, RO, Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/9844453386600279>

RESUMO: A Atenção Primária à Saúde caracteriza-se como porta de entrada ao sistema único de saúde e está em posição fundamental no enfrentamento da pandemia de COVID-19. O novo coronavírus integra um grupo de vírus causadores de síndromes respiratórias agudas, responsáveis por manifestações desde sintomatologia leves até condições graves. Apesar do limitado conhecimento sobre os danos físicos da COVID-19 a longo prazo, os pacientes que precisam de ventilação mecânica invasiva podem apresentar sérios danos. Faz-se necessário então, a compreensão dos profissionais que atuam na atenção primária à saúde acerca das complicações da COVID-19, visto que, grande parte dos indivíduos buscarão as unidades básicas de saúde como primeiro acesso aos serviços. Assim, o objetivo deste estudo foi identificar as principais sequelas causadas pela infecção da COVID-19. Trata-se de uma revisão bibliográfica, de caráter qualitativo. Inicialmente, foi realizada uma pesquisa nas bases de dados: SciELO, PubMed e Google Acadêmico utilizando as palavras-chave: “infecções por coronavírus” e “complicações”, bem como, termos na língua inglesa: “Coronavirus Infections” and “complications”. Foram encontrados 68 artigos e, após leitura dos títulos e resumos, foram selecionados para compor o estudo 12 trabalhos. A doença de COVID-19 apresenta diversas sequelas que persistem após a fase aguda, sendo a síndrome pós-cuidados intensivos e a fraqueza adquirida na unidade de terapia intensiva as mais descritas nas bibliografias. Portanto, é de suma relevância a apropriação e empoderamento dos profissionais da atenção primária à saúde acerca das complicações pós-covid, para que, seja possível proporcionar uma assistência integral e resolutiva aos usuários, famílias e comunidade.

PALAVRAS-CHAVE: Infecções por coronavírus. Complicações. Atenção Primária à Saúde.

THE IMPORTANCE OF PRIMARY HEALTH CARE IN THE POST-COVID-19 SEQUELS: A BIBLIOGRAPHIC REVIEW

ABSTRACT: Primary Health Care is characterized as a gateway to the single health system and is in a fundamental position to face the COVID-19 pandemic. The new coronavirus is part of a group of viruses that cause acute respiratory syndromes, responsible for manifestations ranging from mild

symptoms to severe conditions. Despite limited knowledge about the long-term physical damage of COVID-19, patients who need invasive mechanical ventilation can experience serious damage. It is therefore necessary to understand the professionals who work in primary health care about the complications of COVID-19, since most individuals will seek basic health units as the first access to services. Thus, the aim of this study was to identify the main sequelae caused by the infection of COVID-19. This is a qualitative bibliographic review. Initially, a search was carried out in the databases: SciELO, PubMed and Google Scholar using the keywords: “coronavirus infections” and “complications”, as well as terms in the English language: “Coronavirus Infections” and “complications”. 68 articles were found and, after reading the titles and abstracts, 12 studies were selected to compose the study. COVID-19 disease presents several sequelae that persist after the acute phase, with the post-intensive care syndrome and the weakness acquired in the intensive care unit being the most described in the bibliographies. Therefore, the appropriation and empowerment of primary health care professionals about post-covid complications is of utmost importance, so that it is possible to provide comprehensive and resolving assistance to users, families and the Community

KEY-WORDS: Coronavirus infections. Complications. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se como a principal porta de entrada ao Sistema Único de Saúde (SUS) e, mediante a alta cobertura e grande capilaridade desse serviço no país (BRASIL, 2017a), as equipes que atuam nesse nível de atenção, estão em posição estratégica e fundamental no enfrentamento da pandemia de COVID-19. Através da longitudinalidade e a coordenação do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), a APS desempenha importante papel na condução dos casos suspeitos e confirmados com sintomas leves e na identificação dos casos mais graves, manejando-os para os serviços especializados (BRASIL, 2020).

O novo coronavírus (SARS-CoV-2) integra um grupo de vírus causadores de síndromes respiratórias agudas, responsáveis por manifestações que varia desde sintomatologia leves até condições graves, incluindo internação hospitalar, urgência de Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) e considerável taxa de mortalidade. (ROTHAN; BYRAREDDY, 2020).

Apesar do limitado conhecimento sobre os danos físicos da COVID-19 a longo prazo, os pacientes que precisam de VMI no período agudo da doença podem apresentar sérios danos, progredindo para a Síndrome Pós-cuidados Intensivos (PICS), que afeta sobreviventes de todas as idades. (FALVEY; KRAFFT; KORNETTI, 2020). Os déficits da PICS podem persistir por meses ou anos após uma doença crítica, repercutindo consideravelmente em âmbitos importantes, como qualidade de vida, retorno ao trabalho e desempenho nas atividades da vida diária (AVD) (SILVA; PINA; JACÓ, 2021).

Assim, os indivíduos que se recuperam com êxito da fase aguda por COVID-19 precisarão de assistência à saúde para definir e quantificar as consequências da doença. No momento atual, o acompanhamento é o novo desafio, pois, de fato, não está claro se essa doença deixará sequelas permanentes no sistema respiratório e musculoesquelético e, em caso afirmativo, até que ponto (WU et al., 2020; PAN, GUAN, 2020).

Partindo desse pressuposto, considerando que a APS está posta ao SUS como organizadora do sistema e condutora do cuidado, sistematizando a procura individual e coletiva dentro dos cenários próprios de cada comunidade (BRASIL, 2017b), faz-se necessário a compreensão a respeito das complicações causadas pela COVID-19, visto que, grande parte dos indivíduos irão buscar as Unidades Básicas de Saúde (UBS) como primeiro acesso aos serviços.

Sendo assim, este estudo tem por objetivo identificar as principais sequelas causadas pela infecção da COVID-19, visando aumentar o conhecimento teórico-científico dos profissionais de saúde para proporcionar atendimentos mais integrais e resolutivos.

METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa bibliográfica, de abordagem qualitativa e natureza básica. No que diz respeito aos objetivos, classifica-se como uma pesquisa exploratória.

Inicialmente, foi realizado uma pesquisa nas bases de dados: SciELO, PubMed e Google Acadêmico, nos idiomas português e inglês. As palavras-chaves utilizadas na busca foram compostas pela associação dos termos: “infecções por coronavírus” e “complicações”, bem como, termos na língua inglesa: “Coronavirus Infections” and “complications”. Foram encontrados 98 artigos, analisados a partir da leitura dos títulos e resumos, de modo que, aqueles que não se adequavam com o objetivo do presente trabalho eram excluídos. Sendo assim, após fase de leitura, foram selecionados para compor o estudo 22 trabalhos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As manifestações clínicas mais apresentadas na literatura, estão voltadas primordialmente para a forma mais grave da doença, que envolve internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), necessidade de suporte ventilatório, altas doses de sedativos, tempo prolongado de hospitalização e alta mortalidade (BAJWAH et al., 2020), sendo que, os pacientes que necessitaram de VMI variam de 50 a 97% (AULD et al., 2020). Além disso, dentre os indivíduos internados em UTI, 70% estão propensos a desenvolver outras complicações associadas à internação, as quais impactam no sistema respiratório, cardiovascular, neurológico e musculoesquelético (SMITH et al., 2020).

Ademais, tem-se observado que muitos indivíduos acometidos pela COVID-19 apresentam sintomas persistentes mesmo após a recuperação. Segundo Rawal, Yadav e Kumar (2017) isto é justificado pelo fato de doenças críticas, no geral, ter grandes sequelas a longo prazo, levando à caracterização da PICS, definida como complicações novas ou agravante da saúde física, cognitiva ou mental que surge posteriormente a doença crítica e persiste além da alta. Essa síndrome é caracterizada primariamente por uma incapacidade prolongada e tem como efeitos secundários disfunção muscular, fadiga, dor e dispneia (FALVEY; KRAFFT; KORNETTI, 2020).

Neufeld e colaboradores (2020) relatam que pacientes com COVID-19 parecem propensos à fadiga relacionada ao movimento, semelhante aos pacientes com Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA), mesmo aqueles que não desenvolvem sintomas graves. No entanto, ainda não está claro, até que ponto esses indivíduos correm risco de prolongados comprometimentos respiratórios, físicos e cognitivos (NEEDHAM et al., 2012).

Na Itália, um acompanhamento após infecção da COVID-19 em indivíduos não hospitalizados, avaliados 60 dias após serem considerados curados, demonstrou que 87,4% dos indivíduos ainda apresentavam sintomas persistentes. Destes, 53,1% indicaram a fadiga como sintoma mais frequente, seguido da dispneia (43,4%) e dor articular (27,3%), que levaram à uma piora na qualidade de vida em 44,1% das pessoas (CARFÌ; BERNABEI; LANDI, 2020).

Outra consequência comum nos pacientes graves consiste em fraqueza adquirida na UTI, relacionada à imobilidade, controle glicêmico abaixo do ideal e iatrogenia pelo uso de esteroides e bloqueadores neuromusculares. Além disso, alterações subsequentes como a polineuropatia e a miopatia do paciente crítico também são descritas (SIMPSON; ROBINSON, 2020).

Não obstante, a literatura aponta que podem ocorrer ainda sequelas físicas menos comuns, decorrentes da imobilidade prolongada, incluindo descondicionamento cardiorrespiratório, instabilidade postural, tromboembolismo venoso, encurtamento muscular, contraturas (miogênicas, neurogênicas, artrogênicas) e úlceras por pressão (SIMPSON; ROBINSON, 2020).

Sendo assim, a assistência a esses indivíduos é primordial e deve ser centrada no paciente e adaptada às suas necessidades (GONZALEZ-GEREZ et al., 2020), pautada na redução dos sintomas, retorno da funcionalidade e melhora da qualidade de vida. Deve ainda, ser constituída por ações educativas visando proporcionar ao indivíduo entendimento acerca da doença e dos efeitos secundários gerados por ela, assegurando assim, condições e estratégias para que o paciente seja protagonista na sua recuperação (BARKER-DAVIES et al., 2020). Desse modo, a APS é essencial neste processo, promovendo educação em saúde, resolvendo as necessidades de forma integral e longitudinal e, quando necessário, direcionando o usuário para os demais níveis de complexidade das RAS.

CONCLUSÃO

Segunda a literatura, a doença de COVID-19 apresenta diversas sequelas que persistem após a fase aguda, podendo estar relacionadas ao sistema respiratório e musculoesquelético, dentre estas, ressaltam-se as mais descritas nas bibliografias, sendo a PICS e a fraqueza adquirida na UTI, que repercutem negativamente na funcionalidade e qualidade de vida dos indivíduos.

É notório que, por se tratar de uma doença nova que se disseminou rapidamente, muitas complicações a longo prazo ainda são desconhecidas, sendo assim, alguns artigos analisados neste estudo, utilizaram como base complicações causadas por outras infecções virais e/ou infecções que acometem o trato respiratório que apresentam características semelhantes a COVID-19. Logo, para resultados mais precisos acerca da temática, faz-se necessário mais pesquisas relacionadas ao tema.

Por fim, salienta-se a importância deste estudo para os profissionais de saúde que atuam nas RAS, em especial, na APS, pois além de constituir o primeiro acesso aos serviços de saúde, também possuem responsabilização sanitária pelo território adscrito, devendo coordenar o cuidado. Dessa forma, é de suma relevância a apropriação e empoderamento dos profissionais deste nível de atenção acerca das complicações pós-covid, para que, seja possível proporcionar uma assistência integral e resolutive para os usuários, famílias e comunidade.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

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

REFERENCIAS

AULD, S. C. et al. ICU and Ventilator Mortality Among Critically Ill Adults With Coronavirus Disease 2019. **Critical care medicine**, 2020

BAJWAH, S. et al. Managing the supportive care needs of those affected by COVID-19. **Eur Respir J**, 2020.

BARKER-DAVIES, R. M. et al. The Stanford Hall consensus statement for post-COVID-19 rehabilitation. **British journal of sports medicine**, v. 54, n. 16, p. 949-959, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Básica**. Brasil, 2017a. Disponível em <<https://www.saude.gov.br/artigos/770-sistema-nacional-de-saude/40315-atencao-basica>>. Acesso em 15/01/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo do Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde (APS)**. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/20200504_ProtocoloManejo_ver09.pdf>. Acesso em 15/01/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria 2.426**: Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Departamento de Atenção Básica; 2017b.

CARFÌ, A.; BERNABEI, R.; LANDI, F. Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. **Jama**. v. 324, n. 6, p. 603-605, 2020

FALVEY, J. R.; KRAFFT, C.; KORNETTI, D. The essential role of home- and community-based physical therapists during the COVID-19 pandemic. **Fisioterapia** , v. 100, n. 7, pág. 1058-1061, 2020.

GONZALEZ-GEREZ, J. J. et al. Therapeutic pulmonary telerehabilitation protocol for patients affected by COVID-19, confined to their homes: study protocol for a randomized controlled trial. **Trials**, v. 21, n. 1, p. 1-9, 2020

NEEDHAM, D. M. et al. Melhorar os resultados em longo prazo após a alta da unidade de terapia intensiva. **Critical Care Medicine**. V. 40, n. 2, p. 502–509, 2012

NEUFELD, K. J. et al. **Sintomas de fadiga durante o primeiro ano após SDRA**. Peito. 2020.

RAWAL, G.; YADAV, S.; KUMAR, R. Síndrome de cuidados pós-intensivos: uma visão geral. **J Transl Int Med**. v. 5, n. 2 p. 90, 2017.

ROTHAN, H. A.; BYRAREDDY, S. N. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. **Journal of autoimmunity** , v. 109, p. 102433, 2020.

SIMPSON, R.; ROBINSON, L. Rehabilitation following critical illness in people with COVID-19 infection. *Am J Phys Med Rehabil* 2020 Apr 10. doi: 10.1097/PHM. 0000000000001443. **Online ahead of print**

SMITH, J. M. et al. Home and community-based physical therapist management of adults with post-

intensive care syndrome. **Physical therapy**, v. 100, n. 7, p. 1062-1073, 2020.

WU, J. et al. **Interpretação de sinais de TC de pneumonia por coronavírus (COVID-19) de 2019.** Radiologia Europeia. 2020.

CAPÍTULO 8

MUDANÇA NO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO HIV NA POPULAÇÃO BRASILEIRA

Mariana Vieira Garcia de Carvalho¹;

Universidade Atenas, Paracatu-MG.

<http://lattes.cnpq.br/9881315722628150>

Bruna Rocha Soares de Almeida²;

Universidade Atenas, Paracatu-MG.

<http://lattes.cnpq.br/1141296672460355>

Julian Reis da Silva³;

Universidade Atenas, Paracatu-MG.

<http://lattes.cnpq.br/9635670870045765>

Silvano Araújo Ferreira Junior⁴;

Universidade Atenas, Paracatu-MG.

<http://lattes.cnpq.br/7332472043512683>

Priscilla Itatianny de Oliveira Silva⁵.

Universidade Atenas, Paracatu-MG.

<http://lattes.cnpq.br/828068303725359>

RESUMO: Em 1981, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) foi descrita. Posteriormente, descobriu-se que seu causador é o retrovírus Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), com genoma composto por Ácido Ribonucleico (RNA), tendo como alvo os linfócitos TCD4 e utilizando a enzima transcriptase reversa para multiplicar-se. Os primeiros casos de HIV registrados aconteciam predominantemente em homens, adultos, de alta escolaridade e homossexuais. Com o tempo, o panorama epidemiológico da doença alterou-se, tendendo a um perfil hétero, feminino e idoso. O presente estudo tem como objetivo analisar a mudança do perfil epidemiológico da AIDS na população brasileira, de acordo com o sexo e idade, buscando assim alertar para uma mudança em relação à área de atuação das campanhas preventivas da atenção primaria, sem deixar de priorizar os grupos que sempre são considerados de risco. Foram utilizados dados do Boletim Epidemiológico dos casos de HIV/Aids no Brasil e da plataforma do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Ao final do estudo conclui-se, um crescimento significativo de casos positivos do vírus HIV nos grupos compostos por mulheres e idosos. Tornando-se necessário um novo plano de prevenção do HIV que englobe esses grupos.

PALAVRAS-CHAVE: HIV. Feminização. Envelhecimento.

CHANGE IN THE EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF HIV IN THE BRAZILIAN POPULATION

ABSTRACT: In 1981, Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) was described. Subsequently, it was discovered that its cause is the HIV retrovirus (human immunodeficiency virus), with rna genome, Retroviridae family and subfamily Lenvirinae, targeting TCD4 lymphocytes, requiring the reverse transcriptase enzyme to multiply. The first cases of HIV registered occurred predominantly in large urban centers, in a population composed of men, adults, with higher schooling, homosexuals, injecting drug users and hemophiliacs. Over the years, the epidemiological panorama of the disease has changed, and trends of heterosexualization, feminization and advanced age can be observed, even though the number of AIDS cases is still higher in the young population of homosexual males. The present study aims to analyze the change in the epidemiological profile of AIDS in the Brazilian population, according to gender and age, thus seeking to alert to a change in relation to the area of action of preventive campaigns of primary care, while prioritizing groups that are always considered risks. Data from the Epidemiological Bulletin of HIV/AIDS cases in Brazil and the DATASUS platform by the SINAN system were used. At the end of the study, it is expected to quantify aids cases by analyzing a significant growth in the groups composed of women and the elderly.

KEY-WORDS: HIV. Feminization. Aging.

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) foi descrita em 1981, nos Estados Unidos da América (EUA) após uma série de casos de pessoas adultas do sexo masculino, homossexuais e moradores de São Francisco que desenvolverem sarcoma de Kaposi, pneumonia por *Pneumocystis carinii* e sério comprometimento do sistema imune. Casos estes que são raros e incomuns, encontrados apenas em pessoas em estados de imunodeficiência avançada. Após dois anos, estudos revelaram que tais casos advinham de estados tardios do Vírus da Imunodeficiência HumanaHIV sigla em inglês para Vírus da Imunodeficiência Humana, que possui genoma do Ácido Ribonucleico (RNA), pertencente à família Retroviridae e subfamília Lentivirinae. Multiplica-se através da enzima transcriptase reversa, que faz transcrição do RNA viral para uma cópia DNA tendo a possibilidade de integrar-se ao genoma do hospedeiro¹.

A transmissão é predominantemente por via sexual, mas também pelo contato com sangue contaminado (usuários de drogas injetáveis e receptores de sangue) e transmissão vertical (da mãe para o filho durante a gestação, parto ou aleitamento materno). Também existe a transmissão ocupacional, em que profissionais da área da saúde se contaminam devido a ferimentos com instrumentos perfuro-cortantes contaminados pelo HIV. Sendo que somente o contato com sangue, sêmen, secreções genitais e leite materno contaminados são suficientes para o indivíduo se infectar.^{2,3}

A doença apresenta duas fases, na fase aguda da doença, durante as primeiras semanas após a infecção, os níveis de carga viral aumentam rapidamente. O indivíduo apresenta sintomas inespecíficos de uma infecção viral, elevada carga de replicação do vírus, tendo maior probabilidade de transmitir a doença. Após uma resposta imune mediada por células, a carga viral permanece estável por muitos anos (fase de latência), o paciente fica assintomático. A fase tardia consiste em um novo aumento da

carga viral, levando à AIDS.⁴ A evolução da doença se dá por intensa e contínua replicação viral em diferentes compartimentos anatômicos e celulares e resulta na disfunção e destruição dos linfócitos T CD4+ e outras células do sistema imune. Há diminuição progressiva da imunidade e o organismo fica suscetível a infecções oportunistas, neoplasias e manifestações autoimunes.⁴

Inicialmente, as pessoas vítimas da Aids eram homens, jovens e homossexuais, de classe alta e média alta. Mas sabe-se que esse perfil vem mudando e atinge cada vez mais a população vulnerável socialmente, dessa forma o estudo busca mostrar através de dados essa mudança no perfil dos pacientes HIV positivos, um fenômeno de “feminização” e aumento entre as pessoas da terceira idade.⁵

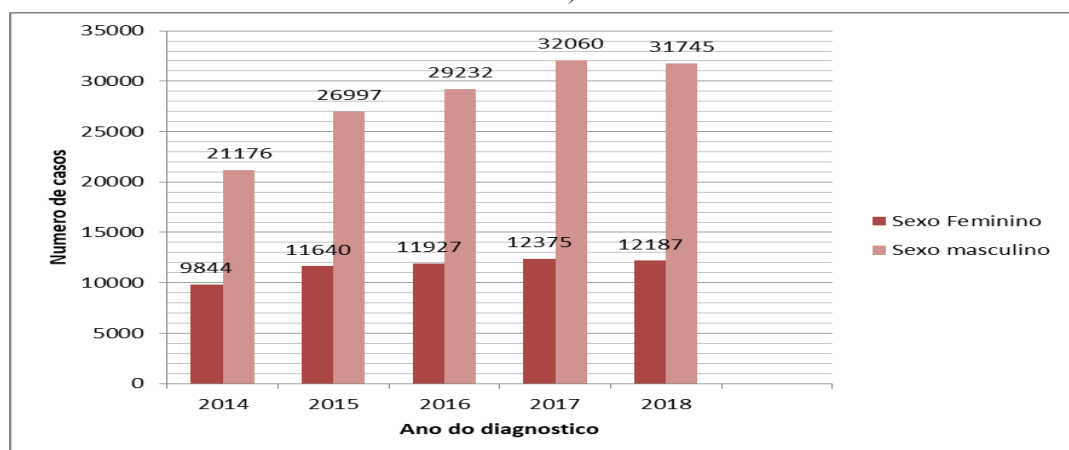
METODOLOGIA

O presente estudo tem como objetivo descrever a mudança epidemiológica no perfil do HIV na população brasileira, dessa forma para que acontecesse, foram utilizados dados do Boletim Epidemiológico dos casos de HIV/Aids 2019 e do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), sendo esses, órgãos da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, com responsabilidade de coletar, processar e disseminar informações sobre saúde, principalmente sobre doenças de notificação compulsória como o HIV. As bases teóricas e os componentes textuais do presente estudo foram pesquisados e estudados em artigos aprovados nas plataformas SCIELO, LILACS e PUBMED.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram analisados dados da plataforma DATASUS consolidados do SINAN e do boletim epidemiológico dos casos de HIV nos anos de 2014 a 2018, usando comparações entre sexo e idade dos pacientes notificados. De acordo com os critérios de notificação do HIV no ano de 2014, foram notificados 9.844 casos em mulheres e 21.176 casos em homens, no ano de 2015 tanto o número de mulheres como o de homens contaminados aumentaram, foram notificados 11.640 casos em mulheres e 26.997 casos em homens, no ano de 2016 foram notificados 11.927 casos em mulheres e 29.232 casos em homens, em 2017 foram notificados 12.375 casos em mulheres e 32.060 casos em homens já no ano de 2018, foram contabilizados 12.187 casos em mulheres e 31.745 casos em homens. (Gráfico 1), o que demonstra uma elevação de aproximadamente 23% nas mulheres e 49,9% nos homens dos casos de HIV na população brasileira em geral.⁶

Gráfico 1- Número de casos HIV notificados pelo SINAN em razão entre sexo masculino e feminino no Brasil (2014 – 2018)



Outro dado observado com o estudo é a idade em que os pacientes estão sendo diagnosticados. Mesmo o perfil epidemiológico continuando a ser majoritariamente nos homens jovens de 20 a 29 anos e nas mulheres jovens de 25 a 39 (Gráficos 2 e 3), pode-se notar que mesmo não sendo predominante, o número de idosos notificados com HIV cresceu de 2014 para 2018.⁶

Gráfico 2 – Relação de número de casos HIV notificados no SINAN do sexo masculino por ano do diagnóstico no Brasil (2014-2018).

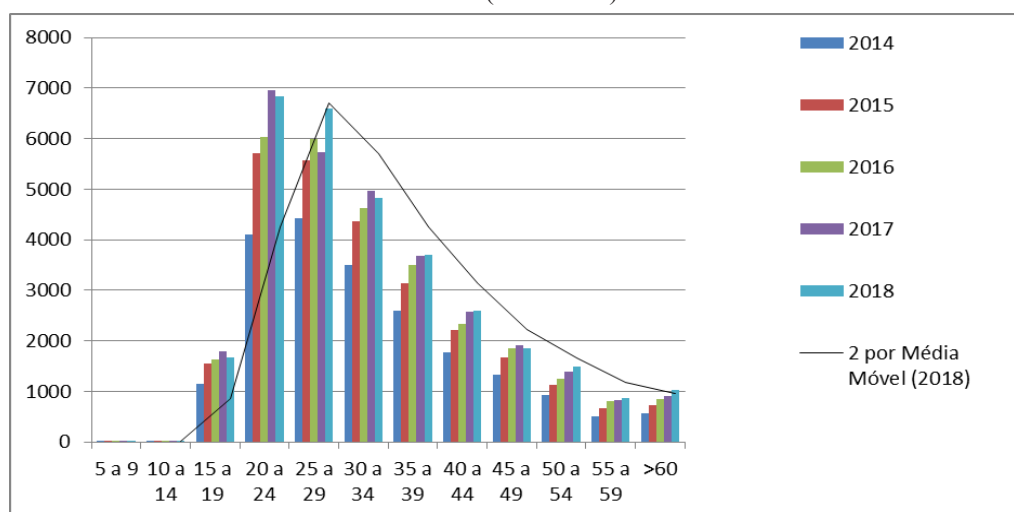
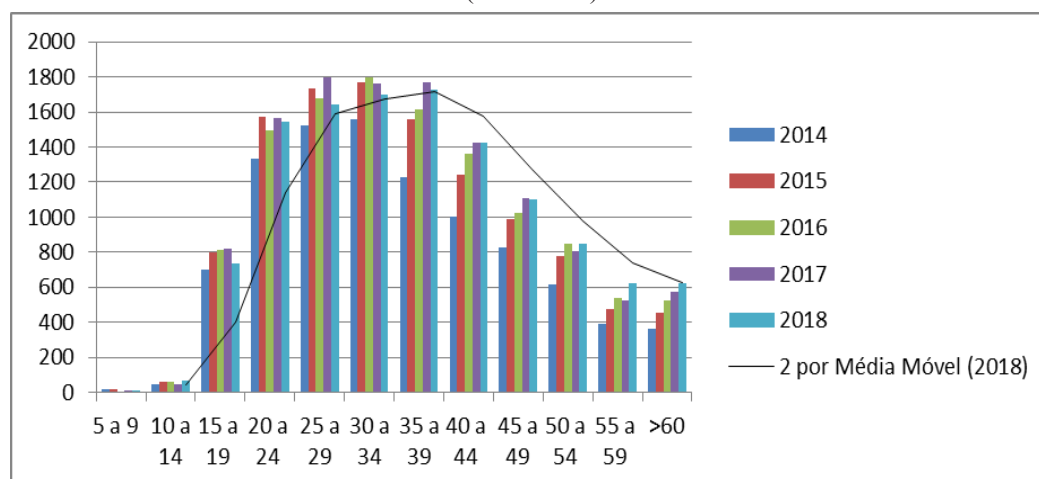
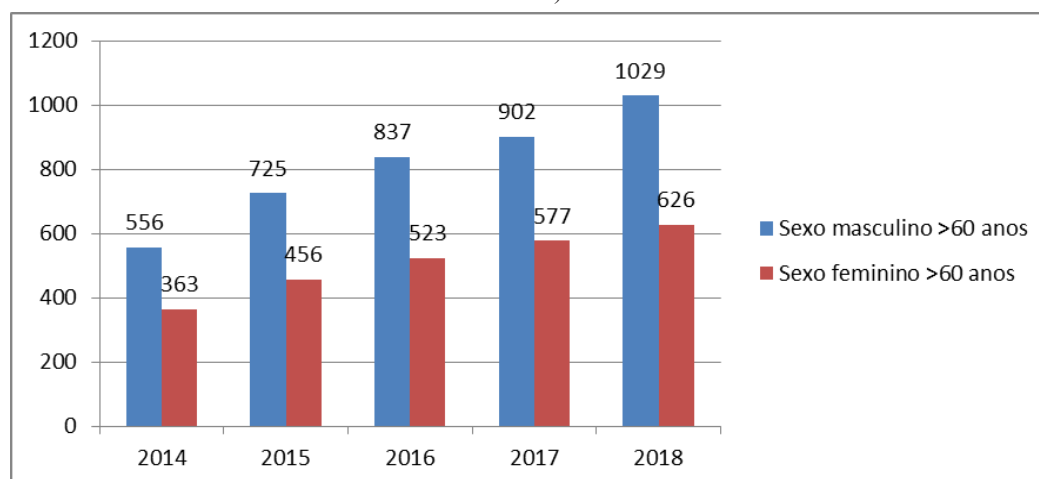


Gráfico 3 – Relação número de casos HIV notificados no SINAN do sexo feminino por ano do diagnóstico no Brasil (2014-2018)



Foram comparados também separadamente os casos notificados em maiores de 60 anos, entre os homens no ano de 2014 foram 556 notificados, em 2015, 725 notificações, 2016 registrou-se 837 casos, 2017 notificaram 902 casos e, por fim, em 2018 foram registrados 1029 homens portadores de HIV. Nas mulheres, o crescimento também foi importante, em 2014 foram notificadas 363 mulheres, em 2015 foram 456 notificadas, 2016 o número elevou-se para 523, em 2017 registro-se 577 e em 2018 proporcionou 626 mulheres notificadas (Gráficos 4).⁶

Gráfico 4 – Números de casos HIV notificados pelo SINAN acima dos 60 anos no sexo masculino e feminino (2014-2018)



Em relação à categoria de exposição, observou-se que, embora o número de casos de AIDS em pessoas do sexo masculino tenha sido mais elevada se comparado ao número de casos nas mulheres, a tendência de entre as mulheres ocorreu de modo muito acelerado.¹¹ No geral, essa contaminação acontece entre mulheres de baixa escolaridade, com pouca ou nenhuma renda, com maior probabilidade de sofrer violência por parceiro íntimo, além de mulheres que são surpreendidas no momento do diagnóstico por muitas vezes estarem em uma relação amorosa ou até mesmo conjugal com único parceiro.^{3,11} Já a contaminação cada vez mais frequente de pessoas maiores de 60 anos é explicada pelo envelhecimento da sociedade brasileira. Em 1970 o país tinha 4,7 milhões de cidadãos com mais

de 60 anos; em 1980 já eram 7,2 milhões; em 1991 a população de idosos cresceu para 10,7 milhões. A projeção para 2020 é de 27,2 milhões de idosos e até 2050 pessoas com mais de 65 anos poderão alcançar 22,6% da população brasileira, aproximando-se da situação vivida atualmente pelos países desenvolvidos.^{3,4,12}

Após análise dos dados registrados nos gráficos, torna-se indiscutível a clara mudança no perfil epidemiológico do HIV. A síndrome, que antes era majoritariamente em homens jovens, deixa de ter esse predomínio expressivo, mesmo continuando a liderar os dados estatísticos, dando espaço a uma contaminação cada vez maior em mulheres e pessoas da terceira idade.^{6,17-20}

CONCLUSÃO

Durante muitas décadas foi indiscutível o predomínio de homens jovens de maior nível socioeconômico contaminados pelo HIV. Atualmente, nota-se uma mudança no perfil epidemiológico da doença no Brasil, dando espaço a uma contaminação cada vez mais expressiva em mulheres, casais heterossexuais e pessoas da terceira idade. Consequências resultantes de uma melhora na expectativa de vida juntamente com a qualidade sexual dos idosos, aumento do número de parceiros sexuais pelas mulheres com maior exposição sexual, predisposição à violência sexual por mulheres de baixo nível socioeconômico e início cada vez mais precoce das atividades sexuais em ambos sexos.^{5,15-20}

Dessa forma, nota-se que existe a necessidade de nova estruturação dos serviços de saúde para que possam responder às demandas do novo perfil epidemiológico do Brasil, promovendo a prevenção e tratamento adequado exigido por essas populações.^{7,20}

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

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

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. **Política Nacional de DST/AIDS Princípios e Diretrizes**. Brasília, DF. 13-33,1999.

DANTAS, Mariana de Sousa; ABRÃO, Fátima Maria da Silva; COSTA, Solange Fátima Geraldo da; OLIVEIRA, Denize Cristina de. HIV/AIDS: meanings given by male health professionals. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [S.L.], v. 19, n. 2, p. 323-330, 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150044>.

BELLAN, Steve E.; DUSHOFF, Jonathan; GALVANI, Alison P.; MEYERS, Lauren Ancel. Reassessment of HIV-1 Acute Phase Infectivity: accounting for heterogeneity and study design with simulated cohorts. **Plos Medicine**, [S.L.], v. 12, n. 3, p. 1001801, 17 mar. 2015. Public Library of Science (PLOS). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001801>.

ROUZINE, Igor M.; WEINBERGER, Ariel D.; WEINBERGER, Leor S.. An Evolutionary Role for HIV Latency in Enhancing Viral Transmission. **Cell**, [S.L.], v. 160, n. 5, p. 1002-1012, fev. 2015. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cell.2015.02.017>.

FONSECA, Maria Goretti Pereira; SZWARCOWALD, Célia Landmann; BASTOS, Francisco Inácio. Análise sociodemográfica da epidemia de Aids no Brasil, 1989-1997. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 36, n. 6, p. 678-685, dez. 2002. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102002000700004>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico de HIV/ Aids 2019**. Brasília, DF. Dez, 2019

SANTOS, Alessandra Fátima de Mattos; ASSIS, Mônica de. Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [S.L.], v. 14, n. 1, p. 147-157, mar. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1809-98232011000100015>.

VANZELLA, Elídio; NASCIMENTO, João Agnaldo do; SANTOS, Sérgio Ribeiro dos. O envelhecimento, a transição epidemiológica da população brasileira e o impacto nas hospitalizações. **Rev Elet Estácio Saúde**. vol. 7, n. 1, 2018. ISSN: 1983-1617.

VILLARINHO, Mariana Vieira; PADILHA, Maria Itayra; BERARDINELLI, Lina Márcia Miguéis; BORENSTEIN, Miriam Susskind; MEIRELLES, Betina Horner Schlindwein; ANDRADE, Selma Regina de. Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 66, n. 2, p. 271-277, abr. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672013000200018>.

SILVA, Richardson Augusto Rosendo da; DUARTE, Fernando Hiago da Silva; NELSON, Ana Raquel Cortês. et al. A epidemia da aids no brasil: análise do perfil atual. **Revista Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 7, n. 10, p. 6039-6046, out. 2013.

VILLELA, Wilza Vieira; MONTEIRO, Simone. Gênero, estigma e saúde: reflexões a partir da prostituição, do aborto e do hiv/aids entre mulheres. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S.L.], v. 24, n. 3, p. 531-540, set. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742015000300019>.

CAMPBELL-YESUFU, O. T.; GANDHI, R. T.. Update on Human Immunodeficiency Virus (HIV)-2 Infection. **Clinical Infectious Diseases**, [S.L.], v. 52, n. 6, p. 780-787, 1 mar. 2011. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/cid/ciq248>.

DALLA LASTA, L.; BORDIGNON, J. S.; ARAÚJO, C. P.; FERREIRA, E. M.; FARÃO, E. M. D.; HECK, T. W. A INCIDÊNCIA DO HIV EM PACIENTES IDOSOS. **Revista Contexto & Saúde**, [S. L.], v. 11, n. 20, p. 599–602, 1 jul 2013. Universidade Federal de Santa Maria. DOI: 10.21527/2176-7114.2011.20.599-602.

SILVA, Suelane Renata de Andrade; MARQUES, Ana Paula de Oliveira; LEAL, Márcia Carréra Campos; TORRES, Kydja Milene Souza; ARAËJO, Janaína Gabriela Coêlho de. PESSOAS COM 50 ANOS E MAIS COM HIV/AIDS NO BRASIL: quem são?. **Estudos Interdisciplinares Sobre O Envelhecimento**, [S.L.], v. 23, n. 2, p. 149-165, 30 dez. 2018. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. <http://dx.doi.org/10.22456/2316-2171.75018>.

SCHUELTER-TREVISOL, Fabiana; PAOLLA, Pucci; JUSTINO, Ariane Zanetta; PUCCI, Nicole; SILVA, Ana Carolina Barreto da. Perfil epidemiológico dos pacientes com HIV atendidos no sul do Estado de Santa Catarina, Brasil, em 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S.L.], v. 22, n. 1, p. 87-94, mar. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742013000100009>.

SOARES, Karina Maria de Souza; SILVA, José Antônio Novaes da. Masculinidade e HIV/AIDS: a construção de uma articulação entre a saúde reprodutiva com as categorias “raça” e gênero. In: Encontro Nacional da Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisa sobre a Mulher e Relações de Gênero, 17º, 2012, João Pessoa - PB. **Anais**, João Pessoa: Editora Universitária UFPB, 2012, P. 210-221.

FERREIRA, Luciana Tiemi Kuranishi; CEOLIM, Maria Filomena. Qualidade do sono em portadores do vírus da imunodeficiência humana. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 46, n. 4, p. 892-899, ago. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342012000400016>.

MOTTA, Maria da Graça Corso da; PEDRO, Eva Neri Rubim; PAULA, Cristiane Cardoso de; COELHO, Débora Fernandes; RIBEIRO, Aline Cammarano; GREFF, Aramita Prates; PADOIN, Stela Maris de Mello; POLETTO, Paula Manoela Batista; RIBEIRO, Nair Regina Ritter; ISSI, Helena Becker. O silêncio no cotidiano do adolescente com HIV/AIDS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 66, n. 3, p. 345-350, jun. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672013000300007>.

BRUM, Maria Luiza Bevilacqua. **Percepções de adolescentes frente as IST/HIV/AIDS: demandas de cuidado à saúde, na perspectiva das vulnerabilidades**. 2017. 254 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

SALES, Willian Barbosa; CAVEIÃO, Cristiano; VISENTIN, Angelita; BREY, Christiane; KERKHOFF, Andreia Conceição Christ; VASCO, Maria José Brobowski. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM HIV/AIDS DO ESTADO DO PARANÁ: estudo ecológico. **Revista de Enfermagem e Atenção À Saúde**, [S.L.], v. 6, n. 1, p. 120-129, 1 ago. 2017. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. <http://dx.doi.org/10.18554/reas.v6i1.1503>.

CAPÍTULO 9

COMPORTAMENTO SEXUAL DE PACIENTES COINFECTADOS HIV/SÍFILIS ATENDIDOS EM CENTRO DE REFERÊNCIA NO NORTE DO BRASIL

Carla Andréa Avelar Pires¹;

Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém, PA, Brasil.

Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém, PA, Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/4043070406676676>.

Rhyan Meninea do Rego²;

Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém, PA, Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/1298380804563049>.

Izaura Maria Vieira Cayres Vallinoto³;

Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém, PA, Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/0691046048489922>.

Amanda Gabay Moreira⁴;

Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém, PA, Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/4612124212721793>.

Luiz Lima Bonfim Neto⁵;

Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém, PA, Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/0439687959267302>.

Julius Caesar Mendes Soares Monteiro⁶.

Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém, PA, Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/4692404138975316>.

RESUMO: Introdução: A Sífilis, apesar de ser uma infecção sexual conhecida há muito tempo e possuir tratamento acessível, persiste como um problema de saúde pública mundial. As altas taxas de transmissão estão relacionadas a diversos fatores, acometendo, em especial, pacientes portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV), uma vez que compartilham a mesma via de transmissão, fatores epidemiológicos e associações biológicas entre si. Objetivo: analisar o perfil epidemiológico, comportamental e apresentações clínicas de pacientes com sífilis atendidos em unidade de acompanhamento para HIV. Método: realizou-se um estudo observacional, descritivo, transversal e unicêntrico, em pacientes HIV positivos atendidos no serviço Casa Dia, em Belém-PA, diagnosticados com sífilis, no período de 2017 a 2018. Resultados: foram analisados 403 pacientes, sendo 352 (87,34%) do sexo masculino, na faixa etária de 18-29 anos (48,88%), sem parceiros fixos (64,02%) e apenas 33 (8,19%) utilizavam preservativos em todas as relações sexuais. A forma clínica predominante foi a sífilis secundária, seguida pela forma latente. O diagnóstico de sífilis em relação ao de HIV predominou até o primeiro mês de diagnóstico do vírus. Conclusões: a população observada com predomínio de homens jovens, com múltiplos parceiros e pequena parcela que utilizam preservativos com regularidade ressalta a importância da periodicidade de testes de sífilis em pacientes soropositivos para o controle destas infecções. É de suma importância, além disso,

estratégias eficazes de prevenção, como medidas comportamentais, educacionais e biomédicas, em especial, para as populações de fatores de risco de ambas patologias.

PALAVRAS-CHAVE: Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Sífilis. Clínico-epidemiológico.

SEXUAL BEHAVIOR OF HIV / SYPHILIS COINFECTED PATIENTS SERVED IN A REFERENCE CENTER IN NORTHERN BRAZIL

ABSTRACT: Introduction: Syphilis, despite being a sexual infection known for a long time and having accessible treatment, persists as a worldwide public health problem. The high rates of transmission are related to several factors, affecting, in particular, patients with the human immunodeficiency virus (HIV), since they share the same route of transmission, epidemiological factors and biological associations among themselves. Objective: to analyze the epidemiological, behavioral profile and clinical presentations of patients with syphilis treated at an HIV monitoring unit. Method: an observational, descriptive, cross-sectional and single-center study was carried out in HIV positive patients seen at the Casa Dia service, in Belem-PA, diagnosed with syphilis, in the period from 2017 to 2018. Results: 403 patients were analyzed, 352 of whom (87.34%) male, aged 18-29 years (48.88%), without steady partners (64.02%) and only 33 (8.19%) used condoms in all sexual relations. The predominant clinical form was secondary syphilis, followed by the latent form. The diagnosis of syphilis in relation to that of HIV prevailed until the first month of diagnosis of the virus. Conclusions: the population observed with a predominance of young men, with multiple partners and a small portion who regularly use condoms emphasizes the importance of the frequency of syphilis tests in seropositive patients for the control of these infections. It is also extremely important to have effective prevention strategies, such as behavioral, educational and biomedical measures, especially for populations with risk factors for both pathologies.

KEY-WORDS: Human Immunodeficiency Virus (HIV). Syphilis. Clinical-epidemiological.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST) causada pelo *Treponema pallidum*, uma espiroqueta conhecida por sua alta patogenicidade, de caráter crônico e persistente (DE SOUZA et al, 2020). A Organização Mundial em Saúde (OMS), atualmente, estima, apesar do conhecimento de medidas de prevenção eficazes e de seu tratamento acessível, que mais de 12 milhões de indivíduos são acometidos por esta enfermidade no mundo, sendo ainda considerada um problema de saúde pública mundial (VIEIRA, 2020).

A América do Sul possui a mais alta incidência de sífilis, representando cerca de 2,8 milhões de casos anuais (AGUILAR et al, 2019), este número se deve em grande parte ao Brasil, que contribui com mais da metade de todos os casos relatados na região (CAVALCANTE et al, 2019). A Sífilis, portanto, no Brasil ainda representa um problema de saúde nacional, merecendo destaque a Região Norte, onde a taxa passou de 34,1 casos/100.000 habitantes em 2018 para 57,6 casos/100.000 habitantes em 2020 (BRASIL, 2020).

As taxas de transmissão estão relacionadas a diversos fatores culturais, sociais e comportamentais (VIEIRA, 2020), acometendo, em especial, indivíduos portadores do vírus da

imunodeficiência humana (HIV) (GOMES et al, 2017), uma vez que essas patologias compartilham a principal via de transmissão: o contato sexual. A relação entre as duas doenças se explica ainda por fatores epidemiológicos e associações biológicas, como a facilidade da transmissão do HIV causada pela ulceração genital e inflamação (KIDD et al, 2018), em contrapartida, pacientes com HIV apresentam diminuição dos linfócitos TCD4⁺ e aumento do RNA do vírus no plasma favorecendo o contágio de IST (SARIGUL et al, 2019). Essa coinfeção, além disso, tem potencial para impactar a apresentação clínica, a terapêutica e progressão da doença (KATAMBA; CHUNGU; LUSALE, 2019).

O estudo, por conseguinte, tem como objetivo analisar o perfil epidemiológico, comportamental e apresentações clínicas de pacientes com sífilis atendidos em uma unidade de referência municipal de acompanhamento para HIV de 2017 a 2018, sendo de suma importância a caracterização do processo saúde-doença regionais para o desenvolvimento de protocolos clínicos específicos e traçar ações preventivas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, descritivo e transversal. O estudo foi realizado no serviço Casa Dia, em Belém, Pará, Brasil, importante centro de referência para a assistência especializada aos pacientes portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Federal do Pará (UFPA), mediante parecer de número 2.765.506.

Foram incluídos na pesquisa pacientes de ambos os sexos, em qualquer faixa etária, em tratamento para HIV diagnosticados com sífilis, no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2018 quando se deu a atuação também da universidade na rotina do referido serviço coroando a aproximação ensino-serviço, obtendo-se a amostra de 403 pacientes. A partir dos prontuários dos pacientes, obteve-se informações sociodemográficas, comportamentais e de características clínicas, sendo esses dados avaliados por estatística descritiva, utilizando medida de tendência central, variância e frequências absoluta e relativa.

Quanto ao diagnóstico de sífilis, considerou-se a história do paciente, bem como o exame clínico e testes laboratoriais. Utilizou-se, então, o *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL), teste não treponêmico, para triagem periódica realizada a cada 6 meses, além de ser o teste utilizado no controle de cura da doença. Para a confirmação diagnóstica, no entanto, aplicou-se um teste treponêmico, o Teste com Anticorpo Treponêmico Fluorescente (FTA-ABS).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a sífilis, bem como outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), constituem ainda um grande desafio de saúde, haja vista que cerca de um milhão de infecções por via sexual são adquiridas diariamente no mundo, gerando impacto na saúde sexual, neonatal e reprodutiva, além de complicações graves se não tratadas adequadamente (KATAMBA; CHUNGU; LUSALE, 2019).

Coletou-se dados de 403 pacientes onde destaca-se, na análise entre os dados sociodemográficos (**Tabela 1**), um predomínio de indivíduos do sexo masculino (87,34%), adultos jovens entre 18-29

anos (48,88%) e com ensino médio completo (48,14%).

TABELA 1 - Características sociodemográficas de pacientes com coinfeção sífilis/HIV atendidos em serviço de referência, Belém – Pará, 2017 a 2018.

Características sociodemográficas*	N	%
Sexo		
Masculino	352	87,34
Feminino	51	12,66
Total	403	100,00
Faixa etária		
Menor de 18 anos	1	0,25
18 a 29 anos	197	48,88
30 a 39 anos	109	27,05
40 a 49 anos	56	13,90
50 a 59 anos	34	8,44
60 anos ou mais	6	1,49
Total	403	100,00
Raça/ etnia		
Branco	63	15,63
Preto	42	10,42
Pardo	296	73,45
Indígena	1	0,25
Sem informação	1	0,25
Total	403	100,00
Escolaridade		
Analfabeto	3	0,74
Ensino fundamental	54	13,40
Ensino médio	194	48,14
Ensino superior	62	15,38
Sem informação	90	22,33
Total	403	100,00
Procedência		
Região Metropolitana de Belém	388	96,28
Interior do Estado	12	2,98
Outro Estado	3	0,74
Total	403	100,00
Ocupação		
Empregado	208	51,61
Desempregado	20	4,96
Autônomo	70	17,37
Aposentado	2	0,50
Estudante	71	17,62
Sem informação	32	7,94
Total	403	100,00

Fonte: Protocolo de pesquisa, 2021.

Dentre as classificações clínicas da sífilis (**Tabela 2**), destaca-se como forma predominante a sífilis secundária (30,52%), seguida pela forma clínica latente (12,41%) e, por fim, a apresentação clínica primária (5,96%).

TABELA 2 - Características clínicas relativas à sífilis em pacientes com coinfeção com o HIV atendidos em serviço de referência, Belém – Pará, 2017 a 2018.

Características clínicas	n	%
Classificação clínica		
Primária	24	5,96
Secundária	123	30,52
Latente	50	12,41
Não informado	206	51,12
Total	403	100,00

Fonte: Protocolo de pesquisa, 2021.

Foi observada uma predominância de sífilis adquirida em sua fase secundária, a qual costuma ser mais sintomática o que induz o paciente a procurar assistência médica. O expressivo número de pacientes sem fase definida se deve ao descuido no preenchimento correto dos prontuários. Predomínio da fase secundária e em pacientes do sexo masculino, concordam com a maioria dos estudos e com o Boletim Epidemiológico brasileiro (THIENKRUA et al, 2016; BRASIL, 2020), e

corroborando a hipótese que esta população se expõe mais aos fatores de risco para ambas patologias (SOGKAS et al, 2018), além disso, salienta-se o fato de que os homens, de maneira geral, buscam menos os serviços de saúde (SOUSA et al, 2020), consequentemente, menos informações em centros de testagem e aconselhamento. Em relação à faixa etária, o maior número de pacientes entre 18 e 39 anos de idade pode ser explicado, principalmente no sexo masculino, devido ser também uma faixa etária onde a vida sexual costuma a ser mais ativa e além disso a fase onde ocorre maior consumo de drogas endovenosas que deixam os indivíduos fragilizados e se expõe com maior frequência a relações sexuais de risco e múltiplas parcerias (LUPPI et al, 2018; PIRES et al, 2020).

Quanto à escolaridade dos pacientes estudados, a maioria completou até o ensino médio, esse dado corrobora com estudos prévios que relataram maior soroprevalência em jovens, com baixa escolaridade (THIENKRUA et al, 2016), na literatura há associação entre menor escolaridade, início sexual precoce e menor poder aquisitivo e maior prevalência de ISTs (PINTO et al, 2018). Diferente da maioria dos estudos (PIRES et al, 2020; LEE et al, 2020), na presente pesquisa, sobre a ocupação dos participantes, mais da metade se encontravam na categoria de empregados, seguida dos estudantes e dos autônomos, ressaltando, assim, a importância de se conhecer a fundo o perfil desta população local para poder alcança-los nas estratégias de prevenção das ISTs.

Evidencia-se, quanto aos aspectos comportamentais (**Tabela 2**), que a maioria dos pacientes não possuía parceiros fixos (64,02%), que apenas 8,19% utilizavam preservativos em todas as relações sexuais e que 9,95% fizeram uso prévio de drogas ilícitas. Dentre as mulheres, 7,84% encontrava-se grávidas no momento da pesquisa.

TABELA 3 - Características de comportamento sexual, uso prévio de drogas ilícitas e gravidez em pacientes com coinfeção sífilis/HIV atendidos em serviço de referência, Belém – Pará, 2017 a 2018.

Características	n	%
Gravidez		
Sim	4	7,84
Não	43	84,31
Não informado	4	7,84
Total	51	100,00
Uso prévio de drogas		
Sim	40	9,93
Não	322	79,90
Não informado	41	10,17
Total	403	100,00
Parceiro fixo		
Sim	140	34,74
Não	258	64,02
Não informado	5	1,24
Total	403	100,00
Uso de preservativo		
Sim (sempre)	33	8,19
Sim (ocasionalmente)	208	51,61
Não	140	34,74
Não informado	22	5,46
Total	403	100,00
Comportamento sexual		
Apenas com homens	252	62,53
Apenas com mulheres	64	15,88
Com homens e mulheres	54	13,40
Sem informação	33	8,19
Total	403	100,00

Fonte: Protocolo de pesquisa, 2021.

Destaca-se assim, no tocante às características comportamentais, que a maior parte dos indivíduos não possuem parceiros fixos, além de apenas 8,19% utilizava preservativos em todas as relações sexuais, sendo os principais fatores associados à transmissão de ISTs (BENEDETTI et al,

2020; SOLOMON et al, 2020). Em contrapartida, é necessário frisar que possuir parceiro fixo não é absolutamente um fator protetor, que garante a proteção contra essas patologias, haja vista que estudos apontam que o sexo sem uso de preservativos pode ser considerado como confiança entre casais (PANARRA et al, 2017), somado ao fato de muitos homens rejeitarem o uso de preservativos (ROSSETTO et al, 2019), possibilitando assim a infecção. A utilização prévia de drogas, apesar de no presente estudo não ter sido notório tal comportamento, é um fator importante a ser considerado, em especial, em jovens que visam aumentar o prazer sexual (THIENKRUA et al, 2016), visto que, além das drogas endovenosas serem uma via importante de transmissão, tais substâncias incapacitam comportamento sexual responsável (PIRES et al, 2020; RIBEIRO et al, 2020).

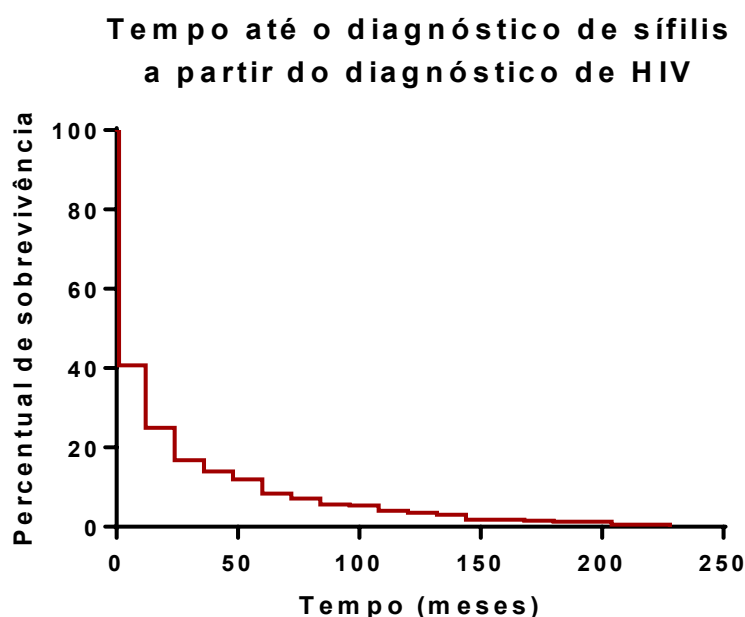
Além dos fatores supracitados, populações específicas demandam mais atenção, devido ao alto risco de infecção por sífilis ativa, além da contaminação do HIV, como pessoas trans, homens que fazem sexo com homens e profissionais do sexo (CHEN et al 2019; RIBEIRO et al, 2020), pois o sexo anal desprotegido pode gerar microlesões na mucosa local que facilitam a transmissão dos patógenos (THIENKRUA et al, 2016), ademais, a sífilis anal é de difícil diagnóstico, uma vez que as úlceras são indolores e imperceptíveis, tornando mais provável a progressão para estágios secundários e terciários (HERNANDEZ et al, 2017). Outrossim, altas taxas de sífilis ativas entre mulheres são preocupantes porque os filhos de mulheres com sífilis possuem risco maior de sífilis congênita, além da correlação com a alta prevalência de HIV, aumentando as chances de transmissão do vírus para os filhos (SOLOMON et al, 2020), no presente estudo certas mulheres estavam grávidas e outras não souberam informar, representando um risco no desenvolvimento dessas crianças.

Estudos reportam que o HIV, bem como a sífilis, interfere na imunidade celular e humoral (PIRES et al, 2020). A coinfeção entre ambas, portanto, apresenta ação sinérgica, tanto pela elevada transmissibilidade do HIV, quanto pela evolução atípica da infecção treponêmica (LUPPI et al, 2018). Clinicamente, essas manifestações atípicas podem ser sutis, mimetizando outras infecções, ou em formas exuberantes, além do maior acometimento precoce do sistema nervoso (ARANDO et al, 2019).

Pacientes portadores de HIV, em razão da diminuição da contagem de linfócitos TCD4+, apresentam resposta celular incapaz de controlar a infecção, progredindo com facilidade ao estágio secundário de sífilis, corroborando com este estudo, que muitas vezes pode incluir queixas sistêmicas, como febre e cefaleia (GARBARINO et al, 2020). A literatura, dessa maneira, sugere que até 40% dos indivíduos não tratados irão desenvolver sífilis terciária, com manifestações cardíacas, cutâneas e neurológicas (PEELING et al, 2017). Muitos pacientes, no entanto, podem se encontrar assintomáticos, com sífilis latente, e identificar a coinfeção em virtude da triagem de rotina em pacientes HIV positivos (LANG et al, 2018), sendo fundamental, independente de manifestações clínicas, o rastreio periódico de sífilis nessa população.

A respeito à ocorrência do diagnóstico de sífilis em relação ao de HIV (**Figura 1**), aproximadamente 60% dos pacientes demonstraram infecção até o primeiro mês de diagnóstico do vírus, e cerca de 20% até 50 dias após este diagnóstico.

FIGURA 1: Tempo de ocorrência de sífilis a partir do diagnóstico de HIV em pacientes com coinfeção sífilis/HIV atendidos em serviço de referência, Belém – Pará, 2017 a 2018.



No que se refere ao tempo do diagnóstico de sífilis, com base no tempo de diagnóstico de HIV, o presente estudo relata a diminuição significativa da incidência de sífilis adquirida em pacientes HIV positivos com o tempo desde o diagnóstico da infecção viral, corroborando com a literatura (LEE et al, 2020), este dado pode ser associado às recomendações dos Centros de Atendimentos às pessoas soropositivas para práticas sexuais seguras.

Outros estudos, todavia, apontam que a Terapia Antiretroviral (TARV) pode estar associada a um maior risco de infecção por sífilis entre pacientes com HIV, com o pressuposto de que em uso da TARV, estes não transmitem o vírus - sendo verdade se uso adequado das medicações, porém isto tem motivado o sexo sem preservativos, aumentando, por conseguinte, o número de ISTs com o passar do tempo (CHEN et al 2019). Salienta-se que a infecção treponêmica diminui discretamente a contagem dos linfócitos TCD4+ e, conseqüentemente, aumento da carga viral, acentuando o risco de transmissão do HIV (PIRES et al, 2020), por outro lado, as lesões primárias e secundárias da sífilis possuem maior transmissibilidade da doença, em função da grande quantidade de espiroquetas nestas lesões (FAGUNDES; SOUZA; PAIVO, 2020).

CONCLUSÃO

Observou-se, no estudo, o seguinte perfil epidemiológico de pacientes coinfectados com sífilis e HIV: homens, jovens, pardos, com ensino médio, com empregos formais e advindos da Região Metropolitana de Belém. Dentre os fatores comportamentais, destaca-se múltiplos parceiros e uma pequena parcela dos pacientes que utilizavam preservativos em todas as relações sexuais. As manifestações treponêmicas, em pacientes HIV positivos, podem ser atípicas, quadros exuberantes e graves, com manifestações secundárias e terciárias da doença. O diagnóstico de sífilis em relação a do HIV se deu precocemente, até o primeiro mês de diagnóstico do vírus, podendo estar associado

às instruções dadas aos pacientes em acompanhamento na unidade de referência onde foi realizado o estudo.

É de suma importância, diante disso, a realização dos testes de sífilis com periodicidade em pacientes com HIV, a fim de diagnosticar também a forma clínica latente da doença, uma vez que estas ISTs apresentam grande correlação. É necessário, ademais, ações eficazes de prevenção destas doenças, com estratégias focadas aos grupos de maior vulnerabilidade, sejam elas comportamentais, biomédicas e educacionais.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

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

REFERÊNCIAS

AGUILAR G FAU - ESTIGARRIBIA, G.; ESTIGARRIBIA G FAU - ORTIZ, A.; ORTIZ A FAU - MIRANDA, A. E.; MIRANDA, A. E. et al. **Prevalence of Syphilis and Related Risk Behaviors Among Women in 5 Distinct Indigenous Populations in Paraguay.** Sexually Transmitted Diseases, n. 1537-4521 (Electronic), 2019.

ARANDO, M.; FERNANDEZ-NAVAL, C.; MOTA-FOIX, M.; MARTINEZ, D. et al. **Early syphilis: risk factors and clinical manifestations focusing on HIV-positive patients.** BMC Infectious Diseases, 19, n. 1, p. 727, 2019/08/16 2019.

BENEDETTI, M. S. G.; NOGAMI, A. S. A.; COSTA, B. B. d.; FONSÊCA, H. I. F. d. et al. **Sexually transmitted infections in women deprived of liberty in Roraima, Brazil.** Revista de Saúde Pública, 54, 2020.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico: Sífilis 2020.** Brasília, 2020.

CAVALCANTE, N. d. S.; LIMA, H. R. R. d.; TABOSA, D. F.; BARBOSA, E. d. S. S. et al. **Syphilis in female sex workers: an epidemiological study of the highway system of the state of Pará, northern Brazil.** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 52, 2019.

CHEN, L.; YANG, J.; MA, Q.; PAN, X. **Prevalence of Active Syphilis Infection and Risk Factors among HIV-Positive MSM in Zhejiang, China in 2015: A Cross-Sectional Study.** International journal of environmental research and public health, 16, n. 9, p. 1507, 2019.

DE SOUZA, R. L.; DOS SANTOS MADEIRA, L. D. P.; PEREIRA, M. V. S.; DA SILVA, R. M. et al. **Prevalence of syphilis in female sex workers in three countryside cities of the state of Pará, Brazilian Amazon.** BMC Infectious Diseases, 20, n. 1, p. 129, 2020.

FAGUNDES, R. N.; SOUZA, L. M.; PAIVO, A. C. H. S. **Incidência de sífilis adquirida no município de São João Del Rei- MG no período de 2015 a 2018.** Brazilian Journal of health Review, 6, n. 8, 2020.

GARBARINO, M. C.; TRILA, C.; HEFFNER, L.; CANTÓN, M. E. et al. **Malignant syphilis in a**

- patient with HIV infection.** Medicina (Buenos Aires), n. 1669-9106 (Electronic), 2020.
- GOMES, N. C. R. C.; MEIER, D. A. P.; PIERI, F. M.; ALVES, E. et al. **Prevalence and factors associated with syphilis in a Reference Center.** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 50, p. 27-34, 2017.
- HERNANDEZ, I.; JOHNSON, A.; REINA-ORTIZ, M.; ROSAS, C. et al. **Syphilis and HIV/Syphilis Co-infection Among Men Who Have Sex With Men (MSM) in Ecuador.** American Journal of Men's Health, n. 1557-9891 (Electronic), 2017.
- KATAMBA, C. A.-O.; CHUNGU, T.; LUSALE, C. **HIV, syphilis and hepatitis B coinfections in Mkushi, Zambia: a cross-sectional study.** F1000Research, n. 2046-1402 (Electronic), 2019.
- KIDD, S.; TORRONE, E.; SU, J.; WEINSTOCK, H. **Reported Primary and Secondary Syphilis Cases in the United States: Implications for HIV Infection.** Sexually transmitted diseases, 45, n. 9S Suppl 1, p. S42-S47, 2018.
- LANG, R.; READ, R.; KRENTZ, H. B.; PENG, M. et al. **A retrospective study of the clinical features of new syphilis infections in an HIV-positive cohort in Alberta, Canada.** BMJ Open, n. 2044-6055 (Electronic), 2018.
- LEE, N.-Y.; CHEN, Y.-C.; LIU, H.-Y.; LI, C.-Y. et al. **Increased repeat syphilis among HIV-infected patients: A nationwide population-based cohort study in Taiwan.** Medicine, 99, n. 28, p. e21132-e21132, 2020.
- LUPPI, C. G.; GOMES, S. E. C.; SILVA, R. J. C. d.; UENO, A. M. et al. **Fatores associados à coinfeção por HIV em casos de sífilis adquirida notificados em um Centro de Referência de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids no município de São Paulo, 2014.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, 27, 2018.
- PANARRA, B.; TEIXEIRA, E.; PALMEIRA, I.; RODRIGUES, I. et al. **Vítimas e culpadas: representações sociais sobre mulheres que vivem com HIV.** Revista CUIDARTE, 8, p. 1887, 09/01 2017.
- PEELING, R. W.; MABEY, D.; KAMB, M. L.; CHEN, X. S. et al. **Syphilis.** Nature Communications, n. 2056-676X (Electronic), 2017.
- PINTO, V. M.; BASSO, C. R.; BARROS, C. R. d. S.; GUTIERREZ, E. B. **Fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis: inquérito populacional no município de São Paulo, Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, 23, p. 2423-2432, 2018.
- PIRES, C. A. A.; LOPES, N. S.; FAYAL, S. P.; LOPES, L. S. et al. **Clinical and epidemiological aspects of patients with HIV/syphilis co-infection treated at a reference center.** Brazilian Journal of Health Review 3, n. 4, 2020.
- RIBEIRO, A.; TREVIZOL, A.; OLUWOYE, O.; MCPHERSON, S. et al. **HIV and syphilis infections and associated factors among patients in treatment at a Specialist Alcohol, Tobacco, and Drugs Center in São Paulo's Cracolândia.** Trends in Psychiatry and Psychotherapy, 42, p. 1-6, 2020.

- ROSSETTO, M.; MAFFACCIOLLI, R.; ROCHA, C. M. F.; OLIVEIRA, D. L. L. C. d. et al. **Coinfecção tuberculose/HIV/aids em Porto Alegre, RS - invisibilidade e silenciamento dos grupos mais afetados.** Revista Gaúcha de Enfermagem, 40, 2019.
- SARIGUL, F.; SAYAN, M.; INAN, D.; DEVECI, A. et al. **Current status of HIV/AIDS-syphilis co-infections: a retrospective multicentre study.** Central European Journal of Public Health, 27, n. 3, p. 223-228, / 2019.
- SOGKAS, G.; ERNST, D.; ATSCHEKZEI, F.; JABLONKA, A. et al. **Consider Syphilis in Case of Lymphopenia in HIV-Infected Men Who Have Sex with Men (MSM): A Single-center, Retrospective Study.** Infectious diseases and therapy, 7, n. 4, p. 485-494, 2018.
- SOLOMON, H. A.-O.; MORAES, A. N.; WILLIAMS, D. B.; FOTSO, A. S. et al. **Prevalence and correlates of active syphilis and HIV co-Infection among sexually active persons aged 15-59 years in Zambia: Results from the Zambia Population-based HIV Impact Assessment (ZAMPHIA) 2016.** Plos One, n. 1932-6203 (Electronic), 2020.
- SOUSA, J. L. d.; ALENCAR, G. P.; ANTUNES, J. L. F.; SILVA, Z. P. d. **Marcadores de desigualdade na autoavaliação da saúde de adultos no Brasil, segundo o sexo.** Cadernos de Saúde Pública, 36, 2020.
- THIENKRUA, W.; TODD, C. S.; CHONWATTANA, W.; WIMONSATE, W. et al. **Incidence of and temporal relationships between HIV, herpes simplex II virus, and syphilis among men who have sex with men in Bangkok, Thailand: an observational cohort.** BMC Infectious Diseases, n. 1471-2334 (Electronic), 2016.
- VIEIRA, C. **Perfil epidemiológico, investigação e evolução dos casos de sífilis em um município brasileiro.** Comunicação em Ciências da Saúde, 31, n. 02, p. 105-116, 10/02 2020.

ABORDAGEM DO ENFERMEIRO ATRAVÉS DA RELAÇÃO TERAPÊUTICA FRENTE AS EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS

Helton Camilo Teixeira¹;

Centro Universitário São Lucas (UniSL), Porto Velho, Rondônia.

<http://lattes.cnpq.br/4065026205209333>

Gustavo Henrique Nery²;

Faculdade de Rondônia (FARO), Porto Velho, Rondônia.

<http://lattes.cnpq.br/0513557962912586>

Larissa Alves Simões³;

Centro Universitário São Lucas (UniSL), Porto Velho, Rondônia.

<http://lattes.cnpq.br/6917445653194288>

Raiana Almeida de Souza⁴;

Centro Universitário São Lucas (UniSL), Porto Velho, Rondônia.

<http://lattes.cnpq.br/3362164678661333>

Thayla Steffany Parente Conrado⁵;

Centro Universitário São Lucas (UniSL), Porto Velho, Rondônia.

<http://lattes.cnpq.br/9955744441240680>

Viviane Amorim Rodrigues⁶;

Centro Universitário São Lucas (UniSL), Porto Velho, Rondônia.

<http://lattes.cnpq.br/6649178382038555>

Lívia Letícia Aguiar Nery⁷;

Centro Universitário São Lucas/UniSL, Porto Velho, Rondônia.

<http://lattes.cnpq.br/1698377572623613>

Nádyla Marina França Souto⁸;

Centro Universitário São Lucas (UniSL), Porto Velho, Rondônia.

<http://lattes.cnpq.br/8118137865355106>

Renato Castro de Oliveira⁹;

Faculdade de Rondônia (FARO), Porto Velho, Rondônia.

<http://lattes.cnpq.br/0398745489340026>

Fabiana Ferreira Schumann¹⁰;

Faculdades Integradas Aparício Carvalho (FIMCA), Porto Velho, Rondônia.

<http://lattes.cnpq.br/0086610804840650>

Midiã Quirino Roberto¹¹;

Faculdades Integradas Aparício Carvalho (FIMCA), Porto Velho, Rondônia.

<http://lattes.cnpq.br/5907466735626516>

Barbara Mayara Souza Vasconcelos¹².

Centro Universitário São Lucas (UniSL), Porto Velho, Rondônia.

<http://lattes.cnpq.br/7571513577981167>

RESUMO: A abordagem do enfermeiro frente as emergências psiquiátricas nos serviços hospitalares precisam sofrer mudanças e reformulações significativas no que tange a assistência desse profissional. Diante disso o enfermeiro precisa do desenvolvimento de habilidades cognitivas, motoras, emocionais e afetivas para abordar uma situação de emergência psiquiátrica nos serviços hospitalares. O presente trabalho tem como objetivo geral descrever a abordagem do enfermeiro através da relação terapêutica frente as emergências psiquiátricas. Trata-se de uma revisão bibliográfica na qual a busca aconteceu através do Portal da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), além da Biblioteca Virtual e Física do Centro Universitário São Lucas (UNISL) localizado no Município de Porto Velho/RO, utilizando-se ainda o instrumento metodológico PICO com intuito de responder à seguinte pergunta norteadora: “Quais evidências científicas há na literatura a respeito da abordagem do enfermeiro através da relação terapêutica frente as emergências psiquiátricas”. Após a pesquisa bibliográfica e a partir dos critérios de inclusão e exclusão, tendo um recorte temporal de publicações entre 2000 até 2010, obtendo como amostra o total de 12 referências. Observa-se que a abordagem do enfermeiro através da relação terapêutica frente às emergências psiquiátricas devem acontecer através do acolhimento, escuta, atenção, empatia, interesse genuíno, e não somente através de procedimentos técnicos.

PALAVRAS-CHAVE: Emergência Psiquiátrica. Relação Terapêutica. Enfermeiro.

NURSE’S APPROACH THROUGH THE THERAPEUTIC RELATIONSHIP IN FRONT OF PSYCHIATRIC EMERGENCIES

ABSTRACT: The nurse’s approach to psychiatric emergencies in hospital services needs to undergo significant changes and reformulations with regard to the assistance of this professional. Therefore, nurses need to develop cognitive, motor, emotional and affective skills to address a psychiatric emergency situation in hospital services. The present work has the general objective of describing the nurse’s approach through the therapeutic relationship in the face of psychiatric emergencies. This is a bibliographic review in which the search took place through the Portal of the Virtual Health Library (VHL), in addition to the Virtual and Physical Library of the Centro Universitario São Lucas (UNISL) located in the city of Porto Velho / RO, using also the PICO methodological instrument in order to answer the following guiding question: “What scientific evidence is there in the literature regarding the nurse’s approach through the therapeutic relationship in the face of psychiatric emergencies”. After the bibliographic search and based on the inclusion and exclusion criteria, having a time frame of publications between 2000 until 2010, obtaining as a sample the total of 12 references. It is observed that the nurse’s approach through the therapeutic relationship in the face of psychiatric emergencies must happen through the reception, listening, attention, empathy, genuine interest, and not only through technical procedures.

KEY-WORDS: Psychiatric Emergency. Therapeutic Relationship. Nurse.

INTRODUÇÃO

A assistência em saúde mental, vem mudado nos últimos anos, especialmente após o movimento da reforma psiquiátrica, o que fez com que o perfil epidemiológico das emergências psiquiátricas ganhasse outro rumo, sendo atendidas em serviços de emergência dos hospitais gerais

(QUEVEDO; CARVALHO, 2014).

Para Barros; Tung; Mari (2010), a prática psiquiátrica vem passando por contínuas mudanças, as quais visam à criação de alternativas de tratamento em saúde mental que impeçam a permanência dos pacientes por um longo período em hospitais psiquiátricos, surgindo então uma rede de serviços de saúde mental que visa, na medida do possível, manejar o paciente psiquiátrico em nível extra-hospitalar.

De acordo com os autores citados acima, a instalação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e a ampliação das funções dos serviços de emergências psiquiátricas são fundamentais e essenciais para o manejo dos pacientes em crise, porém devem manter uma relação intrínseca com toda a rede de atenção em saúde mental.

Conforme Quevedo; Carvalho (2014), Emergência Psiquiátrica (EP) é qualquer situação de natureza psiquiátrica em que existe um risco significativo, seja de morte ou dano grave, para o paciente ou para terceiros, demandando uma intervenção terapêutica imediata.

