ISSN 1982-8829, 2022. VOL. 16, N.01. PUBLICADO EM 2025.

TEMPUS

ACTAS DE SAÚDE COLETIVA

VOL 16
Nº 01

FOTO: RADILSON CARLOS GOMES

EDITORAS
MA. LUANA DIAS DA COSTA
DRA. NATÁLIA F. DE ANDRADE

"ATENÇÃO NUTRICIONAL A PUÉRPERAS NA PERSPECTIVA DO AUTOCUIDADO E DA INTEGRIDADE DA SAÚDE DA MULHER EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA POTIGUAR"

"DESAFIOS DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO SISTEMÁTICA QUALITATIVA"

"ATENÇÃO DOMICILIAR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA REVISÃO CRÍTICA SOBRE O PROGRAMA MELHOR EM CASA"

TEMPUS actas de saúde coletiva

EDITORA ECOS

© 2024 Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP)
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

REVISTA TEMPUS ACTAS DE SAÚDE COLETIVA

Coordenação Editorial Ana Valéria M. Mendonça Elmira L. M. S. Simeão
Maria Fátima de Sousa
José da Paz Oliveira Alvarenga

Coordenação Institucional
Laboratório ECoS

Unidade de Tecnologia da Informação e Comunicação em Saúde do Núcleo de Estudos em Saúde Pública – UTICS/NESP/UnB

Equipe Técnica de TI
Rogério Pritke
João Paulo Fernandes da Silva

Revisão de Citações e Referências
Luana Dias da Costa
Natália Fernandes de Andrade

Revisão
Luana Dias da Costa
Josivania Silva Farias

Diagramação e Publicação
Mônica Peres
Ísis Gabrielle Ribeiro Mesquita
Giovana Raquel Neves Ceriaco

Editores Científicos Luana Dias da Costa
Natália Fernandes de Andrade

Editores Consultivos
Elmira L. M. S. Simeão Mônica Peres

Para mais informações sobre a Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva:
Unidade de Tecnologia da Informação e Comunicação em Saúde do Núcleo de Estudos em Saúde Pública SCLN 406 Bloco A, 2º andar, Asa Norte, Brasília (DF), Brasil
CEP 70847-510
Tel.: (55++61) 3340-6863
Fax: (55++61) 3349-9884
E-mail: uticsnesp@unb.br

Ficha Catalográfica - Mônica R. Peres - CBR 1339

Tempus. Actas de Saúde Coletiva / Coordenadores Ana Valéria M. Mendonça, Elmira L. M. S. Simeão, Maria Fátima de Sousa, José da Paz Oliveira Alvarenga - v. 16, n.01. - Brasília : Editora Ecos, 2022. / Organizadores / Luana Dias da Costa, Natália Fernandes de Andrade.

Trimestral
Obra publicada em 2025 para atualização da coleção
ISSN 1982-8829

1.Saúde pública 2. Profissionais de Saúde I. Brasil. Núcleo de Estudos em Saúde Pública. ECoS

CDU 614(051)(817.4)

CONSELHO EDITORIAL

Coordenação Editorial
Ana Valéria Machado Mendonça, Editora Executiva - Universidade de Brasília, Brasil
Elmira Luzia Melo Soares Simeão - Universidade de Brasília, Brasil
Maria Fátima de Sousa - Universidade de Brasília, Brasil

Editores Científicos
Ana Valéria Machado Mendonça - Universidade de Brasília, Brasil
Cláudio Fortes Garcia Lorenzo - Universidade de Brasília, Brasil
Maria Fátima de Sousa - Universidade de Brasília, Brasil

Conselho Consultivo
Jairnilson Silva Paim, Instituto de Saúde Coletiva - Universidade Federal da Bahia (UFBA)
Magda Duarte dos Anjos Scherer - Universidade de Brasília (UnB)
Maria Cecília Minayo - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro

Comissão Científica - Editores Associados
Andreia de Oliveira - Universidade de Brasília (UnB)
Aurora Cuevas Cerveró - Universidade Complutense de Madrid (UCM)
Carmen Fontes de Souza Teixeira - Instituto de Saúde Coletiva (UFBA)
Fernando Passos Cupertino de Barros - Universidade Federal de Goiás (UFG)
José da Paz Oliveira Alvarenga - Universidade Federal da Paraíba (UFPB)
Josivania Silva Farias - Universidade de Brasília (UnB)
Lise Renaud - *Faculté de Comunication* - Université *du Québec à Montréal* (Canadá)
Maria Célia Delduque - Fundação Oswaldo Cruz Brasília
Maria da Glória Lima - Universidade de Brasília (UnB)
Maria Isabel Loureiro - Escola Nacional de Saúde Pública - Lisboa/Portugal
Rackynelly Alves Sarmento - Instituto Federal da Paraíba (IFPB)
Tiago Araújo Coelho de Souza - Universidade de Brasília (UnB)
Ximena Pamela Diaz Bermudez - Universidade de Brasília (UnB)

SUMÁRIO

ARTIGOS ORIGINAIS

O modelo FPSEEA/OMS como ferramenta de avaliação de impactos à saúde em Estudo de Impacto Ambiental

Perfil epidemiológico de sífilis em gestantes residentes em uma Região Administrativa de Brasília, Distrito Federal, 2007- 2017

Incontinência urinária em mulheres obesas em acompanhamento ambulatorial

Cuidado nutricional à criança

Os sentimentos contraditórios no enfrentamento às violências na rede de proteção à criança e ao adolescente

Perfil epidemiológico da sífilis em gestante e da sífilis congênita no Distrito Federal (2009-2018)

Análise do perfil acidentário na área de influência direta do Complexo Industrial Portuário de Suape no período de 2007 a 2018

ARTIGOS DE OPINIÃO

População em situação de rua: saúde e territórios vivenciais.

ARTIGOS DE REVISÃO

Condição de saúde das mulheres no sistema carcerário brasileiro

Relações emocionais em cuidadores de pacientes oncológicos

Exercícios resistidos e sarcopenia em idosos

RELATO DE EXPERÊNCIA

Atenção nutricional a puérperas na perspectiva do autocuidado e da integralidade da saúde da mulher em uma maternidade pública potiguar

Sobre liderar um grupo de pesquisa no ensino superior

O PET-saúde indígena na formação profissional

Editorial

Luana Dias da Costa
Natália Fernandes de Andrade

Temas livres e horizontes abertos para a Saúde Coletiva

A pluralidade de temas e abordagens é uma das principais riquezas da Saúde Coletiva. Neste fascículo da revista *Tempus – Actas em Saúde Coletiva*, reunimos quinze artigos que expressam, cada um a seu modo, o dinamismo, a complexidade e o compromisso social que caracterizam o campo.

Os **artigos originais** oferecem um retrato multifacetado das práticas e desafios em saúde nos territórios: desde o cuidado nutricional à criança na Estratégia Saúde da Família até os sentidos de risco e cuidado expressos nos contextos de trabalho dos profissionais de saúde. As violências contra crianças e adolescentes, os agravos como a sífilis e a incontinência urinária, além dos acidentes de trabalho em áreas industriais, são abordados com rigor analítico e sensibilidade ética, reforçando a centralidade da vigilância e da proteção social como pilares de um sistema de saúde comprometido com a equidade.

Os **artigos de revisão** aprofundam temas sensíveis e ainda pouco visibilizados, como as condições de saúde das mulheres em privação de liberdade, os impactos emocionais em cuidadores de pacientes oncológicos e o papel dos exercícios resistidos na prevenção da sarcopenia em idosos. São textos que atualizam o debate científico e contribuem para a qualificação de práticas clínicas e políticas públicas.

Por fim, os **relatos de experiência** nos lembram da importância do cotidiano e da prática na produção do conhecimento em saúde. Ao refletirem sobre a atenção nutricional a puérperas e sobre a liderança de grupos de pesquisa no ensino superior, os autores abrem espaço para que o vivido se torne objeto de reflexão crítica e partilha com a comunidade acadêmica.

A edição reafirma o compromisso da *Tempus* com a publicação de pesquisas relevantes, que dialogam com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e promovem a articulação entre ciência, cuidado e justiça social. Agradecemos aos autores e autoras por suas contribuições e aos pareceristas pelo trabalho criterioso que sustenta a qualidade da revista.

Desejamos uma leitura instigante e fecunda a todos os leitores e leitoras.

O modelo FPSEEA/OMS como ferramenta de avaliação de impactos à saúde em Estudo de Impacto Ambiental

The DPSEEA/WHO Model as a Health Impact Assessment Tool in an Environmental Impact Study

El modelo FPSEEA/OMS como herramienta para evaluar impactos en la salud en Estudios de Impacto Ambiental

Adria Vanessa Torres Mendes

Maria Paula do Amaral Zaitune

RESUMO

Estudo qualitativo que utilizou pesquisa documental para analisar os impactos à saúde dos pescadores contemplados no Estudo de Impacto Ambiental (EIA) da Usina Hidrelétrica de São Luiz do Tapajós, identificar lacunas sobre a saúde dos ribeirinhos e caracterizar e propor ações de acordo com cada nível da Matriz FPSEEA (Força Motriz-Pressão-Estado-Exposição-Efeito-Ação), referentes aos impactos negativos sofridos por esses grupos. O EIA registrou os impactos de maneira insuficiente, ao não aprofundar os efeitos específicos sobre ribeirinhos e pescadores. A matriz FPSEEA demonstrou ser um instrumento adequado e oportuno, pois ampliou a compreensão do encadeamento dos impactos e das possibilidades de sua ocorrência, permitindo a antecipação de medidas preventivas e protetivas à saúde dessas populações, além de embasar decisões com maior consistência. Recomenda-se a adoção desse modelo pelas equipes responsáveis por empreendimentos semelhantes, bem como a incorporação do conhecimento e das experiências das comunidades locais, a fim de contribuir para a tomada de decisões em conjunto com profissionais, técnicos e gestores das áreas de Saúde, Meio Ambiente e outros setores envolvidos na busca de soluções mais eficazes para os problemas identificados.
Palavras-Chave: Saúde ambiental; Saúde do Trabalhador; Meio Ambiente; Exposição Ambiental.

ABSTRACT

This is a qualitative study that used documentary research to assess the health impacts of fishermen in the Environmental Impact Study (EIA) of the São Luiz do Tapajós Hydroelectric Power Plant; find gaps in riparian health in the Environmental Impact Study; and characterize and propose actions according to each level of the FPSEEA (Driving Force-Pressure-State-Exposure-Action-Action Matrix) matrix regarding the impacts that fishermen and riverine. The Environmental Impact Study was positive, but insufficient because it didn't reach the specific impacts on riverside dwellers and fishermen. The matrix proved to be a timely and appropriate instrument, as it managed to broaden the view of the entire chain of impacts or possibilities of their occurrence, allowing the anticipation of measures to prevent diseases and injuries and protect the health of fishermen and riverside dwellers, giving greater consistency and grounding in decision-making. It is recommended that this model can be used by the project

teams and, also, incorporate the knowledge and experiences of the population to contribute to decision-making with professionals, technicians and managers in the Health and Environment sector, among others that assist in the guidance for better resolutions to problems.
Keywords: Environmental Health; Occupational Health; Environmental; Environmental Exposure.

RESUMEN

Estudio cualitativo que utilizó investigación documental para analizar los impactos en la salud de los pescadores incluidos en el Estudio de Impacto Ambiental (EIA) de la Central Hidroeléctrica de São Luiz do Tapajós, identificar vacíos sobre la salud de los ribereños y caracterizar y proponer acciones según cada nivel de la Matriz FPSEEA (Fuerza Motriz-Presión-Estado-Exposición-Efecto-Acción), en relación con los impactos negativos sufridos por estos grupos. El EIA registró los impactos de manera insuficiente, sin profundizar en los efectos específicos sobre ribereños y pescadores. La matriz FPSEEA demostró ser una herramienta adecuada y oportuna, ya que amplió la comprensión de la secuencia de impactos y sus posibles ocurrencias, permitiendo anticipar medidas preventivas y protectoras para la salud de estas poblaciones, además de fundamentar decisiones con mayor consistencia. Se recomienda la adopción de este modelo por los equipos responsables de proyectos similares, así como la incorporación del conocimiento y las experiencias de las comunidades locales, con el fin de contribuir a la toma de decisiones conjuntas entre profesionales, técnicos y gestores de las áreas de Salud, Medio Ambiente y otros sectores involucrados en la búsqueda de soluciones más efectivas para los problemas identificados.
Palabras clave: Salud ambiental; Salud laboral; Medio ambiente; Exposición.

INTRODUÇÃO

Apesar dos investimentos em fontes renováveis alternativas, como solar e eólica, a hidreletricidade mantém-se como a principal matriz energética do Brasil, sendo o país um dos maiores potenciais hidrelétricos do mundo, com cerca de 60% já aproveitado. Do total não explorado, 70% concentram-se nas bacias hidrográficas do Amazonas e do Tocantins/Araguaia (1).

No que diz respeito aos impactos provocados por usinas hidrelétricas, destacam-se a formação de barragens, o represamento e a alteração dos fluxos das águas, o que ocasiona impactos na qualidade da água, além da necessidade de desocupação e reassentamento de moradores (2).

As comunidades ribeirinhas, grupos tradicionais que habitam as margens de rios e lagos, são majoritariamente constituídas por famílias de pescadores artesanais. Sua sobrevivência e sustento econômico estão intrinsecamente ligados aos recursos pesqueiros, estabelecendo uma relação simbiótica com os cursos d'água. Essa conexão vai além da subsistência, pois os rios moldam sua identidade cultural, seus saberes tradicionais e seu modo de vida singular (3).

Paradoxalmente, são justamente essas comunidades que sofrem os impactos mais severos quando da implantação de empreendimentos hidrelétricos. A alteração dos ecossistemas aquáticos e do regime hidrológico afeta diretamente sua base de subsistência, sua organização social e suas tradições culturais secularmente estabelecidas. (3,4)

Embora exista ampla literatura sobre os impactos ambientais das Usinas Hidrelétricas (UHEs)(5), poucos estudos abordam os efeitos desses empreendimentos na saúde das populações ribeirinhas (6). Pesquisas disponíveis destacam a vulnerabilidade dos pescadores artesanais, devido às condições precárias de trabalho, ambientes aquáticos degradados e poluídos, processos traumáticos de desapropriação, alterações ecossistêmicas, desestruturação de suas redes sociais e culturais e realocação de atividades de subsistência que os expõe a diversas patologias físicas e mentais (7–12).