Para França (2005), as principais alterações presentes nas emergências psiquiátricas são as alterações associadas a risco de morte, como no suicídio ou em pacientes com comportamento violento, ou ainda situação de alterações mentais decorrentes do uso de drogas ou doenças físicas, que devem ter intervenção para a diminuição de sequelas.

Estima-se que em torno de 20% dos pacientes atendidos são suicidas e 10% apresentam comportamento agressivo. Os diagnósticos mais comuns envolvem a depressão, mania, esquizofrenia e dependência de álcool. Cerca de 40% dos pacientes atendidos são encaminhados para internação (KAPLAN; SADOCK, 2007).

Levando em consideração, as emergências psiquiátricas se apresentam de diversas formas, sendo, portanto, um tema primordial e relevante para os profissionais da saúde que atuam no setor de urgência e emergência. Para Quevedo; Carvalho (2014, p.14) “O estigma, as concepções errôneas e a falta de treinamento são fontes de insegurança para muitos profissionais da saúde que se deparam com pacientes agitados e/ou agressivos”.

Kondo et al; (2001), afirmam que as ações assistenciais na emergência psiquiátrica realizada pelo enfermeiro juntamente com a equipe de enfermagem, devem dar a devida importância sobre a abordagem da pessoa com transtorno mental em situação de emergência, sendo fundamental que, se realize com segurança, prontidão e qualidade esse acolhimento.

Segundo França (2005), a abordagem à pessoa com transtorno mental em situação de emergência é de tal importância que, se realizada com segurança, prontidão e qualidade é capaz de determinar a aceitação e a adesão dessa pessoa ao tratamento.

Ainda de acordo com França (2005), a abordagem da pessoa com transtorno mental também, pode ser concebida como a mais importante tecnologia de um serviço de emergência, por meio dela, pode ser efetivada a escuta ativa pelo profissional, expressando o respeito à singularidade do paciente, oferecendo-lhe respostas adequadas e cuidado de enfermagem resolutivo.

Para que aconteça a abordagem do paciente com transtorno mental no setor de emergência psiquiátrica, é necessário que o enfermeiro desenvolva e estabeleça o processo de relacionamento terapêutico, que segundo Kantorski (2002), o relacionamento terapêutico é um instrumento de cuidado que permitem a reintegração e reorganização da pessoa que padece psiquicamente em sua totalidade,

de suas limitações, possibilidades, necessidades imediatas e potencialidades

De acordo com Videbeck (2012, p.94):

“Estabelecer relações terapêuticas com os clientes é uma das habilidades mais importantes do enfermeiro”. A relação terapêutica é essencialmente crucial para o sucesso de intervenções juntos a clientes que precisam de cuidados psiquiátricos, pois a própria relação e a comunicação associada a ela embasam o tratamento e o êxito do atendimento”.

É necessária a abordagem terapêutica a partir de uma avaliação humanizada e singular, o que requer dos profissionais habilidade e rapidez para tomadas de conduta, avaliação da situação, bem como apoiar o paciente, ouvir reflexivamente, verbalizar interesse, fazer perguntas, colocar os eventos em sequência lógica, se aproximar do paciente calmamente, informar e transmitir o desejo de ajudá-lo e, se julgar necessário, pedir ajuda a outros profissionais (STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

A abordagem do enfermeiro é de suma importância para as atividades administrativas e procedimentais realizados nos serviços hospitalares públicos e privados que prestem assistência às emergências psiquiátricas, sendo de sua competência colaborar com a equipe multidisciplinar, além de educar e orientar a família do paciente quanto ao plano de assistência que será prestado bem como explicar a atual fase que este se encontra. Com isso este trabalho tem como Objetivo Descrever a Abordagem do Enfermeiro através da Relação Terapêutica Frente às Emergências Psiquiátricas.

METODOLOGIA

Trata-se de um artigo de revisão bibliográfica de natureza básica e descritiva. Para Marconi; Lakatos (2010), a pesquisa bibliográfica explica um problema a partir de referências teóricas publicado em artigos, livros, dissertações e teses promovendo o conhecimento das diferentes contribuições científicas a cerca de um determinado tema, subsidiando suporte a todas as fases da pesquisa e de qualquer outro tipo de pesquisa, auxiliando na definição do problema, determinando os objetivos, construindo hipóteses e fundamentando as justificativas e conclusões.

Uma pesquisa descritiva descreve as características de uma população ou fenômeno, ou estabelece relação entre as variáveis (OLIVEIRA, MELO, 2008). O estudo partiu da seguinte questão norteadora: “Quais evidências científicas há na literatura nacional a respeito da abordagem do enfermeiro através da relação terapêutica frente às emergências psiquiátricas?”.

Para a elaboração da pergunta da pesquisa utilizou-se a metodologia PICO conforme observado a seguir:

Quadro 1. Componente da pergunta de pesquisa.

Descrição	Abreviação	Componentes da pergunta
População	P	Enfermeiro.
Interesse intervenção	I	Emergências Psiquiátricas
Comparação/ desfecho	Co	Quais evidências científicas há na literatura sobre abordagem do Enfermeiro através da relação terapêutica.
Tipo de estudo	S	Revisão bibliográfica.

Fonte: GALVÃO; PEREIRA (2014, p.184).

Esse tipo de pesquisa, e o que mais aprofunda o conhecimento da realidade, pois tem como preocupação central identificar fatores que determinam ou contribuem para a ocorrência dos fenômenos (MARCONI; LAKATOS, 2010). A partir desse método, a busca do material bibliográfico utilizado na pesquisa, aconteceu durante os meses de setembro de 2020 até março de 2021.

O material utilizado foi pesquisado através da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) utilizando os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Serviços de Emergências Psiquiátricas”, “Enfermagem Psiquiátrica”, “Relação Enfermeiro-Paciente” em português. Além das obras disponíveis na biblioteca virtual e física do Centro Universitário São Lucas (UniSL) localizada no Município de Porto Velho/RO.

Entretanto foram utilizados critérios de inclusão e exclusão para o desenvolvimento da revisão bibliográfica, análise e discussão do trabalho. Os critérios de inclusão no presente estudo foram as referências bibliográficas disponíveis com recorte temporal de 2000 até 2010 relacionados ao tema abordado e ao objetivo pretendido. Os critérios de exclusão foram referências bibliográficas publicados em anos fora do recorte temporal, além dos artigos incompletos nas bases de dados, assim como os escritos em outros idiomas, ou que não correspondia a temática proposta, restando 12 referências utilizadas para a formulação da revisão bibliográfica.

Após esta etapa, realizou-se a divisão do material bibliográfico em um Quadro por meio do Programa Microsoft Word 2016 contendo ano, nome dos autores, título da publicação tipo de material consultado além de editora ou revista.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A Emergência Psiquiátrica embora seja vista como um componente necessário da assistência psiquiátrica, não é tradicionalmente, um tema de destaque nas literaturas principalmente o que tange a abordagem ou assistência de enfermagem conforme observado na primeira etapa da pesquisa.

Porém, a partir da segunda etapa foram levados em consideração apenas as referências (artigos e livros) que descreviam ou traziam a relação com a temática proposta, conforme veremos explicitado na Tabela 1.

Tabela 1. Dados bibliométricos do estudo. Porto Velho/RO, Brasil, 2021.

Ano	Autor (res)	Título	Material	Editora/Revista
2000	SANTOS, Luciana Miranda dos; CASTRO, Rosiani de Cássia Boa Morte	Revisão de Literatura sobre a Assistência de Enfermagem a Pacientes Psiquiátricos em Hospitais Gerais.	Artigo Científico	Revista de Enfermagem UNISA
2000	MAFTUM, MA; STEFANELLI, MC	O uso das técnicas de comunicação terapêutica na relação interpessoal com o doente mental.	Artigo Científico	Revista Cogitare enfermagem Minas Gerais
2001	STUART, Gail W.; LARAIA, , Michele T	Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática.	Livro	Artmed
2002	ESPINOSA, Ana Fernandez	Guias práticos de enfermagem: psiquiatria	Livro	Mcgraw Hill
2002	ODA, Marisa Tumie, et al.	Assistência de enfermagem a uma paciente em unidade psiquiátrica de um hospital geral	Artigo Científico	Revista Nursing
2003	MACHADO, AL; COUVERO, L de A	Unidades de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral: Espaços de Cuidados e a Atuação da Equipe de Enfermagem.	Artigo Científico	Revista Latino- americano de Enfermagem
2005	STEFANELLI, Maguida Costa; et al	A Comunicação nos Diferentes Contextos da Enfermagem.	Livro	Manole
2007	BRAGA, em; SILVA, MJP	Comunicação competente: visão de enfermeiros especialistas em comunicação	Artigo Científico	Acta Paul. Enfermagem
2008	PONTES, Alexandra Carvalho; LEITÃO, Ilse Maria Tigre Arruda; RAMOS, Islane Costa.	Comunicação terapêutica em enfermagem: Instrumento Essencial para o Cuidado	Artigo Científico	Revista Brasileira de Enfermagem
2009	MELLO, Inaiá Monteiro	Bases Psicoterápicas da Enfermagem	Livro	Atheneu
2010	ARAÚJO, Emeli Moura Et al.	Inquérito sobre o uso de contenção física em um hospital psiquiátrico de grande porte no Rio de Janeiro.	Artigo Científico	Jornal brasileiro de Psiquiatria
2010	BARBIERI, Renato Lamounier	S.O.S Cuidados Emergências	Livro	Rideel

Fonte: Autores.

Os enfermeiros têm que assistir o paciente como um todo e individualmente, todas as necessidades básicas do paciente são importantes. Para Machado; Couvero (2003), é primordial que o enfermeiro saiba sobre as medicações e seus efeitos colaterais, mas tão importante quanto é assistir o paciente psicologicamente, muitas vezes não realizamos por achar que é um trabalho de competência de psicólogas, sendo essa também uma necessidade básica do ser humano.

Nesse sentido Oda; Lopes; Júnior (2002, p.18), relata que as principais atividades prestadas pelo enfermeiro na emergência psiquiátrica são as seguintes:

- Cuidados físicos e psicológicos nas 24 horas do dia;
- Facilitar o vínculo terapêutico;
- Elaboração do plano assistencial;
- Orientação e supervisão de técnicos e auxiliares de enfermagem;
- Interagir com os componentes da equipe multidisciplinar;
- Quanto aos comportamentos apresentados pelos pacientes, orientar a família e o próprio paciente sobre seus direitos como cidadãos;
- Informando-lhes desde a medicação que está sendo usada, quais os efeitos colaterais até o apoio psicológico ao paciente e a própria família;
- Orientar e educar a família do paciente quanto à importância e necessidade de dar continuidade ao tratamento do mesmo quando ele receber alta hospitalar.

É preciso avaliar as condições físicas do paciente, verificar se ele está ansioso ou agressivo, porque isso pode diminuir sua atenção, memória e orientação, não permitindo a compreensão de informações mais complexas (STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

Algumas medidas físicas podem ser aplicadas frente a emergência psiquiátrica, porém Araújo et al; (2010), afirma que a contenção física deve ser utilizada em situações em que o paciente está em intensa agitação e com manifestação de comportamentos agressivos, porém só deve ser usada quando as tentativas de intervenção verbal não forem suficientes, sendo indicada principalmente para pacientes com risco de agressão.

Com isso, o ambiente terapêutico e o marco ideal e dinâmico em que se trabalha com os pacientes, ele é um espaço de segurança, no qual se proporcionam cuidados e onde não existe uma atmosfera punitiva (ESPINOSA, 2002).

Para Barbieri (2010, p.360), quando estiver tratando de um paciente que esteja passando por uma emergência psiquiátrica, as suas prioridades incluem providenciar uma avaliação médica e psiquiátrica e controlar a agressão, para tantos os profissionais devem seguir as seguintes instruções:

- Ajudar um paciente a recuperar o seu senso de autocontrole, aja com resolução e compaixão, fale firmemente, mas de modo calmo, de maneira não ameaçadora;
- Garanta a segurança do paciente e dos demais, removendo qualquer item que ele possa usar para se ferir ou ferir os outros;
- Obtenha informação auxiliar para ajudar a determinar a natureza e a gravidade do problema;
- Proceda aos testes diagnósticos para ajudar a determinar se a emergência psiquiátrica tem por fundamento uma condição física;
- Realize um exame do estado mental, além de avaliar o nível de consciência do paciente, a atividade motora, orientação no tempo, espaço e personalidade;

- Avalie o nível de ansiedade do paciente e determine se o seu julgamento e discernimento estão inadequados por um ataque agudo de ansiedade;
- Intervenha posteriormente baseado na natureza da emergência psiquiátrica.

Para que isso aconteça, é fundamental que os profissionais envolvidos saibam controlar suas emoções, para que estas não interfiram na intervenção prestada. Nesse sentido, para que a equipe de enfermagem tenha um bom desempenho com o paciente em crise, faz-se necessário que os profissionais reflitam e compreendam seus sentimentos e emoções, para poder direcionar sua atenção para a situação, e não perder o foco durante o atendimento (STUART; LARAIA, 2001).

Durante a permanência do paciente psiquiátrico na unidade de internação, é importante que o enfermeiro tenha atitude e realize intervenções contínuas com esse paciente, para Espinosa (2002, p.154), de ponto de vista da enfermagem, devem avaliar-se as alterações em relação às seguintes necessidades:

- Respiração e circulação;
- Alimentação;
- Eliminação;
- Sensopercepção;
- Atividade;
- Sono e repouso;
- Manutenção da temperatura;
- Higiene;
- Segurança;
- Comunicação;
- Modelos de relação e de interação, dentre outros.

Entretanto Santos; Castro (2000), afirmam que deve haver uma reflexão sobre a formação profissional do enfermeiro em saúde mental para atuar em hospital geral, na qual propõem resumidamente as funções e atividades da enfermagem psiquiátrica que podem ser desenvolvidas pelo enfermeiro em hospital geral:

- Criar e manter ambiente terapêutico;
- Assistir o paciente em relação aos seus problemas do “aqui e agora” - incluídos as áreas físicas e os relativos às atividades de vida diária (terapêutica, técnica e mãe substituta);
- Educar como agente socializador (socializadora);
- Liderar a equipe de enfermagem (administrativa);
- Participar dos programas comunitários relativos à saúde.

Nesse sentido o cuidado deve ser desenvolvido e sustentado em princípios de dignidade, respeito, centrado na interação com o outro, primando pela isenção de estigmas, credices e preconceitos, bem como valores, atitudes e crenças pessoais. Para isso a Enfermagem tem buscado se apropriar de tecnologias que possibilitem o desenvolvimento e aplicabilidade de novas ferramentas para o cuidado, o que torna suas ações mais complexas (STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

Dentre essas tecnologias, destaca-se as tecnologias leves como a própria comunicação e relação terapêutica entre o enfermeiro e o paciente que se encontra em uma situação de emergência psiquiátrica. Para Mello (2009), o relacionamento interpessoal terapêutico requer uma compreensão

mútua dos papéis dos envolvidos, dos fatores sobre o problema e um compartilhar em busca da solução deste, o processo interpessoal é uma relação entre duas pessoas, o mesmo é considerado abordagem ou técnica terapêutica quando tem o objetivo de ajudar no tratamento do paciente, utilizando habilidades e percepções do profissional durante o processo.

Levando em consideração os princípios da relação terapêutica, o cuidado ao portador de transtorno mental deve ser humanizado, construtivo, verdadeiro, consciente, transformador, que contemple a totalidade do outro, deve ser fundamentado na competência da comunicação terapêutica (BRAGA; SILVA, 2007).

A comunicação terapêutica é um instrumento eficaz e à disposição para o desenvolvimento do vínculo, e sem o seu uso não há interação terapêutica entre profissionais de enfermagem e paciente (PONTES; LEITÃO; RAMOS, 2008).

De acordo com Espinosa (2002, p.136):

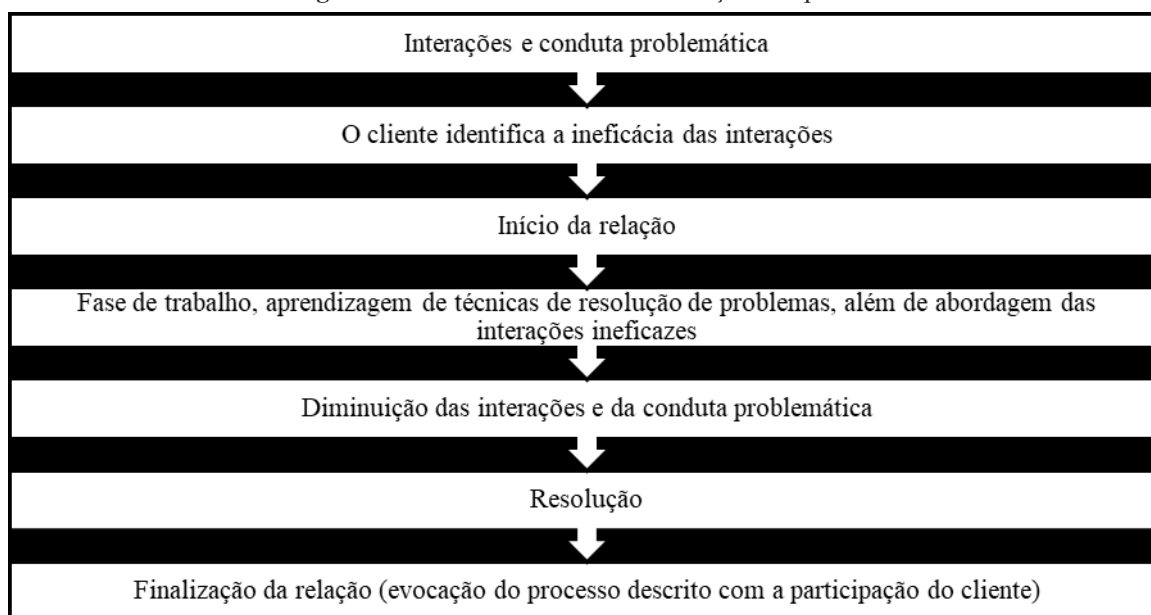
A relação terapêutica é aquela que estabelece cada membro da equipe terapêutica (entre eles, o enfermeiro) como paciente e sua família, e com todo o grupo de pacientes, como uma intervenção importante ou uma ferramenta terapêutica imprescindível, na qual o profissional utiliza o seu autoconhecimento, a sua habilidade pessoal e a sua formação técnica para procurar alterações no paciente.

Segundo Maftum; Stefanelli (2005), o relacionamento terapêutico pode ser estabelecido com o uso de técnicas de comunicação terapêutica como ouvir reflexivamente, observação atenta e interpretação das mensagens verbal e não verbal, entre outras.

Ainda de acordo com os autores citado acima, para que uma comunicação terapêutica ocorra o profissional deve ser direto, honesto, calmo, não-ameaçador e transmitir aos pacientes a ideia de que está no controle da situação, agir de forma decisiva para protegê-los de dano a si mesmo ou a terceiros, utilizando-se da empatia para planejamento e avaliação da intervenção.

A escuta e a comunicação entre profissional e paciente é necessária para que o profissional de enfermagem reconheça as necessidades do portador de sofrimento psíquico. Por isso, a comunicação passa a ser uma alternativa de intervenção e contribui para um bom resultado no tratamento (PONTES; LEITÃO; RAMOS, 2008).

Figura 1 – Fases de Conclusão da Relação Terapêutica



Fonte: Espinosa (2002, p. 144).

Espinosa (2002, p.140), relata que o desenvolvimento da relação terapêutica entre o enfermeiro e o paciente desenvolve-se através das seguintes fases:

- 1. Fase introdutória ou de orientação:** caracteriza-se por ser uma fase de teste, na qual as duas partes tentam obter informação, o enfermeiro sobre a personalidade do paciente, o seu problema, a sua consciência dele e o modo de o solucionar, e o paciente sobre o profissional de saúde e os meios disponíveis;
- 2. Fase intermediária de realização ou trabalho:** nela as estratégias adaptam-se às necessidades do paciente, mas em geral ocupa-se da ajuda ao paciente no reconhecimento das suas formas de condutas anteriores, e a experimentar outras alternativas de adaptação mais positivas;
- 3. Fase de resolução/finalização ou conclusão:** é última fase da relação, e o seu objetivo principal é ajudar o paciente a preparar o seu futuro, revendo o aprendido e aplicando-o às próximas relações.

Na fase da solução acontece a finalização do relacionamento e dissolução dos elos, após a necessidade de ajudar ser atendida (MELLO, 2009). Observa-se que a relação terapêutica acontece deve acontecer desde o momento da admissão até a alta.

O relacionamento entre a equipe e o paciente influencia nas informações oferecidas, mesmo em situação de emergência psiquiátrica. Neste sentido, um relacionamento com o objetivo de ajudar o paciente precisa ser desenvolvido de forma estruturada através de interações planejadas, utilizando-se dos conhecimentos da comunicação terapêutica, no qual o profissional oferece-lhe apoio, conforto, informação e desperta seu sentimento de confiança e autoestima (STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

A intervenção na situação de emergência em saúde mental é uma estratégia de tratamento breve e focalizado com o objetivo de impedir a progressão e situações de danos para paciente e demais pessoas envolvidas e não tem o propósito de fazer terapia em profundidade (STUART; LARAIA, 2001).

CONCLUSÃO

É importante refletir e discutir a respeito da abordagem do enfermeiro frente as emergências psiquiátricas, visto que os mesmos estão nos serviços hospitalares realizando a admissão, acolhimento e colaborando no manejo clínico juntamente com a equipe multiprofissional.

Com intuito de descrever quais evidências científicas há na literatura a respeito da abordagem do enfermeiro através da relação terapêutica frente as emergências psiquiátricas, utilizou-se como base a metodologia PICO para o norteamiento da pergunta sendo notório a importância de uma abordagem com calma, atenção, cuidado, empatia, saiba e se proponha a ouvir de maneira genuína, além de conservar o acolhimento contínuo durante todo o processo de cuidado dentro de uma abordagem biopsicossocial.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

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

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Emeli Moura de; MARTINS, Eduardo Silveira; ADAMS, Clive Elliot; COUTINHO, Evandro Silva Ferreira; HUF, Gisele. Inquérito sobre o uso de contenção física em um hospital psiquiátrico de grande porte no Rio de Janeiro. *J. bras. psiquiatr.* Rio de Janeiro, vol.59, n.2, p. 94-98, maio./jun. 2010.

BARBIERI, Renato Lamounier. **S.O.S Cuidados Emergenciais**. São Paulo: Rideel, 2010.

BARROS, Régis Eric Maia; TUNG, Teng Chei and MARI, Jair de Jesus. Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental Brasileira. *Rev. Bras. Psiquiatr.* São Paulo, vol.32, supl.2, p. 71-77. out./dez. 2010.

BRAGA, EM; SILVA, MJP. Comunicação competente: visão de enfermeiros especialistas em comunicação. *Acta Paul. Enferm.* São Paulo, vol.20, n.4, p. 410-414, abri./mai. 2007.

ESPINOSA, Ana Fernandez. **Guias práticos de enfermagem: psiquiatria**. Rio de Janeiro: Mcgrawhill, 2002.

FRANCA, Ivarlete Guimarães de. Reflexões acerca da implantação e funcionamento de um plantão de emergência em saúde mental. *Psicol. cienc. prof.* Brasília, vol.25, n.1, p. 146-163, mar. 2005.

GALVÃO, Tais Freire; PEREIRA, Maurício Gomes. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração / Systematic reviews of the literature: steps for preparation. *Rev. Epidemiol. Serv. Saúde*, v. 23, n. 1, p. 183-184, Brasília, jan-mar, 2014.

KANTORSKI, Luciane Prado. Saberes e estudos teóricos em enfermagem psiquiátrica e saúde mental. *Rev Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v.25, n.3, p.408-419, dez. 2002.

KAPLAN, Harold I; SADOCK, Benjamim J. **Compêndio de Psiquiatria**. 9.ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.

KONDO, Érika Hissae; VILELLA, Juliane Cardoso; BORBA, Letícia de Oliveira; PAES, Marcio

- Roberto; MAFTUM, Mariluci Alves. Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um pronto atendimento. *Rev. esc. Enferm USP*. São Paulo, vol.45, n.2, p. 501-507. abri. 2011.
- MAFTUM, MA; STEFANELLI, MC. O uso das técnicas de comunicação terapêutica na relação interpessoal com o doente mental. *Cogitare Enferm*. Minas Gerais, v. 5, n.2, p. 69-74. jul./dez. 2000.
- MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- MACHADO, AL; COUVERO, L de A. Unidades de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral: Espaços de Cuidados e a Atuação da Equipe de Enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 11, n.5, p. 672-677, set./out. 2003.
- MELLO, Inaiá Monteiro. **Bases Psicoterápicas da Enfermagem**. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2009.
- ODA, Marisa Tumie; LOPES, Francine Jomara; JÚNIOR, Antônio Carlos Siqueira. Assistência de enfermagem a uma paciente em unidade psiquiátrica de um hospital geral. *Rev Nursing*, São Paulo, v. 5, n.49, p. 8-23, jun. 2002.
- OLIVEIRA, Alvin Antônio; MELO, Carina De. **Metodologia da Pesquisa Científica**. 3.ed. Florianópolis: Visual Book, 2008.
- PAES, Marcio Roberto. **A Contenção Física a Pacientes em uma Instituição Psiquiátrica de Internação Integral e o Cuidado de Enfermagem**. 2007. Monografia apresentado como pré-requisito para conclusão do curso de bacharelado e licenciatura em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2007.
- PONTES, Alexandra Carvalho; LEITÃO, Ilse Maria Tigre Arruda; RAMOS, Islane Costa. Comunicação terapêutica em enfermagem: Instrumento Essencial para o Cuidado. *Rev bras enferm*. Brasília, v. 61, n.3, p.312-318, mai./jun. 2008.
- QUEVEDO, João; CARVALHO; André F. **Emergências Psiquiátricas**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- SANTOS, Luciana Miranda dos; CASTRO, Rosiani de Cássia Boa Morte de. Revisão de Literatura sobre a Assistência de Enfermagem a Pacientes Psiquiátricos em Hospitais Gerais. *Rev Enferm UNISA*, São Paulo, v.1, n.1, p. 44-46, jan./fev. 2000.
- STEFANELLI, Maguida Costa; CARVALHO, Emília Campos de. **A Comunicação nos Diferentes Contextos da Enfermagem**. Barueri: Manole; 2005.
- STUART, Gail W.; LARAIA, Michele T. **Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática**. 6.ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- VIDEBECK, Sheila L. **Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

CAPÍTULO 11

CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO COMO MEDIADOR ENTRE O FAMILIAR E O PACIENTE COM TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR

Helton Camilo Teixeira¹;

Centro Universitário São Lucas (UniSL), Porto Velho, Rondônia.

<http://lattes.cnpq.br/4065026205209333>

Ana Cristina Rodrigues de Souza²;

Faculdade São Lucas, FSL, Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/2543151701702572>

Gustavo Henrique Nery³;

Faculdade de Rondônia (FARO), Porto Velho, Rondônia.

<http://lattes.cnpq.br/0513557962912586>

Lívia Letícia Aguiar Nery⁴;

Centro Universitário São Lucas/UniSL, Porto Velho, Rondônia.

<http://lattes.cnpq.br/1698377572623613>

Nádyla Marina França Souto⁵;

Centro Universitário São Lucas (UniSL), Porto Velho, Rondônia.

<http://lattes.cnpq.br/8118137865355106>

Raiana Almeida de Souza⁶;

Centro Universitário São Lucas (UniSL), Porto Velho, Rondônia.

<http://lattes.cnpq.br/3362164678661333>

Thayla Steffany Parente Conrado⁷;

Centro Universitário São Lucas (UniSL), Porto Velho, Rondônia.

<http://lattes.cnpq.br/9955744441240680>

Maison André Miranda Barbosa⁸.

Centro Universitário São Lucas.

<http://lattes.cnpq.br/7472106831771484>

RESUMO: É importante o acompanhamento e tratamento do paciente com transtorno afetivo bipolar com equipe multiprofissional nos serviços especializados em saúde mental com intuito de minimizar os impactos da doença na vida pessoal, familiar, social e ocupacional. Tendo em vista esses impactos, é importante o uso dos diversos recursos disponíveis (farmacológico e não farmacológico). Diante disso, o enfermeiro ganha um destaque e autonomia nesse momento cuidando e inserindo os familiares no processo terapêutico do paciente bipolar. O presente trabalho tem como objetivo geral descrever as contribuições do enfermeiro como mediador entre o familiar e o paciente com transtorno bipolar. Trata-se de uma revisão bibliográfica na qual a busca aconteceu através do Portal da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), além da Biblioteca Virtual e Física do Centro Universitário São Lucas (UNISL) localizado no Município de Porto Velho/RO, utilizando-se ainda o instrumento metodológico PICoS com intuito de responder à seguinte pergunta norteadora: “Quais evidências

científicas há na literatura a respeito das contribuições do enfermeiro como mediador entre o familiar e o paciente com transtorno Afetivo bipolar”. Após a pesquisa bibliográfica e a partir dos critérios de inclusão e exclusão, o material utilizado na pesquisa teve um recorte temporal entre 2000 até 2013, obtendo 16 referências. Observa-se a importância do enfermeiro como mediador entre o familiar e o paciente com transtorno afetivo bipolar através do cuidado, educação em saúde, grupos terapêuticos, pautados no acolhimento e na humanização.

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno Bipolar; Relação Terapêutica; Enfermeiro.

NURSES ‘CONTRIBUTIONS AS A MEDIATOR BETWEEN THE FAMILY AND THE PATIENT WITH BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER

ABSTRACT: It is important to monitor and treat patients with bipolar affective disorder with a multidisciplinary team in specialized mental health services in order to minimize the impacts of the disease on personal, family, social and occupational life. In view of these impacts, it is important to use the various available resources (pharmacological and non-pharmacological). Therefore, nurses gain prominence and autonomy at this moment by caring for and inserting family members in the therapeutic process of bipolar patients. The present study aims to describe the contributions of nurses as a mediator between the family member and the patient with bipolar disorder. This is a bibliographic review in which the search took place through the Portal of the Virtual Health Library (VHL), in addition to the Virtual and Physical Library of the São Lucas University Center (UNISL) located in the municipality of Porto Velho/RO, using the PICoS methodological instrument in order to answer the following guide question: “What scientific evidence is in the literature regarding the contributions of nurses as a mediator between the family member and the patient with bipolar affective disorder”. After the bibliographic research and based on the inclusion and exclusion criteria, the material used in the research had a time frame between 2000 and 2013, obtaining 16 references. The importance of nurses as a mediator between the family member and the patient with bipolar affective disorder through care, health education, therapeutic groups, based on welcoming and humanization, is observed.

KEY-WORDS: Bipolar Disorder; Therapeutic Relationship; Nurse.

INTRODUÇÃO

O contexto da história do adoecimento mental é descrito desde os inícios da civilização, na qual a pessoa louca, era considerada anormal, sendo abandonada à sua própria sorte, é na maioria das vezes morriam de fome ou por ataque de animais. Ou seja, os cuidados aos doentes mentais eram escassos e esquecidos (SPADINI; ZOUZA, 2006). Desde o século XX em especial no Brasil por volta da década de 80, surgiu então uma necessidade de se repensar a respeito das práticas em saúde mental, em virtude das condições desumanas de tratamento a que eram submetidos os doentes mentais, sendo excluídos do seu convívio familiar e social (BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008).

A partir de 2001, foi então criado os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com intuito de remodelar os cuidados em saúde mental, saindo do modelo biomédico, para o cuidado psicossocial.

De acordo com Brasil (2004, p.4):

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica.

O trabalho no CAPS é construído em cada equipe, de acordo com suas peculiaridades. É importante o acompanhamento e tratamento dos pacientes com transtorno afetivo bipolar. Segundo Sanches; Jorge (2004), o transtorno afetivo bipolar (TAB) é um dos mais prevalentes e graves dos transtornos mentais, na qual pode ser caracterizado por oscilações do humor, entre os polos de exaltação, o que chamamos de euforia, e depressão, trazendo implicação e elevado grau de morbidade e incapacidade ao sujeito

De acordo com Prado; Ramos; Valle (2005, p.1640):

O transtorno bipolar caracteriza-se pela ocorrência de episódios de “mania” (Caracterizados por exaltação do humor, euforia, hiperatividade, loquacidade exagerada, diminuição da necessidade de sono, exacerbação da sexualidade e comprometimento da crítica) comumente alternados com períodos de depressão e com períodos de normalidade.

Os distúrbios bipolares se caracterizam por oscilações do humor da mais profunda depressão à extrema euforia (mania), com períodos intervenientes de normalidade. Delírios ou alucinações podem ou não fazer parte do quadro clínico e o início dos sintomas pode refletir um padrão sazonal (TOWNSEND, 2000).

O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) tem uma prevalência bem elevada, situando-se em torno de 15% nos homens e podendo atingir 25% no sexo feminino, incidindo mais precocemente na segunda ou terceira décadas de vida, que costuma ter seu início comumente em torno dos 40 anos de idade. Não se detecta diferença de incidência no que diz respeito à raça ou à condição socioeconômica (NUNES; BUENO; NARDI, 2005).

Quadro 1. Tipos de Transtorno Bipolar.

Tipo	Características
Transtorno bipolar do tipo I	Inclui um ou mais episódios de mania ou episódios mistos. A maioria das pessoas também tem sintomas depressivos.
Transtorno bipolar do tipo II	Inclui pelo menos um episódio de hipomania e um episódio de depressão.
Ciclotimia	Inclui hipomania e sintomas depressivos leves (não propriamente um episódio de depressão) que são experienciados, na maioria dos casos, em um período de, pelo menos, dois anos.

Quando o transtorno bipolar não se enquadra em nenhuma das categorias descritas	Sintomas leves de depressão e hipomania por um período inferior a dois anos, com episódios depressivos, mas com experiências de elevação de humor demasiado leves, ou de curta duração, que não podem ser diagnosticadas como mania ou hipomania.
--	---

Fonte: Berck et al; (2011, p.19)

Sadock et.al., (2010) relatam que o início do TAB I ocorre mais cedo do que o transtorno depressivo maior. A idade de início do primeiro vai da infância (desde os 5 ou 6 anos) até os 50 anos ou mesmo mais tarde em casos raros, com uma idade média de 30 anos. A idade média de início do transtorno depressivo maior é de 40 anos, com 50% dos pacientes tendo início entre os 20 e 50 anos.

Tendo em vista os tipos de TAB, é importante que os pacientes e familiares sejam acompanhados pela equipe multiprofissional dos serviços especializados em saúde mental como por exemplo os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Levando em consideração esse acompanhamento, Miasso; Casiani; Pedrão (2007), descrevem que o objetivo do tratamento dos transtornos mentais é o controle eficaz da sintomatologia do paciente e constitui das modalidades farmacológica e não farmacológica. O tratamento ao portador de transtorno mental deve haver uma relação de apoio por parte dos familiares (SPANDINI; SOUZA, 2006).

Para tornar adequada e saudável a convivência com o portador de transtorno mental na família é necessária um serviço especializado que a apoie, esclareça suas dúvidas e a oriente nas dificuldades (WAIDMAN; ELSSEN, 2006).

É reconhecido a importância e o valor da participação da família na assistência ao doente mental, para o alcance de melhor qualidade de vida do doente e da família. Para Spadini; Souza (2006), a enfermagem precisa então, conhecer e compreender todo este contexto, oferecer apoio e orientações necessárias, precisa ajudar o portador a ser participante ativo do processo terapêutico, deve-se voltar para o núcleo familiar e oferecer suporte necessário.

Conforme os autores citados acima é preciso trabalhar junto ao portador de transtorno mental e seus familiares na compreensão do sofrimento e da doença, para que a partir disso, aconteça realmente a melhoria na qualidade de vida de ambos.

De acordo com Waidman et al; (2012, p.45):

O enfermeiro exerce um papel importante na assistência a pessoas com transtorno mental, como sensibilização da população sobre a importância de sua inserção na comunidade, inclusive colaborando e responsabilizando-se pela construção de novos espaços de reabilitação psicossocial, que farão com que esses indivíduos se sintam valorizados, afinal, a cidadania dessas pessoas e de sua família está assegurada na política de desinstitucionalização. Após o processo de desinstitucionalização, os serviços de saúde mental passaram a oferecer atenção aos familiares, compondo parcerias em uma nova forma de cuidado, utilizando, sobretudo as estratégias de grupo para possibilitar trocas de experiência, bem como orientação sobre como lidar e conviver com o paciente com transtorno mental.

O enfermeiro precisa analisar a percepção da família frente as necessidades enfrentadas pelo portador de transtorno mental, para assim poder ajudar e orientar a família pelo controle do transtorno.

Ao envolver a família no tratamento do portador de transtorno mental, e ao dar suporte está

para enfrentar as dificuldades no relacionamento com a loucura e a sobrecarga, a carga emocional da família e do próprio usuário é amenizada, aumentando o nível de interação e empatia entre eles (COLVERO et. al., 2004).

Com isso os trabalhadores do serviço de saúde, sobretudo os enfermeiros, precisam ter consciência da importância do envolvimento da família das pessoas com transtornos mentais nos projetos de reinserção desses na comunidade, sendo um elo fundamental durante o acompanhamento e tratamento do paciente e da família (WAIDMAN et. al., 2012).

Ainda de acordo com autor citado acima é preciso o compromisso do enfermeiro, do paciente e seu familiar, com vistas a romper os estigmas e preconceitos, de modo que considere também os aspectos psíquicos, sociais e espirituais do indivíduo, família e comunidade. Com isso este trabalho tem como Objetivo Descrever as Contribuições do Enfermeiro como Mediador entre o Familiar e o Paciente com Transtorno Afetivo Bipolar.

METODOLOGIA

Trata-se de um artigo de revisão bibliográfica, de natureza básica e descritiva. Esse tipo de pesquisa explica um problema a partir de referências teóricas anteriormente publicadas em artigos, livros, dentre outras fontes, promovendo o conhecimento das diferentes contribuições científicas a cerca de um determinado tema, subsidiando suporte a todas as fases da pesquisa e de qualquer outro tipo de pesquisa (MARCONI, LAKATOS, 2010).

A pesquisa descritiva, descreve as características de uma população ou fenômeno, ou estabelece uma relação entre as variáveis (OLIVEIRA, MELO, 2008).

O estudo partiu da seguinte questão norteadora: “Quais evidências científicas há na literatura a respeito das contribuições do enfermeiro como mediador entre os familiares e o paciente com transtorno bipolar?”. Para elaboração da pergunta norteadora da pesquisa utilizou-se a metodologia PICoS conforme observado no quadro a seguir:

Quadro 2. Componente da pergunta de pesquisa.

Descrição	Abreviação	Componentes da pergunta
População	P	Enfermeiro.
Interesse intervenção	I	Mediador entre Familiar e TAB.
Comparação/ desfecho	Co	Quais evidências científicas há na literatura sobre as contribuições do enfermeiro.
Tipo de estudo	S	Revisão bibliográfica.

Fonte: GALVÃO; PEREIRA (2014, p.184).

Segundo Marconi; Lakatos (2010), a pesquisa bibliográfica constitui o tipo de pesquisa, que mais aprofunda o conhecimento da realidade, pois tem como preocupação central identificar fatores que determinam ou contribuem para a ocorrência dos fenômenos.

A partir desse método, a busca do material bibliográfico utilizado na pesquisa, aconteceu durante os meses de setembro de 2020 até março de 2021. O material utilizado foi pesquisado através da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) utilizando os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Transtorno Bipolar”, “Centros de Atenção Psicossocial”, “Assistência de Enfermagem” em português, além das obras disponíveis na biblioteca virtual e física do Centro Universitário São Lucas (UniSL) localizada no Município de Porto Velho/RO.

Entretanto foram utilizados critérios de inclusão e exclusão para o desenvolvimento da revisão bibliográfica, análise e discussão do trabalho. Os critérios de inclusão no presente estudo foram as referências bibliográficas disponíveis com recorte temporal de 2000 até 2013 relacionados ao tema abordado e ao objetivo pretendido, sendo excluído então, os artigos incompletos nas bases de dados, assim como os escritos em outros idiomas, restando 16 referências utilizadas para a formulação da revisão bibliográfica (3 livros e 13 artigos científicos).

Após esta etapa, realizou-se a divisão do material bibliográfico em um Quadro por meio do Programa *Microsoft Word* 2016 contendo ano, nome dos autores, título da publicação tipo de material consultado além de editora ou revista.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O acompanhamento e tratamento do paciente com transtorno afetivo bipolar envolve não apenas o tratamento farmacológico, mas também o tratamento não farmacológico por meio de ações individuais e em conjunto do enfermeiro principalmente quanto a mediação do familiar com o paciente diante do adoecimento.

Com isso, foram levados em consideração apenas as referências (artigos e livros) que descreviam ou traziam a relação com a temática proposta, conforme explicitado na Tabela 1.

Tabela 1. Dados bibliométricos do estudo. Porto Velho/RO, Brasil, 2021.

Ano	Autor (res)	Título	Material	Editora/Revista
2000	T O W S E N D , Mary.	Enfermagem Psiquiátrica: Conceitos de Cuidados.	Livro	Guanabara Koogan
2000	SILVA et al.	Comunicação e enfermagem em saúde mental – reflexões teóricas.	Artigo Científico	Revista Latina Americana de Enfermagem
2002	W R I G H T ; LEAHEY.	Enfermeiras e Famílias: Um guia para avaliação e intervenção na família.	Livro	Roca
2004	COLVERO et al.	Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença.	Artigo Científico	Revista da Escola de Enfermagem USP
2004	ORIA et al.	A Comunicação Como Instrumento do Enfermeiro Para o Cuidado Emocional do Cliente Hospitalizado.	Artigo Científico	Revista Eletrônica de Enfermagem
2004	W E T R I C H ; T A V A R E S , SILVA.	O cuidado de enfermagem à família: um estudo bibliográfico.	Artigo Científico	Revista da Escola de Enfermagem USP
2006	O L I V E I R A ; MARCON.	Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná.	Artigo Científico	Revista Escola de Enfermagem USP

2007	LEMOS et al;	O Relacionamento Terapêutico no Cuidado a Uma Portadora De Transtorno Afetivo Bipolar: Uma Experiência Transformadora.	Artigo Científico	Revista Rene
2008	BORBA et al.	A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar.	Artigo Científico	Revista Escola de Enfermagem USP
2008	N A V A R I N I ; HIRDES.	A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos.	Artigo Científico	Texto Contexto Enfermagem
2009	MELLO, Inaiá Monteiro.	Bases Psicoterápicas da Enfermagem	Livro	Atheneu
2009	MOURÃO et al.	Comunicação Em Enfermagem: Uma Revisão De Literatura.	Artigo Científico	Revista Rene
2010	LEITE, Jaksânio Tavares.	Atuações dos Profissionais de Enfermagem a Cerca De Clientes Portadores de Distúrbio Bipolar: Uma Revisão de Literatura.	Artigo Científico	Revista E-Ciência
2011	SANTANA et al.	O significado de ser familiar cuidador do portador de transtorno mental.	Artigo Científico	Texto Contexto Enfermagem
2013	B E S S A ; WAIDMAN.	Família da Pessoa Com Transtorno Mental e Suas Necessidades na Assistência Psiquiátrica.	Artigo Científico	Texto Contexto Enfermagem
2013	F E R R E I R A , Maria Alaide.	Transtorno Afetivo Bipolar: Aspectos Conceituais e a Atuação Da Enfermagem.	Artigo Científico	Revista E-Ciência

Fonte: Autores.

Segundo Townsend (2000), muitas enfermeiras têm interações com membros de família diariamente. A doença ou hospitalização de um cliente afeta todos os membros da família e as enfermeiras têm de saber trabalhar com a família como uma unidade, sabendo que os familiares podem ter um profundo efeito sobre o processo de cura de um cliente.

O autor afirma que a partir da posse desse conhecimento elas podem avaliar a interação familiar e reconhecer a ocorrência de problemas. Elas podem dar apoio a famílias com um membro doente e fazer encaminhamentos a outros profissionais quando o auxílio for necessário para restaurar o funcionamento adaptativo.

A intervenção com o familiar do portador de transtorno mental pode acelerar os resultados pretendidos, com isto os profissionais de saúde devem reservar algum tempo para o contato com os familiares, porém quando os membros da família são excluídos, essa oportunidade de colaboração é perdida (MELLO, 2009).

A contribuição da enfermagem ao regime de tratamento interdisciplinar vai focalizar o estabelecimento da confiança numa base de um para um, a redução do nível de ansiedade que está promovendo alucinações, a provisão de um feedback positivo para pequenas tarefas do dia a dia, numa tentativa de aumentar a autoestima, e o auxílio no cuidar de si próprio de maneira independente e o encorajamento do mesmo (MELLO, 2009).

Segundo Wright; Leahey (2002), hoje a enfermagem atinge um círculo completo, com ênfase no convite para que as famílias “voltem” a participar do cuidado de saúde. Entretanto, este convite está sendo feito com muito mais conhecimento, sofisticação, respeito e colaboração do que em qualquer outra época da história da enfermagem.

A partir desses convites as famílias, e a integração da mesma no cuidado e no tratamento do portador de transtorno bipolar, o enfermeiro deve realizar intervenções específicas, conforme as dúvidas, anseios, preconceitos e estigmas que os familiares têm em relação ao transtorno mental por meio da comunicação para construção da relação terapêutica.

Nesse processo de comunicação, atuação de enfermagem na identificação precoce de alterações de comportamentos e outros sinais crônicos de transtornos psiquiátricos são de suma importância, além do acompanhamento medicamentoso (FEREIRA, 2013).

Ainda de acordo com o autor, cabe ainda aos profissionais de saúde promover discussões com a família e comunidade para a readaptação desse paciente a sociedade, oferecendo informações e suportes necessários para exercer sua função de agente socializador.

De acordo com Leite (2010), narra que o papel do enfermeiro hoje é o de agente terapêutico, e a base dessa terapia é o relacionamento com o paciente e a compreensão do seu comportamento. O objetivo da enfermagem psiquiátrica não é o diagnóstico clínico ou a intervenção medicamentosa, mas sim o compromisso com a qualidade de vida cotidiana do indivíduo em sofrimento psíquico.

Para atuar junto às famílias de portadores de TAB, é importante que o enfermeiro conheça e compreenda a estrutura familiar, suas crenças, valores e conhecimento sobre a doença, para que, a partir daí, possa planejar a sua assistência conforme a necessidade desses familiares (SANTANA et al., 2011).

Santana et al. (2011) e Weirich; Tavares; Silva (2004), destacam a importância de compreender toda a estrutura familiar, meio social e conhecimento sobre as doenças antes de planejar uma forma de prover assistência aos clientes com transtorno mental, pois assim providos de informações conseguiram adequar formas de tratamento compatíveis com sua necessidade.

Para que isso aconteça é necessário que o enfermeiro utilize a comunicação terapêutica, como método inicial nesse processo de relação terapêutica, através deles é possível conhecer e compreender a dinâmica familiar e o grau de comprometimento do sofrimento na vida dos envolvidos, além de envolvê-los durante o acompanhamento e tratamento do paciente com TAB.

Para Bessa; Waidman (2013) e Navarini; Hirdes (2008), a família tem um papel fundamental de participação durante o acompanhamento e tratamento do paciente com TAB. Porém é necessário que os familiares conheçam e compreendam esse processo que envolve o sofrimento mental. Para que isso aconteça é importante que o enfermeiro oriente e esclareça as dúvidas, quebre os preconceitos e estigmas relacionados a doença, tratamento e acompanhamento, valorizando e inserido o familiar durante a dinâmica da relação terapêutica.

Tratando-se do relacionamento enfermeiro cliente, o processo de comunicação precisa ser eficiente para viabilizar uma assistência humanística e personalizada de acordo com suas necessidades. Esse processo de interação com o cliente se caracteriza não só por uma relação de poder em que este é submetido aos cuidados do enfermeiro, mas, também por atitudes de sensibilidade, aceitação e empatia entre ambos (ORÍA et al., 2004).

Ainda de acordo com o mesmo autor citado acima, durante o processo de comunicação, é necessário que o enfermeiro estabeleça estratégias de cuidados para atingir seus objetivos, sabendo que a comunicação é o elemento-chave para a construção de qualquer estratégia que almeje o cuidado emocional.

Para Mourão et al; (2009), a comunicação que mais interessa a família dos pacientes é aquela que está relacionada aos cuidados de saúde, realizada com carinho e atenção, ou seja, a um atendimento humanizado e interpessoal.

É importante considerar a família como protagonista do cuidado reabilitador. Sendo necessário que o enfermeiro acolha suas demandas e dificuldades de convívio com um familiar em sofrimento psíquico intenso, com intuito de promover o suporte possível para as solicitações manifestas (COLVERO et al; 2004).

Segundo Borba et. al., (2008), os vínculos entre família e usuário de saúde mental necessitam ser alicerçados numa relação sincera e de respeito, onde a singularidade e individualidade de todos sejam preservadas, de forma que os primeiros não se sintam sobrecarregados, e os usuários possam efetivamente resgatar sua cidadania e autonomia em uma relação terapêutica.

Observa-se que a comunicação e a relação terapêutica são métodos que devem ser utilizados pelo enfermeiro durante a inclusão do familiar no acompanhamento e tratamento do paciente com TAB.

O instrumento de intervenção, no caso, o relacionamento terapêutico enfermeiro-paciente, propõe que o profissional “faça uso de sua personalidade para ajudar a pessoa doente a desenvolver suas possibilidades de saúde” (SILVA et. al., 2000).

Nesse sentido, é nítido que a comunicação é um importante instrumento de intervenção na área da saúde. Na saúde mental, o espaço para as intervenções de ordem técnica ou mecânica é exíguo, o que coloca o processo de relação intersubjetiva e, conseqüentemente, o processo de comunicação como o instrumento de intervenção por excelência.

Trabalhar em família não é tarefa fácil, e exige do enfermeiro a análise acurada do contexto socioeconômico e cultural, em que a família está inserida, analisando suas representações perante a sociedade, conhecendo a sua realidade de forma a desvendar o entendimento da família para que o conhecimento se funda à prática, de forma a superar os limites e possibilidades para a concretização das propostas estabelecidas durante o acompanhamento e tratamento (WEIRICH; TAVARES, SILVA, 2004).

O objetivo da assistência do enfermeiro é auxiliar a família a identificar e a sanar, se for possível, as suas perturbações interacionais, a enfrentar problemas e a tomar decisões. O foco do cuidado, portanto, deve estar em ajudar e em capacitar a família, de forma que ela possa atender às necessidades de seus membros, especialmente em relação ao processo saúde-doença, mobilizando recursos, promovendo apoio mútuo e crescimento pessoal (OLIVEIRA; MARCON, 2006).

Essa assistência pode acontecer por meios grupos com Lemos et. al., (2007), relata que esses trabalhos em grupos “grupoterapia” é um modo efetivo de estimular esses pacientes a reacenderem seu interesse pela realidade que os cerca, pelo seu autovalor e o valor dos indivíduos com quem interagem, trazendo alteração, por meio do desenvolvimento de técnicas que abordam temáticas cotidianas desencadeadoras de estresse nesses pacientes, de comportamentos, concepções ou compreensão de aspectos pelos membros do grupo.

Esse elo entre enfermeiro, familiar e paciente, traz um equilíbrio emocional entre os envolvidos, bem como maior adesão ao acompanhamento e tratamento do paciente, pois a partir da comunicação terapêutica e da relação terapêutica desenvolvida pelo enfermeiro, mostra a preocupação e o interesse

genuíno e colaborar e ajudar nesse processo de sofrimento.

CONCLUSÃO

É importante refletir e discutir a respeito das contribuições do enfermeiro como mediador do familiar e o paciente com transtorno bipolar durante os cuidados nos serviços de saúde especializados em saúde mental, visto que o TAB traz um grande sofrimento para o paciente e seus familiares.

A partir da pergunta norteadora, é possível refletir que o enfermeiro contribui de forma terapêutica, garantido o desenvolvimento de ações e procedimentos que visem a reintegração familiar, social e profissional, bem como a uma melhoria na qualidade de vida dos familiares e pacientes.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

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

REFERÊNCIAS

BERK, Lesley. **Guia para cuidadores de pessoas com transtorno bipolar**. São Paulo: Segmento Farma, 2011.

BESSA, Jacqueline Botura; WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini. **Família da Pessoa Com Transtorno Mental e Suas Necessidades na Assistência Psiquiátrica**. Texto contexto - Enferm. vol.22 no.1 Florianópolis Jan./Mar. 2013.

BORBA, Letícia de O; SCHWARTZ, Eda; KANTORSKI, Luciane P; A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta Paul Enferm** 2008;21(4):588-94.

BORBA, Letícia de O; PAES, Marcio Roberto; GUIMARAES, Andrea Noeremberg; LABRONICI, Liliana Maria; MAFTUM Mariluci Alves. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. **Rev Esc Enferm USP** 2011; 45(2):442-9.

BRASIL. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004.

COLVERO, Luciana de A; IDE, Cilene A. C; ROLIM, Marli A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Rev Esc Enferm USP** 2004; 38(2):197-205.

FERREIRA, Maria Alaide. Transtorno Afetivo Bipolar: Aspectos Conceituais e a Atuação da Enfermagem. **Rev.E-ciência**. Ed. Suplementar n.1, V Semana de iniciação científica da Faculdade de Juazeiro do Norte, 2013.

GALVÃO, Tais Freire; PEREIRA, Maurício Gomes. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração / Systematic reviews of the literature: steps for preparation. **Rev. Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 23, n. 1, p. 183-184, Brasília, jan-mar, 2014.

LEITE, Jaksânio Tavares. Atuações Dos Profissionais De Enfermagem a Cerca De Clientes Portadores De Distúrbio Bipolar: Uma Revisão De Literatura. **Rev.E-ciência**. Ed. Suplementar n.1, V Semana de iniciação científica da Faculdade de Juazeiro do Norte, 2013.

LE MOS, Ana Claudia Silva; ARAUJO, Marcio Flavio Moura de; CARVALHO, Carolina Maria de

- Lima; MARINHO, Angelica Mota. O Relacionamento Terapêutico No Cuidado a Uma Portadora De Transtorno Afetivo Bipolar: Uma Experiência Transformadora. **Rev Rene**. Fortaleza, v. 8, 2007.
- MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- MELLO, Inaiá Monteiro. **Bases Psicoterápicas da Enfermagem**. 2.ed. São Paulo (SP): Atheneu, 2009.
- MIASSO, Adriana I; CASSIANI, Silvia H. de B; PEDRÃO, Luis J. Estratégias adotadas por pessoas com transtorno afetivo bipolar e a necessidade de terapêutica medicamentosa. **Esc Anna Nery R Enferm** 2007 jun; 11 (2): 240 - 7.
- MOURÃO, Carla Monique Lopes; ALBUQUERQUE, Aline Mara Souza; SILVA, Anna Paula Sousa Da; OLIVEIRA, Mariza Silva de; FERNANDES, Ana Fátima Carvalho Fernandes. Comunicação Em Enfermagem: Uma Revisão de Literatura. **Rev Rene**. Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 139-145, jul./set.2009.
- NAVARINI, Vanessa; HIRDES, Alice. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 680-8.
- NUNES, Portella; BUENO, Romildo; NARDI, Antonio Egidio. **Psiquiatria e Saúde Mental, Conceitos Clínicos e Terapêuticos Fundamentais**. 2º Reimpressão da 1.ed. São Paulo (SP): Atheneu, 2005.
- OLIVEIRA, Alvin Antônio; MELO, Carina de. **Metodologia da Pesquisa Científica**. 3.ed. Florianópolis: Visual Book, 2008.
- OLIVEIRA, Raquel Gusmão; MARCON, Sonia Silva. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. **Rev Esc Enferm USP**; 41(1):65-72, Paraná, 2006.
- ORIÁ, Monica Oliveira Batista; MORAES, Leila Memoria Paiva; VICTOR, Janaina Fonseca. A Comunicação Como Instrumento Do Enfermeiro Para o Cuidado Emocional do Cliente Hospitalizado. **Rev Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 02, p. 292-297, 2004. de outubro de 2015.
- PRADO; Felício Cintra do; RAMOS; Jairo de Almeida; VALLE, José Ribeiro do. **Manual Prático de Diagnóstico e Tratamento**. 22.ed. São Paulo (SP): Artes Médicas, 2005.
- SADOCK, Benjamin James; SADOCK, Virginia Alcott; **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 9.ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2010.
- SANCHES, Marsal; JORGE, Miguel Roberto. Transtorno afetivo bipolar: um enfoque transcultural. **Rev Bras. Psiquiatr**. 2004, vol.26, suppl.3, pp. 54-56.
- SANT'ANA, Marília M; PEREIRA, Valdete P; BORENSTEIN, Miriam S; SILVA, Alcione L. da. O significado de ser familiar cuidador do portador de transtorno mental. **Texto contexto – enfermagem**, vol.20, n.1, pp. 50-58. Florianópolis, 2011.
- SILVA, A.L.A.; GUILHERME, M.; ROCHA, S.S.L.; SILVA, M.J.P.da. Comunicação e enfermagem em saúde mental – reflexões teóricas. **Rev latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 65-

70, outubro 2000.

SPADINI, Luciene S; SOUZA, Maria C. B. de M; A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**; 40(1):123-7, 2004.

TOWNSEND, Mary C; **Enfermagem Psiquiátrica**. Conceitos de cuidados. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

WAIDMAN, Maria A. P; MARCON, Sonia S; PANDINI, Andressa; BESSA, Jacqueline B; PAIANO, Marcelle. Assistência de enfermagem as pessoas com transtornos mentais e as famílias na atenção básica. **Acta Paulista de Enfermagem**; 25(3):346-51, 2012.

WAIDMAN, Maria A. P; ELSSEN, Ingrid. Os caminhos para cuidar da família no paradigma da desinstitucionalização: da utopia a realidade. **Ciência, cuidado e saúde** v. 5, Supl., p. 107-112. Maringá, 2006.

WEIRICH, Claci Fátima; TAVARES, João Batista; SILVA, Klever Souza. O cuidado de enfermagem à família: um estudo bibliográfico. **Rev Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 02, p. 172-180, 2004.

WRIGHT, Lorraine M; LEAHEY, Maureen. **Enfermeiras e Famílias**. Um guia para avaliação e intervenção na família. 3.ed. São Paulo: Roca, 2002.

AVALIAÇÃO DO CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE: ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE UM QUESTIONÁRIO

Patrícia Lourdes Silva¹;

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais.

<https://orcid.org/0000-0001-8857-4487>

Adriane Vieira²;

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais.

<https://orcid.org/0000-0001-7552-5491>

José Ricardo de Paula Xavier Vilela³;

Universidade Corporativa Unimed.

<https://orcid.org/0000-0001-5317-0247>

Carla Aparecida Spagnol⁴;

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais.

<https://orcid.org/0000-0003-1588-2109>

Ester Eliane Jeunon⁵.

Faculdade Pedro Leopoldo (FPL), Pedro Leopoldo, Minas Gerais.

<https://orcid.org/0000-0002-5158-015>

RESUMO: este artigo teve por objetivo descrever a adaptação transcultural do questionário Cuidado Centrado no Paciente para o português brasileiro e analisar a validade e a confiabilidade da adaptação. Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa e de natureza aplicada. Quanto ao objetivo se caracteriza com descritivo e o procedimento adotado foi a pesquisa com survey transversal. Para a tradução e adaptação cultural da escala foram avaliados a equivalência conceitual, semântica, operacional, de itens, de medidas e funcional. A versão final do questionário com 10 itens foi aplicada a uma amostra de 143 pacientes de um hospital privado. A testagem revelou um *Alfa de Cronbach* de 0,90 e Confiabilidade Composta de 0,91. Os valores foram consistentes, adequados e favoráveis para a validação do instrumento. O estudo mostrou que os participantes percebem a existência de práticas relacionadas ao cuidado centrado, como envolvimento do paciente e da família no cuidado; atenção aos desejos do paciente; incentivo ao autocuidado; e sensibilização sobre as decisões compartilhadas. Conclui-se que o questionário pode auxiliar na avaliação periódica da evolução da implantação do modelo de assistência ou cuidado centrado no paciente, e equipar gestores e profissionais de saúde com um instrumento que forneça insumos para a tomada de decisão sobre estratégias de mudanças e alinhamentos entre indicadores de desempenho e percepções dos pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Comparação transcultural. Estudo de validação. Cuidado centrado no paciente.

ASSESSMENT OF PATIENT-CENTERED CARE: CROSS-CULTURAL ADAPTATION OF A QUESTIONNAIRE

ABSTRACT: this article aimed to describe the cross-cultural adaptation of the Patient-Centered Care Questionnaire to Brazilian Portuguese and to analyze the validity and reliability of the adaptation. This is a study with a quantitative approach and an applied nature. As for the objective, it is characterized with descriptive and the procedure adopted was the research with cross-sectional survey. For the translation and cultural adaptation of the scale, conceptual, semantic, operational, item, measure and functional equivalence were evaluated. The final version of the 10-item questionnaire was applied to a sample of 143 patients from a private hospital. The test revealed a Cronbach's Alpha of 0.90 and Composite Reliability of 0.91. The values were consistent, adequate and favorable for the validation of the instrument. The study showed that the participants perceive the existence of practices related to centered care, such as patient and family involvement in care; attention to the patient's wishes; encouraging self-care; and awareness of shared decisions. It is concluded that the questionnaire can assist in the periodic evaluation of the evolution of the implementation of the patient-centered care model, and equip managers and health professionals with an instrument that provides inputs for decision-making on strategies changes and alignments between performance indicators and patients' perceptions.

KEY-WORDS: Cross-cultural comparison. Validation study. Patient-centered care.

INTRODUÇÃO

A assistência centrada no paciente, ou o cuidado centrado, foi descrita por Balint (1969) para se referir ao processo de compreensão do paciente como um ser humano único. Ao longo do tempo ele passou a ser descrito também por meio de termos alternativos, como 'cuidado centrado no relacionamento', 'cuidado personalizado', 'cuidado centrado no usuário/cliente' e 'cuidado centrado na pessoa' (SCHOLL *et al.* 2014; PLUUT, 2016). Neste trabalho optou-se por usar o termo 'cuidado centrado no paciente' por ser o mais comum na literatura, levando-se em consideração que não se deve reduzir a pessoa aos seus sintomas e/ou doenças, e que o cuidado exige uma abordagem holística, incorporando as dimensões: contexto de uma pessoa e sua expressão; preferências; e crenças individuais (CASTRO *et al.*, 2016).

Nos Estados Unidos o conceito de cuidado centrado geralmente está vinculado a um modelo médico de atendimento centrado no paciente, no Reino Unido ele está mais associado à atenção primária, enquanto na Escócia ele diz respeito a um relacionamento onde a mutualidade predomina (SANTANA *et al.*, 2018). Portanto, o cuidado centrado introduz a dimensão da integralidade, agregando o acolhimento, os vínculos de intersubjetividade e a escuta dos sujeitos como elementos inerentes a sua constituição. Ressalta-se, ainda, que ele não se limita apenas ao paciente, mas inclui familiares e cuidadores que estão envolvidos, aqueles que não convivem com a doença, bem como atividades de prevenção e promoção da saúde (NALDERMICI *et al.*, 2017).

Desde o final da década de 1970, organizações de saúde e agências regulatórias e de pesquisa passaram a promover a ideia de cuidado centrado no paciente. Nos anos 2000, o assunto mereceu atenção da Organização Mundial da Saúde (OMS), que desenvolveu estruturas de política para

cuidados de saúde centrados, destacando o foco na pessoa como uma peça chave para a qualidade da atenção à saúde (PLEWNIA; BENGEL; KÖRNER, 2019).

O modelo de cuidado centrado no paciente orienta os profissionais de saúde a trabalharem colaborativamente com o paciente, construindo um tratamento que esteja adaptado às suas necessidades individuais, e não à doença em si. O paciente é transformado em um participante ativo, empoderado em relação ao seu estado de saúde, podendo ter conhecimento e discernimento em relação aos acontecimentos que envolvem seu organismo. Além disso, uma abordagem centrada pode melhorar os resultados de saúde relacionados à melhoria da qualidade do tratamento (ROSLAND *et al.*, 2018), ao aumento da satisfação do paciente, à diminuição dos custos relacionados aos cuidados de saúde (LIANG *et al.*, 2018), e à maior adesão e diminuição da utilização de cuidados de saúde (CASTO *et al.*, 2016).

A implementação eficaz do cuidado centrado no paciente tem exigido grandes esforços das organizações, requerendo que serviços e funções sejam redesenhados e reestruturados para serem mais condizentes com o que o modelo exige (SANTANA *et al.*, 2018). Elas também precisam repensar as práticas educativas dos profissionais de saúde, promovendo a reflexão sobre os modos de trabalho. O objetivo final é evitar a mecanicidade e o distanciamento emocional, de forma a se considerar o usuário do serviço como centro da construção de seu cuidado (LANOUE; ROTER, 2018; YEH; WU; TUNG, 2018).

No modelo cuidado centrado o paciente passa a ser visto como especialista de seu próprio corpo, e seu conhecimento experiencial se torna complementar ao conhecimento dos profissionais, além de muito importante para o sucesso do tratamento e melhoria da qualidade do atendimento (DOBRINA; TENZE; PALESE, 2018).

Profissionais de saúde imbuídos do novo papel podem também empoderar os pacientes, gerando um novo paradigma de prática clínica (AHMED *et al.*, 2018). Empoderar, nesse caso significa capacitar ou promover o desenvolvimento e fortalecimento das habilidades físicas, mentais e sociais dos pacientes, de modo a alcançar a autogestão no tratamento. Ao fornecer aos pacientes informações e opções suficientes para fazer escolhas ele é capacitado a conduzir a assumir a corresponsabilidade por sua saúde e bem-estar. Isso promove não somente a autoeficácia do paciente, como um melhor relacionamento com os profissionais de saúde (CASTRO *et al.*, 2016).

Uma forma de identificar se a organização está promovendo a cultura da assistência ou cuidado centrado no paciente consiste em analisar a relação entre pacientes e profissionais, a fim de esclarecer o real valor atribuído ao cuidado na jornada de ambos. Essa análise exige a disponibilização de instrumentos de avaliação, orientados para a melhoria do cuidado centrado no paciente, sendo crucial que as medidas adotadas reflitam os principais componentes da qualidade da decisão centrada no paciente. Além disso, o desenvolvimento de tais medidas permite a documentação do processo de tomada de decisão e leva a um maior desenvolvimento e disseminação de intervenções eficazes, destinadas a promover a tomada de decisão de qualidade superior (PLEWNIA; BENGEL; KÖRNER, 2019).

A partir de uma busca na literatura especializada, foi constatada a inexistência de inquéritos ou questionários validados para a população brasileira. Essa lacuna teórica fez emergir a proposta de traduzir, adaptar culturalmente e validar o *Client-Centred Care Questionnaire* (DE WITTE; SCHOOT;

PROOT, 2006a), cuja versão original está em língua holandesa (*Vragenlijst Clientenperspectief op Vraaggerichtheid Van de Zorg*) (DE WITTE; SCHOOT; PROOT, 2006b). O objetivo geral deste trabalho, portanto, foi descrever o processo de adaptação transcultural do Questionário Cuidado Centrado no Paciente para o português brasileiro e analisar a validade e a confiabilidade da adaptação.

Na falta de instrumentos nacionais é possível utilizar questionários elaborados em outras línguas, desde que sejam validados e adaptados à cultura em que serão usados (TORRES; HORTALE; SCHALL, 2005; CRUCIANI, 2011). O processo de adaptação apresenta vantagens consideráveis, pois, na maioria das vezes, os itens do instrumento já foram testados quanto às qualidades psicométricas, possibilitando a comparação dos dados obtidos em diferentes amostras e contextos, além de economizar tempo e trabalho para o pesquisador (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

MATERIAIS E MÉTODO

Foi realizado um estudo de abordagem quantitativa do tipo aplicado. O objetivo do estudo foi descritivo com uso de procedimento do tipo *survey* transversal (BABBIE, 1999).

A coleta de dados ocorreu entre 8 de outubro a 1 dezembro 2019, com a prévia autorização dos autores do questionário original. O local onde foi realizado o teste piloto da versão pré-final do questionário em análise foi denominado de Hospital Gama, a fim de garantir o anonimato da organização. Trata-se de um hospital de grande porte, sem fins lucrativos, que presta assistência médica ambulatorial e hospitalar a usuários da região metropolitana de Belo Horizonte.

Em 2014 o Hospital Gama obteve a certificação ISO 9001:2008, em 2015 a certificação ONA. Em 2016 foi implantado o Programa Selo de Excelência de Assistência Hospitalar, e em 2018 o mapa estratégico foi redefinido, colocando o cliente no centro do negócio e investindo em sua experiência, como forma de impactar o crescimento sustentável. Nesse contexto implantou-se o cuidado centrado no paciente, sendo essa uma inovação recente e que por isto mesmo deve ser acompanhada e avaliada com a finalidade de corrigir possíveis desvios e superar dificuldade. O contato para a realização da pesquisa foi feito com a diretoria do hospital e a proposta foi bem recebida.

Participaram da fase de teste piloto do questionário 20 pacientes e da fase final de validação do instrumento 143. O cálculo da amostra levou em consideração as recomendações de Hair *et al.* (2009), de contar um tamanho mínimo de cinco vezes o número de itens do instrumento. Os critérios de inclusão foram: pacientes adultos entre o dia da alta (ainda no hospital) e 4 semanas pós alta. Foram excluídos do estudo os pacientes em precaução de contato ou isolamento, assim como os readmitidos.

A investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do referido hospital e da instituição de ensino a qual a pesquisa estava vinculada, sob o número de parecer 3.444.608, e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados dos questionários foram tabulados em planilha Excel e analisados por meio do software IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Science*) versão 20.0®, e Smartpls 2.1 e Microsoft Excel®.

O questionário traduzido e validado neste estudo foi originalmente elaborado por Tineke Schoot, da *Zuyd University of Applied Sciences*, Luc De Witte, da *University of Sheffield*, Ruud Ter Meulen, da *University of Bristol/United Kingdom*, e Ireen M. Proot, da *Maastricht University*, por meio de uma pesquisa qualitativa realizada entre os anos de 2003 e 2004, tendo por objetivo avaliar

o cuidado centrado no paciente. Os 15 itens do questionário foram gerados a partir de entrevistas com pacientes sobre seus principais valores em relação aos cuidados recebidos. Na sequência foi conduzido um estudo piloto com uma amostra de 107 clientes em três organizações de atendimento domiciliar. Desse estudo surgiu o *Client-Centred Care Questionnaire* (DE WITTE; SCHOOT; PROOT, 2006a), cuja versão original (*Vragenlijst Clientenperspectief op Vraaggerichtheid Van de Zorg*) está em língua holandesa.

O questionário é curto e de fácil compreensão, mesmo para pessoas de baixo nível educacional. A versão original contém 15 itens direcionados ao paciente, envolvendo suas expectativas e valores. Os itens apresentam um aspecto da demanda de cuidado e da relação de cuidado. Cada item é pontuado em uma escala *Likert* de 5 pontos, variando de 1 para ‘Discordo totalmente’ e 5 para ‘Concordo totalmente’.

A tradução e adaptação de instrumentos de pesquisa requer rigor metodológico, de forma que os valores refletidos por um instrumento e os significados de seus componentes se mantenham equivalentes entre uma cultura e outra (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012).

O pesquisador deve ficar atento às diferenças culturais das definições de palavras, crenças e comportamentos relacionados ao construto estudado. No presente estudo, seguiu-se as orientações de Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), que propuseram uma orientação clara e de fácil utilização para a tradução, adaptação transcultural e estudo de validação de instrumentos ou escalas para a pesquisa em cuidados de saúde em seis passos: conceitual, semântica, operacional, de itens, de medidas e funcional.

Para validar o instrumento, primeiramente analisou-se a qualidade de mensuração dos construtos, ou seja, se os itens mediam com precisão seu respectivo conceito. Para tal, foi realizado um estudo de validação convergente, que avalia o grau em que duas medidas do mesmo conceito estão correlacionadas e a confiabilidade dos dados, que avalia aspectos sobre coerência, precisão, estabilidade, equivalência e homogeneidade.

Com o objetivo de verificar a validade convergente utilizou-se a *Average Variance Extracted* (AVE), ou Variância Média Extraída, que indica o quanto, em média, as variáveis se correlacionam positivamente com seu respectivo construto. valores de AVE acima de 0,50 indicam validade convergente adequada (MONROE; CAI, 2015).

Utilizou-se as medidas Alfa de Cronbach e a Confiabilidade Composta para avaliar se a amostra está livre de vieses ou, ainda, se o conjunto das respostas são confiáveis. Valores superiores a 0,8 são considerados bons, enquanto coeficientes entre 0,7 e 0,8 são considerados aceitáveis (MONROE; CAI, 2015).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Apresenta-se a seguir cada passo percorrido no processo de tradução e validação.