Nos processos de licenciamento ambiental, documentos técnicos são exigidos do empreendedor em diversas etapas para a emissão das licenças necessárias à instalação e operação do empreendimento (12,13). Em determinados casos, o Ministério da Saúde é consultado para subsidiar o IBAMA na análise dos documentos obrigatórios apresentados pelos empreendedores (2). Embora essenciais para proteger a saúde das populações, essas consultas ao setor de saúde ocorrem de forma pontual, espontânea e sem obrigatoriedade legal – exceto

em situações envolvendo malária(14,15). Cabe destacar que o órgão ambiental não dispõe de orientações metodológicas específicas para avaliar os impactos à saúde decorrentes desses projetos, nem de mecanismos formais para indicar medidas mitigadoras.

Diante desse contexto, este estudo teve como objetivo analisar os impactos à saúde dos pescadores e as medidas mitigadoras previstas no Estudo de Impacto Ambiental (EIA) relativo à construção de uma usina hidrelétrica no Rio Tapajós, estado do Pará, Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo baseado em pesquisa documental, com o propósito de analisar os impactos à saúde dos pescadores descritos no Estudo de Impacto Ambiental (EIA) da UHE São Luiz do Tapajós, identificar lacunas na abordagem sobre a saúde das populações ribeirinhas no documento e propor medidas mitigadoras alinhadas à matriz FPSEEA (Força Motriz-Pressão-Estado-Exposição-Efeito-Ação) para os efeitos negativos do empreendimento sobre esses grupos. A escolha do EIA dessa usina deve-se ao arquivamento do projeto, decorrente de protestos liderados por comunidades indígenas e movimentos sociais(16,17), mas que está sendo aventada o retorno de sua construção(18).

Para tanto, analisou-se o Estudo de Impacto Ambiental completo da UHE São Luiz do Tapajós, documento técnico obrigatório no licenciamento ambiental, que reúne dados detalhados elaborados por especialistas de diversas áreas.

Para a obtenção do EIA, acessou-se o Sistema Informatizado de Licenciamento Ambiental Federal (SISLIC) do Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (19), disponível a qualquer cidadão.

Para o processo de análise do extenso material obtido no SISLIC, procedeu-se com as seguintes etapas: exploração prévia dos volumes do EIA, identificação do volume de interesse e leitura "flutuante" do material.

A etapa seguinte consistiu em elaborar um diagrama com os impactos levantados pelos elaboradores do EIA, organizados de acordo com as quatro fases do processo de implementação da UHE: planejamento, construção, enchimento do reservatório e operação. Nele, também foram apresentados os impactos de 1ª, 2ª e 3ª ordem, que demonstram a relação em cascata ou os desencadeamentos dos impactos ambientais, especialmente para a comunidade ribeirinha e os trabalhadores pescadores, que são a população mais afetada na área de influência desse tipo

de empreendimento. Essa organização em diagrama possibilitou identificar as lacunas existentes em relação à previsão dos impactos à saúde dos pescadores e ribeirinhos (19).

Como última etapa, foram realizadas leituras aprofundadas e repetidas do material selecionado para organizar os dados na matriz FPSEEA, apontando como o modelo de desenvolvimento econômico e seus desdobramentos geram pressões no ambiente, expõem a população a riscos variados e causam efeitos sobre a saúde, além de facilitar a proposição de ações (20,21).

O modelo de FPSEEA, elaborado pela Organização Mundial de Saúde, foi adaptado da estrutura de Pressão-Estado-Resposta desenvolvida da Organização para a Cooperação Econômica e o Desenvolvimento do governo Canadense (22), sendo possível identificar macro fatores que influenciam os processos ambientais (forças motrizes). Essas forças motrizes também representam a forma como uma sociedade se organiza política e culturalmente e geram consequências (pressões) que modificam a situação do ambiente, como as atividades econômicas de produção, consumo, entre outras. Essas pressões, por sua vez, podem afetar negativamente os compartimentos ambientais e a saúde humana, por meio de diversas formas de exposição, implicando em efeitos na saúde, que dependem da vulnerabilidade socioambiental sobre a exposição da população e que podem ser detectados por indicadores de saúde. Após esse "mapeamento", é possível levantar as ações e os indicadores que podem ser desenvolvidos em cada um desses componentes (21,23–26).

Como os dados utilizados são de fonte secundária, de acesso livre e sem identificação de indivíduos, não houve necessidade de avaliação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)(27).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

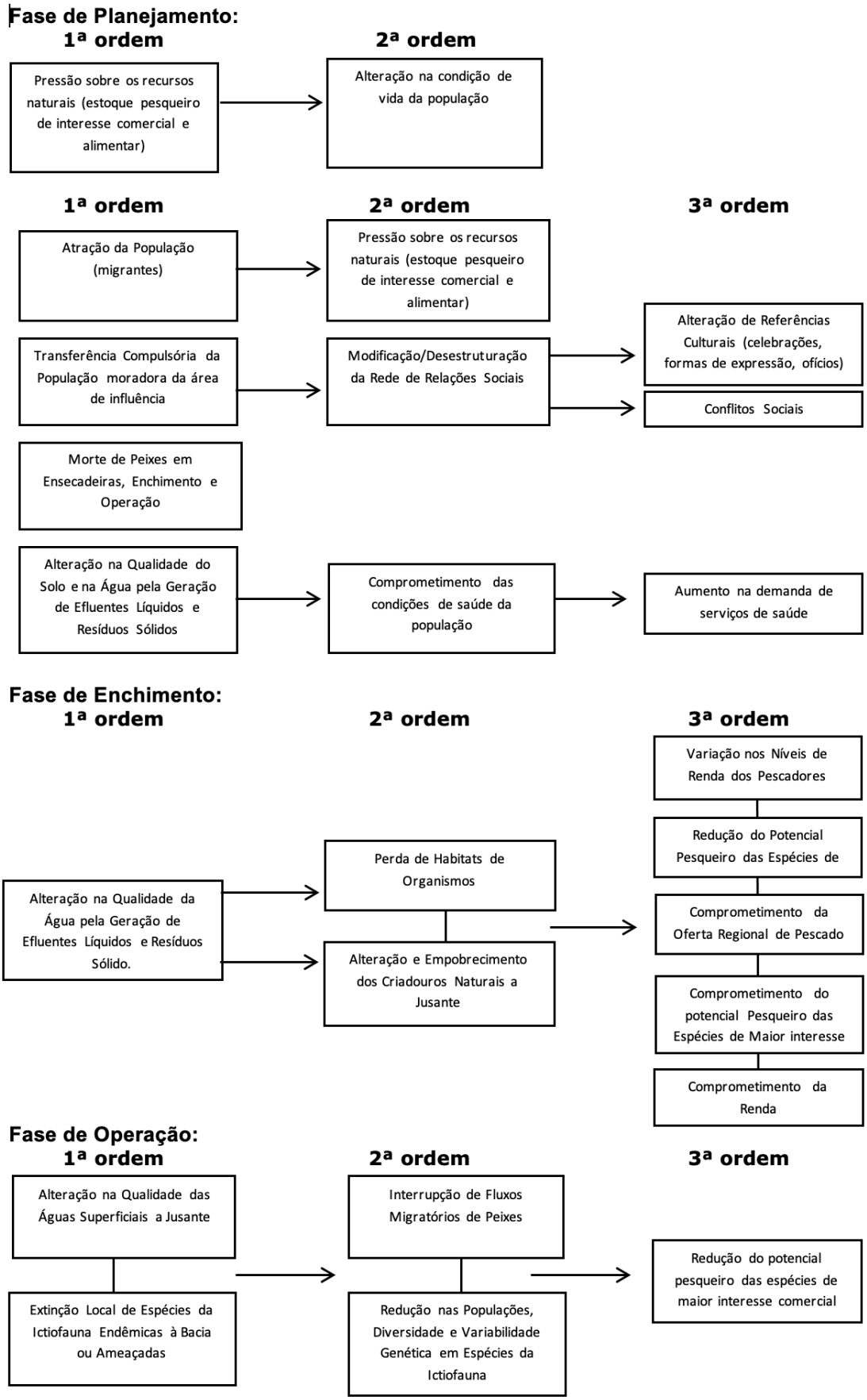
O Estudo de Impacto Ambiental da Usina Hidrelétrica de São Luiz do Tapajós foi elaborado pela *CNEC Worley Parsons* Engenharia S.A. e contou com equipe de mais de 300 pessoas. Esse estudo foi realizado num período superior a dois anos e resultou em 25 volumes com quase 15.000 páginas, além de outros 38 volumes de anexos e mapas (19).

Após a exploração prévia dos volumes do EIA, identificou-se o Volume 23 como de interesse. Este volume é dividido em dois tomos, sendo o primeiro relacionado aos aspectos do meio físico e biótico e o segundo, no qual demos prioridade, levantam os impactos no meio socioeconômico, com informações sobre moradia, trabalho e vida social dos pescadores e ribeirinhos, além da proposição de medidas de mitigação destes impactos.

A Figura 1 apresenta de forma sistematizada, os impactos socioeconômicos e ambientais sobre as populações ribeirinhas descritos no EIA. A representação gráfica permite visualizar tanto os impactos diretos quanto indiretos sobre essas comunidades, evidenciando as relações de causa e efeito entre eles. Essa análise possibilitou identificar lacunas na abordagem, que serão detalhadas adiante.

Para fins de classificação, consideram-se como impactos de primeira ordem aqueles com relação direta e imediata com o empreendimento. Já os impactos de segunda e terceira ordem correspondem a efeitos indiretos, resultantes da cadeia de consequências iniciada pelos impactos primários.

Figura 1: Impactos de primeira, segunda e terceira ordem, sobre ribeirinhos e pescadores, identificados no Estudo de Impacto Ambiental de São Luiz do Tapajós.


Fase de Planejamento:
1ª ordem
2ª ordem
Pressão sobre os recursos naturais (estoque pesqueiro de interesse comercial e alimentar)
Alteração na condição de vida da população
1ª ordem
2ª ordem
3ª ordem
Atração da População (migrantes)
Pressão sobre os recursos naturais (estoque pesqueiro de interesse comercial e alimentar)
Transferência Compulsória da População moradora da área de influência
Modificação/Desestruturação da Rede de Relações Sociais
Alteração de Referências Culturais (celebrações, formas de expressão, ofícios)
Conflitos Sociais
Morte de Peixes em Ensecadeiras, Enchimento e Operação
Alteração na Qualidade do Solo e na Água pela Geração de Efluentes Líquidos e Resíduos Sólidos
Comprometimento das condições de saúde da população
Aumento na demanda de serviços de saúde
Fase de Enchimento:
1ª ordem
2ª ordem
3ª ordem
Alteração na Qualidade da Água pela Geração de Efluentes Líquidos e Resíduos Sólido.
Perda de Habitats de Organismos
Alteração e Empobrecimento dos Criadouros Naturais a Jusante
Variação nos Níveis de Renda dos Pescadores
Redução do Potencial Pesqueiro das Espécies de
Comprometimento da Oferta Regional de Pescado
Comprometimento do potencial Pesqueiro das Espécies de Maior interesse
Comprometimento da Renda
Fase de Operação:
1ª ordem
2ª ordem
3ª ordem
Alteração na Qualidade das Águas Superficiais a Jusante
Extinção Local de Espécies da Ictiofauna Endêmicas à Bacia ou Ameaçadas
Interrupção de Fluxos Migratórios de Peixes
Redução nas Populações, Diversidade e Variabilidade Genética em Espécies da Ictiofauna
Redução do potencial pesqueiro das espécies de maior interesse comercial

Fonte: Elaboração própria com dados do EIA São Luiz do Tapajós.

Observa-se na **fase de planejamento ou de instalação**, que o EIA aponta "alteração na condição de vida da população" que é uma expressão ampla e poderia ser mais bem explorada para garantir ações mitigadoras específicas e necessárias para a população afetada. "Condições de vida" remete-se aos determinantes políticos e organizacionais da sociedade e que são norteados pelas características demográficas e socioeconômicas, tais como alimentação, educação, saneamento, transporte, habitação, inserção no mercado de trabalho, rendimentos e utilização de serviços de saúde, entre outros[18].

O EIA poderia considerar que a ocupação desordenada, as novas necessidades de abastecimento de água e esgotamento sanitário oferecerão novos riscos epidemiológicos sobre a população local e, por consequência, demandarão aumento no serviço de saúde, que ainda são insuficientemente estruturados.

Na **fase de construção**, o documento prevê os impactos decorrentes da aquisição de terras, criação de alojamentos e canteiros e desmatamento. O impacto de primeira ordem provém da transferência compulsória da população. Ele implica diretamente na população que será afetada na área de influência indireta. A população ribeirinha como dependente do movimento cíclico das águas e dos rios e por ter certa vulnerabilidade social em função de particularidades no seu modo de vida e certamente sofrerá impacto negativo e irreversível.

Quanto aos impactos de segunda e terceira ordem, a modificação e desestruturação da rede de relações sociais, conflitos e alterações sociais da população. A forte ligação das populações ribeirinhas com a natureza, na sua falta, resultará em exclusão social e terá impacto negativo pelo fato rede de relações sociais entre as populações ribeirinhas se dá pelo rio. Porém, nada é explícito no EIA a respeito do sofrimento gerado na população atingida, não só nessa fase, mas durante toda a duração do licenciamento ambiental, o constrangimento e a dor de sair do lugar onde mora e sempre morou e de ver sua história e cultura ser relativamente apagada, acarretando problemas psicológicos como depressão, ansiedade, entre outros[2].

Ainda na fase de construção, a alteração na qualidade do solo e da água pela geração de efluentes líquidos e resíduos pode se dar pela operação de veículos e embarcações de acesso as obras, máquinas e equipamento, por consequência, ocorrendo mortes de peixes em ensacadoras.

Em se tratando dos impactos de segunda e terceira ordens contemplados no EIA, como o comprometimento das condições de saúde da população e o aumento na demanda de serviços de saúde, ressalta-se a importância de uma abordagem interdisciplinar dos riscos à saúde das

populações atingidas. Faz-se necessário adotar visão ampla da saúde quanto à exposição às substâncias nocivas presentes na água.

Os impactos na **fase de enchimento** estão relacionados à alteração da qualidade da água e à perda de habitats da ictiofauna (conjunto de espécies de peixes). Como impactos negativos, o EIA identificou prejuízos na fonte de renda dos pescadores pela diminuição e interrupção dos peixes nas margens utilizadas para a pesca comercial e de consumo próprio. Mas não foi contemplada, a magnitude destas consequências, como a possibilidade de desemprego pela falta de peixes para comercializar, a instabilidade financeira, o aumento da pobreza e o risco de contaminação de peixes por mercúrio.

Ainda na **fase de enchimento e acrescentando a de operação**, ocorrerão várias alterações biológicas do ambiente afetado, cuja alteração na qualidade das águas superficiais (segunda ordem) certamente acarretará o comprometimento da oferta, potencial e da renda dos pescadores (terceira ordem). Isso ocorrerá nos períodos de enchimento e pós-enchimento, que constituem as fases mais críticas em termos da degradação da qualidade da água do reservatório, provocando quedas significativas no oxigênio da água e impactando de forma negativa no sustento. Ainda, na fase de operação, a interrupção de fluxos migratórios de peixes como impacto de segunda ordem, dar-se-á pela alteração da água superficial, a partir do desvio do rio. O impacto de alta importância afetará a ictiofauna como um todo, uma vez que as espécies impactadas requerem cuidados por serem ameaçadas de extinção.

Sem nenhuma contemplação no EIA, outras alterações poderão ocorrer em comunidades cujos integrantes residem fora da área do empreendimento. Estas pessoas vivem essencialmente da agricultura e da pesca, tanto para consumo como para venda e frequentam trechos do rio Tapajós que serão inundados(28,29).

O levantamento dos impactos no Estudo de Impacto Ambiental da Usina Hidrelétrica de Tapajós permitiu observar a falta de integração entre os diagnósticos, análises e programas. Como exemplo, a atividade pesqueira na área de reservatórios de hidrelétricas, em geral, é referida pela equipe responsável pelo meio biótico, mas não recebe qualquer menção por profissionais com competências para identificar os impactos sociais, econômicos e de saúde e as respectivas medidas e ações que poderiam amenizar ou evitar estes impactos decorrentes de grandes empreendimentos.

A última etapa utilizou-se o modelo de matriz Força Motriz – Pressão – Estado – Exposição – Efeito - Ação – FPSEEA para descrever os diferentes aspectos envolvidos na

complexa relação “saúde-ambiente” dos ribeirinhos e pescadores levantados no EIA, mas também as lacunas evidenciadas para esta população.

Quadro 1: Matriz Força Motriz-Pressão-Estado-Exposição-Efeito-Ação relacionados aos registros levantados e as lacunas existentes no Estudo de Impacto Ambiental de São Luiz do Tapajós, Pará.

Níveis da Matriz FPSEEA	Registros levantados	Lacunas existentes	Ações propostas
Força Motriz	- Plano governamental do Setor Elétrico no Brasil - Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) - Política Nacional do Meio Ambiente	- Modelo atual de desenvolvimento brasileiro - Incentivo à criação de hidrelétricas pelo Plano Nacional do MME) - Projeto de lei 654/2015 que propõe o afrouxamento do licenciamento ambiental	- Utilização de tecnologias limpas para gerar energia, como a eólica - Criação e formalização de mecanismos de participação das populações atingidas nos processos decisórios em todas as etapas do licenciamento ambiental, bem como em todos os níveis de governo - Desenvolvimento de leis mais rigorosas para empreendimentos hidrelétricos - Transparência e divulgação dos processos fiscalizatórios dos Ministérios do Trabalho, Agricultura e pesca, Saúde e do Meio Ambiente e a indução de articulação e intersetorialidade.
Pressão	- Atração da População - Construção de reservatório, canteiro de obra, acampamentos, jazidas - Utilização de grandes equipamentos e de transportes de cargas - Aumento de emissão de efluentes líquidos e de resíduos sólidos	- Desmatamento - Alto consumo de água e energia - Incremento na construção civil - Crescimento populacional - Aumento de domicílios sem infraestrutura básica, como saneamento sanitário e coleta de lixo - Aumento do consumo energético - Aumento da frota veicular	- Reforço de agentes fiscalizadores para consultar alterações ambientais e propor a elaboração de políticas públicas para evitar e/ou minimizar os danos ao meio ambiente - Monitoramento e avaliação de movimentos migratórios - Oferta de saneamento básico, coleta de lixo e de rede de abastecimento de água - Implementação de leis e políticas quanto ao uso de resíduos produzidos pelo empreendimento

		- Pressão sobre o sistema de saúde	
Estado ou situação	- Diminuição dos recursos pesqueiros - Alteração na qualidade da água - Morte de Peixes na fase de Enchimento - Variação do potencial pesqueiro (redução das espécies de maior interesse e pressão sobre o estoque) - Interrupção de Fluxos Migratórios de Peixes - Perdas de imóveis e benfeitorias	- Substituição e/ou mudança do padrão alimentar - Mudanças de condições de vida - Mudanças na cultura de alimentação e lazer - Migração de vetores e animais peçonhentos -- Mudança da fauna, perda da diversidade de plantas, mudanças nos padrões de pesca, extinção de espécies - Alterações nos níveis de coliformes na água	- Articulação intra e Inter setorial para elaborar e implementar ações que visem minimizar relações de pressões e perdas dos processos de trabalho para os pescadores - Desenvolver programas de saúde ambiental referentes a extinção de espécie subaquática e as medidas compulsórias quanto ao alimento de determinada região - Monitoramento efetivo da qualidade da água para consumo humano - Monitoramento do uso de serviços de saúde da população e atuação da vigilância em saúde no monitoramento de indicadores de interesse - Implementação e/ou fortalecimento dos programas e ações de prevenção, vigilância e promoção à saúde específica para pescadores.

		- Aumento da concentração de mercúrio e outros metais pesados na água do reservatório - Maior disponibilidade de peixes com concentrações altas de metilmercúrio e outros metais pesados - Ameaça para a segurança alimentar e nutricional e perda de soberania alimentar	
Exposição	- Menor acesso aos recursos naturais de subsistência, como o estoque pesqueiro alimentar - Redução do estoque alimentar pesqueiro - Rompimento do vínculo com seu local de moradia e de viver, por conta da relocação compulsória de pescadores - Contaminantes ambientais - Conflitos sociais - Condições de vulnerabilidade: Perda nas condições de moradia, na	- Situações de vulnerabilidade diversas, como o aumento no desemprego - Piores condições de moradia - lixo e saneamento inadequados - Vetores - Animais peçonhentos - Pobreza - Exposição aguda e/ou crônica por metais pesados - Acidentes e violência	- Execução das ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador - aumentar a eficácia dos programas - Monitoramento e notificações de agravos e de riscos a saúde dos pescadores através da rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) - Enfatizar e agir de acordo com a vulnerabilidade da população pesqueira com programas de prevenção, vigilância e promoção à saúde: populações vulneráveis - Intensificar e fiscalizar os empreendimentos através dos Ministérios do Trabalho, Minas e Energia, Saúde e do Meio Ambiente, Ministério do Desenvolvimento Social em articulação - Controle e Monitoramento das emissões de resíduos - Monitoramento do uso de serviços de saúde da população e atuação da vigilância em saúde no monitoramento de indicadores de interesse

	geração e produção de renda, e fonte de sustento		
Efeitos	- Alteração no modo de vida - Modificação/Desestruturação da Rede de Relações Sociais - Aumento da Incidência de Doenças Transmissíveis por Vetores - Perdas de imóveis e benfeitorias - Perda nas condições de moradia, na geração e produção de renda, e Fonte de Sustento	- Problemas psicossociais (ansiedade e depressão) - Contaminações específicas: doenças. - Intoxicações alimentares - Fome e elevação da subnutrição - Aparecimento ou aumento de acidentes com animais peçonhentos - Aparecimento ou aumento de arboviroses - Intoxicação aguda e/ou crônica por metais pesados - Problemas no desenvolvimento motor e cognitivo de crianças - Aumento de acidentes de trânsito e de trabalho - Aumento na violência e da gravidez na adolescência -Surgimento ou aumento na prostituição e das	- Elaboração de capacitação gerencial para melhores condições de geração de renda para os pescadores - Criação de estratégias de fortalecimento do controle social sobre as ações e serviços de saúde da Política Nacional em Saúde do Trabalhador e trabalhadora (PNST); - Prevenção e controle de fatores de riscos à saúde da população pesqueira - Atuação efetiva da vigilância e controle das infecções transmissíveis, não transmissíveis e agravos

	infecções sexualmente transmissíveis

Fonte: EIA e elaboração dos autores

Sabe-se que a construção de hidrelétricas traz uma variedade de consequências negativas, tais como profundas transformações ambientais, a criação de novos territórios, a violência decorrente dos intensos conflitos entre os empreendedores e a população ribeirinha desalojada, dentre outros(28–31).

Este artigo apontou que muitas destas consequências foram contemplados no EIA como impactos previstos e demonstradas na matriz FPSEEA como "registros levantados". No entanto, muitos outros não haviam sido mencionados no EIA e foram apontadas na coluna "lacunas existentes" da matriz.

O modelo capitalista, as políticas de desenvolvimento econômico como os Planos Nacionais do Ministério de Minas e Energia para o incentivo à criação de hidrelétricas(1,32) e o Projeto de lei 2.159/2021(33) que propõe o afrouxamento do licenciamento ambiental favorecem os conflitos sociais, a destruição cultural e ecológica além de trazerem graves implicações para o processo saúde e doença dos indivíduos e da coletividade(34).

De acordo com Porto(35), o desmatamento, deslocamento de populações e degradação ambiental decorre da construção das grandes barragens e usinas hidrelétricas, na qual não foi explicitado no Estudo de Impacto Ambiental. Não só perdas físicas que não foram citadas no estudo, mas também perdas que vão para além do material, sofrendo graves problemas de depressão e desilusão associados à desestruturação de suas vidas e ao afastamento do convívio de parentes e amigos afetados pelas usinas hidrelétricas, segundo o movimento dos atingidos por barragens (36,37).

O crescimento populacional e o aumento do processo de industrialização constituem grandes causadores da diminuição da qualidade ambiental em áreas afetadas pelas barragens, sendo um dos motivos, o contato com água contaminada quando ocorrem acidentes e vazamentos da própria construção(38).

A construção de UHE também acarreta mudança da fauna, perda da diversidade de plantas, mortalidade de peixes, mudanças nos padrões de pesca, extinção de espécies e alterações nos níveis de coliformes que impactarão diretamente na saúde dos pescadores (36,39,40).

O desemprego causado pela ruptura da economia para os pescadores e ribeirinhos gera, como consequência, aumento na migração, na dependência de salários de trabalhos informais em áreas urbanas e empobrecimento das comunidades. Além da destruição das bases produtivas da comunidade – agricultura, pesca e extrativismo – produzem ameaças à segurança e qualidade alimentar podendo chegar à escassez, causando fome e má nutrição (36,41,42).

Os pescadores e ribeirinhos estão sujeitos às doenças relacionadas ao trabalho que se manifestam de modo insidioso, como a intoxicações por substâncias químicas, doenças crônicas e pelo sofrimento psíquico pelo afastamento do trabalho.

O aumento da concentração de mercúrio na água, que também se difundem pelo ar, água ou solo, ou mesmo por dutos transportadores, e atuam de forma cumulativa, causam diferentes impactos sobre a saúde da população de uma região, ao comprometer os alimentos e/ou as fontes de água para consumo humano(43).

No que diz respeito à saúde das mulheres, outra lacuna relevante, é sobre o aumento da violência doméstica, decorrente da elevação do alcoolismo, na qual é outro efeito agravado pelo empobrecimento econômico e social de organização das comunidades. Acrescenta-se, ainda, o surgimento ou aumento da prostituição durante as obras para construção de barragens e que podem elevar as proporções de infecções sexualmente transmissíveis e de gravidez na adolescência (44,45).

A utilização da Matriz de Força Motriz-Pressão-Estado-Exposição-Efeito-Ação é oportuna para o levantamento de todo o encadeamento dos impactos ou possibilidades de ocorrência dos mesmos permitindo a antecipação de medidas de prevenção de doenças e agravos e protetivas à saúde dando maior consistência e embasamento nas tomadas de decisões, destaca as inter-relações entre as condições ambientais e a situação de saúde e facilita a elaboração de indicadores e, consequentemente, o acompanhamento de ações implementadas (46). Como limitações, destaca-se que o pesquisador deve estar atento a não observar e registrar na matriz, apenas em uma perspectiva linear de causalidade e levar em consideração a realidade que se apresenta por meio de informações embasadas em evidências, mas também pela experiência tácita dos envolvidos nos problemas.

Embora a sistematização tenha sido elaborada com o EIA de apenas uma hidrelétrica, esta matriz dos impactos pode refletir o que ocorre em outros empreendimentos de mesma tipologia.

CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Foi positivo o diagnóstico realizado pelo empreendimento e registrado no Estudo de Impacto Ambiental, mas insuficiente por não profundar nos impactos específicos aos ribeirinhos e pescadores. Conforme demonstrado, muitos outros impactos foram evidenciados por meio da metodologia da matriz FPSEEA.

Recomenda-se que a equipe interdisciplinar dos empreendimentos inclua profissionais de saúde como sanitaristas que têm um olhar macro nas determinações sociais do processo saúde

e doença e consideram as diversas exposições aos riscos e, ainda, incorpore o saber e as experiências da população afetada para contribuir na tomada de decisões junto a profissionais, técnicos e gestores do setor Saúde e do Meio Ambiente entre outros que auxiliam na orientação de melhores resoluções para os problemas. É imprescindível que os movimentos sociais sejam ouvidos e respeitados nos seus direitos e que que sejam desenvolvidas políticas que minimizem as situações de risco.