Primeiramente foi feita a tradução inicial da versão holandesa do questionário, por dois tradutores bilíngues e biculturais, com experiência na cultura dos dois países envolvidos (Holanda e Brasil) não cientes dos objetivos da pesquisa. Cabe destacar que apesar do questionário ter sido publicado em inglês, o estudo de validação do mesmo só ocorreu na versão em holandês. A Tabela 1 apresenta a tradução que foi totalmente coincidente.

Tabela 1: Tradução inicial da versão holandesa do questionário *Vragenlijst cliëntenperspectief op vraaggerichtheid van de zorg* para o português brasileiro.

Versão em holandês	Versão em português/Brasil (Tradutor 1)	Versão em português/Brasil (Tradutor 2)
01. Ik merk dat de zorgverleners rekening houden met mijn persoonlijke wensen.	Reparei que os prestadores de cuidados de saúde têm em conta os meus desejos pessoais.	Eu noto que os cuidadores levam em conta meus desejos pessoais.
02. Ik merk dat de zorgverleners echt naar mij luisteren.	Reparei que os prestadores de cuidados estão mesmo a ouvir-me.	Eu percebo que os cuidadores realmente me ouvem.
03. Ik merk dat zorgverleners rekening houden met wat ik hen verteld heb.	Reparei que os prestadores de cuidados de saúde têm em conta o que lhes disse.	Eu percebo que os cuidadores levam em conta o que eu disse a eles.
04. Ik krijg voldoende gelegenheid om te zeggen aan welke zorg ik behoefte heb.	Tenho muitas oportunidades para dizer que tipo de cuidados preciso.	Tenho ampla oportunidade de dizer que cuidado preciso.
05. Ik merk dat zorgverleners mijn besluit respecteren als ik het niet met hen eens ben.	Reparei que os prestadores de cuidados de saúde respeitam a minha decisão se eu discordar deles.	Percebo que os profissionais de saúde respeitam minha decisão se eu discordar deles.
06. Ik vind dat zorgverleners duidelijk zijn over wat zij kunnen en mogen.	Penso que os prestadores de cuidados de saúde são claros sobre o que podem e podem fazer.	Eu acho que os profissionais de saúde são claros sobre o que podem e podem fazer.
07. Ik vind dat de zorgverleners soms te snel zeggen dat iets niet mogelijk is.	Acho que os prestadores de cuidados de saúde por vezes dizem demasiado depressa que algo não é possível.	Eu acho que os cuidadores às vezes dizem muito rápido que algo não é possível.
08. Ik krijg voldoende gelegenheid om eigen kennis en ervaring in te brengen over de zorg die ik nodig heb.	Tenho muitas oportunidades de contribuir com o meu próprio conhecimento e experiência sobre os cuidados de que preciso.	Tenho ampla oportunidade de contribuir com meu próprio conhecimento e experiência sobre os cuidados que preciso.
09. Ik krijg voldoende gelegenheid om zelf te doen wat ik zelf kan.	Eu tenho muitas oportunidades para fazer o que eu mesmo posso.	Tenho ampla oportunidade de fazer o que posso fazer.
10. Ik krijg voldoende gelegenheid om mee te beslissen over welke zorg ik krijg.	Terei muitas oportunidades de co-decidir sobre os cuidados que estou a ter.	Tenho ampla oportunidade de ajudar a decidir que cuidados receberei.
11. Ik krijg voldoende gelegenheid om mee te beslissen over hoe vaak ik zorg krijg.	Eu tenho muitas oportunidades de co-decidir sobre a frequência com que recebo cuidados.	Tenho ampla oportunidade de ajudar a decidir com que frequência recebo cuidados.
12. Ik krijg voldoende gelegenheid om mee te beslissen over hoe de zorg wordt uitgevoerd.	Terei ampla oportunidade de co-decidir sobre a forma como os cuidados serão prestados.	Tenho ampla oportunidade de ajudar a decidir como os cuidados são prestados.
13. Ik kan meebepalen op welk tijdstip de zorgverleners mij komen helpen.	Posso ajudar a determinar quando é que os prestadores de cuidados irão ajudar-me.	Eu posso ajudar a determinar quando os prestadores de cuidados virão me ajudar.
14. Ik vind dat er voldoende met mij overlegd wordt over wie de zorg verleent.	Acho que há consulta suficiente comigo sobre quem presta os cuidados.	Eu acho que há bastante consulta comigo sobre quem fornece os cuidados.
15. Ik krijg voldoende gelegenheid om zelf de zorg te regelen en te organiseren.	Tenho muitas oportunidades para organizar e organizar os cuidados pessoalmente.	Tenho ampla oportunidade de organizar e organizar os cuidados.

Fonte: elaborado pelos autores.

Na sequência realizou-se a comparação entre as duas traduções. O principal foco foi o refinamento linguístico da síntese das traduções, tendo sido realizadas alterações na formulação de algumas perguntas e trocas de alguns termos, com exceção da terminologia técnica. Em seguida foi formado um painel de especialistas, com o objetivo de discutir as discrepâncias para obtenção de uma versão traduzida preliminar.

O painel foi formado por dois clientes de nível fundamental de escolaridade, dois de nível médio e dois de nível superior. Os de nível médio e superior também eram profissionais de saúde e foram pacientes do hospital em estudo em mais de uma internação, com mais de oito dias. No momento em que houve discordância da tradução de palavras ou de perguntas que não se enquadravam na realidade cultural do país, e que também não estavam relacionadas ao tipo de serviço prestado no hospital, optou-se por sua modificação ou retirada. Foram realizadas discussões até a obtenção de um consenso sobre a tradução, elegendo a opção mais apropriada.

Também foi avaliada a quantidade de perguntas a serem mantidas para evitar a desmotivação do respondente. Dessa forma-se obteve-se a versão final do questionário para a realização do teste piloto (Tabela 2).

Tabela 2: Versão final do questionário para o teste piloto

Versão final em português/Brasil
1. Eu noto que os profissionais de saúde levam em conta meus desejos pessoais.
2. Eu percebo que os profissionais de saúde deram atenção e atenderam as chamadas ao leito.
3. Eu percebo que os profissionais de saúde levaram em conta o que eu digo.
4. Eu e meus familiares fomos escutados e obtivemos os esclarecimentos solicitados.
5. Percebo que os profissionais de saúde me respeitaram e me trataram com cortesia.
6. Os profissionais de saúde foram claros sobre quais atendimentos e cuidados são autorizados a fornecer ou não.
7. Eu acho que os profissionais de saúde às vezes dizem muito rápido que algo não é possível.
8. Eu tive oportunidade de contribuir com meu próprio conhecimento e experiência em relação aos atendimentos e cuidados que precisei.
9. Eu tive oportunidade de fazer aquilo que eu era capaz de fazer.
10. Eu tive oportunidade de falar dos meus medos e inseguranças com os profissionais de saúde no decorrer dos atendimentos.
11. Eu sempre fui informado/esclarecido sobre o tipo de atendimento e cuidado fornecido.
12. Foi fácil de entender a informação passada pelos profissionais de saúde.

Fonte: elaborado pelos autores.

Ao realizar a análise do teste piloto com os 20 pacientes se obteve uma AVE (*Average Variance Extracted*) = 0,44, que é menor que 0,50. Nessa situação, eliminou-se as variáveis que possuíam cargas fatoriais menores. Dessa forma, foram eliminados mais dois itens, o 7 e o 10, resultando no questionário exposto na Tabela 3.

Tabela 3: Versão traduzida e adaptada culturalmente do instrumento questionário cuidado centrado no paciente

Item	Cuidados que recebeu dos profissionais de saúde
CCP01	Eu noto que os profissionais de saúde levam em conta meus desejos pessoais.
CCP02	Eu percebo que os profissionais de saúde dão atenção e atendem as chamadas ao leito.
CCP03	Eu percebo que os profissionais de saúde levam em conta o que eu digo.
CCP04	Eu e meus familiares fomos escutados e obtivemos os esclarecimentos solicitados.
CCP05	Eu percebo que os profissionais de saúde me respeitam e me tratam com cortesia.
CCP06	Os profissionais de saúde foram claros sobre quais atendimentos e cuidados são autorizados a fornecer ou não.
CCP07	Eu tive oportunidade de contribuir com meu próprio conhecimento e experiência em relação aos atendimentos e cuidados que precisei.
CCP08	Eu tive oportunidade de fazer aquilo que eu era capaz de fazer.
CCP09	Eu fui informado e esclarecido sobre o tipo de atendimento e cuidado fornecido.
CCP010	Foi fácil de entender a informação passada pelos profissionais de saúde.

Fonte: elaborado pelos autores.

A versão final do instrumento foi aplicada em uma amostra de 143 respondentes, compostas na sua maioria por pacientes, quando estes não tinham condição de ler e escrever, o acompanhante foi convidado a fazer a avaliação. O cálculo da amostra foi realizado de acordo com as recomendações de Hair *et al.* (2009), indicando um tamanho mínimo da amostra cinco vezes maior que o número de itens a serem avaliados nos instrumentos.

Sobre o perfil da amostra dos 143 respondentes, 64,8% eram do sexo feminino e 35,2% do sexo masculino. A idade situou-se entre as faixas etárias de 18 e 24 anos (5,1%), de 25 a 34 anos (13,3%), de 35 a 44 anos (15,3%), de 45 a 54 anos (20,4%), de 55 a 64 anos (18,4%) e 65 anos ou mais (27,6%). Dos participantes 44,2% têm o ensino médio completo, apenas 1,1% é não alfabetizado e 33,7%, estão cursando ou tem curso superior.

A Tabela 4 apresenta as medidas descritivas para os itens do Questionário Cuidado Centrado no Paciente: média, desvio padrão e intervalo de confiança.

Tabela 4: Medidas descritivas para os itens do Questionário Cuidado Centrado no Paciente

Item	Média	DP	IC (95%)
CCP01	4,67	0,75	[4,54: 4,79]
CCP02	4,81	0,49	[4,73: 4,89]
CCP03	4,78	0,58	[4,69: 4,88]
CCP04	4,87	0,40	[4,80: 4,93]
CCP05	4,90	0,34	[4,85: 4,96]
CCP06	4,86	0,51	[4,78: 4,94]
CCP07	4,73	0,73	[4,61: 4,85]
CCP08	4,86	0,48	[4,78: 4,94]
CCP09	4,86	0,48	[4,78: 4,94]
CCP10	4,85	0,47	[4,78: 4,93]

Fonte: elaborado pelos autores.

Dos itens que compõem o Questionário Cuidado Centrado no Paciente, tem-se a maior média observada para o CCP05, 'Percebo que os profissionais de saúde me respeitam e me tratam com cortesia' (4,90), com o menor desvio padrão (0,34) indicando o quão confiável é esse valor. Na sequência estão os itens: CCP04, 'Eu e meus familiares fomos escutados e obtivemos esclarecimentos quando solicitado' (4,87); CCP06, 'Os profissionais de saúde foram claros sobre qual atendimento e

cuidados eles são autorizados a fornecer ou não'; CCP08, 'Eu tive oportunidade de fazer aquilo que eu era capaz de fazer'; e CCP09, 'Eu sempre fui informado e esclarecido sobre o tipo de atendimento e cuidado fornecido'; todos com média 4,86.

O item que obteve menor média foi CCP01, 'Eu noto que os profissionais de saúde levam em conta meus desejos pessoais' (4,67), com o maior desvio padrão (0,75) indicado uma maior variabilidade de respostas. Na sequência está CCP07, 'Eu tive oportunidade de contribuir com meu próprio conhecimento e experiência em relação aos atendimentos e cuidados que precisei' (4,73), com elevado desvio padrão (0,73); e CCP03, 'Eu percebo que os profissionais de saúde levam em conta o que eu digo' (4,78). Todas as médias ficaram dentro do intervalo de confiança calculado.

O questionário original, validado numa amostra de 107 clientes em três agências de *homecare* no sul dos Países Baixos (DE WITTE; SCHOOT; PROOT, 2006b) apresentou uma Confiabilidade Composta de 0,54 e um Alfa de Cronbach de 0,94. Na adaptação para a língua portuguesa, com uma amostra de 143 pacientes e familiares do Hospital Gama, o resultado da Confiabilidade Composta foi de 0,91 e o Alfa de Cronbach de 0,90, ficando próximas do resultado anterior.

Em relação aos resultados obtidos na aplicação do questionário no Hospital Gama é possível afirmar que a percepção dos pacientes foi positiva no que se refere às práticas associadas ao modelo cuidado centrado, medidas através dos 10 itens.

Constatou-se que os pacientes percebem que os profissionais de saúde os tratam com respeito e cortesia, que exercem a escuta, fornecem esclarecimentos sobre o tratamento com clareza, e dão autonomia ao paciente para agir e se movimentar quando se sente capaz. Em síntese, o respeito, a escuta e a clareza na comunicação estiveram presentes no relacionamento, indicando que o trabalho desenvolvido no Hospital Gama, em relação à mudança de cultura voltada para o cuidado centrado do paciente tem obtido êxito, apresentando capacidade de promover a melhoria da qualidade do atendimento e o aumento da satisfação do paciente, conforme aponta a literatura (ROSLAND *et al.*, 2018; VAN DER HEIDE *et al.*, 2018).

As principais práticas relacionadas ao cuidado centrado identificadas pela pesquisa foram: envolvimento do paciente e da família no cuidado; atenção aos desejos do paciente; incentivo do autocuidado; e sensibilização sobre as decisões compartilhadas. Tais práticas resumem a relação de empoderamento, autonomia e co-responsabilização assumida entre a equipe multiprofissional, o paciente e sua família (YEH; WU; TUNG, 2018; DOBRINA; TENZE; PALESE, 2018).

Durante muito tempo os pacientes assumiram uma postura passiva em relação ao tratamento, o que ocorria tanto pelo acesso limitado às informações que tinham, quanto pela atitude paternalista dos profissionais de saúde, que controlavam tudo o que deveria ser feito, muitas vezes, sem o envolvimento do paciente nas decisões do cuidado (SANTANA *et al.*, 2018; NALDERMICI *et al.*, 2017).

Para o paciente estar de fato no centro e participar ativamente do seu próprio cuidado é essencial que tenha acesso às informações sobre seu tratamento, e autonomia para tomar suas próprias decisões sobre a adesão e co-responsabilização, com a orientação correta, clara e precisa dos profissionais de saúde (CASTRO *et al.*, 2016). Nesse cenário, a comunicação e a educação em saúde assumem papel fundamental, reforçando o engajamento e a parceria entre profissionais, pacientes e familiares (FERREIRA; DALL'AGNOL; PORTO, 2016; LEVINSON; LESSER; EPSTEIN, 2019).

Os itens do questionário que obtiveram médias mais baixas, ainda que acima de 4,6, informam

que os profissionais de saúde podem desenvolver ainda mais a capacidade de escuta e de levar em consideração o sentimento, o autoconhecimento e a própria experiência do paciente durante o tratamento. É oportuno ressaltar que o desejo do paciente de obter informações e de compartilhar responsabilidades deve se mostrar presente no cuidado, reforçando a ideia de que aqueles pacientes engajados e questionadores assumem progressivamente o protagonismo de seu cuidado (SANTANA *et al.*, 2018; PLEWNIA; BENGEL; KONER, 2019). Cabe, portanto, aos profissionais da área da saúde oferecer oportunidades que os pacientes e familiares exerçam esse papel (LANOUE; ROTER, 2018; YEH; WU; TUNG, 2018).

CONCLUSÃO

O objetivo deste estudo foi descrever a adaptação transcultural do questionário Cuidado Centrado no Paciente para o português brasileiro e analisar a validade e a confiabilidade desta adaptação. A versão final do questionário com 10 itens foi aplicada a uma amostra de 143 pacientes de um hospital privado. A testagem revelou um *Alfa de Cronbach* de 0,90 e Confiabilidade Composta de 0,91. Os valores são consistentes, adequados e favoráveis para a validação do instrumento.

Os participantes perceberam a existência de práticas relacionadas ao cuidado centrado no hospital investigado, tais como: envolvimento do paciente e da família no cuidado; atenção aos desejos do paciente; incentivo ao autocuidado; e sensibilização sobre as decisões compartilhadas.

Este estudo tem o potencial de contribuir na avaliação periódica da evolução da implantação do modelo de cuidado centrado em organizações hospitalares, e de municiar gestores e profissionais de saúde com informações que podem estimular a elaboração de estratégias de mudanças nos processos e na cultura organizacional, bem como na educação e na conscientização das equipes de saúde e dos pacientes sobre seus papéis.

Acredita-se que esse tipo de instrumento, e de pesquisas decorrentes do seu uso, podem potencializar o processo de comunicação por meio das interações humanas e estimular a relação de confiança e a melhoria dos resultados.

Como limitações do estudo pode-se destacar o tamanho e perfil da amostra. Para futuras pesquisas sugere-se verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre grupos de paciente de hospitais privados e públicos, e se o nível social e o grau de escolaridade são fatores cruciais para um posicionamento atitudinal e perceptivo diferenciado. Outra possibilidade é aplicar o instrumento em maior número de pacientes, aumentando a representatividade da amostra. Sugere-se, ainda, combinar com estudos quantitativos com qualitativos, com objetivo de conhecer mais profundamente as expectativas dos pacientes sobre mudanças na forma de cuidado e, talvez, poder introduzir novos itens de avaliação ao questionário validado.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

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

REFERÊNCIAS

- AHMED, S. *et al.* How to measure cultural competence when evaluating patient-centred care: a scoping review. **BMJ Open**, v. 8, n. 7, p. e021525, 2018.
- BALINT, E. The possibilities of patient-centered medicine. **The Journal of the Royal College of General Practitioners**, v. 17, n. 82, p. 269, 1969.
- BEATON, D. E. *et al.* Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000.
- BORSA, J. C.; DAMÁSIO, B. F.; BANDEIRA, D. Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. **Paidéia**, v. 22, n. 53, p. 23-32, 2017.
- CASTRO, E. M. *et al.* Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: a concept analysis based on a literature review. **Patient Education and Counseling**, v. 99, n. 12, p. 1923-1939, 2016.
- CRUCIANI, F. *et al.* Equivalência conceitual, de itens e semântica do Physical Activity Checklist Interview (PACI). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 1, p. 19-34, 2011.
- DE WITTE, L.P.; SCHOOT, T.; PROOT, I. Development of the client centred care questionnaire. **Journal of Advanced Nursing**, v. 56, p. 62-68, 2006a.
- DE WITTE, L.P.; SCHOOT, T.; PROOT, I. **Vragenlijst cliëntenperspectief op vraaggerichtheid van de zorg**. Holanda, Zuyd University of Applied Sciences, 2006b. <https://meetinstrumentenzorg.nl/instrumenten/client-centred-care-questionnaire/>.
- DOBRINA, R.; TENZE, M.; PALESE, A. Transforming end-of-life care by implementing a patient-centered care model: Findings from an action research project. **Journal of Hospice & Palliative Nursing**, v. 20, n. 6, p. 531-541, 2018.
- FERREIRA, G. E.; DALL'AGNOL, C. M.; PORTO, A. R. Repercussions of proactivity in the management of care: Perceptions of nurses. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, e20160057, 2016.
- GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 46, n. 12, p. 1417-1432, 1993.
- HAIR, J. F. *et al.* **Análise multivariada de dados**. Porto Alegre: Editora Bookman; 2009.
- LEVINSON, W.; LESSER, C. S.; EPSTEIN, R. M. Developing physician communication skills for patient-centered care. **Health Affairs**, v. 29, n. 7, p. 1310-1318, 2010.
- LIANG, H. *et al.* The patient-centered oncology care on health care utilization and cost: A systematic review and meta-analysis. **Health Care Management Review**, v. 45, n. 4, p. 364-376, 2020.
- LANOUE, M. D.; ROTER, D. L. Exploring patient-centeredness: The relationship between self-reported empathy and patient-centered communication in medical trainees. **Patient Education and Counseling**, v. 101, n. 6, p. 1143-1146, 2018.

- MONROE, S.; CAI, L. Evaluating structural equation models for categorical outcomes: a new test statistic and a practical challenge of interpretation. **Multivariate Behavioral Research**, v. 50, n. 6, p. 569-583, 2015.
- NALDEMIRCI, Ö. *et al.* Deliberate and emergent strategies for implementing person-centred care: a qualitative interview study with researchers, professionals and patients. **BMC Health Services Research**, v. 17, n. 1, p. 1-10, 2017.
- PLEWNIA, A.; BENDEL, J.; KÖRNER, M. Patient-centeredness and its impact on patient satisfaction and treatment outcomes in medical rehabilitation. **Patient Education and Counseling**, v. 99, n. 12, p. 2063-2070, 2016.
- PLUUT, B. Differences that matter: developing critical insights into discourses of patient-centeredness. **Medicine, Health Care and Philosophy**, v. 19, n. 4, p. 501-515, 2016.
- ROSLAND, A. M. *et al.* Patient-centered medical home implementation and improved chronic disease quality: a longitudinal observational study. **Health Services Research**, v. 53, n. 4, p. 2503-2522, 2018.
- SANTANA, M. J. *et al.* How to practice person-centred care: a conceptual framework. **Health Expectations**, v. 21, n. 2, p. 429-440, 2018.
- SCHOLL, I. *et al.* An integrative model of patient-centeredness—a systematic review and concept analysis. **PloS one**, v. 9, n. 9, p. e107828, 2014.
- TORRES, H. C.; VIRGINIA A. H.; SCHALL, V. T. Validação dos questionários de conhecimento (DKN-A) e atitude (ATT-19) de Diabetes Mellitus. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 6, p. 906-911, 2005.
- VAN DER HEIDE, I. *et al.* Patient-centeredness of integrated care programs for people with multimorbidity. Results from the European ICARE4EU project. **Health Policy**, v. 122, n. 1, p. 36-43, 2018.
- YEH, M. Y.; WU, S. C.; TUNG, T. H. The relation between patient education, patient empowerment and patient satisfaction: a cross-sectional-comparison study. **Applied Nursing Research**, v. 39, p. 11-17, 2018.

CAPÍTULO 13

PROCESSO DE ENFERMAGEM SOB A LUZ TEÓRICA-METODOLÓGICA DE CALLISTA ROY APLICADO AO PACIENTE COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

Carla Passos Almeida¹;

Universidade Federal de Sergipe/UFS. Lagarto, Sergipe.

<http://lattes.cnpq.br/1644201027191756>

Luciana Rodrigues Prata Santana²;

Universidade Federal de Sergipe/UFS. Lagarto, Sergipe.

<http://lattes.cnpq.br/1425985085667053>

Allan Dantas dos Santos³;

Universidade Federal de Sergipe/UFS. Lagarto, Sergipe.

<http://lattes.cnpq.br/4560583433612026>

Andreia Centenaro Vaez⁴;

Universidade Federal de Sergipe/UFS. Lagarto, Sergipe.

<http://lattes.cnpq.br/3387223755090516>

Damião da Conceição Araújo⁵.

Universidade Federal de Sergipe/UFS. Lagarto, Sergipe.

<http://lattes.cnpq.br/6328031588711076>

RESUMO: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma limitação do fluxo aéreo de progressão lenta que ocorre nas formas de bronquiolite obstrutiva e enfisema, e consiste em uma complicação grave de degradação das funções dos pulmões. Desta forma, o cuidado de enfermagem é essencial na promoção de saúde e prevenção de complicações da doença. O objetivo deste estudo foi relatar o processo de enfermagem construído sob a luz teórico-metodológica do modelo de Adaptação de Callista Roy em pacientes com diagnóstico clínico de DPOC. Trata-se de uma revisão de literatura tradicional ou narrativa. O material foi coletado nas bases de dados, Lilacs, Medline, Bdenf e Scielo. Os dados encontrados foram agrupados para identificação dos problemas de enfermagem. Foram elencados enunciados de diagnósticos de enfermagem, metas e intervenções utilizando as taxonomias da prática clínica de enfermagem. O processo de enfermagem construído sob a teoria de Callista Roy permite o cuidado integral, holístico, organizado e de qualidade.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados de Enfermagem; Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; Teoria de Enfermagem.

SYSTEMATIZATION OF NURSING CARE FOR PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

ABSTRACT: Chronic Obstructive Pulmonary Disease is a limitation of slow-progressing airflow that occurs in the forms of obstructive bronchiolitis and emphysema, and consists of a serious complication of degradation of lung functions. Thus, nursing care is essential in promoting health and preventing disease complications. The aim of this study was to report the nursing process built under the theoretical-methodological light of the Callista Roy Adaptation model in patients with a clinical diagnosis of COPD. This is a review of traditional or narrative literature. The material was collected from the databases, Lilacs, Medline, Bdenf and Scielo. The data found were grouped to identify nursing problems. Listings of nursing diagnoses, goals and interventions were listed using the taxonomies of clinical nursing practice. The nursing process built under the theory of Callista Roy allows comprehensive, holistic, organized and quality care.

KEY-WORDS: Nursing Care; Chronic obstructive pulmonary disease; Nursing Theory.

INTRODUÇÃO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma limitação do fluxo aéreo de progressão lenta que ocorre nas formas de bronquiolite obstrutiva e enfisema, e consiste em uma complicação grave de degradação da função pulmonar (ROBALO-CORDEIRO et al., 2018). Dentre os principais fatores de risco o fumo é o principal. Entretanto, a exposição continuada a agentes produtores de fumaça também pode desencadear a doença. Para esta patologia ainda não existe cura, no entanto há tratamento medicamentoso e não-medicamentoso (BASTOS et al., 2018; BETOLAZA et al., 2018).

No ano de 2017, a DPOC foi considerada a 4ª causa de morte do mundo, atingindo aproximadamente 210 milhões de pessoas (Associação Brasileira de Portadores de DPOC, 2017). No Brasil, estima-se que a doença atinja principalmente adultos maiores que 40 anos de idade e, sua maior prevalência ocorre nas regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul (ACCP, 2017).

A assistência ao paciente com DPOC consiste na atuação de uma equipe multiprofissional. Desta forma, o cuidado de enfermagem é essencial na promoção de saúde e prevenção de complicações da doença. O desenvolvimento da prática clínica do enfermeiro é baseado na sistematização da assistência de enfermagem (SAE) que é uma metodologia que permite a organização do trabalho profissional, facilitando a elaboração do processo de enfermagem (PE), garantindo ao enfermeiro gerenciamento, o planejamento e proporcionando o cuidado qualificado (BARROS et al., 2010; MARINELLI et al., 2016).

Na aplicação do PE é necessário o uso de uma teoria ou modelo conceitual de enfermagem para nortear as etapas de coleta de dados, diagnósticos e construção do plano de cuidado. Para o paciente com DPOC, frente a condição clínica apresentada, o modelo de Adaptação da teoria de Callista Roy pode contribuir na identificação dos diagnósticos e decisão do tratamento de enfermagem de forma adequada. O modelo proposto por Roy destaca a adaptação da pessoa no ambiente, seja com os grupos ou com ele mesmo, cujo objetivo é melhorar a qualidade de vida do indivíduo, o padrão de saúde e prevenir a morte por determinada complicação clínica da doença. Além disso, é classificado em quatro modos: físico-fisiológico, identidade de autoconceito, interdependência e desempenho de

papel (COELHO et al., 2011).

Nesse contexto, o objetivo do estudo foi relatar o processo de enfermagem construído sob a luz teórico-metodológica do modelo de Adaptação de Callista Roy em pacientes com diagnóstico clínico de DPOC.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura tradicional ou narrativa para análise crítica e literária com teor qualitativo de artigos, revistas e livros, realizada durante os meses de janeiro e fevereiro de 2021 (ROTHER et al., 2007).

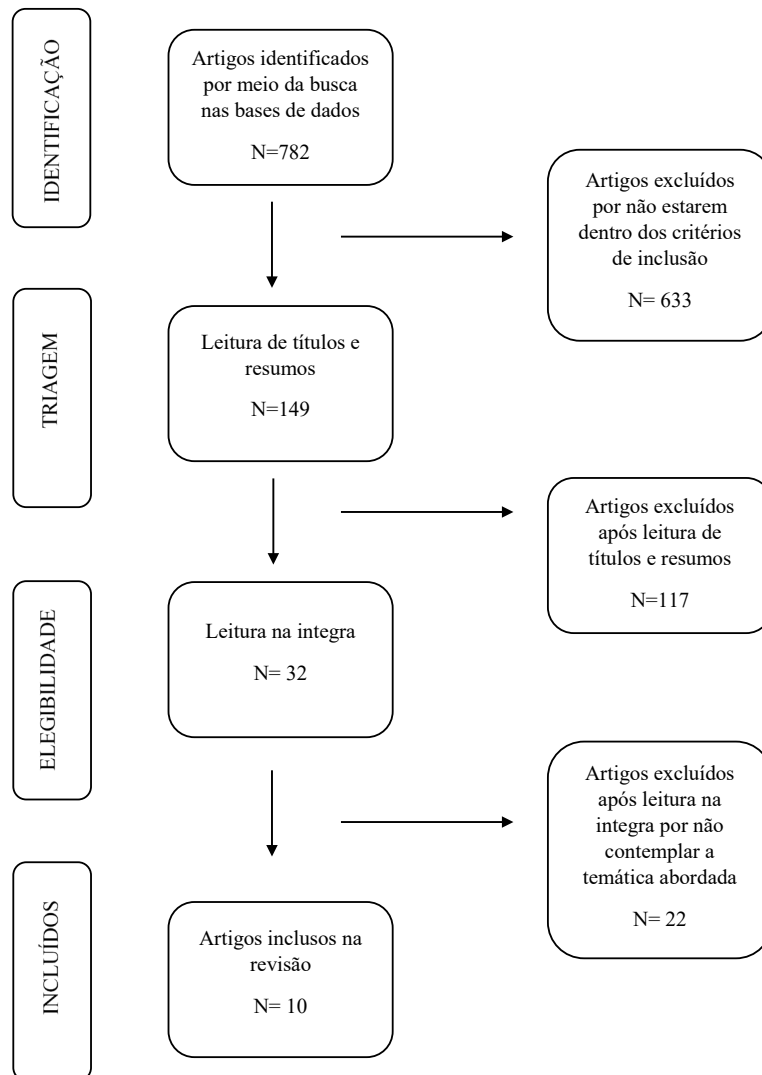
Segundo Azevedo (2006), através da revisão de literatura é possível ter uma visão das pesquisas já realizadas de acordo com o assunto desejada e definir novas abordagens que auxiliem no desenho dos objetivos do estudo que será realizado (AZEVEDO, 2016). No presente estudo foi utilizada a revisão do tipo narrativa a qual não prioriza a análise dos artigos, mas sim busca utilizá-los como base para o conhecimento do tema trabalhado.

A busca teve como ferramenta para a coleta dos artigos o uso da biblioteca virtual em saúde (BVS) utilizando as bases de dados Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), BDENF (Banco de Dados em Enfermagem) e como forma complementar a biblioteca eletrônica SciELO (Scientific Electronic Library Online), além do uso dos descritores em ciências da saúde (DeCS).

A estratégia de busca consistiu-se de textos completos dos últimos 5 anos, de forma trilingue (inglês, português e espanhol), com aplicação dos operadores booleanos “AND” e “OR” entre os termos dos DeCS: “Cuidados de Enfermagem AND Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica AND Teoria de Enfermagem” AND “Cuidados de Enfermagem OR Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica OR Teoria de Enfermagem”, foram excluídos artigos pagos e que não tratavam do tema apresentado.

A estratégia de seleção dos artigos está apresentada conforme a Figura 1, segundo recomendações do grupo PRISMA.

Figura 1. Fluxograma completo dos artigos utilizados.



Fonte: Autores, 2021.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Aspectos clínicos do paciente com DPOC

A DPOC está entre as principais causas de morbimortalidade no Brasil e no mundo, sobretudo, em casos mais avançados da doença (MIRANDA et al., 2016) configurando-se como problema global de saúde pública (XIN-XIA et al., 2020). Apesar dos fatores diretamente relacionados ao desenvolvimento dessa patologia, como o uso de tabaco, estudos apontam como fortes agentes causadores a poluição ambiental e o desmatamento (LABAKI et al., 2019).

Por ser uma doença de caráter progressivo e incurável, a principal forma de prevenir a evolução clínica é a redução da exposição de agentes agravantes (XIN-XIA et al., 2020). O principal sintoma é a falta de ar que desencadeia internações contínuas alterando a qualidade de vida dos pacientes (EARLY et al., 2019).

A DPOC provoca no paciente dificuldade na realização das atividades de vida diária e instrumentais, autocuidado prejudicado, dependência de outros familiares ou cuidadores na realização de tarefas simples e avançadas do cotidiano, isolamento e distanciamento social (EARLY et al., 2019). Em virtude disso, é indicado a continuidade da assistência no ambiente domiciliar e o incentivo do

paciente na corresponsabilidade do cuidado (MIRANDA et al., 2016).

Processo de enfermagem baseado no modelo teórico de Callista Roy para paciente com DPOC

Na prática do enfermeiro o raciocínio clínico faz parte das ações e decisões assistenciais que permeiam o diagnóstico dos problemas relacionados ao processo saúde-doença, na seleção de intervenções e na avaliação dos resultados (ANTUNES et al., 2020). Uma das formas de implementação do raciocínio clínico é por intermédio da SAE e PE, uma vez que permitem a implementação do raciocínio clínico com base nos problemas diagnosticados que irão permear as intervenções de enfermagem (BARROS et al., 2010; ANTUNES et al., 2020; CARVALHO et al., 2017).

O PE é composto por “cinco etapas, inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes”, sendo elas: Coleta de dados: investigação dos achados clínicos que definiram os cuidados; Diagnóstico de enfermagem: interpretação do agrupamento dos problemas de enfermagem; Planejamento de enfermagem: determina resultados a serem alcançados, para tanto com base nos diagnósticos e metas elabora as ações necessárias da enfermagem; Implementação: implementação das ações e intervenções; e, Avaliação, processo contínuo de avaliação dos resultados, determinando a continuidade da assistência (COFEN, 2009; DOS SANTOS et al., 2017).

A assistência de enfermagem para um paciente com DPOC é complexa, uma vez que o paciente pode apresentar múltiplas complicações nos sistemas orgânicos. Na primeira etapa do processo, o enfermeiro deve investigar a história de saúde atual, verificar sinais vitais e realizar exame físico geral e específico para identificar problemas de enfermagem, e correlacionar com outros sistemas orgânicos. Recomenda-se que seja adotada uma teoria ou modelo conceitual de enfermagem. A aplicação da teoria de Callista Roy permite observar características de pacientes que se adequem aos 4 modos:

1) Físico-fisiológico, associado à sua patologia e possíveis intervenções como vigilância quanto a oferta de oxigênio, observação de uma nutrição desequilibrada, repouso constante e proteção da família; 2) Identidade de Autoconceito, que é ressaltada pelo espiritualismo constante durante um determinado momento através da menção da religiosidade, convicções e sentimentos; 3) Interdependência, constante e total, principalmente para pacientes acamados e com a saúde debilitada, são interações relacionadas a troca de afeto e respeito; e 4) Desempenho de Papel, por meio da dependência de pacientes, principalmente quando ocupa a função na sociedade, principalmente de dirigente familiar (DIAZ et al., 2018).

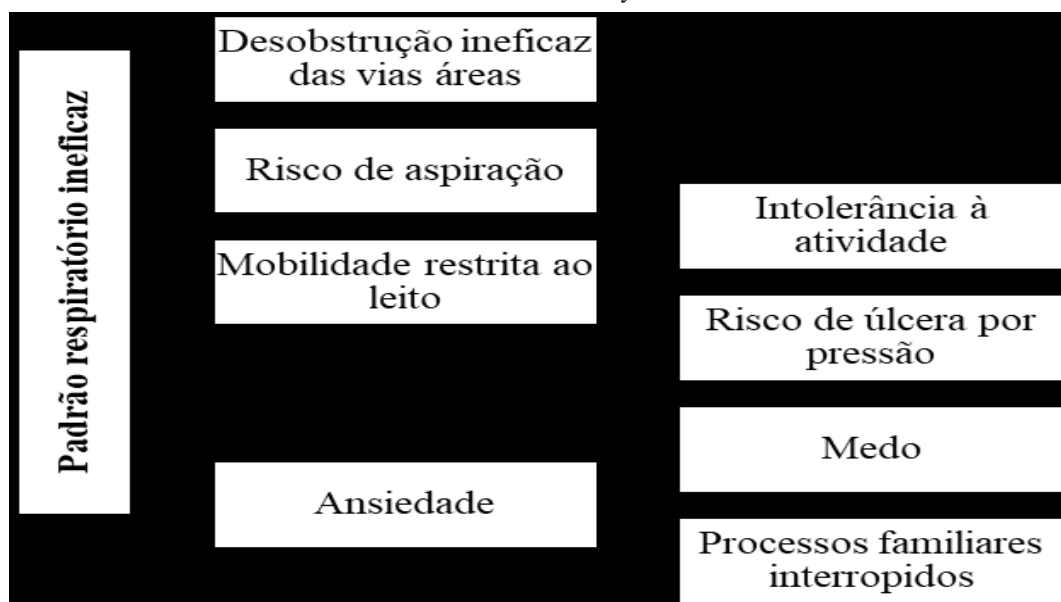
Para a realização do processo de enfermagem (PE) é necessário que o profissional utilize suas noções técnica-científicas, com o objetivo de beneficiar a organização e a padronização do cuidado prestado. Com isso, são utilizados sistemas de classificação, onde possibilita uma unificação da clínica do enfermeiro. Os sistemas mais utilizados são: a classificação dos diagnósticos de enfermagem, *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA-I); classificação de intervenções de enfermagem - *Nursing Interventions Classification* (NIC) e a classificação de resultados de enfermagem - *Nursing Outcomes Classification* (NOC) (FURUYA et al., 2011).

A linguagem do PE deve ser padronizada para facilitar na continuidade do cuidado. O profissional deve saber utilizar essas ferramentas e desenvolver a capacidade de raciocínio diagnóstico com base em uma coleta de dados clara e objetiva (FURUYA et al., 2011).

Mediante os dados coletados, o enfermeiro agrupa em categorias de prioridade para elencar os

Diagnósticos de Enfermagem (DE). A utilização de um mapa ou teia como estratégia para elaboração dos DE pode ser utilizada, onde é definido o DE central ou primário e a partir deste são desencadeados os secundários, terciários e assim sucessivamente. Segundo a taxonomia da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA, 2018), foram descritos os possíveis títulos diagnósticos que poderão estar presentes a depender dos problemas identificados na coleta de dados (figura 2).

Figura 2. Mapa dos possíveis títulos diagnósticos identificados em pacientes portadores de DPOC baseados na Teoria de Callista Roy.



Frente à teia diagnóstica foram elaboradas as principais metas e intervenções de enfermagem. Foi utilizado como referencial a taxonomia da *Nursing Outcomes Classification* (NOC) (JOHNSON et al., 2016) e *Nursing Interventions Classification* (NIC) (BULECHEK et al., 2016) e o modelo bifocal da prática clínica de enfermagem (CARPENITO-MOYET, 2018). Para cada problema de enfermagem/enunciado diagnóstico foram destacadas metas e algumas intervenções de enfermagem comuns (GARDENER et al., 2019), descritos a seguir.

1. Manter a respiração nos parâmetros normais de funcionalidade, evitar a obstrução das vias aéreas e a broncoaspiração

A função respiratória do paciente com DPOC deve ser mantida nos parâmetros de normalidade, uma vez que a oxigenação inadequada aumenta as chances de complicações fisiológicas (HINKLE et al., 2019). O enfermeiro deve prescrever: monitorar a função respiratória e diante de sinais de alterações devem ser instituídas medidas de reversão como a instalação de máscara; manter o paciente em posição de Fowler; eliminar os fatores contribuintes para alteração da respiração tais como ansiedade, desconforto, temperatura ambiental inadequada e estressores externos.

Em alguns casos o paciente pode necessitar de intubação orotraqueal, sendo necessário prevenir pneumonia associada à ventilação mecânica. Desta forma, deve ser implementado seguintes cuidados de enfermagem: aspiração das vias aéreas inferiores e superiores quando indicado; manutenção dos cuidados com a fixação do tubo (o tubo traqueal deve ser fixado com adesivo cadaço

e mantido centralizado); manutenção da pressão do balonete da prótese traqueal entre 18 e 22 mmHg ou 25 e 30 cmH₂O (cuffômetro); verificação da pressão do balonete no mínimo quatro vezes ao dia e antes da higiene oral, que deve ser realizada duas vezes ao dia com digluconato de clorexidina à 0,12% e quatro vezes ao dia com água destilada ou filtrada e/ou enxaguante bucal sem álcool; monitoração dos sinais de desconforto ventilatório e comodidade do paciente com a ventilação mecânica (AMIB, 2013).

2. Melhorar a mobilidade física, tolerância a atividade e prevenir as úlceras por pressão

Os cuidados com o sistema locomotor são complexos e dependerão da capacidade motora e funcional. Os pacientes com DPOC apresentam limitações em graus variados quanto a execução de atividades básicas e instrumentais. Além disso, a restrição no leito em virtude da dificuldade respiratória influencia no risco de formação de úlceras por pressão (HINKLE et al., 2019). Desta forma, o foco da intervenção de enfermagem deve contemplar o conforto, o posicionamento, o uso de coxins nas proeminências ósseas e a mudança de decúbito a cada duas horas, conforme indicação terapêutica. As medidas de prevenção das lesões de pele por pressão devem ser instituídas: avaliar diariamente pele e anexos; hidratar pele e mucosas com solução adequada; evitar dobraduras de lençóis ou dispositivos que possam lesionar a pele e evitar quando possível a umidade. Recomenda-se que profissionais de saúde adotem uma escala para avaliar o risco de úlceras por pressão como a Escala de Braden.

A equipe de enfermagem deve monitorar os parâmetros respiratórios antes, durante e depois de qualquer atividade que demande gasto metabólico e respiratório como o banho, alimentação e movimentação no leito. É importante incentivar a participação ativa do paciente durante as atividades, bem como o ensino de técnicas de relaxamento e respiração adequada.

Existem diversas ferramentas informativas disponíveis para os pacientes como forma de auxiliar na detecção dos sintomas, facilitando o autocuidado dos pacientes, permitindo a eles a manutenção da sua saúde. A maioria desses cuidados estão relacionados a melhora da autoconfiança e resolução dos problemas de acordo com a sua adaptação no ambiente (HILLEBREGT et al., 2017).

3. Melhorar o sistema de apoio familiar, minimizar o medo e a ansiedade

O apoio familiar é imprescindível no tratamento, uma vez que potencializa o enfrentamento, a adesão às medidas terapêuticas e redução do medo e ansiedade. A família deve ser envolvida na assistência e orientada acerca da condição clínica e possíveis mudanças no estilo de vida, aconselhando a inserção e convívio social. A equipe de enfermagem fornece orientação sobre a condição clínica do paciente e as medidas de conforto para reduzir os sintomas de ansiedade.

Quanto aos cuidados com a DPOC é necessário que, além do autocuidado, há importância de ter um cuidador ou familiar junto a esses pacientes, principalmente quando há uma exacerbação dos sintomas. Um impacto observado dessas pessoas que estão à frente do cuidado é a ansiedade, tanto pela necessidade de supervisão, quanto os comportamentos do enfermo. Por isso, existe uma necessidade do acompanhamento com profissionais de saúde para auxiliar em ações e intervenções (CRUZ et al, 2017).

Avaliando o plano de cuidado

O plano de cuidados de enfermagem deve ser avaliado continuamente para readequar as metas com as prescrições de enfermagem, assim como possibilidade de excluir ou incluir diagnósticos de enfermagem. O enfermeiro deve mensurar indicadores assistenciais que demonstrem os resultados obtidos (CARPENITO-MOYET, 2018).

De modo geral, as referências encontradas foram suficientes e supriram as necessidades do tema abordado, contudo, houve uma limitação acerca de artigos que abordassem a teoria de enfermagem relacionada a DPOC. A elaboração do plano de cuidado usando a teoria de Callista Roy pode ser útil na prática clínica. No entanto, são necessários estudos que verifiquem o impacto da teoria e processo.

CONCLUSÃO

A aplicação do PE sob a luz teórica-metodológica de Callista Roy em pacientes com DPOC proporciona direcionar os diagnósticos, metas e intervenções de enfermagem de forma holística, humanizada e resolutive. Assim, o PE permite o cuidado integral e organizado pelo profissional enfermeiro, e direciona o cuidado qualificado.

O presente estudo demonstrou a importância da elaboração de uma prática sistematizada, centrada no cuidado aos portadores de DPOC. Espera-se que o cuidado sistematizado apresentado seja facilitador durante a implementação do PE e que possa representar transformações significativas no processo saúde-doença.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

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

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Michele et al. **Raciocínio clínico do estudante de Enfermagem: análise a partir de um simulador virtual**. Revista Novas Tecnologias na Educação. V.18 Nº 2, dezembro, 2020.

Associação Brasileira de Portadores de DPOC. **Principais informações sobre a DPOC**. São Paulo, 2017. Disponível em < <http://www.dpoc.org.br/tudo-sobre-dpoc>>

Associação de Medicina Intensiva Brasileira. **Diretrizes brasileiras de ventilação mecânica 2013**. São Paulo: AMIB; 2013.

AZEVEDO, Debora. **Revisão de Literatura, Referencial Teórico, Fundamentação Teórica e Framework Conceitual em Pesquisa** - diferenças e propósitos. Working paper, 2016.

BARROS, Alba Lucia Bottura Leite de; LOPES, Juliana de Lima. **A legislação e a sistematização da assistência de enfermagem**. Enfermagem em Foco, Sao Paulo, v. 2, n 1, p.63-65, 2010.

BASTOS, Karla Katarine Rodrigues Teixeira et al. **Correlação entre capacidade funcional e capacidade pulmonar em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica**. Journal of Health and Biological Sciences. v. 6, n. 4 2018.

BETOLAZA, Sofia de et al. **Estudio descriptivo de una población de pacientes EPOC asistidos en**

- el Hospital Pasteur:** severidad e impacto en la vida diaria. Rev. Urug. Med. Int., 3(2): 13-21 2018.
- Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 358/2009, de 15 de outubro de 2009.** Brasília: COFEN; 2009.
- BULECHEK, Gloria et al. **Classificação das intervenções de enfermagem – NIC.** 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
- CARPENITO-MOYET, Lynda Juall. **Manual de Diagnósticos de Enfermagem.** 15ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.
- CARVALHO, Emília Campos de et al. **Clinical reasoning in nursing: teaching strategies and assessment tools.** Rev. Bras. Enferm. vol.70 no.3 Brasília May/June 2017.
- COELHO, Sónia Margarida Santos; MENDES, Isabel Margarida Dias Monteiro. **Da pesquisa à prática de enfermagem aplicando o modelo de adaptação de Roy.** Esc. Anna Nery vol.15 no.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 2011.
- CRUZ, Joana; MARQUES, Alda; FIGUEIREDO. **Impacts of copd on family carers and supportive interventions: a narrative review.** Health and Social Care in the Community. 2017.
- Diagnósticos de enfermagem da NANDA:** definições e classificação 2018-2020/ NANDA International; tradução Regina Machado Garcez. - Porto Alegre: Artmed, 2018.
- DIAZ, Leidy Johanna Rueda; CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro da. **Modelo de adaptação em um ensaio clínico controlado com cuidadores familiares de pessoas com doenças crônicas.** Texto contexto - enferm. [online]. 2017.
- DOS SANTOS, Marisa Gomes et al. **Etapas do processo de enfermagem: uma revisão narrativa.** Enfermagem em Foco, [S.l.], v. 8, n. 4, jul. 2018.
- EARLY, Frances Early et al. **What matters to people with COPD:** outputs from Working Together for Change. npj Prim. Care Respir. Med. 29, 11 (2019).
- FURUYA, Rejane Kiyomi et al. **Sistemas de classificação de enfermagem e sua aplicação na assistência:** revisão integrativa de literatura. Rev. Gaúcha Enferm. (Online) vol.32 no.1 Porto Alegre Mar. 2011.
- GARDENER, Carole; EWING, Gail; FARQUHAR, Morag. **Enabling patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease to identify and express their support needs to health care professionals:** A qualitative study to develop a tool. Palliative Medicine March. 2019.
- HILLEBREGT, Chantal et al. **Barriers and facilitators influencing self-management among COPD patients:** a mixed methods exploration in primary and affiliated specialist care. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2017.
- HINKLE, Janice L.; CHEEVER, Kerry H. Brunner & Suddarth - **Manual De Enfermagem Médico-Cirúrgica** - 14ª Ed.2019
- JOHNSON, Marion et al. **Classificação dos resultados de enfermagem-NOC.** 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.

- LABAKI, Wassim Walid et al. **Update in Chronic Obstructive Pulmonary Disease 2018**. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. Volume 199 Number 12, June 15, 2019.
- MARINELLI, Natália Pereira; SILVA, Allynne Rosane Almeida; SILVA, Déborah Nayane Oliveira. **Sistematização da assistência de enfermagem: desafios para a implantação**. Rev. Enf. Contemporânea, v.4 n.2, 2016.
- MIRANDA, Daniel Gainza et al. **HOLD study (Home care Obstructive Lung Disease): natural history of patients with advanced COPD**. BMC Palliat Care. 2016.
- ROBALO-CORDEIRO, Carlos et al. **COPD exacerbations: management and hospital discharge**. Rev. Pneumo.2018.
- ROTHER, Edna Terezinha. **Revisão sistemática X revisão narrativa**. Acta paul. enferm. São Paulo, v. 20, n. 2, pág. v-vi, junho de 2007.
- XIN-XIA, Li et al. **Effect of continuous nursing care based on the IKAP theory on the quality of life of patients with chronic obstructive pulmonary disease: A randomized controlled study**. Medicine (Baltimore). 2020.

IMPACTOS DO USO ATIVO E PASSIVO DO CIGARRO POR GESTANTES NA SAÚDE INFANTIL: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

José Maikon de Souza¹;

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), Vitória, ES.

<http://lattes.cnpq.br/5479236273078632>

Rafael Marabotti Fiorio²;

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), Vitória, ES.

<http://lattes.cnpq.br/2831007421551711>

Renata Vilela de Almeida Gomes³;

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), Vitória, ES.

<http://lattes.cnpq.br/6614649863474550>

Tiago Stancioli Tonoli⁴;

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), Vitória, ES.

<http://lattes.cnpq.br/9122591879572131>

Victória Pagung⁵;

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), Vitória, ES.

<http://lattes.cnpq.br/1640375681416440>

Mateus Gonçalves Prata dos Reis⁶;

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), Vitória, ES.

<http://lattes.cnpq.br/0156329637642543>

Caio Lucas Franco Inocêncio⁷;

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), Vitória, ES.

<http://lattes.cnpq.br/9641359127687583>

Isadora Cardozo Bragatto⁸;

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), Vitória, ES.

<http://lattes.cnpq.br/8596304309271580>

João Lucas Bertoli Sepulchro⁹;

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), Vitória, ES.

<http://lattes.cnpq.br/2728142137199844>

Marcela Souza Lima Paulo¹⁰.

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), Vitória, ES.

<http://lattes.cnpq.br/8496440574297694>

RESUMO: Introdução: A exposição da gestante ao tabaco traz consequências para a saúde de mãe e filho, gerando impactos físicos e cognitivos na criança. As publicações sobre esse tema têm redirecionado o foco do uso ativo para o passivo. Objetivo: Verificar a influência do uso materno ativo e passivo do tabaco durante a gravidez na ocorrência de doenças no filho, do seu nascimento ao início da puberdade. Metodologia: A revisão bibliográfica utilizou as bases de dados PubMed e BVS.

Foram selecionados 18 artigos publicados entre 2014 a 2019. Critérios de inclusão: artigos originais publicados em inglês, espanhol e português. Foram excluídos artigos anteriores a 2014, duplicados e que fugiam do objetivo desta revisão bibliográfica. Resultados e discussões: Observou-se associação entre o uso ou inalação do tabaco por gestantes durante a gravidez e o incremento na incidência de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), asma, atraso no desenvolvimento linguístico, retardo no aprendizado locomotor, redução em escalas de avaliação cognitiva e aumento do Índice de Massa Corporal (IMC). Conclusão: A correlação entre o contato materno com tabaco durante a gestação e o aparecimento, nos filhos, das fisiopatologias abordadas, evidencia a necessidade de políticas públicas que reduzam os riscos à qualidade na saúde infantil, prezando pela redução da exposição de gestantes, por via direta ou indireta, a essa droga. Pontua-se, por fim, a necessidade da padronização de métodos objetivos para a diferenciação entre usuários ativos e passivos.

PALAVRAS-CHAVE: Tabagismo. Gestação. Desenvolvimento.

IMPACTS OF PASSIVE AND ACTIVE USE OF CIGARETTES BY PREGNANT WOMEN ON CHILD HEALTH

ABSTRACT: Introduction: tobacco exposure during pregnancy brings health consequences to both mother and child, resulting in physical and physiological impacts to the child. Publications about the theme have been focusing on passive rather than use of tobacco. Objective: Verify the influence of both passive and active maternal use of tobacco during pregnancy on the occurrence of diseases on the child, from birth to puberty. Methodology: The bibliographic review utilized the databases PubMed and BVS. 18 articles published between 2014 and 2019. Inclusion criteria: original articles published in english, spanish or portuguese. Results prior to 2014, duplicated or that didn't match the objectives of this bibliographical review were excluded. Results and discussions: Associations were observed between the direct use or inhalation of tobacco smoke by women during pregnancy and higher incidence of Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), asthma, delayed language development, locomotor learning delay, worst results in cognitive assessment scales and higher body mass index. Conclusion: The correlation between maternal contact with tobacco during pregnancy and the appearance, in children, of the pathophysiology addressed, highlights the need for public policies that reduce the risks to a quality child health, valuing the reduction of pregnant women exposure, direct or indirect, to this drug. At last, the need to standardize objective methods to differentiate active and passive users is emphasized.

KEY-WORDS: Tabagism. Pregnancy. Development.

INTRODUÇÃO

Segundo dados da Global Adult Tobacco Survey (GATS), aproximadamente 13% das mulheres brasileiras se declaram como fumantes. Dentre as demais, 27% afirmam terem sido expostas à fumaça do tabaco no mínimo uma vez em um período de 30 dias (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2010).

Na população feminina, a preocupação específica com as gestantes, em termos de saúde pública, vai além da atenção aos danos causados à própria usuária, como doenças cardiovasculares e respiratórias (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2018) impactando também no desenvolvimento físico e cognitivo da criança após o nascimento (THACHER, 2015; HERNÁNDEZ-MATÍNEZ, BROWNE, VARDAVAS, 2016).

Por muito tempo, o olhar científico sobre esse público buscou somente analisar as influências do uso ativo do tabaco, apontando para asma (THACHER *et al.*, 2015), redução no desenvolvimento motor (EVLAMPIDOU *et al.*, 2015); e linguístico (MOHAMED, 2018; POLANSKA, 2017). No entanto, pesquisas recentes chamam a atenção para outras alterações, como Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) (MOHAMED *et al.*, 2018), agressividade (HE *et al.*, 2018), além do atraso na capacidade de resolução de problemas (EVLAMPIDOU *et al.*, 2015).

Diante desse cenário, esta revisão tem como intuito verificar a influência do uso materno ativo e passivo do tabaco durante a gravidez, os mecanismos de atuação dos principais fármacos presentes nessa droga e a correlação desses aspectos ao desenvolvimento de fisiopatologias durante o período do nascimento ao início da puberdade.

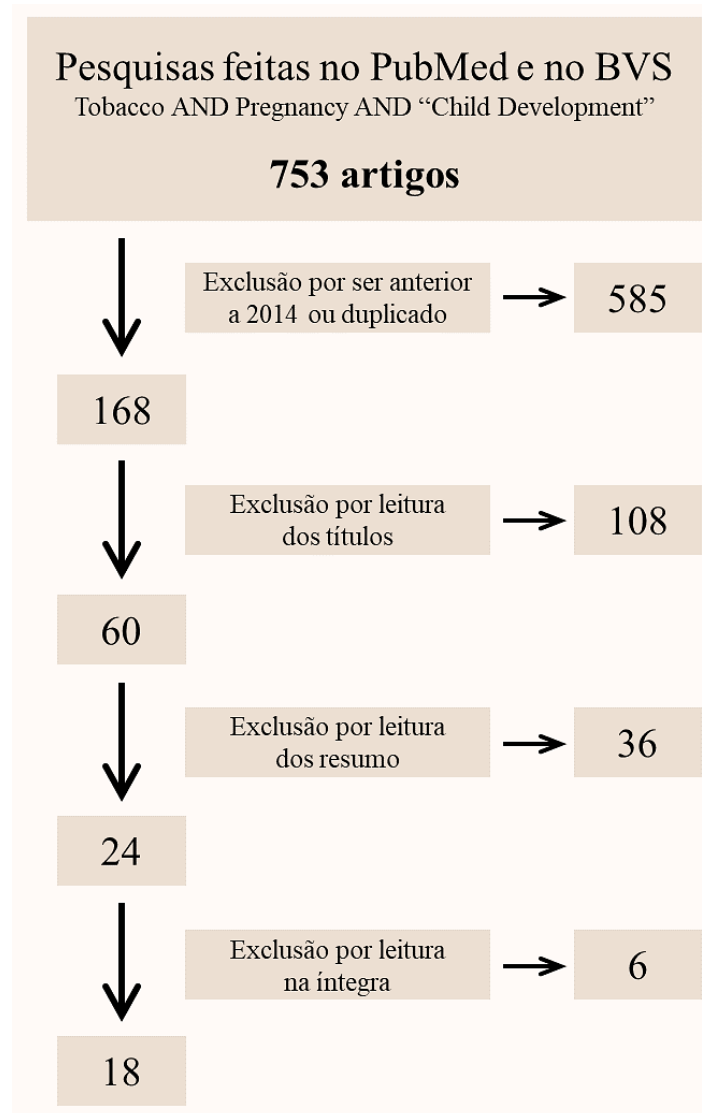
MÉTODOS

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura feita durante os meses de abril a junho de 2019. Para tal, foram utilizadas as bases de dados PubMed/MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde).

Durante as buscas nas plataformas PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando a combinação de descritores selecionados no MeSH: Tobacco AND Pregnancy AND “Child Development”, encontrando 753 resultados. Foram incluídos artigos originais publicados em inglês, espanhol e português, sendo excluídos trabalhos anteriores a 2014 e artigos duplicados, restando, assim, 168 artigos. Após esse processo, 60 artigos foram pré-selecionados pelo título.

Após a leitura dos resumos, 36 foram descartados por fugir dos objetivos desta revisão, e, com isso, 24 foram lidos na íntegra. Em seguida, as bibliografias foram analisadas de forma independente e, com o consenso entre os pesquisadores, 18 artigos foram eleitos para o presente trabalho (Quadro 1).

Quadro 1: Fluxograma da seleção amostral dos estudos incluídos na revisão literária

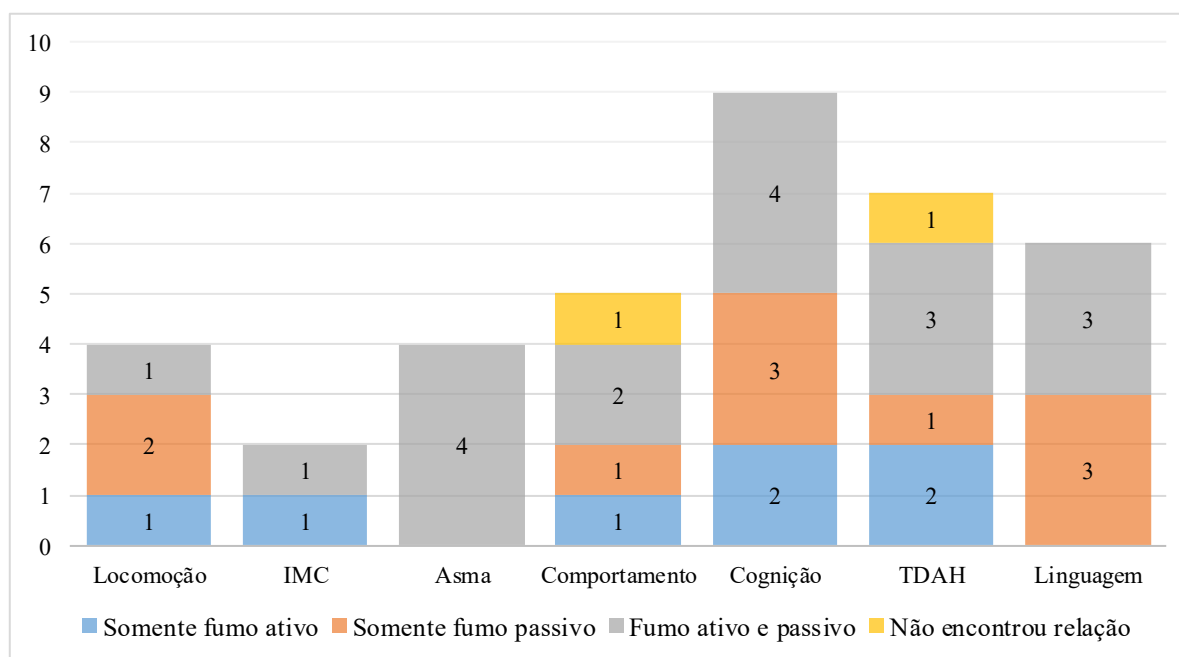


Fonte: Próprio autor

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste trabalho, foram lidos 18 artigos originais na íntegra e agrupados conforme as correlações apontadas pelos autores entre o uso do tabaco ou a inalação passiva da sua fumaça por mulheres grávidas e os impactos fisiológicos causados nas crianças expostas, após seu nascimento (Gráfico 1). Desse modo, foram mencionadas ou analisadas a prevalência de sete fisiopatologias durante os estudos: asma, alterações comportamentais, diminuição em escalas de avaliação cognitiva, aumento no Índice de Massa Corporal (IMC), incremento no risco de TDAH, atraso no desenvolvimento neurolinguístico e retardo no aprendizado locomotor.

Gráfico 1: Distribuição das fisiopatologias apontadas pelo artigo



Fonte: Autor próprio

Dentre os artigos consultados, nota-se que grande parte deles reforçam os prejuízos já reconhecidos pela comunidade científica do uso materno do tabaco durante a gravidez e o impacto na saúde da criança após o nascimento (EVLAMPIDOU, POLAŃSKA, DÜRR, 2015). Hernández-Matínez et al. (2016), por exemplo, chama atenção para retardo no desenvolvimento do sistema locomotor e cognitivo dos filhos de mães fumantes, entre o 13º mês após o nascimento e os 12 anos de idade. Já Hamulka et al. (2018), através de um estudo transversal dos impactos combinados entre álcool e tabaco em filhos de mães fumantes, entre 0 e 2 anos de idade, constatou aumento de 9,6% no risco de nascimento prematuro e 5,3% no de apresentar baixo peso ao nascer (< 2500g).

No entanto, o enfoque apresentado pela literatura nessa área demonstrou-se mais direcionado à descoberta das influências da exposição da gestante ao tabaco, ou seja, a inalação da fumaça emitida por fumantes, sem a presença do uso próprio (MOHAMED et al., 2018). Conforme He (2018), isso se deve à ausência de um consenso sobre os resultados obtidos até o momento, fato este ressaltado por Evlampidou (2015), que chama atenção para a inconsistência entre os resultados apontados. Essa discordância foi constatada pela presente revisão, principalmente tratando-se de desvios comportamentais na juventude, os quais apresentam correlação positiva com a exposição da gestante ao tabaco em um grupo de artigos (SANS, 2016; POLAŃSKA, 2017), ao passo que em outros não (HE, 2018; DÜRR, 2015).

Destaca-se, inicialmente, que o cigarro comercial contém cerca de 7000 compostos (LEE M et al., 2019), alguns deles com efeitos farmacológicos nocivos no metabolismo humano, dentre os quais estão chumbo (presente em baterias), acetona (encontrado em esmaltes) e nicotina (utilizado em inseticidas). Além disso, sua queima libera quantidades consideráveis de monóxido de carbono, composto altamente tóxico no corpo humano na sua ação redutora da afinidade entre a hemoglobina circulante e o oxigênio. Dentre todos esses, a nicotina assume papel de destaque, visto que provoca

ação vasoconstritora, reduzindo a circulação fetal e consequentemente o aporte nutritivo ao embrião durante o desenvolvimento. Ademais, exerce também ação neurológica, através da interferência nos receptores de acetilcolina no cérebro. Assim, como o encéfalo humano chega a cerca de 80% do seu volume da fase adulta até os 3 primeiros anos de vida (MOHAMED et al., 2018), infere-se que os impactos sofridos nessa fase são mais significativos do que em períodos fora desse intervalo.

Dessa maneira, algumas sugestões de efeitos do uso materno do tabaco durante a gravidez ou da exposição da gestante ao tabaco no desenvolvimento infantil apontados pelos artigos lidos, como prejuízos na cognição ou no aprendizado locomotor se mostram pertinentes, visto que o córtex pré-frontal e o cerebelo são áreas do sistema nervoso central ricas em receptores nicotínicos. Sabe-se também que a nicotina, ao reduzir o fluxo sanguíneo da circulação fetal aumenta significativamente o risco de pré-eclâmpsia e suas comorbidades.

A nicotina circulante é metabolizada em cotinina, a qual pode ser analisada através dos seus níveis na urina ou mesmo no cabelo. Não existe uma padronização sobre o limiar que divide os tipos de usuários do tabaco, porém alguns autores sugerem os valores de 0 ng/mL de urina para ausência da exposição, entre 0 e 10ng/mL para uso passivo e acima deste último como fumo ativo (EVLAMPIDOU et al., 2015).

Na totalidade dos artigos lidos, quanto ao efeito da exposição ao tabaco, a asma apresentou maior consenso: 100% dos quatro estudos afins indicaram a existência dessa relação. Thacher (2014), por exemplo, realizou um estudo de coorte com 3.798 crianças, 423 expostas ao tabaco antes do nascimento, 785 somente durante a infância, enquanto as demais não tiveram contato com usuários. A conclusão foi de que o risco para crises de asma ou rinite alérgica, em crianças expostas ao tabaco durante a fase intrauterina, do 1º ao 8º ano de idade é 18% superior ao padrão para a mesma faixa etária.

Outra consequência recorrente foi a redução na “Escala Bayle de Desenvolvimento Infantil III (BSID-III)”, a qual mensura, através de uma pontuação, o grau de evolução em habilidades neurocognitivas durante a fase infantil, relacionando em 22,2% de nove estudos essa diminuição à dependência única do uso materno do tabaco durante a gravidez. Outros 22,2% defenderam a exposição da gestante ao tabaco como causa exclusiva, enquanto os demais (55,6%) deram igual impacto a ambos os tipos de exposição. He (2018) buscou mensurar, pelo teste supracitado, os efeitos da exposição da gestante ao tabaco em 446 crianças chinesas a progressão dos seguintes aspectos: cognição, linguagem e locomoção. Os resultados indicaram redução em 3,3% da pontuação no teste, para a área linguística, e 6% no aprendizado aos 15 meses de idade, apontando significativa queda no desempenho relativo à média populacional pertencente ao mesmo intervalo etário. Esses dados foram reforçados por outros trabalhos, como o estudo similar de Carmen Martínez (HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ et al., 2016) o qual chegou a números próximos: queda de 7% na desenvoltura linguística aos 6 meses de idade e 3,5% aos 30 meses. Em contrapartida, Dürr (2015), contando com uma amostra de 1016 crianças, obteve resultados negativos para essas mesmas relações, sendo que grande parte do método foi executado de forma similar, excetuando que houve estabelecimento de análise química prévia para confirmação de resíduos de cotinina na urina das mães que alegaram serem expostas de forma passiva.

Alguns autores também ressaltam impactos da exposição ao tabaco, tanto passiva quanto ativa, no sistema hormonal feminino durante o final da infância e o início da puberdade. Gollenberg (2015) em estudo retrospectivo, analisou amostras sanguíneas em crianças do sexo feminino pertencentes à faixa etária de 6 a 11 anos de idade. O resultado apontou para redução no hormônio inibina B, relacionado ao aumento das células foliculares ovarianas, além do aumento no hormônio luteinizante, responsável pela regulação hipotalâmica-pituitária-gonadal, ou seja, ambos com ações diretas no sistema reprodutor.

Já a relação com o TDAH, durante os estudos, foi mencionada em 33% dos 18 artigos lidos. Todavia, as abordagens somente sugerem a sua existência, respaldando-se em outras referências acadêmicas, sem realizarem pesquisas com o objetivo de comprovar essa correlação. Não houve menção sobre o motivo desse desinteresse na execução de novas pesquisas sobre esse tema. Browne (2016) se excetua, ao constatar em seu trabalho uma associação entre o fumo materno e a síndrome de Tourette e desta com o TDAH. Entretanto, pelo uso de métodos não específicos para a constatação do transtorno em questão, essa conclusão se apresentou incerta.

Durante a redação da presente revisão da literatura, os membros do grupo acordaram sobre a existência de várias divergências, sejam elas no método aplicado ou mesmo nos resultados obtidos pelos artigos norteadores. Possivelmente, isso se deve à falta de normatização em alguns parâmetros. Um exemplo foi a falta de diferenciação entre o usuário passivo e ativo do tabaco, o que dificultou a delimitação dos reais impactos de cada modalidade de fumo no desenvolvimento da criança. Tal cenário se deve ao fato de apenas 22,2% das pesquisas lidas utilizarem critérios objetivos, como o exame de cotinina, para diferenciar usuários passivos de ativos, enquanto a maioria foi baseada apenas no autorrelato, cuja natureza subjetiva dificulta constatar com exatidão a presença e intensidade da exposição ao tabaco. Esses aspectos constituem um empecilho não somente para a supracitada categorização dos casos, como também para o diálogo entre os resultados encontrados. Somando-se a isso há ainda o fato de as pesquisas utilizarem questionários distintos para as mães, o que dificulta a correlação entre a exposição ao tabaco e seus efeitos.

CONCLUSÃO

Levando-se em conta as pesquisas apresentadas e também as discussões subsequentes, dentre o universo das sete principais alterações trazidas pelos artigos (asma, atraso cognitivo, TDAH, alteração no IMC, desvios comportamentais e retardo locomotor), foi possível inferir que há uma correlação entre o uso ou a exposição materna ao tabaco durante a gestação e o risco no aparecimento de todas essas sete fisiopatologias nos filhos, durante a fase que vai do nascimento ao início da puberdade. A justificativa metabólica para estes efeitos consiste na atuação das substâncias liberadas durante inalação da fumaça do tabaco, seja ela feita de forma ativa ou passiva, principalmente através da nicotina e do monóxido de carbono, os quais causam, respectivamente, alterações neurológicas e na circulação fetal durante a fase de desenvolvimento embrionário, que acabam refletindo no período pós-parto.

Destaca-se, entretanto, que a ausência de métodos mais precisos durante a realização das pesquisas, a fim de estabelecer critérios sólidos na diferenciação do grupo formado por gestantes tabagistas daquele composto pelas gestantes somente expostas à fumaça do tabaco, foi interpretada

como um problema para a credibilidade nos dados obtidos. Desse modo, torna-se necessária a criação de formas padronizadas no meio científico, como questionários, para distinção entre indivíduos expostos passiva ou ativamente ao tabaco, evitando assim o uso de critérios arbitrados pelos próprios pesquisadores, o que acaba dificultando a comparação dos resultados obtidos.

Por fim, os resultados apresentados devem despertar não só nos profissionais de saúde, mas na população como um todo, o interesse pela elaboração de políticas e ações públicas que reduzam o uso de tabaco em ambientes coletivos e também aquele feito por mulheres durante a gravidez, incrementando com isso a qualidade de vida infantil.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

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

REFERÊNCIAS

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Global Adult Tobacco Survey Brazil Report 2008**. Rio de Janeiro. INCA, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Folha informativa - Tabaco**, 2019. Disponível em https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5641:folha-informativa-tabaco&Itemid=1097. Acesso em: 27 maio 2019.

HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ, C.; MORESO, N.; SERRA, B.; VAL, V.; MACÍAS, J.; SANS, J. **Effects of Prenatal Nicotine Exposure on Infant Language Development: a cohort follow up study**. Maternal And Child Health Journal, [S.L.], v. 21, n. 4, p. 734-744, jul. 2016.

EVlampidou, I.; Bagkeris, M.; Vardavas, C.; Koutra, K.; Patelarou, E.; Koutis, A.; Chatzi, L.; Kogevinas, M. **Prenatal Second-Hand Smoke Exposure Measured with Urine Cotinine May Reduce Gross Motor Development at 18 Months of Age**. The Journal Of Pediatrics, [S.L.], v. 167, n. 2, p. 246-252, ago. 2015.