Por fim, a matriz mostrou-se um instrumento oportuno e adequado, pois conseguiu ampliar a visão de todo o encadeamento dos impactos ou possibilidades de ocorrência deles permitindo a antecipação de medidas de prevenção de doenças e agravos e protetivas à saúde de pescadores e ribeirinhos dando maior consistência e embasamento nas tomadas de decisões.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério de Minas e Energia. Cenários Energéticos: Plano Nacional de Energia 2055 [Internet]. Rio de janeiro; 2025 [citado 30 de março de 2025]. Disponível em: https://www.epe.gov.br/pt/publicacoes-dados-abertos/publicacoes/plano-nacional-de-energia-2055
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Avaliação de Impacto à Saúde-AIS: Metodologia adaptada para aplicação no Brasil [Internet]. 2014 [citado 30 de março de 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_impacto_saude_ais_metodologia.pdf
3. Alves AD, Justo JS. Histórias de pescadores: estudo com ribeirinhos desalojados por uma hidrelétrica. Rev. Psicol. Polit. 2011;11(22), 309-328. Recuperado em 14 de abril de 2025, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2011000200009&lng=pt&tlng=pt.
4. Adomilli GK. Vista do Arte de pescar, arte de narrar: notas etnográficas sobre a dimensão cultural do trabalho em uma comunidade pesqueira. Métis: História & Cultura [Internet]. 4 de maio de 2011 [citado 30 de março de 2025];8(16). Disponível em: https://sou.ucs.br/etc/revistas/index.php/metis/article/view/953
5. Zhouri A, Oliveira R. Development, social conflicts and violence in rural Brazil: The case of hydroelectric dams. Ambient. Soc. 2007;10:119–35.
6. Moretto EM, Gomes CS, Roquetti DR, Jordão CDO. Histórico, tendências e perspectivas no planejamento espacial de usinas hidrelétricas brasileiras: A antiga e atual fronteira amazônica. Ambient. Soc. 2012; 15:141–64.
7. Baia-da-Silva DC, Brito-Sousa JD, Rodovalho SR, Peterka C, Moresco G, Lapouble OMM, et al.. Current vector control challenges in the fight against malaria in

Brazil. Rev Soc Bras Med Trop [Internet]. 2019;52:e20180542. Available from: https://doi.org/10.1590/0037-8682-0542-2018

8. Queiroz ARS de, Motta-Veiga M. Análise dos impactos sociais e à saúde de grandes empreendimentos hidrelétricos: lições para uma gestão energética sustentável. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2012Jun;17(6):1387–98. Available from: https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000600002
9. Camasmie Abe K, Miraglia SGEK. Incidência de dengue e custos associados, nos períodos anterior (2000-2008) e posterior (2009-2013) à construção das usinas hidrelétricas em Rondônia. Epidemiol Serv Saude. 2018;27:e2017232.
10. Ninomiya MEM, Burns N, Pollock NJ, Green NTG, Martin J, Linton J, et al. Indigenous communities and the mental health impacts of land dispossession related to industrial resource development: a systematic review. Vol. 7, The Lancet Planetary Health. Elsevier B.V.; 2023. p. e501–17.
11. Veronez DV, Abe KC, Miraglia SGEK. Health Impact Assessment of the construction of hydroelectric dams in Brazil. Chron Health Impact Assess. 2018; 3:11–36.
12. Busato MA, Grisotti M. Health impact assessment in the process of implementation of hydroelectric plants: methodological contributions. Ambient soc [Internet]. 2022;25:e00681. Available from: https://doi.org/10.1590/1809-4422asoc20200068r1vu2022L3OA
13. Abe KC, Miraglia SGEK. Avaliação de impacto à saúde (AIS) no Brasil e América Latina: Uma ferramenta essencial a projetos, planos e políticas. Interface: Communication, Health, Education. abril de 2018;22:349–58.
14. Brasil. Portaria nº 1, de 13 de janeiro de 2014. Estabelece diretrizes, procedimentos, fluxos e competência para obtenção do Laudo de Avaliação do Potencial Malarígeno (LAPM) e do Atestado de Condição Sanitária (ATCS) de projetos de assentamento de reforma agrária e outros empreendimentos sujeitos ao licenciamento ambiental em áreas de risco ou endêmica para malária. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2014/prt0001_13_01_2014.html. 2014 [citado 30 de março de 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2014/prt0001_13_01_2014.html
15. Pimentel RA da S. Identificação e avaliação de externalidades em empreendimentos hidroelétricos: o caso da Usina de Belo Monte. [thesis]. Universidade do Minho; 2024. 315p. https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/94679. 2024 [citado 30 de março de 2025]. Disponível em: https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/94679
16. Sequeira JE de OA. Estruturas de Oportunidade Legal dos movimentos anti-barragens no Pará. Rev Direito Práx [Internet]. 2017Jan;8(1):474–506. Available from: https://doi.org/10.12957/dep.2017.27769
17. Munduruku AK, Alfinito AC, Schavelzon S. O direito cosmopolítico Munduruku como prática jurídica contra o Antropoceno. Rev Direito Práx [Internet]. 2024Sep;15(3):e83710. Available from: https://doi.org/10.1590/2179-8966/2024/83710
18. Climainfo. Eletrobras retoma projeto de megahidrelétrica no rio Tapajós [Internet] https://climainfo.org.br/2024/05/06/eletrobras-retoma-projeto-de-megahidreletrica-no-rio-tapajos/. 2024 [citado 30 de março de 2025]. Disponível em: https://climainfo.org.br/2024/05/06/eletrobras-retoma-projeto-de-megahidreletrica-no-rio-tapajos/

19. IBAMA. Instituto Brasileiro de Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis. Sistema de Licenciamento Ambiental (Sislic). Consulta a processos de licenciamento ambiental · https://www.gov.br/ibama/pt-br/servicos/sistemas/sislic. 2023 [citado 30 de março de 2025]. Disponível em: https://servicos.ibama.gov.br/licenciamento/consulta_empreendimentos.php
20. Araújo-Pinto M de, Peres F, Moreira JC. Utilização do modelo FPEEEA (OMS) para a análise dos riscos relacionados ao uso de agrotóxicos em atividades agrícolas do estado do Rio de Janeiro. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2012Jun;17(6):1543–55. Available from: https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000600018
21. Corvalán CF, Kjellström T, Smith KR. Health, environment and sustainable development: Identifying links and indicators to promote action. Em: Epidemiology. 1999; 10(5):656–60.
22. Schütz G, Hacon S, Silva H, Moreno Sánchez AR, Nagatani K. Principales marcos conceptuales aplicados para la evaluación de la salud ambiental mediante indicadores en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Publica. 2008;24(4):276–85.
23. Maciel Filho AA, Góes Jr CD, Cancio JA, Oliveira ML, Costa SS da. Indicadores de Vigilância Ambiental em Saúde. Inf. Epidemiol. Sus [Internet]. 1999 Set [citado 2025 Abr 14] ; 8(3): 59-66. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16731999000300004&lng=pt. http://dx.doi.org/10.5123/S0104-16731999000300004.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Saúde ambiental: guia básico para construção de indicadores. 2011. 128 p.
25. Castro HA de, Gouveia N, Escamilla-Cejudo JA. Questões metodológicas para a investigação dos efeitos da poluição do ar na saúde. Rev bras epidemiol [Internet]. 2003Jun;6(2):135–49. Available from: https://doi.org/10.1590/S1415-790X2003000200007
26. Sobral A, Freitas CM de. Modelo de organização de indicadores para operacionalização dos determinantes socioambientais da saúde. Saude soc [Internet]. 2010Jan;19(1):35–47. Available from: https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000100004
27. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. [Internet]. Diário Oficial da União, 98 seção 1 https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf; abr 7, 2016 p. 44–6. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf
28. Castro ER. Produção de conhecimento sobre hidrelétricas na área de ciências humanas no Brasil. Novos Cadernos NAEA. 2018; 21(3). Available from: https://periodicos.ufpa.br/index.php/ncn/article/view/6123/5359.
29. da Silva Marques G, Giongo CR, Teixeira da Cruz FK, Rosa Mendes JM. Deslocamento forçado e saúde mental: o caso da hidrelétrica de Itá. *rev.estud.soc.* [online]. 2018, n.66 [cited 2025-04-14], pp.30-41. Available from: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-885X2018000400030&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0123-885X. https://doi.org/10.7440/res66.2018.04.
30. Farias, V. G. L., Lima, G. P., Leite, M. J. de H., Cavalcante, A. T. G., Silva, A. C. M. da, Moura, A. C. de A., Macedo, D. L. H. de, Netto, J. S. dos S., Gomes, V. C.

A., & Cavalcante, R. M. (2019). Socio-environmental impacts caused by hydroelectric dams in northeastern Brazil / Impactos socioambientais causados por barragens hidrelétricas no nordeste do Brasil. *Brazilian J Develop*, *5*(11), 22846–22853. https://doi.org/10.34117/bjdv5n11-018
31. Alves EB dos S, Mendonça MTC. Grandes projetos na Amazônia e o "direito de ficar": ponderações sobre direitos humanos, deslocamento forçado de populações tradicionais e o princípio da solidariedade. Rev Juris, 2018;4(4):3-21. Avaiable from:https://wyden.periodicoscientificos.com.br/index.php/jurisunitoledo/article/view/153.
32. Ministério de Minas e Energia. Secretaria Nacional de Geologia, Mineração e Transformação Mineral. Plano Nacional de Mineração 2030 [Internet]. Brasília; 2011 maio [citado 13 de abril de 2025]. Disponível em: www.mme.gov.br
33. Brasil C dos D. Senado Federal. Projeto de Lei 2.159/2021. [Internet]. https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8979282&disposition=inline. 2021 [citado 13 de abril de 2025]. Disponível em: https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8979282&disposition=inline
34. Silva JM da, Augusto LG da S, Santos MO dos, Mendes JM, Schramm FR. Implicações bioéticas para o licenciamento ambiental de grandes empreendimentos no Brasil. Saude soc [Internet]. 2017Jul;26(3):811–21. Available from: https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170185
35. Porto MF, Milanez B. Eixos de desenvolvimento econômico e geração de conflitos socioambientais no Brasil: desafios para a sustentabilidade e a justiça ambiental. Cien Saude Colet. 2009; 14:1983–94.
36. Begossi A, Salivonchyk S V., Hallwass G, Hanazaki N, Lopes PFM, Silvano RAM, et al. Fish consumption on the amazon: A review of biodiversity, hydropower and food security issues. Brazilian J Biol 2019; 79:345–57.
37. dos Santos TL. Situação de fronteira na Amazônia: Pimental diante da Usina Hidrelétrica de São Luiz do Tapajós [Internet]. https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/PUC_SP-1_e8d69e27e52d22209923ab90a663e9e3. [São Paulo]: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2015 [citado 13 de abril de 2025]. Disponível em: https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/3617
38. MMT Planejamento e Consultoria Ambiental. Projeto de Aperfeiçoamento da governança municipal e da qualidade de São Luís [Internet]. https://www.docsity.com/pt/docs/projeto-sao-luis-apostilas-engenharia-ambiental-part1/339415/. 2007 jul [citado 13 de abril de 2025]. Disponível em: https://www.docsity.com/pt/docs/projeto-sao-luis-apostilas-engenharia-ambiental-part1/339415/
39. Fernandes JSN, Moser L. Comunidades tradicionais: a formação socio-histórica na Amazônia e o (não) lugar das comunidades ribeirinhas. Rev Katálysis. dezembro de 2021; 24:532–41.
40. Souza-Cruz-Buenaga FVA, Espig SA, Castro TLC, Santos MA. Environmental impacts of a reduced flow stretch on hydropower plants. Brazilian J Biol. 2019; 79:470–87.
41. Doria CRC, Athayde S, Marques EE, Lima MAL, Dutka-Gianelli J, Ruffino ML, et al. The invisibility of fisheries in the process of hydropower development across the Amazon. Ambio.2018; 47:453–65.
42. Leturcq G. Differences and similarities in impacts of hydroeletric dams between North and South of Brazil. Ambient soc 2016; 19:265–86.

43. Pestana IA, Azevedo LS, Bastos WR, Magalhães de Souza CM. The impact of hydroelectric dams on mercury dynamics in South America: A review. *Chemosphere*. 2019;219:546-556. doi:10.1016/j.chemosphere.2018.12.035
44. Rosa LD, Busato MA, Ferraz L, Camponogara S. Repercussions of environmental transformations produced by hydroelectric power plant construction for the health of local families. Ambient soc [Internet]. 2018;21:e02453. Available from: https://doi.org/10.1590/1809-4422asoc0245r3vu18L1TD
45. Grisotti M. The construction of health causal relations in the Belo Monte dam context. Ambient soc [Internet]. 2016Apr;19(2):287–304. Available from: https://doi.org/10.1590/1809-4422ASOC0252V1922016
46. Silveira M, de Araújo Neto MD. Licenciamento ambiental de grandes empreendimentos: Conexão possível entre saúde e meio ambiente. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2014Sep;19(9):3829–38. Available from: https://doi.org/10.1590/1413-81232014199.20062013

Perfil epidemiológico de sífilis em gestantes residentes em uma Região Administrativa de Brasília, Distrito Federal, 2007- 2017

Epidemiological profile of syphilis cases in pregnant women living in an Administrative Region of Brasília / DF, 2007 to 2017

Perfil epidemiológico de sífilis en gestantes residentes en una Región Administrativa de Brasilia / DF Entre los años 2007 A 2017

Mateus Glehn

Rosângela Maria Magalhães Ribeiro

Patrícia Matias Pinheiro

RESUMO

Objetivo: descrever os casos de sífilis em gestantes notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) em uma Região Administrativa (RA) de Brasília, Distrito Federal, no período de 2007 a 2017. **Métodos:** estudo epidemiológico quantitativo retrospectivo descritivo com utilização de dados secundários extraídos do Sinan (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) no período de 2007 a 2017. Foram calculadas frequência simples, médias e taxa de detecção de sífilis em gestantes. **Resultados:** foram notificados 51 casos de sífilis em gestantes, e a taxa de detecção média foi 6,9 para a RA avaliada. Mais da metade das gestantes (23/34) tem ensino fundamental incompleto. A maioria das gestantes (42/51) tiveram diagnóstico no 1º ou 2º trimestres, e as formas clínicas predominantes foram a sífilis terciária (18/51) e a primária (8/51). **Conclusão:**. A taxa de detecção de sífilis em gestantes da RA avaliada supera as taxas da Região de Saúde e do DF, e a maioria dos casos foram em gestantes com baixa escolaridade. Houve predomínio das formas clínicas terciária e primária.

Palavras-chave: Sistemas de informação; Estudo descritivo; Vigilância em saúde pública; Sífilis; Gestantes;

ABSTRACT

Objective: to describe the cases of syphilis in pregnant women notified on Brazil's Health Information System (Sinan) between 2007 and 2017, residing in an Administrative Region (AR) of the Federal District (DF), Brazil. **Methods:** retrospective descriptive quantitative epidemiological study using secondary data extracted from the Sinan database. The period considered for data extraction was the years between 2007 and 2017. **Results: 51 cases of syphilis were reported in pregnant women, and** the mean detection rate of syphilis in pregnant women was 6.9 for the evaluated AR**.** The most of individuals have incomplete primary education. The predominant clinical forms were tertiary syphilis and primary syphilis. **Conclusion:** despite the timely diagnosis, there was a progressive increase in the number of inadequate treatments.

Keywords: information systems; public health surveillance; syphilis; pregnant women

RESUMEN

Objetivo: describir los casos de sífilis en gestante notificados en el Sistema de Información de Agravios de Notificación (Sinan) entre 2007 y 2017, residentes en una Región Administrativa (RA) del Distrito Federal (DF). **Métodos:** estudio epidemiológico retrospectivo cuantitativo descriptivo con utilización de datos secundarios extraídos del banco de Sinan. El período considerado para la extracción de los datos fueron los años entre 2007 y 2017. **Resultados: se notificaron 51 casos de sífilis en gestante, y** la tasa de detección media de sífilis en gestante fue 6,9 para la RA evaluada. Más de la mitad de las gestantes tienen una enseñanza fundamental incompleta. Las formas clínicas predominantes fueron la sífilis terciaria y la primaria. **Conclusión:** aunque los diagnósticos se realizaron oportunamente, hubo un aumento progresivo en el número de tratamientos inadecuados.

Palabras-clave: sistemas de información; vigilância en salud pública; sífilis; mujeres embarazadas

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença bacteriana crônica de transmissão predominantemente sexual, causada pelo *Treponema pallidum*[1,2], uma bactéria não cultivável, de replicação lenta, e com grande capacidade de se esquivar do sistema imunológico[3,4]. Outras formas de transmissão são pela via sanguínea ou pela via transplacentária.

O Brasil apresenta um aumento nos casos de sífilis nos últimos anos[5], tanto nas formas adquirida como nas formas gestacional e congênita, o que tem ocorrido também no Distrito Federal (DF)[6]. Diferentemente das outras formas de sífilis, a ocorrência de sífilis congênita é considerada um desfecho evitável[7,8], e traz indícios de manejo inadequado da sífilis gestacional, que pode estar associado à falha do acesso ao acompanhamento pré-natal, diagnósticos tardios e tratamento incompleto ou inadequado.

A sífilis em gestante foi estabelecida como doença de notificação compulsória em 2005[9] e faz parte da atual lista nacional de notificação compulsória contida na Portaria de Consolidação Nº 4, publicada em 28 de setembro de 2017[10].

O Distrito Federal é dividido em 31 Regiões Administrativas (RAs), distribuídas em sete diferentes regiões de saúde. Dentre as regiões de saúde, a região Centro-Sul engloba oito RAs e concentra o maior número de casos e coeficiente de detecção de sífilis adquirida, além de grande parte dos casos de sífilis em gestantes[6]. Considerando-se a heterogeneidade entre as diferentes RAs, é possível que os indicadores da Região de Saúde não reflitam aqueles encontrados na RA.

A Cidade Estrutural teve início com a invasão de catadores de lixo próximo ao aterro sanitário do Distrito Federal. Criada oficialmente em 2006, o último levantamento realizado aponta uma população de 35730 habitantes, composta predominantemente por pessoas com idade entre 20 e 39 anos, sendo quase 20% dos domicílios chefiados por mulheres (arranjo monoparental feminino)[11]. Segundo dados utilizados pela Diretoria de Vigilância Epidemiológica do DF, cerca de 7% das mulheres em idade fértil (10-49 anos) da Região Centro-Sul residem na Cidade Estrutural.

O presente estudo descreve o perfil epidemiológico da sífilis em gestantes residentes na Região Administrativa nº XXV, situada na região de saúde Centro-Sul, denominada Cidade Estrutural, Brasíla/DF, entre 2007 e 2017.

Diante de todo esse cenário exposto, a sífilis em gestante configura-se, cada vez mais um problema de saúde pública, de estreita relação com populações de vulnerabilidade social, como a Cidade Estrutural, desta forma justificando a necessidade de continuidade de pesquisas, na tentativa de contribuir com a identificação de determinantes que motivem o seu avanço.

MÉTODOS

Trata-se de estudo epidemiológico quantitativo retrospectivo descritivo realizado com dados secundários extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Foram avaliadas as notificações de sífilis em gestantes residentes na Cidade Estrutural realizadas entre 2007 e 2017.

A taxa de detecção de sífilis em gestantes foi obtida a partir da divisão do número de casos de sífilis em gestantes dividido pelo número de nascidos vivos no mesmo ano, multiplicado por 1.000. Os nascidos vivos foram obtidos do Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

Os casos de gestantes com sífilis foram obtidos do banco de dados do Sinan, que foi extraído em 10 de dezembro de 2018 com uso do tabulador gratuito Tabwin, desenvolvido pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus)[10].

As variáveis avaliadas foram: Faixa etária (10-19, 20-29, 30-39, 40-49), Escolaridade, Raça/cor (branca, preta, parda, amarela e indígena), Trimestre de Gestação no momento do diagnóstico (primeiro, segundo, terceiro, ignorado), Classificação clínica (primária, secundária, terciária, latente) e Esquema de Tratamento Prescrito (Penicilina G benzatina 2.400.000 UI, Penicilina G benzatina 4.800.000 UI, Penicilina G benzatina 7.200.000 UI). Foi considerado inadequado o tratamento feito em desacordo com o preconizado pelo protocolo vigente[1,13].

Os cálculos, tabelas e gráficos foram realizados no software Microsoft Office Excel 2013. As medidas utilizadas foram frequência simples, proporções, média e mediana.

O estudo foi realizado com dados secundários extraídos do banco do Sinan, extraído sem identificação nominal dos casos.

RESULTADOS

No período de 2007 a 2017 foram notificados 221 casos de sífilis em gestante na região Centro-Sul, das quais 51 (23%) eram residentes na Cidade Estrutural. A idade das gestantes variou entre 14 e 41 anos, com mediana de 27,5 anos. Dentre as gestantes com informação sobre escolaridade (34), mais da metade (23/34) cursou até a 8ª série do Ensino Fundamental e entre aquelas com informação sobre raça/cor (43), 27/43 se autodeclararam pretas ou pardas (Tabela 1).

A Figura 1 mostra a taxa de detecção da sífilis em gestantes na Cidade Estrutural em

relação às taxas da Região Centro-Sul e do DF, com destaque para o fato de que as taxas da RA superam as da Região e as do DF na maioria dos anos. A taxa de detecção média de sífilis em gestante foi 6,9 casos/1000 nascidos vivos para a RA avaliada, 3,7 casos/1000 nascidos vivos para a Região de Saúde, e 3,9 casos/1000 nascidos vivos para o DF. Observa-se ainda um pico de notificações nos anos de 2015 e 2016.

Quanto ao momento do diagnóstico, 82,4% das gestantes tiveram seu diagnóstico realizado no primeiro ou segundo trimestre de gestação, ao passo que oito gestantes (15,7%) foram diagnosticadas no terceiro trimestre (Tabela 2).

Considerando-se a classificação clínica, houve predomínio de gestantes classificadas como portadoras de sífilis terciária (52,9%), seguido de gestantes com sífilis primária (23,5%). Para o cálculo das proporções desta variável, foram consideradas apenas as notificações com o campo devidamente preenchido (34).

Em relação ao tratamento, pode-se observar que ao longo dos anos houve aumento no número de casos tratados de forma inadequada em relação à classificação clínica (Figura 2). Novamente, o cálculo das proporções levou em consideração apenas as gestantes que tiveram sua classificação clínica registrada na ficha (34). Houve registro de utilização de esquemas inadequados para a classificação clínica em nove casos.

No total dos anos, duas gestantes foram classificadas como portadoras de sífilis terciária e foram tratadas com esquema incompleto (Esquema 1: P. benzatina 2,4 milhões de UI) nos anos de 2013 e 2014.

Os tratamentos para sífilis primária realizados com esquema 3 (P. benzatina 7,2 milhões de UI) foram considerados inadequados por estarem em desacordo com o protocolo; no entanto, o esquema 3 trata a sífilis primária e evita a ocorrência de sífilis congênita.

Em 2016, duas gestantes foram classificadas como portadoras de sífilis secundária. Uma delas recebeu tratamento com esquema 2 (P. benzatina 4,8 milhões de UI), o que estaria de acordo com protocolo vigente até 2015. A outra recebeu tratamento com esquema 3 que, embora em desacordo com os protocolos supramencionados, também resulta em cura da sífilis secundária e prevenção da ocorrência de sífilis congênita.

Das 17 gestantes sem classificação clínica, sete estão como classificação clínica ignorada e dez estão com os campos incompletos. Dentre elas, 12 receberam tratamento com esquema 3, que contempla as formas de sífilis latente (recente e tardia) e sífilis terciária. Dentre as outras cinco gestantes, três receberam tratamento com esquema 1 e duas têm esquema de tratamento ignorado.

DISCUSSÃO

Na Cidade Estrutural residem 7% das mulheres em idade fértil da Região Centro-Sul, e os casos de sífilis em gestantes daquela RA contribuíram com 23% do total de casos em toda a Região de saúde. As taxas de detecção de sífilis em gestantes da Cidade Estrutural superam as taxas da Região Centro-Sul e as do DF na maioria dos anos estudados.

No Distrito Federal, 13,3% das gestantes com sífilis possuem ensino fundamental completo[6]. Em contraste, mais da metade das gestantes com sífilis residentes na Cidade Estrutural estudou até a 8ª série do ensino fundamental, o que está de acordo com a escolaridade da população residente na Estrutural que, no geral, é menor do que nas outras cidades do DF[11].

A associação entre sífilis gestacional e baixa escolaridade já foi apontada por outros autores[14,15] e, embora não se possa inferir tal associação neste estudo, parece razoável elaborar a hipótese de associação entre as variáveis.

Destaca-se como ponto positivo a tempestividade do diagnóstico: 82% das gestantes tiveram seu diagnóstico ainda no primeiro ou segundo trimestre de gestação, proporção maior daquela reportada por outros autores (70%)[15].

Chama a atenção a existência de 18 gestantes classificadas com sífilis terciária, uma fase da doença em que existem lesões irreversíveis em órgãos diversos, como cérebro, ossos, grandes vasos e tecido conjuntivo, o que se dá após anos de infecção. Saraceni (2017)[16] relata que, no Distrito Federal, 24,1% das gestantes com sífilis foram classificadas como portadoras dessa fase da doença, proporção menor do que aquela encontrada na RA Estrutural onde os 18 casos representam 52,3% (18/34) das gestantes com classificação clínica informada e 35,2% (18/51) do total de gestantes. Estudo realizado em outra unidade da federação (TO) reporta achados semelhantes no tocante à classificação clínica das gestantes, com 14,3% dos casos de sífilis terciária[17].

Dado que na prática diária a maioria dos casos de sífilis são diagnosticados em pessoas assintomáticas, é provável que a maioria destas gestantes estivesse na fase latente da infecção e tenham sido incorretamente classificadas como portadoras de sífilis terciária. Não obstante, no caso da RA estudada, a maioria destas (16/18) teve o tratamento instituído adequadamente. Cabe mencionar que a ficha de investigação não tem campo específico para descrição das formas clínicas encontradas, e a indisponibilidade dos dados confere limitações que impedem de avaliar com precisão a classificação clínica.

Dentre as gestantes que receberam tratamento inadequado, algumas receberam dose suficiente para a cura da sífilis e prevenção da sífilis congênita. Preocupante é a situação daquelas que receberam tratamento com esquema insuficiente para a cura.

No período em estudo, as notificações eram feitas pelos profissionais da UBS em ficha específica e posteriormente encaminhadas, via malote, para o núcleo de vigilância epidemiológica da Regional de Saúde. Naquele serviço, um profissional técnico-administrativo digitava os dados da ficha no Sinan. Este fluxo pode ter contribuído para alguns dos resultados encontrados, pois, aos erros de preenchimento da ficha, podem se somar os erros de compreensão do seu preenchimento.

Desde o final de 2017, no DF, as doenças de notificação compulsória são digitadas pela própria equipe que faz o atendimento. Tal mudança faz parte da reorganização da Atenção Primária à Saúde no DF, prevista pela Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017[18]. Ainda não é possível afirmar se haverá impacto positivo na qualidade dos dados do Sinan, uma vez que os bancos de 2018 não estão encerrados. Mas é legítimo acreditar na possibilidade de se reduzir ao menos eventuais equívocos de digitação. A comparação de dados futuros com os que foram aqui apresentados permitirá avaliar a qualidade da mudança e corrigir, se necessário, eventuais fragilidades. Com este novo cenário, é imprescindível o treinamento das equipes de saúde da família para o preenchimento e digitação corretos das fichas de investigação. Faz-se ainda necessária a adaptação dos fluxos e processos de trabalho, de modo a incluir esta nova atribuição na rotina das equipes.

CONCLUSÃO

Os dados apresentados no estudo contribuem para corroborar que a sífilis em gestante ainda continua sendo um importante problema de saúde pública e que ações preventivas e de tratamento oportuno devem ser implementadas a fim de evitar o desfecho mais desfavorável que é a sífilis congênita.

A baixa completude de variáveis importantes, que possam contribuir para elucidar melhor as causas desse descontrole da sífilis, assim como a qualidade dos dados obtidos no SINAN de fato é a grande limitação da pesquisa. No entanto, esse achado ajuda a subsidiar a principal recomendação desse estudo. Para o efetivo controle desse agravo é necessário o fortalecimento dos núcleos de vigilância capazes de captar oportunamente os casos, garantindo atendimento adequado e notificando corretamente para assim gerar dados fidedignos e assim subsidiar com segurança os gestores do Sistema Único de Saúde nas suas diversas estâncias com a implementação de políticas públicas efetivas.

AGRADECIMENTOS

À Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, pela disponibilização dos dados para o estudo.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

MPG participou da concepção do estudo, análise dos dados, interpretação dos resultados, discussão e redação do manuscrito. RMMR participou da concepção do estudo, aquisição dos dados, interpretação dos resultados e revisão crítica do manuscrito. PMP participou da interpretação dos dados, discussão dos resultados e revisão crítica do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e declaram ser responsáveis por todos os aspectos do estudo, garantindo sua exatidão e integridade.

MPG e RMMR participaram da concepção do estudo.

RMMR participou da aquisição dos dados.

MPG, RMMR e PMP participaram da análise dos dados, interpretação dos resultados, discussão e revisão crítica do manuscrito.

Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e declaram ser responsáveis por todos os aspectos do estudo, garantindo sua exatidão e integridade.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST). Brasília; 2018. 232 p.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de vigilância em saúde. 1st ed. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde; 2017. 751 p.

3. Drago F, Javor S, Parodi A. Relevance in biology and mechanisms of immune and treatment evasion of Treponema pallidum: a review. G Ital Dermatol Venereol. 2017 Dec;

4. Trujillo R, Cervantes J, Hawley KL, Cruz AR, Babapoor S, Murphy M, et al. Inflammation and immune evasion coexist in Treponema pallidum-infected skin. JAAD case reports. 2018 Jun;4(5):462–4.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis 2017. 2017;48(36):44.

6. Distrito Federal. Secretaria de Estado da Saúde. Subsecretaria de Vigilância à Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis. 2018. 24 p.

7. Saraceni V, Guimarães MHF da S, Theme Filha MM, Leal M do C. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. Cad Saude Publica. 2005 Aug;21(4):1244–50.

8. Domingues RMSM, Saraceni V, Hartz ZM de A, Leal M do C. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. Rev Saúde Pública. 2013;47(1):147–57.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 33, de 14 de Julho de 2005. Inclui doenças à relação de notificação compulsória, define agravos de notificação imediata e a relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Na. 2005 p. 111.

10. Ministério da Saúde. PRC n° 4, de 28 de setembro de 2017, Anexo V, Capítulo I.

11. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD). 2019.