He, Y.; Luo, R.; Wang, T.; Gao, J.; Liu, C. **Prenatal Exposure to Environmental Tobacco Smoke and Early Development of Children in Rural Guizhou Province, China**. International Journal Of Environmental Research And Public Health, [S.L.], v. 15, n. 12, p. 2866, 14 dez. 2018.

Mohamed, N.; Loy, S.; Lim, Y.; Mamun, A.; Mohamed, J. **Early life secondhand smoke exposure assessed by hair nicotine biomarker may reduce children's neurodevelopment at 2 years of age**. Science Of The Total Environment, [S.L.], v. 610-611, p. 147-153, jan. 2018.

Polanska, K.; Krol, A.; Merecz-Kot, D.; Ligocka, D.; Mikolajewska, K.; Mirabella, F.; Chiarotti, F.; Calamandrei, G.; Hanke, W. **Environmental Tobacco Smoke Exposure during Pregnancy and Child Neurodevelopment**. International Journal Of Environmental Research And Public Health, [S.L.], v. 14, n. 7, p. 796, jul. 2017.

Polanska, K.; Muszyński, P.; Sobala, W.; Dziewirski, E.; Merecz-Kot, D.; Hanke, W. **Maternal lifestyle during pregnancy and child psychomotor development: Polish Mother and**

Child Cohort study. *Early Human Development*, [S.L.], v. 91, n. 5, p. 317-325, maio 2015.

BROWNE, H. ; MODABBERNIA, A.; BUXBAUM, J.; HANSEN, S.; SCHENDEL, D.; PARNER, E.; REICHENBERG, A.; GRICE, D. **Prenatal Maternal Smoking and Increased Risk for Tourette Syndrome and Chronic Tic Disorders**. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, [S.L.], v. 55, n. 9, p. 784-791, set. 2016.

DÜRR, D.; HØYER, B.; CHRISTENSEN, L.; PEDERSEN, H.; ZINCHUK, A.; JÖNSSON, B.; LINDH, C.; BONDE, J.; TOFT, G. **Tobacco smoking during pregnancy and risk of adverse behaviour in offspring: a follow-up study**. *Reproductive Toxicology*, [S.L.], v. 58, p. 65-72, dez. 2015.

LEE, M.; HA, M.; HONG, Y; PARK, H.; KIM, Y.; KIM, E.; KIM, Y; HA, E. **Exposure to prenatal secondhand smoke and early neurodevelopment: mothers and children's environmental health (MOCEH) study**. *Environmental Health*, [S.L.], v. 18, n. 1, mar. 2019.

YANG, S.; DECKER, A.; KRAMER, M. **Exposure to parental smoking and child growth and development: a cohort study**. *Bmc Pediatrics*, [S.L.], v. 13, n. 1, jul. 2013.

HAMUŁKA, J.; ZIELIŃSKA, M.; CHĄDZYŃSKA, K. **The combined effects of alcohol and tobacco use during pregnancy on birth outcomes**. *Nip̄-Nih, Warsaw*, v. 1, n. 69, p. 45-54, jan. 2018.

THACHER, J. D.; GRUZIEVA, O.; PERSHAGEN, G.; NEUMAN, A.; WICKMAN, M.; KULL, I.; MELEN, E.; BERGSTROM, A. **Pre- and Postnatal Exposure to Parental Smoking and Allergic Disease Through Adolescence**. *Pediatrics*, [S.L.], v. 134, n. 3, p. 428-434, ago. 2014.

THACHER, J. D.; GRUZIEVA, O.; PERSHAGEN, G.; NEUMAN, Å.; HAGE, M.; WICKMAN, M.; KULL, I.; MELÉN, E.; BERGSTRÖM, A. **Parental smoking and development of allergic sensitization from birth to adolescence**. *Allergy*, [S.L.], v. 71, n. 2, p. 239-248, nov. 2015.

VARDAVAS, C.I.; HOHMANN, C.; PATELAROU, E.; MARTINEZ, D.; HENDERSON, A.J.; GRANELL, R.; SUNYER, J.; TORRENT, M.; FANTINI, M.P.; GORI, D.. **The independent role of prenatal and postnatal exposure to active and passive smoking on the development of early wheeze in children**. *European Respiratory Journal*, [S.L.], v. 48, n. 1, p. 115-124, mar. 2016.

GOLLENBERG, A.; ADDO, O.; ZHANG, Z.; HEDIGER, M.; HIMES, J.; LEE, P. **In utero Exposure to Cigarette Smoking, Environmental Tobacco Smoke and Reproductive Hormones in US Girls Approaching Puberty**. *Hormone Research In Paediatrics*, [S.L.], v. 83, n. 1, p. 36-44, jan. 2015.

MURARO, A.; GONÇALVES-SILVA, R.; FERREIRA, M.; SILVA, G.; SICHIERI, R. **Effect of the exposure to maternal smoking during pregnancy and childhood on the body mass index until adolescence**. *Revista de Saúde Pública*, [S.L.], v. 49, p. 1-8, 2015.

JORGE, J.; BOTELHO, C.; SILVA, A.; MOI, G.. **Influence of passive smoking on learning in elementary school**. *Jornal de Pediatria*, [S.L.], v. 92, n. 3, p. 260-267, maio 2016.

CAPÍTULO 15

REFLEXÕES SOBRE A GESTÃO DA CLÍNICA NO SUS: UM PERCURSO POR MEIO DO PORTFÓLIO REFLEXIVO

Sulyanne da Silva Ferreira¹;

Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), São Carlos, São Paulo.

<https://orcid.org/0000-0003-3925-2099>

Adriana Barbieri Feliciano²;

Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), São Carlos, São Paulo.

<https://orcid.org/0000-0003-2524-9876>

Heloisa Cristina Figueiredo Frizzo³;

Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), São Carlos, São Paulo.

<https://orcid.org/0000-0002-7661-0353>

Sueli Fatima Sampaio⁴;

Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), São Carlos, São Paulo.

<https://orcid.org/0000-0003-1273-7707>

Luciana Nogueira Fioroni⁵.

Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), São Carlos, São Paulo.

<https://orcid.org/0000-0002-2311-7848>

RESUMO: O presente ensaio é resultado da construção de um Portfólio Reflexivo da Atividade Curricular (AC) sobre Práticas em Saúde e Gestão do Cuidado do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos, com o objetivo de explorar as bases teórico-metodológicas da Gestão da Clínica no contexto do Sistema Único de Saúde – SUS por meio do relato da experiência vivenciada em um processo educacional que compreende o educando como protagonista do seu processo de ensino-aprendizagem. Os resultados indicam um panorama geral dos saberes articulados com a prática, a partir dos elementos educacionais abordados na atividade curricular. Destaca-se que os encontros e propostas desta atividade foram fundamentais para o aprimoramento e aquisição de novos conhecimentos acerca da Política Pública do SUS, com destaque de que todo o conhecimento acumulado foi de ordem crítica e reflexiva, fundamental influenciador para uma atuação profissional comprometida com as reais necessidade de saúde de indivíduos e de populações.

PALAVRAS-CHAVE: Aprendizagem Ativa. Gestão da clínica. Mestrado profissional.

REFLECTIONS ON CLINIC MANAGEMENT IN SUS: AN EDUCATIONAL PATH THROUGH THE REFLECTIVE PORTFOLIO

ABSTRACT: This essay is the result of the construction of a Reflective Portfolio of Curricular Activity (CA) Practices in Health and Care Management of the Postgraduate Program in Clinical Management at the Federal University of São Carlos, with the aim of exploring the theoretical and

methodological bases of Clinical Management in the context of the Unified Health System - SUS through the report of the experience lived in an educational process that includes the student as the protagonist of their teaching-learning process. The results indicate a general panorama of the knowledge articulated with the practice, based on the internal educational elements in the curricular activity. It is noteworthy that the meetings and proposals of this activity were fundamental for the improvement and acquisition of new knowledge about the Public Policy of the Unified Health System, highlighting that all the accumulated knowledge was of a critical and reflective order, a fundamental influencer for a performance professional committed to the real health needs of our customers.

KEY-WORDS: Active Learning. Clinic management. Professional master's.

INTRODUÇÃO

O presente ensaio é resultado da construção de um Portfólio Reflexivo na Atividade Curricular (AC) sobre Práticas em Saúde e Gestão do Cuidado do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos, como produto de um mestrado profissional em saúde. Durante o percurso da referida atividade, foram desenvolvidos seis ciclos de aprendizagem, pautados por metodologias ativas de ensino-aprendizagem (LIMA, 2017). A proposta metodológica da atividade mencionada coaduna com as diretrizes pedagógicas adotadas pelo Programa de Mestrado Profissional: o aprender a aprender, a aprendizagem significativa, a problematização (LIMA, 2017).

As estratégias pedagógicas e a avaliação propostas para essa atividade curricular reproduzem o método científico, tendo como principais ferramentas os pressupostos e as etapas da espiral construtivista de ensino-aprendizagem (LIMA, 2017) adotada pelo Programa. A referida abordagem busca a construção contínua e significação de saberes, por meio do contato com problemas simulados ou narrativas reflexivas da prática profissional dos mestrandos e que são utilizados como disparadores.

Nessa proposta, as atividades são desenvolvidas em pequenos grupos e o professor tem a função de facilitador do processo de aprendizagem (LIMA, 2017). Trata-se de uma AC de ciclo anual, que também propôs conferências, rodas de conversa e a participação de alguns especialistas convidados. Considerando a ocorrência da pandemia de COVID-19 e a necessidade da adoção de medidas restritivas de cuidado de transmissão da doença, todas as atividades foram realizadas pela modalidade ensino remoto emergencial, utilizando-se como ferramenta o Google Meet.

Com base nos ciclos de aprendizagem desenvolvidos na Atividade Curricular, o presente ensaio tecerá considerações teóricas sobre alguns temas específicos, dentre os quais: Necessidades de Saúde, Cuidado e Linhas de Cuidado, Redes de Atenção e Gestão da Clínica.

No Brasil, o termo “Gestão da Clínica” foi empregado por Eugênio Vilaça Mendes em 2001, embora já existissem discussões relacionadas à gestão do trabalho em saúde desde 1980. As origens da Gestão da Clínica estão marcadas na utilização, pelo referido autor, de elementos da governança clínica (*clinical governance*) adotado no sistema público de saúde do Reino Unido e da atenção gerenciada (*managed care*) desenvolvida nos Estados Unidos da América. O termo foi adotado para expressar um sistema de tecnologias de microgestão dos sistemas de atenção à saúde do SUS (MENDES, 2011).

Conceitualmente, a Gestão da Clínica enfatiza os sujeitos envolvidos nas relações constituídas no cuidado integral à saúde e nos processos de aprendizagem. Nessa abordagem, os gestores e os

profissionais da saúde devem construir, juntos, objetivos comuns, isto é, compartilhar conhecimentos e se implicar de forma coletiva. Em linhas gerais, a Gestão da Clínica tem como objetivo central a produção de uma atenção integral à saúde, dirigida às necessidades das pessoas, com qualidade e segurança, por meio da modificação de práticas de atenção, gestão e educação (MENDES, 2011).

Este ensaio de reflexão tem como objetivo explorar as bases teóricas-metodológicas da Gestão da Clínica no contexto do Sistema Único de Saúde – SUS, produzidas por meio da vivência na construção de um portfólio reflexivo durante a Atividade Curricular de Práticas em Saúde e Gestão do Cuidado. Nesse sentido, não pretende-se aqui esgotar o arcabouço teórico-conceitual da gestão da clínica, mas, sim evidenciar um percurso de aprendizagem no diálogo com a prática profissional.

METODOLOGIA

Constitui-se de relato de experiência da vivência de um processo educacional que compreende o educando como o principal protagonista do seu processo de ensino-aprendizagem (LIMA, 2017).

O uso do portfólio reflexivo no contexto educacional como é considerado uma estratégia e ferramenta de aprendizagem e avaliação que se inscreve no contexto de formação por competências e de avaliação, em que a aprendizagem se pauta no *feedback* constante entre facilitador e estudante, bem como entre estudante e estudante. A utilização desse instrumento centra-se no processo de construção do conhecimento de forma criativa e dialógica, em contraponto ao formato classificatório utilizado nas avaliações tradicionais (COTTA; COSTA, 2016).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A experiência da elaboração do portfólio reflexivo como um instrumento de aprendizagem e avaliação teve valor significativo no processo de construção de saberes e práticas acerca do campo da Saúde Coletiva, a partir da Atividade Curricular Práticas em Saúde e Gestão do Cuidado (COTTA; COSTA, 2016), de modo que o portfólio tenha sido construído com base nas vivências da referida atividade, incluindo nessa ferramenta tanto discussão de literatura, como as experiências do cotidiano do trabalho. O instrumento foi sendo construído como uma colcha de retalhos, a partir da organização das produções desenvolvidas, o que mostra evidências de um processo da construção de saber.

A sua construção mostrou-se como uma ferramenta desafiadora, uma vez que rompe com os paradigmas tradicionais de ensino, aprendizagem e avaliação que de alguma forma encontram-se cristalizados, pela formação até aqui vivenciada pela mestranda que compõe o grupo de autores. Nesse sentido, considerou-se que a produção desse material a partir de metodologias ativas de aprendizagem, tendo o portfólio reflexivo como ferramenta para tal, deu a este último o sentido e significado de um instrumento que opera fissuras no modelo tradicional, linear e verticalizado de aprender e avaliar. E são essas fissuras que permitem a singularidade da produção de cada portfólio, pois se trata do diálogo por meio da reflexão do referencial teórico estudado com a prática profissional de cada educando, possibilitando diferentes significações e sentidos em relação aos contextos e inserções na prática profissional dos mestrandos (COTTA; COSTA, 2016).

Considerações sobre Necessidades de Saúde

O ponto de partida para a reflexão sobre gestão da clínica é o reconhecimento das necessidades em saúde dos sujeitos em seus territórios de vida. A concepção de necessidades de saúde, em sua complexidade, e sua relação com os serviços de saúde, apresenta-se como um conceito relevante, tendo sido motivo de estudo para diferentes expoentes do campo da Saúde Coletiva (CAMPOS, 2004; MATSUMOTO, 1999; SCHRAIBER & MENDES GONÇALVES, 1996; STOTZ, 1991).

Campos e Mishima (2005), em seus estudos, partiram da ideia de certas tipologias de necessidades, a saber: a abordagem do conceito em sua dimensão abstrata apresentada por Heller (1986) e Mendes-Gonçalves (1996); a abordagem do conceito em uma dimensão concreto-operacional explicitada por Stotz (1991); e, ainda, a abordagem que faz um entrecruzamento entre as duas dimensões, apresentada por Mendes-Gonçalves (1996).

A conceituação de necessidade de saúde segundo Eduardo Stotz (1991), em que se reconhece que as necessidades de saúde são social e historicamente determinadas e construídas, nesse sentido, aponta que elas só podem ser verificadas e trabalhadas em sua dimensão individual. Stotz ainda apresenta a adoção de uma taxonomia de necessidade de saúde, isto é, um conceito normativo de necessidades de saúde que se traduza em descritivo e operacional, os quais devem exprimir uma dialética do individual e do social (PINHEIRO; MATTOS, 2009 *apud* STOTZ, 1991). Esta taxonomia, posteriormente, ganhou uma nova leitura proposta por Cecílio e Matsumoto (2006), como necessidade de boas condições de vida, garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida, necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe (sujeitos em relação), além da necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” (construção do sujeito).

A abordagem que explicita as necessidades de saúde como um conceito abstrato desse refere a uma concepção que está assentada na sua aplicabilidade às práticas de saúde (CAMPOS, 2004). Com base na análise de Campos (2004), essa dimensão centraliza as condições essenciais para a manutenção da vida, e a garantia de sobrevivência do homem e aquelas que ultrapassam essa dimensão, como os elementos relacionados à determinação social da saúde.

No que diz respeito à dimensão concreto-operacional, as necessidades de saúde são o aspecto que permite um recorte de necessidades a partir do qual será organizada a produção de serviços de saúde, isto é, as necessidades de saúde por essa dimensão são estabelecidas por quem organiza a assistência e o planejamento em saúde. Estão relacionadas à definição do objeto de atenção à saúde (CAMPOS, 2004).

O protagonista das chamadas necessidades de saúde, pode-se perceber, com base nas leituras de Campos e Bataiero (2007) *apud* Stotz (s/d), é o próprio usuário, a partir da compreensão de que as necessidades de saúde (determinadas social e biologicamente) apenas serão reconhecidas socialmente por meio do indivíduo; entretanto, é o sistema de atenção que utiliza critérios para transformá-las de autorreferidas em um código reconhecido pelo Sistema.

Compreendendo-se que as necessidades de saúde - social e biologicamente determinadas - somente serão reconhecidas socialmente, uma vez que é o sistema de atenção que utiliza critérios para transformá-las de autorreferidas, pelo indivíduo, em um código reconhecido pelo sistema (Stotz, s/d), assim como a atenção a elas (Stotz, 2001); é o sistema de saúde que deverá, então, organizar suas práticas para responder às necessidades de saúde e, uma vez que os processos saúde-doença se desenvolvem coerentemente com os perfis de reprodução social dos indivíduos que conformam os diferentes grupos sociais, “quanto mais desigual for, nestes aspectos, uma sociedade, quanto mais essa desigualdade for sancionada culturalmente, tanto maior serão as necessidades de saúde dos diferentes grupos da população” (CAMPOS; BATAIERO *apud* Stotz, s/d, p.3).

Considerando-se essa compreensão de Stotz (s/d), os processos de trabalho construídos sob o ponto de vista operacional teriam de ser implantados baseados no reconhecimento das desigualdades e diferenças, que existem entre as classes sociais, e, portanto, deveriam adotar a satisfação das necessidades de saúde como projeto. Embora, contudo, por vezes a prática cotidiana em saúde evidencie sua concepção reduzida à assistência ofertada com base na leitura, que se produz sobre aquilo que os usuários demandam aos serviços de saúde (CAMPOS; BATAIERO, 2007 *apud* SCHRAIBER; MENDES GONÇALVES, 1996). Há que se considerar também que, por vezes, os profissionais e gestores dos serviços de saúde podem programar suas ofertas, sem ao menos realizar uma leitura do que é demandado pelo usuário. Perdendo-se por completo a dimensão do cuidado centrado no usuário (CAMPOS; BATAIERO, 2007)

Ainda com base em Campos e Mishima (2005), defende-se que a Saúde Coletiva, no que se refere a atenção à saúde, deve pautar-se em uma leitura que contemple as necessidades de saúde, sob o ponto de vista da captação das formas como os sujeitos se reproduzem socialmente, uma vez que tais necessidades decorrem das formas como os grupos estão inseridos na reprodução social. Atender as necessidades de saúde implica em efetuar processos de trabalho com base numa perspectiva intersetorial, a partir do reconhecimento das necessidades de saúde das diferentes classes sociais.

Com base na ideia acima, a captação das formas como os sujeitos se reproduz socialmente só é possível a partir da escuta dos discursos dos usuários. Esta escuta se faz possível a partir de uma forma de operar e de princípios que estão ligados aos modos de relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, as diversas unidades e serviços de saúde, e entre as instâncias que constituem o SUS. Para tanto, o acolhimento como diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH) se apresenta para este fim (BRASIL, 2013). O acolhimento envolve desde a recepção do usuário, a responsabilização integral pelo atendimento de suas necessidades, até a atenção resolutiva dos seus problemas (BREHMER; VERDI, 2009).

Segundo Brehmer e Verdi (2009) *apud* Takemoto e Silva (2007), o acolhimento, como uma diretriz e uma estratégia nos serviços de saúde, possibilita a reorganização do trabalho, a postura dos profissionais e do serviço como um todo, diante da atenção às necessidades de saúde dos usuários. Os mesmos autores ainda apontam que alguns estudos assinalam a relevância da escuta e a atenção às necessidades dos usuários. Chegam a afirmar ainda que, o acolhimento como diretriz operacional fundamental para a superação do modelo tecno assistencial no SUS, tem como pilares a garantia da acessibilidade universal e a qualificação das relações, as quais apontam para a escuta e atenção às necessidades dos usuários como fundamentais, para que o serviço consiga responder de forma integral aos problemas apresentados pelos usuários.

De acordo com Campos (2004), ainda que o campo da Saúde Coletiva tenha lançado propostas de mudanças na organização dos serviços de saúde, tendo como foco a atenção às necessidades de saúde da população, os serviços não têm alcançado uma oferta de respostas eficientes a grande parte das pessoas. Com base nesse autor, princípios que deveriam nortear a reorganização dos serviços, tal como a universalidade e a integralidade das ações, são princípios que têm disputado espaço com propostas de ações mais focadas na racionalização e contenção de custos.

De modo geral, pode-se apreender que as respostas das necessidades de saúde estão, em alguns casos, em conflito. Pode-se explicitar que as necessidades da população, isto é, do usuário das políticas públicas, estão submetidas a uma rede de interesses (CAMPOS, 2004). Desta forma, é possível visualizar que os projetos de atenção à saúde, conforme Campos (2004), é resultado do encontro entre as necessidades de saúde dos usuários, trabalhadores, gestores, das próprias políticas públicas, autores de programas e dos órgãos financiadores, dentre outros interesses que podem estar envolvidos. Isto resulta, como consequência, no desvio de olhar e de projetos de trabalhos eficientes, daquilo que Campos e Mishima (2005) *apud* Stotz (1991) já haviam explicitado ser essenciais para conceituar necessidades de saúde como algo construído e determinado social e historicamente, e que só podem ser verificadas em sua dimensão individual.

A partir das reflexões teóricas explicitadas nesta sessão, pode-se ter uma base de como se deu a construção teórico-conceitual promovida no processo de aprendizagem; contudo, é válido o destaque de que, todo o apanhado e discussões teóricas aqui realizadas foram articuladas à prática profissional. A compreensão inicial sobre as necessidades de saúde perpassa, em alguma medida, pela concepção assistencialista, baseada na demanda e oferta das ações e serviços. Embora fosse reconhecido que as necessidades de saúde são social e historicamente construídas e determinadas, tal como sugere Stotz (1991), contudo, no sentido operacional, da prática profissional, utilizava-se uma visão assistencialista. Nesse sentido, a reflexão sobre o contexto prático se fazia presente.

Cuidado e Linhas de Cuidado

Tendo o acolhimento ao usuário como o disparador da organização do processo de trabalho em saúde, aqui pretende-se enfatizar um dos dispositivos desta organização, que são as Linhas de Cuidado, elegendo-se o estudo de Cecílio e Merhy (2003). Os autores explicitam que o Cuidado tem como condição a necessidade de ser inter e multiprofissional, quando se trata de organizações em saúde. Nesse sentido, o cuidado depende, sobremaneira, do trabalho articulado conjuntamente entre os vários profissionais. Para esses autores, a forma idealizada de concessão do cuidado aos usuários se dá a partir do somatório de diferentes formas de cuidados parciais que, de algum modo, complementam-se. O somatório desses cuidados parciais deve se dar de forma relativamente consciente e negociada entre os diferentes profissionais. Desta forma, uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que se compreende por cuidado em saúde” (p. 02).

Cecílio e Merhy (2003) ainda apresentam como um dos desafios do SUS, na forma de funcionamento de suas organizações e seus serviços, para o alcance do cumprimento de um de seus preceitos fundantes, a integralidade do cuidado. Apontam que a integralidade do cuidado em que cada usuário necessita regularmente transversaliza todo o “Sistema”, isto é, deve ser obtida em rede, para

que seja de fato radical. Apresentam, ainda, que pode existir em alguma medida a integralidade de forma “focalizada”, por exemplo, quando em um serviço de saúde, uma equipe realiza uma adequada articulação de suas práticas, ou seja, fazem uma escuta e um atendimento da melhor maneira possível, para alcançar as necessidades de saúde apresentadas por cada usuário (CECÍLIO; MERHY, 2003 *apud* CECÍLIO, 2001). Contudo, para se pensar uma “linha de cuidado” plena e integral, deve-se contemplar a complementação de diferentes serviços de saúde.

Cecílio (2011), no que diz respeito a concepções de cuidado, explicita que, definir gestão do cuidado em saúde está relacionado com o provimento ou a disponibilização de tecnologias de saúde, com base nas necessidades de saúde de cada usuário, considerando os diferentes momentos de sua vida.

Carnut (2017) aponta que, no exercício do trabalho em saúde, o profissional deve considerar determinados conhecimentos necessários para a sua prática, afinados aos princípios e diretrizes do SUS, bem como o seu papel como profissional desse campo. O autor ainda explicita que, a categoria ‘cuidado’ para alguns autores, como Vale e Pagliuca (2011), é vista como uma função essencial de uma categoria profissional específica. Contudo, Carnut (2017) identifica ‘cuidado’ como uma função que deve estar presente em todas as categorias profissionais ligadas ao campo da saúde. “Logo, todas devem deter o ‘cuidado’ como objeto de sua práxis, levando em consideração que o entendimento da expressão ‘deter saúde’ depende de condições políticas, econômicas, ideológicas e tecnológicas” (p.1178).

Carnut (2017) ainda apresenta uma crítica quanto à formação de profissionais para atuarem no âmbito da saúde: mesmo com todos os avanços legislativos e das diferentes concepções construídas, ainda se vê formações em saúde que explicitam habilidades comuns e específicas dos profissionais. “Em que pese a influência do desenho institucional do sistema de saúde e suas políticas, na tentativa de alcance do cuidado integral, as universidades e seus docentes ainda padecem de práticas de ensino-aprendizagem que seguem o receituário flexneriano clássico (fragmentadas, especializadas, biologizantes e focadas no modelo liberal)” (p.1181).

Carnut (2017) explicita ainda, que a elaboração de currículos integrados e o investimento de estratégias metodológicas que articulem o ensino-serviço-comunidade, faz-se fundamental para a formação de egressos com perfis mais condizentes com o que é necessário e indispensável no trabalho em saúde, com base na perspectiva da integralidade. “*Só assim, de maneira sinérgica entre a formação e o cuidado, a integralidade alcançará patamares mais elevados na concretude dos serviços de saúde*” (p.1181). Portanto, a garantia da integralidade, em suas diferentes dimensões, só é possível quando a formação em saúde privilegia o sujeito como objeto, e não o “tratar” em si. A integralidade deve entrar na cena da formação, indicando o cuidado como uma dimensão que se faz comum em todas as práticas profissionais do campo da saúde.

Carnut (2017) *apud* Deslandes (2006) assinala que, quando os profissionais da saúde não se apresentam atentos ao que diz respeito à dimensão subjetiva do usuário, a sua ação inclina-se à “despersonalização” do processo de cuidado, a partir dos mecanismos de padronização diagnóstica “em função da nosologia patológica, e em detrimento das manifestações singulares dos sinais e sintomas, além de suas especificidades” (p. 1182); e a utilização frequente de tecnologias duras, em detrimento das interações humanas próprias do encontro com os sujeitos.

Com base nas reflexões baseadas em literatura, foi possível ampliar o olhar para o que diz respeito ao Cuidado e às Linhas de Cuidado de forma crítica e reflexiva, bem como foi possível refletir de que forma atuar em prática, sem perder de vista a dimensão da integralidade do cuidado nos casos que são apresentados pelos usuários nos serviços públicos. Diferentemente dos processos de trabalho centrados no médico, anteriormente explicitados, algumas estratégias de humanização buscam solucionar essas formas de atuação, a fim de proporcionar ao usuário um atendimento integral e fazê-lo protagonista de seu cuidado. Duas estratégias que mais se aproximam desse objetivo são a ‘clínica ampliada’ e o ‘acolhimento’, tal como proposto por Carnut (2017).

A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e as redes de atenção

A qualificação do cuidado em saúde na perspectiva do atendimento integral, humanizado e resolutivo pode tomar como base os pressupostos da Clínica Ampliada (CAMPOS; AMARAL, 2007). Os autores explicitam que a Clínica Ampliada considera a relevância de ampliar o objeto de trabalho da clínica para além do tratamento de doenças, isto é, agrega-se além das doenças, também problemas de saúde influenciados pelos determinantes sociais em saúde. Além do objeto de trabalho, considera a ampliação da finalidade do trabalho clínico necessária e fundamental à, ou seja, *prima* não apenas a busca por produção de saúde por meio dos meios curativos, preventivos e de reabilitação, mas, também, a finalidade de contribuir para ampliação da autonomia dos usuários.

Com base na qualificação do cuidado humanizado, explica-se as noções de que a terapêutica não se reduzirá apenas a fármacos e procedimentos de tecnologias duras (tal como cirurgias etc.), uma vez que comporta mais recursos terapêuticos do que esses, tais como os de tecnologias leves que valorizam o poder terapêutico da escuta e da palavra, da educação em saúde e do apoio psicossocial (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Para se alcançar tais estratégias, com base em Campos e Amaral (2007), é relevante que as instituições incorporem dispositivos de educação permanente e continuada em suas rotinas de trabalho, uma vez que este último é um instrumento fundamental e possibilita a reconstrução de conhecimentos e de posturas dos trabalhadores. Apontam, ainda, recursos que favorecem o trânsito da clínica tradicional à ampliada, tais como Projetos Terapêuticos Singulares, práticas interdisciplinares que favorecem o intercâmbio de conhecimentos e estimula a abertura profissional, e a adoção de metodologias de co-gestão (gestão participativa).

No que diz respeito à concepção de como promover a gestão do cuidado de maneira articulada em rede segura e humanizada, foi possível verificar duas vertentes teórico-operacionais que, de algum modo, predominam nas práticas de gestão: uma vertente é a tecnocrática e gerencial, que é influenciada pelas noções de qualidade total, satisfação do cliente, métodos de padronização de procedimentos, com objetivos de ampliar a produtividade e a eficiência. Os autores apontam uma segunda vertente que se desenvolveu a partir dos EUA, a escola denominada *managed care* (cuidado gerenciado), voltada para diminuir a autonomia dos profissionais de saúde, a partir da adoção de protocolos e de sistema de decisão sobre os casos clínicos fora da relação médico-paciente. Contudo, com base no ensaio de Campos e Amaral (2007), essas duas vertentes objetivam controlar o trabalho em saúde, utilizando-se de metodologias disciplinares e normativas, e não apostam na modificação de valores e postura dos profissionais.

Com base nessas vertentes teórico-operacionais apresentadas por Campos e Amaral (2007), propõem-se a apresentação de sugestões para reorganização da gestão da clínica com base nas noções de clínica ampliada, democratização da gestão (sistema de cogestão) e a integração das redes de serviços. Os autores denominam genericamente essa concepção de Paidéia, a qual sugere que a unidade nuclear de poder gerencial seja a Equipe Interdisciplinar (Equipes de Referência), organizadas em função de grandes áreas voltadas para a mesma finalidade.

No que diz respeito à democratização da gestão, Verdi e Calderon (2014) explicitam que a concepção de Co-gestão decorre da Política Nacional de Humanização (PNH). Os autores apresentam a PNH como uma estratégia que valoriza as dimensões subjetivas, coletivas e sociais em todas as práticas de atenção e gestão no SUS. Essa política aponta para o fortalecimento do compromisso com os direitos dos cidadãos, o trabalho em equipe multiprofissional, a construção de redes cooperativas e de autonomia, e o protagonismo dos sujeitos individuais e coletivos. Não tem como haver projeto de humanização sem que se leve em conta o tema da democratização das relações interpessoais. No SUS, a humanização, necessariamente, depende do aperfeiçoamento do sistema de cogestão.

O modelo de gestão pela qual os profissionais estão inseridos no cotidiano dos seus serviços está ainda muito preso às regras de gestão tradicional/ tayloristas e de normatização burocrática, as quais se mostram um elemento limitador da ideia de participação em espaços decisórios. Sobre essas ideias, Verdi e Calderon (2014) apresentam em seu trabalho que:

“O SUS ainda convive com uma série de limitações com relação às condições concretas de trabalho que levam à precarização, à exploração e à desvalorização do trabalho, e com relação aos modos de organização do processo de trabalho, em geral tendentes à expropriação dos trabalhadores dos processos decisórios” (p. 861).

Portanto, a realização da cogestão, bem como da PNH, não constitui tarefa simples, pelo contrário, depende de diferentes condições, dentre as quais podemos extrair ainda do ensaio de Verdi e Calderon (2014): “*espaços protegidos para a reflexão como as rodas; depende ainda da substituição da repressão como método para resolver conflitos, por processos de negociação entre interesses e perspectivas distintas*” (p. 867).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente ensaio permitiu a obtenção de um panorama geral dos saberes articulados com a prática, que foi possível constatar a partir da proposta da construção de portfólio reflexivo na Atividade Curricular. Destaca-se que os encontros e as propostas desta atividade foram fundamentais para o aprimoramento e a aquisição de novos conhecimentos acerca da Política Pública do SUS, com destaque de que o conhecimento acumulado foi de ordem crítica e reflexiva, fundamental influenciador para uma atuação profissional responsável, sendo este um dos valores do mestrado profissional.

É possível evidenciar o alcance que todo o processo percorrido durante essa atividade possibilita melhorias dos processos de trabalho e na qualidade dos serviços em que os discentes estiverem atuando, comprometidos com a produção de saúde. Reflexões estas que extrapolam uma visão fragmentária do sujeito, isto é, um trabalho multi e interdisciplinar, que identifica o cuidado em saúde do usuário de modo integral, promotor de mudanças e incentivador à democratização da gestão.

De forma resumida, os ciclos de aprendizagem foram basilares para a construção de noções sobre o pensar reflexivo de práticas em saúde e gestão do cuidado. De modo geral, uma das competências alcançadas nessa atividade curricular foi o reconhecimento de que é crucial a reflexão da prática profissional, bem como a relevância do aprender a aprender, aprender a ser, aprender a conhecer, aprender a fazer e aprender a conviver. Linha de pensamento construída a partir do contexto de aprendizagem significativa, que prima pelo diálogo entre professor-estudante e estudante-estudante, tal como é explicitado por Cotta e Costa (2017).

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

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

REFERÊNCIAS

- BREHMER, L. C. F; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 3):3569-3578, 2010.
- BRASIL. **Política Nacional de Humanização**. Ministério da Saúde. Brasília, 2013.
- CAMPOS, C. M. S. **Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil (os moradores) e do Estado (os trabalhadores de saúde)**. [tese]. São Paulo (SP): Escolas de Enfermagem de São Paulo e Ribeirão Preto da USP, 2004. 193 p.
- CAMPOS, C. M. S; MISHIMA, S. M. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(4):1260-1268, jul-ago, 2005.
- CAMPOS, C. M. S; BATAIERO, M.O. Health needs: an analysis of Brazilian scientific literature from 1990 to 2004. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, **Interface - Comunic., Saúde, Educ.** v.11, n.23, p.605-18, set/dez 2007.
- CALDERON, D. B. L; VERDI, M. I. M. Cogestão e processo de intervenção de apoiadores da Política Nacional de Humanização (PNH). **Interface** (Botucatu). 2014; 18 Supl 1:859-70.
- CAMPOS, G. W. S; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(4):849-859, 2007.
- CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, V. 41, N. 115, P. 1177-1186, out-dez 2017.
- CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araujo de. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2003. p.197-210.
- CECÍLIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Comunicação Saúde Educação**. v.15, n.37, p.589-99, abr./jun. 2011.

COTTA, R. M. M; COSTA, G. D. Instrumento de avaliação e autoavaliação do portfólio reflexivo: uma construção teórico-conceitual. **Interface: Comunicação Saúde Educação** 2016; 20(56):171-83.

LIMA, V. V. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. **Interface** (Botucatu). 2017; 21(61):421-34.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il. ISBN: 978-85-7967-075-6. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 20 jan. 2021.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009. p. 117-130.

AValiação de Programas de Residência: Um Novo Instrumento

Adriane Vieira¹;

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais.

<https://orcid.org/0000-0001-7552-5491>

Plínio Rafael Reis Monteiro²;

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais.

<https://orcid.org/0000-0002-5626-2945>

Karla Rona da Silva³.

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais.

<https://orcid.org/0000-0003-0495-789X>

RESUMO: os programas de residências em saúde são uma modalidade de educação permanente, desenvolvidos em instituições de saúde universitárias ou não, configurando-se como um curso de Pós-graduação *lato sensu*. O objetivo deste estudo é apresentar o processo de construção e validação de uma escala para autoavaliação de programas de residência em saúde. Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa e de natureza aplicada. Quanto ao objetivo se caracteriza com descritivo e procedimento adotado foi a pesquisa com survey transversal. Os procedimentos de avaliação da confiabilidade e validade interna mostraram elevada consistência e adequação das medições. Para o pré-teste do instrumento foram realizadas entrevistas e um painel de especialistas. O questionário contendo a escala foi respondido por 372 residentes médicos e multiprofissionais de três hospitais gerais, sendo um público federal, um público estadual e um privado sem fins lucrativos localizados em Minas Gerais. Após a análise fatorial exploratória a escala manteve 46 itens, distribuídos em três dimensões: dimensão ‘ensino-aprendizagem’ com 15 itens; dimensão ‘desempenho do preceptor’ com 14 itens; e dimensão ‘qualidade do programa e apoio pedagógico’ com 17 itens. Na análise descritiva as médias dos dois hospitais públicos foram inferiores as do hospital privado. A dimensão ‘qualidade do programa e apoio pedagógico’ apresentou média geral mais baixa, e a dimensão ‘ensino-aprendizagem’ a mais alta. O item com maior média foi ‘probabilidade de a residência melhorar o desempenho profissional’, indicando que os programas estão cumprindo com seu papel central.

PALAVRAS-CHAVE: Programa de residência em saúde. Instrumento de avaliação. Escala.

EVALUATION OF RESIDENCE PROGRAMS: A NEW INSTRUMENT

ABSTRACT: the health residency programs are a type of permanent education, developed in university health institutions or not, configuring itself as a post-graduation course. The objective of the study is to present the process of construction and validation of a scale for self-assessment of health residency programs. This is a study with a quantitative approach and an applied nature. As for the objective, stand out with descriptive and adopted procedure for a cross-sectional survey. The procedures for assessing the reliability and internal validity have high consistency and adequacy of the specifications.

For the pre-test of the instrument, a panel of experts was identified. The questionnaire containing the scale was answered by 372 medical and multiprofessional residents from three general hospitals, being a federal public, a state public and a private non-profit in Minas Gerais. After exploratory factor analysis, the scale resulted in 46 items, distributed in three dimensions: dimension 'teaching-learning' with 15 items; dimension 'preceptor performance' with 14 items; and 'program quality and pedagogical support' dimension with 17 items. In the descriptive analysis, averages of the two public hospitals were lower than those of the private hospital. The 'program quality and pedagogical support' dimension had the lowest average overall presentation, and the 'teaching-learning' dimension was the highest. The item with the highest average was 'probability of a residency improving professional performance', indicating that the programs being fulfilled are fulfilling their central role.

KEY-WORDS: Health residency program. Evaluation tool. Scale.

INTRODUÇÃO

Em um mercado competitivo, as organizações precisam capacitar seus funcionários para realizarem suas atividades com qualidade e comprometimento, de modo a alcançarem o desempenho máximo. No setor saúde não é diferente, o processo de ensino-aprendizagem tem como objetivo capacitar os profissionais para se adequarem às mudanças tecnológicas e proporcionarem atualizações necessárias na prática clínica (OCEN; FRANCIS; ANGUNDARU, 2017; PEREIRA-LIMA *et al.*, 2018).

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, a formação de recursos humanos passou a ser de sua competência e também ganhou destaque. Em 2003, o Ministério da Saúde criou a Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), que assumiu a responsabilidade de formular políticas de gestão para a formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil, e em 2004 foi implantada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Desde então, o contínuo desenvolvimento e valorização dos profissionais da saúde representam um dos maiores desafios do SUS (LEMOS, 2016).

Dentre as modalidades de educação permanente em saúde (EPS) estão os programas de residências em saúde, desenvolvidos em instituições de saúde universitárias ou não (PINHO; GARCIA; NOGUEIRA-MARTINS, 2017).

Segundo Martins *et al.* (2016) a residência na área da saúde configura-se como um curso de Pós-graduação *lato sensu*. No Brasil ela surgiu por volta de 1945, na Universidade de São Paulo (USP), sob a denominação de internato, e foi instituída oficialmente pelo Decreto n. 80.281, de 5 de setembro de 1977, com a duração de 2 a 3 anos, dependendo da especialidade, sendo que o residente deve cumprir a carga horária de 60 horas semanais, com carga horária mínima de 2880 horas, com 80 a 90% desta sob a forma de treinamento em serviço, destinando-se 10 a 20% para atividades teórico-complementares (BRASIL, 1977; 2005).

O modelo expandiu-se em outras áreas da saúde, surgindo a Residência em Enfermagem em 1961, implementada pelo Hospital Infantil do Morumbi, na cidade de São Paulo (SP). A Lei n. 11.129 de 2005, no seu art.13 regulamentou as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), como estratégia de reorientação da atenção básica, norteadas pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir de necessidades e realidades locais e regionais. Os programas devem ter a duração mínima

de 2 anos, com 60 horas semanais, podendo ser ofertados para as profissões: biologia; biomedicina; educação física; enfermagem; farmácia; fisioterapia; fonoaudiologia; medicina; veterinária; nutrição; odontologia; psicologia; serviço social; e terapia ocupacional (SILVA, 2018a; BRASIL, 2005).

Dado o investimento em recursos governamentais, evidencia-se a necessidade de reflexão por parte dos gestores das instituições de saúde, que abrigam os programas de residência, acerca da eficácia dos currículos dos programas a fim de que os residentes alcancem as metas de ensino-aprendizagem e de qualidade assistencial.

Vasconcelos *et al.* (2015) e Pereira-Lima *et al.* (2018) consideram que a avaliação e o feedback são componentes fundamentais no processo de aprimoramento da educação do residente, permitindo identificar pontos fortes e fracos do programa, documentar o clima educacional e lhes dar voz na estrutura dos mesmos. Trata-se de potente dispositivo de problematização e de mudança do ensino e de acompanhamento da qualidade pedagógica, sendo ainda capaz de gerar mobilização pelo aperfeiçoamento educativos, de modo a fortalecer o compromisso social dos programas de residências. Os autores também consideram ser necessário desenvolver instrumentos completos e customizados às necessidades de cada programa.

A justificativa para a realização do estudo é a possibilidade de desenvolver um instrumento capaz de apontar potencialidades e limitações da educação realizada pelos programas de residência, a fim de oferecer subsídios para a tomada de decisão dos gestores, além de estimular o debate no meio acadêmico.

Na sequência deste trabalho apresenta-se o referencial teórico, a metodologia da pesquisa e os resultados obtidos, incluindo os procedimentos de construção e validação do instrumento com medidas de avaliação de programas de residência, e os resultados da avaliação realizada por 372 residentes.

METODOLOGIA

Esta pesquisa adotou a abordagem quantitativa e quanto a natureza classifica-se como aplicada. Quanto ao objetivo, o estudo caracteriza-se com descritivo e o procedimento adotado foi o survey transversal (BABBIE, 1999).

A escala criada e denominada de Avaliação de Programas de Residência em Saúde (APRS), seguiu especialmente o modelo proposto por Cunha, Vieira e Roquete (2013) e Vieira *et al.* (2017), sofrendo modificação nas denominações das dimensões, com o acréscimo de novos itens, levando em consideração também os trabalhos de Seelig, Dupre e Adelman (1995), Bellini, Shea e Asch (1997), Vasconcelos *et al.* (2015) e Pereira-Lima *et al.* (2018).

A APRS, contém 55 itens distribuídos em três dimensões: ensino-aprendizagem; desempenho do preceptor; qualidade do programa e apoio pedagógico (Tabela 1). Todas as perguntas foram escritas em forma de declaração. As opções de resposta foram formatadas como uma escala *Likert* de cinco pontos, com respostas variando entre: péssimo, ruim, regular, bom, muito bom.

Tabela 1: Dimensões, siglas e variáveis da escala APRS

Dimensão	Sigla	Descrição do item
Ensino-aprendizagem	AIP1	Assimilação do conteúdo ensinado
	AIP2	Utilidade do conteúdo ensinado
	AIP3	Estímulo para aplicar o conteúdo na prática clínica
	AIP4	Intenção de aplicar o conteúdo na prática clínica
	AIP5	Oportunidade de aplicar o conteúdo na prática clínica
	AIP6	Probabilidade de melhorar o desempenho na prática clínica
	AIP7	Probabilidade de melhorar a capacidade de trabalhar em equipe
	AIP8	Probabilidade de melhorar a integração entre as equipes
	AIP9	Capacidade de transmitir os conhecimentos a outros profissionais
	AIP10	Capacidade de transmitir os conhecimentos aos pacientes
	AIP11	Segurança no desempenho das atividades
	AIP12	Preparo para exercer a promoção da saúde
	AIP13	Entendimento do funcionamento do SUS
	AIP14	Geração de novos conhecimentos e procedimentos pelas equipes
	AIP15	Interação entre as especialidades da residência
	AIP16	Interação entre as equipes médicas e multiprofissionais
	AIP17	Comunicação do residente com o paciente
	AIP18	Reconhecimento da importância do residente
	AIP19	Valorização do residente
Desempenho do preceptor	DP1	Preparação para o exercício da atividade de preceptoria
	DP2	Domínio do conteúdo teórico e prático
	DP3	Uso de metodologias pedagógicas motivadoras
	DP4	Segurança no acompanhamento e orientação do residente
	DP5	Capacidade de esclarecer dúvidas
	DP6	Disponibilidade de tempo para a orientação
	DP7	Entusiasmo com a ação de educação
	DP8	Estímulo à autonomia do residente
	DP9	Respeito pelas ideias do residente
	DP10	Qualidade dos instrumentos de avaliação do ensino-aprendizagem
	DP11	Capacidade de comunicar o resultado da avaliação
	DP12	Correção e justiça na avaliação do desempenho do residente
	DP13	Utilidade do feedback
	DP14	Comportamento ético
Qualidade do programa e apoio pedagógico	OPA1	Qualidade do conteúdo programático
	OPA2	Clareza dos objetivos do programa
	OPA3	Relação entre os conteúdos e os objetivos do programa
	OPA4	Compatibilidade entre objetivos e necessidades do programa
	OPA5	Carga horária total do programa
	OPA6	Carga horária diária do programa
	OPA7	Carga horária teórica do programa
	OPA8	Carga horária prática do programa
	OPA9	Carga horária disponível para dedicação ao estudo teórico
	OPA10	Tempo para participação em aulas de outras especialidades
	OPA11	Material didático disponibilizado pelo programa
	OPA12	Material didático disponível na biblioteca
	OPA13	Instrumentos para avaliação do desempenho do residente
	OPA14	Instalações e equipamentos de apoio pedagógico
	OPA15	Valor da bolsa
	OPA16	Adequação das atividades práticas
	OPA17	Tempo dispensado à análise e discussão dos casos clínicos
	OPA18	Tempo gasto com atividades administrativas
	OPA19	Conforto das acomodações de descanso
	OPA20	Qualidade da alimentação fornecida
	OPA21	Qualidade das instalações do refeitório
	OPA22	Garantia da segurança pessoal dentro do hospital

Fonte: elaborado pelos autores.

Para realizar o pré-teste do instrumento seguiu-se as recomendações de Costa (2011), realizando-se um painel de especialistas e entrevistas com residentes. O painel de especialistas foi formado pelos coordenadores e subcoordenadores dos programas de residência totalizando quatro profissionais, e auxiliou na adaptação terminológica e contextual. O pré-teste aconteceu por meio de entrevistas realizadas com dez residentes, que foram solicitados a responder o questionário marcando um X na alternativa que não estava clara, ou seja, quando ele não compreendesse totalmente aquela afirmação. Na sequência foi realizada uma reflexão falada, para que os participantes sugerissem modificações na redação e possíveis retiradas de itens da escala. No entanto, nenhuma alteração significativa foi realizada após esse procedimento, a não ser ajustes de redação e de terminologias.

Para realização do *survey* os dados foram coletados em um único ponto no tempo (*cross-sectional*). Foram envolvidos na pesquisa três hospitais gerais, localizados no estado de Minas

Gerais, Brasil. O Hospital A é público e federal, o Hospital B é público e estadual, ambos possuem residência médica e multiprofissional. O Hospital C é privado, sem fins lucrativos e possui somente a residência médica. Todos eles são vinculados ao SUS.

Primeiramente realizou-se contato com os coordenadores das residências por mensagem eletrônica ou telefonema, solicitando autorização para aplicação do questionário nas salas de aula ou em locais de prática pré-agendados. A residência médica do Hospital A contava com 531 médicos residentes e a multiprofissional contava com 60 profissionais da saúde. No Hospital B havia 61 residentes médicos e 24 multiprofissionais. O Hospital C contava com 40 médicos residentes. O critério de inclusão era estar cursando a residência a pelo menos um ano. Não foram incluídos na amostra os residentes vinculados às coordenações que não responderam positivamente a mensagem ou ao telefonema e que não estavam nas salas de aula ou nos locais de prática previamente agendados.

Participaram da pesquisa 372 residentes, 81% residentes médicos e 19% multiprofissionais. Dos respondentes, 312 pertenciam ao programa de residência do hospital A, 31 ao Hospital B e 20 ao Hospital C.

Os dados foram coletados em outubro de 2017. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), com a finalidade de fornecer aos participantes informações sobre o estudo, garantir o sigilo das identidades e explicar que poderiam, sem constrangimento, interromper o preenchimento do instrumento de coleta de dados a qualquer momento. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética sob o CAAE 51490015.2.0000.5149.

Os dados dos questionários foram tabulados em planilha Excel e analisados por meio do software IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Science*) versão 20.0®, e Smartpls 2.1 e Microsoft Excel®, utilizando-se a estatística descritiva e multivariada.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O banco de dados do estudo era formado por 55 variáveis relacionadas aos três construtos de primeira ordem, além de mais sete variáveis de caracterização. A base de dados foi composta por 372 indivíduos, e nenhum deles apresentou mais de 10% de dados perdidos. Foram encontradas 84 observações em branco, nestes casos as células foram tratadas com a imputação pela média da variável.

Quanto à linearidade foram observadas 1331 de 1485 relações significativas ao nível de 5%, o que representa aproximadamente 89,63% das correlações possíveis, pela matriz de correlação de Pearson. Além disso, pelo teste de Bartlett foram observados valores-p inferiores a 0,05 em todos os construtos, identificando a existências de linearidades significativas (FÁVERO; BELFIORE, 2017).

Empregou-se também a variância média extraída conhecida como AVE (*Average Variance Extracted*), que representa o percentual médio de variância compartilhada entre o construto latente e seus itens. Para os construtos de segunda ordem também foi avaliada a validade discriminante (SARSTEDT; RINGLE.; HAIR, 2017) que garante a validade discriminante quando a AVE de um construto for maior que a variância compartilhada desse construto com os demais. A Tabela 2 apresenta as medidas e confiabilidade, validade convergente e dimensionalidade dos construtos da escala APRS.

Tabela 2: Confiabilidade, validade convergente e dimensionalidade dos construtos da escala APRS

Dimensões	Itens	AVE ¹	A.C. ²	C.C. ³	KMO ⁴	Dim. ⁵
Ensino-aprendizagem	15	0,40	0,89	0,88	0,88	1
Desempenho do preceptor	14	0,64	0,96	0,94	0,95	1
Qualidade do programa e apoio pedagógico	17	0,45	0,92	0,91	0,92	1

Fonte: elaborado pelos autores.

Nota = ¹ Variância Média Extraída; ²Alfa de Cronbach; ³Confiabilidade Composta; ⁴ Medida de adequação da amostra; ⁵Dimensionalidade.

De acordo com a Tabela 1, todos os construtos apresentaram validação convergente, pois a AVE foi superior ou igual a 0,40. Eles também apresentaram *Alfa de Cronbach* (AC) e Confiabilidade Composta (CC) acima de 0,60, atendendo aos níveis exigidos de confiabilidade. O ajuste da AF se mostrou adequado para todos os construtos, uma vez que as medidas de KMO foram maiores ou iguais a 0,50 (SARSTEDT; RINGLE.; HAIR, 2017).

Para avaliação da validade era convergente foi utilizada a medida de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), verificando-se a proporção da variância dos dados que pode ser considerada comum a todas as variáveis. Os valores dessa medida variam entre 0 e 1, e a utilização da AFE é adequada aos dados quando o KMO for maior ou igual 0,50, sendo que quanto mais próximo de 1 mais apropriada é a amostra à aplicação da AFE.

Por meio da análise fatorial exploratória (AFE) avaliou-se a dimensionalidade dos construtos, com o objetivo verificar a necessidade de exclusão de algum item que não estivesse contribuindo com a compreensão dos construtos.

A Tabela 3 apresenta a verificação das medidas de validade e qualidade dos construtos da APRS.

Tabela 3: Análise fatorial exploratória da escala APRS

Construtos	Itens	Modelo Inicial			Modelo Final		
		C.F. ¹	Com. ²	Peso	C.F. ¹	Com. ²	Peso
Ensino-aprendizagem	AIP1	0,65	0,42	0,10	0,68	0,46	0,11
	AIP2	0,60	0,37	0,09	0,63	0,39	0,11
	AIP3	0,72	0,51	0,11	0,74	0,55	0,12
	AIP4	0,59	0,34	0,09	0,61	0,37	0,10
	AIP5	0,61	0,38	0,09	0,63	0,40	0,11
	AIP6	0,61	0,37	0,09	0,63	0,40	0,11
	AIP7	0,63	0,40	0,10	0,64	0,41	0,11
	AIP8	0,67	0,45	0,10	0,66	0,43	0,11
	AIP9	0,64	0,41	0,10	0,66	0,43	0,11
	AIP10	0,63	0,39	0,10	0,63	0,40	0,11
	AIP11	0,61	0,37	0,09	0,62	0,38	0,10
	AIP12	0,55	0,30	0,08	0,52	0,27	0,09
	AIP13	0,25	0,06	0,04	-	-	-
	AIP14	0,63	0,40	0,10	0,64	0,41	0,11
	AIP15	0,57	0,33	0,09	0,56	0,32	0,09
	AIP16	0,59	0,35	0,09	0,57	0,33	0,10
	AIP17	0,51	0,26	0,08	-	-	-
	AIP18	0,47	0,23	0,07	-	-	-
	AIP19	0,50	0,25	0,08	-	-	-
Desempenho do preceptor	DP1	0,84	0,70	0,09	0,84	0,70	0,09
	DP2	0,79	0,63	0,09	0,79	0,63	0,09
	DP3	0,84	0,71	0,09	0,84	0,71	0,09
	DP4	0,80	0,63	0,09	0,80	0,63	0,09
	DP5	0,83	0,68	0,09	0,83	0,68	0,09
	DP6	0,77	0,59	0,09	0,77	0,59	0,09
	DP7	0,84	0,71	0,09	0,84	0,71	0,09
	DP8	0,80	0,65	0,09	0,80	0,65	0,09
	DP9	0,76	0,58	0,09	0,76	0,58	0,09
	DP10	0,81	0,66	0,09	0,81	0,66	0,09
	DP11	0,80	0,64	0,09	0,80	0,64	0,09
	DP12	0,81	0,66	0,09	0,81	0,66	0,09
	DP13	0,78	0,61	0,09	0,78	0,61	0,09
	DP14	0,69	0,48	0,08	0,69	0,48	0,08

	QPA1	0,66	0,44	0,08	0,70	0,48	0,09
	QPA2	0,62	0,39	0,08	0,64	0,41	0,08
	QPA3	0,73	0,53	0,09	0,76	0,58	0,10
	QPA4	0,70	0,49	0,09	0,74	0,54	0,10
	QPA5	0,75	0,56	0,09	0,76	0,57	0,10
	QPA6	0,76	0,58	0,09	0,77	0,59	0,10
	QPA7	0,72	0,52	0,09	0,74	0,54	0,10
	QPA8	0,56	0,31	0,07	0,56	0,32	0,07
	QPA9	0,76	0,59	0,09	0,77	0,59	0,10
	QPA10	0,68	0,47	0,08	0,67	0,45	0,09
Qualidade do programa e apoio pedagógico	QPA11	0,65	0,43	0,08	0,65	0,42	0,08
	QPA12	0,33	0,11	0,04	-	-	-
	QPA13	0,70	0,48	0,09	0,69	0,47	0,09
	QPA14	0,63	0,40	0,08	0,60	0,36	0,08
	QPA15	0,12	0,01	0,01	0,59	0,35	0,08
	QPA16	0,60	0,35	0,07	0,73	0,54	0,09
	QPA17	0,71	0,51	0,09	0,42	0,18	0,05
	QPA18	0,45	0,21	0,06	0,57	0,32	0,07
	QPA19	0,59	0,35	0,07	-	-	-
	QPA20	0,31	0,10	0,04	-	-	-
	QPA21	0,31	0,10	0,04	-	-	-
	QPA22	0,42	0,18	0,05	-	-	-

Fonte: elaborado pelos autores.

Nota = ¹ Carga Fatorial; ² Comunalidade.

No que tange a AFE, no construto Ensino-Aprendizagem a análise sugere que os itens AIP13, AIP17, AIP18 e AIP19 sejam retirados do modelo, uma vez que apresentaram carga fatorial inferior a 0,50. No modelo final, todos os itens desse construto apresentaram carga fatorial satisfatória.

No construto Desempenho do Preceptor todos os itens apresentaram carga fatorial satisfatória, ou seja, acima de 0,50 e permaneceram no modelo.

No Construto Qualidade do Programa e Apoio Pedagógico também existe a sugestão de retirada dos itens QPA12, QPA19, QPA20, QPA21 e QPA22, pois apresentaram carga fatorial inferior a 0,50. No modelo final todos os itens apresentaram carga fatorial satisfatória, com exceção do QPA17, porém, optou-se pela sua manutenção para não prejudicar a validação do construto.

Sobre o perfil da amostra, 56,86% residentes eram do gênero feminino e 43,14% do masculino; 81,27% pertenciam aos programas de residência médica e 18,73% aos de residência multiprofissional; 83,50% pertenciam ao programa de residência do Hospital A (público federal), 9,99% aos Hospital B (público estadual) e 6,51% ao Hospital C (privado). A idade média era de 29,29 anos.

A Tabela 4 apresenta a média, desvio padrão e intervalo de confiança dos itens de cada dimensão. Observa-se que a média da dimensão Ensino-Aprendizagem foi significativamente maior que as médias das demais dimensões; e que as três dimensões tenderam a positividade na escala.

Tabela 4: Média, desvio padrão e intervalo de confiança dos itens das dimensões da escala APRS

Dimensão	Itens	Descrição	Média	D. P.	I.C. - 95% ¹
Ensino-aprendizagem	AIP1	Assimilação do conteúdo ensinado	4,05	0,68	[3,98; 4,12]
	AIP2	Utilidade do conteúdo ensinado	4,53	0,64	[4,46; 4,59]
	AIP3	Estímulo para aplicar o conteúdo na prática clínica	4,31	0,82	[4,22; 4,39]
	AIP4	Intenção de aplicar o conteúdo na prática clínica	4,62	0,65	[4,55; 4,69]
	AIP5	Oportunidade de aplicar o conteúdo na prática clínica	4,13	0,85	[4,04; 4,21]
	AIP6	Probabilidade de melhorar o desempenho na prática clínica	4,69	0,58	[4,63; 4,75]
	AIP7	Probabilidade de melhorar a capacidade de trabalhar em equipe	4,43	0,80	[4,34; 4,51]
	AIP8	Probabilidade de melhorar a integração entre as equipes	4,20	0,88	[4,11; 4,28]
	AIP9	Capacidade de transmitir os conhecimentos a outros profissionais	4,14	0,73	[4,07; 4,21]
	AIP10	Capacidade de transmitir os conhecimentos aos pacientes	4,20	0,71	[4,13; 4,27]
	AIP11	Segurança no desempenho das atividades	3,84	0,79	[3,76; 3,91]
	AIP12	Preparo para exercer a promoção da saúde	3,96	0,82	[3,86; 4,03]
	AIP13	Entendimento do funcionamento do SUS	3,63	0,93	[3,52; 3,73]
	AIP14	Geração de novos conhecimentos e procedimentos pelas equipes	3,92	0,86	[3,83; 4,00]
	AIP15	Interação entre as especialidades da residência	3,70	0,99	[3,60; 3,81]
	AIP16	Interação entre as equipes médicas e multiprofissionais	3,65	0,99	[3,54; 3,75]
	AIP17	Comunicação do residente com o paciente	4,30	0,70	[4,22; 4,36]
	AIP18	Reconhecimento da importância do residente	3,46	1,24	[3,33; 3,59]
	AIP19	Valorização do residente	2,96	1,18	[2,84; 3,08]
		<i>Média da dimensão</i>	4,17	0,49	[4,12; 4,22]
Desempenho do preceptor	DP1	Preparação para o exercício da atividade de preceptoria	3,92	1,03	[3,82; 4,03]
	DP2	Domínio do conteúdo teórico e prático	4,24	0,84	[4,14; 4,32]
	DP3	Uso de metodologias pedagógicas motivadoras	3,43	1,08	[3,31; 3,54]
	DP4	Segurança no acompanhamento e orientação do residente	4,07	0,90	[3,98; 4,16]
	DP5	Capacidade de esclarecer dúvidas	4,04	0,89	[3,95; 4,13]
	DP6	Disponibilidade de tempo para a orientação	3,58	1,02	[3,48; 3,68]
	DP7	Entusiasmo com a ação de educação	3,61	1,00	[3,50; 3,71]
	DP8	Estímulo à autonomia do residente	3,84	1,01	[3,73; 3,94]
	DP9	Respeito pelas ideias do residente	3,76	1,00	[3,66; 3,85]
	DP10	Qualidade dos instrumentos de avaliação do ensino-aprendizagem	3,41	1,10	[3,30; 3,51]
	DP11	Capacidade de comunicar o resultado da avaliação	3,41	1,07	[3,30; 3,51]
	DP12	Correção e justiça na avaliação do desempenho do residente	3,60	1,04	[3,50; 3,71]
	DP13	Utilidade do feedback	3,46	1,11	[3,33; 3,57]
	DP14	Comportamento ético	4,18	0,92	[4,08; 4,27]
		<i>Média da dimensão</i>	3,75	0,80	[3,67; 3,83]

Qualidade do programa e apoio pedagógico	QPA1	Qualidade do conteúdo programático	3,87	0,95	[3,76; 3,97]
	QPA2	Clareza dos objetivos do programa	4,09	0,87	[4,00; 4,17]
	QPA3	Relação entre os conteúdos e os objetivos do programa	3,76	0,97	[3,66; 3,86]
	QPA4	Compatibilidade entre objetivos e necessidades do programa	3,71	0,98	[3,61; 3,81]
	QPA5	Carga horária total do programa	3,53	1,15	[3,42; 3,65]
	QPA6	Carga horária diária do programa	3,39	1,20	[3,27; 3,52]
	QPA7	Carga horária teórica do programa	3,40	1,21	[3,28; 3,53]
	QPA8	Carga horária prática do programa	3,85	1,08	[3,74; 3,96]
	QPA9	Carga horária disponível para dedicação ao estudo teórico	2,55	1,20	[2,43; 2,67]
	QPA10	Tempo para participação em aulas de outras especialidades	2,28	1,11	[2,17; 2,40]
	QPA11	Material didático disponibilizado pelo programa	2,87	1,27	[2,75; 3,00]
	QPA12	Material didático disponível na biblioteca	3,39	1,15	[3,26; 3,51]
	QPA13	Instrumentos para avaliação do desempenho do residente	3,19	1,01	[3,09; 3,28]
	QPA14	Instalações e equipamentos de apoio pedagógico	3,14	1,05	[3,03; 3,25]
	QPA15	Valor da bolsa	2,34	1,17	[2,22; 2,46]
	QPA16	Adequação das atividades práticas	3,71	0,83	[3,64; 3,80]
	QPA17	Tempo dispensado à análise e discussão dos casos clínicos	3,34	1,15	[3,23; 3,46]
	QPA18	Tempo gasto com atividades administrativas	2,53	1,22	[2,41; 2,65]
	QPA19	Conforto das acomodações de descanso	2,67	1,20	[2,56; 2,79]
	QPA20	Qualidade da alimentação fornecida	2,74	1,32	[2,60; 2,88]
	QPA21	Qualidade das instalações do refeitório	2,98	1,21	[2,86; 3,11]
	QPA22	Garantia da segurança pessoal dentro do hospital	3,42	1,16	[3,30; 3,54]
	<i>Média da dimensão</i>		3,31	0,74	[3,23; 3,38]

Fonte: elaborado pelos autores.

Nota = ¹Intervalo de Confiança Bootstrap.

Na dimensão Ensino-Aprendizagem os testes estatísticos utilizados levaram à recomendação de eliminação dos itens: entendimento do funcionamento do SUS (AIP13); comunicação do residente com o paciente/usuário (AIP17); reconhecimento da importância do residente (AIP18); e valorização do residente (AIP19).

Quanto ao primeiro item (AIP13 – 3,63) é importante mencionar que os programas de residência em saúde foram redesenhados a partir dos anos 1990, para incluírem em seus conteúdos os princípios do SUS e da Estratégia de Saúde da Família, dentre eles o de integralidade à saúde, envolvendo ações de promoção da saúde, integralidade da atenção e acolhimento. Como alertam Vasconcelos *et al.* (2015), os programas de residência em saúde, mesmo que em hospitais, precisam fazer a devida ligação com a atenção básica, refletindo em suas propostas pedagógicas os princípios do SUS, considerando a diversidade de cenários de aprendizagem, além da realidade institucional e a local regional. Somente dessa forma os programas de residência podem se constituir em uma alternativa ao modelo biomédico hegemônico, no qual o corpo humano é fragmentado e analisado do ponto de vista de suas partes, e a prática médica limita-se a intervir física ou quimicamente para corrigir as disfunções, ao invés de ser compreendido como um sistema complexo e histórico, e interpretado por meio suas dimensões biofisiológico, psicológico, socioambiental e espiritual (WADE; HALLIGAN, 2017). Pelos motivos expostos, recomenda-se a permanência dos itens recomendados para exclusão e a realização de novas pesquisas e testes.

Em relação ao segundo item (AIP17 – 4,30), a comunicação do residente com o usuário é uma competência extremamente importante de ser desenvolvida, principalmente quando se almeja um modelo de cuidado holístico e centrado no acolhimento, e dessa maneira romper com o tradicional modelo biomédico. Razão pela qual também se considera importante a manutenção desse item da escala para novos testes.

A falta de reconhecimento da importância do residente e de sua valorização (AIP18 – 3,46; AIP19 – 2,69) são os itens com médias mais baixas, e por isto mesmo mais preocupantes. Historicamente, os programas de residência acabam por fornecer aos hospitais uma força de trabalho que facilita muito a dinâmica dos serviços, especialmente nas instituições públicas que historicamente carecem de quantitativo de funcionários (MARTINS *et al.*, 2016). O sentimento de não valorização pode advir da percepção de que eles estejam sendo utilizados como mão de obra barata, e que a organização não demonstre preocupação com seu bem estar e realização pessoal e profissional, podendo comprometer a qualidade de vida no trabalho e também a qualidade do serviço prestado (MOREIRA *et al.*, 2016). Pelos motivos citados também se considera necessária a manutenção desses itens para futuras avaliações.

Outros aspectos preocupantes nos programas de residência pesquisados porque apresentam médias mais baixas são: o sentimento de falta de segurança no desempenho das atividades (AIP11 – 3,84); fraquezas no entendimento do funcionamento do SUS (AIP13 – 3,63); falhas na interação entre as equipes médicas e multiprofissionais (AIP16 – 3,65); e entre as especialidades da própria residência médica (AIP15 – 3,70). Com alerta Vasconcelos *et al.* (2015), todos esses fatores podem comprometer a qualidade do atendimento prestado, e precisam ser considerados e postos em análise pela gestão dos programas de residência.

Por outro lado, as análises descritivas dos demais itens da dimensão Ensino-Aprendizagem apresentaram escores acima de 4,40 revelando que os residentes acreditam que o programa contribuirá para a melhoria do seu desempenho (AIP6 - 4,69), que o conteúdo ensino é útil (AIP2 – 4,53), que eles têm a intenção de aplicar o conteúdo na prática (AIP4 – 4,62), e que a residência pode contribuir para melhorar o trabalho em equipe (AIP7 – 4,43). Nesses aspectos, os programas estão cumprindo muito bem os seus papéis.

Na dimensão Desempenho do Preceptor não há recomendação para a eliminação de nenhum item. No que tange a análise descritiva o domínio do conteúdo teórico e prático por parte do preceptor (DP2 – 4,24) apresentou a maior média. As menores médias foram obtidas nos itens: qualidade dos instrumentos de avaliação de aprendizagem utilizados (DP10 – 3,41); capacidade de comunicar o resultado da avaliação (DP11 – 3,41); uso de metodologias pedagógicas motivadoras (DP3 – 3,43); e utilidade do feedback recebido (DP13 – 3,46). Esses dados evidenciam a necessidade de preparar os preceptores para realizarem as atividades de avaliação de desempenho dos residentes, desenvolvendo a capacidade de dar e receber feedback, de forma a fornecer continuamente informações para que os residentes percebam a distância entre o nível de aprendizagem em que se encontram e o nível desejável. Resultados semelhantes foram encontrados por Cunha, Vieira e Roquete (2013) e Vieira *et al.* (2017), em um hospital público municipal também do Estado de Minas Gerais.

Segundo Vasconcelos *et al.* (2015), o preceptor é aquele mais diretamente ligado ao cotidiano de trabalho do residente, o que justifica a sua avaliação. Ele tem papel muito importante na inserção

e socialização do recém-graduado no ambiente de trabalho, atuando como suporte para ajudar o novo profissional a adquirir os conhecimentos advindos da prática, até que este tenha mais confiança e segurança para realizar suas atividades diárias. A atuação pedagógica do preceptor deve ser fundamentada no diálogo, na participação, na reflexão crítica sobre a prática e no respeito ao saber dos educandos (SILVA, 2018a). No entanto, nem sempre eles trazem na bagagem preparo pedagógico para planejar e avaliar as atividades educativas, devendo receber capacitação para assumir essas novas responsabilidades (VIEIRA *et al.*, 2017).

Estudo realizado por Santos Filho, Sampaio e Braga (2016) também revelou fragilidades nos processos de preceptoria, em primeiro lugar quanto ao interesse e disponibilidade do profissional em exercer a função, e em segundo quanto à disponibilidade de tempo para a atividade de supervisão, indispensável para a criação de vínculo. Silva (2018b) também chegou a conclusão semelhante, identificando baixa inserção dos preceptores no processo de aprendizagem e poucas iniciativas de capacitação dos mesmos, bem como ausência de remuneração financeira ou outra modalidade de gratificação para as atividades de preceptoria desempenhadas.

Na última dimensão da escala APRS, Qualidade do Programa e Apoio Pedagógico, os testes recomendaram a exclusão dos itens: material didático disponível na biblioteca (QPA12); conforto das acomodações de descanso durante o plantão (QPA19); qualidade da alimentação fornecida pelo hospital (QPA20); qualidade das instalações do refeitório (QPA21); e garantia da sua segurança pessoal (QPA22).

No que se refere à análise descritiva, a dimensão Qualidade do Programa e Apoio Pedagógico teve a média geral mais baixa que as demais, por isso é que deve ser mais bem analisada. Os itens que mais contribuíram para a insatisfação dos residentes com os programas foram: tempo para dedicação em aulas de outras especialidades (QPA10 – 2,28); valor da bolsa de residência (QPA15 – 2,34); tempo gasto com atividades administrativas (QPA18 – 2,53); carga horária disponível para dedicação ao estudo teórico (QPA9 – 2,55); conforto das acomodações de descanso (QPA19 – 2,67); qualidade da alimentação fornecida (QPA20 – 2,74); material didático disponibilizado pelo programa (QPA 11 – 2,87); e qualidade das instalações do refeitório (QPA21 – 2,98).

Resultado semelhante foi observado por Bellini, Shea e Asch (1997) nas dimensões carga de trabalho (2,78; DP 0,39) e estilo de vida (2,96; DP 0,42), em função tempo gasto tentando acessar os resultados dos testes do paciente e solicitando exames, da quantidade não adequada de sono durante o plantão, e da falta de um suporte da área administrativa. De acordo com os autores, o contato com essas informações levou a gerência dos programas a reorganizarem os serviços, reavaliarem a responsabilidade do pessoal administrativo, e implementarem uma política rígida de dias de folga e horas de trabalho.

Resultado semelhante foi encontrado nos estudos de Seelig, Dupre e Adelman (1995), indicando correlações significativas entre estresse emocional e satisfação com a carga de trabalho. A realidade de trabalho nos hospitais públicos brasileiros, segundo Cunha, Vieira e Roquete (2013) e Vieira *et al.* (2017), é marcada ainda pela falta de insumos e equipamentos em quantidade e qualidade, gerando desgaste físico e emocional para os trabalhadores, que muitas vezes precisam recorrer à improvisação para trazer solução para o problema imediato do usuário.