12. Saldanha R de F, Bastos RR, Bustamante-Teixeira MT, Leite ICG, Campos EMS. Proposta de um observatório epidemiológico do Sistema Único de Saúde. Cad Saude Publica. 2017;33(1).

13. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST). Brasília; 2016. 124 p.

14. Nonato SM, Melo APS, Guimarães MDC. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. Epidemiol e Serviços Saúde. 2015 Oct;24(4):681–94.

15. Padovani C, Oliveira RR de, Pelloso SM. Syphilis in during pregnancy: association of maternal and perinatal characteristics in a region of southern Brazil. Rev Lat Am Enfermagem. 2018 Aug 9;26.

16. Saraceni V, Pereira G, Silveira M, Araujo M, Miranda A. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2017;41.

17. Cavalcante PA de M, Pereira RB de L, Castro JGD. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. Epidemiol e Serviços Saúde. 2017 Mar;26(2):255–64.

18. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal, 2017 fev 15, Seção 1: 4-7.

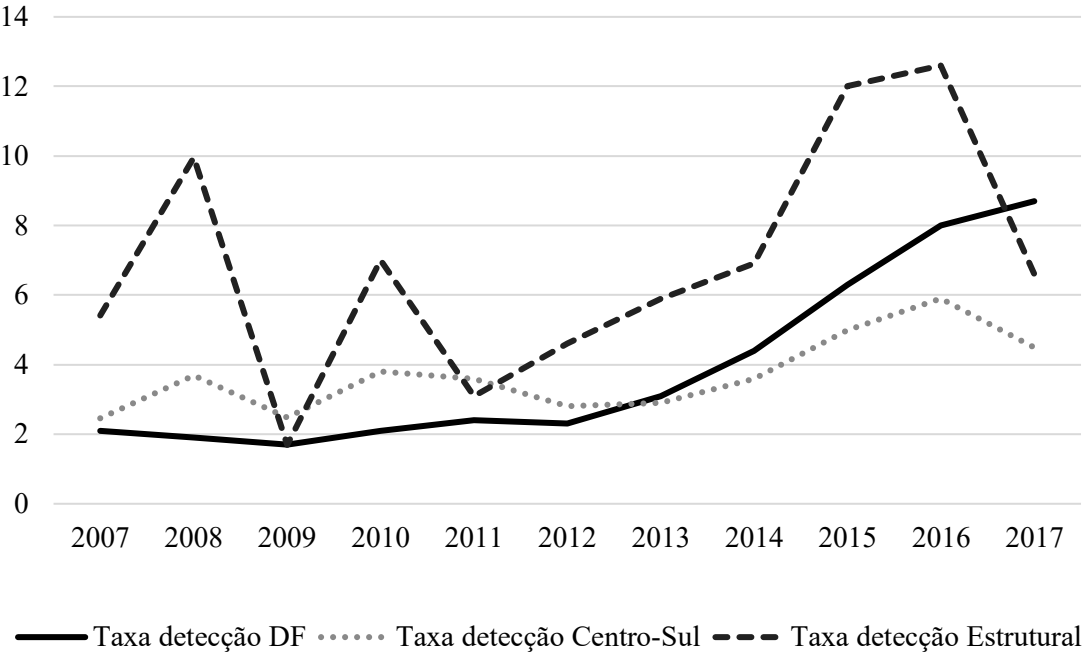


Figura 1. Taxa de detecção de sífilis (casos por 1.000 nascidos vivos) em gestantes do DF, Região Centro-Sul e Cidade Estrutural, Brasília, 2007-2017.

Tabela 1. Distribuição das gestantes com sífilis de acordo com faixa etária, escolaridade e raça/cor, Cidade Estrutural, Brasília, 2007-2017.

Variável	n
Faixa etária (n=51)	
10-19	9
20-29	24
30-39	15
40-49	3
Escolaridade (n=34)	
Analfabeto	5
4ª série completa do EF	5
5ª à 8ª série incompleta do EF	13
EF completo	3
EM incompleto	2
EM completo	5
Educação superior completa	1
Raça/cor (n=43)	
Branca	16
Preta	4
Parda	23

Tabela 2. Casos notificados de sífilis em gestantes, de acordo com o trimestre de gestação no momento do diagnóstico e classificação clínica, na Região Administrativa da Cidade Estrutural, Brasília/DF, 2007-2017.

Variável	n
Trimestre da Gestação (n=51)	
Primeiro	21
Segundo	21
Terceiro	8
Idade gestacional ignorada	1
Classificação clínica (n=34)	
Primária	8
Secundária	2
Terciária	18
Latente	6

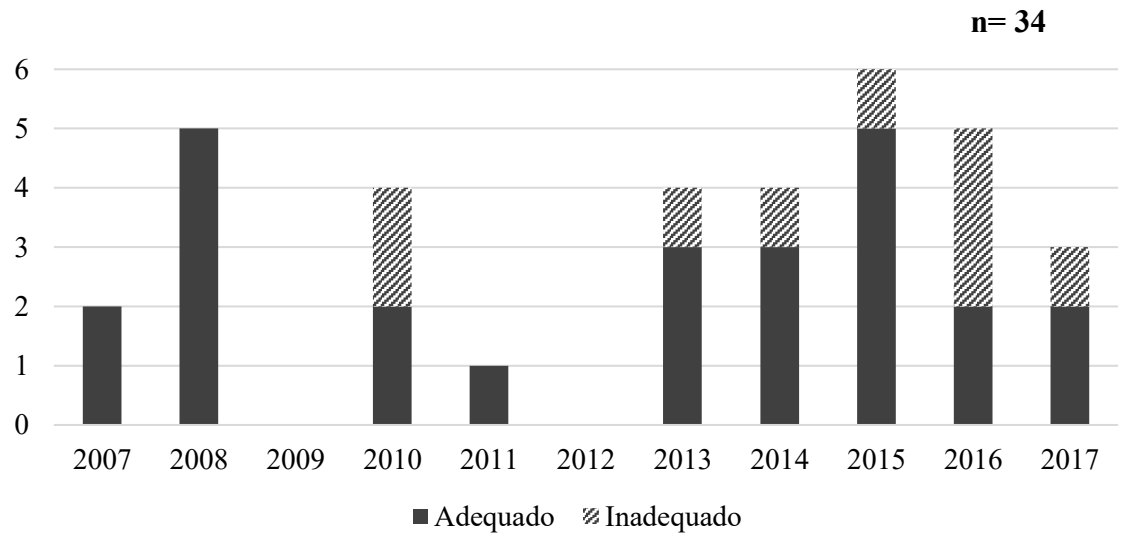


Figura 2. Número de gestantes com sífilis tratadas adequadamente, de acordo com o ano de diagnóstico, Cidade Estrutural, Brasília/DF, 2007-2017.

Incontinência urinária em mulheres obesas em acompanhamento ambulatorial: fatores de risco e impacto na qualidade de vida

Urinary incontinence in obese women in ambulatory follow-up: risk and impact factors on the quality of life

Incontinencia urinaria en mujeres obesas en seguimiento ambulatorio: factores de riesgo e impacto en la calidad de vida

Viviane Jarek

Regina Helena Senff Gomes

Audrin Said Vojciechowski

Talita Gianello Gnoato Zotz

Rubneide Barreto Silva Gallo

Arlete Ana Motter

RESUMO

Introdução: A obesidade tem sido reconhecida como fator de risco potencialmente modificável para incontinência urinária (IU) em mulheres. Objetivo: Avaliar a prevalência de incontinência urinária em mulheres obesas em acompanhamento ambulatorial, os fatores de risco associados e o impacto na qualidade de vida. Método: Foi realizado um estudo transversal, descritivo, com análise quantitativa dos resultados, no período de agosto de 2019 a março de 2020. Foram recrutadas mulheres com diagnóstico clínico de obesidade, índice de massa corporal (IMC) ≥30Kg/m2 e idade igual ou superior a 18 anos. Foram coletados dados sociodemográficos e clínicos e foi aplicado o Questionário Internacional de Consulta sobre Incontinência (ICIQ-SF) e o Questionário de Qualidade de Vida em Incontinência Urinária (KHQ). As análises foram realizadas no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 22.0. Resultados: Participaram da pesquisa 85 mulheres, com idade média de 48,40±12,12 anos. A média do peso encontrado foi de 98,36±13,87 Kg e IMC de 39,13±4,89 Kg/m². A prevalência da IU foi de 63,5% (n= 54) e foi associada com fatores como climatério, paridade, episiotomia, diabetes e hipertensão arterial sistêmica. Com base no ICIQ-SF, os escores encontrados nos grupos analisados indicou que a gravidade de perda urinária foi

considerada moderada a grave (obesidade grau I: 14,4(1-20); grau II: 13,4(1-21) e grau III: 12,9 (1-20)). No KHQ, os domínios que tiveram maior pontuação foram relacionados a percepção geral da saúde, impacto da incontinência e medidas de gravidade. Conclusão: Ocorreu uma alta prevalência da IU nesta população, interferindo negativamente na qualidade de vida.

Palavras-chave: Incontinência urinária; Obesidade; Qualidade de vida.

ABSTRACT

Introduction: Obesity has been recognized as a potentially modifiable risk factor for urinary incontinence (UI) in women. Objective: To assess the prevalence of urinary incontinence in obese women undergoing outpatient follow-up, the associated risk factors and the impact on quality of life. Method: A cross-sectional, descriptive study was carried out, with quantitative analysis of the results, from August 2019 to March 2020. Women with a clinical diagnosis of obesity, body mass index (BMI) ≥30 kg / m2 and age equal or older than 18 years were recruited. Sociodemographic and clinical data were collected and the International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF) and the King's Health Questionnaire (KHQ) were applied. The analyzes were performed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 22.0. Results: 85 women participated in the research, with an average age of 48.40 ± 12.12 years. The average weight found was 98.36 ± 13.87 kg and a BMI of 39.13 ± 4.89 kg / m². The prevalence of UI was 55.3% (n = 47) and was associated with factors such as climacteric, parity, episiotomy, diabetes and systemic arterial hypertension. Based on the ICIQ-SF, the scores found in the analyzed groups indicated that the severity of urinary loss was considered moderate to severe (obesity grade I: 14.4 (1-20); grade II: 13.4 (1-21) and grade III: 12.9 (1-20)). In the KHQ, the domains with the highest scores were related to general health perception, impact of incontinence and measures of severity. Conclusion: There was a high prevalence of UI in this population, negatively interfering with their quality of life.

Keywords: Urinary Incontinence; Obesity; Quality of Life.

RESUMEN

Introducción: La obesidad ha sido reconocida como un factor de riesgo potencialmente modificable de incontinencia urinaria (IU) en mujeres. Objetivo: Evaluar la prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres obesas en seguimiento ambulatorio, los factores de riesgo asociados y el impacto en la calidad de vida. Método: Se realizó un estudio descriptivo transversal, con análisis cuantitativo de los resultados, desde agosto de 2019 a marzo de 2020. Se reclutaron mujeres con diagnóstico clínico de obesidad, índice de masa corporal (IMC) ≥ 30Kg / m2 e igual edad o mayores de 18 años. Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos y se aplicó el Cuestionario Internacional de Consulta de Incontinencia (ICIQ-SF) y el Cuestionario de Calidad de Vida de Incontinencia Urinaria (KHQ). Los análisis se realizaron utilizando el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS), versión 22.0. Resultados: 85 mujeres participaron en la investigación, con una edad promedio de 48,40 ± 12,12 años. El peso promedio encontrado fue de 98,36 ± 13,87 kg y un IMC de 39,13 ± 4,89 kg / m². La prevalencia de IU fue del 63,5% (n = 54) y se asoció con factores como climaterio, paridad, episiotomía, diabetes e hipertensión arterial sistémica. Con base en el ICIQ-SF, las puntuaciones encontradas en los grupos analizados indicaron que la severidad de la pérdida urinaria se consideró moderada a severa (obesidad grado I: 14,4 (1-20); grado II: 13,4 (1-21) y grado III : 12,9 (1-20)). En el KHQ, los dominios con las puntuaciones más altas se relacionaron con la percepción de salud general, el impacto de la incontinencia y las medidas de gravedad. Conclusión: Hubo una alta prevalencia de IU en esta población, lo que interfiere negativamente con la calidad de vida.

Palabras clave: Incontinencia urinaria; Obesidad; Calidad de vida;

INTRODUÇÃO

A obesidade é considerada uma doença crônica, caracterizada pelo excesso de gordura corporal que ocorre pela interação complexa de fatores endócrino-metabólicos, genéticos, socioeconômicos, comportamentais, culturais e psicológicos[1].

Apresenta alta taxa de morbidade e mortalidade, tornando-se uma preocupação mundial tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento, sendo um grande desafio para os sistemas de saúde, os quais preconizam cada vez mais sua prevenção[2,3].

Mundialmente a obesidade quase triplicou desde 1975. Em 2016, mais de 1,9 bilhão de adultos, com 18 anos ou mais, estavam com sobrepeso. Destes, mais de 650 milhões eram obesos[4]. No Brasil, a frequência de adultos obesos em 2018 foi de 19,8%, ou seja, houve um aumento 67,8% de adultos obesos nos últimos treze anos, evidenciado principalmente em mulheres, as quais apresentaram obesidade ligeiramente maior, com 20,7%, em relação aos homens, com 18,7%[5]. Dessa forma, a obesidade tem se apresentado como um evento de proporções globais e de prevalência crescente, caracterizando-se como um problema de saúde pública[6].

A obesidade está inserida no grupo de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), é também um dos importantes fatores de risco para complicações do diabetes mellitus, hipertensão, doenças cardiovasculares, dentre outras, sendo as doenças cardiovasculares a principal causa de morte no mundo atualmente[7].

Além disso, a obesidade tem sido entendida como um importante fator de risco para o desenvolvimento de disfunções do assoalho pélvico, dentre elas, a incontinência urinária (IU) feminina. Sugere-se que as mulheres obesas têm o dobro de chance de desenvolver esta disfunção em relação a mulheres não obesas[8].

O excesso de peso pode resultar em maior pressão intra-abdominal gerando estresse crônico sobre as estruturas do assoalho pélvico, além de afetar a função neuromuscular do trato geniturinário[9,10].

A IU compromete a qualidade de vida de diversas maneiras, tanto pelas limitações fisiológicas atribuídas pela doença, podendo desencadear quadros de depressão e ansiedade intensificados pela sensação de baixa autoestima e insatisfação sexual, culminando em auto exclusão social[11].

Entende-se a importância da redução de peso como parte integrante no tratamento das disfunções do assoalho pélvico[12]. Entretanto ainda não há evidências conclusivas sobre esse efeito na incontinência urinária[13].

Como a obesidade tem se apresentado como um fator de risco potencialmente modificável para incontinência urinária, podendo ser um fator contribuinte para uma maior incidência estudos epidemiológicos acerca do tema, a realização desse estudo pode levar a uma melhor compreensão dessa relação, servindo de base para políticas públicas que visem a promoção, a prevenção primária ou secundária, assim como seu tratamento de forma mais efetiva, uma vez que no Brasil, ainda são poucos os estudos sobre a associação da IU aos fatores de risco, fato que dificulta conhecer a real dimensão do problema em nossa população[9,14].

O presente estudo tem como objetivo avaliar a prevalência de incontinência urinária em mulheres obesas em acompanhamento ambulatorial, os fatores de risco associados e impacto na qualidade de vida.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo com análise de resultados quantitativa.

O projeto do estudo foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, CAAE 69364317.2.0000.0096 e aprovado junto ao CEP UFPR sob parecer de n. 3.547.125.

Foram incluídas no estudo participantes do sexo feminino, idade igual ou superior a 18 anos, pertencentes a um serviço de nutrição de um hospital público do sul do Brasil, com diagnóstico clínico de obesidade (IMC ≥30Kg/m²).

As participantes eram recrutadas previamente pela equipe de Nutrição dos ambulatórios aos quais estas estavam vinculadas e posteriormente a pesquisadora principal explicava a pesquisa e realizava o convite e aquelas que concordassem com a pesquisa assinavam o termo de consentimento livre e esclarecido. Não participaram do estudo mulheres com diagnóstico prévio de doenças neurológicas com interferência na função urinária.

A coleta de dados foi realizada no período de agosto de 2019 a março de 2020.

Durante o período, as participantes foram identificadas como sujeitos elegíveis pela equipe de Nutrição e encaminhadas para o presente estudo.

Após a abordagem inicial e realizados os trâmites éticos como a explicação sobre o sigilo dos dados coletados, ocorreu a avaliação de cada paciente individualmente por meio de 3 etapas: iniciou-se com uma entrevista estruturada; seguiu-se com a aplicação de questionários auto aplicados relacionados à IU e; e por fim realizou-se a avaliação física com coleta de variáveis antropométricas (peso corporal e estatura para determinação do IMC) e avaliação da composição corporal por meio da bioimpedância.

A entrevista estruturada foi realizada por meio de uma ficha de avaliação criada pelo autor. Esta contemplou dados sociodemográficos, hábitos de vida e perfil clínico.

Os questionários aplicados foram o ICIQ-SF - Questionário Internacional de Consulta sobre Incontinência e para as mulheres que apresentaram IU, respondiam também o KHQ- Questionário de Qualidade de Vida em Incontinência Urinária.

O ICIQ-SF é um questionário auto administrável, validado para o português por Tamanini *et al.* que avalia de forma rápida e não invasiva o impacto da IU na qualidade de vida e a qualificação da perda urinária de indivíduos incontinentes. É composto de quatro questões que avaliam a frequência, a gravidade e o impacto da IU. No questionário constam também oito itens de autodiagnóstico, relacionados às causas ou a situações de IU vivenciadas podendo a paciente assinalar mais de uma alternativa nesta questão. Para pontuação do ICIQ-SF com relação à qualidade de vida considerou-se: 0-nenhum impacto; 1-3: leve; 4-6: moderado; 7-9: grave; 10: muito grave; Pontuação ICIQ-SF (Escore Total – gravidade da perda de urina): 0-5: leve; 6-12: moderado; 13-18: grave; 19-21: muito grave[15].

O KHQ permite mensurar especificamente a repercussão da incontinência urinária na qualidade de vida das mulheres. Foi traduzido e validado na língua portuguesa por Tamanini et al., em 2003. É composto por trinta perguntas distribuídas em nove domínios. Referem-se à percepção da saúde, o impacto da incontinência, as limitações do desempenho das tarefas, a limitação física, a limitação social, o relacionamento pessoal, as emoções, o sono e a energia e as medidas de gravidade. Encontra-se também uma escala de sintomas composta pelos itens: frequência urinária, noctúria, urgência, hiperreflexia vesical, incontinência urinária de esforço, enurese noturna, incontinência no intercurso sexual, infecções urinárias e dor na bexiga. A pontuação do questionário se dá pela soma de valores numéricos atribuídos a cada resposta, os quais são somados e avaliados por domínio. Os valores são ainda calculados por meio de fórmula matemática, pela qual se obtêm o escore de qualidade de vida, variando de 0 a 100. Considera-se que quanto maior o número obtido, pior a qualidade de vida[16].

Foi avaliada a circunferência da cintura (CC), em cm, por meio de uma fita métrica inelástica com precisão de 01mm. Foi considerada a medida do ponto médio entre o último arco costal e a crista ilíaca. A avaliada ficou em pé com abdômen relaxado, os braços descontraídos ao lado do corpo. Para perímetro do quadril, foram seguidos os mesmos passos descritos para CC, entretanto, a fita métrica foi colocada horizontalmente em volta do quadril na parte mais saliente dos glúteos[17]. Para sua mensuração manteve-se sempre o mesmo avaliador.

Os perímetros de cintura e quadril possibilitaram a construção da Relação cintura-quadril (RCQ), obtido pelo quociente entre a CC e o perímetro do quadril[18].

Para a coleta dos dados de bioimpedância, referentes ao peso corporal (Kg), massa muscular (Kg), porcentagem de gordura corporal, porcentagem de gordura

visceral, porcentagem de água e massa óssea (Kg), foi utilizada uma balança tipo plataforma digital (G-Tech®, Brasil), previamente calibrada, com capacidade de 150 kg e escala de divisões de 100g.

As participantes foram pesadas em pé sobre a balança, descalças, com poucas roupas, sendo considerada na tomada do peso uma casa decimal. A medida da estatura foi coletada do prontuário de cada participante.

A partir destes dados foi determinado o IMC (cálculo pela divisão do peso em kg pela altura em metros elevada ao quadrado, kg/m²) sendo o cálculo mais usado para avaliação da adiposidade corporal. Para identificar os graus de obesidade adotou-se a classificação da Organização Mundial da Saúde [18]: IMC 30-34,9-Obesidade grau I; 35-39,9-Obesidade grau II; ≥40,0 Obesidade-grau III.

A amostra foi composta por 85 participantes. O poder da amostra foi calculado no programa G*Power 3.1.3, considerando os seguintes critérios: tamanho do efeito: 0,5 (efeito médio); erro α: 0,05, resultando no poder (1-β) de 0,99.

A análise dos dados foi realizada no programa Statistical Package for the Social Sciences v 22 (SPSS). As variáveis categóricas foram descritas em frequência absoluta e relativa e os de variáveis quantitativas foram descritos por média e desvio padrão, mediana e amplitude ou frequência (n) e porcentagem (%). Para realizar a análise da diferença, a normalidade dos dados foi analisada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Para estimar parâmetros de interesse foram construídos intervalos de confiança de 95%. A comparação das características sociodemográficas, condições de saúde, hábitos de vida e comorbidades das participantes com e sem incontinência urinária foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson e a comparação do perfil gestacional, das características antropométricas e composição corporal pela bioimpedância das participantes com e sem incontinência urinária foi realizada por meio do Teste U Man-Whitney. A comparação da frequência de sintomas de IU identificadas pelo ICIQ-SF, dos subtipos de Incontinência Urinária e dos valores dos escores obtidos em cada domínio do KHQ das mulheres incontinentes de acordo com o tipo de obesidade (grau I, grau II e grau III) foi realizado pelo Teste Kruskal Wallis. O nível de significância estatística foi estipulado em 5%.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

O presente estudo contou com 85 participantes. Com relação à prevalência da IU, 54 participantes (63,5%) apresentaram esta disfunção. A média do peso encontrado foi de 98,36±13,87 Kg e IMC de 39,13±4,89 Kg/m². Climatério, número de gestações e episiotomia apareceram como fatores associados positivamente ao grupo que apresentou incontinência urinária. Esses dados e as demais características gerais e perfil gestacional, diferenciando o grupo com incontinência e o grupo sem incontinência, são apresentados na TABELA 1.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e perfil gestacional das participantes.

Variáveis	Amostra Total N=85	Com Incontinência N=54	Sem Incontinência N=31	P valor
Etnia, n(%)				
anca	64 (75,3)	38 (70,4)	26 (83,9)	0,18*
egra	5 (5,9)	5 (9,3)	-	
narela	2 (2,3)	2 (3,7)	-	
ırda	14 (16,5)	9 (16,7)	5 (16,1)	
Estado civil, n(%)				0,78*
asada	46 (54,1)	32 (59,3)	14 (45,2)	
olteira	16 (18,8)	7(13,0)	9 (29,0)	
eparada	16 (18,8)	10 (18,5)	6 (19,4)	
úva	7 (8,2)	5 (9,3)	2 (6,5)	
Escolaridade n(%)				0,18*
ndamental incompleto	28 (32,9)	22 (40,7)	6(19,4)	
ndamental completo	13 (15,3)	10 (18,5)	3 (9,7)	
sino médio incompleto	4 (4,7)	3 (5,6)	1 (3,2)	
sino médio completo	28 (32,9)	16 (29,6)	12 (38,7)	
sino superior incompleto	4 (4,7)	2 (3,7)	2 (6,5)	
sino superior completo	8 (9,4)	1 (1,9)	7 (22,6)	
Ocupação n(%)				0,34*
osentada	7	5 (9,3)	2 (6,5)	
salariada	36	19 (35,2)	17 (54,8)	
utônoma	14	8 (14,8)	6 (19,4)	
sempregada	1	-	1 (3,2)	
ão remunerada	27	22 (40,7)	5 (16,1)	
Estado reprodutivo				
enacme	37 (43,5)	18 (33,3)	19 (61,3)	0,09*
imatério	48 (56,5)	36 (42,3)	12 (38,7)	**0,02***
rfil Gestacional n(%)				
stações	2(0-12)	3(0-12)	2(0-7)	**0,00****
rtos vaginais	0 (0-6)	2,7 (0-6)	0,6 (0-6)	0,09**
sarianas	1 (0-4)	0,9 (0-4)	0,8 (0-2)	**0,00****
ortos	0 (0-5)	0,4 (0-5)	0,1 (0-1)	**0,00****

›isiotomia	0 (0-1)	0,2 (0-1)	0,03 (0-1)	**0,03****
›rceps	0 (0-1)	0,1 (0-1)	0 (0-0)	0,17**

Nota: *Teste Qui quadrado de Person; ** Teste U de Mann-Whitney;

FONTE: O autor (2020).

Em relação às cirurgias, o presente estudo considerou, para efeito de análise, as cirurgias ginecológicas, pélvicas e abdominais. O uso de medicamentos de uso contínuo foi significativamente maior no grupo com incontinência. Entre eles os diuréticos, medicamentos utilizados em diabetes, agentes betabloqueadores, agentes que atuam sobre o sistema renina-angiotensina, agentes que reduzem os lipídeos séricos, terapia tireoidiana e antidepressivos. Assim como houve associação com o consumo de café, chás, refrigerantes e chocolate. Estes e os demais dados clínicos e hábitos de vida são apresentados na TABELA 2.

Tabela 2 – Condições de saúde, hábitos de vida e comorbidades das participantes.

Variáveis	Amostra Total N=85	Com Incontinência N=54	Sem Incontinência N=31	P valor
ıbagismo	11 (12,9)	7 (13,0)	4 (12,9)	0,76
ividade física	29 (34,1)	18 (33,3)	11 (35,5)	0,92
rurgias prévias	45 (52,9)	33 (61,1)	12 (38,7)	0,17
edicamentos de uso contínuo	64 (75,2)	46 (85,2)	18 (58,1)	**0,01**
ɔmorbidades				
pertensão	47 (55,3)	35 (64,8)	12 (38,7)	**0,04**
abetes	33 (38,8)	28 (51,9)	5 (16,1)	**0,01**
slipidemia	31 (36,5)	18 (33,3)	13 (41,9)	0,68
nite	18 (21,2)	14 (25,9)	4 (12,9)	0,22
Sinusite	5 (5,9)	3 (5,6)	2 (6,5)	0,63
POC	3 (3,5)	3 (5,6)	0	0,21
ma	6 (7,0)	5 (9,3)	1 (3,2)	0,79
sse crônica	13 (15,3)	10 (18,5)	3 (9,7)	0,36
ecção Urinária recorrente	10 (11,8)	9 (16,7)	1 (3,2)	0,15
r pélvica crônica	14 (16,5)	12 (22,2)	2 (6,5)	0,29
nstipação	10 (11,8)	7 (13)	3 (9,7)	0,76
continência fecal/anal	2 (2,3)	2 (3,7)	0	0,05
olapso	5 (5,9)	5 (9,3)	0	0,17
nsumo frequente				
afé, chás, refrigerantes e chocolate, n(%)	46 (54,1)	31 (57,4)	15 (48,4)	**0,00**
utas e sucos cítricos, n(%)	42 (49,4)	28 (51,9)	14 (45,2)	0,09
odutos com lactose, n(%)	32 (37,6)	19 (35,2)	13 (41,9)	0,26
mentos Picantes, n(%)	21 (24,7)	11 (20,4)	10 (32,3)	0,13

Nota: Teste Qui quadrado de Pearson

FONTE: O autor (2020).

Idade e as características antropométricas e de composição corporal pela bioimpedância são apresentadas na TABELA 3.

TABELA 3 – Características antropométricas e composição corporal das participantes

Variáveis	Amostra Total N=85	Com Incontinência N=54	Sem Incontinência N=31	P valor
Idade (anos)	50 (24-72)	53 (24-72)	42 (24-63)	0,08
Peso (kg)	97 (70-137)	97,3 (70,0-137,0)	100,1(80,1-130,0)	0,54
IMC (Kg/m²)	38,91 (30,10-51,8)	39,2 (30,3-51,8)	39,0 (30,1-49,0)	0,53
CC (cm)	110 (84-144)	110 (84-144)	107,6(90-134)	0,35
RCQ	0,88 (0,69-1,14)	0,8 (0,6-1,1)	0,8 (0,7-1,0)	0,05
%Gordura corporal	40,7 (28,4-46,1)	39,4 (29,1-46,1)	40,3 (28,4-45,3)	0,37
%Gordura visceral	14,8 (10,7-20,3)	15,2 (0,8-20,3)	14,4 (10,7-19,9)	0,43
Massa muscular (Kg)	28 (18,4-40,2)	27,9 (18,4-40,2)	29,4 (22,1-39,5)	0,14
Massa óssea (Kg)	2,8 (1,6-5,2)	2,9 (1,6-5,2)	3 (2-5)	0,94
%Água	43,3 (39-52,2)	44,1 (39,0- 51,7)	43,4 (39,9-52,2)	0,68

Nota: Mediana (mínimo e máximo); Teste U Man-Whitney

FONTE: O autor (2020).