É importante ressaltar que todas as respostas não favoráveis obtidas nessa última dimensão da escala elaborada e validada dizem respeito às condições de trabalho, que podem comprometer a qualidade do ensino-aprendizagem, bem como a saúde física e mental dos residentes, produzindo impactos negativos na qualidade da assistência prestada. Conclui-se, portanto, que cabe à coordenação dos programas encontrar soluções para essas situações, e também conscientizar os residentes para a necessidade de adesão às medidas de prevenção de riscos à saúde e de participação em programas de promoção da saúde, o que em última instância poderia minimizar o estresse e melhorar a qualidade de vida no trabalho.

CONCLUSÃO

A principal contribuição deste trabalho foi construir e validar um instrumento para a autoavaliação de programas de residência. O objetivo da autoavaliação é fornecer insumos para a autocritica e desenvolvimento dos programas, afim de os ajudar no aprimoramento de suas propostas pedagógicas e metodológicas.

Os procedimentos de avaliação da confiabilidade e de validade interna da escala APRS mostraram elevada consistência e adequação das medições realizadas. A três dimensões da escala foram mantidas, e dos 55 itens iniciais foi sugerido a redução para 46. Não obstante, é importante ressaltar que são necessárias análises de teste-reteste para que confirmação das exclusões e da validade da escala.

A integração ensino-serviço é o pilar da formação em residência, uma vez que visa a qualidade da assistência prestada, a formação profissional e a satisfação dos trabalhadores. Os resultados da análise descritiva dos itens da escala APRS nos programas de residência médica e multiprofissional dos três hospitais apontaram para a necessidade de estabelecimento de estratégias para o fortalecimento dos programas, investindo-se principalmente na capacitação, formação e valorização dos preceptores, bem como na qualidade do programa, envolvendo melhoria das condições de trabalho e apoio pedagógico.

Sugere-se a realização de novos estudos para confirmação da validação da escala, bem como estudos que estabeleçam correlações entre os resultados obtidos por meio da escala APRS e outras escalas destinadas a avaliar a qualidade de vida dos residentes, o estresse e a síndrome de *burnout*, dado que as condições de ensino-aprendizagem impõem muitos desafios à manutenção da saúde física e mental dos residentes.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG) pelo financiamento da pesquisa.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

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

REFERÊNCIAS

- BABBIE, E. **Métodos de pesquisas de survey**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2001.
- BELLINI, L.; SHEA, J.A.; ASCH, D.A. A new instrument for residency program evaluation. **JAMAL Internal Medicine**, v.12, n.11, p.707-710, 1985.
- BRASIL. **Decreto Nº 80.281 de 5 de setembro de 1977**. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Brasília, 1977. Disponível em: < <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-80281-5-setembro-1977-429283-norma-Atualizada-pe.pdf>>. Acesso em: 07 jan. 2021.
- BRASIL Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Lei nº 11.129/2005**. Brasília, 2005.
- COSTA, F. J. **Mensuração e desenvolvimento de escalas: aplicações em administração**. Rio de Janeiro: Editora Ciência Moderna, 2011.
- CUNHA, Y. F. R.; VIEIRA, A.; ROQUETE, F. F. Impacto da residência multiprofissional na formação profissional em um hospital de ensino de Belo Horizonte. In: SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA, 5., 2013, Rio de Janeiro. **Anais....** Rio de Janeiro: Associação Nacional Dom Bosco, 2013.
- FÁVERO, L. P.; BELFIORE, P. **Manual de análise de dados: estatística e modelagem multivariada com Excel®, SPSS® e Stata®**. Elsevier Brasil, 2017.
- GOMES, E. R. et al. Psicólogos na residência multiprofissional em atenção básica: estudo a partir de documentos e sujeitos. **Saúde e Pesquisa**, v. 10, n. 2, p. 271-282, 2017.
- LEMO, C. L. S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 913-922, 2016.
- MARTINS, G. D. M. et al. Implementação de residência multiprofissional em saúde de uma universidade federal: trajetória histórica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 3, 2016.
- MOREIRA, A.P. et al. Avaliação da qualidade de vida, sono e síndrome de burnout dos residentes de um programa de residência multiprofissional em saúde. **Medicina**, v.49, n.5, p. 393-402, 2016.
- OCEN, E.; FRANCIS, K.; ANGUNDARU, G. The role of training in building employee commitment: the mediating effect of job satisfaction. **European Journal of Training and Development**, v. 41, n. 9, p. 742-757, 2017.
- PEREIRA-LIMA, K. et al. Cross-cultural adaptation and psychometric assessment of a Brazilian-Portuguese version of the Resident Questionnaire. **PloS one**, v. 13, n. 9, p. e0203531, 2018.
- PINHO, L. M. G.; GARCIA, V. L.; NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. Implantação da residência médica e multiprofissional em saúde da família em um município paulista: percepção de residentes da primeira turma (2014-2016). **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 19, n. 2, p. 106-114, 2017.
- SANTOS FILHO, E. J.; SAMPAIO, J.; BRAGA, L. A. A avaliação de um programa de residência multiprofissional em Saúde da Família e a comunidade sob o olhar dos residentes. **Tempus Actas de**

Saúde Coletiva, v. 10, n. 4, p. 129-149, 2016.

SARSTEDT, M; RINGLE, C. M.; HAIR, J. F. Partial least squares structural equation modeling. **Handbook of market research**, v. 26, p. 1-40, 2017.

SEELIG, C. B.; DUPRE, C. T.; ADELMAN, H. M. Development and validation of a scaled questionnaire for evaluation of residency programs. **Southern Medical Journal**, v. 88, n. 7, p. 745-750, 1995.

SILVA, L. B. Residência multiprofissional em saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. **Revista Katálisis**, v. 21, n. 1, p. 200-209, 2018a.

SILVA, L. S. **Residências multiprofissionais em saúde: uma proposta de instrumento de avaliação**. 2018, 203 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2018b.

VASCONCELOS, M. I. O. et al. Avaliação de programas de residência multiprofissional em saúde da família por indicadores. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 13, p. 53-77, 2015.

VIEIRA, A. et al. Contribuições da residência médica e multiprofissional de um hospital geral para a aprendizagem e prática profissional. In: SEMINÁRIOS EM ADMINISTRAÇÃO, 20., 2017, São Paulo. **Anais...** São Paulo: FEA-USP, 2017.

WADE, D T.; HALLIGAN, P. W. The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. **Clinical Rehabilitation**, v. 31, n. 8, p. 995-104, C2017.

TENDÊNCIA TEMPORAL E AGLOMERADOS ESPACIAIS DE RISCO DA MORTALIDADE POR ACIDENTES DE MOTOCICLETA NO ESTADO DE SERGIPE, BRASIL: UM ESTUDO ECOLÓGICO

Edilza Fraga Santos¹;

Universidade Federal de Sergipe (UFS), Lagarto, Sergipe.

<http://lattes.cnpq.br/7318558157124094>

Thiago de Jesus Santos²;

Universidade Federal de Sergipe (UFS), Lagarto, Sergipe.

<http://lattes.cnpq.br/0879690382792437>

Carla Passos Almeida³;

Universidade Federal de Sergipe/UFS. Lagarto, Sergipe.

<http://lattes.cnpq.br/1644201027191756>

Allan Dantas dos Santos⁴;

Universidade Federal de Sergipe/UFS. Lagarto, Sergipe.

<http://lattes.cnpq.br/4560583433612026>

Andreia Centenaro Vaez⁵;

Universidade Federal de Sergipe/UFS. Aracaju, Sergipe.

<http://lattes.cnpq.br/3387223755090516>

Shirley Verônica Melo Almeida Lima⁶;

Universidade Federal de Sergipe/UFS. Lagarto, Sergipe.

<http://lattes.cnpq.br/7157799661954765>

Karina Conceição Gomes Machado de Araújo⁷;

Universidade Federal de Sergipe/UFS. Aracaju, Sergipe.

<http://lattes.cnpq.br/3116321756193947>

Damião da Conceição Araujo⁸.

Universidade Federal de Sergipe (UFS), Lagarto, Sergipe.;

<http://lattes.cnpq.br/6328031588711076>

RESUMO: A mortalidade por acidentes de trânsito representa um importante problema de saúde pública. O objetivo deste estudo foi analisar a tendência temporal e distribuição espacial da mortalidade por acidentes de motocicleta no estado de Sergipe, Nordeste do Brasil. Foi conduzido um estudo ecológico de uma série temporal de dez anos (2005 a 2015) referente a mortalidade por acidentes de motocicleta no estado de Sergipe. Os dados foram coletados na plataforma do Sistema de Informação em Saúde do DATA-SUS do Brasil. A análise realizada foi descritiva, de tendência temporal e espacial. A tendência temporal da mortalidade foi crescente durante o período de 2005 a 2012 com maior concentração em adultos jovens de baixa escolaridade. O uso da análise espacial definiu as áreas de risco demonstrando ser uma ferramenta importante no direcionamento de políticas públicas intersetoriais.

PALAVRAS-CHAVE: Acidentes de trânsito. Estudos de tendência temporal. Mortalidade. Análise Espacial em Saúde.

TEMPORAL TRENDS AND SPACE GROUPS OF RISK OF MORTALITY BY MOTORCYCLE ACCIDENTS IN THE STATE OF SERGIPE, BRAZIL: AN ECOLOGICAL STUDY

ABSTRACT: Mortality from traffic accidents represents an important public health problem. The aim of this study was to analyze the temporal trend and spatial distribution of mortality from motorcycle accidents in the state of Sergipe, Northeastern Brazil. An ecological study of a ten-year time series (2005 to 2015) was conducted regarding mortality from motorcycle accidents in the state of Sergipe. Data were collected on the DATA-SUS do Brasil Health Information System platform. The analysis performed was descriptive, with a temporal and spatial tendency. The time trend of mortality was increasing during the period from 2005 to 2012 with a greater concentration in young adults with low education. The use of spatial analysis defined the risk areas, demonstrating to be an important tool in directing intersectoral public policies.

KEY-WORDS: Traffic accidents. Time trend studies. Mortality. Spatial Analysis in Health.

INTRODUÇÃO

Os acidentes de trânsito representam um problema de saúde pública. Em virtude do aumento da quantidade de motocicletas os acidentes têm apresentado maior prevalência. Além disso, a vulnerabilidade devido ao tipo de veículo ocasiona risco para lesões graves e mortalidade (SILVA; SANTOS; CRUZ; ROCHA; FERREIRA; SILVA, 2018). No Brasil os acidentes de motocicleta correspondem a 1,69% do total de anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade (DALY) e são prevalente na população masculina (2,58%) (PINHEIRO; QUEIROZ et al., 2020).

No Brasil ocorreu um crescimento na fabricação e vendas de motocicletas, sobretudo na Região Nordeste, em virtude do baixo custo de aquisição do veículo, manutenção, agilidade e acessibilidade, apesar do Nordeste apresentar alto índice de vulnerabilidade social (CORGOZINHO; MONTAGNER; RODRIGUES, 2018). Os acidentes com motocicletas estão relacionados a inúmeros fatores como a negligência na utilização dos equipamentos de segurança individuais, descumprimento das leis de trânsito vigente, baixa habilidade na condução do veículo, alta velocidade nas vias públicas e uso de álcool (MASCARENHAS et al., 2016).

Estudos demonstram que as lesões e mortes são maiores em vítimas de motociclistas quando comparados com outros acidentes. Além disso, a maioria possui faixa etária em idade produtiva que em virtude do impacto do acidente podem apresentar lesões incapacitantes resultando em demanda econômica para o sistema único de saúde no tratamento e reabilitação (CORGOZINHO; MONTAGNER; RODRIGUES, 2018).

O aumento da violência no trânsito afeta a vítima, familiares e a sociedade. Desta forma, são necessárias ações mais efetivas tanto preventivas como de fiscalizações, pois a grande maioria das ocorrências podem ser evitadas (SILVA; PAIVA, 2017). O uso da análise espacial como ferramenta para construção de cenários epidemiológicos dinâmicos, são uteis para identificar áreas de maior

risco de ocorrência do agravo e direcionar políticas públicas locais e estaduais que minimizem os dados na população e sistema de saúde.

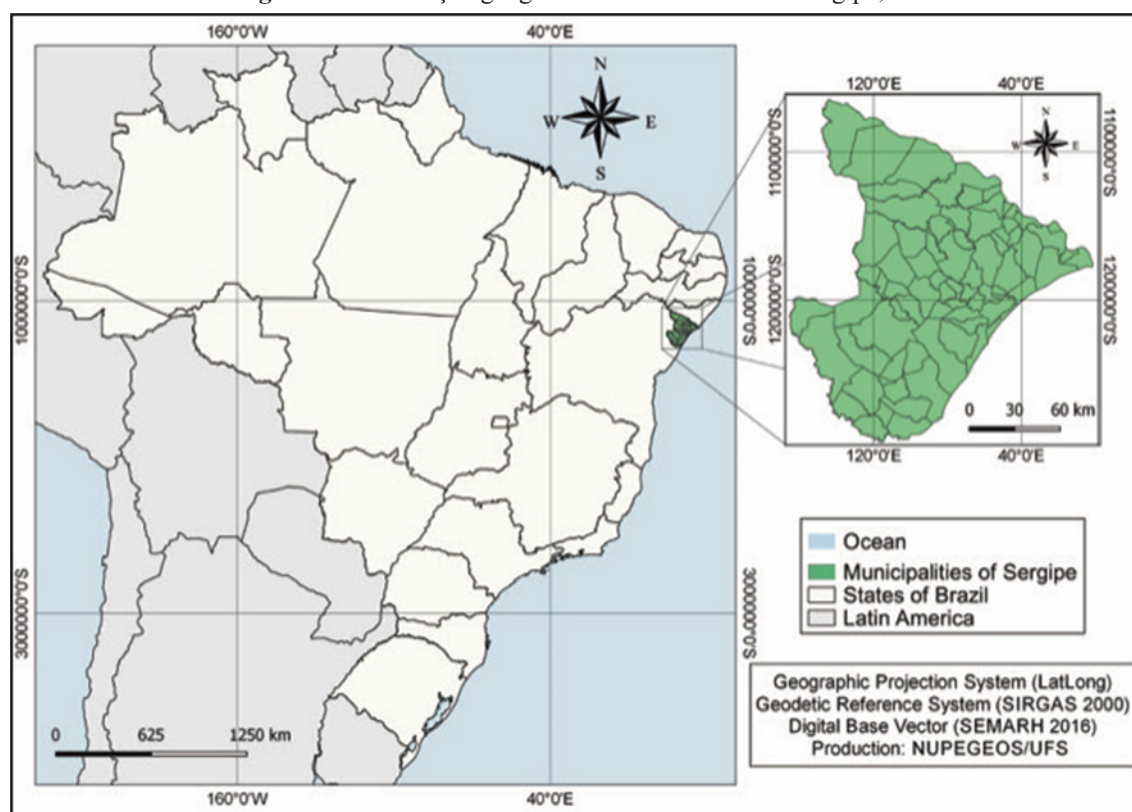
Destarte, o objetivo deste estudo foi analisar a tendência temporal e distribuição espacial da mortalidade por acidentes de motocicleta no estado de Sergipe, Nordeste do Brasil.

METODOLOGIA

Delineamento e local do estudo

Estudo ecológico de uma série temporal de dez anos (2005 a 2015) referente a mortalidade por acidentes de motocicleta no estado de Sergipe. O estado de Sergipe está localizado na costa do Nordeste do Brasil (figura 1); sua capital é a cidade de Aracaju e é composto por 75 municípios. Tem uma população de 2.068.017 habitantes e uma área de 21.910.354 km², equivalente a 0,26% do território nacional (IBGE, 2017).

Figura 1. Localização geográfica da área de estudo: Sergipe, Nordeste do Brasil.



População, fonte de dados e variáveis

A população foi composta por todos os óbitos do período de 2005 a 2015, considerando a Classificação Internacional de Doenças 10^a revisão (CID-10). Foi utilizado como critérios de inclusão o registro de óbitos no: 1) Grande Grupo V01-V99: Acidentes de transporte; 2) Grupo de Motociclista traumatizado em um acidente de transporte; e 3) categoria V20 a V29. Os critérios de exclusão foram os óbitos por outras causas externas e/ou outro grupo e evolução incompleta.

Os dados foram coletados na plataforma do Sistema de Informação em Saúde do DATA-SUS do Brasil via ferramenta *Tabwin*, que se trata de uma tecnologia para coleta em tempo real e registro automático no banco de dados (<http://datasus.saude.gov.br/>). O desfecho foi a mortalidade por aci-

dentes de motocicleta. As variáveis independentes obtidas foram: registro do óbito, sexo, etnia, estado civil, faixa etária e escolaridade (anos).

Análise dos dados

A estatística descritiva dos dados foi realizada. As variáveis numéricas foram calculadas por meio das medidas de tendência central e de dispersão, e as variáveis categóricas foram apresentadas em frequência absoluta e relativa. Foi calculado os intervalos de confiança de 95% (IC 95%) para a frequência do desfecho. O teste do qui-quadrado de Pearson foi utilizado para a associação das variáveis.

A análise de tendência temporal da prevalência foi realizada com o uso de um modelo de regressão *joinpoint*. A variação percentual anual (APC) foi calculada, considerando os seguintes parâmetros: mínimo zero *joins*, máximo três *joins*, seleção de modelo com base no teste de permutação Monte Carlos, correlação de erros baseados no ano, intervalo de confiança de 95% e significância de 5%. As tendências foram classificadas como crescentes, decrescentes ou estacionárias.

Para a análise espacial foi efetuado o cálculo do coeficiente geral de mortalidade (CGM) do período, tendo como numerador o total de óbitos, o denominador a população do ano de 2010 (por ser considerada a central do período), e multiplicado pela constante de 100.000.

As técnicas de análise espacial utilizadas foram: 1) o Método Bayesiano Empírico Local para suavização das taxas e reestimar o CGM com uma terceira taxa corrigida; e 2) a Estatística Espacial para analisar a autocorrelação espacial através dos Índices Global e Local de Moran do período. Utilizou-se a autocorrelação espacial significativa ($p < 0,05$) para identificação de áreas críticas e prioritárias com a formação de aglomerados espaciais.

Os mapas temáticos foram construídos com uso da base cartográfica do estado de Sergipe disponível no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sendo eles: 1) O Mapa da distribuição da taxa bruta do CGM e da taxa suavizada pelo método Bayesiano Empírico Local; 2) Box map demonstrando o diagrama de espalhamento de Moran e as áreas de risco por meio dos aglomerados 1 e 2 que demonstram pontos de associação espacial positiva, evidenciando que uma localização possui vizinhos com valores semelhantes; e aglomerados 3 e 4 que demonstram pontos de associação espacial negativa, evidenciando que uma localização possui vizinhos com valores distintos ou discrepantes; e 3) Moran map demonstrando a associação entre o Lisa map e Box map com significância de 95%, evidenciando áreas de alto risco para mortalidade.

As análises utilizaram o *BioEstat 5.0*, *Joinpoint Regression 4.5.0.1* (National Cancer Institute, Bethesda, MD, EUA), *Terra View 4.2.2* (Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais, São José dos Campos, Brasil), *GeoDa 1.10.0.8* (University of Illinois at Urbana-Champaign, Champaign, IL, EUA) e *QGIS 2.14.11* (Open Source Geospatial Foundation, Beaverton, OR, EUA). A malha territorial necessária para a confecção dos mapas foi fornecida pelo IBGE.

Aspectos éticos

O estudo não exigiu a aprovação do comitê de ética em pesquisa porque utilizou dados secundários agregados de domínio público e nenhum paciente individual foi identificável.

RESULTADOS

No estado de Sergipe foram registrados o total de 2.785 óbitos por acidentes de motocicleta. Os aspectos epidemiológicos revelados na tabela 1 apontam que o desfecho do óbito foi maior nos indivíduos do sexo masculino (91,0%), pardos (80,0%), solteiros (75,2%), na faixa etária de 20 a 29 anos (35,0%) e com escolaridade de 4 a 7 anos (35,9%).

Tabela 1. Aspectos epidemiológicos dos óbitos no estado de Sergipe, Brasil, 2005 a 2015.

Variáveis/categorias	Óbitos			
	n	%	IC 95%	p*
Sexo				<0,01
Masculino	2.535	91,0	90,0 – 92,1	
Feminino	250	9,0	7,9 – 10,0	
Raça/cor da pele				0,03
Branca	446	16,7	15,4 – 18,2	
Preta	78	3,0	2,3 – 3,6	
Amarela	1	0,1	0,0 – 0,2	
Parda	2.125	80,0	78,6 – 81,6	
Indígena	3	0,2	0,0 – 0,4	
Estado civil				0,00
Solteiro	1.926	75,2	73,6 – 76,9	
Casado	524	20,4	18,9 – 22,0	
Viúvo	26	1,0	0,6 – 1,4	
Separado	77	3,0	2,3 – 3,7	
Outro	6	0,2	0,2 – 0,4	
Faixa etária				0,01
1 - 19	362	13,0	11,7 – 14,2	
20 - 29	977	35,0	33,3 – 36,9	
30 - 39	661	23,7	22,2 – 25,3	
40 - 49	430	15,3	14,1 – 16,8	
50 – 80	333	12,0	10,8 – 13,2	
Escolaridade (anos)				0,01
Nenhuma	186	7,2	6,2 – 8,2	
1 – 3	652	25,3	23,7 – 27,0	
4 - 7	925	35,9	34,1 – 37,8	
8 - 11	701	27,2	25,5 – 29,0	
Mais de 12	109	4,2	3,5 – 5,0	

IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%. * Teste do qui-quadrado de Pearson (p<0,05).

O coeficiente de mortalidade por acidentes de motocicleta variou de 5% a 20%. Levando em consideração os resultados das regressões de *Poisson* (figura 2), o estado de Sergipe apresentou uma tendência crescente durante o período de 2005 a 2012, que foi estatisticamente significativa ($APC = 19,00$; $IC = 95\%$; $p < 0,05$), ao longo da série histórica analisada. Entretanto, observou-se que entre os anos de 2012 e 2015 a tendência foi decrescente ($APC = -12,00$; $IC = 95\%$; $P < 0,05$).

A distribuição espacial da taxa bruta e após suavização pelo estimados bayesiano demonstrou alta concentração da doença distribuída de forma difusa em várias regiões do estado com taxas entre 5% e 20% (Figuras 3A, B). A análise do mapa de Moran permitiu a identificação de áreas classificadas de acordo com o nível de significância de seus índices locais. Foram identificadas áreas com aglomerados espaciais de risco centro-litoral com alta mortalidade (Q1: alta/alta; $p = 0,01$) e na região sul com a menor (Q2: baixa/baixa; $p = 0,001$) (Figura 3C,D).

Figura 2. Tendência temporal do coeficiente de mortalidade por acidentes de motocicleta no estado de Sergipe, 2005 a 2015.

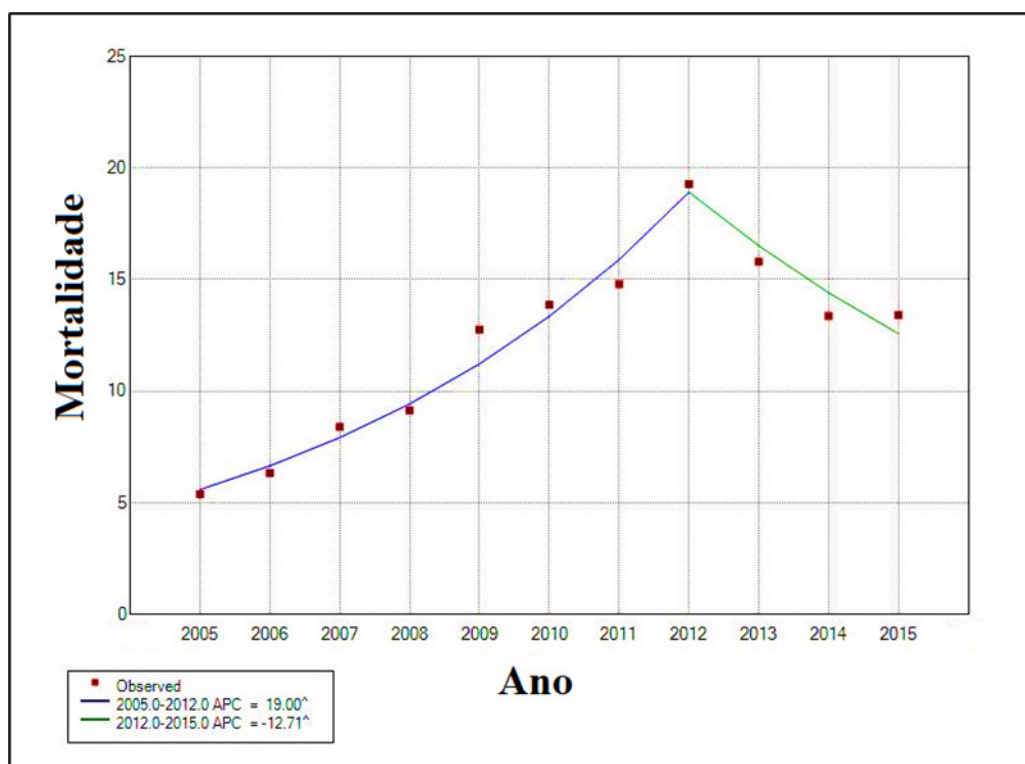
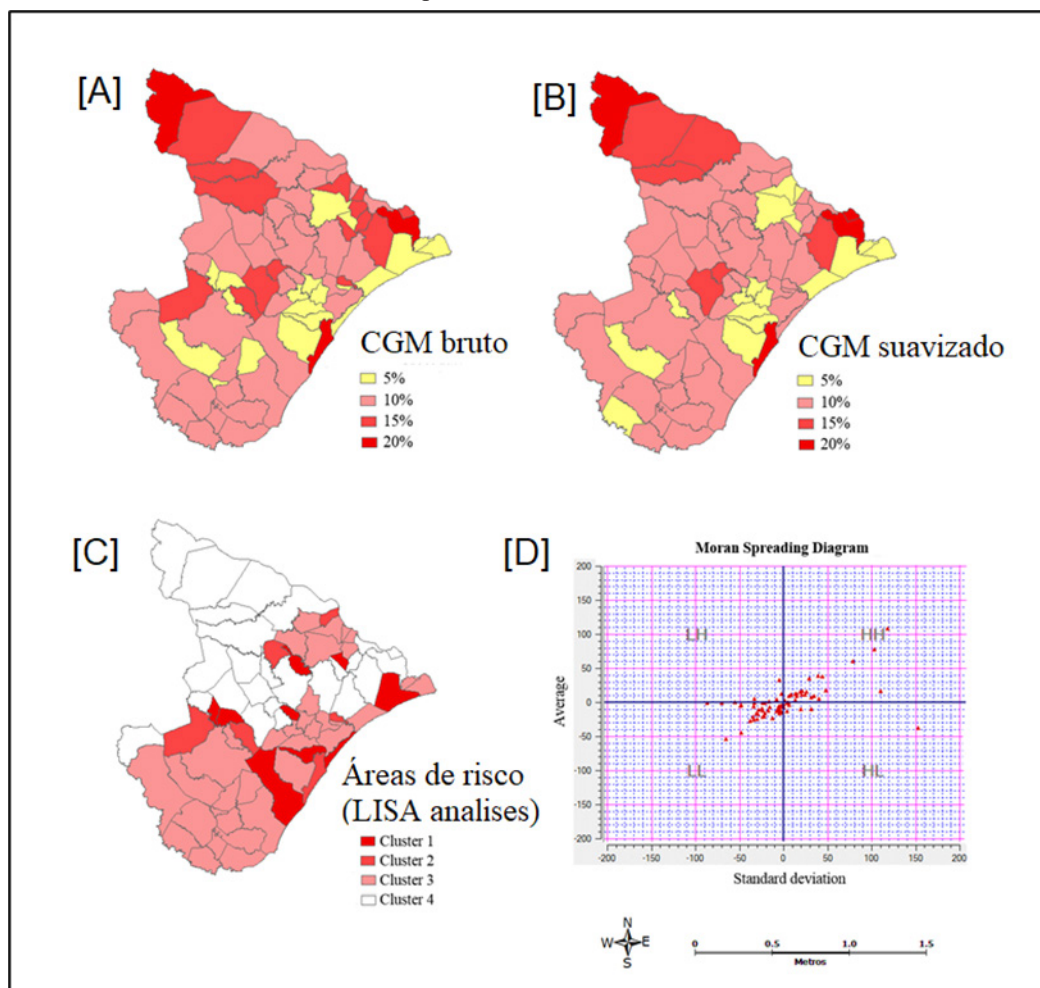


Figura 3. Análise espacial da mortalidade por acidentes de motocicleta no estado de Sergipe, Brasil, 2005 a 2015. A) Classificação da mortalidade bruta; B) Classificação da mortalidade pelo método bayesiano empírico local; C) Distribuição dos aglomerados espaciais de risco classificados pelo índice local de Moran (LISA); D) Diagrama de espalhamento de Moran.



Observou-se autocorrelação espacial para todo o período examinado, uma vez que o índice total de Moran foi significativo para esta distribuição ($I = 0,34$; p valor = $0,01$), indicando a formação de aglomerados (Figura 4 e 5). O índice global de Moran para cada ano foi calculado, mostrando significância para todos os anos analisados, como mostrado na Tabela 2.

Tabela 2. Índice Global de Moran do coeficiente de mortalidade por ano referente aos acidentes de motocicleta, Sergipe, Brasil, 2005 a 2015.

Ano	Índice de Moran Global	p
2005	0,49	0,01
2006	0,29	0,02
2007	0,54	0,01
2008	0,52	0,01
2009	0,61	0,01
2010	0,24	0,01
2011	0,38	0,01
2012	0,42	0,01
2013	0,42	0,01
2014	0,52	0,01
2015	0,59	0,01
Total	0,34	0,01

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo demonstraram a mortalidade, foi maior em indivíduos do sexo masculino, pardos, solteiros, na faixa etária de 20 a 29 anos e com escolaridade de 4 a 7 anos. A prevalência de indivíduos do sexo masculino e adultos jovens envolvidos em acidentes é relatado em outros estudos (CORDELLIERI et al., 2016; SOLIMARN et al., 2018) e pode estar associado a prática de comportamento de risco na condução do veículo automotor com agressividade no trânsito, superestimação da capacidade e dos limites, experiência e habilidade de dirigir reduzida, consumo do álcool e outras drogas, o ausência de uso do capacete (SOUTO et al., 2012; BARRETO et al., 2016; SOUTO et al., 2016; ARAÚJO et al., 2017; LEMOS et al., 2019; OLIVEIRA et al., 2020) e a condução do veículo sem antes ter passado por treinamento para retirar a carteira de habilitação (ARAÚJO et al., 2016) contribuem para o aumento do risco de acidentes e impactam na incidência e mortalidade.

Outros fatores que favorecem os acidentes de trânsito incluem os relacionados ao ser humano como: erro, comportamento e fadiga do motorista, comportamento do motorista, excesso de velocidade, uso de celulares durante a condução, mudança repentina de faixas, ignorância sobre regras e regulamentos de trânsito, erros de travessias das rodoviárias; e os fatores ambientais como pneus e luzes defeituosos, condições das estradas, fluxo de tráfego e congestionamento, condições climáticas, entre outros (SOUZA et al., 2018).

O envolvimento de motocicletas nos acidentes de trânsito evidencia o alto impacto desse veículo automotor em vítimas de trauma. As motocicletas enfrentam maiores perigos nas estradas do que carros ou outros veículos, em razão do tamanho ser menor e possuir instabilidade no enfrentamento de aspectos da natureza e infraestrutura das vias de trânsito como buracos, animais mortos ou que trafeguem nas vias, as condições da pavimentação, irregularidades das pistas e a presença de outros objetos inesperados na estrada, representando uma ameaça grave para a segurança dos condutores de moto (SOUZA et al., 2021).

O Estado de Sergipe apresentou uma tendência crescente durante o período de 2005 a 2012, o que pode estar relacionado com a ascensão econômica observada, uma vez que produto interno bruto (PIB) no período de 2002 a 2012 foi de 39,0% (BEZERRA; BERNARDO; XIMENES; JUNIOR et al 2015) O aumento da renda em alguns municípios pode ter proporcionado a compra do primeiro veículo. Além disso, a grande maioria dos municípios da região Nordeste possui um quantitativo maior de motocicletas que a automobilística (PINHEIRO; QUEIROZ et al 2020)

Na análise espacial, os aglomerados de risco identificados demonstram que o valor positivo de Moran com autocorrelação espacial. Desta forma, os municípios com coeficientes elevados são próximos de outros com o mesmo perfil, e aqueles com valores baixos estão localizados nas proximidades de outros municípios com as mesmas características. Os municípios que apresentam valor alto/baixo apresentam transição epidemiológica, o que pode ser evidenciado pela variação das taxas.

Os municípios localizados na região centro-litoral do estado apresentaram taxa de 20% para mortalidade. Os fatores que sugerem esse achado podem estar relacionado a quantidade de municípios estarem próximos a capital, o que favorece o deslocamento das pessoas para trabalharem e maior número de veículos motorizados circulantes, bem como as vias de maior acesso que conectam as áreas em atividades econômicas, sociais e políticas. Desta forma, é necessário a intensificação das medidas de fiscalização e ações de promoção dos cuidados no trânsito.

As limitações deste estudo referem-se à utilização de dados secundários, que podem apresentar inconsistências relacionadas à quantidade, qualidade e processamento das informações, desde a introdução das informações no instrumento de notificação até a digitação dos dados. Os pontos fortes deste estudo incluem a utilização da tendência temporal e análise espacial para identificação de áreas de maior risco como ferramenta de gestão e direcionamento de ações públicas intersetoriais.

CONCLUSÃO

A tendência temporal da mortalidade foi crescente durante o período de 2005 a 2012 com maior concentração em adultos jovens de baixa escolaridade. O uso da análise espacial definiu as áreas de risco demonstrando ser uma ferramenta importante no direcionamento de políticas públicas intersetoriais.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

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

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Damião da Conceição; PINHEIRO, Fernanda Gomes de Magalhães Soares; MENEZES, Miriam Geisa Virgens [et al.]. **Perfil e fatores associados ao trauma em vítimas de acidentes de trânsito atendidas por serviço móvel de urgência**. Arquivos de Ciências da Saúde, 2017.

ARAÚJO, Damião da Conceição; VAEZ, Andreia Centenaro; ALVES, José Antônio Barreto; PINHEIRO, Fernanda Gomes de Magalhães Soares; FAKHOURI, Ricardo. **Suicídio inconsciente: reflexo do comportamento de risco no trânsito.** Rev enferm UFPE, 2016.

BARRETO, Mayckel da Silva; TENSION, Elen Ferraz ; LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira [et al.]. **Mortalidade por acidentes de trânsito e homicídios em Curitiba, Paraná, 1996-2011.** Epidemiol Serv Saude, 2016.

CORDELLIERI, [Pierluigi](#); BARALLA, [Francesca](#); FERLAZZO, [Fabio](#) [et al.]. **Gender effects in young road users on road safety attitudes, behaviors and risk perception.** Frontiers in psychology. 2016

CORGOZINHO, Marcelo Moreira; MONTAGNER, Miguel Ângelo; RODRIGUES, Maria Augusta Carvalho. **Vulnerabilidade sobre duas rodas: tendência e perfil demográfico da mortalidade decorrente da violência no trânsito motociclístico no Brasil, 2004to2014.** Rio de Janeiro: Cadernos Saúde Coletiva, 2018.

LE MOS, Fabio Henrique Guttoski; PINTO, Ibsen Mateus Bittencourt Santana; RITA, Luciana Peixoto Santa. **Public policies for traffic accidents reduction: Multivariate Analysis At Br-101 Highway In Alagoas.** Revista de Políticas Públicas, 2019.

MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros [et al.]. **Características de motociclistas envolvidos em acidentes de transporte atendidos em serviços públicos de urgência e emergência.** Ciência & Saúde Coletiva, 2016.

OLIVEIRA, Janaina Barbosa de; KERR-CORRÊA, Florence; LOPES, Ícaro Caresia [et al.]. **Alcohol use and risk of vehicle accidents: cross-sectional study in the city of São Paulo, Brazil.** Sao Paulo Med. J; 2020 .

Perfil socioeconômico de Sergipe / Francisco José Araújo Bezerra... [et al.], organizadores. – Fortaleza: Banco do Nordeste do Brasil, 2015.

PINHEIRO Pedro Cisalpino; QUEIROZ, Bernardo Lanza. **Análise espacial da mortalidade por acidentes de motocicleta nos municípios do Brasil.** Rio de janeiro: Ciência & Saúde Coletiva, 2020.

SILVA, Rutielle Ferreira; PAIVA, Anísia Regina de Oliveira. **Incidência de acidentes com motocicletas no Brasil: Revisão integrativa da literatura.** Piauí: Revista Uningá, 2017.

SILVA, Patrick Leonardo Nogueira [et al.]. **Morbimortalidade de acidentes de trânsito envolvendo motocicletas: uma revisão de literatura.** Minas Gerais: Journal of Health & Biological Sciences, 2018.

SOLIMAN , Abdrabo; ALHAJYASEEN, Wael; ALFAR Rania; ALKAABI, Albrahim. **Changes in Driving Behavior Across Age Cohorts in an Arab Culture: the Case of State of Qatar.** Procedia

Computer Science. 2018

SOUSA, Davi Leal; SILVA, Kelson Nonato Gomes da; FERREIRA, Eduardo; MORAIS, Flávio Rogério de Sousa. **Incidência de lesões em motociclistas praticantes de trilhas**. Rev. bras. Ortop; 2021.

SOUTO, Caroline Cordeiro [et al.]. **Perfil das vítimas de acidentes de transporte terrestre relacionados ao trabalho em unidades de saúde sentinelas de Pernambuco, 2012 - 2014**. Epidemiol. Serv. Saúde, 2016.

SOUZA, Saila Torinho de; OLIVEIRA, Maria do Perpétuo Socorro Lamego. **Análise de segurança viária que alvitrar dispositivos de segurança para amenização de acidentes de trânsito**. Universitário do Norte - UNINORTE, Manaus/AM, 2018

CAPÍTULO 18

A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO HOSPITALAR DIANTE DA TRIÁDE PACIENTE – FAMÍLIA – EQUIPE DE SAÚDE

Juliana Soares Laudelino Santos¹;

Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Maceió, Alagoas.

<http://lattes.cnpq.br/8549893054889895>

Janielma Soares Laudelino².

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), Maceió, Alagoas.

<http://lattes.cnpq.br/7144579360255587>

RESUMO: A presente pesquisa teve como objetivo compreender a importância da atuação profissional do psicólogo para o paciente, à família e os profissionais de saúde, bem como, conhecer as demandas e dificuldades encontradas por esse profissional na sua prática no contexto hospitalar. Para isso, buscamos identificar as especificidades e procedimentos da intervenção da Psicologia no ambiente hospitalar, para compreendermos a importância da atuação do psicólogo hospitalar para a tríade. Este trabalho trata-se de uma pesquisa qualitativa e bibliográfica, na qual realizamos um levantamento das produções existentes sobre o nosso tema de interesse. A discussão se deu através de leituras de referenciais teóricos que se destacam em suas pesquisas relacionadas ao assunto, como Angerami-Camon, e Chiattonne. Assim, com a finalidade de chegar ao objetivo proposto, foram selecionadas algumas produções científicas através de uma pesquisa virtual na base de dados google acadêmico, que serviram de base para a análise dessa pesquisa. Nesse sentido, este trabalho nos possibilitou uma discussão significativa e reflexiva acerca das principais questões relacionadas à atuação do psicólogo hospitalar. Diante disso, compreendemos que o foco de trabalho deste profissional é a tríade, de modo que ele tentará abarcar em suas intervenções todas as nuances e aspectos psicológicos que perpassam essas inter-relações.

PALAVRAS-CHAVE: Psicologia. Hospital. Atuação Profissional.

THE PERFORMANCE OF THE HOSPITAL PSYCHOLOGIST BEFORE THE PATIENT – FAMILY – HEALTH TEAM

ABSTRACT: The present research aimed to understand the importance of the psychologist's professional performance for the patient, family and health professionals, as well as to know the demands and difficulties encountered by this professional in his practice in the hospital context. For this, we seek to identify the specifics and procedures of Psychology intervention in the hospital environment, in order to understand the importance of the role of the hospital psychologist for the triad. This work is a qualitative and bibliographic research, in which we carry out a survey of existing productions on our topic of interest. The discussion took place through readings of theoretical references that stand out in their research related to the subject, such as Angerami-Camon, and Chiattonne. Thus, in order to reach the proposed objective, some scientific productions were selected

through a virtual search in the google Academic database, which served as the basis for the analysis of this research. In this sense, this work enabled us to have a meaningful and reflective discussion about the main issues related to the performance of the hospital psychologist. Therefore, we understand that the focus of this professional's work is the triad, so that he will try to encompass in his interventions all the nuances and psychological aspects that permeate these interrelationships.

KEY-WORDS: Psychology. Hospital. Professional performance.

INTRODUÇÃO

Ao se falar sobre hospitalização existem alguns aspectos relevantes para serem abordados, porque se trata de um processo que envolve toda uma dimensão biológica, fisiológica, psicológica, social, cultural e espiritual do paciente, assim como não afeta somente a pessoa hospitalizada, mas também a família desta, uma vez que, de acordo com CAMPOS (1995), a pessoa leva ao hospital não só um corpo a ser tratado, ela vai por inteiro, o que, por extensão, atinge a pessoa que lhe acompanha e sua família, que acaba participando também de seu adoecer e de suas internações.

Assim, o principal objetivo da Psicologia Hospitalar é tornar mínimo o sofrimento causado pelo processo de hospitalização, abrangendo esse processo em si, bem como as sequelas e decorrências dessa vivência hospitalar, a qual gera implicações na vida do sujeito hospitalizado, de sua família e dos profissionais que compõem a equipe de saúde, visando facilitar as relações estabelecidas entre esta tríade ao longo do processo de hospitalização.

Portanto, compreendemos que o foco de trabalho do psicólogo hospitalar é a tríade paciente – família – equipe de saúde, de modo que ele tentará abarcar em suas intervenções todas as nuances e aspectos psicológicos que perpassam essas interrelações (SIMONETTI, 2011).

Em relação ao trabalho com a equipe, de acordo com GAZOTTI e CURY (2019) cabe ao psicólogo participar de decisões sobre a conduta a ser adotada, objetivando promover apoio de segurança ao paciente e seus familiares por meio de informações pertinentes à área de atuação, assim como impulsionar o suporte e manejo voltado para possíveis dificuldades operacionais e/ou subjetivas dos membros da equipe.

Assim, no contexto da hospitalização, o psicólogo, na sua prática, deverá levar em conta um amplo leque de possibilidades de intervenção diante da pluralidade de demandas que lhe serão apresentadas, no entanto, existem obstáculos que precisam ser contornados para delinear melhor o espaço de atuação do psicólogo hospitalar junto à equipe, dentre eles, segundo GAZOTTI e PREBIANCHI (2014) destacam-se a relação e a comunicação entre a psicologia e os demais saberes profissionais da equipe que são base para o relacionamento interpessoal, o elemento fundamental para o bom funcionamento em equipe.

Com isso, é importante compreender a importância da presença de um profissional da Psicologia no contexto hospitalar, que deve ser um agente especializado do ponto de vista técnico para detectar as necessidades dos pacientes, familiares e equipe de saúde em relação ao momento que estão vivendo.

Então, a presente pesquisa teve como intuito compreender a importância do psicólogo inserido no contexto hospitalar, destacando suas possibilidades de atuação, bem como as dificuldades encontradas por esse profissional nesse contexto. A partir disso, tivemos como objetivo discutir sobre

a importância e o papel do psicólogo inserido no ambiente hospitalar.

METODOLOGIA

Este estudo seguiu os rumos de uma abordagem metodológica qualitativa. MINAYO (2012) pontua que esse é um tipo de pesquisa que tem um objeto de estudo com questões muito particulares. Desta forma, a pesquisa qualitativa reflete as realidades que não podem ser comensuradas, isto é, quantificadas e/ou traduzidas em números.

Destarte, a pesquisa qualitativa possibilita uma aproximação com a realidade da temática adotada para a investigação, pois este método também facilita a aquisição de novos sentidos para a compreensão do fenômeno estudado, admitindo a compreensão das particularidades que envolvem o objeto de estudo.

Esta pesquisa trata-se de um estudo bibliográfico, que tem por objeto a análise literária de certo assunto, fazendo um levantamento acerca das produções existentes do tema de interesse. Esse procedimento permite investigarmos, de forma pormenorizada e crítica, o objeto de estudo em busca de princípios, fatos ou dados que corroborem com o tema em análise, pondo o pesquisador em contato direto com o que já foi produzido através da escrita, fala ou filmagem, que serão suas fontes bibliográficas (MARCONI; LAKATOS, 2008).

O presente estudo foi realizado a partir de artigos, livros e revistas entre os anos de 2000 a 2021, utilizando também de bibliografia anterior a esta data devido a fatos históricos de relevância com o intuito de identificar as publicações existentes sobre a atuação em Psicologia Hospitalar.

Desse modo, realizamos este estudo por meio de uma revisão bibliográfica de artigos científicos e livros de autores bem-conceituados e que possuem destaque sobretudo no contexto da Psicologia Hospitalar. Nesse sentido, a discussão do tema em tela se deu também por meio de leituras de referenciais teóricos que se destacam em suas pesquisas relacionadas ao assunto, como ANGERAMI-CAMON (1995) E CHIATTONE (2011).

Para isso, nesta pesquisa, foram selecionados artigos científicos em português retirados do site de pesquisa Google Acadêmico, os quais foram selecionados após buscas e leituras sobre a temática. Dessa maneira, foi realizado um levantamento com o objetivo de encontrar as publicações existentes a respeito da temática em estudo.

As buscas foram realizadas no período de 02 a 09 de janeiro de 2021. A princípio, a busca por textos pertinentes para o nosso estudo foi realizada fazendo uso da expressão “a importância do psicólogo hospitalar” (primeira busca). Em seguida, fizemos uma nova busca com a expressão “atuação do psicólogo hospitalar” (segunda busca). Posteriormente, utilizamos os descritores “Psicologia e Hospital” (terceira busca). Por último, digitamos os descritores “Psicologia Hospitalar Artigos” (quarta busca).

Diante das buscas, nos deparamos com muitos textos que discutiam o tema proposto nesse trabalho, porém, consideramos pertinente selecionar apenas dez artigos científicos para análise nesse estudo por serem mais pertinentes à nossa proposta de discussão.

Após essa etapa de busca no site de pesquisa Google Acadêmico, fomos para a etapa de estudo dos dez artigos científicos selecionados previamente para este estudo, que foram impressos e lidos para uma verificação prévia e, posteriormente, realizamos mais uma filtragem/seleção do material a

ser examinado.

Dessa maneira, ao final, optamos por utilizar nesta pesquisa apenas quatro dos dez artigos científicos selecionados previamente, todos em língua portuguesa, visto que depois das leituras identificamos uma melhor assimilação dos conteúdos destes. Além disso, percebemos que estes quatro artigos selecionados iriam melhor abarcar o objetivo proposto nesse trabalho, que é discutir sobre a importância e o papel do psicólogo inserido no contexto hospitalar.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O principal objetivo da Psicologia Hospitalar é minimizar o sofrimento gerado pelo processo de hospitalização, abrangendo esse processo em si, bem como as sequelas e decorrências dessa vivência hospitalar, a qual gera implicações na vida do sujeito hospitalizado e de sua família (ANGERAMICAMON, 1995; CHIATTONE, 2011).

CHIATTONE (2011) alega que o trabalho do psicólogo no hospital é conhecido pela capacidade de apoio, compreensão e direcionamento humanizado das diferentes situações pelas quais os pacientes e seus familiares vivenciam. Ainda segundo a autora, todo programa terapêutico eficaz deve incluir o apoio psicológico para o enfrentamento de todo o processo de doença e possibilidade de morte, pois o manejo de pacientes hospitalizados inclui a adaptação fisiológica e médica e a adaptação psicológica e existencial frente à situação traumática em si.

Em relação aos pacientes e seus acompanhantes/famíliares o psicólogo hospitalar deve estruturar uma atuação pautada num modelo comunicativo, reforçando o trabalho estrutural e de adaptação dos pacientes e seus acompanhantes/famíliares no enfrentamento da problemática vivenciada por ambos. Com isso, suas intervenções serão direcionadas, então, ao apoio, atenção, compreensão, suporte ao tratamento, clarificação dos sentimentos, esclarecimentos sobre a doença e o fortalecimento dos vínculos pessoais e familiares (CHIATTONE, 2011).

O psicólogo hospitalar também pode realizar a formação de grupos com o objetivo de informar, orientar, acolher, os quais podem ter um formato informativo e/ou terapêutico. Esses grupos têm o objetivo de promover espaços de reflexão e expressão dos sentimentos, o que pode minimizar o impacto emocional e o estresse vivenciado tanto pelos pacientes, quanto pelos acompanhantes/famíliares e também pelos profissionais de saúde.

O atendimento psicológico deve considerar as variáveis e os aspectos encontrados no processo de hospitalização, como os limites de atuação e os princípios institucionais. Consideramos também a importância de o profissional ter seu trabalho baseado nos princípios da humanização do ambiente hospitalar. Assim, o trabalho da Psicologia no âmbito hospitalar, além de privilegiar o ser em sua existência, contribui para que esse movimento de humanização possa se proliferar em ações direcionadas aos outros profissionais que compõem a equipe de saúde.

Em relação às equipes de saúde, o psicólogo hospitalar pode sistematizar a realização de grupos operativos, realizando um treinamento e clarificando o papel de cada profissional, além de estimular a realização de atividades para a diminuição do estresse, visto que, segundo CHIATTONE (2011), o nível de estresse em profissionais da área da saúde é elevado.

De acordo com TONETTO E GOMES (2007), em equipes multidisciplinares compete ao psicólogo: esclarecer sobre acontecimentos biológicos que provocam mudanças significativas na vida

das pessoas; informar sobre causas, consequências e tratamento de doenças que os pacientes apresentam; assegurar a adesão ao tratamento; auxiliar na adaptação à nova condição de saúde; propiciar trocas de experiência entre pessoas que enfrentam situações semelhantes; criar oportunidades de contato com a equipe para esclarecer dúvidas; comunicar normas e rotinas de determinada unidade; e avaliar a qualidade dos serviços oferecidos pela instituição.

Além disso, segundo alguns autores, o psicólogo precisa auxiliar a equipe de saúde para conscientização da importância do trabalho multidisciplinar, onde poderá ajudar a equipe a entender claramente suas funções, objetivos e facilitar a comunicação entre paciente, familiares e equipe. Somado a isso, o psicólogo precisa comunicar seu saber científico e suas percepções acerca do paciente para a equipe de saúde, expressando a necessidade de visualizar a pessoa hospitalizada em sua singularidade, e, assim, promover ações humanizadas (TAVARES et. al., 2012).

Todavia, é importante salientar que, na maioria dos hospitais, as condições de trabalho da equipe contradizem as regras básicas para que se tenha um ambiente saudável em todos os aspectos. Assim, se faz necessário que no ambiente hospitalar haja condições adequadas para o exercício profissional, por ser um lugar onde são tratadas as demandas de saúde das pessoas, sendo de significativa importância a participação efetiva do trabalho da Psicologia neste campo de atuação.

A respeito das dificuldades que permeiam a atuação de psicólogos no contexto hospitalar ANGERAMI-CAMON (1995) destaca a inserção deste profissional na realidade institucional. O autor afirma que a formação do psicólogo é falha em relação aos subsídios teóricos que possam embasá-lo na prática institucional.

YAMAMOTO E CUNHA (1998), ao investigarem a atuação de psicólogos no contexto hospitalar, também ressaltaram a deficiência na formação para o exercício profissional na área, além da necessidade de superação do modelo clínico tradicional e as exigências para uma inserção consistente no campo da saúde pública. No que diz respeito à deficiência na formação acadêmica, os resultados mostraram a predominância do modelo clínico tradicional, a falta de um treinamento teórico-técnico e a carência de incentivo ao desenvolvimento da capacidade reflexiva e crítica sobre os diversos contextos de intervenção, ultrapassando a mera difusão do conhecimento psicológico.

Infelizmente, de maneira geral, a formação em Psicologia não abarca o debate sobre a saúde em seus aspectos políticos, sociais e econômicos. Em decorrência disso, o futuro profissional não recebe em sua formação uma discussão mais abrangente sobre a saúde, que permita uma apreensão do processo de adoecimento como parte de um contexto mais amplo, complexo e multideterminado, fundamental para o embasamento da prática do psicólogo no hospital geral. Por isso, muitas vezes, o profissional se insere numa equipe de saúde tentando transpor para sua prática o modelo clínico aprendido na graduação, sem a compreensão da complexidade do campo da saúde no Brasil (CASTRO; BORNHOLDT, 2004).

No entanto, defendemos que cabe ao profissional, ainda na academia (enquanto estudante), buscar se inserir em atividades ofertadas durante a graduação, tais como projetos, estágios, palestras, entre outros, com o objetivo de adquirir conhecimento científico no âmbito acadêmico para a vida profissional.

Para solucionar tais dificuldades, conforme CHIATTONE (2011, p. 76), “[...] o que os psicólogos têm feito é resolver, cada um, o problema à sua maneira, enfrentando o desafio de forma

isolada [...]”. No entanto, ressaltamos que, apesar das dificuldades enfrentadas, a Psicologia avançou e vem avançando muito em relação às possibilidades da atuação em Psicologia Hospitalar.

Diante do exposto, defendemos que o profissional de Psicologia inserido no contexto hospitalar possui significativa importância, pois sua atuação que vai além da abordagem ao paciente e sua família, pressupõe também uma intervenção conjunta com os demais profissionais de saúde, a partir do compartilhamento de seu saber psicológico sobre a hospitalização.

Contudo, defendemos que o psicólogo apto a atuar na área da saúde deve ter consciência de que seus conhecimentos lhe servirão de base para a sua prática. Sua aprendizagem deve ser teórica e técnica porque o psicólogo deve estar preparado para lidar com as demandas e desafios da atuação de sua categoria profissional, ser comprometido socialmente, bem como ter condições de trabalhar em equipe juntamente com outros profissionais.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa teve como objetivo discutir sobre a importância e o papel do psicólogo inserido no contexto hospitalar. A discussão se deu através de leituras de referenciais teóricos que se destacam em suas pesquisas relacionadas ao tema.

No decorrer da realização desta pesquisa, compreendemos que o foco de trabalho do psicólogo hospitalar é a tríade paciente – acompanhante/família – equipe de saúde, de modo que ele tentará abarcar em suas intervenções todas as nuances e aspectos psicológicos que perpassam essas inter-relações. Assim, no contexto da hospitalização, o psicólogo, na sua prática, deverá levar em conta um amplo leque de possibilidades de intervenção diante da pluralidade de demandas que lhe serão apresentadas.

Observamos também que, mesmo o psicólogo já tendo conquistado seu espaço no ambiente hospitalar, ele ainda encontra dificuldades na realização do seu trabalho. Defendemos a importância de se elaborar e efetivar estratégias que visem à superação das dificuldades que permeiam a atuação de psicólogos no contexto hospitalar, como, por exemplo, a deficiência na formação para o exercício profissional na área, pois em grande parte, a formação em Psicologia não abarca o debate sobre a saúde em seus aspectos políticos, sociais e econômicos.

Vale ressaltar a necessidade e importância deste profissional, quando inserido no contexto hospitalar, possuir uma aprendizagem prévia, que deve ser adquirida desde sua formação inicial, quando este está ainda na graduação, através de projetos, estágios, cursos extras curriculares, grupos de estudos, bem como por meio de especializações, residências, mestrado etc.; pois o investimento e desenvolvimento pessoal do psicólogo está profundamente ligado à sua atuação profissional, visto que a pessoa do psicólogo é a sua principal ferramenta de trabalho.

A realização deste trabalho nos possibilitou chegar a uma discussão significativa e reflexiva acerca do objetivo proposto por essa pesquisa. Portanto, concluímos esse estudo com a satisfação de termos alcançado nosso objetivo, que foi o de compreender a importância e o papel do psicólogo inserido no contexto hospitalar, uma vez que consideramos preciso refletir sobre sua formação e analisar os conhecimentos adquiridos até o momento, pois sua atuação requer responsabilidade e consciência de quais são as suas atribuições e limitações no contexto hospitalar.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

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

REFERENCIAS

ANGERAMI-CAMON, V. A. et al. **Psicologia Hospitalar: teoria e prática**. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1995.

CASTRO, E. K. de; BORNHOLDT, E. Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 48-57, 2004.

CAMPOS, T. C. P. **Psicologia Hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais**. São Paulo: EPU, 1995.

CHIATTONE, H. B. de C. A Significação da Psicologia no Contexto Hospitalar. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.). **Psicologia da Saúde: um novo significado para a prática clínica**. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning Edições, 2011, p. 145-233.

GAZOTTI, T.C. CURY, V.E. **Vivências de psicólogos como integrantes de equipes multidisciplinares em hospital**. Rev. Estudos e pesquisas em psicologia, v.19, n.3, 2019.

GAZOTTI, T. C. PREBIANCHI, H. B. (2014). **Caracterização da Inter consulta psicológica em um hospital geral**. Psicologia: Teoria e Prática, 16 (1), 18-30. Doi: 10.15348/1980.6906/psicologia.v16n1p18-30

LIMA, T. C. S. de; MIOTO, R. C. T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 10, n. esp., p. 37-45, 2007.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa: planejamento execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e Interpretação de dados**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MINAYO, M. C. de S. (Org.); DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 32. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

SIMONETTI, Alfredo. **Manual de Psicologia Hospitalar: o mapa da doença**. 6. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

TAVARES, S. O. et al. **Interdisciplinaridade, Multidisciplinaridade ou Transdisciplinaridade**. São Paulo: Papirus, 2012.

TONETTO, A. M.; GOMES, W. B. Competências e habilidades necessárias à prática psicológica hospitalar. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 59, n. 1, p. 38-50, 2007.

YANAMOTO, O. H.; CUNHA, I. M. O. O Psicólogo em Hospitais de Natal: uma Caracterização Preliminar. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 11, n. 2, p. 345-362, 1998.

OFICINAS DE CONCEITOS SOBRE INTERPROFISSIONALIDADE NO SERVIÇO DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DA BAHIA

Claudia Feio da Maia Lima¹;

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), Santo Antônio de Jesus, Bahia.

<https://orcid.org/0000-0002-4718-8683>

Aline de Souza Laranjeira²;

Policlínica Regional em Saúde Reconvale, Santo Antônio de Jesus, Bahia.

<https://orcid.org/0000-0001-7020-0540>

Adson Silva França³;

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), Santo Antônio de Jesus, Bahia.

<https://orcid.org/0000-0002-8324-6465>

Carla Sande Lobo⁴;

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), Santo Antônio de Jesus, Bahia.

<https://orcid.org/0000-0002-3371-737X>

Marcia Jovelina de Jesus⁵;

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), Santo Antônio de Jesus, Bahia.

<https://orcid.org/0000-0002-5599-9072>

Tainá Santos Oliveira⁶.

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), Santo Antônio de Jesus, Bahia.

<https://orcid.org/0000-0001-6386-8702>

RESUMO: A educação Interprofissional vem ganhando destaque nos últimos anos por ser uma estratégia que visa um trabalho em equipe com nível de colaboração necessário para suprir necessidades da complexidade de saúde, tal como o funcionamento dos princípios e do fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Está vinculada ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), para discussão e operacionalização de aspectos da educação interprofissional no serviço, utilizando-se de oficinas educativas, reverberando a importância dessa colaboração para a interprofissionalidade. Buscou-se relatar as experiências vivenciadas por discentes do PET-Saúde Interprofissionalidade durante o planejamento e a execução de oficinas de sensibilização para o trabalho interprofissional, junto a profissionais de saúde de nível médio e superior, pessoal administrativo e equipe de apoio, todos vinculados ao serviço ambulatorial no município de Santo Antônio de Jesus-Bahia. As oficinas de conceitos foram realizadas no próprio serviço, em janeiro de 2020, com cinco encontros no total. Utilizou-se formulário do tipo antes e depois do processo educativo em forma de oficinas. Percebeu-se que os conhecimentos sobre multiprofissionalidade, transprofissionalidade e interprofissionalidade foram aprimorados por todos os participantes, atendendo os pilares de ensino-pesquisa-extensão e serviço; promoveu-se formação profissional, bem como interprofissional e permanente em saúde, sob a ótica do cuidado centrado nos usuários do serviço e para, além disso, esse diálogo evidenciou a relevância da interprofissionalidade no cuidado à saúde e a compreensão

das discentes sobre a prática. Portanto, a renovação dos modos de formação acadêmica deve ser fortalecida, por meio de vivências mais próximas dos conceitos que envolvem a interprofissionalidade, por ser ela modificadora, justamente, pelo fundamento do diálogo compartilhado na elaboração de ações integradoras em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Equipe de Saúde. Serviço de Saúde. Educação Interprofissional.

CONCEPT WORKSHOPS ON INTERPROFESSIONALITY IN THE HEALTH SERVICE IN A MUNICIPALITY OF BAHIA

ABSTRACT: Interprofessional education has been gaining prominence in recent years as it is a strategy that aims at teamwork with the level of collaboration necessary to meet the needs of complex health, such as the functioning of the principles and the strengthening of the Unified Health System (SUS). It is linked to the Education through Work for Health Program (PET-Saúde), for discussion and operationalization of aspects of interprofessional education in the service, using educational workshops, reverberating the importance of this collaboration for interprofessionalism. We sought to report the experiences lived by students of PET-Saúde Interprofessionalism during the planning and execution of awareness-raising workshops for interprofessional work, along with health professionals of medium and higher level, administrative staff and support team, all linked to the program outpatient service in the municipality of Santo Antônio de Jesus-Bahia. The concept workshops were held in the service itself, in January 2020, with five meetings in total. A form of the type was used before and after the educational process in the form of workshops. It was noticed that the knowledge was improved, taking into account the teaching-research-extension and service pillars; professional, as well as interprofessional and permanent health training was promoted, from the perspective of care centered on service users. The renewal of academic training modes must be strengthened, through experiences that are closer to the concepts that involve interprofessionalism, because it is modifying, precisely because it has the basis of shared dialogue for the elaboration of integrative actions.

KEY-WORDS: Patient Care Team. Health Services. Interprofessional Education.

INTRODUÇÃO

Esse trabalho foi realizado por discentes dos Cursos de Enfermagem, Nutrição e Psicologia, com tutoria acadêmica de docentes dos Colegiados de Enfermagem e Nutrição da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), juntamente com profissionais de saúde preceptores, vinculados ao ambulatório da Policlínica Regional de Saúde Reconvale, no município de Santo Antônio de Jesus-Ba, serviço de média complexidade.

Os membros citados fizeram parte da equipe vinculada ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), que objetivou discutir e operacionalizar aspectos da educação interprofissional no serviço, reverberando a importância dessa colaboração para a interprofissionalidade.

A partir desse pressuposto, o grupo realizou intervenções educativas em saúde alinhadas às necessidades da Policlínica Regional em Saúde Reconvale, identificadas durante o desenvolvimento de atividades assistenciais e administrativas, além de observar a necessidade dos funcionários do serviço quanto à compreensão acerca de termos conceituais voltados à funcionalidade da equipe de

saúde. Ainda é possível citar nessas ações, corroborando com Peduzzi (2016), a inclusão de demandas do Sistema Único de Saúde (SUS) e da política, preconizadores do PET-Saúde Interprofissionalidade.

A educação Interprofissional (EIP) vem ganhando destaque nos últimos anos por ser uma estratégia que visa um trabalho em equipe com nível de colaboração necessário para suprir necessidades da complexidade de saúde, tal como o funcionamento dos princípios e do fortalecimento do SUS. A EIP é um modelo educacional que romper uma lógica de ensino verticalizado, para uma aprendizagem compartilhada, ou seja, é uma atividade realizada com dois ou mais profissionais que aprendem juntos e de modo mútuo buscam melhorar a colaboração e qualidade da atenção em saúde (BATISTA; BATISTA, 2016). Desse modo, fica evidente a necessidade de reformulação e reorientação profissional e prática em saúde que oportunize o trabalho em equipe, adequando-o a realidade atual brasileira (COSTA, 2016; FREIRE FILHO; SILVA, 2017; FREIRE FILHO et al., 2021).

Assim, o Estado assume papel transversal na articulação de diferentes estratégias na reorientação da formação dos profissionais de saúde. Destaca-se o PET-Saúde, criado em 2007 e orientado pelo programa PRÓ-SUS, cujo objetivo é ampliar as possibilidades de mudanças do perfil de profissionais das diferentes formações em saúde.

O PET-Saúde Interprofissionalidade, lançado em 2019, é um projeto em articulação entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação com o pressuposto - Educação pelo Trabalho para Instrumentalização da Qualificação em Serviço dos Profissionais da Saúde -, como também iniciação de trabalho de estudantes de graduação e pós-graduação dos cursos de saúde, direcionados por tutoria acadêmica e preceptoria prática. Além disso, busca a valorização do trabalho em saúde como espaço de formação, por meio da indissociabilidade do ensino, da pesquisa e extensão; de grupos tutoriais de aprendizagem; o fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade; a interdisciplinaridade e interprofissionalidade (BRASIL, 2010).

Decerto, foi relevante buscar na literatura os conceitos trabalhados nas oficinas. De acordo Alvarenga et al. (2013), o trabalho fragmentado no cuidado é característica forte da multiprofissionalidade. Nessa prática são encontrados diversos campos de atuação, nos quais o saber da sua formação será basilar para atuação e sua intervenção baseada no nicho profissional. Entretanto, a interprofissionalidade é uma prática colaborativa de interação entre duas ou mais profissões de saúde que interagem entre si, existindo motivação e busca de resultados comuns, de forma que sejam valorizados os saberes e as tomadas de decisões compartilhadas. Outro conceito é a transprofissionalidade, sendo o mais alto nível de interação e comunicação entre os profissionais, sem diferença de atuação na equipe de trabalho, ou existindo limite de atuação, as decisões são tomadas, de acordo com as escolhas coletivas do grupo.

Na perspectiva do campo de prática, a Policlínica Regional de Saúde Reconvale foi à instituição de saúde parceria no desenvolvimento das ações do PET-Saúde Interprofissionalidade, cuja assistência é de média complexidade, expandindo a admissão ambulatorial nas diversas especialidades com consultas clínicas em exames gráficos e de imagem. O objetivo é potencializar o cuidado e a atenção humanizada à saúde da população do SUS, considerando para tal a atuação de uma equipe qualificada no atendimento das demandas de saúde da região.

Nesse contexto, para além da multiprofissionalidade, a Policlínica Regional de Saúde Reconvale já reconhecia a importância e necessidade de práticas baseadas na interprofissionalidade, por meio

da interação dos diferentes campos de trabalho e sujeitos envolvidos em atividades de cuidado e formação de grupos de apoio para as ações cuidativas, a exemplo da Instituição de Ensino Superior (IES). Assim, imprescindível é o desenvolvimento de atividades pautadas na interprofissionalidade, justamente, por haver benefícios como: redução de custos, melhoria da assistência aos usuários, além de superação do modelo de atenção à saúde ainda vigente em dias atuais (ARAUJO et al., 2016).

Tendo visto que as práticas educativas se caracterizam em propostas sociais transformadoras para a comunidade, como estimulam a reconstrução de pensamentos e atitudes individuais e/ou coletivas, então, tornam-se viáveis discussões acerca de aspectos simples ou complexos, contribuindo para a mudança de consciência social dos sujeitos. A partir desse meio de comunicação, há a facilitação da troca de conhecimento entre os membros da equipe e o conhecimento é, de fato, compartilhado. Essas estratégias proporcionam vínculos entre os profissionais e a comunidade; interferem positivamente na autonomia dos sujeitos; minimizam, intensamente, a relação verticalizada entre os próprios profissionais e usuários no serviço de saúde.

Nesse sentido, acredita-se que as oficinas de conceitos puderam efetivar, por demais, a aproximação entre profissionais de saúde, técnicos administrativos e auxiliares do serviço (segurança, serviços gerais e transporte). Por meio da comunicação dialogada no ambiente de saúde, identificaram-se problemas nas relações do trabalho. Assim, possível foi definir e diferenciar, junto aos profissionais da Policlínica Regional em Saúde Reconvale, os conceitos de multidisciplinaridade, multiprofissionalidade, interdisciplinaridade, interprofissionalidade e transprofissionalidade; apreender características das equipes do ambulatório; interagir, conhecer e avaliar as relações interpessoais de trabalho.

Esse capítulo relata, portanto, as experiências vivenciadas por discentes do PET-Saúde Interprofissionalidade durante o planejamento e a execução de oficinas de sensibilização para o trabalho interprofissional desenvolvidas junto a profissionais de saúde do serviço ambulatorial da Policlínica Regional em Saúde Reconvale, no município de Santo Antônio de Jesus-Ba.

METODOLOGIA

Este trabalho tem uma natureza descritiva e é caracterizado como um relato de experiência, semelhante ao formato utilizado por Teixeira e Zanetti (2006) em seus trabalhos, desenvolvidos com um grupo de usuários diabéticos, respectivamente, mediante uso de questionários do tipo antes e depois de oficinas educativas, para compreender o conhecimento prévio de conceitos de multiprofissionalidade, interprofissionalidade e transprofissionalidade, e após a intervenção, identificar o aprendizado consolidado.

O planejamento das oficinas contou com reuniões sistemáticas entre discentes, preceptoras e docentes envolvidos do PET-Saúde Interprofissionalidade nos meses de novembro e dezembro/2019, nas quais eram avaliadas as produções relativas ao instrumento do tipo antes e depois a serem aplicadas, somadas as oficinas educativas.

O (a)s participantes das oficinas foram profissionais de saúde de nível médio e superior, e o(a)s demais de apoio (administrativo, segurança, higiene e transporte) que constituíam o corpo de funcionários do serviço no momento. Tod(a)s foram convidado(a)s pelos discentes da equipe do PET-Saúde Interprofissionalidade no próprio serviço de saúde e de maneira individual. Após o aceite,

receberam orientações acerca do objetivo e das etapas a serem desenvolvidas nas oficinas.

Na experiência com os profissionais da Policlínica Regional em Saúde Reconvale, considerando os resultados do formulário inicial aplicado pelos discentes do PET-Saúde Interprofissionalidade antes das oficinas, identificou-se que quase 100% não sabiam definir/diferenciar a interprofissionalidade ou a confundiam com outros conceitos, como de multiprofissionalidade. Então, as oficinas planejadas e aplicadas os ajudaram a diferenciar esses conceitos, para uma atuação em serviço mais próxima da interprofissionalidade e integralidade do cuidado.

As oficinas foram realizadas na própria Policlínica Regional em Saúde Reconvale no município de Santo Antônio de Jesus-Ba, nos dias 21, 22 e 23 de janeiro de 2020, nos turnos matutino e vespertino, com duração de 1h, totalizando cinco encontros presenciais. Foram iniciadas com uma técnica de relaxamento semelhante à *Mindfulness*: prática de se estar no momento presente da maneira mais consciente, ou seja, estar atento a cada movimento, situação, respiração. Retrata um estado mental alcançado quando se foca a consciência no momento presente, enquanto calmamente se reconhece e aceita seus sentimentos, pensamentos e sensações corporais (BRANDÃO, 2018), somada a Práticas Integrativas e Complementares (PICS), por meio do uso de óleos essenciais de eucalipto e limão siciliano para relaxamento físico e mental.

Em seguida, realizou-se a apresentação dos objetivos do PET-Saúde Interprofissionalidade e foi iniciada a discussão de conceitos, como a importância do papel e trabalho de cada profissional da equipe no atendimento centrado no usuário do sistema.

Seguindo as etapas planejadas, fez-se uma dinâmica denominada pela equipe de: “Jogo dos conceitos”, no formato de jogo de tabuleiro, que permitiu, de forma lúdica e interativa, a reflexão e fixação dos conceitos abordados; encerrando com a “dinâmica da teia”, na qual cada participante, por meio de uma palavra ou frase, demonstrou sua compreensão acerca das competências e prática colaborativa, e como a interprofissionalidade está inserida no trabalho de cada profissional da Policlínica Regional em Saúde Reconvale.

Por fim, aplicou-se o mesmo formulário de antes das oficinas, mas com o acréscimo de algumas novas perguntas, que surgiram ao longo da interação/percepção entre discentes e profissionais, para saber o nível de acertos, refletindo o quanto os conteúdos trabalhados nas oficinas foram apreendidos pelos profissionais de saúde.

Quanto aos aspectos éticos, às estratégias de educação em serviço aqui citadas foram previstas em plano de trabalho do PET - Saúde Interprofissional, cuja aprovação deu-se previamente pelo Ministério da Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tendo em vista o objetivo proposto, 48 (61%) dos profissionais lotados no serviço ambulatorial da Policlínica Regional em Saúde Reconvale participaram das oficinas, obtendo uma média de 9 a 10 pessoas por encontro. Percebeu-se que os conhecimentos foram aprimorados, atendendo os pilares ensino-pesquisa-extensão e serviço; promoveu-se formação profissional, bem como interprofissional e permanente em saúde, sob a ótica do cuidado centrado nos usuários assistidos no serviço. Para Ceccim (2018), a interprofissionalidade surge na multiprofissionalidade, assim como das interseções interdisciplinares, então, a educação permanente em saúde, multiprofissionalidade e

interdisciplinaridade traduzem um movimento pela interprofissionalidade, pautada na aprendizagem comunitária.

Além disso, proporcionou-se uma maior compreensão acerca de conceitos: multiprofissionalidade, interprofissionalidade e transprofissionalidade, como do olhar crítico-reflexivo sobre os benefícios do conceito maior - interprofissionalidade - no contexto da atenção à saúde integral, evidenciando um caminho possível de não reforço a uma cultura assistencial fragmentada, caracterizada pela não interação/integração dos profissionais da equipe de saúde.

A interprofissionalidade, como meio de atuação das equipes de saúde e a sua influência na gestão do trabalho e educação em saúde, fortalece dimensões da atenção à saúde, sobretudo, no que tange à integralidade, gerando, de forma acentuada, a necessidade de interação dos serviços do SUS (VENDRUSCOLO et al., 2020).

O atendimento interprofissional advém de perspectivas centradas no cuidado holístico, a partir de novas práticas colaborativas, interferindo positivamente na relação entre usuário, profissional de saúde, família para o cuidado (BRASIL, 2018a).

Essa realidade ficou nítida nas discussões com os profissionais, quando relatavam a importância da interprofissionalidade no cuidado, mesmo sendo muito difícil essa prática no dia a dia do serviço, por alguns obstáculos: dificuldade de se estabelecer uma comunicação efetiva; estrutura deficiente no ambiente de trabalho, por vezes desestimuladora de práticas mais humanas; e ao considerar a diversidade dos profissionais, que nem sempre estão dispostos a mudar a realidade. Algumas dificuldades ao longo das oficinas, por exemplo, reiteraram tal relato: baixa adesão de alguns funcionários, principalmente, os de nível médio, sendo necessárias estratégias para sensibilizá-los a participar (mudança de dia e horário, reforço quanto à importância destes para a equipe de saúde que cuida diretamente dos usuários; adequação da linguagem).

Houve dificuldades também entre as discentes do PET-Saúde Interprofissionalidade, quanto à necessidade de aprender mais sobre a realidade dos demais profissionais de áreas afins do conhecimento, superando-as num constante exercício de diálogo, cooperação e respeito às limitações e/ou potencialidades dos envolvidos.

A prática profissional, assim como a literatura trazem à reflexão que, embora a interprofissionalidade seja um conceito real e importante, ainda há deficiência na formação acadêmica e na rotina das ações nos serviços de saúde, com predomínio de um modelo biomédico (BRASIL, 2018b). Durante as oficinas houve quem reconhecessem os benefícios desse conceito no trabalho em equipe, classificando como um avanço no modelo assistencial vigente em saúde. E mesmo aos não tão familiarizados, não faltaram apoio e dedicação a essa nova perspectiva de fazer saúde - desafiadora, ampliada, inclusiva e qualificadora daquele(a)s que a executa.

CONCLUSÃO

A relevância do trabalho e a implementação da interprofissionalidade nas IES e nos serviços de saúde, a exemplo da Policlínica Regional em Saúde Reconvale são inegáveis, mesmo que ainda laboriosos. A sua efetivação torna-se urgente, visando reconduzir o modelo de cuidado atual, para um capaz de alicerçar novos princípios, sobremaneira, o da interprofissionalidade. O PET-Saúde Interprofissionalidade revelou-se um caminho de excelência para esse exercício teórico-prático.

Tendo em vista os *feedbacks* recebidos após as oficinas, demonstrou-se que a equipe do PET-Saúde Interprofissionalidade conseguiu alcançar os objetivos traçados, refletindo e fixando, junto aos colaboradores os termos: Multiprofissionalidade, Transprofissionalidade e Interprofissionalidade, vivenciando como esse diálogo ocorre na prática. Houve o fortalecimento dos vínculos entre IES e o serviço em saúde com preceptores, profissionais de saúde (nível médio e superior de formação) e administrativos, além dos funcionários de suporte; a contribuição para a educação permanente em saúde dos profissionais do serviço e a formação acadêmica em curso, pela discussão, elaboração e desenvolvimento de atividades discentes, aqui referenciadas.

Ademais, foi essencial compreender a dimensão ampliada das competências e práticas multiprofissionais, interprofissionais e transprofissionais para um trabalho inovador e promissor na atenção ambulatorial e de média complexidade e formação universitária.

Portanto, as autoras concordam que pela publicação não obterão nenhum ganho, senão a divulgação científica e profissional dos seus trabalhos.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

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

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, José da Paz Oliveira et al. Multiprofissionalidade e interdisciplinaridade na formação em saúde: vivências de graduandos no estágio regional interprofissional. **Revista de Enfermagem UFPE** (online), [S.l.], v. 7, n. 10, p. 5944-5951, ago. 2013. ISSN 1981-8963. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/12221>>. Acesso em: 07 mar. 2021. doi:<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v7i10a12221p5944-5951-2013>.

ARAUJO, Thaise Anataly Maria de et al. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 21, n. 62, p. 601-613, set. 2017. Disponível em: <https://interface.org.br/multiprofissionalidade-e-interprofissionalidade-em-uma-residencia-hospitalar-o-olhar-de-residentes-e-preceptores/>. Acesso em: 10 jun. 2020. Epub 23-Jan2017. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0295>.

BATISTA, Nildo Alves; BATISTA, Sylvia Helena Souza da Silva. Educação Interprofissional na formação em Saúde: tecendo redes de práticas e saberes. **Interfaces**, v. 20, n. 56, p. 202-4, 2016. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/artigos_caderno/v2/educacao_interprofissional.pdf. Acesso em: 02 mar. 2021. doi: 10.1590/1807-57622015.0388

BRANDÃO, Rui. **Não há solução final**. **Zenklub**, 18 out. 2018. Disponível em: <https://zenklub.com.br/blog/saude-bem-estar/mindfulness/>. Acesso em: 25 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Interministerial nº 421**, de 3 de Março de 2010, Brasília, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri0421_03_03_2010.html. Acesso em: 09 de nov 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Educação interprofissional em saúde - Curso AVASUS. Unidade 1:

As complexas e dinâmicas necessidades em saúde. AVASUS, 2018. Disponível em <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2018/dezembro/12/Educacao-Interprofissional-em-Saude.pdf>. Acesso em: 03 de nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Educação interprofissional em saúde - Curso AVASUS. Unidade 2: **Educação interprofissional e suas bases teórico-conceituais e metodológicas.** AVASUS, 2018. Disponível em <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2018/dezembro/12/Educacao-Interprofissional-em-Saude.pdf>. Acesso em: 03 de nov. 2020

CECCIM, Ricardo Burg. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: formas e formação. **Interface**, Botucatu, v. 22, Suppl 2, p. 1739-1749, 2018. Disponível em <<https://www.scielo.org/pdf/icse/2018.v22suppl2/1739>>. Acesso em 03 de março de 2021. <https://doi.org/10.1590/1807-57622018.0477>

COSTA, Marcelo Viana da. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 197-198, março de 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100197&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 de janeiro de 2021. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0311>.

FREIRE FILHO, José Rodrigues; SILVA, Cláudia Brandão Gonçalves. Educação e prática interprofissional no SUS: o que se tem e o que está previsto na política nacional de saúde. In: TOASSI, Ramona Fernanda Ceriotti. **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?**, 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2017, p. 28-39. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/vol-06-interprofissionalidade-e-formacao-na-saude-pdf>. Acesso em 05 de dez. 2020

FREIRE FILHO, José Rodrigues et al. **Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil.** Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe1, p. 86-96, Aug. 2019. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000500086&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Jan. 2021.

PEDUZZI, Marina. O SUS é interprofissional. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 56, pág. 199-201, março de 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100199&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07 de dezembro de 2020. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0383>.

TEIXEIRA, Carla Regina de Souza; ZANETTI, Maria Lúcia. O trabalho multiprofissional com grupo de diabéticos. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 6, pág. 812-817, dezembro de 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000600018&lng=en&nrm=iso>. acesso em 02 de março de 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000600018>.

VENDRUSCOLO, Carine et al. “PETSaúde” interprofissionalidade: reflexões sobre uma estratégia interinstitucional para reorientação da formação. **Saúde em Redes.** Porto Alegre, v. 6, n. 2, p. 275-287, 2020. Disponível em <file:///C:/Users/Cliente/Downloads/2430-6000-2-PB.pdf>. Acesso em 22 de fevereiro de 2021. <http://dx.doi.org/10.18310/244648132020v6n2.2430g529>.

Fábio Batista Miranda¹;

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

<http://lattes.cnpq.br/0709851691245249>

Patrick Leonardo Nogueira da Silva²;

Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros (MG).

<http://lattes.cnpq.br/2202052454177821>

Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão³;

Centro Universitário do Maranhão, São Luís (MA).

<http://lattes.cnpq.br/4793553963722355>

Sônia Maria Alves da Silva⁴;

Singular Educacional, Manaus (AM).

<http://lattes.cnpq.br/8992366403058450>

Francisca da Silva Garcia⁵;

Universidade Paulista, Manaus (AM).

<http://lattes.cnpq.br/0072054027254295>

Ana Carolina de Moraes Cruz⁶;

Universidade Nilton Lins, Manaus (AM).

<http://lattes.cnpq.br/6264421913795971>

Antônia Evilânna Cavalcante Maciel⁷;

Universidade Nilton Lins, Manaus (AM).

<http://lattes.cnpq.br/7609211833823429>

Hélio Holanda da Silva Silvério⁸.

Universidade Paulista, Manaus (AM).

<http://lattes.cnpq.br/4016046765991831>

RESUMO: O envelhecimento populacional é uma realidade e não pode ser encarado sob uma ótica problematizadora. Sendo um processo sequencial e irreversível que não se inicia apenas após os 60 anos. O cuidado de si é uma prática realizada para satisfação de necessidades, que podem ter ajuda total ou parcial. Os significados do cuidado no vivido do idoso podem repercutir na sua saúde. O presente estudo visa conhecer as práticas de cuidado realizadas pelos idosos, suas vivências e angústias. Foi realizada uma revisão integrativa, descritiva e exploratória na base de dados *BVS* e na biblioteca virtual *Scielo*, sendo utilizados 14 artigos. Como resultado, observou-se que os idosos têm grande preocupação com sua alimentação, práticas de atividade física, e frequência em consultas e exames com profissionais de saúde. E valorizam sua vida em família, onde não só são cuidados, mas também cuidam. Visualizam sua saúde de maneira complexa, não só como ausência de sinais e sintomas, mas pelas suas experiências e vivências. O aspecto negativo do envelhecimento está mais relacionado às limitações advindas de doenças do que ao próprio envelhecimento. Sendo assim, o cuidado de si tem

papel essencial no que diz respeito a favorecer práticas que maximizem a funcionalidade, autonomia e independência na saúde global da pessoa idosa.

PALAVRAS-CHAVE: Autocuidado. Envelhecimento. Saúde do Idoso. Autonomia Pessoal.

CARING FOR YOURSELF IN THE AGING PROCESS: INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Population aging is a reality and cannot be seen from a problematizing standpoint. It is a sequential and irreversible process that does not start only after the age of 60. Self-care is a practice performed to satisfy needs, which can have total or partial help. The meanings of care in the lives of the elderly can have repercussions on their health. The present study aims to understand the practices of care performed by the elderly, their experiences and anxieties. An integrative, descriptive and exploratory review was carried out in the VHL database and in the Scielo virtual library, using 14 articles. As a result, it was observed that the elderly have great concern about their diet, physical activity practices, and frequency in consultations and examinations with health professionals. And they value their family life, where they are not only cared for, but also taken care of. They view their health in a complex way, not only as an absence of signs and symptoms, but through their experiences. The negative aspect of aging is more related to the limitations resulting from diseases than to the aging itself. Thus, self-care has an essential role in favoring practices that maximize functionality, autonomy, and independence in the overall health of the elderly.

KEY-WORDS: Self-care. Aging. Elderly Health. Personal Autonomy.

INTRODUÇÃO

Há tempos o Brasil vive um processo de mudança em seu perfil demográfico e isto se deve majoritariamente às alterações em alguns indicadores de saúde, principalmente, queda da natalidade e mortalidade, com aumento da expectativa de vida (MIRANDA et al., 2016). Esse cenário não é, naturalmente, uma característica única do nosso país, sendo compartilhado, de modo mais ou menos acentuado, por diversos outros países em desenvolvimento (VERAS, 2018).

Neste contexto, o envelhecimento pode ser entendido como um processo sequencial de declínio e perda da capacidade funcional do indivíduo, porém, sua compreensão deve ir além desta perspectiva de velhice problematizada. O envelhecimento populacional é uma realidade, e não deve ser encarado como sinônimo de perda, inatividade ou algo contrário ao desenvolvimento, pois necessita de reflexões e estudos, principalmente na área da saúde. Entretanto, este processo acaba por interferir em sua capacidade de adaptação ao meio, e o torna mais vulnerável aos agravos e doenças, e diminui sua capacidade funcional (CURI et al., 2018; FLORÊNCIO DIAS; SILVA ANDRADE; VELANO DE SOUZA, 2020; SOUZA et al., 2018).

Neste contexto, o cuidado surge como uma necessidade básica humana para postergar ou evitar a dependência física, emocional ou social. O cuidado entendido aqui, como gerador de cura, que pertence à essência do humano e de tudo o que existe e vive (BOFF, 2020).

Atualmente, há várias concepções e discussões a respeito do que é o cuidado, suas características e finalidades. Desta forma, várias noções existem mutuamente e influenciam a prática da enfermagem, e a mais recente, o cuidado de si, de Michael Foucault (GOMES; FERRERI; LEMOS, 2018).

O conceito “cuidado de si mesmo” é extraído do pensamento de Foucault (1988) que traz uma noção complexa usada pelos gregos, e pode ser entendido como uma prática social e pessoal ligada à alma, um jogo de trocas recíprocas com o outro, onde o conhecimento de si ocupa lugar considerável. Neste sentido, o cliente assistido neste paradigma, é ativo no seu processo saúde-doença, e se opõe a qualquer tipo de sujeição (DE ANDRADE; GIVIGI; ABRAHÃO, 2018).

E, estes sujeitos ativos no seu cuidado, os idosos, constituem um grupo em constante crescimento populacional, o que favorece a demanda por cuidados, estes que devem ser prestados com maior rigor técnico-científico. Corroborando com isso, os significados do cuidado de si vivenciados pelos idosos relacionam-se com sua saúde e qualidade de vida. Assim, ampliar o conhecimento nesta área pode contribuir para traçar reflexões, visando estimular e subsidiar práticas preventivas e de promoção do envelhecimento ativo na saúde da pessoa idosa (MENEZES; LOPES, 2012).

Portanto, esse estudo objetivou conhecer as práticas de cuidado realizadas pelos idosos, suas vivências e angústias, descritos na literatura.

MATERIAIS E MÉTODOS

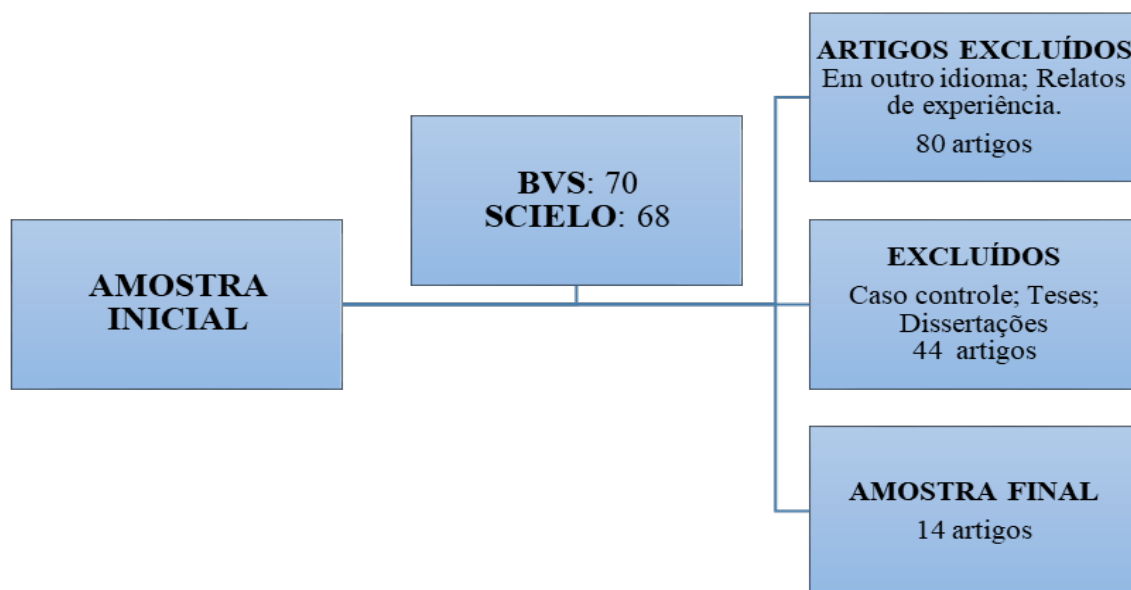
Trata-se de um estudo descritivo, exploratório realizado por meio de uma revisão integrativa. Este tipo de estudo configura-se, portanto, como um tipo de revisão da literatura que reúne achados de estudos desenvolvidos mediante diferentes metodologias, permitindo aos revisores sintetizar resultados sem ferir a filiação epistemológica dos estudos empíricos incluídos (SOARES et al., 2014).

Esta revisão integrativa foi elaborada em cinco fases: na primeira fase, foi formulada a questão de pesquisa: qual o conhecimento produzido acerca da concepção de idosos quanto ao cuidado de si no processo de envelhecimento? Na segunda fase foi realizado o levantamento bibliográfico em abril e maio de 2017, nas bases científicas nacionais e internacionais: *Biblioteca Virtual da Saúde – BVS e Scientific Electronic Library Online – Scielo*. Delimitou-se como recorte temporal o período cronológico de 2007-2017. Utilizou-se como descritores por meio das palavras chaves: “autocuidado” “autonomia pessoal” “envelhecimento” e “saúde do idoso”.

Para compor a amostra foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos originais publicados no período de 2007 a 2017, disponíveis na íntegra no idioma português e/ou espanhol que discutisse a percepção de idosos no cuidado de si durante o processo de envelhecimento. Foram excluídos artigos em outro idioma; relatos de experiência, caso controle, teses e dissertações.

Os critérios de inclusão e exclusão foram aplicados e possibilitaram selecionar 138 artigos, dos quais apenas 14 atendiam aos critérios definidos para seleção, conforme apresentado na figura 1.

Figura 1: Fluxograma da amostragem dos artigos obtidos nas bases de dados ARCA, LILACS, BVS e SciELO



Na terceira etapa, foi realizada a análise dos resultados a partir da leitura e releitura dos estudos. Na quarta etapa, foi realizado o agrupamento dos significados e percepções dos idosos relacionados ao cuidado de si em idosos e seu processo de envelhecimento, por semelhança de conteúdo temático **Quadro 1**. Os resultados foram interpretados com base na literatura correlata à temática do estudo. Subsequentemente, a quinta etapa correspondeu à apresentação da síntese da pesquisa, realizada nas seções discussão e considerações finais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao todo foi utilizado um total de 14 artigos no período de 2007-2017, que apresentaram predominância metodológica por estudos descritivos de abordagens qualitativas, correspondendo há 9 estudos e 60% da amostra. Sendo organizados no Quadro 1 de acordo com suas informações, que encontram-se distribuídas em ano, título, autoria e periódico dos trabalhos.

Em análise de conteúdo, verificou-se a predominância de duas partes que se sobressaíram: *práticas de cuidado de si*, e *cuidados de si no envelhecer: significações, angústias e vivências*. Estas foram enumeradas para melhor elucidação nos quadros e na discussão em eixos temáticos 1 e 2, e classificadas como coluna neste quadro.

Quadro 1. Artigos relacionados ao cuidado de si em idosos e seu processo de envelhecimento, 2007-2017.

Ano	Título	Autoria	Periódico de publicação	Eixo temático
2007	Práticas terapêuticas entre idosos de Porto Alegre: uma abordagem qualitativa	Souza, A.C.; Lopes, M.J.M.	Revista Escola de Enf. da USP	Eixo 1
2007	Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem	Souza, R.F.; Skubs, T.; Brêtas, A.C.P.	Revista Brasileira de Enf.	Eixo 2
2009	Os sofrimentos e o cuidado de si dos idosos hospitalizados: estudo etnográfico	Tuoto, F.S.; Lenardt, M.H.; Venturi, K.K.	Online Brazilian Journal of Nursing	Eixo 1
2010	Significado da atividade física para práticas de saúde na terceira idade	Santana, M. S.	Revista Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento	Eixo 1
2010	O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes	Ferreira, O. G.L. et al.	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Eixo 2
2012	Significado do cuidado no idoso de 80 anos ou mais	Menezes, T.M.O.; Mendonça, R.L.	Revista eletrônica Enfermagem	Eixo 1
2012	Percepções e comportamentos de cuidados com a saúde entre homens idosos	Borges, L. Maria; Seidl, Eliane M.F.	Psicologia: ciência e profissão	Eixo 1
2013	Mulheres idosas: desvelando suas vivências e necessidades de cuidado	Merighi, M.A.B. et al	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Eixo 2
2013	Impacto das mudanças vocais e auditivas na qualidade de vida de idosos ativos	Chiossi, J.S.C. et al.	Ciência & Saúde Coletiva	Eixo 2
2013	A dupla face da velhice: o olhar de idosos sobre o processo de envelhecimento	Meneses, D. L. P. et al.	Enfermagem em Foco	Eixo 2
2014	Saúde autopercebida e qualidade de vida de homens participantes de intervenção psicoeducativa para idosos	Borges, L. M.; Seidl, E. M.F.	Psico USF	Eixo 2
2015	Características clínicas e sociais determinantes para o idoso sair de casa	Morsch et al.	Cadernos de Saúde Pública	Eixo 1
2016	Cultivo do bem viver das pessoas idosas e tecnologia cuidativo-educacional de Enfermagem	Góes, T.M.; Polaro, S.H.I.; Gonçalves, L.H.T.	Enfermagem em Foco	Eixo 2
2016	Nível de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor	Figueroa, M. T. L. et al	Enfermería Universitaria	Eixo 1

Fonte: elaborado pelo autor (2017).

Os estudos de maneira geral buscaram identificar aspectos relacionados às práticas de cuidado no processo de envelhecimento, às percepções relacionadas às experiências vivenciadas, à própria saúde, ao convívio familiar e social, aos significados envolvidos para estes, e avaliar níveis de dependência e independência. Foram apreciados em quadros específicos na discussão, de acordo com

seus resultados e os objetivos deste estudo.

Práticas de cuidado de si

As práticas de cuidado de si podem ser compreendidas como atividades cuidativas desenvolvidas pela própria pessoa, ou que possui ajuda parcial ou total de outro, onde o conhecimento de si tem extrema significância. Como uma análise do que se quer, ou não quer mudar em nós mesmos ou na atualidade (TUOTO; LENARDT; VENTURI, 2009).

Desta maneira foi organizado o Quadro 2, demonstra-se dados de autoria e ano de acordo com informações de publicação dos artigos e seus respectivos resultados no que diz respeito às práticas de cuidado de si, assim como os fatores relacionados a estas práticas, tanto prós como contras. E poderá ser visualizado abaixo.

Quadro 2. Artigos que trabalhem as práticas de cuidado de si realizados pelos idosos e/ou cuidadores, 2007-2017.

Autor/ano	Práticas de cuidados de si	Barreiras	Facilitadores
Souza, A.C.; L o p e s , M . J . M . / 2007	• Dieta com poder terapêutico; • Cuidados medicalizados em saúde (preocupações com consultas, exames, medicamentos e atividades físicas).	• Atitude prescritivo-normativa dos profissionais; • Responsabilização individual pela manutenção da saúde, estimulando à dependência por consultas médicas.	• Conhecimento biomédico como detentor do saber; • Mídia e mercado da saúde estimulam dietas e atividades físicas.
Santana, M. S./2010	• 50% dos idosos investigados veem a atividade física como indispensável à saúde, e 65% a relacionam com prevenção de doenças.	• Problemas gerais da vida; • Baixa autoestima.	• Boa visão da atividade física.
Tuoto, F.S.; L e n a r d t , M . H . ; V e n t u r i , K.K./ 2009	• Crença religiosa; • Orientações médicas.	• Sofrimento físico (dor, dispneia, dificuldade de andar); • Dificuldades financeiras devido à hospitalização; • Perda da autonomia e autoestima.	• Fé e oração; • Seguir as orientações dos profissionais de saúde, principalmente dos médicos.
M e n e z e s , T . M . O . ; Mendonça, R.L./ 2012	• Cuidados com a imagem, e com o corpo (com importantes diferenças no gênero); • Prática de atividade física para manter a forma • Procura pelo médico, visando ficar mais tranquilo sobre alterações; • Não utilizar algo que considere prejudicial (álcool, alimentação inadequada).	• Cuidado excessivo da família; • Idosos que cuidam de idosos, mulheres principalmente, pela condição de conjugalidade e imposição do papel social.	• Ênfase na aparência que a sociedade ocidental dá; • Boa visão da atividade física; • Novos comportamentos podem favorecer um envelhecimento saudável.

B o r g e s , L. Maria; S e i d l , Eliane M.F./ 2012	• Adesão às prescrições e recomendações dos profissionais de saúde; • Busca por serviços de saúde e realização de exames médicos; • Adoção de estilo de vida saudável (atividade física, alimentação saudável e redução da ingesta de sal); • Engajamento em atividades intelectuais (leitura); • Participação em atividades grupais.	• Econômicas e do cotidiano; • Questões do Sistema de saúde; • Questões intrapessoais (medos, preocupações e vergonha) e socioculturais.	• Suporte familiar; • Relações interpessoais e incentivo social; • Ser positivo e possui fé.
Morsch et al./2015	• Sair de casa (comprar, pegar ônibus, praticar atividades físicas e etc), que também está relacionado às condições de saúde.	• Autopercepção da saúde ruim e regular; • Cardiopatias; • Viúvos ou solteiros.	• Sexo masculino; • Mais jovens; • Casados; • Artrose; • Boa autopercepção da saúde; • Maior facilidade para realizar atividades da vida diária.
Figueroa, M. T. L. et al. /2016	• Busca de informações de sua saúde, e compreensão de sinais e sintomas de doenças; • Adoção de estilo de vida saudável (alimentação e ingestão de água, e evitar alimentos e substâncias deletérias); • Cuidados com peso e atividade física; • Cuidados com descanso, repouso e sono adequados; • Evitar consumo de álcool, tabaco e drogas.	• Dependências por doenças ou incapacidades físicas ou emocionais; • Idade.	• Independência para realizar atividades da vida diária; • Familiares, esposo (a) e filhos.

Fonte: elaborado pelo autor (2017).

Dentro das práticas de cuidado de si encontradas, observa-se predominância de preocupações com a alimentação. Os idosos relataram na dieta um poder terapêutico, e uma preocupação em seguir regras ditadas pelos profissionais de saúde. A alimentação de fato, assume uma gama de significados simbólicos, sendo considerada um remédio em muitas culturas, porém hoje através do conhecimento científico, está além de terapêutica, pode ser vista como um risco à saúde (SOUZA; LOPES, 2007).

Como pode ser observado, foi também descrita a preocupação com cuidados a não fazer uso de algo que seja considerado prejudicial a sua saúde, como tabaco, álcool, e o excesso de sal, além de atribuírem uma boa saúde a um cultivo de práticas de atividade física e alimentação adequada (BORGES; SEIDL, 2012; MENEZES, MENDONÇA, 2012; FIGUEROA et al. 2016).

A atividade física foi vista como um ganho nas relações interpessoais, bem-estar, felicidade, melhora da autoestima, fuga de problemas gerais da saúde e prevenção de doenças. Sua importância é indiscutível, principalmente para o idoso, pois pode ser um meio para prevenir ou minimizar os processos decorrentes da senescência, além de contribuir com sua autoimagem e afetividade (SANTANA, 2010; MENEZES; MENDONÇA, 2012).

Sendo assim, os cuidados com o corpo e aparência se configuraram como algo importante para estes, que tiveram diferenças de gênero, mas foram estimuladas pela ênfase que a cultura ocidental dá para a aparência, impulsionadas pelas imagens midiáticas e o mercado do consumo que pregam que nesta fase a atividade e a vitalidade podem ser mantidas (MENEZES; LOPES, 2012).

Outro cuidado foi a busca por serviços de saúde, realização de exames, consultas e adesão às prescrições dos profissionais da saúde. Este público demonstrou extrema procura por este meio de cuidado, de modo a se manter tranquilo sobre sua saúde e saber sobre alterações. Entretanto, Souza e Lopes (2007) criticaram a atitude prescritivo-normativa dos profissionais, que desconsideram as particularidades dos indivíduos, dificultando sua coparticipação no processo, e fortalecem uma responsabilização individual pela manutenção da saúde, estimulando a dependência, esta perspectiva vai de encontro ao paradigma de cuidado de si de Foucault.

Práticas menos citadas foram: o engajamento em atividades intelectuais, que foi relatada por idosos com maior grau de escolaridade e consideram como forma de atendimento às necessidades sociais, sendo a principal, a leitura; a participação em atividades grupais, tanto em grupos educativos quanto em religiosos, que pode ser vista como meio para ofertar melhor bem-estar psicológico e habilidades sociais; e preocupações com descanso, sono, repouso, que foram relatadas em apenas um estudo como um cuidado importante para repor as energias (FIGUEROA et al., 2016; BORGES; SEIDL, 2012).

A espiritualidade e religiosidade são apresentadas apenas por Tuoto Lenardt e Venturi (2009), que investigou idosos em uma unidade de tratamento oncológico, e viu que crença religiosa, a fé e o ato de rezar surgem para abrandar os sofrimentos e como um mecanismo de resiliência, conduzindo à saúde. Também é ressaltado que o aumento das preocupações neste quesito cresce no processo de envelhecimento.

Como complementação, foram estudados fatores que dificultam a realização destas práticas no dia a dia idoso. Surgiram questões relacionadas a doenças físicas e/ou emocionais, a autopercepção da saúde, a fatores econômicos e a perda de autonomia e autoestima. As patologias podem aumentar com a idade e causar transtornos no que se refere à possibilidade de hospitalização, ao tempo de tratamento, e por provocar limitações estão diretamente relacionadas com a autopercepção da saúde, que é um preditor de mortalidade e declínio funcional, no entanto, estas questões não são suficientes para limitar o idoso à residência (BORGES; SEIDL, 2014; TUOTO; LENARDT; VENTURI, 2009; MORSCH et al., 2015).

A imagem que o idoso tem de si mesmo é extremamente importante, buscada através de práticas de cuidado com o corpo, atividade física e a perda da prezada autonomia pode representar um rompimento na liberdade para manter sua vida pessoal, social e financeira, esta que deve ser estimulada. Dentro dos fatores econômicos, os idosos eram na maioria aposentados, porém exerciam atividades extras para gerar renda, auxílio financeiro, ou contribuía com ajuda no cuidado de

familiares, se mantendo atuante na maioria dos estudos, diferente da imagem sociocultural de idoso problematizado, doente, dependente e que vai ser um peso para os demais (MERIGHI et al. 2013; MENEZES, LOPES, 2012).

Assim, como existem barreiras para práticas de autocuidado, existem fatores que podem contribuir com sua realização. O suporte familiar contribui fornecendo apoio emocional, na realização de cuidados e trabalhos práticos com o ambiente em geral, de aconselhamento e informação, além de prover uma interação social positiva, ofertando entretenimento, disponibilidade e companhia. Este suporte pode variar de acordo com as histórias individuais e coletivas dos seus membros (SOUZA; LOPES, 2007).

Ser mais jovem, do sexo masculino e ser casado também parece possuir papel relevante. Podendo estar relacionado com o fato deste público ter uma autopercepção da saúde mais positiva que das mulheres, e saírem mais de casa, enquanto as mulheres podem estar restritas ao domicílio para cuidar de maridos, netos ou por conta de maiores limitações advindas de comorbidades. A viuvez é um fator que tende a restringir mais o idoso a residência, tendo o casado maior motivação para manter atividades fora de casa e cuidar de sua saúde (MORSCH et al./2015).

Através das práticas de cuidado de si encontradas neste estudo, podem ser demonstrados em diferentes cenários, que os idosos têm apresentado maior conhecimento a respeito de cuidados que devem ter com sua saúde, porém não se sabe ao certo se estes cuidados vêm sendo feitos nas práxis. O que reforça a relevância da atuação do enfermeiro como educador e promotor da saúde desta população, permitindo que estes compreendam que é possível ter qualidade de vida no envelhecimento, desde que, tenham cuidados pertinentes a esta etapa de sua vida (FIGUEROA et al. 2016).

Cuidados de si no envelhecer: significações, angústias e vivências

O processo de envelhecimento traz diversas descobertas, experiências e vivências ao indivíduo, dentre estas algumas consideradas boas e outras ruins, suas percepções podem estar relacionadas com as práticas de cuidado de si. Esta perspectiva necessita de reflexões, visto o novo contexto de envelhecimento populacional e o cuidado como a alternativa para que o idoso mantenha-se independente (MENEZES; LOPES, 2012).

Desta forma, o **Quadro 3** demonstra, além de dados de publicação (autoria e ano), seus resultados a respeito das próprias percepções dos idosos a respeito de suas vivências sobre o envelhecer, incluindo tanto as positivas quanto negativas, e podem ser demonstradas abaixo.

Quadro 3. Artigos que trazem os significados e vivências do idoso em seu envelhecimento, 2007-2017.

Autor/ano	Vivências positivas	Vivências Negativas
Souza, R.F.; Skubs, T.; Brêtas, A.C.P./2007	• Apoio informal (familiar) como relevante, que tem função afetiva, provimento de necessidades gerais, orientações e interação social; • O idoso não apenas se mostrou como alvo de cuidados, mas como em outros momentos, cuidador.	• Idoso define o envelhecer como algo negativo, citando o declínio da imagem, autoestima e dificuldades enfrentadas pelas doenças e baixa renda.
Ferreira, O. G.L. et al./2010	• Realização de atividades domésticas, como cuidar da casa e dos netos e ao lazer.	• Visão social, as doenças crônicas, a dependência, a fragilidade, a morte, perdas e incapacidades.
Merighi, M.A.B. et al / 2013	• Preservação de uma rotina de afazeres domésticos; • Família como suporte fundamental no envelhecimento; • Desejo de manter-se saudável;	• Ausência de suporte familiar; • Dores e desconforto advindos de doenças; • Dificuldades de locomoção; • Ausência de perspectivas de vida, mas desejo de manter autonomia no âmbito doméstico e social.
Chiossi, J.S.C. et al/ 2013	• Idosos demonstraram maior aceitação das mudanças senescentes (audição e voz), adaptando-se, e tendo menor impacto na vida cotidiana.	• Modificações na capacidade de comunicação podem interferir nas relações sociais.
Meneses, D. L. P. et al. / 2013	• A felicidade, a união familiar e a experiência de vida são sinônimas de um envelhecer bem-sucedido.	• Doença, alterações físicas e possibilidades de se tornarem dependentes, que podem ser agravadas pela fragilidade das relações sociais e familiares; • Sentimentos de solidão e tristeza.
Borges, L. M.; Seidl, E. M.F/ 2014	• Idosos avaliam positivamente seu estado de saúde e qualidade de vida; • Relatam capacidades e habilidades surgidas ou aperfeiçoadas na vida atual.	• Destacam limitações na saúde pessoal, associando-as a declínios físicos e/ou cognitivos e ao surgimento de enfermidades.

Góes, T.M.; Polaro, S.H.I.;
Gonçalves, L.H.T./ 2016

- Residir em famílias multigeracionais, o que gera ganhos múltiplos;
 - Apoio familiar atende as demandas da vida cotidiana e pessoal; Idosos exercem atividades dentro da família, de lazer, sociais, culturais e espirituais.
 - Nutrição interferindo no controle de afecções crônicas, temor às demências, risco de fragilizações devido a hospitalizações, quedas e efeitos adversos de medicações, receio de perda da libido, o desconhecimento das causas de aumento do HIV/aids em idosos.
- Fonte: elaborado pelo autor (2017).

Dentro do discurso apresentado nos estudos, os idosos relataram o importante papel da família no processo de cuidar, e isto é fato, visto que é ela quem está presente no dia a dia, tendo que lidar com o processo de envelhecimento e com os problemas que ele pode trazer. Uma realidade é que as famílias vêm se tornando menores, e os idosos muitas vezes acabam convivendo com várias gerações. Desta maneira, o cuidado vai sofrer interferência de histórias individuais e coletivas de cada família (SOUZA; SKUBS; BRÊTAS, 2007).

Sendo assim, o apoio informal familiar pode permitir que o idoso seja independente ainda que este tenha limitações, e sua ausência é encarada como algo que marca negativamente o envelhecimento. Entretanto, quando estão em arranjos multigeracionais, não se mostram apenas como alvo de práticas cuidativas, mas como cuidadores ou até provedores financeiros, principalmente em famílias mais pobres, tendo diferenciais de gênero (SOUZA; SKUBS; BRÊTAS, 2007; GOES; POLARO; GONÇALVES, 2016; FIGUEROA et al. ,2016).

Outras vivências relatadas por Merigui et al (2013) são as atividades exercidas no âmbito doméstico por mulheres idosas, que preservaram uma rotina de afazeres que sempre fez parte do seu cotidiano, ou até ampliando-as devido ao maior tempo disponível devido à aposentadoria. Estas atividades são visualizadas de forma benéfica, independentemente de onde se inserem, pois no contexto do envelhecimento geram autonomia.

A grande maioria dos idosos estudados avaliou sua saúde positivamente e, apesar das limitações na saúde pessoal, declínios físicos e/ou cognitivos e ao surgimento de patologias destacam que ganharam novas habilidades, ou aperfeiçoaram as antigas no momento de vida atual. E mesmo mudanças vocais e/ou auditivas, que podem afetar fortemente a capacidade comunicativa e de interação social, foram aceitas como processo natural da velhice, ou seja, apesar de perceberem as alterações estavam bem adaptados a ponto de não serem tão afetados, o que não altera a necessidade de intervenção (BORGES; SEIDL, 2014; CHIOSSI et al. 2013).

Sendo assim, a repercussão do envelhecimento é vista de maneira diferente, dependendo da história de vida pessoal, do suporte familiar e do estilo de vida adotado por cada um. E os idosos estudados relatam que as limitações, doenças, declínios a fragilidade e a morte são temores, e não poder exercer suas atividades cotidianas com autonomia e independência podem atingi-los (MERIGUI et al. 2013; FERREIRA et al. 2010; MENEZES et al., 2013).

O ter saúde para eles não está vinculado apenas à ausência de doenças ou de apresentação de sinais e sintomas, mas como observado, também a maneira como vivem e vislumbram suas vidas, suas vivências. Por isso, tem aspiração em manter sua autonomia e independência em todos

os âmbitos da vida, manejando sua vida pessoal, social e financeira. Por outro lado, sua ausência de perspectiva de vida foi relacionada à perda de pessoas importantes ou da própria saúde (BORGES; SEIDL, 2014; MERIGUI et al. 2013).

Neste estudo é possível observar que as vivências negativas dos idosos estão muito mais relacionadas com doenças e limitações do que com o processo de envelhecimento em si, demonstrando que estas questões realmente ocasionam enorme preocupação sobre os mesmos. Podendo ser fruto de uma cultura que idealiza o idoso como inútil e doente, ou saudável e sábio, concepções que podem interferir na execução do cuidado, como simples técnica, deixando de lado sentimentos, e até na própria concepção do idoso sobre a velhice (MENEZES; LOPES, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento populacional é uma realidade, e não deve mais ser encarado sob a ótica problematizada, onde o idoso é apenas alvo de assistência e de cuidados, sendo inútil. Deve, sobretudo, ser vislumbrado sob o olhar de que o envelhecimento não se inicia apenas após os 60 anos, mas é um processo sequencial, irreversível e não contrário ao desenvolvimento, necessitando ser investigado, desmistificado a uma cultura que o valorizem.

Pode-se perceber que o cuidado de si é demonstrado como uma reflexão que favorece não só a própria vida, mas também proporciona uma extrema preocupação da vida em coletividade, com atividades grupais: atividade física, de recreação e práticas religiosas. Em contrapartida, suas dificuldades e medos estão muito mais relacionados a limitações advindas de patologias preexistentes que do próprio envelhecimento em si.

O idoso valoriza a sua vida em família, enquanto sua ausência é encarada negativamente. As perdas são vistas como desestímulo, mas ao mesmo tempo se adapta as alterações da senescência rapidamente. Um idoso que não só cuida, mas é cuidado no íntimo do seu lar, seja em atividades para gerar renda, seja em serviços domiciliares.

Em suma, este estudo tem relevância por suscitar reflexões a respeito das práticas de cuidado de si, os mecanismos envolvidos, e as vivências do idoso a respeito da velhice. Pois, a maneira como este encara o processo de envelhecimento, seus significados, estão relacionados com sua saúde, qualidade de vida e o autocuidado.

Por outro lado, sugere-se que mais estudos, inclusive, com outras investigações metodológicas, sejam realizados a fim de detalhar os resultados aqui comprovados.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

- BOFF, L. Caring and being cared for in the practice of health operators. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 392, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n2/en_1413-8123-csc-25-02-0392.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2021.
- BORGES, L. Maria; SEIDL, Eliane M. Fleury. Percepções e comportamentos de cuidados com a saúde entre homens idosos. **Revista Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v.32, n. 1, p. 66-81, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282022731006>>. Acesso em: 08 mai. 2017.
- BORGES, L, Maria; SEIDL, Eliane M. Fleury. Saúde autopercebida e qualidade de vida de homens participantes de intervenção psicoeducativa para idosos. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 19, n. 3, p. 421-431, set./dez. 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v19n3/06.pdf> >. Acesso em: 08 mai. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica n. 19: envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf >. Acesso em: 8 mai. 2017.
- CURI, V. S. et al. Effects of 16-weeks of Pilates on functional autonomy and life satisfaction among elderly women. **Journal of Bodywork and Movement Therapies**, v. 22, n. 2, p. 424–429, 2018. Disponível em: doi: 10.1016/j.jbmt.2017.06.014> Acesso em 05 abr. 2021.
- CHIOSSI, Julia Santos Costa et al. Impacto das mudanças vocais e auditivas na qualidade de vida de idosos ativos. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 19, n. 8, p.3335-3342, ago. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014198.07642013>. Disponível em: <<http://www.repositorio.unifesp.br/handle/11600/8507>>. Acesso em: 8 maio 2017.
- DE ANDRADE, E. O.; GIVIGI, L. R. P.; ABRAHÃO, A. L. A ética do cuidado de si como criação de possíveis no trabalho em saúde. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 22, n. 64, p. 67–76, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0643> 10.1016/j.jbmt.2017.06.014> Acesso em 05 abr. 2021.
- FERREIRA, Olívia Galvão Lucena et al. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [São Paulo] v. 44, n. 4, p. 1065-1069, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/30.pdf> >. Acesso em: 08 mai. 2017.
- FLORÊNCIO DIAS, P.; SILVA ANDRADE, W.; VELANO DE SOUZA, A. L. Benefícios Do Treinamento De Força Para Idosos. **Revista Saúde dos Vales**, v. 2, n. 3, p. 74–87, 2020. Disponível em: <https://www.efdeportes.com/efd175/os-beneficios-do-treinamento-de-forca-em-idosos.htm> > Acesso em 05 abr. 2021.
- GOES, Thais Monteiro; POLARO, Sandra Helena Isse; GONÇALVES, Lucia Hisako Takase. Cultivo do bem viver das pessoas idosas e tecnologia cuidativo-educacional de enfermagem. **Enfermagem em Foco**, [S.l.], v. 7, n. 2, p.47-51, 10 ago. 2016. Conselho Federal de Enfermagem - Cofen. <http://dx.doi.org/10.21675/2357-707x.2016.v7.n2.794>. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index>

php/enfermagem/article/view/794>. Acesso em: 8 mai. 2017.

LOREDO-FIGUEROA, M.t. et al. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. **Enfermería Universitaria**, [s.l.], v. 13, n. 3, p.159-165, jul. 2016. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.002>. Disponível em: <<http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/56819/50422>>. Acesso em: 8 maios 2017.

MENESES, Dayse Layanne Pereira et al. A dupla face da velhice: o olhar de idosos sobre o processo de envelhecimento. **Enfermagem em Foco**, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 15-18, 2013. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/495>>. Acesso em: 8 mai. 2017.

MENEZES, Tânia Maria de Oliva; LOPES, Regina Lúcia Mendonça. Significado do cuidado no idoso de 80 anos ou mais. **Rev. eletrônica enferm**, [S.l.], v. 14, n. 2, p. 240-247, abr./jun. 2012. Disponível em: < https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n2/v14n2a03.htm >. Acesso em: 8 mai. 2017.

MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa et al. Mulheres idosas: desvelando suas vivências e necessidades de cuidado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [S.l.], v. 47, n. 2, p. 408-414, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/19.pdf> >. Acesso em: 8 mai. 2017.

MENESES, Dayse Layanne Pereira et al. A dupla face da velhice: o olhar de idosos sobre o processo de envelhecimento. **Enfermagem em Foco**, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 15-18, 2013. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/495/185>>. Acesso em: 8 mai. 2017.

MIRANDA, Gabriella Moraes Duarte; MENDES, Antônio da Cruz Gouveia; SILVA, Ana Lucia Andrade da. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, June 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000300507&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Apr. 2021. <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>.

MORSCH, Patrícia et al. Características clínicas e sociais determinantes para o idoso sair de casa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 5, p. 1025-1034, mai. 2015. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v31n5/0102-311X-csp-31-5-1025.pdf> >. Acesso em: 8 mai. 2017.

SANTANA, Maria Silva. Significado da atividade física para práticas de saúde na terceira idade. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 234-254, 2010. Disponível em: < <http://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/11995> >. Acesso em: 8 mai. 2017.

SOARES, C. B. et al. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da U S P.**, v. 48, n. 2, p. 335–345, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt_0080-6234-reeusp-48-02-335.pdf>Acesso em: 05 abr. 2021.

SOUZA, Aline Corrêa de; LOPES, Marta Julia Marques. Práticas terapêuticas entre idosos de Porto Alegre: uma abordagem qualitativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [S.l.], v. 41, n. 1, p. 52-56, 2007. Disponível em: < <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/69662/000194654.pdf?sequence=1> >. Acesso em: 8 mai. 2017.

SOUZA, Rosângela Ferreira de; SKUBS, Thais; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 3, p. 260-267, mai./jun. 2007. Disponível em: < <http://www.repositorio.unifesp.br/handle/11600/3776> >. Acesso em: 8 mai. 2017.

TUOTO, Fernanda Spiel; LENARDT, Maria Helena; VENTURI, Kriscie Kriscianne. Os sofrimentos e o cuidado de si dos idosos hospitalizados-estudo etnográfico. **Online Brazilian Journal of Nursing**, [S.l.], v. 8, n. 3, dez. 2009. Disponível em: < <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2429/533> >. Acesso em 8 mai. 2017.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1929–1936, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1929.pdf>>. Acesso em 19 abr. 2021.

CAPÍTULO 21

A VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE NOS IDOSOS: UMA LEITURA HOLÍSTICA ATRAVÉS DA ENFERMAGEM

Rogério de Moraes Franco Júnior¹;

Instituto Educacional Maria Ranulfa (FATRA), Uberlândia, Minas Gerais.

<http://lattes.cnpq.br/1950904670856567>

Thays Peres Brandão²;

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

<http://lattes.cnpq.br/0857704143417847>

Acleverson José dos Santos³.

Instituto Educacional Maria Ranulfa (FATRA), Uberlândia, Minas Gerais.

<http://lattes.cnpq.br/6812151246885278>

RESUMO: O simples, embora complexo fato de envelhecer causa mudanças desde o nível fisiológico até o nível social. Incluídas nessas mudanças, está a abordagem do sexo, que se refere a gênero e à sexualidade que consistem em características natas. Este trabalho objetiva identificar nas produções científicas os principais desafios encontrados por enfermeiros para atuarem sobre a sexualidade idosa. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, natureza básica, exploratória quanto aos objetivos e bibliográfica quanto aos procedimentos. A análise dos dados ocorreu por meio de leitura analítica. Como resultados tem-se que todos os trabalhos apresentaram crenças, tabus e preconceitos sociais da família e do próprio idoso quando se falou da sexualidade deles. Há uma grande evidência também de que as mudanças físicas e mentais influenciam na sexualidade. Os componentes físicos e mentais, como alterações corporais, alterações senis, perda de lubrificação e virilidade são intensos e alteram a sexualidade na velhice. O convívio social se mostrou eficaz no desenvolvimento da sexualidade idosa em todos os estudos, os que viviam em casa, mas com amplo contato social e/ou familiar, ou os institucionalizados, que se relacionam, muitas vezes entre si, com relações homoafetivas, nas instituições destinadas para mulheres. Conclui-se que os principais desafios para os enfermeiros lidarem com a sexualidade idosa, se encontram nas crenças e tabus da enfermagem e dos próprios idosos. As mudanças físicas e mentais no envelhecimento senil quanto senescente tornam o processo de sexualidade idosa mais desafiador para a enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Envelhecimento. Sexualidade.

THE EXPERIENCE OF SEXUALITY IN THE AGED: A HOLISTIC READING THROUGH NURSING

ABSTRACT: The simple, although complex fact of get old causes changes from the physiological level to the social level. Included in these changes is the approach to sex in the aging process, which refers to gender and sexuality, which consist of natural characteristics. This work has as objective identify in scientific productions the main challenges faced by nurses to act on elderly sexuality. It is

a qualitative research, basic in nature, exploratory in terms of objectives and bibliographical in terms of procedures. The analysis took place through analytical reading. As a result, all works presented beliefs, taboos and social prejudices of the family and the aged themselves when talking about their sexuality. There are also great evidence that physical and mental changes influence sexuality. The physical and mental components, such as bodily alterations, senile alterations, loss of lubrication and virility are intense and change the sexuality in old age. Social interaction proved to be effective in the development of aged sexuality in all studies, those who lived at home, but with broad social and/or family contact, or institutionalized ones, which are often related to each other, with homo-affective relationships, in institutions for women. It is concluded that the main challenges for nurses to deal with aged sexuality are found in the beliefs, taboos of nursing and of the aged themselves. The physical and mental changes in both senile and senescent aging make the process of aged sexuality more challenging for nursing.

KEY-WORDS: Nursing. Aging. Sexuality.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional não se refere, isoladamente, a indivíduos, nem a gerações, mas sim, está relacionado com a mudança na estrutura etária da população. Isto gera um aumento da carga relativa das pessoas acima de determinada idade, definindo o início da velhice. Este limite alterna de acordo com cada sociedade, depende de fatores biológicos, econômicos, ambientais, científicos e culturais. No Brasil, considera-se a idade de 60 anos como o divisor entre idosos e não-idosos (CARVALHO; GARCIA, 2003).

O envelhecimento da população é algo paradoxal, se por um lado conduz a sociedade a uma série de desafios, ao mesmo tempo, revela-se como um campo fértil para a ciência, poder público e sociedade de modo geral (CARVALHO; GARCIA, 2003).

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) (2015), o brasileiro, em geral, vive um processo de envelhecimento gradativo e os diversos segmentos da sociedade, públicos ou privados, não estão devidamente capacitados para essa nova realidade.

Os desafios impostos à sociedade devido a essa nova realidade da população são enormes. Custódio (2008) traz que muitas pesquisas científicas estão equivocadas, pois associam o envelhecimento apenas às perdas, cujos idosos são doentes, improdutivos para o trabalho e necessitam de ajuda e apoio para tudo. Uma das motivações desse estudo é exatamente ir de encontro a esses equívocos e desmistificar a ideia de que a velhice é algo degradante e envolve somente perdas.

O simples, embora complexo, fato de envelhecer causa inúmeras mudanças, desde o nível fisiológico até o nível social. Tais modificações tornam a pessoa idosa mais propensa a doenças e perdas incapacitantes. Dentro do processo de envelhecimento se faz necessário compreender a diferença do envelhecer de modo senescente, que consiste na soma das alterações orgânicas, funcionais e psicológicas do envelhecimento fisiológico, enquanto o processo de senilidade se caracteriza por afecções que acometem os indivíduos idosos (MACEDO, 2006).

Aproximadamente, após os 60 anos de idade os giros cerebrais começam a diminuir o volume e os sulcos se dilatam, milhares de neurônios desaparecem e surgem placas senis e emaranhados neuro fibrilares, com um declínio gradativo dos neurotransmissores. Enfim, mesmo em cérebros

com envelhecimento saudável, as mudanças são significativas e se agravam caso o indivíduo seja acometido por algum quadro patológico (CANÇADO; HORTA, 2002).

Incluídas nessas mudanças, tem-se no envelhecimento a abordagem do sexo que se refere a gênero, e, da sexualidade, que consiste em características que possuímos naturalmente. Tendo essa ideia como um fato inquestionável torna-se complicado lidar com outras construções e elaborações que descrevem a sexualidade como algo construído (OLIVEIRA; CÓTICA, 2009). Para melhor compreensão Weeks (1985, p.13) aborda uma definição ampla de sexualidade:

...a sexualidade é tanto acerca de palavras, imagens, ritual e fantasia como acerca do corpo: a forma como pensamos o sexo modela a forma como o vivemos (...) Damos hoje uma importância suprema ao sexo nas nossas vidas individuais e sociais por causa de uma história que atribui um significado central ao sexual. Não foi sempre assim; e não tem de ser sempre assim. (WEEKS, 1985, p. 13).

Para Weeks (1985) a maneira como pensamos vai determinar a maneira como vivenciamos a sexualidade. Embora ela seja algo saudável e fundamental, não significa que seu papel seja central. Quando Weeks afirma “não ter que ser assim”, essa afirmação é cabível sobretudo à questão da sexualidade nos idosos, uma vez que ela é amplamente povoada de mitos e estereótipos.

A falta de informação, comunicação e principalmente a percepção da sexualidade centrada e limitada aos órgãos genitais tornam-se barreiras na aceitação da vida sexual ativa no processo de envelhecer. A geração atual de idosos teve uma criação diferenciada, em que eram reprimidos caso demonstrassem algum interesse, eliminando assim o diálogo entre pais e filhos para conversar acerca do assunto. Portanto, mostram-se incomodados em ponderar sobre o assunto e falar o que pensam (FIGUEREDO *et al.*, 2014).

A sexualidade da pessoa idosa permeia-se de discriminação, rejeição e mal-entendidos, interferindo na assistência de enfermagem, o que restringe as ações e elimina o tema sexualidade. Tal temática tem sido abdicada pelos próprios idosos, família e profissionais de saúde, sendo negligenciada por falta de conhecimento e pela suposição de que o idoso não é sexualmente ativo.

Paradoxalmente, a realidade epidemiológica voltada para a prática sexual da pessoa idosa, que até então não era evidenciada, indica um agravamento emergente de saúde pública, já que tem exposto esse grupo a doenças transmitidas pelo ato sexual desprotegido e outras situações de risco e vulnerabilidade (BRANCA *et al.*, 2012).

Diante deste contexto e da abdicação social, pessoal e profissional em abordar a sexualidade da pessoa idosa, esse trabalho se justifica para compreender melhor esse processo dentro da atuação de enfermeiros com esse público.

Com base nisso surge a seguinte problemática quais são os desafios encontrados por enfermeiros para atuarem sobre a sexualidade idosa?

Para responder esse problema, este trabalho objetiva identificar nas produções científicas os principais desafios encontrados por enfermeiros para atuarem sobre a sexualidade idosa

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, de natureza básica, exploratória quanto aos objetivos e bibliográfica procedimentalmente.

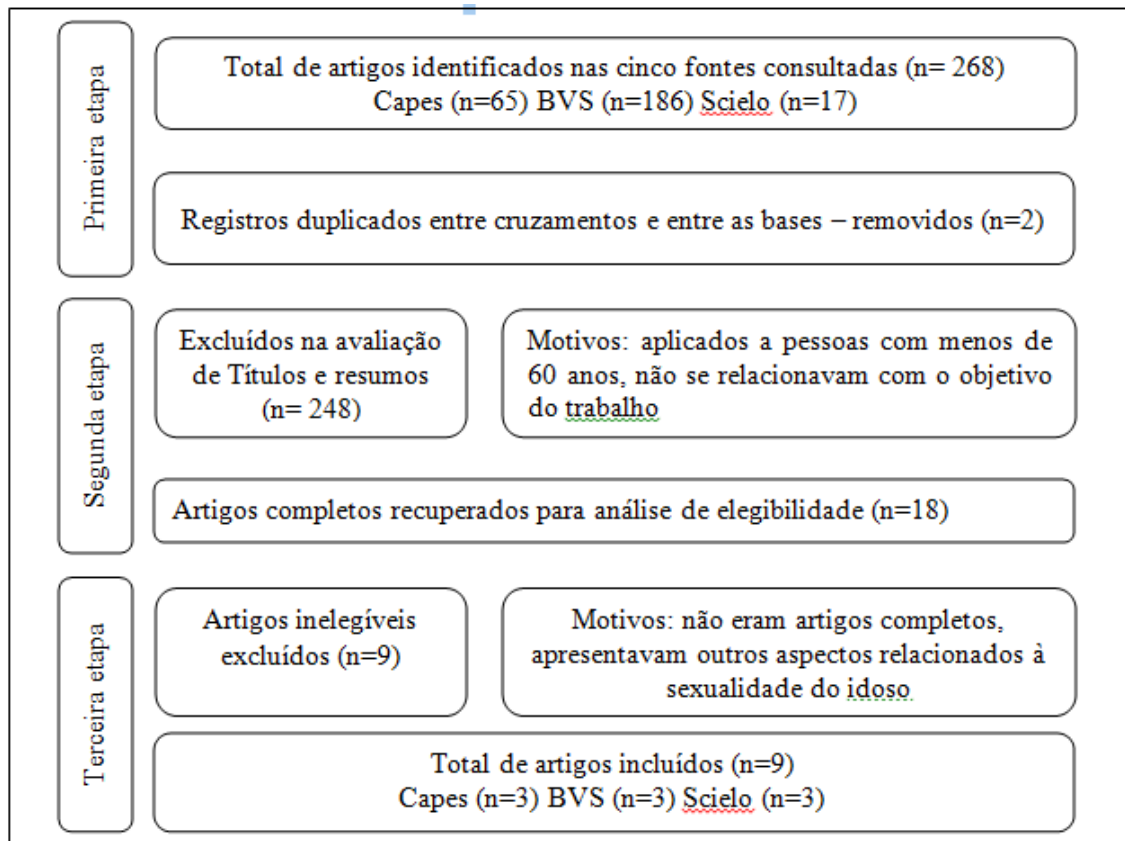
De maneira sistemática e ordenada apresentou a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas acerca de um delimitado tema contribuindo para aprofundar o conhecimento acerca do tema investigado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Adotou-se como critérios de inclusão artigos completos, publicados no período entre 2016 e 2020, nos idiomas português e inglês. E os critérios de exclusão envolveram trabalhos que a avaliação não foi em pares, que consideravam indivíduos com idade inferior a 60 anos e que a temática não correspondia ao objetivo do estudo.

A busca de dados abrangeu o portal da CAPES, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), considerando os descritores: Enfermagem; Envelhecimento; Sexualidade e seus correlatos Nursing; Aging; Sexuality combinados de diferentes formas usando os operadores booleanos *OR* e *AND*. Assim obteve um retorno de 268 trabalhos.

Conforme a figura 1, o trabalho constituiu-se em três etapas, sendo a primeira a busca nas bases de dados, que contou com a leitura dos títulos e exclusão de trabalhos repetidos. A segunda etapa fez-se por meio da leitura exploratória dos títulos e resumos, na qual selecionou-se os artigos que se relacionavam com o objetivo e por fim através da leitura reflexiva selecionou-se os trabalhos elegíveis.

Figura 1: Fluxo do Prisma de Pesquisa



Fonte: Elaborado pelos autores. 2021.

Para a análise dos dados realizou-se a leitura analítica dos trabalhos e elaborou-se uma planilha de coleta de dados no software Microsoft Excel®, a qual possibilitou a obtenção de informações como: título da publicação, nome dos autores, local e ano de publicação, objetivos, metodologia, principais resultados e informações importantes do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

No presente estudo foram consideradas 9 publicações que atenderam os critérios de inclusão e exclusão. E que constituíram a seguinte configuração metodológica: um trabalho de revisão integrativa, dois com profissionais de enfermagem, sendo um deles desenvolvido em uma Instituição de Longa Permanência (ILPI) e o outro em unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), os demais seis trabalhos foram realizados com idosos e idosas que viviam em casa ou em ILP's.

Para apresentação dos resultados sobre os desafios na atuação dos enfermeiros sobre a sexualidade idosa optou-se pelo agrupamento das publicações de acordo com a relevância do seu conteúdo. Sendo representados por três categorias temáticas, sendo elas: Crenças, Tabus e Preconceitos; Convívio social; As mudanças fisiológicas.

Assim, o quadro 1 elucida os artigos analisados juntamente com seus objetivos e a categoria que se enquadram.

Quadro 1: Artigos analisados e categorizados

Título	Autor	Objetivos	Categoria (s)
A atuação da enfermagem frente a sexualidade no processo de senescência: relato de experiência	PANZETTI, T.M.N <i>et al.</i>	Descrever uma ação de educação em saúde voltada para idosos	Crenças, Tabus e Preconceitos Convívio Social
Sexualidade da pessoa idosa: principais desafios para a atuação do enfermeiro na atenção primária em saúde	ZANCO, M.R.C.O de <i>et al.</i>	Descrever os principais desafios para o enfermeiro da Atenção Primária em Saúde atuar sobre a sexualidade da pessoa idosa.	Crenças, Tabus e Preconceitos Convívio Social
Atividade sexual, satisfação e qualidade de vida em pessoas idosas	RODRIGUES, C.F.C do <i>et al.</i>	Analisar a relação entre satisfação sexual e variáveis demográficas, sociais, clínicas e qualidade de vida em idosos.	Crenças, Tabus e Preconceitos; Convívio Social
Atuação da equipe de enfermagem frente à sexualidade de idosas institucionalizadas	VENTURINI, L <i>et al.</i>	Analisar como a equipe de enfermagem atua frente à sexualidade no cotidiano das idosas institucionalizadas.	Crenças, Tabus e Preconceitos; Convívio Social
Vivência da sexualidade por mulheres idosas	NASCIMENTO, R.F do <i>et al.</i>	Interpretar a vivência sexual de idosas.	Crenças, Tabus e Preconceitos; Convívio Social; As mudanças fisiológicas
Envelhecimento, sexualidade e cuidados de enfermagem: o olhar da mulher idosa	SOUZA, C.L de <i>et al.</i>	Analisar a percepção da mulher idosa sobre a sexualidade e a prática do cuidado de enfermagem neste contexto	Crenças, Tabus e Preconceitos; Convívio Social;
Sexualidade de idosos: conhecimento/atitude de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família	EVANGELISTA, A.R da <i>et al.</i>	Avaliar o conhecimento e a atitude dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre sexualidade na velhice	Crenças, Tabus e Preconceitos; Convívio Social;
Cuidado terapêutico de enfermagem: transições da sexualidade do cônjuge cuidador de idosos	LIMA, C.F.M da <i>et al.</i>	Compreender as transições vivenciadas, suas condições e os padrões de resposta esperados a mudanças na sexualidade do cônjuge-cuidador do idoso em processo demencial.	Crenças, Tabus e Preconceitos; Convívio Social; As mudanças fisiológicas

Fonte: Elaborado pelos autores. 2021.

Sendo que, a primeira categoria se apresentou em todos os trabalhos analisados. Constatou-se em crenças, tabus e preconceitos sociais, dos profissionais de enfermagem, da família e do próprio idoso quando se fala da sexualidade deles.

Panzetti *et al* (2020) evidenciaram que na terceira idade diversos fatores podem ser responsáveis pela abdicação da sexualidade, destacando-se entre eles a influência familiar, o medo de julgamentos sociais e a vergonha em debater a temática com o companheiro idoso.

Para Venturini *et al.* (2018) as representações da sexualidade apresentaram artifícios de censura e controle. Diante desse contexto, reconhece-se a pressão exercida pelos profissionais, familiares e

próprios idosos.

Dentro dessas barreiras Evangelista *et al.* (2019) abordam que os enfermeiros possuem conhecimento sobre a sexualidade na velhice, mas ainda, são tomados por atitudes conservadoras acerca da temática.

Fleury e Abdo (2015) trouxeram tal circunstância em seu trabalho, evidenciando que a sociedade e o próprio idoso ainda possuem mitos, tabus e preconceitos socioculturais relacionados à sexualidade, o que acarreta consequências e influências para a vida dessas pessoas.

Ainda nesse quesito, Souza *et al.* (2019) mostraram que as idosas têm receio em falar sobre a sexualidade, pelas próprias influências da sociedade, que muitas vezes excluem essa temática do cuidado da saúde da mulher idosa.

Abordando essas dificuldades Alencar *et al.* (2014) traz que o impedimento na aceitação da sexualidade senil pode ser tanto pela falta de conhecimento e comunicação como no paradigma de que a sexualidade é inerte apenas aos jovens.

A importância sobre o pensamento social e o sentimento de ser julgado atuam informalmente no controle do comportamento, inibindo o interesse e a expressão sexual. Construir uma moralidade sexual restritiva explica, parcialmente, tal pressão para se comportar “decentemente” e assim, adotar medidas controladoras (VILLAR *et al.*, 2014).

O estudo de Alencar (2014) corrobora com esses resultados, quando ele indica que a maneira como o idoso é visto por parentes e pessoas afins pode gerar uma abdicação dos desejos e mudanças de valores, provocando assim a padronização de atitudes e objetificação do indivíduo, o que afeta diretamente sua qualidade de vida.

Como algo inerente do ser humano, a sexualidade não trata apenas do ato sexual, e pode ocorrer em qualquer estágio da vida. Na velhice, tal assunto é tão importante quanto em outros estágios, mesmo sendo considerado um tabu social, é também um grande desafio enfrentado pelos idosos, impossibilitando que a sexualidade seja vivida por eles de maneira satisfatória (ZANCO *et al.*, 2020).

Percebe-se então que existe muito preconceito ao falar da sexualidade do idoso, e isso influi negativamente, já que é algo nato e que faz parte da vida. Além disso, a sexualidade na velhice abarca outros fatores que também a influem.

Dentre estes fatores, encontra-se o convívio social, que se mostrou eficaz no desenvolvimento da sexualidade idosa em todos os estudos, os que viviam em casa, mas com amplo contato social e/ou familiar, ou os institucionalizados que se relacionam, muitas vezes, entre si.

Coadunando com essa socialização Vieira, Coutinho e Saraiva (2016) e Erbolato (2016) relatam que as oportunidades no ambiente, o engajamento social e a personalidade associados ao envelhecimento bem-sucedido são os três fatores que influenciam os relacionamentos, tendo em vista que os demais componentes do grupo são fonte de amor, segurança, tornando presente um sentimento de pertencimento ao grupo, isso leva o idoso a sentir-se querido, amado e capaz de despertar diversos sentimentos, ainda, na sexualidade.

Rodrigues *et al.* (2019) evidencia essa importância ao pontuar que “Idosos com engajamento social eram mais ativos e satisfeitos quando comparados àqueles que não tinham”.

Ainda sobre a importância do convívio social Venturini *et al.* (2018) mostrou em seu estudo que as idosas desenvolveram relações homoafetivas, e isso melhorou as condições delas.

Paradoxalmente, foi passível notar preconceitos dos profissionais. E, como estratégia para contornar essas questões da sexualidade, eles utilizavam o humor. Muitas vezes, reconhece-se que os comentários humorísticos dos profissionais funcionam, como uma maneira de controle social encoberto, regulando de forma indireta a expressão sexual dos moradores e impedindo o comportamento “indesejado”. Fazendo com que, as atitudes e os preconceitos sejam capturados pelos residentes (VENTURINI *et al.*, 2018).

Dentro desse contexto, Lima *et al.* (2017) aborda que uma conscientização efetiva sobre a abordagem profissional à sexualidade, ao cuidado da preparação promovam conhecimento e habilidade, já que as mudanças cotidianas exigem entendimentos para tomar decisões com direcionamento das competências. Assim, o padrão esperado é, que o profissional de saúde esteja apto a identificar e abordar questões da sexualidade e do cuidado com esta clientela.

Concordando com esta necessidade de conhecimento, estudo realizado com enfermeiros evidencia que os que estavam em educação permanente e realizavam educação em saúde sobre sexualidade junto aos grupos de idosos apresentaram melhores resultados nas pesquisas relacionados aos cuidados com os idosos (EVANGELISTA *et al.*, 2019).

Diante deste contexto, vale ressaltar que o enfermeiro, para lidar com a sexualidade idosa, deve ser regado de empatia e conhecimento. Este é fundamental para lidar com a sexualidade idosa e reconhecer dentre outras circunstâncias, as alterações fisiológicas que afetam os aspectos a sexualidade idosa.

Estas mudanças físicas e mentais influenciam na sexualidade. Tais componentes, como alterações corporais, alterações senis, perda de lubrificação, virilidade são intensos e alteram a sexualidade na velhice.

Indicando tal circunstância, Nascimento *et al.* (2017) retratam que as mulheres idosas vivenciam a sexualidade permeada por dificuldades sociais e culturais e modificações físicas e emocionais.

Concordando com esses resultados, Kazer *et al.* (2013) aborda que as doenças nos idosos afetam a atividade sexual, tendo em vista que causam limitações sobretudo físicas. Além, também da restrição do movimento que está vinculado à dor e disfunção articular.

Minkin (2016) corrobora com estes resultados quando aborda que nas alterações físicas, destacam-se a cultura de valorização do corpo, cujo idoso tem a auto percepção negativa do mesmo, deixando de se ver atraente e acreditando que seu corpo está fora dos padrões de beleza estipulados pela sociedade. Isso ocorre muitas vezes, principalmente, pela falta de educação sexual adequada e as repressões sofridas, fazendo com que a sexualidade passe a ser vivida de forma constrangedora pelo idoso.

Paradoxalmente Lima *et al.* (2017) aborda que há o reconhecimento de mudanças na sexualidade e no corpo com a idade, não obstante é possível a satisfação sexual por meio da sintonia positiva do casal, a qual gera condições mais viáveis de adaptação.

Assim, essas alterações no envelhecimento não impedem vivências sexuais positivas. Sabendo que a sexualidade é um componente que engloba sentimentos de desejo e atração em relação ao parceiro, o idoso pode desfrutar de uma vida sexual satisfatória, sendo possível viver novas experiências, aprender formas de expressão alternativas e explorar a sexualidade.

CONCLUSÃO

Perante os dados apresentados, as alterações ocasionadas com o envelhecimento não impedem a sexualidade idosa, mas apresenta desafios. Sendo que os principais encontrados para os enfermeiros lidarem com a sexualidade idosa foram às crenças e tabus sociais, da enfermagem e dos próprios idosos, as mudanças físicas e mentais tanto no envelhecimento senil quanto senescente, assim a dificuldade do convívio social, que proporciona aos idosos o sentimento de amor trazendo a eles maior vitalidade.

E para melhorar estas dificuldades é fundamental, em todos os ambientes, seja nas ESFs, nas ILPIs, que a equipe de saúde, mas principalmente os enfermeiros se capacitem continuamente firmando-se em bases teóricas, a fim de compreender as etapas do envelhecimento e executem ações com a família, a sociedade, a equipe e os idosos a fim de acrescentar conhecimento acerca do tema e consequentemente findar os desafios que o enfermeiro sofre para lidar com a sexualidade na velhice.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

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

REFERÊNCIAS

ALENCAR, D. L. de *et al* . Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 8, 2014, p. 3533-3542. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803533&lng=en&nrm=iso. Acesso em 16 nov. 2020.

BRANCA, S.B *et al*. Abordagem do enfermeiro da estratégia saúde da família sobre sexualidade do idoso. **Rev. Enferm. UFPE online**, Pernambuco, v.53, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100454&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 abr. 2020.

CANÇADO, F.A.X.; HORTA, M.L. Envelhecimento cerebral. In: FREITAS, E *et al*.

Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.112-127.

CARVALHO, J.A.M. de; GARCIA, R.A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2003, p. 725-733. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 10 abr. 2020.

CUSTÓDIO, C.M.F. **Representações e Vivências da Sexualidade no Idoso Institucionalizado**. Lisboa, 2008, 241f. Dissertação (Mestrado em comunicação em saúde), Universidade Aberta: Lisboa. Lisboa, 2008. Disponível em: <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/1230/1/Tese%20-%20Reformulada%20pdf.pdf>. Acesso em 10 abr. 2020.

DOMINGUEZ, L.J.; BARBAGALLO, M. Envelhecimento e sexualidade. **Medicina Geriátrica Europeia**, Suíça, v.7, n. 6, 2016, p.512-18. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/>

article/abs/pii/S1878764916300675#:~:text=During%20ageing%2C%20the%20means%20of,persons%20aged%20over%2060%20years. Acesso em: 12 out. 2020.

ERBOLATO R. Relações sociais na velhice. In: Freitas, E.V. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2016, p.957-964.

EVANGELISTA, A. R da *et al.* Sexualidade de idosos: conhecimento/atitude de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 53, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100454&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 out. 2020.

FIGUEREDO, M.R.M *et al.* Sexualidade na terceira idade: a prática profissional da educação em saúde na estratégia de saúde da família. In: Congresso Brasileiro de ciências da saúde, 2, 2014, Campina Grande, **Anais II CONBRACIS**, Campina Grande: Conbracis, jun 2017, p.1-

6. Disponível em: <https://www.editorarealize.com.br/index.php/artigo/visualizar/29635>. Acesso em 13 out. 2020.

FLEURY, H.J.; ABDO, C.H.N. Sexualidade da mulher idosa. **Diagn Tratamento**, São Paulo, v. 20, n.3, 2015, p.117-120. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2015/v20n3/a4902.pdf>. Acesso em: 12 out. 2020.

KAZER, M.W *et al.* Validade e confiabilidade do inventário de sexualidade geriátrica. **J Gerontol Nurs**, Thorofare, EUA, v.39, n.11, 2013, p.38-45.

LIMA, C. F. M da *et al.* Cuidado terapêutico de enfermagem: transições da sexualidade do cônjuge-cuidador do idoso. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 4, 2017, p. 673-681. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000400673&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 out. 2020.

MACEDO, M. P. Envelhecimento e parâmetros hematológicos. In: FREITAS, E *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1040-1048.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P. de; GALVAO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, 2008, p. 758-764. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso. Acesso em 09 out. 2020.

MINKIN, M.J. Saúde sexual e relacionamento após os 60. **Maturitas**, Amsterdã, v. 83, 2016, p.27-32. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26547237/>. Acesso em: 13 out. 2020.

NASCIMENTO, F.N do *et al.* Vivência da sexualidade por mulheres idosas. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.25, 2017. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/20892>. Acesso em 10 out. 2020.

OLIVEIRA D. C; CÓTICA C. S. Sexualidade e qualidade de vida na idade avançada. **Revista**

Geriatrics & Gerontology, Fortaleza, v.3, 2009, p. 41-47.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2020.

PANZETTI, T.N.M *et al.* A atuação da enfermagem frente a sexualidade no processo de senescência: relato de experiência. **Research, Society and Development**, São Paulo, v.9, n. 10, 2020. Disponível em: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:RRdK_De0-1EJ:https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/7447/7396+&cd=5&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br. Acesso em: 03 out. 2020.

RODRIGUES, C.F.C do *et al.* Atividade sexual, satisfação e qualidade de vida em pessoas idosas. **Rev. Eletr. Enferm.**, Goiânia, v. 21, 2019, p. 1-9. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/09/1119063/57337-texto-do-artigo-277510-1-10-20200407.pdf>. Acesso em 10 out. 2020.

SOUZA, C. L de *et al.* Envelhecimento, sexualidade e cuidados de enfermagem: o olhar da mulher idosa. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, supl. 2, 2019, p. 71-78. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000800071&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 out. 2020.

VENTURINI, L *et al.* Atuação da equipe de enfermagem frente à sexualidade de idosas institucionalizadas. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 52, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100428&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 out. 2020.

VILLAR, F *et al.* Barreiras à expressão sexual em instituições residenciais de cuidados para idosos (RACFs): comparação das opiniões dos funcionários e dos residentes. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v.70, n.11, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24655133/>. Acesso em: 12 out. 2020.

WEEKS, J. **Sexuality and its Discontents, Meanings, Myths & Modern Sexualities**. London: Routledge, 1985. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4241156/mod_resource/content/1/Weeks_sexuality_its_discontents.pdf Acesso: 23 jun. 2020.

ZANCO, M.R.C.O de *et al.* Sexualidade da pessoa idosa: principais desafios para a atuação do enfermeiro na atenção primária em saúde. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v.3, n. 3, 2020, p. 6779- 6796. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/12058/10169>. Acesso em: 03 out. 2020.

UTILIZAÇÃO DE ARTEFATO PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DE IDOSOS E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL: TRILHA DAS FRUTAS

Sara de Andrade Frederico¹;

UVA, Sobral-CE.

<http://lattes.cnpq.br/5281593037198898>

Carlos Henrique Linhares Ripardo²;

UVA, Sobral-CE.

<http://lattes.cnpq.br/2398803848921447>

Andréa Carvalho Araújo Moreira³.

UVA, Sobral-CE.

<http://lattes.cnpq.br/1923785768604989>

RESUMO: Devido ao conjunto de alterações que ocorrem na vida do idoso, faz-se necessária uma maior atenção para certos fatores como a nutrição adequada, que influencia no processo de envelhecimento e evita ou mitiga agravos à saúde, sendo de essencial importância tanto à recuperação quanto ao tratamento clínico de morbidades. Este trabalho objetiva relatar uma ação sobre alimentação saudável e avaliar a relevância da educação em saúde para a qualidade de vida de idosos. Trata-se de um estudo do tipo relato de experiência de abordagem qualitativa, básica, em que uma ação foi desenvolvida e realizada por três membros, no dia 19 de novembro de 2019, com um grupo de seis idosos do Centro de Saúde da Família do Bairro Alto da Brasília, em Sobral-Ceará, utilizando um instrumento com a temática nutrição, que consiste numa trilha em que o participante, após girar uma roleta numérica, percorre espaços que apresentam orientações sobre alimentação saudável. Posteriormente, conversou-se sobre os hábitos alimentares de cada participante. As idosas executaram a atividade proposta facilmente e demonstraram interesse e descontração no decorrer da ação. As informações foram inseridas ao longo do percurso da trilha por meio de conversa com linguagem simplificada, caracterizando um momento de educação em saúde com o público alvo. Percebe-se a importância da atividade para o cuidado da população idosa, como também para a formação acadêmica dos discentes envolvidos, proporcionando experiências relevantes, além de uma visão crítica sobre a sociedade, em geral.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção à Saúde de Idosos. Promoção da Saúde. Dieta Saudável.

USE OF ARTIFACT FOR THE PROMOTION OF ELDERLY HEALTH AND HEALTHY FOOD: FRUIT TRACK

ABSTRACT: Due to the set of changes that occur in the life of the elderly, it is necessary to pay greater attention to certain factors such as adequate nutrition, which influences the aging process and prevents or mitigates health problems, being essential for both recovery and recovery. clinical treatment of morbidities. This work aims to report an action on healthy eating and evaluate the

relevance of health education for the quality of life of the elderly. It is a study of the type of experience report with a qualitative, basic approach, in which an action was developed and carried out by three members, on November 19, 2019, with a group of six elderly women from the Family Health Center of the district Alto da Brasília, in Sobral-Ceará, using an instrument with a nutrition theme, which consists of a trail in which the participant, after turning a numerical roulette wheel, travels spaces that present guidelines on healthy eating. Subsequently, each participant's eating habits were discussed. The elderly women performed the proposed activity easily and showed interest and relaxation during the action. The information was inserted along the trail's path through conversation with simplified language, characterizing a moment of health education with the target audience. It is perceived the importance of the activity for the care of the elderly population, as well as for the academic education of the students involved, providing relevant experiences, in addition to a critical view of society in general.

KEY-WORDS: Elderly Health Care. Health Promotion. Healthy Diet.

INTRODUÇÃO

Um envelhecimento saudável e a manutenção da qualidade de vida na fase idosa encontra-se intimamente relacionada a uma nutrição adequada, alcançada por meio do equilíbrio alimentar. Vários são os fatores que podem alterar o estado nutricional, entre estes são inclusos as alterações fisiológicas (aumento da gordura corporal e diminuição da musculatura) e a situação socioeconômica (morte ou distanciamento de parceiros conjugais, solidão, pobreza, isolamento social e diminuição da capacidade funcional e cognitiva) que podem dificultar a aquisição e preparação de alimentos, além de modificar o interesse e desejo pelo consumo alimentar (CARDOZO, 2017).

Estudo realizado com idosos com mais de 60 anos, cadastrados em 11 unidades de saúde do município de Pelotas-RS, no período de abril e dezembro de 2015, revelou que a maioria dos idosos apresentava sobrepeso, de acordo com o índice de massa corporal (IMC), obesidade abdominal, conforme a medida da circunferência da cintura e eutrofia a partir da mensuração da circunferência da panturrilha e de acordo com a mini avaliação nutricional (MAN) (CARDOZO, 2017).

A obesidade é considerada um desequilíbrio nutricional que influencia no perfil de morbimortalidade na população idosa, associando-se à doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) a exemplo das doenças cardiovasculares, diabetes e câncer. Em contraponto, a desnutrição, também considerada um agravo nutricional que influencia no perfil de morbimortalidade desta população, relaciona-se às seguintes condições: incapacidade funcional, aumento no número de internações, redução da qualidade de vida e maior susceptibilidade às infecções. Desse modo, condicionantes sociais, estilo de vida, alterações psicológicas e fisiológicas próprias dessa faixa etária são fatores que interferem diretamente no estado nutricional do idoso (PEREIRA, 2016).

No contexto da hospitalização da pessoa idosa, o estado nutricional interfere no seu processo de recuperação, tendo em vista que a desnutrição relaciona-se com uma pior evolução clínica da enfermidade, sendo causa e efeito do agravamento da mesma. Além disso, o tempo prolongado de internação hospitalar pode prejudicar a qualidade da nutrição por dificultar o acesso à alimentos de preferência particular, gerando inapetência em decorrência de uma ruptura da rotina e alterações ambientais, alimentares e fisiológicas. (ARRUDA, 2019)

Nessa perspectiva, a educação em saúde pode ser considerada uma importante ferramenta, sendo compreendida como um processo educativo, que objetiva a construção do conhecimento de maneira didática, visando à apropriação da temática pela população e melhoria da qualidade de vida dos idosos, por meio de práticas que contribuem com o desenvolvimento da autonomia intelectual (SEABRA,2019).

Experiências exitosas com abordagens educativas sobre alimentação com idosos tem mostrado adesão do público idoso para este tipo de ação na medida em que os idosos demonstram disponibilidade e adesão em participar voluntariamente das temáticas e dinâmicas que envolvem alimentação e envelhecimento. Essas ações educativas têm sido utilizadas para melhor aprendizagem sobre alimentação saudável, resultando no empoderamento das responsabilidades e pactuações para mudanças de comportamento e compromissos diante do processo de adesão a um estilo de vida mais saudável (CAVALCANTE et al, 2019).

Diante disso, esse estudo justifica-se pela necessidade de se obter achados relacionados às ações de educação em saúde e suas contribuições na formação de novos hábitos alimentares e na melhoria da qualidade de vida de idosos da região norte do estado do Ceará. Acredita-se que estudo deste tipo seja relevante por proporcionar divulgação de experiências exitosas que possam subsidiar novas políticas públicas no âmbito da prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde de idosos.

Nesse contexto, o estudo tem como objetivo relatar uma ação educativa sobre alimentação saudável e avaliar a relevância da educação em saúde para a qualidade de vida de idosos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo relato de experiência de abordagem qualitativa, básica.

Uma pesquisa qualitativa busca interpretar com aprofundamento a compreensão de um grupo social diante do problema de forma não métrica e sim por meio de diferentes abordagens, preocupando-se com aspectos da situação que não podem ser quantificados. Quanto à natureza básica caracteriza-se por não objetivar uma aplicação prática prevista e sim buscar interesses universais (GERHARDT, 2009).

O objeto da experiência trata-se de uma ação educativa que foi planejada e executada pela Liga Interdisciplinar em Gerontologia (LIGER) do curso de enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) composta por um grupo de docentes e discentes que buscam aprofundamento na área da gerontologia por meio dos pilares da pesquisa, ensino e extensão.

A experiência foi desenvolvida e realizada por três estudantes do curso de enfermagem, no dia 19 de novembro de 2019. Participaram da ação seis pessoas que eram membros do grupo de idosos do Centro de Saúde da Família do Bairro Alto da Brasília, em Sobral-Ceará.

Para o desenvolvimento da ação educativa utilizou-se um artefato com a temática alimentação saudável que consiste numa trilha em que o participante, após girar uma roleta numérica, percorre espaços que contém orientações, indagações e comandos sobre alimentação saudável. Desse modo, foi possível conduzir a abordagem sobre o tema por meio de troca de saberes, numa perspectiva dialógica, para além das orientações já programadas durante o desenvolvimento da dinâmica. Em seguida, cada participante foi abordado individualmente para tratar de dúvidas e orientações

particulares. Posteriormente, conversou-se sobre os hábitos alimentares de cada participante.

Os conteúdos que abrangiam o artefato educativo abrangiam os seguintes disparadores para troca de saberes: Lave sempre as mãos antes de se alimentar! Ande três casas; Você anda comendo muito doce! Que tal trocar esses doces por uma maçã? Retorne três casas; Diga o nome de duas frutas e um legume que você gosta para avançar uma casa; Comeu sobremesa antes do almoço. Caminhe três casas para trás; Beba bastante água! Isso é importante para a hidratação do corpo; Um café da manhã saudável deixa o dia cheio de energia! Prossiga duas casas; Almoçou uma comida saudável! Mova-se três casas para frente; Tomou sorvete antes do almoço! Volte quatro casas; Comeu muito salgadinho! Que tal trocar por uma fruta? Retorne cinco casas; Muito bem! Continue praticando atividades físicas! Pule para casa seguinte; Refrigerante todo dia não é bom! Volte para o espaço cinco. Esses conteúdos se distribuíam em 18 espaços formando uma trilha. Durante a caminhada da trilha surgiam comandos para o participante voltar ou avançar no caminho, como: avance duas casa, etc...

A análise se deu de forma descritiva, agrupando as idéias centrais relacionada as contribuições da ação educativa para promoção da saúde do idoso. Foi avaliado as respostas dos participantes quanto aos conhecimentos e práticas adotadas na alimentação cotidiana. Desse modo, cada acerto era equivalente a um ponto. A pontuação final tinha como intuito avaliar a compreensão da temática e o grau de dificuldade de cada participante ao realizar a atividade. Desse modo, quanto mais acertos, maior a pontuação, maior a compreensão da temática e menor o grau de dificuldade encontrado.

No desenvolvimento desse estudo foram respeitados os princípios contidos na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, com relação à autonomia do indivíduo de participar da pesquisa, a não maleficência de não causar danos aos participantes, a beneficência de maximizar os benefícios e minimizar os prejuízos, equidade e justiça, tratando os indivíduos de maneira ética e moralmente adequada, garantindo assim, a veracidade dos resultados, o anonimato e a confidencialidade das informações que poderiam expor os sujeitos (BRASIL, 2012).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Participaram da atividade 6 pessoas do sexo feminino de faixa etária maior que 60 anos, integrantes assíduas do grupo de idosos do Centro de Saúde da Família (CSF). As idosas executaram a atividade proposta facilmente e demonstraram interesse e descontração no decorrer da ação. Todas as participantes concluíram o percurso, respondendo as indagações e efetuando os comandos propostos, adquirindo pontuação máxima, desse modo demonstraram boa compreensão da temática abordada. As informações foram inseridas ao longo do percurso da trilha por meio de conversa com linguagem simplificada, caracterizando um momento efetivo de educação em saúde com o público-alvo.

Ao iniciar a trilha o participante era instigado a tratar sobre lavagem das mãos antes de se alimentar. Foi percebido que as idosas adotavam essa prática e mantinham bons hábitos de higiene. Todas as 6 participantes, sem exceção, relataram lavar as mãos antes e após cada refeição.

A maior concentração de microorganismo está nas mãos (incluindo unhas), nariz, boca, cabelo, fezes, suor e calçado. Doenças transmitidas por alimentos (DTA) geralmente são causadas por bactérias e suas toxinas, vírus e parasitas, como também por toxinas naturais presentes nos próprios alimentos. Entre os principais sintomas de DTA estão à falta de apetite, náuseas, vômitos, diarreia,

dores abdominais e febre, podendo ocorrer infecções em órgãos como fígado. Nessa perspectiva, ressalta-se a importância da lavagem das mãos com frequência, antes e após as refeições, sendo essa, quando executada de maneira correta, uma das melhores formas de evitar a contaminação de alimentos por micróbios patogênicos (SALES, 2016).

Outro conteúdo abordado durante o percurso presente no artefato se referia à ingestão excessiva de alimentos contendo grande quantidade de lipídios, sódio e açúcar e a necessidade de substituição desses alimentos por outros com maior valor nutricional, como frutas e legumes, que ajudam a melhorar a qualidade de vida. As 6 idosas relataram o consumo de frutas e legumes em sua alimentação diária, principalmente frutas típicas da região, como laranja, banana, manga, acerola e mamão. Uma entre as 6 participantes relatou o hábito de consumir também alimentos fritos e com grande quantidade de sódio e açúcar.

O consumo regular de frutas, legumes e verduras é considerado um importante fator de proteção e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Podendo ser associado o consumo desses alimentos a um menor risco de mortalidade por doenças cardiovasculares e neoplasias (SOUZA, 2019).

Já o consumo de açúcar em excesso está relacionado a diversos problemas de saúde, como a corrosão do esmalte dentário, o comprometimento da autoregulação do balanço energético, aumento da concentração de triglicerídeos séricos e a diminuição da concentração de lipoproteína de alta densidade. Esses fatores podem culminar no desenvolvimento e prevalência da obesidade e doenças associadas, como a diabetes mellitus tipo 2 e doenças cardiovasculares. (ALENCAR, 2020).

O sódio é um nutriente especialmente importante para manutenção da homeostase corporal, porém, quando consumido em excesso por longos períodos, seus mecanismos de adaptação podem falhar, causando danos nos tecidos e alterações sistêmicas irreversíveis. Assim, igualmente ao consumo de açúcar, o consumo elevado de sódio também se associa ao desenvolvimento de doenças crônicas como a obesidade, hipertensão arterial sistêmica e doenças cardiovasculares. Além disso, pode atuar como um irritante gástrico, interferindo na absorção de outros nutrientes e estimulando a perda de cálcio pela urina, o que pode promover agravos na saúde das crianças (ALENCAR, 2020).

O consumo de alimentos que contém lipídios também é considerado um hábito alimentar prejudicial à saúde reproduzidos por grande parcela da população. Esse grupo é considerado prejudicial a aspectos do organismo humano por diversos fatores comprovados, como o aumento de *Low Density Lipoproteins* (LDL) e redução de *High Density Lipoproteins* (HDL), enfraquecimento do sistema imunológico, inibição da produção de prostaglandinas de caráter anti-inflamatório, aumento de marcadores citocinas de atividade inflamatória, contribuição para a formação de placas de ateromas, aumento do nível sérico de triglicerídeos, desenvolvimento de doenças crônicas, como diabetes mellitus, e outras patologias. (SARMENTO, 2020)

Nesse contexto, entende-se que alimentos compostos por grande quantidade de gordura e alta densidade calórica, quando ingeridos em excesso tem como consequência o aumento do peso corporal e elevação de lipídios sanguíneos. Desse modo, é importante diminuir o consumo desses alimentos, assim protegendo o organismo de patologias crônicas, que poderão acompanhar o indivíduo por toda vida.

No decorrer do percurso foi abordada também a ingestão hídrica das idosas, ressaltando a importância desse hábito e os benefícios que a hidratação adequada pode proporcionar. As 6 participantes relataram ingerir bastante água durante o dia e sempre portar uma garrafa contendo o líquido ao sair de casa, demonstrando a veracidade da informação ao expor as mesmas no momento da fala.

O processo de envelhecimento provoca alterações biológicas, psicológicas e sociais no indivíduo, entre essas alterações estão a diminuição de 10 a 16% da massa muscular magra e diminuição também da massa óssea, gerada pelo declínio natural da quantidade de água corporal. A desidratação ocorre devido à deficiência na entrada de líquidos ou da perda excessiva dos mesmos, essa é uma das causas mais frequentes de hospitalização de idosos de 65 a 75 anos. Além da desidratação a ingestão hídrica inadequada associada a baixa ingestão de fibras também pode causar a constipação intestinal (CANTÃO, 2020).

Ao final da ação foi abordada a importância da prática de atividades físicas para a boa manutenção da saúde. As 6 participantes relataram possuir o hábito de caminhar e até mesmo relataram a existência de um grupo de caminhada do qual faziam parte.

O hábito de praticar atividades físicas regularmente pode estar relacionado a uma melhor performance física, motora e cognitiva, com a redução do risco de declínio cognitivo e demência. O exercício físico é uma intervenção não farmacológica importante na idade idosa, podendo prevenir doenças neurodegenerativas relacionadas a idade e aprimorar a capacidade cardiorespiratória (MACEDO, 2020).

A temática educação em saúde e idosos destaca-se no enfoque do ministério da saúde por incentivar a avaliação da implantação de estratégias de educação em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) assim como o levantamento de metodologias inovadoras, participativas e resolutivas de educação em saúde com pessoas idosas e também a avaliação do impacto das práticas de educação em saúde com pessoas idosas na Atenção Primária. Desse modo a mesma faz-se importante tanto na atuação da prática da assistência, como em cenário de pesquisas, tendo em vista que a promoção da saúde com idosos, seus familiares e a comunidade em geral, é um método eficaz na qualidade de vida de toda a população (SEABRA, 2019).

Merecem destaque as variadas possibilidades do profissional de saúde em executar ações de educação e saúde de maneira que a mesma se torne atrativa, informativas e didáticas, assim como também os variados temas disponíveis. Evidencia-se também o valor de momentos como esse para essa população específica, quando o saber mútuo é valorizado e ocorre a troca de informações, técnicas e populares, sendo estimado o diálogo e ampliando a compreensão dos idosos e das diferentes realidades presentes. Desse modo, observa-se que o tema é de real importância, tendo em vista as mudanças democráticas e epidemiológicas atuais e por visar a autonomia e independência, e a melhoria da qualidade de vida dessa faixa etária, culminando em um envelhecimento ativo e saudável (SEABRA, 2019).

Segundo estudo realizado por Janini (2015) em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada na Zona Oeste do Município do Rio de Janeiro, que teve como amostra 83 idosos atendidos na instituição, a alimentação foi o quesito mais apontado por idosos como prática de vida saudável, em que grande parcela considera essa prática como parte de bons hábitos diários, porém apenas um

pequeno grupo dos participantes assume ingerir uma dieta saudável, como a indicada pelo serviço de nutrição da unidade básica de saúde.

Essas dificuldades apresentadas podem advir da falta de ações específicas sobre a temática para a garantia do acesso a alimentação, levando-se em consideração as variações culturais e regionais. Torna-se importante também a atenção dos serviços de saúde visando à prevenção e o controle de doenças decorrentes da má alimentação, como também a capacitações dos profissionais para execução de ações de educação em saúde, incorporação dos idosos no Sistema de Vigilância alimentar, para o desenvolvimento de ações para a promoção da importância da alimentação saudável (JANINI, 2015).

Nesse contexto, entende-se como promoção da alimentação adequada e saudável um conjunto de estratégias que proporcionam aos participantes e demais impactados pelas informações disseminadas a realização de práticas alimentares apropriadas ao pleno funcionamento corporal e adequadas a realidade sociocultural de cada um, bem como deve atentar-se para o uso sustentável do ambiente (BORTOLINI, 2020).

CONCLUSÃO

Essa experiência retratou que promover educação em saúde sobre alimentação saudável junto à pessoa idosa utilizando de artefato educativo, com características lúdicas e dinâmicas favorece a troca de saberes e interação entre os participantes.

Percebe-se a importância deste tipo de atividade para o cuidado da população idosa, como também para a formação acadêmica dos discentes envolvidos, proporcionando experiências relevantes, além de uma visão crítica sobre a população estudada, sua cultura e práticas sociais. Além disso, experiências deste tipo pode despertar os profissionais de saúde para desenvolver artefatos educativos que abrangem outras temáticas também necessárias para fortalecer a promoção de um envelhecimento saudável.

Nessa perspectiva, a prática de atividades lúdicas e educativas com o público idoso contribui positivamente de maneira a promover a mudança no estilo de vida dos participantes, tendo em vista que esse tipo de contribuição permite benefícios como o bem-estar físico, mental e de interação interpessoal, proporcionando uma melhor qualidade de vida, fortalecendo a autonomia e independência, auto-estima e gerando momentos de descontração, reflexão e informação.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

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

REFERÊNCIAS

ALENCAR, Victória Yssis Castro et al. **Análise da informação nutricional quanto ao teor de sódio e açúcar em produtos destinados ao público infantil**. Research, Society and Development, v. 9, n. 8, e68985131, 2020

ARRUDA, Nicole Ramos de; OLIVEIRA, Ana Carolina de Cristo Correa de; GARCIA, Larissa Jeffery Contini. **Risco nutricional em idosos: comparação de métodos de triagem nutricional em**

- hospital público. RASBRAN - Revista da Associação Brasileira de Nutrição. São Paulo, SP, Ano 10, n. 1, p. 59-65, Jan-Jun. 2019
- BORTOLINI, Gisele Ane et al. **Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil**. Rev Panam Salud Publica. 2020
- CANTÃO, Benedito do Carmo Gomes et al. **Avaliando a desidratação em idosos de uma estratégia de saúde da família**. Saúde coletiva. 2020
- CARDOZO, Natalia Rodrigues et al. **Estado nutricional de idosos atendidos por unidades de saúde da família em Pelotas-RS**. Pelotas-RS. Braspen J. 2017
- GERHARDT, Tatiana Engel et al. **Métodos de pesquisa**. Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.
- JANINI, Janaina Pinto; BESSLER, Danielle; VARGAS, Alessandra Barreto de. **Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso**. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.480-490, ABR-JUN. 2015
- Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12**. Brasília, 2012b.
- MACEDO, Thuane Lopes et al. **Análise dos aspectos cognitivos de idosos considerando a prática de exercícios físicos regulares e fatores associados**. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2019
- PEREIRA, Ingrid Freitas da Silva; SPYRIDES, Maria Helena Constantino; ANDRADE, Lára de Melo Barbosa. **Estado nutricional de idosos no Brasil: uma abordagem multinível**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 32(5):e00178814, mai, 2016
- SALES, Nevilde Maria Riselo et al. **Importância da higienização das mãos: pesquisa observacional em restaurante de autosserviço**. Nutrição Brasil 2016
- SARMENTO, Caio de Vasconcelos; VILELA, Carolina Tavares de Sousa; ALVES, Ana Carolina Veloso et al. **Gordura trans: mecanismos bioquímicos e patologias associadas**. Rev. UNINGÁ, Maringá, v. 57, n. 2, p. 63-82, abr./jun. 2020
- SEABRA, Cícera Amanda Mota et al. **Educação em saúde como estratégia para promoção da saúde dos idosos: Uma revisão integrativa**. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2019
- SOUZA, Bianca Bittencourt de et al. **Consumo de frutas, legumes e verduras e associação com hábitos de vida e estado nutricional: um estudo prospectivo em uma coorte de idosos**. Ciência & Saúde Coletiva, 24(4):1463-1472, 2019.

CONSUMO DE ALIMENTOS INDUSTRIALIZADOS E PERFIL ANTROPOMÉTRICO DE FUNCIONÁRIOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM SALVADOR, BAHIA

Vanessa Pereira Junqueira¹;

Centro Universitário Estácio da Bahia, Salvador, Bahia.

<http://lattes.cnpq.br/3036634932802683>

Bárbara Lima Pessoa²;

Centro Universitário Estácio da Bahia, Salvador, Bahia.

<http://lattes.cnpq.br/2514384748321453>

Fernanda Teles Santos³;

Centro Universitário Estácio da Bahia, Salvador, Bahia.

Paula Carolina Santos Soledade⁴.

Centro Universitário Estácio da Bahia, Salvador, Bahia.

<http://lattes.cnpq.br/4637590165602059>

RESUMO: Os países em desenvolvimento enfrentam mudanças significantes nos padrões alimentares, marcadas pela substituição dos alimentos in natura ou minimamente processados de origem vegetal, e preparações culinárias à base desses, por produtos industrializados. No Brasil, percebe-se o desequilíbrio na oferta de nutrientes e a ingestão de calorias em excesso. Ressalta-se a necessidade do acompanhamento do consumo de alimentos ultraprocessados, e dos efeitos negativos que podem causar na saúde. Tendo como objetivo avaliar o consumo de alimentos industrializados e o perfil antropométrico dos funcionários de uma Unidade de Saúde da Família (USF) em Salvador-Ba; A amostra foi representada por 34 funcionários de uma Unidade de Saúde da Família (USF) em Salvador-Ba. Utilizou-se como instrumento de coleta Questionário de Frequência Alimentar (QFA), avaliando-se a frequência do consumo de ultraprocessados semanal. Os dados antropométricos referentes ao estado nutricional foram peso, altura e circunferência da cintura; Observou-se um alto consumo de alimentos ultraprocessados, refletindo em maior prevalência de sobrepeso (64,71%) entre os funcionários, e risco muito aumentado para DCNT's segundo a CC, entre as mulheres atingindo 68,18%; Diante dos resultados encontrados, nota-se que os alimentos industrializados estão presentes na alimentação da maioria dos avaliados, e que o consumo destes alimentos tem relação com a inadequação de peso e circunferência da cintura, que são preditores para o desenvolvimento de DCNT's.

PALAVRAS-CHAVE: Consumo alimentar. Saúde. Antropometria.

INDUSTRIALIZED FOOD CONSUMPTION AND ANTHROPOMETRIC PROFILE OF EMPLOYEES OF A FAMILY HEALTH UNIT IN SALVADOR, BAHIA

ABSTRACT: Developing countries face significant changes in dietary patterns, marked by the substitution of fresh or minimally processed foods of vegetable origin, and culinary preparations based on these, with industrialized products. In Brazil, there is an imbalance in the supply of nutrients and the intake of excess calories. We emphasize the need to monitor the consumption of ultra-processed foods, and the negative effects they can cause on health. Aiming to assess the consumption of processed foods and the anthropometric profile of employees of a Family Health Unit (FHU) in Salvador-Ba; The sample was represented by 34 employees from a Family Health Unit (FHU) in Salvador-Ba. The Food Frequency Questionnaire (FFQ) was used as a collection instrument, assessing the frequency of weekly consumption of ultra-processed foods. Anthropometric data regarding nutritional status were weight, height and waist circumference; There was a high consumption of ultra-processed foods, reflecting a higher prevalence of overweight (64.71%) among employees, and a greatly increased risk for CNDs according to CC, among women reaching 68.18%; In view of the results found, it is noted that industrialized foods are present in the diet of most of those evaluated, and that the consumption of these foods is related to the inadequacy of weight and waist circumference, which are predictors for the development of CNDs.

KEY-WORDS: Food consumption. Health. Anthropometry.

INTRODUÇÃO

Nos países em desenvolvimento vem ocorrendo mudanças significantes nos padrões alimentares, onde nota-se a substituição dos alimentos in natura ou minimamente processados de origem vegetal, e preparações culinárias à base desses alimentos, por produtos industrializados. No Brasil, essa transformação está sendo notada, e com ela percebe-se o desequilíbrio na oferta de nutrientes e a ingestão de calorias em excesso. (BRASIL, 2014).

O estado de saúde da população brasileira tem passado por mudanças, marcadas pela diminuição da ocorrência de doenças infecciosas e o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Juntamente com essa transição epidemiológica, vem ocorrendo uma transição nutricional, marcada pela redução da desnutrição e aumento do excesso de peso e obesidade, notada em todas as fases da vida. (JAIME; SANTOS, 2014).

Segundo Fonseca *et al.* (2011), as escolhas de consumo da população, têm sido influenciadas pelo avanço dos grandes supermercados e suas estratégias de marketing (promoções, brindes e sorteios), que são grandes atrativos para os consumidores, incentivando o consumo e o ato de comprar por impulso, havendo uma mudança no hábito de compras cotidianas, para compras planejadas e de longo prazo.

Muda-se o estilo vida tradicional, as refeições antes realizadas nos domicílios, passam a ser feitas fora do de casa com mais frequência, como reflexo da globalização e do crescimento da tecnologia, tornando mais acessível a oferta dos produtos ultraprocessados e industrializados, os quais são ricos em gorduras, açúcares, sódio e alta densidade energética, contribuindo para a mudança dos hábitos alimentares, levando para um padrão alimentar altamente inadequado para a população.

(BRASIL, 2013).

Com o aumento da ingestão de calorias, e o decréscimo na atividade física, há um desequilíbrio entre o consumo e gasto energético, ocasionando o acúmulo das calorias excedentes, e resultando no sobrepeso, demonstrando o reflexo da industrialização e urbanização sobre a população. (MORAES, 2010).

Estudos realizados por Souza *et al.* (2013) indicam que, embora o padrão alimentar e os hábitos tradicionais ainda sejam mantidos, a alimentação dos brasileiros é caracterizada por alimentos ricos em gorduras, sódio, açúcares e alta densidade energética, refletindo na composição corporal de cada indivíduo, aumentando o índice de sobrepeso no país, favorecendo a transição nutricional, onde a população antes caracterizada pela desnutrição, passa a ser uma sociedade altamente “obesogênica”, agravando assim o quadro epidemiológico do país.

Estudos realizados por Bielleman *et al.* (2015) chamam a atenção para a necessidade de acompanhamento do consumo de alimentos ultraprocessados, e dos impactos negativo que podem exercer na saúde, tanto do ponto de vista atual, quanto do ponto de vista futuro.

Segundo Farinea, Ricalde e Siviero (2010), umas das formas de avaliar o estado nutricional da população é a utilização de medidas antropométricas, por ser um importante instrumento para o diagnóstico do estado nutricional, mostrando informações do estado físico e composição corporal global.

As políticas de atenção à saúde devem promover estratégias para conscientizar a coletividade sobre a importância do consumo de alimentos saudáveis, objetivando a redução da morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, pois se trata de umas das principais causas de morte atual. (PINHO., *et al.* 2012).

Mostrar a importância de uma alimentação adequada, e os riscos para a saúde causados pelos alimentos industrializados, é uma estratégia de educação alimentar e nutricional.

Sendo assim, esse trabalho teve como objetivo avaliar o consumo de alimentos industrializados e o perfil antropométrico dos funcionários de uma Unidade de Saúde da Família (USF) em Salvador-Ba.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quali-quantitativo e de natureza básica, com objetivos descritivos. A pesquisa de campo foi desenvolvida entre os meses de setembro e novembro de 2019, durante o estágio de saúde coletiva, em uma Unidade de Saúde da Família (USF), localizada em Salvador. Essa unidade atende em média cerca de 120 pacientes por dia. A demanda de atendimento varia de acordo com o funcionamento, manutenção de equipamentos e disponibilidade de material.

A amostra foi representada pela coleta de dados antropométricos (peso, altura e circunferência da cintura) e características do consumo alimentar de 34 funcionários da unidade, sendo 22 (64,7%) do sexo feminino e 12 (35,3%) do sexo masculino.

Como instrumento de coleta foi criado um questionário de frequência alimentar (QFA), para avaliar o consumo de alimentos industrializados pelos funcionários, onde constam os tipos de alimentos consumidos e a frequência do consumo semanal, além da aferição de peso, altura e circunferência da cintura, coletados com o uso de balança digital e fita inelástica.

Após a elaboração do instrumento de coleta, foi apresentado para a unidade um documento com a proposta do trabalho a ser realizado, em seguida iniciou-se a coleta de dados, interpretação e tabulação dos resultados encontrados conforme os parâmetros adotados.

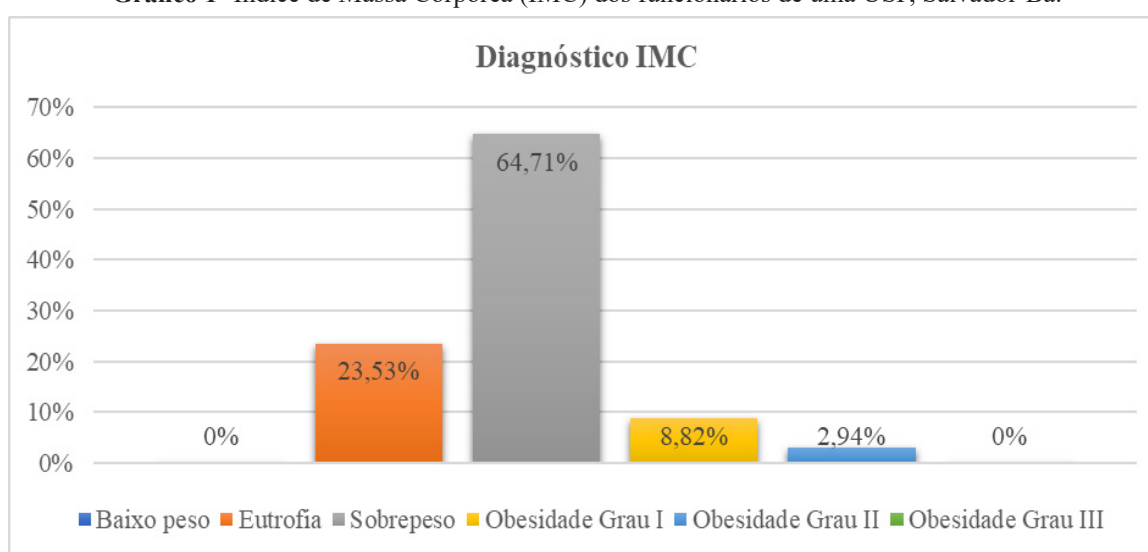
A análise estatística foi realizada de forma descritiva utilizando o programa Microsoft Excel como recurso para formatar ilustrações.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A alimentação é um importante fator para a caracterização do estado nutricional da população, e quando combinado ao estilo de vida sedentário os resultados são ainda mais preocupantes.

A partir dos dados coletados na Unidade de Saúde da Família (USF) onde o estudo foi desenvolvido, com os resultados referentes ao Índice de Massa Corpórea (IMC) dos funcionários, foi possível observar uma prevalência considerável do sobrepeso, presente em 64,71% dos funcionários, que equivale a 22 dos 34 funcionários avaliados, em comparação a eutrofia que obteve-se um percentual de 23,53%, a obesidade grau I presente em 8,82% da amostra, e a obesidade grau II com diagnóstico de apenas um funcionário, equivalente a 2,94%, não foram encontrados funcionários com estado de baixo peso, nem obesidade grau III (GRÁFICO 1).

Gráfico 1- Índice de Massa Corpórea (IMC) dos funcionários de uma USF, Salvador-Ba.



Fonte: Dados coletados na unidade, 2019.

Em estudos realizados por Massaroli *et al.* (2018), relata que a elevação de Índice de Massa Corporal (IMC) aumenta o risco para doenças cardiovasculares que consequentemente afetam a qualidade de vida. Onde nota-se a importância de novos estudos que especifiquem a importância do controle do IMC na prevenção de doenças, principalmente de origem cardiovascular.

No que diz respeito às mulheres, 22,73% apresentam eutrofia, enquanto 63,64% encontram-se com sobrepeso; já dentre os homens 66,67% encontram-se com sobrepeso e 25% apresentaram eutrofia. O nível de obesidade mais alto encontrado neste estudo foi obesidade grau II, em um representante do sexo masculino.

Em resultados encontrados por Maciel *et al.* (2012), indicam que 72,3% das mulheres apresentam eutrofia, enquanto 16,8% encontram-se com sobrepeso; já para o sexo masculino 47,7% apresentaram sobrepeso e 47% estavam eutróficos. Dentre os avaliados apenas homens apresentaram obesidade grau III.

Como método para caracterizar o estado nutricional da população estudada, foi utilizado além do IMC, a circunferência da cintura (CC), considerando os pontos de corte presente na literatura referentes ao risco para o desenvolvimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Dentre as mulheres avaliadas, 68,18% encontram-se com risco muito aumentado para desenvolver DCNT's, 23,63% estão com risco aumentado, e 18,18% baixo risco. Já no público masculino, 25% apresentam risco muito aumentado para desenvolver DCNT, assim como os com risco aumentado, e os 50% restantes apresentam baixo risco para desenvolver DCNT de acordo com a CC (TABELA 1).

Pesquisa desenvolvida por Azevedo *et al.* (2014) identificou que aproximadamente 60% dos indivíduos encontravam-se com excesso de peso, dentre eles, cerca de 20% foram diagnosticados com obesidade, as diferenças estatísticas encontradas entre os sexos não foram significativas. Já nos resultados referentes a CC observou-se que 56,3% dos homens e 81,6% das mulheres foram classificados na faixa de risco elevado.

Tabela 1- Risco para desenvolvimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) de acordo com a circunferência da cintura (CC).

RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE DCNT UTILIZANDO A CIRCUNFERÊNCIA DA CINTURA.

SEXO	BAIXO RISCO	AUMENTADO	MUITO AUMENTADO
MULHERES	18,18 %	13,63%	68,18%
HOMENS	50%	25%	25%

Fonte: Dados coletados na unidade, 2019.

Estudos realizados por Barroso *et al.* (2017), constatou-se que o acúmulo de gordura na região abdominal teve maior prevalência na população com excesso de peso e obesidade, onde foi constatado a associação da elevação da gordura abdominal, com um maior risco para doenças cardiovasculares e doenças crônicas não transmissíveis que estão associadas a riscos de complicações metabólicas e outros problemas de saúde.

Sabendo-se que a alimentação inadequada influencia diretamente no estado nutricional da população, e os principais responsáveis pelo perfil antropométrico inadequado são os alimentos industrializados, por serem fonte de muitas calorias e aditivos químicos, e pobres em nutrientes. Diante disso, foi aplicado aos funcionários um questionário de frequência alimentar (QFA), contendo alimentos industrializados e a frequência semanal de consumo pelo avaliado.

A partir dos resultados encontrados alguns se destacam pela presença de frequências de consumo semanais elevados. As bebidas adoçadas (refrigerantes, suco de caixa, energéticos, entre outros) são consumidos uma vez por semana por 20,58% dos funcionários, os temperos prontos são utilizados nas preparações de 17,64% dos funcionários todos os dias, mas 67,64% deles não os utilizam, os biscoitos doces sem recheio e os biscoitos salgados são consumidos por 20,58% dos

funcionários de duas a três vezes por semana, enquanto os biscoitos doces com recheio são evitados pela maioria dos avaliados (79,41% não consomem), as balas e doces estão presentes pelo menos uma vez por semana na alimentação de 17,64% dos funcionários, já os salgadinhos tiveram um alto índice de rejeição, onde 70,58% não os consomem, os embutidos (salsicha, calabresa, presunto, entre outros), estão presentes pelo menos uma vez por semana a alimentação de 20,58% dos avaliados, enquanto as refeições pré-prontas (pizza e lasanha congeladas e sopas industrializadas) parecem ser evitadas pela maioria deles (85,29%), em contra partida nota-se a presença diária de manteiga e margarina na alimentação de 35,29% dos funcionários, e por fim as carnes salgadas, utilizadas geralmente em preparações como feijão, onde 44,11% dos funcionários informaram evitar a sua utilização (TABELA 2).

Em estudo realizado por Martins *et al.* (2013) onde foi avaliada a participação crescente de produtos ultraprocessados na dieta brasileira entre os anos de 1987 e 2009, notou-se um aumento na participação calórica de todos os produtos prontos para o consumo, tendo destaque para os embutidos, bebidas açucaradas, doces, chocolates, sorvetes e refeições prontas, mostrando que sua contribuição calórica triplicou nesse período.

Tabela 2- Frequência do consumo de alimentos industrializados
PERCENTUAL DE FREQUÊNCIA ALIMENTAR

ALIMENTO	Nunca	As vezes	1 V/S	2-3 V/S	4-5 V/S	T. Dias
Bebidas Adoçadas	35,29	26,47	20,58	8,82	2,94	5,88
Temperos Prontos	67,64	5,88	0	2,94	5,88	17,64
Biscoito Doce s/ Recheio	41,17	11,76	17,64	20,58	5,88	2,94
Biscoito Doce c/ Recheio	79,41	11,76	5,88	0	0	2,94
Biscoito Salgado	35,29	20,58	11,76	20,58	2,94	8,82
Doces e Balas	23,52	26,47	17,64	11,76	8,82	11,76
Salgadinhos	70,58	20,58	8,82	0	0	0
Embutidos	17,64	20,58	20,58	17,64	11,76	11,76
Refeições Pré-prontas	85,29	14,7	0	0	0	0
Manteiga/Margarina	23,52	14,7	8,82	17,64	0	35,29
Carnes Salgadas	44,11	20,58	11,76	8,82	8,82	5,88

V/S- Vezes por Semana; T. Dias- Todos os Dias.

Fonte: Dados coletados na unidade, 2019.

Estudos realizados por Silva (2017), observou-se que o aumento do IMC (Índice de Massa Corporal) e a CC (Circunferência da Cintura) tem grande influência do consumo alimentar, onde nota-se que maiores índices desses parâmetros estão associados ao alto consumo de ultraprocessados, devido ao elevado teor de açúcares, sódio e aditivos, presentes nesses alimentos.

CONCLUSÃO

Diante de todos os resultados encontrados, nota-se que os alimentos industrializados estão presentes na alimentação da maioria dos avaliados, e que o consumo destes alimentos tem relação com a inadequação de peso e circunferência da cintura, que são preditores para o desenvolvimento de DCNT's.

As atividades diárias e a necessidade de comer fora de casa, principalmente por pessoas que passam o dia no trabalho, mostra-se um fator condicionante para as escolhas alimentares inadequadas, o que reflete em uma curva ascendente de sobrepeso e risco para o desenvolvimento de DCNT's na população.

Faz-se necessário uma melhor conscientização da população sobre o excesso do consumo dos produtos industrializados e ultraprocessados, demonstrando os malefícios que esses alimentos poderão trazer para o organismo e incentivando uma alimentação baseada em alimentos in natura ou minimamente processados.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

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

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, E. C. C. *et al.* Consumo Alimentar De Risco e Proteção Para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Sua Associação Com a Gordura Corporal: um estudo com funcionários da área de saúde de uma universidade pública de Recife (PE). **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v. 19. n. 5, p. 1613-1622, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v19n5/1413-8123-csc-19-05-01613.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2021.

BARROSO, A. T. *et al.* **Associação entre a obesidade central e a Incidência de Doenças e Fatores de Risco Cardiovascular**, v. 30. n. 5, p. 416-424, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ijcs/v30n5/pt_2359-4802-ijcs-30-05-0416.pdf. Acesso em: 21 nov. 2019.

BIELEMANN, R. M. *et al.* Consumo de alimentos ultraprocessados e impacto na dieta de adultos jovens. **Rev Saúde Pública**, Pelotas, v. 49, n. 28, p. 1-10, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005572.pdf. Acesso em: 25 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção básica à Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília: Ministério da Saúde, 158p, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 22 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília, 86p, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf. Acesso: 22 outubro. 2019.

FARINEA, N; RICALDE, S. R; SIVIERO, J. Perfil nutricional e antropométrico de idosos participantes de um grupo de ginástica no município de Antônio Prado – RS. **RBCEH**, Passo Fundo,

v. 7, n. 3, p. 394-405, 2010. Disponível em: <http://docplayer.com.br/20425721-Perfil-nutricional-e-antropometrico-de-idosos-participantes-de-um-grupo-de-ginastica-no-municipio-de-antonio-prado-rs.html>. Acesso em: 24 set. 2019.

FONSECA, A. B. *et al.* Modernidade alimentar e consumo de alimentos: contribuições sócio-antropológicas para a pesquisa em nutrição. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 16, n. 9, p. 3853-3862, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a21v16n9.pdf>. Acesso em: 21 setembro. 2019.

JAIME, P. C; SANTOS, L. M. P. Transição nutricional e a organização do cuidado em alimentação e nutrição na Atenção Básica em Saúde. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro. n. 51, p. 72-85, 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>. Acesso em: 15 set. 2019.

MACIEL, E. S. *et al.* Consumo alimentar, estado nutricional e nível de atividade física em comunidade universitária brasileira. **Revista Nutrição. Campinas**. v. 25, n. 6. P. 707-718. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rn/v25n6/03.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2021.

MARTINS, A. P. B. *et al.* Participação crescente de produtos ultraprocessados na dieta brasileira (1987-2009). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 656-665, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n4/0034-8910-rsp-47-04-0656.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2021.

MORAES, P, M. **Identificação de fatores de riscos cardiovasculares e o impacto da intervenção nutricional em trabalhadores da indústria na região metropolitana de Belém, Pará**. p.1-83, 2010. Disponível em: <https://tede.ufam.edu.br/bitstream/tede/4276/1/PILAR%20MARIA%20DE%20OLIVEIRA%20MORAES.pdf>. Acesso em: 20 out. 2019.

MASSAROLI, L. C. *et al.* Qualidade de vida e o IMC alto como fator de risco para doenças cardiovasculares. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 16, n.1, p. 1-10, 2018. Disponível em: http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/3733/pdf_794. Acesso em: 21 nov. 2019.

PINHO, C. P. S. *et al.* Consumo de alimentos protetores e preditores do risco cardiovascular em adultos do estado de Pernambuco. **Rev Nutr**, Campinas, v. 25, n. 3, p. 341-351, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v25n3/04.pdf>. Acesso em: 23 out. 2019.

SILVA. **Associação entre o consumo de alimentos ultraprocessados e indicadores de obesidade no ELSA Brasil (2008 - 2010)**, p. 64, 2017. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-B4YGK9/1/disserta__o_final_fms_3_.pdf. Acesso em: 21 nov. 2019.

SOUZA, A. M. *et al.* Alimentos mais consumidos no Brasil: Inquérito Nacional de Alimentação 2008-2009. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47 supl.1, p. 190-199, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000700005. Acesso em: 23 out. 2019.

PERFIL COMPORTAMENTAL DE ESCOLARES COM HISTÓRICO FAMILIAR DE HIPERTENSÃO ARTERIAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

José Robertto Zaffalon Júnior¹;

Universidade do Estado do Pará – Laboratório de Ciências Morfofuncionais.

<http://lattes.cnpq.br/8638150719714736>

Keith Jaine Sousa da Costa²;

Universidade do Estado do Pará.

<http://lattes.cnpq.br/8157731013395588>

Thayanara Mendonça Lima³;

Universidade do Estado do Pará.

<http://lattes.cnpq.br/7942613614720293>

Pedro Bruno Lobato Cordovil⁴;

Clínica de Fisioterapia Pedro Bruno – Faculdade Serra Dourada.

<http://lattes.cnpq.br/2779056415503992>

Rosane Silva dos Santos⁵;

Universidade do Estado do Pará.

<http://lattes.cnpq.br/6287741366815448>

Gileno Edu Lameira de Melo⁶.

Universidade do Estado do Pará – Laboratório de Exercício Resistido.

<http://lattes.cnpq.br/3868893454427526>

RESUMO: A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica não transmissível, acometida por diversos fatores como o sedentarismo, tabagismo, hereditariedade, consumo de álcool e dietas inadequadas, muitos destes ocasionados por maus hábitos durante a adolescência. Com o estudo, buscou-se analisar as evidências científicas sobre os fatores de risco entre adolescentes com histórico familiar de hipertensão arterial sistêmica. O mesmo é oriundo de uma revisão integrativa, realizada nas bases de dados LILACS, Medline, SciELO, Bireme, Adolec e BV Saúde, nas quais foram utilizados os descritores hipertensão, adolescentes e fatores de risco. Foram obtidos 80 artigos no total, e após aplicação dos critérios de inclusão, foram analisados 7 trabalhos, sintetizados em um quadro comparativo. Mediante os resultados da presente pesquisa, constatou-se grande incidência de baixo nível de atividade física, maus hábitos alimentares, tabagismo e consumo de bebida alcoólica. Tais fatores são grandes influenciadores para o desenvolvimento da hipertensão arterial sistêmica, e quando associados ao histórico familiar, aumenta o seu índice de desenvolvimento. Tendo em vista que a somatória dos fatores de risco com histórico familiar é determinante para o desenvolvimento precoce da hipertensão arterial, faz-se necessárias mudanças comportamentais capazes de promover saúde a esse grupo etário.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão. Fatores de Risco. Adolescente.

BEHAVIORAL PROFILE OF SCHOOLS WITH A FAMILY HISTORY OF ARTERIAL HYPERTENSION: AN INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Systemic arterial hypertension is a non-communicable chronic disease, affected by several factors such as physical inactivity, smoking, heredity, alcohol consumption and inadequate diets, many of which are caused by bad habits during adolescence. We sought to analyze the scientific evidence on risk factors among adolescents with a family history of systemic arterial hypertension. The same comes from an integrative review, performed in the databases LILACS, Medline, Scielo, Bireme, Adolec and BV Health, which used the descriptors hypertension, adolescents and risk factors. A total of 80 articles were obtained, and after applying the inclusion criteria, 7 papers were analyzed, synthesized in a comparative table. Based on the results of the present research, a high incidence of low level of physical activity, bad eating habits, smoking and alcohol consumption was found. Such factors are major influencers for the development of systemic arterial hypertension, and when associated with family history, their development index increases. Bearing in mind that the sum of risk factors with family history is decisive for the early development of arterial hypertension, behavioral changes are necessary to promote health in this age group.

KEY-WORDS: Hypertension. Risk factors. Adolescent.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica multifatorial caracterizada pela elevação dos níveis pressóricos. Sua presença causa alterações funcionais e estruturais dos órgãos-alvo como coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos, alterações metabólicas e também aumenta o risco de problemas cardiovasculares fatais e não fatais (MALACHIAS et al., 2016).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que 24,7% da população brasileira apresentam diagnóstico de HAS, destes, cerca de 50% é da terceira idade e, surpreendentemente 5% em crianças e adolescentes (BRASIL, 2018). Dados da Organização Pan-Americana (OPAS) apontam que até 2025 os casos da doença possam atingir 60% da população mundial, havendo cerca de 7,1 milhões de mortes por ano acometidas pela HAS (STEIN; LANG; MIGOWSKI, 2018). As doenças cardiovasculares são as principais causas de morte no mundo, mais pessoas morrem anualmente por essas enfermidades do que por qualquer outra causa (MORAIS, 2016).

Em 2018 a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) realizou um estudo com 52.395 indivíduos maiores de 18 anos, no qual 4% informaram ter diagnóstico de HAS. O estudo destaca ainda que o público com menor grau de escolaridade tem maior índice de HAS. Em 2017 houve 141.878 mortes no Brasil devido a HAS ou a causas atribuídas a ela (BRASIL, 2018).

A HAS vem sendo considerada um dos maiores desafios da saúde pública, devido à alta prevalência entre a população jovem. Isso se dá devido à associação de fatores como obesidade, inatividade física, alimentação inadequada, consumo excessivo de sódio, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas e fatores genéticos (COSTA et al., 2012; NEVES; CÂNDIDO, 2013). Tais comportamentos de risco assumidos pelos indivíduos possibilitam o desenvolvimento de doenças cardiovasculares que podem se perdurar ao longo da vida (SANTOS et al., 2018).

Na adolescência, muitas mudanças ocorrem, haja vista que é uma fase marcada pelos impulsos do crescimento corporal, desenvolvimento emocional, mental e social. Assim como um período de experiências e definições de hábitos e estilos de vida, que possivelmente refletirão sobre a saúde do adulto (SANTOS; PRATTA, 2012). Mudanças corporais e alterações psíquicas, causadas pelas transformações biológicas, influenciam no consumo de alimentos altamente calóricos, que geram sensação de prazer e compensação psicológica (ECKHARDT et al., 2017). A busca pela aceitação social faz com que os adolescentes mudem seus comportamentos, o que pode deixá-los vulneráveis a fatores de riscos, como o consumo de bebidas alcoólicas, o uso de cigarros e outras drogas ilícitas, aumentando assim o risco de acometer doenças cardiovasculares e outras (SILVEIRA et al., 2013). Com base no exposto, o presente trabalho tem como objetivo analisar as evidências científicas sobre os fatores de risco entre adolescentes com histórico familiar de HAS.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo é oriundo de uma pesquisa integrativa, a qual tem como objetivo sintetizar os resultados obtidos sobre um determinado tema ou questão, fornecendo informações de forma mais abrangente e ordenada, produzindo assim, um conjunto de conhecimento (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

Sua elaboração perpassa por seis etapas, sendo estas, elaboração da pergunta norteadora, busca ou amostragem na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A pesquisa inicial nas bases de dados localizou 80 estudos por meio dos descritores Fatores de Riscos, Hipertensão e Adolescente, dos quais foram encontrados nas plataformas: Medline (13), LILACS (13), SciELO (26), Adolec (20) e BV Saúde (8). Os critérios de inclusão consistiram em artigos publicados entre 2009 e 2019, realizados no Brasil, tendo sido realizados com adolescentes com histórico familiar de hipertensão, entre 10 a 19 anos, tratando-se de pesquisa de campo, que abordassem a temática proposta. Como critério de exclusão, foram estudos de revisão, artigos repetidos e estudos que não atendessem à temática relevante ao alcance do objetivo da revisão.

Quanto ao objetivo, refere-se a uma pesquisa exploratória e descritiva, pois a pesquisa exploratória tem como principal finalidade “desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores” (GIL, 2008). Já a pesquisa descritiva objetiva descrever as características de determinadas populações ou fenômenos e o estabelece as relações entre as variáveis (GIL, 2008). Os estudos selecionados foram sintetizados, analisados e dispostos em quadros. Os dados extraídos dos artigos foram elaborados de forma descritiva, oportunizando a classificação e descrição dos dados, produzindo um conhecimento sobre a temática.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

As informações sintetizadas dos artigos selecionados estão expostas no Quadro 1 a seguir.

Quadro1 - Síntese das informações identificadas através da revisão integrativa.

Autor (es), revista e ano	Título do artigo	Objetivo	Amostra	Principais resultados
Kern, Silva, Sehn, Silva, Welser, Burgos e Reuter Revista Saúde e Pesquisa (2017)	Pressão arterial alterada em adolescentes: associação com fatores de risco às doenças cardiovasculares de seus pais	Verificar se existe associação entre pressão arterial (PA) alterada em adolescentes com fatores de risco às doenças cardiovasculares de seus pais	859 adolescentes sendo 312 com histórico familiar de HAS	Adolescentes com alteração na PA (19,4%); presença de doenças cardiovasculares entre os pais, como hipertensão (21,8%) e problemas circulatórios (16,8%)
Beck, Lopes, Farias Júnior e Borgatto Revista brasileira de hipertensão (2016)	Pressão arterial e fatores associados em adolescentes na região Sul do Brasil	Analisar a associação de fatores comportamentais e biológicos com a pressão arterial em adolescentes na região Sul do Brasil.	660 adolescentes de 14 a 19 anos, sendo 465 com histórico familiar de HAS	Adolescentes com valores mais elevados de IMC, glicemia e colesterol total, e maior ingestão de sódio e ácidos graxos saturados apresentaram valores mais elevados de PA. Jovens fisicamente mais ativos apresentaram valores mais baixos de PA.
Figueirinha e Herdy International Journal of Cardiovascular Sciences (2017)	Hipertensão Arterial em Pré-Adolescentes e Adolescentes de Petrópolis: Prevalência e Correlação com Sobrepeso e Obesidade	Determinar a prevalência de aumento dos níveis pressóricos arteriais de pré-adolescentes e adolescentes e correlacionar esses níveis pressóricos com a presença de sobrepeso ou obesidade e com a histórico familiar de hipertensão.	157 adolescentes, sendo 128 com histórico familiar de HAS.	81,5% apresentavam histórico familiar de HAS, 15,9% com sobrepeso e 15,3% com obesidade. Identificou-se histórico familiar de HAS em todos os adolescentes com níveis pressóricos alterados.

Sousa, de Oliveira e Zaffalon Júnior Revista Adolescência e Saúde (2019)	Análise do sistema autonômico de escolares com e sem histórico familiar de hipertensão arterial sistêmica	Analisar o sistema autonômico por meio da variabilidade da frequência cardíaca em escolares com e sem histórico familiar positivo de hipertensão arterial sistêmica.	243 escolares, sendo 120 com histórico familiar de HAS	Houve diferenças significativas dos valores percentuais da banda de baixa frequência no grupo filhos de hipertensos quando comparado aos filhos de normotensos, e dos valores percentuais de alta frequência grupo filhos de normotensos comparado ao grupo filhos de hipertensos
Bozza, Campos, Barbosa Filho, Stabelini Neto, Silva e Maziero Revista Arquivos Brasileiros de Cardiologia (2016)	Pressão Arterial Alterada em Adolescentes de Curitiba: Prevalência e Fatores Associados	Determinar a prevalência e os fatores associados com a pressão arterial alterada em adolescentes.	1.242 adolescentes, sendo 25,3% com histórico familiar de HAS	PA alterada em 18,2%. Mais chances de PA alterada foram encontradas nos indivíduos que possuíam ambos os pais com HAS e naqueles com a circunferência da cintura aumentada
Amorim, Pinto, Lima, Moraes e Silva Revista Adolescência e Saúde (2018)	Avaliação dos fatores de riscos cardiovasculares em adolescentes	Avaliar os fatores de risco cardiovasculares em estudantes do ensino médio da cidade de Iguatu-CE	224 adolescentes, sendo 69 com histórico familiar de HAS	Sedentarismo (75,4%), dislipidemia (68,3%), gordura corporal elevada (67%), etilismo (36%), histórico familiar para doenças cardiovasculares (30%), obesidade (20%) e hipertensão (16,5%)
Schommer, Barbiero, Cesa, Oliveira, Silva e Pellanda Arquivos Brasileiros de Cardiologia (2014)	Excesso de Peso, Variáveis Antropométricas e Pressão Arterial em Escolares de 10 a 18 Anos	Identificar a associação entre variáveis antropométricas e níveis pressóricos em escolares de 5ª a 8ª séries e avaliar qual medida obteve maior correlação com a medida dos níveis pressóricos	859 adolescentes, sendo 143 com histórico familiar de HAS	11,3% com PA alterada e 16,2% com valores limítrofes. Entre os familiares de primeiro grau, foram observados os seguintes percentuais: 28%, hipertensão; 12,6%, obesidade; 16,8%, dislipidemia; 6,7%, diabetes; 1,4%, doença cardiovascular.

Identificou-se em estudos realizados por Beck et al. (2016) e de Amorim et al. (2018) que o sedentarismo contribui significativamente para acometimento da HAS. Corroborando com o estudo de Lima et al. (2018), que evidenciou a relação entre o sedentarismo e o acometimento de doenças, principalmente diabetes mellitus tipo 2, HAS, obesidade entre outras. Quadros, Gutierrez, Ribeiro (2013) afirmam que os filhos de pais sedentários apontam maior incidência de inatividade física, demonstrando a influência comportamental dos pais sobre a construção de hábitos inadequados, que tornarão estes indivíduos mais suscetíveis às consequências negativas do baixo nível de atividade física futuramente, incluindo a elevação da PA.

Relacionando com o histórico familiar de HAS, Dias et al. (2017) salientam que a predisposição genética é um forte indicador do desenvolvimento da HAS. Por isso, os indivíduos sedentários com histórico familiar devem ficar atentos ao estilo de vida adotado, visto que o sedentarismo é um dos fatores que contribui para o aumento da PA e está associado a outras condições.

Embora o tabagismo seja apresentado como um fator de risco para o desenvolvimento de HAS, nas pesquisas de Beck et al. (2016), Bozza et al. (2016) e Amorim et al. (2018) não apresentaram altas taxas no público pesquisado. Todavia, o tabagismo juntamente com o consumo de álcool, podem ser grandes responsáveis no desenvolvimento de diversas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT's) que podem se iniciar na infância e se estender pela adolescência, chegando até a fase adulta. Geralmente, os fumantes adquirem o hábito de fumar e a compulsão à nicotina na adolescência, advindo da experimentação de cigarros, sendo este fator um dos fortes preditores da adição ao tabaco na vida adulta (VANIA et al., 2018). O hábito de fumar alarga riscos de morbimortalidade por DCNT's e é uma causa evitável nessa população.

No que diz respeito ao uso de tabaco e o desenvolvimento de HAS, Sousa (2015) expõe que o uso de tabaco e a exposição à fumaça do cigarro leva a ativação do sistema nervoso simpático. Sua ativação pode contribuir na elevação crônica da PA e o surgimento de HAS. Nessa perspectiva, adolescentes que tem convívio com familiares que fumam possuem menor probabilidade de controle ao uso de tabaco, e consequentemente correm maiores riscos de desenvolvimento da HAS.

Sabe-se que o tabaco causa efeitos no sistema cardiovascular, como o rompimento da parede de células que recobre os vasos sanguíneos, ocasionando uma má interferência no mecanismo de contração e relaxamento, e a nicotina presente no cigarro provoca o aumento do trabalho cardíaco (VANIA et al., 2018).

No que tange ao consumo alcoólico, Amorim et al. (2018) salientam que o consumo excessivo de bebidas alcoólicas contribui significativamente para o surgimento de DCNT's como a HAS, e em seu estudo, 36,6% do público pesquisado já consomem álcool. No entanto, Beck et al. (2016) destacam que embora o consumo alcoólico seja um fator de risco para a elevação da PA e o acometimento de HAS.

No entanto, Cordeiro et al. (2016) destacam que o consumo de bebidas alcoólicas por adolescentes está cada vez mais precoce. Isso se dá devido a alguns fatores, como o fácil acesso, podendo ser consumido até mesmo na presença de familiares. Assim como no estudo de Neves, Teixeira e Ferreira (2015), que evidenciaram a facilitação de bebida alcoólica como sendo um grande fator para o consumo dos adolescentes e os principais objetivos são diversão, companhia de amigos e a curiosidade.

A ingestão de álcool ocorre geralmente em ambiente com a presença de familiares, permitindo ao adolescente a vivência do consumo de bebidas com frequência, favorecendo o seu consumo também, haja vista que no ambiente familiar tende a ocorrer uma harmonia de comportamentos entre os indivíduos que ali residem (SILVA; PADILHA; ARAUJO, 2014).

Com relação à HAS, Almeida, Fook e Mariz (2016) corroboram que o consumo alcoólico elevado ocasiona o aumento da PA, sendo um fator de alto risco para o desenvolvimento da HAS. Os autores destacam ainda que o consumo mais elevado de álcool se encontra no público adolescente/jovens com idade igual ou superior a 15 anos.

No que se refere ao consumo de álcool e o acometimento de DCNT's, Andrade e Oliveira (2015) afirmam que há disparidade sobre sua contribuição para o desenvolvimento das enfermidades, especialmente se o consumo for leve ou moderado. No entanto, se o uso for intenso, o risco de desenvolver HAS é elevado. Este fator associado ao histórico familiar de HAS eleva ainda mais o desenvolvimento ainda na adolescência, pois consumo excessivo de álcool ocasiona alterações no ritmo cardíaco.

Com relação a PA alterada, os estudos de Figueirinha e Herdy (2017), Sousa, Oliveira e Zaffalon Júnior (2019), Bozza et al. (2016), Amorim et al. (2018) e Schommer et al. (2014) demonstraram que está cada vez mais comum em adolescentes, o que possibilita o desenvolvimento de HAS ainda na adolescência, haja visto que a alteração da PA é o principal fator de risco para o desenvolvimento da HAS.

No estudo de Tornquist et al. (2015) identificou-se que 15,9% dos pesquisados apresentam quadros de PA alterada (7,3% limítrofe e 8,6% hipertenso), sendo mais elevada no sexo masculino, entre os escolares que apresentam circunferência da cintura elevada e entre os que possuem histórico familiar de HAS.

A alteração da PA causa complicação nos órgãos alvos, principalmente no coração devido à pressão que o sangue exerce sobre os vasos sanguíneos. Esses problemas, associados ao histórico familiar de HAS tornam esses adolescentes vulneráveis ao desenvolvimento da doença, visto que a HAS é resultado da elevação da PA (PRÉCOMA et al., 2019).

Figueirinha e Herdy (2017), de Amorim et al. (2018) e Schommer et al. (2014) dissertam em seus estudos que a obesidade é um fator predisponente para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, reforçando que cerca de 20 a 30% dos casos de DCNT's apresentam alguma relação com a obesidade e sobrepeso. Corroborando com o estudo de Cordeiro et al. (2016), no qual expõem que HAS tem uma estreita relação com a obesidade, visto que nos achados de sua pesquisa feita com 477 adolescentes, 18,9% apresentaram diagnóstico de obesidade e um elevado nível de PA. Tal fator demonstra que estes adolescentes possuem altos riscos de desenvolverem HAS.

Um grande agravante para obesidade infantil é o histórico familiar, pois há uma somatória dos fatores ambientais e estilo de vida com os fatores genéticos, contribuindo assim para que os filhos se tornem obesos, explicitando com isso que o risco de uma criança ser obesa é baixo quando nenhum dos pais é obeso e filhos de pais obesos têm risco duas vezes maior de acometerem obesidade (FARIAS et al., 2018).

Carlucci et al. (2014) ressaltam que a obesidade é um fator de risco importante para o surgimento de DCNT's, já que o acúmulo de gordura corporal leva a disfunções orgânicas e os mecanismos pressóricos exacerbam com o aumento de peso. Possuindo histórico familiar de HAS, este risco se torna ainda mais eminente, visto que a predisposição para o desenvolvimento da HAS ocorre devido a efeitos metabólicos adversos nos níveis de PA, lipídeos e a resistência à insulina.

Verificou-se em estudo feito por Beck et al. (2016), que a ingestão de sódio e ácidos graxos por adolescentes indicam como fator de risco considerável para o desenvolvimento de DCNT's. Ratificando com Silva, Batista e Messias (2016), o consumo de ácidos graxos e sódio apresentam-se em alimentos industrializados, tais como, biscoitos, chocolates, salgadinhos, entre outros, sendo representado por um quantitativo de 178 (79,82%) do masculino e 151 (82,96%) do sexo feminino que consomem esses alimentos. Pinto e Silva (2016) apontam em estudo que o consumo de sódio pelos adolescentes representou acima do recomendado, com porcentagem representativa (cerca de 26% dos adolescentes), caracterizando uma dieta inadequada que, a longo prazo, oportuniza o acometimento de DCNT's.

Oliveira et al. (2016), ao desenvolverem um estudo em 124 municípios brasileiros, identificaram que 39,6% dos adolescentes ingerem quase sempre ou sempre esses alimentos, apontando grande risco de acometimento de DCNT's como diabetes, HAS e obesidade, uma vez que os consumos excessivos desses alimentos industrializados podem estar correlacionados ao surgimento dessas patologias (SILVA; NASCIMENTO; CARVALHO, 2018). O fator hereditário contribui significativamente para o desenvolvimento da patologia, ou seja, adolescentes com histórico familiar positivo estão mais predispostos ao acometimento da doença, quando relacionados com fatores ambientais aumentam as chances de instalação da HAS, pois os ácidos graxos e sódio afetam a pressão sanguínea (PRÉCOMA et al., 2019).

Constatou-se em estudo realizado por Beck et al. (2016), que a diabetes em adolescentes apresentou-se com valores representativos para acometimento de DCNT's. Fundamentando com a *International Diabetes Federation* (IDF), a qual realizou um estudo na América Central e América do Sul, no qual foi estimado que 26 milhões de indivíduos sejam diabéticos, e que 2 em cada 5 pessoas possuíam diabetes não diagnosticado. Desses 26 milhões de diabéticos, o Brasil encontra-se com 12,5 milhões, o que representa uma prevalência de 8,1% dos casos diagnosticados (BRACCO, 2019). De acordo com Pereira, Reis e Oliveira (2019), a diabetes por sua vez, apresenta-se como uma das patologias com genes dominantes, assim como a HAS, podendo também ser hereditária. Todavia, tais patologias envolvem os fatores genéticos e ambientais que contribui para o desenvolvimento. Ou seja, indivíduos com histórico familiar estão predispostos a desenvolver essas doenças, interagindo com fatores ambientais, levando ao seu acometimento.

Estudos de Beck et al. (2016) e Bozza et al. (2016) demonstraram a relação do colesterol alto e HAS, e os riscos para o seu desenvolvimento em crianças e adolescentes. Piletti, Strack e Adami (2015) confirmam que o colesterol alto na infância está fortemente associado ao excesso de peso e fatores de risco para doenças cardiovasculares, como diabetes e HAS. As dietas inadequadas, com consumo elevado de alimentos industrializados, ricos em gorduras, colesterol e sódio, juntamente com o sedentarismo, são responsáveis pelo acometimento de diversas DCNT's, em particular a HAS (TEIXEIRA et al., 2017).

Hábitos não saudáveis durante a infância, adquiridos no âmbito familiar por meio do consumo excessivo de gorduras, podem contribuir para o desenvolvimento da hipercolesterolemia (FRITZ et al., 2017), e o colesterol alto é um fator de risco para o acometimento da HAS. Assim, interagindo com fatores genéticos propiciam o desenvolvimento da mesma em adolescentes (SANTOS; RIBAS, 2018).

Em pesquisas realizadas no que se refere à circunferência da cintura, Bozza et al. (2016) e Schommer et al. (2014) evidenciaram em seus estudos que a circunferência da cintura é fator influenciador para o aumento dos níveis pressóricos em adolescentes. Santos et al. (2019), em sua pesquisa sobre a presença da circunferência da cintura alterada em adolescentes, identificou forte relação com aumento da PA. Piletti, Strack e Adami (2015) colaboram com seu estudo, apontando que os adolescentes que apresentam a circunferência da cintura alterada apresentam chances significativamente de terem a PA alterada, em comparação aos que possuem circunferência da cintura normal.

O aumento da circunferência da cintura está relacionado a maiores valores da PA em crianças e adolescentes (OLIOSA et al., 2019). Estudo de Tornquist et al. (2015) constatou que a prevalência de pressão elevada se apontou maior em escolares que apresentavam a circunferência elevada, com histórico familiar de HAS. Nesse sentido, adolescentes que apresentam a circunferência da cintura alterada tornam-se mais suscetíveis ao desenvolvimento DCNT's, ao relacionar-se com o histórico familiar positivo, sua influência genética os torna vulneráveis aos riscos para o desenvolvimento da HAS (EID et al., 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante os resultados da presente pesquisa, constatou-se que o sedentarismo, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, alteração da pressão arterial, obesidade, diabetes, hipercolesterolemia e circunferência da cintura elevada são fatores de risco para o desenvolvimento da HAS presentes entre adolescentes, e associado ao histórico familiar, aumenta ainda mais o risco de desenvolvimento da HAS na adolescência e fase adulta.

Nesta perspectiva, ressalta-se a importância de pesquisas voltadas para a temática, essencialmente para a identificação e intervenção quanto aos fatores de risco para a hipertensão arterial sistêmica. Tendo em vista que a somatória dos fatores de risco com histórico familiar é determinante para o seu desenvolvimento precoce, faz-se necessárias mudanças comportamentais capazes de promover saúde a esse grupo etário e futuras gerações.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Thassiany Sarmiento Oliveira de; FOOK, Sayonara Maria Lia; MARIZ, Saulo Rios. Associação Entre Etilismo Subsequente Hipertensão Arterial Sistêmica: Uma Revisão Sistematizada. **Revista Saúde e Ciência**, Campina Grande, v. 1, n. 5, p.76-90, 2016.

- AMORIM, Gilberto Gomes de et al. Avaliação dos fatores de riscos cardiovasculares em adolescentes. **Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p.27-35, 2018.
- ANDRADE, Arthur Guerra de; OLIVEIRA, Lúcio Garcia de. **Principais consequências em longo prazo relacionadas ao consumo moderado de álcool**. 2. ed. Rio de Janeiro: Cisa, 2015. 30 p.
- BECK, Carmem Cristina et al. Pressão arterial e fatores associados em adolescentes na região Sul do Brasil. **Rev. Bras. Hipertensão**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p.22-28, 2016.
- BOZZA, Rodrigo. et al. Pressão Arterial Alterada em Adolescentes de Curitiba: Prevalência e Fatores Associados. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. São Paulo, v. 106, n. 5, p. 411-418, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2018**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2018.
- CARLUCCI, Edilaine Monique de Souza et al. Obesidade e sedentarismo: fatores de risco para doença cardiovascular. **Ciência e Saúde**, Maringá, v. 4, n. 24, p.375-384, 2014.
- CORDEIRO, Jóctan Pimentel et al. Hipertensão Em Estudantes Da Rede Pública De Vitória/Es: Influência Do Sobrepeso E Obesidade. **Rev. Bras. Med. Esporte**, Vitoria/es, v. 22, n. 1, p.59-65, 2016.
- COSTA, Jonathan Veloso et al. Análise de fatores de risco para hipertensão arterial em adolescentes escolares. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. mar.- abr. 2012; 20.
- DIAS, Arieli Fernandes et al. Ocorrência e associação entre sobrepeso/obesidade e níveis de atividade física de escolares. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, São Paulo, v. 11, n. 70, p.871-879, 2017. Jan-dez.
- ECKHARDT, Joseane Pazzini et al. Padrões alimentares e nível de atividade física em adolescentes escolares. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [s.l.], v. 16, n. 2, p.1-8, 24 ago. 2017.
- FARIAS, Selene de Jesus et al. Hipertensão arterial sistêmica em crianças. **Revista Jrg de Estudos Acadêmicos**, [S.I.] v. 3, n. 1, p.1-8, 2018.
- FIGUEIRINHA, Flavio; HERDY, Gesmar Volga Haddad. Hipertensão Arterial em Pré-Adolescentes e Adolescentes de Petrópolis: Prevalência e Correlação com Sobrepeso e Obesidade. **International Journal Of Cardiovascular Sciences**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p.243-250, 2017.
- FRITZ, Camilla Kapp et al. Consumo alimentar, atividade física e risco cardiometabólico em crianças e adolescentes com diabetes tipo 1. **Braspen J**, Curitiba, v. 32, n. 4, p.308-314, 2017.
- GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas S.A., 2008.
- MALACHIAS, Mvb et al. Capítulo 1 - Conceituação, Epidemiologia e Prevenção Primária. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [s.l.], v. 107, n. 3, p.1-100, 2016.
- NEVES, Felipe Silva; CÂNDIDO, Ana Paula Carlos. **Prevalência e fatores de risco associados à hipertensão arterial em crianças e adolescentes**: uma revisão de literatura, Juiz de Fora, p.45-53, 2013.

- NEVES, Keila do Carmo; TEIXEIRA, Maria Luiza de Oliveira; FERREIRA, Márcia de Assunção. Factors and motivation for the consumption of alcoholic beverages in adolescence. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [s.l.], v. 19, n. 2, p.286-292, 2015.
- OLIOSA, Polyana Romano et al. Relação entre composição corporal e dislipidemias em crianças e adolescentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 24, n. 10, p.3743-3752, out. 2019.
- OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Doenças Cardiovasculares. Disponível em:<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=1096>. Acesso em: 10
- PILETTI, Dayana; STRACK, MaínaHemann; ADAMI, Fernanda Scherer. Risco cardiovascular de crianças e adolescentes. **Caderno Pedagógico**, Lajeado, v. 15, n. 1, p.9-21, 2015.
- PINTO, Sônia Lopes; SILVA, Rita de Cássia Ribeiro. Hipertensão arterial na infância e adolescência – prevalência no Brasil e fatores associados: uma revisão. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, Salvador, v. 14, n. 2, p.225-232, 18 fev. 2016. Universidade Federal da Bahia.
- SANTOS, A. S.; PRATTA, E. M. M. **Adolescência e uso de drogas à luz da psicanálise**: sofrimento e êxtase na passagem. Tempo Psicanalítico. Rio de Janeiro, 2012.
- SANTOS, Alan Magalhães et al. Fatores de risco para hipertensão em jovens universitários. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, [s.l.], v. 17, n. 1, p.48-60, 27 jun. 2018. Universidade Federal da Bahia.
- SANTOS, Dandara Milena Gomes dos; RIBAS, Simone Augusta. Dieta e fatores de risco para doenças cardiovasculares em escolares adolescentes: estudo transversal. **Revista Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p.56-64, 2018.
- SANTOS, Roseli de Jesus Lopes da Luz et al. Hipertensão arterial sistêmica em crianças e adolescentes - causas e profilaxias. **Brazilian Journal Of Health Review**, Curitiba, v. 2, n. 2, p.1063-1069, mar./abr. 2019.
- SCHOMMER, Vânia Ames et al. Excess Weight, Anthropometric Variables and Blood Pressure in Schoolchildren aged 10 to 18 years. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [s.l.], p.312-318, 2014.
- SILVA, Midiã da Costa; NASCIMENTO, Mikaele Silva; CARVALHO, Luiza Marly freitas de. Ingestão de alimentos industrializados por crianças e adolescentes e sua relação com patologias crônicas: uma análise crítica de inquéritos epidemiológicos e alimentares. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo, v. 12, n. 75, p.960-967, 2018. Jan./dez.
- SILVA, Silvio Eder Dias da; PADILHA, Maria Itayra; ARAUJO, Jeferson Santos. A interação do adolescente com o familiar alcoolista. **Rev. Enferm. Ufpe**, Recife, v. 1, n. 8, p.59-69, 2014.
- SILVEIRA, Lia Carneiro et al. Cuidado clínico em enfermagem: desenvolvimento de um conceito na perspectiva de reconstrução da prática profissional. **Escola Anna Nery**, [s.l.], v. 17, n. 3, p.548-554, set. 2013. GN1 Genesis Network.
- SOUSA, Emerson Branches de; OLIVEIRA, Luana Barbosa de; ZAFFALON JÚNIOR, José

Robertto. Análise do sistema autonômico de escolares com e sem histórico familiar de hipertensão arterial sistêmica. **Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p.88-93, 2019. Jan/mar.

STEIN, Airton Tetelbom; LANG, Eddy; MIGOWSKI, Arn. Implementing clinical guidelines: a need to follow recommendations based on the best evidence available. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v. 21, p.15-22, 22 out. 2018.

TEIXEIRA, Simone Marques et al. Alimentos consumidos por crianças em idade escolar: análise das tabelas nutricionais. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, Guarapuava, v. 11, n. 61, p.531-540, 2017. Jan./dez.

TORNQUIST, Luciana et al. Excess Weight And High Blood Pressure In Schoolchildren: Prevalence And Associated Factors. **Journal Of Human Growth And Development**, [s.l.], v. 25, n. 2, p.216-223, 20 out. 2015.

ATUALIZAÇÕES NO TRATAMENTO DE DISPLASIA NO QUADRIL: OSTEOTOMIA PERIACETABULAR E ARTROSCOPIA

Aline Prates Correia¹;

Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), Teixeira de Freitas, Bahia.

<http://lattes.cnpq.br/0497222809799257>

Kawan Moreira Santana²;

Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), Teixeira de Freitas, Bahia.

<http://lattes.cnpq.br/1622182555491342>

Mayra da Rocha Santos Freire³;

Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), Teixeira de Freitas, Bahia.

<http://lattes.cnpq.br/6579988774975373>

Ariel de Almeida Franco⁴;

Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), Teixeira de Freitas, Bahia.

<http://lattes.cnpq.br/9035479736684362>

Thiago Rodrigues Lisboa⁵;

Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), Teixeira de Freitas, Bahia.

<http://lattes.cnpq.br/9853941419362693>

Raério Rocha Leite⁶;

Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), Teixeira de Freitas, Bahia.

<http://lattes.cnpq.br/3774291909343773>

Lucia Friggi Pagoto⁷;

Universidade Iguaçu (UNIG), Itaperuna, Rio de Janeiro.

<https://orcid.org/0000-0001-9398-4691>

Thiago Regis Libório⁸;

Universidade Iguaçu (UNIG), Itaperuna, Rio de Janeiro.

<http://lattes.cnpq.br/6121278609892355>

Sérgio Silva de Freitas⁹.

Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), Teixeira de Freitas, Bahia.

<http://lattes.cnpq.br/5112407456821163>

RESUMO: Introdução: A Displasia do Desenvolvimento do Quadril (DDQ) pode impossibilitar a biomecânica perfeita, evoluindo com patologias que se agravam na fase adulta. Por isso, é de extrema importância o diagnóstico precoce e tratamento específico conforme a idade do paciente, que inclui técnicas protocoladas para evitar complicações. Objetivo: Apresentar novas evidências científicas no tratamento de osteotomia periacetabular, como os tratamentos de redução fechada e a utilização de artroscopia. Metodologia: Trata-se de uma revisão de literatura e estudo exploratório, descritivo de natureza básica, realizado em 20 de março de 2021. A busca foi realizada nas bases de pesquisa: Google Acadêmico, PubMed Central® e Scielo, através dos descritores: Displasia Pélvica

AND Luxação do Quadril OR Osteotomia. Foram incluídos artigos originais, nos idiomas inglês e português. Os dados obtidos foram submetidos a uma análise quantitativa simples, selecionando os resumos pertinentes para essa revisão. Resultados e Discussões: Foram encontrados quinze estudos, dos quais oito foram incluídos. Dois estudos relataram uma alta incidência de osteonecrose iatrogênica da cabeça do fêmur na redução fechada. Dois estudos apresentaram técnicas específicas de tratamento de acordo com a idade do paciente. Três estudos concluíram que menos do que 4 mm de diástase da articulação femoral aumenta o risco de necrose avascular do fêmur, que deve ser avaliada em todos os procedimentos de tratamento da DDQ. Um estudo resultou na utilização de artroscopia para redução da DDQ, confirmando um método menos invasivo e eficaz. Conclusão: Os resultados das técnicas desta revisão são semelhantes quanto à eficácia, possuindo melhores respostas no tratamento da DDQ em pacientes jovens, nos quais a redução se mostra suficiente para a reestabilização. Além disso, o uso da artroscopia é eficaz e pouco invasivo, mas não é impeditivo da realização de osteotomias acetabulares ou de encurtamento femoral.

PALAVRAS-CHAVE: Displasia Pélvica. Luxação do Quadril. Osteotomia.

UPDATES IN THE TREATMENT OF DYSPLASIA OF THE HIP: PERIACETABULAR OSTEOTOMY AND ARTHROSCOPY

ABSTRACT: Introduction: Developmental Dysplasia of the Hip (DDH) can prevent perfect biomechanics, evolving with pathologies that worsen in adulthood. For this reason, early diagnosis and specific treatment according to the patient's age are extremely important, which includes protocol techniques to avoid complications. Objective: to present new scientific evidence in the treatment of periacetabular osteotomy, such as closed reduction treatments and the use of arthroscopy. Methodology: This is a literature review and exploratory, descriptive study of a basic nature, carried out on March 20, 2021. The search was carried out in the search bases: Google Scholar, PubMed Central® and Scielo, using the descriptors: Dysplasia Pelvic AND Hip Dislocation OR Osteotomy. Original articles were included, in English and Portuguese. The collected data were discovered using a simple quantitative analysis, determining the relevant summaries for this review. Results and Discussions: Fifteen studies were found, of which were included. Two studies reported a high incidence of iatrogenic osteonecrosis of the femoral head in closed reduction. Two specific technical studies of treatment according to the patient's age. Three studies concluded that less than 4 mm of diastasis of the femoral joint increases the risk of avascular necrosis of the femur, which must be evaluated in all DDH treatment procedures. One study resulted in the use of arthroscopy to reduce DDH, confirming a less invasive and effective method. Conclusion: The results of the techniques of this review are similar in terms of efficacy, with the best responses in the treatment of DDH in young patients, in which the reduction is sufficient for re-stabilization. In addition, the use of arthroscopy is effective and not very invasive, but it does not prevent the performance of acetabular osteotomies or femoral shortening.

KEY-WORDS: Pelvic dysplasia. Hip dislocation. Osteotomy.

INTRODUÇÃO

A articulação do quadril depende do encaixe da cabeça do fêmur com o osso da pelve de forma exata, qualquer deformidade ou imperfeição viabiliza o surgimento de patologias que prejudicam a marcha. A Displasia do Desenvolvimento do Quadril (DDQ) se apresenta como um conjunto de anormalidades que pode estar associado a um deslocamento parcial ou completo do quadril. Dessa forma, pode impossibilitar a biomecânica perfeita, causando transtornos para o quadril em crescimento, que levam a patologias com início na infância, que se agravam na fase adulta. Por isso é de extrema importância o diagnóstico precoce destas alterações com uma avaliação ortopédica, ao evitar sequelas por diagnósticos tardios (GONÇALVES, 2020).

Graças a isso, o tratamento da DDQ segue um protocolo conforme a idade do paciente. Para recém-nascidos até aproximadamente 6 meses de vida, é importante destacar o uso do suspensório de Pavlik, ou equivalente de segurança, que ajuda na imobilização das pernas para melhor estabilização da articulação do quadril em desenvolvimento. Esse é um tratamento prolongado, que pode durar em torno de 12 meses. Já o tempo de uso do Gesso Pélvico Podálico (GPP) na maioria das vezes é de 3 meses (BARBOSA E ALBERNAZ, 2019). Além destes, o tratamento fisioterapêutico vai diminuir o risco de complicações que levariam ao tratamento cirúrgico, e pode melhorar a qualidade de vida dos pacientes, facilitando o retorno às atividades de vida diária, restabelecendo a biomecânica da articulação coxofemoral. Essas correções permitem a prevenção da Necrose Avascular da Cabeça Femoral (NACF), complicação mais frequente associada ao tratamento da DDQ (ANDRADE, AVILA E BOSSINI, 2015).

A redução incruenta do quadril é uma técnica de avaliação da tensão femoral que possui falhas, principalmente por facilitar a NACF. Nela, recomenda-se tracionar o fêmur e buscar o afastamento obtido da cabeça do fêmur até o acetábulo, e estabilizando com o GPP pelo tempo necessário. Entretanto, a NACF é uma complicação de curso devastador, que pode levar a displasia acetabular e incongruência articular e causar osteoartrite prematura (GARDNER et al., 2014).

Já na redução cruenta, é preconizada a via anterior, no qual o acetábulo deve ser acessado, com remoção de todos os tecidos possíveis de interposição. Após isso, a capsulorrafia é realizada. Caso haja tensão e, em especial, luxação à extensão do joelho, realiza-se a osteotomia de encurtamento femoral. Se houver zona de segurança estreita, pela falta de cobertura acetabular, é necessário realizar a osteotomia acetabular (SANKAR et al., 2019).

A utilização de artroscopia para redução da DDQ é uma técnica de diagnóstico e tratamento seguro e pouco invasivo. Por isso novas indicações estão sendo discutidas para o procedimento como no reparo da lesão do ligamento redondo, na capsulorrafia nos casos de instabilidade traumática e atraumática, na dissecação do nervo ciático e no reparo de lesões dos músculos glúteo médio e mínimo (CABRITA et al., 2015). Este estudo aborda novas evidências científicas no tratamento de osteotomia periacetabular, como os tratamentos de redução fechada e a opção da utilização de artroscopia.

METODOLOGIA

Este estudo seguiu uma abordagem exploratória e descritiva, de natureza básica, em que foi realizado levantamento bibliográfico nas seguintes bases de pesquisa: Google Acadêmico, PubMed Central® e Scielo, tendo sido utilizados artigos publicados na língua inglesa e portuguesa. Essa

pesquisa bibliográfica foi realizada em 20 de março de 2021, envolvendo a seguinte pergunta pesquisa: “Quais as novas evidências científicas no tratamento de displasia do quadril?”.

As primeiras pesquisas foram baseadas na pergunta-pesquisa, e em seguida foram utilizados os seguintes termos como descritores: Displasia Pélvica AND Luxação do Quadril OR Osteotomia. Para garantia de otimização na leitura das revisões foi utilizada a técnica Web-Scrapping, que é uma ferramenta aplicada para a coleta automatizada de informações com um instantâneo cruzamento de informações nas buscas, que economizou tempo quanto à busca, acesso, recuperação dos dados de interesse (MESCHENMOSER et al., 2016).

Foram incluídos nesta revisão sistemática estudos publicados sobre os tratamentos na DDQ, nos formatos de artigos originais, nos idiomas inglês e português. Foram excluídos desta revisão sistemática: artigos de opinião, revisões narrativas, meta-análises, editoriais, cartas aos editores, comentários, comunicações curtas, entrevistas e relatos especiais.

Os critérios de elegibilidade seguiram as diretrizes e procedimentos do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR). Assim, foi realizado um checklist com 27 itens e um fluxograma de quatro etapas para obtenção de uma análise qualitativa e quantitativa dos estudos de interesse (TRICCO et al., 2018). Para melhor rapidez, acurácia e orientação científica para busca bibliográfica, foi utilizada a estratégia metodológica PICOT (acrônimo para Paciente/População/Problema, Intervenção, Controle/Comparação, Outcomes/desfecho e Tempo), método mais difundido de garantia de eficácia de busca (LIRA E ROCHA, 2019).

A triagem dos títulos e resumos foi realizada pelo revisor de acordo com os critérios de elegibilidade. Após eliminação de duplicidade, foi verificado o mês e ano de publicação dos artigos, excluindo aqueles que não se enquadraram no período de busca desta revisão. Em seguida, foi realizada a web-scrapping dos resumos, e para complementar a busca de informações pertinentes que respondessem a pergunta problema foi feita a análise da introdução, resultados/discussão e conclusão de cada artigo.

A tabulação dos dados foi realizada de forma conjunta entre os revisores para garantia de refinamento da base de dados. Para isso, eles tinham acesso ao resumo, e quando necessário, ao texto completo das literaturas para confirmação. Na sequência e de forma independente e alternada, dois revisores fizeram a extração das informações, e o terceiro revisor avaliou a precisão dessa busca. Os dados coletados dos estudos foram tabulados e distribuídos em planilhas eletrônicas do programa Microsoft Excel® (versão 2016) para refinamento das análises.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram identificados 15 estudos sobre o tratamento de displasia no quadril, onde 8 foram incluídos de acordo com os critérios deste estudo. Um estudo retrospectivo multicêntrico avaliou a redução fechada de 78 pacientes, no qual 91% foram reduzidos fechados; destes, 85% necessitam de tenotomia dos adutores, 14% de tenotomia do psoas, 13% usaram tração pré-redução, e 34% haviam feito tratamento prévio com órtese de abdução. 90% foram mantidos com gesso, enquanto 10% foram diretamente para órteses, após a redução; dos que usaram gesso, 68% usaram órtese, depois de retirá-lo. 9% dos pacientes apresentaram falha da redução, em média 4 meses após o tratamento. Entretanto, vem-se observando que a incidência de osteonecrose iatrogênica da cabeça do fêmur pode

ser demasiadamente alta nessa modalidade de tratamento, que vem sendo questionada (SANKAR et al., 2019; ADANIR, YÜKSEL E BEYTEMUR, 2019).

Na redução incruenta a necessidade de acetabuloplastia se relaciona à idade da redução, presença de núcleo de ossificação e não realização de tratamento prévio com órtese. Já na cruenta, o estudo de Adanir, Yüksel e Beytemur (2019) sugere uma técnica padronizada de medição da distração femoral, durante a cirurgia. Nesta técnica, um peso equivalente a 20% do peso do paciente é acoplado a uma polia e traciona o fêmur em 30° de flexão. Em seguida é medida a distância entre os fios de kirschner que estão sobre a cabeça do fêmur e no acetábulo. Por fim, concluíram que menos do que 4 mm de distração aumenta o risco de NACF, que deve ser avaliada em todos os procedimentos de tratamento da DDQ (ANDRADE, AVILA E BOSSINI, 2015; GARDNER et al., 2014).

Já a utilização de artroscopia para redução da DDQ permite realizar as tenotomias, a higiene acetabular e a ressecção do ligamento amarelo e corte do ligamento transverso, sem a necessidade de vias abertas, podendo ser associada, se necessário, a uma osteotomia acetabular aberta (SERDA et al., 2019; CABRITA et al., 2015). Na comparação entre a técnica artroscópica e a técnica tradicional de redução, quando realizado acesso medial pela via de Ludloff, foi evidenciado principalmente o risco de lesão da artéria circunflexa medial, que levaria à NACF. Isso ocorreu em 4 dos casos abertos, mas também em 2 dos artroscópicos, em significância estatística (SERDA et al., 2019).

No tratamento da displasia acetabular há espaço ainda para outras osteotomias, que podem ser luxações do quadril, como a osteotomia de Dega nas doenças neuromusculares, em que a falha de cobertura é principalmente posterior, e Salter ou Pemberton para a DDQ clássica, em que a falha de cobertura é, na maioria das vezes, anterolateral. Entretanto, com os estudos de imagem tridimensional, tem se observado que a deformidade na DDQ pode não se limitar às alterações clássicas. Um estudo comparou a técnica de San Diego modificada, com a técnica de Pemberton, que mostraram resultados equivalentes, mas a San Diego tem a vantagem de possibilitar o molde da correção, anterior ou posteriormente, conforme o enxerto utilizado. Além disso, é mais facilmente ensinada, aprendida e executada pelos profissionais (BADRINATH et al., 2019).

A avaliação da deformidade acetabular levará a osteotomias direcionadas especificamente para cada paciente no futuro. Enquanto isso, outras técnicas clássicas vêm apresentando atualizações nos estudos. Por exemplo, em casos de falha de cobertura anterolateral a osteotomia pode provocar redução do volume acetabular e, em consequência, aumento da pressão na cabeça do fêmur e na cartilagem trirradiada (ESMAEILNEJAD-GANJI et al., 2019).

CONCLUSÃO

A DDQ é uma das doenças mais estudadas na ortopedia, e ainda há muito a ser estudado e aperfeiçoado no tratamento cirúrgico. Para isso, é importante avaliar a tensão de redução ao redor da articulação do quadril, para que seja feita livre de tensão, minimizando o risco de NACF, que é uma das principais complicações associadas ao tratamento de DDQ.

Em resumo, novas técnicas devem ser estimuladas, replicadas e comprovadas de forma a protocolar o ambiente cirúrgico. Os resultados das técnicas desta revisão são semelhantes quanto à eficácia, possuindo melhores respostas no tratamento da DDQ em pacientes jovens, nos quais a redução se mostra suficiente para a reestabilização. Além disso, o uso da artroscopia é eficaz e pouco

invasivo, mas não é impeditivo da realização de osteotomias acetabulares ou de encurtamento femoral.

Os principais objetivos do tratamento eficaz é prevenir a NACF, aplicar a melhor técnica para correção do índice acetabular e prever dificuldades de redução ou pior prognóstico. Para isso, a fisioterapia é indispensável no tratamento da DDQ, reduzindo riscos de possíveis complicações e facilitando a melhora das atividades de vida diária.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

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

REFERÊNCIAS

ADANIR, O.; YÜKSEL, S.; BEYTEMUR, O. A new method for the assessment of reduction tension during open reduction in patients with developmental dysplasia of the hip. **Eklemler Hastalıkları Cerrahisi**, v.30, n.1, p.38-45, 2019.

ANDRADE, M. N.; AVILA, P. E. S.; BOSSINI, E. S. Tratamento fisioterapêutico da displasia do desenvolvimento do quadril: revisão bibliográfica. **Revista Paraense de Medicina**, v.29, n.1, 2015.

BADRINATH, R.; BOMAR, J.D.; WENGER, D.R.; MUBARAK, S.J.; UPASANI, V.V. Comparing the Pemberton osteotomy and modified San Diego acetabuloplasty in developmental dysplasia of the hip. **Journal of Children's Orthopaedics**, v.13, n.2, p.172-9, 2019.

BARBOSA, R. O.; ALBERNAZ, E. P. Perfil dos pacientes diagnosticados com displasia do desenvolvimento do quadril. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v.54, n.5, 2019.

CABRITA, H. A. B. A.; TRINDADE, C. A. C.; GURGEL, H. M. C.; LEAL, R. D.; MARQUES, R. F. S. Artroscopia de quadril. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v.50, n.3, 2015.

ESMAEILNEJAD-GANJI, S.M.; ESMAEILNEJAD-GANJI, S.M.R.; ZAMANI, M.; ALITALESHI, H. A newly modified Salter osteotomy technique for treatment of developmental dysplasia of hip that is associated with decrease in pressure on femoral head and triradiate cartilage. **BioMed Research International**, v.6, 2019.

GARDNER RO, BRADLEY CS, HOWARD A, NARAYANAN UG, WEDGE JH, KELLEY SP. The incidence of avascular necrosis and the radiographic outcome following medial open reduction in children with developmental dysplasia of the hip: a systematic review. **The Bone & Joint Journal**, v.96, p.279-86, 2014.

GONÇALVES, K. C. et al. Main pediatric orthopedic pathologies of the hip: a literature review. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 2, p.3218-3230, 2020.

LIRA, R. P. C.; ROCHA, E. M. PICOT: Imprescriptible items in a clinical research question. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, v. 82, n. 2, 2019.

MESCHENMOSER, P. et al. Scraping Scientific Web Repositories: Challenges and Solutions for Automated Content Extraction. **D-Lib Magazine**, v. 22, n.9, 2016.

TRICCO, A.C. et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. **Annals of Internal Medicine**, v. 167, n. 7, p. 467-473, 2018.

SANKAR, W.N.; GORNITZKY, A.L.; CLARKE, N.M.P.; HERRERASOTO, J.A.; KELLEY, S.P.; MATHENEY, T.; et al.; International Hip Dysplasia Institute. Closed reduction for developmental dysplasia of the hip: Early-term results from a prospective, multicenter cohort. **Journal of Pediatric Orthopaedics**, v.39, n.3, p.111-8, 2019.

SERDA, D.; YALKIN, C.; HAKAN, S.; HANIFI, U.; DENIZ, A.; TIMUR, Y. Arthroscopic versus open, medial approach, surgical reduction for developmental dysplasia of the hip in patients under 18 months of age. **Acta Orthopaedica**, v.2, p. 1-7, 2019.

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO EM MOTRICIDADE OROFACIAL PARA SÍNDROME DE DOWN: REVISÃO DE LITERATURA

Ariane de Assis Ramos¹;

Universidade Federal de Sergipe (UFS), Lagarto, Sergipe.

<http://lattes.cnpq.br/1439984752143244>

Gerlane Karla Bezerra Oliveira Nascimento².

Universidade Federal de Sergipe (UFS), Lagarto, Sergipe.

<http://lattes.cnpq.br/2282851857493295>

RESUMO: A Síndrome de Down apresenta características anatômicas específicas que podem afetar o sistema estomatognático, como a hipotonia muscular, cavidade oral reduzida, má oclusão dentária e macroglossia, portanto a avaliação fonoaudiológica desses pacientes deve integrar aspectos miofuncionais específicos, além de maior conhecimento a respeito das condições sociais, o que pode afetar o desenvolvimento motor e cognitivo do indivíduo. O presente estudo tem por objetivo apresentar uma proposta de desenvolvimento do protocolo de avaliação em motricidade orofacial voltado para pessoas com Síndrome de Down, que busca avaliar de forma adequada as particularidades consequentes da síndrome, baseando-se em uma revisão de literatura. Foi realizado um levantamento bibliográfico nas bases de dados Scielo-Brasil, Medline/Pubmed, LILACS e Scopus, utilizando descritores e critérios de elegibilidade. Foram selecionados 20 artigos que passaram a compor a revisão integrativa de caráter qualitativo. A proposta do protocolo foi desenvolvida com o resultado das análises, e é constituído por 5 partes, sendo elas: Identificação, história pregressa, avaliação global e estrutural, avaliação funcional e avaliação de fala, sendo necessária a aplicação por diferentes profissionais no público-alvo, que pode abranger todas as idades e gêneros, para que assim seja testado e validado, porém já pode servir de instrumento norteador no processo avaliativo clínico fonoaudiológico.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome de Down. Sistema Estomatognático. Fonoaudiologia.

OROFACIAL MIOLOGY EVALUATION PROTOCOL FOR DOWN SYNDROME: LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Down syndrome has specific anatomical characteristics that may affect the stomatognathic system, such as muscular hypotonia, reduced oral cavity, poor dental occlusion, enlargement of the tongue, therefore, the speech therapy evaluation of these patients must integrate the specific myofunctional aspects, in addition to greater knowledge about the conditions which can affect the individual's motor and cognitive development. The present study aimed to present an evaluation protocol proposal applied to orofacial motricity in patients with Down Syndrome, which seeks to adequately assess the consequent particularities of the syndrome based on a literature review. Therefore, an integrative review was carried out in the Scielo-Brasil, Medline/Pubmed, LILACS

and Scopus databases, using descriptors and eligibility criteria. Thus 20 articles were eligible and examined in a qualitative approach. The produced protocol contains five domains: Identification, past history, global and structural assessment, functional assessment and speech assessment. The Orofacial Motricity Assessment Protocol for Down's Syndrome was built from a literature review and depends on its application by different professionals in the target audience, in all ages and genders, so that it can be tested and validated. However, it can already serve as a guiding instrument in the clinical speech-language evaluation process.

KEY-WORDS: Down Syndrome. Stomatognathic System. Speech Therapy.

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Down é uma alteração genética causada pela trissomia do cromossomo 21, foi descrita por John Langdon Down em 1866.

Existem três tipos de trissomia 21: a trissomia livre ou simples que corresponde a 96% dos casos e ocorre devido a não disjunção do cromossomo 21 em todas as células do organismo; existe também a translocação que acomete 4% dos casos, onde um dos pais apresenta um cromossomo 21 completo e outro não completo, que se junta a outro cromossomo (geralmente o 14), na concepção, esses dois cromossomos 21 se juntam ao do parceiro formando dois cromossomos completos e um translocado; e o terceiro tipo é o mosaïcismo, que representa entre 0,5 e 1% dos casos, onde o fenômeno de não disjunção do par de cromossomos 21 não acontece em todas as células, portanto, se esse fenômeno surgir no início da disjunção genética, maior será a porcentagem de células trissômicas e vice-versa¹.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, nascem em média 8 mil pessoas com Síndrome de Down por ano no Brasil. Houve um crescimento expressivo tanto do número de nascimento de pessoas com a síndrome quanto da expectativa de vida das mesmas, sendo que atualmente a cada 550 nascidos vivos, uma possui trissomia. Em 1929 a expectativa de vida dessas pessoas era de 19 anos, enquanto atualmente chega a 60 anos².

Suas características faciais são geralmente de fácil reconhecimento, como face e língua alargadas, nariz e boca pequenos, e olhos ligeiramente inclinados para cima. Também possuem comumente problemas cardíacos e respiratórios.

Na parte motora podemos encontrar: presença de cavidade oral reduzida, hipotonia dos músculos orais e faciais, má oclusão dentária e macroglossia. Podem apresentar também alterações no desenvolvimento do sistema nervoso central e na motilidade esofágica, acarretando prejuízos nas funções estomatognáticas, onde pode-se atuar diretamente dentro da motricidade orofacial³, que busca a promoção da saúde dentro dos aspectos miofuncionais nas funções do sistema estomatognático, como fala, respiração, sucção, mastigação e deglutição.

Face ao exposto, o presente estudo tem por principal objetivo apresentar uma proposta de desenvolvimento do protocolo de avaliação em motricidade orofacial voltado para pessoas com Síndrome de Down baseado em uma revisão de literatura.

METODOLOGIA

¹BISSOTO, Maria Luiza. Desenvolvimento cognitivo e o processo de aprendizagem do portador de síndrome de Down: revendo concepções e perspectivas educacionais. Ciências e Cognição, 2005. p. 80-87.

²DÉA, Vanessa Helena Santana Dalla; DUARTE, Edison. Síndrome de Down, informações, caminhos e histórias de amor. Editora Phorte. São Paulo, 2009.

³SALES, André Vinicius Marcondes Natel; GIACHETI, Célia Maria; SILVA, Paula Cristina Cola, Roberta Gonçalves da. Análise qualitativa e quantitativa da deglutição orofaríngea na Síndrome de Down. CoDAS. [online], volume 29. 2017. p. 02.

Esta pesquisa seguiu os princípios de uma revisão integrativa de caráter qualitativo. As buscas foram realizadas em cinco bases de dados bibliográficas: PubMed, Web of Science, Scielo, LILACS e Scopus. Ao finalizar as pesquisas em cada base, as referências duplicadas foram excluídas.

Foram selecionados artigos publicados entre 2004 e 2019. Em busca prévia de literatura foi identificado que nos últimos dez anos ocorreu um acentuado número de publicações sobre o escopo da pesquisa, sendo que nos seis anos anteriores foram encontrados artigos de suma importância para a construção do protocolo, o que justifica a escolha do período de referência eleito para a busca sistemática. Foram selecionados artigos escritos em inglês, português ou espanhol.

A população de estudo varia de 2 para 7512 participantes, o que demonstra uma grande disparidade. Quanto ao local, observou-se que a maior parte dos artigos foi publicada em periódicos americanos, dos 20 artigos selecionados, 16 foram publicados em periódicos internacionais.

Descritores utilizados: Protocolo, Síndrome de Down, Trissomia 21, Sistema estomatognático, Fonoaudiologia. Operador lógico booleano utilizado: AND. Critérios de inclusão e exclusão: Foram incluídos todos os artigos originais e disponíveis indexados no período entre 2009 e 2019, que relacionavam os descritores apresentados. Foram excluídas revisões sistemáticas, artigos incompletos e anteriores a 2009.

As referências captadas foram incluídas em uma tabela no programa Microsoft Excel. A partir dessa tabela, foi possível a organização dos principais itens dos métodos e dos resultados de cada artigo selecionado (autor, ano, local, população de estudo e resultados).

Seguindo os critérios de exclusão e inclusão definidos no método e subtraídas às referências repetidas constantes em mais de uma base de dados, foram selecionados 20 artigos no total.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram selecionados 20 artigos para integrar a revisão de literatura, sendo que o quantitativo de referências encontradas nas bases de dados para o presente estudo, foi de 51,8% na Scielo, 25,8% na MedLine, 13% na Scopus e 9,7% na Lilacs.

Número de artigos encontrados em cada ano:

2010	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1	2	1	2	2	7	4	1

Fonte: Elaborado pela própria autora.

A partir da seleção dos artigos conforme os critérios de inclusão pode-se observar que a maioria das publicações abordavam apenas os aspectos de linguagem na Síndrome de Down, fato que pode estar atrelado à necessidade prévia de abordagem para o desenvolvimento cognitivo adequado. A pesquisa das características específicas em motricidade orofacial ainda é pouco explorada.

Mais da metade das publicações aborda crianças com Síndrome de Down, sendo que nenhum artigo sobre idosos foi encontrado, apenas sobre envelhecimento precoce envolvendo o sistema estomatognático.

Quanto aos principais resultados encontrados, a maior parte relata a importância de identificar a individualidade de cada sujeito, mesmo que esteja atrelado às características gerais da síndrome, como por exemplo a hipotonia, cada indivíduo terá um grau diferente a ser trabalhado. Dentre as alterações relacionadas à Motricidade Orofacial na Síndrome de Down, destacou-se nos artigos a apneia obstrutiva do sono que pode estar relacionada a outros fatores comuns nessa síndrome, como a obesidade e doenças respiratórias, além disso, disfagia e alterações miofuncionais.

Desenvolvimento Da Proposta

A partir da literatura consultada, propõe-se a criação de um protocolo de avaliação em motricidade orofacial para Síndrome de Down.

O protocolo pode ser aplicado em pessoas com Síndrome de Down em todas as idades, devendo selecionar os aspectos a serem avaliados de acordo com cada idade, e é constituído por cinco partes, sendo elas: identificação, história pregressa, avaliação global e estrutural, avaliação funcional e avaliação da fala.

Para sua aplicação, são necessários: luvas, lanterna, espátula e estetoscópio.

A primeira parte do protocolo é constituída pelos dados de identificação, tanto do paciente quanto do cuidador (se houver). No total são 21 itens, a saber: nome do paciente, data da avaliação, nome do responsável, data de nascimento, idade atual contendo anos e meses, sexo, escolaridade, nível de alfabetização, quantidade de anos estudados, condições de moradia que consta também o número de habitantes na casa, renda familiar, profissão/ocupação do paciente, dados dos cuidadores, telefones para contato, endereço, quais encaminhamentos foram realizados, outros acompanhamentos, uso de medicamentos, quais são as doenças associadas (se houver), queixa principal e diagnóstico genético da Síndrome de Down.

Pacientes com Síndrome de Down possuem dependência para com seus cuidadores, dessa forma é de suma importância ter os dados do cuidador de forma geral, podendo incluir rotina, idade e dificuldades apresentadas⁴.

Crianças com Síndrome de Down, entre 12 e 18 meses, que crescem em ambientes domiciliares adequados têm importantes ganhos no desenvolvimento motor, dessa forma surge a necessidade de um maior conhecimento a respeito das condições de moradia do paciente⁵.

O segundo tópico é composto pela História Pregressa, que identifica os dados gestacionais de forma geral, além do histórico vinculado à Síndrome. Contém 11 itens, sendo eles: idade materna

e paterna no período da gestação, consanguinidade entre os pais, tipo de parto, peso ao nascer, Apgar, quando obteve o diagnóstico da Síndrome de Down, se possui antecedentes familiares com esta síndrome, se houve complicações durante a gestação, se amamentou logo ao nascer, se teve dificuldades durante a amamentação e história geral do recém-nascido.

A terceira parte do protocolo é composta pela avaliação global e estrutural, começando pela qualidade do sono, essa avaliação tem respaldo na literatura⁶ que mostra que crianças com Síndrome de Down têm maiores chances de desenvolver doenças otorrinolaringológicas, o que reforça a necessidade de identificar previamente

⁴BARROS, Alina Lúcia Oliveira; BARROS, Amanda Oliveira; BARROS, Geni Leda de Medeiros; SANTOS, Maria Teresa Botti Rodrigues. Sobrecarga dos cuidadores de crianças e adolescentes com Síndrome de Down. *Ciênc. saúde coletiva*, vol.22, nº 11. Rio de Janeiro, 2017.

⁵KNYCHALA, Natália Alves Goulart Knychala; OLIVEIRA, Edna Alves de; ARAÚJO, Lúcio Borges de; AZEVEDO, Vivian Mara Gonçalves de Oliveira. Influência do ambiente domiciliar no desenvolvimento motor de lactentes com síndrome de Down. *Fisioter. Pesqui.* [online], vol.25, nº 2. 2018. p. 203-207.

⁶LIZAMA, Macarena. Perfil de morbilidad otorrinolaringológica en niños con síndrome de Down. Publicado por Elsevier España na *Revista Chilena de Pediatría*, 2015. p. 319.

apneias obstrutivas do sono e doenças respiratórias para não comprometer o desenvolvimento destes indivíduos.

Os dados contidos neste protocolo para a identificação da qualidade do sono do paciente são os principais sintomas da apneia obstrutiva do sono (despertar noturno, posição anormal durante o sono, presença de ronco, sonolência diurna, mudanças de humor constantes durante o dia e alterações de concentração). Além disso, os itens: se baba no travesseiro, horário para dormir e acordar e fatores associados à apneia obstrutiva do sono como a obesidade e hipertrofia de adenoides.

Juntamente na avaliação global, é necessário identificar fatores associados ao envelhecimento precoce que pode ocorrer a partir dos 25 anos em alguns indivíduos, onde ocorrem a senescência de órgãos, imunidade rebaixada, perda de força muscular e capacidade funcional, além de déficits de memória⁷.

Sendo assim, no protocolo constam as principais características do envelhecimento precoce nessa síndrome, sendo elas: presença de cabelos brancos, perda de cabelo, dificuldade de audição e Alzheimer.

Na avaliação estrutural consta: idade da erupção dentária, já que pessoas com Síndrome de Down possuem atraso na mesma, o que gera uma série de consequências como, por exemplo a mal oclusão⁸, fluxo de salivação de crianças com SD que pode ser considerado indicador de risco de saúde bucal para eles⁹, e o tônus muscular

⁷MOREIRA, Lília Maria de Azevedo; SANTOS, Renata Melo dos; BARBOSA, Marise Souza;

VIEIRA, Mônica Jacobina Fonseca; OLIVEIRA, Wiliane Santos de. Envelhecimento precoce em adultos com síndrome de Down: Aspectos genéticos, cognitivos e funcionais. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, 2019. p. 2-6.

⁸BERTHOLD, Telmo Bandeira; ARAUJO, Vanessa Pereira de; ROBINSON, Wanyce Miriam; HELLWIG, Ingeburg. Síndrome de Down: aspectos gerais e odontológicos. *R. Ciências médicas e biológicas*, v. 3, n. 2. Salvador, 2004. p. 252-260.

⁹PINZÓN, Alicia Leonor; LÓPEZ-PÉREZ, Rubén; ENRÍQUEZ-RIVERA, Félix Manuel; AYALA, Fernando Javier Aguilar; REJÓN-PERAZA, Marina Eduvigis. Características de la saliva en niños con Síndrome de Down. *Acta Pediatr Mex.*, 2017. p. 355-362.

diminuído¹⁰. Além deste, a movimentação espontânea, controle cervical e de tronco, postura corporal, condições da pele, grau de oclusão na escala Angle, Mallampati, postura de repouso mandibular, postura habitual de lábios, presença de eversão no lábio inferior, palato ósseo, integridade, tonicidade, mobilidade e postura de lábios, língua, bochechas e palato muscular.

O quarto tópico do protocolo é referente à avaliação funcional, onde o primeiro item é avaliação da mamada, já que devido à hipotonicidade e as diferenças morfológicas do palato ósseo em lactentes com Síndrome de Down, a amamentação pode ser prejudicada¹¹. Dentro dessa avaliação consta: tipo de mamilo da mãe, fissuras nos seios, tipo de freio lingual, tipo da pega, se há trancamento mandibular, fraqueza e lentidão de sucção, movimentos arrítmicos, escape, lábios evertidos durante a mamada, incoordenação entre respiração e deglutição e se há sinais de estresse.

Juntamente com a avaliação funcional está a avaliação dos reflexos orais, onde os dois primeiros (Reflexo de busca e Reflexo de sucção) devem ser avaliados apenas em crianças. O próximo tópico é a avaliação da mastigação/deglutição. Recomenda-se que esta e a avaliação seguinte sejam realizadas com gravações para melhor observação das estruturas e do desempenho. Deve-se saber o volume, em qual consistência, qual instrumento utilizado e que alimento foi ofertado. A partir da administração do alimento, os itens para a avaliação são: respiração, vedamento labial, pausas, coordenação entre mastigação e deglutição, tipo de movimento mandibular, qual a posição da língua durante a mastigação/deglutição, se houve intercorrências, se houve escape extra oral, tempo de trânsito oral, número de deglutições, elevação laríngea, odinofagia, se houve resíduo em cavidade oral após a deglutição, se houve sinais sugestivos de penetração e/ou aspiração laringotraqueal, se há protrusão exacerbada de língua, ausculta cervical e se houve movimentos compensatórios.

¹⁰OLIVEIRA, Marian; PACHECO, Vivian. Características fonéticas e contrastes fonológicos em dados de fala de pessoas com Down: Perspectiva da Geometria de Traços. *Vol. 32-2*, 2016. p. 73-90.

¹¹KLINGEL, Daniel; HOHOFF, Ariane; KWICIEN, Robert; WIECHMANN, Dirk; STAMM, Thomas. Growth of the hard palate in infants with Down syndrome compared with healthy infants: a retrospective case control study. *PLoS ONE* 12, 2018. p.02.

A quinta e última avaliação do protocolo é a avaliação da fala, onde se observa todos os aspectos durante a conversa espontânea, dessa forma, avalia-se: controle de saliva, se há acúmulo da mesma, como está a abertura de boca, posição de língua, movimento labial e mandibular, ressonância,

articulação, velocidade e coordenação pneumofonoarticulatória.

O protocolo é finalizado com as observações, caso seja necessário, onde o aplicador pode colocar mais informações que não constem nos itens anteriores. Logo após, o item de Orientações, que devem ser feitas ao paciente e/ou seu responsável, também consta a conduta fonoaudiológica a partir do que foi observado durante a avaliação e por último a identificação do fonoaudiólogo responsável.

CONCLUSÃO

Existem poucos instrumentos que facilitem a avaliação clínica voltada para a motricidade orofacial dentro da fonoaudiologia, e na Síndrome de Down em específico esse número é quase inexistente, sendo assim, houve a necessidade de elaborar o Protocolo de Avaliação em Motricidade Orofacial para Síndrome de Down, que busca nortear a avaliação fonoaudiológica de maneira completa.

É indispensável que o presente instrumento seja aplicado por diferentes profissionais no maior número possível de pacientes que tenham a síndrome, para testar a confiabilidade e validação do mesmo.

Após sua validação, este protocolo poderá contribuir para a prática clínica dentro da motricidade orofacial voltada para Síndrome de Down, elucidando os aspectos miofuncionais atrelados e contribuirá para a realização de futuras pesquisas na área.

REFERÊNCIAS

- Andrean CMA, Gomes CF, Machado FMC, Ghirello-Pires CSA. **Descrição do palato duro em crianças com Síndrome de Down**. *Disturb Comun*. 2013;25(3):347-358.
- BAKER AB, FARHOOD Z, BRANDSTETTER KA, TEUFEL RJ, LAROSA A, WHITE DR. **Tonsillectomy in Children with Down Syndrome: a national cohort of inpatients**. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2017;157(3):499-503.
- BARROS, Alina Lúcia Oliveira; BARROS, Amanda Oliveira; BARROS, Geni Leda de Medeiros; SANTOS, Maria Teresa Botti Rodrigues. **Sobrecarga dos cuidadores de crianças e adolescentes com Síndrome de Down**. *Ciênc. saúde coletiva*, vol. 22, nº 11. Rio de Janeiro, 2017.
- BERTHOLD, Telmo Bandeira; ARAUJO, Vanessa Pereira de; ROBINSON, Wanyce Miriam; HELLWIG, Ingeburg. **Síndrome de Down: aspectos gerais e odontológicos**. R. Ciências médicas e biológicas, v. 3, n. 2. Salvador.
- BISSOTO, Maria Luiza. **Desenvolvimento cognitivo e o processo de aprendizagem do portador de síndrome de Down: revendo concepções e perspectivas educacionais**. *Cien Cogn*.
- BONANATO K, PORDEUS IA, COMPART T, OLIVEIRA AC, ALLISON PJ, PAIVA SM. **Cross-cultural adaptation and validation of a Brazilian version of an instrument to assess impairments related to oral functioning of people with**. *Health Qual Life Outcomes*. 2013;11(4):1-7.
- DAMASCENO LN, BASTING RT. **Facial analysis in Down's Syndrome patients**. *Rev GauchOdontol*. 2014.

- DÉA, Vanessa Helena Santana Dalla; DUARTE, Edison. **Síndrome de Down: informações, caminhos e histórias de amor**. São Paulo: Phorte Editora, 2009.
- D'Esposito CF, Farhood Z, Backer AB, Nguyen SA, LaRosa AC, Lal C. et al. **Assessment of weight gain following adenotonsillectomy in children with Down syndrome**. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2017;100:103-106.
- FRAGA DFB, PEREIRA KR, DORNELLES S, OLCHIK MR, LEVY DS. **Avaliação da deglutição em lactentes com cardiopatia congênita e síndrome de Down: estudo de casos**. *Rev CEFAC*. 2015;17(1):277-285.
- GÉNOVA L, CERDA J, CORREA C, VERGARA N, LIZAMA M. **Buenos indicadores de salud en niños con síndrome de Down: alta frecuencia de lactancia materna exclusiva a los 6 meses**. *Rev Chil Pediatr*. 2018;89(1):32-41.
- KLINGEL, Daniel; HOHOFF, Ariane; KWICIEN, Robert; WIECHMANN, Dirk; STAMM, Thomas. **Growth of the hard palate in infants with Down syndrome compared with healthy infants: a retrospective case control study**. *PLoS One*. 2018.
- KNYCHALA, Natália Alves Goulart Knychala; OLIVEIRA, Edna Alves de; ARAÚJO, Lúcio Borges de; AZEVEDO, Vivian Mara Gonçalves de Oliveira. **Influência do ambiente domiciliar no desenvolvimento motor de lactentes com síndrome de Down**. *Fisioter. Pesqui.* [online], vol. 25, nº 2. 2018.
- LEITE JC, NEVES JCJ, VITOR LGV, FUJISAWA DS. **Controle postural em crianças com síndrome de Down: avaliação do equilíbrio e da mobilidade funcional**. *Rev Bras Ed Esp*. 2018;24(2):173-182.
- MOREIRA, Lília Maria de Azevedo; SANTOS, Renata Melo dos; BARBOSA, Marise Souza; VIEIRA, Mônica Jacobina Fonseca; OLIVEIRA, Wiliane Santos de. **Envelhecimento precoce em adultos com síndrome de Down: aspectos genéticos, cognitivos e funcionais**. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, 2019.
- Movimento Down [Internet]. **As diferentes formas da trissomia 21**. [citado em 2019 nov 24]. Disponível em: <http://www.movimentodown.org.br/2013/08/as-diferentes-formas-da-trissomia-21-2/>
- OLIVEIRA, Marian; PACHECO, Vivian. **Características fonéticas e contrastes fonológicos em dados de fala de pessoas com Down: perspectiva da geometria de traços**. *Linguist*. 2016.
- LIZAMA, Macarena. **Perfil de morbilidad otorrinolaringológica en niños con síndrome de Down**. Publicado por Elsevier España na Revista Chilena de Pediatría, 2015.
- PINHEIRO DLSA, ALVES GAS, FAUSTO FMM, PESSOA LSF, SILVA LA, PEREIRA SMF, et al. **Efeitos da eletroestimulação associada ao treino mastigatório em pessoas com síndrome de down**. *CoDAS*. 2018;30(3):e20170074.
- PINZÓN, Alicia Leonor; LÓPEZ-PÉREZ, Rubén; ENRÍQUEZ-RIVERA, Félix Manuel; AYALA, Fernando Javier Aguilar; REJÓN-PERAZA, Marina Eduviges. **Características de la saliva en niños con Síndrome de Down**. *Acta Pediatr Mex.*, 2017. □□□

SALES, André Vinicius Marcondes Natel; GIACHETI, Célia Maria; SILVA, Paula Cristina Cola, Roberta Gonçalves da. **Análise qualitativa e quantitativa da deglutição orofaríngea na Síndrome de Down.** CoDAS. [online], volume 29. 2017.

Trindade AS, Nascimento MA. **Avaliação do desenvolvimento motor em crianças com Síndrome de Down.** Rev Bras Ed Esp. 2016;22(4):577-588.

Woda A, Nicolas E, Mishellany-Dutour A, Hennequin M, Mazille M-N, Veyrune JL. et al. **The masticatory normative indicator.** J Dent Res. 2010;89(3):281-285.

Xanthopoulos MS, Walega R, Xiao R, Prasad D, Pipan MM, Zemel BS. et al. **Caregiver-reported quality of life in youth with Down Syndrome.** J Pediatr. 2017;189:98-104.

ANEXO 1

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO EM MOTRICIDADE OROFACIAL PARA SÍNDROME DE DOWN

1 - Identificação

Nome: _____ Data: ____/____/____

Nome do responsável: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade Atual: ____ a ____ m Sexo: () M () F

Escolaridade: _____ () Alfabetizado () não-alfabetizado. Anos estudados: _____

Residência: () própria () cedida () alugada () outros _____

Renda familiar: _____ Número de habitantes na casa: _____

Profissão/Ocupação: _____

Dados do cuidador: _____

Telefones para contato: _____

Endereço: _____

Encaminhado por: _____

Outros acompanhamentos: _____

Uso de medicamentos: _____

Doenças associadas: () Diabetes () Hipertensão () Cardiopatias ()

Outros _____

Queixa principal: _____

Diagnóstico genético: () Trissomia livre do cromossomo 21

() Trissomia 21 por mosaicismo

() Translocação

2 - História Pregressa

Idade materna: _____ Idade paterna: _____ Consanguinidade entre os pais: () Não () Sim

Parto: () Normal () Cesárea

Peso ao nascer: _____ g Apgar: _____ Idade em que obteve o diagnóstico: _____

Antecedentes familiares? () Não () Sim.

Quais? _____

Complicações durante a gestação? () Não () Sim.

Quais? _____

Foi amamentado logo ao nascer? () Não () Sim

Teve dificuldades durante a amamentação? () Não () Sim.

Quais? _____

Breve relato do RN (chorou ao nascer? Houve necessidade de O₂? Esteve na UTIN? Se sim, por quantos dias?) _____

3- Avaliação Global e estrutural

Qualidade do sono:

- () Despertar noturno () Posição anormal durante o sono () Presença de ronco
() Sonolência diurna () Mudanças de humor constantes durante o dia
() Alterações de concentração () Outros: _____
Baba no travesseiro? () Não () Sim
Horário para dormir: _____ Horários para acordar: _____
Fatores associados: () Obesidade () Hipertrofia de adenoide () Outros: _____

Envelhecimento precoce:

- () Presença de cabelos brancos () Perda de cabelo
() Dificuldade de audição () Alzheimer

Avaliação estrutural:

Idade da erupção dentária: _____

Movimentação espontânea: () normal () reduzida () aumentada

Tônus muscular: () normal () hipotônico () hipertônico () flutuante

Controle de tronco: () senta com apoio () senta sem apoio () ausente

Controle cervical: () adequado () ausente

Postura corporal: () Organizado () Desorganizado

Condições da pele: () Íntegra () não íntegra

Condições dentárias: () Ausência de componente dentário () Total superior

() Total inferior () Parcial superior () Parcial inferior

() Decídua () permanente () mista

Quantidade de dentes na arcada superior: _____

Quantidade de dentes na arcada inferior: _____

Oclusão (Angle): () Classe I () Classe II () Classe III

Mallampati: () Classe I () Classe II () Classe III () Classe IV

Tônus global: () Normal () Hipotenso () Hipertenso

Fissura: () Não () Sim – () Pré forame () Pós forame

() Completa () Incompleta

Postura de repouso mandibular: () Normal () Aberta () Desviada para a direita

() Desviada para a esquerda

Postura habitual de lábios: () Abertos () Entreabertos () Selados

Presença de eversão labial: () Sim () Não

Sensibilidade intra oral: () Normal () Hipersensibilidade () Hipossensibilidade

Sensibilidade extra oral: () Normal () Hipersensibilidade () Hipossensibilidade

Palato ósseo: () Normal () Alto () Baixo () Atrésico () Largo

	Integridade	Tonicidade	Mobilidade	Postura
Lábios:	() S () N	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() NL () AL	() NL () AL
Língua:	() S () N	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() NL () AL	() NL () AL
Bochechas	() S () N	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5	() NL () AL	() NL () AL
Palato muscular:	() S () N	_____	() NL () AL	() NL () AL

Legenda: Sim(S) / Não(N) / Normal(NL) / Alterado(AL) / Ausência(1) / Reduzido(2) / Adequado(3) / Aumentado(4)

4 – Avaliação funcional

Observação da mamada:

Tipo de mamilo mãe: () protuso () semiprotuso

Fissuras: () apenas um seio () ambos os seios

Frênulo lingual: () adequado () inadequado () curto () longo

Pega: () preensão do mamilo e da aréola () preensão apenas do mamilo

Trancamento mandibular: () presente () ausente

Fraqueza de sucção: () presente () ausente

Lentidão de sucção: () presente () ausente

Movimentos arrítmicos: () presente () ausente

Escape: () presente () ausente

Lábios evertidos durante a mamada: () sim () não

Incoordenação entre respiração e deglutição: () presente () ausente

Sinais de estresse: () escape de leite () soluço () engasgo () cianose () queda de saturação
() choro () nenhum

Avaliação dos reflexos orais

Reflexo de busca: () adequado () ausente () exacerbado () débil

Reflexo de sucção: () adequado () ausente () exacerbado () débil

Reflexo de mordida: () adequado () ausente () exacerbado () débil

Reflexo de engasgo: () adequado () ausente () exacerbado () débil

Reflexo de GAG: () adequado () ausente () exacerbado () débil

Avaliação mastigação/deglutição

Volume ofertado: _____ mL _____ g

Consistência: () Líquido () Pastoso () Sólido

Qual o alimento utilizado? _____

Utensílios utilizados: () Colher () Copo () Canudo () Outros: _____

Respiração: () Oral () Nasal () Misto

() Torácica () Abdominal () Costodiafragmática

Vedamento labial: () Adequado () Fraco () Ausente

Pausas: () Adequadas () Longas () Ausentes

Mastigação/Deglutição: ☐ Coordenação ☐ Incoordenação
Movimento mandibular: ☐ Adequado ☐ Com tremor ☐ Travamento ☐ Ausente
 ☐ Exagerado ☐ Verticais ☐ Horizontais ☐ Ruído
Língua: ☐ Retraída ☐ Alargada ☐ Com tremores
 ☐ Protrusão acentuada ☐ Incoordenação de movimentos
Intercorrências: ☐ Tosse ☐ Engasgo ☐ Náusea ☐ Vômito ☐ Cianose
 ☐ Palidez ☐ Esforço respiratório
Escape extra oral: ☐ Ausente ☐ Presente
Tempo de trânsito oral: ☐ Adequado ☐ Aumentado
Número de deglutições: ☐ Única ☐ Múltiplas ☐ Ausente
Elevação laríngea: ☐ Adequada ☐ Reduzida ☐ Ausente
Odinofagia: ☐ Ausente ☐ Presente
Resíduo em cavidade oral: ☐ Ausente ☐ Presente
Sinais sugestivos de penetração e/ou aspiração laringotraqueal: ☐ Sim ☐ Não
Protrusão exacerbada de língua: ☐ Sim ☐ Não
Ausculata cervical: ☐ Adequada ☐ Alterada

Movimentos compensatórios? ☐ Não ☐ Sim. Especificar: _____

5- Avaliação de fala

Saliva: ☐ Deglute ☐ Espirra ☐ Baba ☐ Acumula na comissura
 ☐ Acumula no lábio inferior
Abertura de boca: ☐ NL ☐ AL
Posição da língua: ☐ Adequada ☐ No assoalho ☐ Anteriorizada ☐ Posteriorizada
 ☐ Ponta baixa e laterais altas
Movimento labial: ☐ Adequado ☐ Reduzido ☐ Exagerado
Movimento mandibular: ☐ Adequado ☐ Desvio à direita ☐ Desvio à esquerda
 ☐ Anteriorizado
Ressonância: ☐ Equilíbrio oronasal ☐ Uso excessivo nasal ☐ Uso reduzido nasal
 ☐ Laringofaríngea
Articulação: ☐ Adequada ☐ Imprecisão sistemática ☐ Imprecisão assistemática
Velocidade: ☐ Normal ☐ Adequada ☐ Reduzida
Coordenação pneumofonoarticulatória: ☐ Adequada ☐ Alterada

Observações _____

Orientações _____

Conduta

Fonoaudiólogo: _____

ÍNDICE REMISSIVO

A

Abordagem do enfermeiro 95, 97, 104
Acesso à saúde 14, 16, 19, 21
Ácido ribonucleico (rna) 76, 77
Acolhimento 95, 96, 104, 106, 119, 153, 154, 156, 169, 170
Adaptação transcultural 118, 121, 122, 127
Adolescentes 83, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 266, 268
Alimentação saudável 207, 227, 229, 233, 241
Alimentos industrializados 235, 237, 239, 240, 241, 250, 253
Alimentos ultraprocessados 235, 237, 241, 242
Ambiente hospitalar 186, 188, 189, 190, 191
Ansiedade 17, 27, 31, 32, 101, 112, 135, 136
Antropometria 235
Aprendizagem ativa 149
Artroscopia 255, 257, 259
Atenção à saúde de idosos 227
Atenção primária à saúde 70, 71, 74
Atividade curricular (ac) 149, 150
Atuação profissional 186
Atuação profissional do psicólogo 186
Ausência e/ou insuficiência de recursos 14
Autocuidado 17, 118, 126, 127, 133, 136, 152, 203, 205, 209, 212, 214
Autonomia pessoal 202

B

Biomarcadores 36, 37, 38, 41
Biomecânica 255, 257
Bronquiolite obstrutiva 130, 131

C

Campanhas preventivas 76
Características anatômicas específicas 262
Ciências sociais 19, 20, 21, 25
Complexidade de saúde 193, 195
Complicações da covid-19 70
Conceito de saúde 19, 33
Condições de vulnerabilidade 19, 24, 31
Condições sociais 15, 23, 262
Contato materno com tabaco durante a gestação 141
Coronavírus 14, 15, 18, 33, 34, 36, 43, 74
Cotidiano médico 46
Cotidiano social 46
Covid-19 7, 8, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 49, 50, 51, 52, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 150
Covid-19 e as manifestações oculares 46, 48
Cuidado à saúde 83, 159, 193
Cuidado centrado no paciente 118, 119, 120, 121, 122
Cuidado da população idosa 227, 233
Cuidados de enfermagem 130, 132
Cuidados respiratórios 58, 60

D

Danos físicos da covid-19 70
Degradação das funções dos pulmões 130
Desenvolvimento 141, 145, 234, 255, 257, 265, 268
Desenvolvimento motor e cognitivo 262
Desigualdades sociais 19
Detecção do vírus sars-cov-2 24, 35
Dieta saudável 227
Dietas inadequadas 243, 250
Displasia do desenvolvimento do quadril (ddq) 255, 257
Displasia pélvica 255, 256, 258
Disseminação do vírus 21, 46, 53, 55
Doença crônica não transmissível 243
Doença pulmonar obstrutiva crônica (dpoc) 130, 131
Doenças crônicas 6, 138, 210, 228, 231, 236, 237, 239, 248, 252

E

Educação em saúde 73, 106, 126, 156, 198, 221, 223, 225, 227, 229, 230, 232, 233
Educação interprofissional 193, 195
Emergências psiquiátricas 95, 96, 97, 104
Encurtamento femoral 256, 257, 260
Enfermeiro 95, 97, 98, 107, 110, 111, 116
Enfisema 130, 131
Ensino-pesquisa-extensão e serviço 193, 197
Envelhecimento 76, 82, 202, 205, 214, 215, 216, 219, 221, 224, 225, 226, 267, 269
Envelhecimento populacional 201, 202, 209, 212, 214, 217
Enzima transcriptase reversa 76, 77
Epidemias 22, 23, 25, 27, 30, 31
Equidade em saúde 19, 20, 21, 23
Equipe de saúde 194
Escala 136, 145, 160
Estado nutricional 228, 234, 235, 237, 238, 239, 242
Estratégias de igualdade 14, 17
Estudantes 252
Estudo de validação 118
Exposição da gestante ao tabaco 140, 144, 145

F

Familiares no processo terapêutico 106
Fatores de risco 22, 85, 88, 131, 243, 245, 246, 247, 250, 251, 252, 253
Feminização 76
Fisioterapia 58, 60, 61, 64, 67, 68, 162, 260
Fonoaudiologia 262, 264
Formação profissional 101, 173, 193, 197, 200
Fortalecimento do sistema único de saúde (sus) 193
Frequência alimentar 235

G

Gestação 141
Gestão da clínica 149
Gestão do cuidado 149, 150, 151
Grupo de vírus 70, 71
Grupos terapêuticos 106

H

Hábitos alimentares 227, 229, 230, 236, 243
Hipertensão arterial sistêmica 231, 243, 244, 247, 251, 254
Hospitais públicos 160, 171
Hospital privado 118, 127, 160
Humanização 106, 156, 157, 189

I

Impactos econômicos 14, 16
Imunidade 37, 39, 40, 42, 78, 89, 266
Infecção da covid-19 70
Infecção sexual 84
Ingestão de calorias 235, 236, 237
Instituições de saúde universitárias 160, 161
Instrumento de avaliação 159, 160
Integridade de órgãos, sistemas e funções 59, 68
Interprofissionalidade 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200
Intervenção da psicologia 186
Isolamento social 14, 16, 17, 19, 21, 24, 25, 30, 33, 228

L

Limitação do fluxo aéreo 130, 131
Linfócitos tcd4 76, 86, 89, 90
Luxação do quadril 256, 258

M

Manutenção do emprego 14
Medicina social e urbana 19
Medidas de controle 15, 46
Mestrado profissional 149
Modelo de assistência 118
Monitoramento respiratório 58, 60
Motricidade orofacial 262, 263, 265, 268
Multiprofissionalidade 193, 195, 196, 197, 198, 199

N

Necrose avascular do fêmur 256
Nutrição adequada 227, 228

O

Oficinas educativas 193, 196
Oftalmologia 46, 48, 49, 50, 53, 55
Osteotomia 256, 258
Osteotomia periacetabular 255, 257
Osteotomias acetabulares 256, 260

P

Paciente bipolar 106
Pacientes pós-covid 19 59
Pacientes soropositivos 84
Padrões alimentares 235, 236
Pandemia 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 23, 24, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 40, 41, 42, 46, 48, 49, 50, 51, 52, 56, 62, 67, 68, 70, 71, 150
Pandemia no cotidiano dos oftalmologistas 46
Panorama epidemiológico 76

Patologias 85, 86, 88, 89, 208, 211, 212, 231, 234, 250, 253, 255, 257
 Perfil epidemiológico da aids 76
 Pessoas socialmente vulneráveis 14
 Política pública do sus 149, 157
 População vulnerável socialmente 14, 78
 Portfólio reflexivo 149, 150
 Práticas de segurança 46, 53, 55
 Práticas em saúde 149, 150, 151
 Precauções clínicas 46, 48
 Prevenção 47, 48, 252
 Prevenção de complicações 130, 131
 Prevenção do hiv 76
 Problemas mentais 14
 Procedimentos técnicos 95
 Processo de ensino-aprendizagem 149, 151, 161
 Processo de envelhecimento 203, 204, 205, 208, 209, 211, 212, 214, 217, 227, 232
 Processo de sexualidade 216
 Processo educacional 149, 151
 Processo saúde-doença 19, 20, 86, 114, 134, 137, 203
 Produtos industrializados 235, 236, 241
 Profissionais da atenção primária à saúde 70
 Profissionais de saúde 30, 31, 32, 33, 34, 37, 40, 41, 42, 47, 50, 51, 53, 72, 73, 82, 112, 118, 120, 123, 124, 125, 126, 127, 136, 147, 156, 186, 189, 191, 193, 194, 195, 196, 197, 199, 201, 206, 207, 218, 233
 Profissional fisioterapeuta 59, 68
 Programa de educação pelo trabalho para a saúde (pet-saúde) 193, 194
 Programas de residência em saúde 160, 169
 Promoção de saúde 17, 32, 130, 131
 Proteoma salivar 36, 41
 Psicologia 33, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 194, 205, 213

Q

Qualidade de vida 17, 60, 63, 64, 66, 67, 71, 73, 109, 113, 114, 131, 133, 147, 170, 172, 173, 203, 205, 209, 210, 212, 213, 221, 222, 225, 226, 227, 228, 229, 231, 232, 233, 234, 238, 257
 Quantificação de imunoglobulinas 35

R

Reabilitação pulmonar 59, 60, 61, 62, 66, 67, 68
 Reações emocionais 27, 32
 Reconhecimento na democratização 14
 Recursos financeiros 14
 Relação terapêutica 95, 97, 98, 101, 102, 103, 104, 112, 113, 114
 Residências em saúde 160, 161
 Residentes médicos 160, 164
 Resposta imune 35, 37, 39, 40, 42, 77
 Retrovírus sars-co-v-2 27, 29
 Risco de exposição 46

S

Saliva 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 47, 267, 269
 Saneamento básico 14, 16, 23, 24, 25
 Saúde de indivíduos e de populações 149
 Saúde de mãe e filho 140
 Saúde do idoso 202
 Saúde infantil 141
 Saúde mental da sociedade 27, 29
 Saúde ocular 46, 48, 53

Sedentarismo 243, 248, 250, 251, 252
Sequelas 27, 58, 60, 64, 66, 68, 70, 71, 72, 73, 96, 187, 189, 257
Serviço ambulatorial 67, 193, 196, 197
Serviços especializados em saúde mental 106, 109
Serviços hospitalares 95, 97, 104
Sexualidade 108, 216, 218, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226
Sexualidade idosa 216, 218, 220, 222, 223, 224
Sífilis 84, 85, 91
Sífilis secundária 84, 87
Síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) 76, 77
Síndrome de down 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270
Síndrome pós-cuidados intensivos 70
Síndromes respiratórias agudas 70, 71
Sistema de informação de agravos de notificação (sinan) 76, 78
Sistema de saúde privado 19
Sistema de saúde pública 19
Sistema estomatognático 262, 263, 265
Sistema único de saúde 70
Sofrimento psicológico 27
Substituição dos alimentos 235, 236
Surtos epidêmicos 19, 23

T

Tabagismo 141
Teoria de enfermagem 130, 132
Terapêutica 95, 97, 103, 107
Testes de sífilis 84, 91
Trabalho interprofissional 193, 196
Transmissão do vírus 40, 46, 47, 53, 55, 89
Transprofissionalidade 193, 195, 196, 198
Transtorno afetivo bipolar 106, 108, 111, 115
Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (tdah) 141, 142
Transtornos de saúde mental 27, 32
Tratamento clínico de morbidades 227

U

Unidade de terapia intensiva 66, 70, 74
Unidades básicas de saúde 70
Uso materno ativo e passivo do tabaco 140, 142

V

Ventilação mecânica invasiva 67, 70
Vida do idoso 227, 234
Virilidade 216, 223
Vírus da imunodeficiência humana (hiv) 37, 40, 76, 85, 86



editoraomnisscientia@gmail.com 
<https://editoraomnisscientia.com.br/> 
@editora_omnis_scientia 
<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 
+55 (87) 9656-3565 



editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora_omnis_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 