Com relação aos dados obtidos por meio do Questionário Internacional de Consulta sobre Incontinência - ICIQ-SF, 31 participantes (36,5) relataram nunca terem tido perda urinária, sendo destas, 5 participantes (16,1) classificadas em obesidade tipo I; 12 participantes (38,7) classificadas em obesidade tipo II e 14 participantes (45,2) classificadas em obesidade tipo III. A maioria das participantes perdia uma pequena quantidade de urina e diversas vezes ao dia. Apresentando os dados da questão 6, referente a situações de perda, das 54 participantes incontinentes, 35 (64,8), relataram perda antes de chegar ao banheiro, 43 (79,6) quando tosse ou espirra; 12 (22,2) quanto está dormindo; 29 (53,7) durante atividade física; 6 (11,1) ao vestir-se após urinar; 10 (18,5) sem razão óbvia; 8 (14,8) o tempo todo. Com relação ao escore total do questionário e a interferência na vida diária entre as mulheres incontinentes, estes se apresentaram entre moderado e grave, impactando negativamente na qualidade de vida. Os demais valores são apresentados na TABELA 4.

Tabela 4: Frequência de sintomas de IU das participantes identificadas pelo ICIQ-SF

Variáveis ICIQ-SF	**Amostra Total n=85 (100%)**	**Mulheres incontinentes de acordo com o tipo de obesidade n=54 (100%)**			**P valor**
Frequência de perda urinária		Grau I n=12 (22,2)	Grau II n=22 (40,7)	Grau III n=20 (37,0)	
1 vez por semana	16 (18,8)	4 (33,3)	8 (36,4)	4 (20)	
2-3 vezes por semana	8 (9,4)	1 (8,3)	2 (9,1)	5 (25)	0,85
1 vez por dia	3 (3,5)	1 (8,3)	0	2 (10)	
Diversas vezes por dia	19 (22,3)	5 (41,7)	8 (36,4)	6 (30)	
O tempo todo	8 (9,4)	1 (8,3)	4 (18,2)	3 (15)	
Quantidade de perda					
Pequena	30 (35,3)	5 (41,7)	12 (54,5)	13 (65)	
Moderada	12 (14,1)	5 (41,7)	6 (27,2)	1 (5)	0,58
Grande	12 (14,1)	2 (16,7)	4 (18,2)	6 (30)	
Interferência da vida diária (0-10)	4,8 (0-10)	9(1-10)	7,2(3-10)	6,7(0-10)	0,25
Escore ICIQ-SF (0-21)	8,8 (0-21)	14,4(1-20)	13,4(1-21)	12,9 (1-20)	0,50

Nota: Mediana (mínimo e máximo); Teste Kruskal Wallis; Pontuação ICIQ-SF (Qualidade de Vida): 0-nenhum impacto; 1-3: leve; 4-6: moderado; 7-9: grave; 10: muito grave; Pontuação ICIQ-SF (Escore Total – gravidade da perda de urina): 0-5: leve; 6-12: moderado; 13-18: grave; 19-21: muito grave

FONTE: O autor (2020).

Do total das 54 participantes que apresentaram incontinência urinária, ao serem questionadas há quanto tempo apresentam os sintomas, a mediana foi de 24 meses (0;408). Em relação ao uso de protetores íntimos para conter a perda urinária, a mediana apresentada foi de nenhum ao dia, com mínimo de zero e máximo de 10 protetores ao dia. Os outros dados são apresentados na TABELA 5.

TABELA 5 – Comparação dos subtipos de Incontinência Urinária com os subtipos de obesidade das participantes

Tipos de IU	Tipos de obesidade			Total	P valor
	Grau I	Grau II	Grau III		
IUE	2 (3,7)	3 (5,5)	1 (1,8)	6 (11,1)	0,45
IUU	1 (1,8)	2 (3,7)	2 (3,7)	5 (9,2)	1,00
IUM	9 (16,7)	17 (31,5)	17 (31,5)	43 (79,6)	0,97
Total	12 (22,2)	22 (40,7)	20 (37)	54 (100)	

Nota: Teste Kruskal Wallis

FONTE: O autor (2020).

Somente as participantes incontinentes responderam o Questionário de Qualidade de Vida em Incontinência Urinária - KHQ e o escore de cada domínio foi comparado com o tipo de obesidade como apresentado na TABELA 6. Embora o KHQ não tenha ponto de corte para o escore de cada domínio, os domínios que apresentaram maiores valores foram o impacto da incontinência, percepção geral da saúde e medidas de gravidade, respectivamente.

TABELA 6 – Valores dos escores obtidos em cada domínio do KHQ para cada grau de obesidade

Variáveis KHQ	**Amostra Total n=54**	**Mulheres incontinentes de acordo com o tipo de obesidade n=54**			**P-valor**
DOMÍNIOS		Grau I n=12	Grau II n=22	Grau III n=20	
Percepção geral da saúde	62,5 (25-100)	50 (25-100)	75 (25-100)	62,5 (25-100)	0,74
Impacto da incontinência	66,6 (0-100)	100 (33-100)	83,3 (0-100)	33 (0-100)	0,06
Limitações das atividades diárias	33,3 (0-100)	33 (0-100)	50 (25-100)	41,6 (0-100)	0,56
Limitações físicas	41,6 (0-100)	33 (0-100)	50 (25-100)	50 (0-100)	0,71
Limitações sociais	33,3 (0-100)	33 (0-66)	33 (25-100)	16,6 (0-100)	0,86
Relações pessoais	0 (0-100)	0 (0-32)	0 (0-100)	0 (0-100)	0,78
Emoções	33,3 (0-100)	33 (0-100)	27 (0-100)	33,3 (0-100)	0,90
Sono / disposição	33,3 (0-100)	33 (0-100)	33 (0-100)	33,3 (0-100)	0,72
Medidas de gravidade	53,3 (0-100)	56 (6-86)	66 (0-100)	46,6 (13,3-100)	0,60

Nota: Mediana (mínimo e máximo); Teste Kruskal Wallis

FONTE: O autor (2020).

DISCUSSÃO

Estudos demonstram fortes associações entre obesidade e incontinência urinária de esforço em mulheres[10, 19].

No presente estudo, das 85 participantes, 54 apresentaram IU (63,5%), evidenciando alta prevalência nesta população, corroborando com os resultados de Nygaard et al. que analisou a prevalência de incontinência urinária em mulheres brasileiras com indicação de cirurgia bariátrica, encontrando prevalência de 53,4%[20]. Assim como o encontrado no estudo de coorte observacional multicêntrico realizado por Subak et al. com objetivo de avaliar os efeitos da cirurgia bariátrica nas disfunções do assoalho pélvico[13]. O estudo envolveu 10 hospitais dos EUA em 6 centros clínicos geograficamente diversos. 1987 indivíduos concluíram todas as etapas, dos quais 1565 (78,8%) eram mulheres, constatando prevalência de incontinência urinária de 49,3% na população feminina estudada no momento pré-operatório.

Chen et al. realizaram estudo para analisar a prevalência de IU em mulheres incluindo somente aquelas com obesidade mórbida (IMC > 40Kg/m^2). Encontraram uma prevalência de IU ainda maior, com 71% das participantes apresentando este agravo[21]. Este estudo ainda evidenciou que mulheres obesas apresentavam incontinência urinária mais grave que as não obesas e ainda sugere que mulheres obesas têm chances 4 vezes maiores de desenvolver IU.

Embora a maioria dos estudos sugira que a obesidade seja um fator de risco estabelecido para causar incontinência urinária de esforço, a razão para esta associação não é tão clara[22]. Em 2008, Hunskaar propôs que o aumento do peso corporal leva à maior pressão intra-abdominal, gerando enfraquecimento das estruturas do assoalho pélvico pelo estresse crônico, além de gerar maior pressão intravesical e aumento da mobilidade uretral[9]. Somente mais tarde a atenção voltou-se também para os sintomas de urgência e frequência, e recentemente, descobriu-se que a obesidade é fator de risco independente para bexiga hiperativa (BH) em mulheres, podendo associar-se a incontinência urinária de urgência. Além dos fatores mecânicos que aumentam a resposta aferente da bexiga, acredita-se ainda que estes sintomas possam estar relacionados também a inflamação crônica na bexiga de mulheres obesas indicado pelo aumento de quimiocinas urinárias[23].

Quando há associação de sintomatologia da IUE e da IUU, os sintomas podem ser apresentados como incontinência urinária mista, sugerindo a associação de mecanismos fisiopatológicos.

No presente estudo foi maior a prevalência de incontinência urinária mista em mulheres obesas (79,6%), e quando observados por tipo de obesidade grau I (16,7%), grau II (31,5%) e Grau III (31,5%) não houve diferença significativa entre estes três grupos. Outros estudos também encontraram prevalência maior de IUM em mulheres obesas como encontrado no estudo de Nygaard et al. com 52,5% e no estudo Anglim et al., que contou com 366 mulheres obesas, encontrando porcentagem maior de incontinência mista em sua amostra com 44%, seguido de 34% de incontinência de esforço e 21%, bexiga hiperativa [20, 24].

A incontinência urinária está associada também à diabetes mellitus. Foi sugerido que a razão mais provável para o risco aumentado é o dano microvascular em mulheres diabéticas levando ao comprometimento do mecanismo do esfíncter uretral e "sensibilidade" da bexiga com maior risco de desenvolver IUE e BH, respectivamente[10]. No presente estudo ao comparar o grupo de mulheres obesas com incontinência urinária com o grupo sem incontinência, pode-se observar que o diabetes teve associação significativa para o grupo com incontinência. Esse resultado vai ao encontro de estudos como o de Lawrence et al. que ao examinar associações entre obesidade, diabetes e distúrbios do assoalho pélvico como incontinência urinária de esforço e bexiga hiperativa em mulheres residentes na comunidade, constatou que mulheres com diabetes demonstraram significativamente mais probabilidade de ter disfunções do assoalho pélvico do que mulheres sem diabetes. Mulheres com diabetes tinham 90% mais probabilidade de ter IUE ou BH[10].

O presente estudo também encontrou associação significativa com hipertensão arterial sistêmica. Embora ainda não haja estudos que confirmem a associação acredita-se que a síndrome metabólica coexistente predispõe a incontinência urinária de urgência. O impacto resultante na perfusão vascular e na inervação neural podem ser a causa dos sintomas de BH e incontinência[25].

Para Subak, Richter e Hunskaar ainda há lacunas sobre estes fatores de risco e mais pesquisas, entre as quais, as epidemiológicas, são necessárias para se determinar a independência e sinergia de fatores de risco para IU incluindo IMC, diabetes e fatores de risco cardiovascular[19].

Além disso, Higa, Lopes e dos Reis afirmam que esta associação com a IU pode ser explicada pelo uso de diuréticos, fator que contribui para que mulheres hipertensas apresentem perda urinária. Há hipótese de que a carga excessiva na bexiga, após o tratamento com diuréticos, possibilita causar não somente a incontinência urinária de urgência como também a incontinência urinária de esforço.

Em nosso estudo, embora não tenhamos estratificado os tipos de medicamentos, tivemos associação positiva com medicamentos de uso contínuo[14].

A IU pode ocorrer em qualquer fase do ciclo vital feminino, no entanto Nygaard et al. constatou em seu estudo que a prevalência de IU aumentou 34% das mulheres que entraram na menopausa. A menopausa foi identificada como fator de risco independente relacionados à IU[20].

Como os tecidos envolvidos no mecanismo de continência urinária feminina são sensíveis ao estrogênio, a deficiência de estrogênio após a menopausa pode ser um fator etiológico no desenvolvimento ou progressão da IU. Além disso, esse efeito não pareceu ser atenuado pela conversão periférica do estrogênio, o que é particularmente comum em indivíduos com obesidade[20].

Sabe-se que quanto maior o número de gestações, maior é o risco de desenvolver IU, isso devido às mudanças biológicas que ocorrem a cada gravidez que leva ao relaxamento do tecido conjuntivo, além das lesões nas estruturas do assoalho pélvico que podem ocorrer no momento do parto[26].

Neste estudo, mulheres com IU tiveram uma paridade significativamente maior. Da mesma forma que estudo de Park e Baek que ao examinar o impacto de diferentes tipos de obesidade (geral e abdominal) na incontinência urinária, com 4648 mulheres com mais de 19 anos de idade na Coréia, verificou em sua amostra que mulheres com IU também tiveram uma paridade significativamente maior do que mulheres sem IU[27].

Outra variável que apresentou associação com a IU foi a presença de episiotomia. Atualmente vários estudos demonstram que a realização deste procedimento rotineiramente não é protetiva para o assoalho pélvico, como demonstrado por revisão sistemática realizada por Carolli e Mignini em que corrobora que a evidência atual não apoia o argumento de fazer episiotomia de rotina para evitar o trauma perineal grave[28].

Segundo Newman e Cardozo, a cafeína agrava a urgência e a frequência através da diurese, diminuição do limiar de sensação durante a fase de enchimento e aumento da taxa de fluxo e volume anulado. Corroborando com os achados desse estudo, observou-se associação significativa do consumo frequente de alimentos como café, chá, refrigerante e chocolate ao grupo com incontinência urinária[29]. Embora ainda com pouco evidência sobre essa temática as recomendações da ICS são que diminuir a ingestão de cafeína melhora a continência.

A obesidade e a IU estão relacionadas a pior qualidade de vida em mulheres. Bilgic et al. corroboram que mulheres obesas com IU apresentaram piores escores de qualidade de vida em relação a mulheres com IU não obesas[30].

A literatura dispõe de diversos instrumentos específicos e validados que avaliam a qualidade vida em indivíduos incontinentes como o Questionário Internacional de Consulta sobre Incontinência - ICIQ-SF[15], Questionário de Qualidade de Vida em Incontinência Urinária - KHQ[16].

Nesta pesquisa, ao comparar os grupos diferenciando os graus de obesidade com valores obtidos por meio do ICIQ-SF não demonstrou diferença significativa, entretanto os escores dos três grupos indicaram impacto moderado a grave com escore variando de 12,9 (1-20) a 14,4(1-20). Boyle et al. que também fizeram uso do referido instrumento e encontrou média de 9,3 (DP = 4,4), correspondendo a gravidade de perda moderada, repercutindo na pior qualidade de vida desta população[31]. Assim como em estudo de Nygaard et al. a pontuação média no ICIQ-SF foi de 9,36 ± 4,9. A gravidade dos sintomas foi considerada moderada em 53,3% (63) das participantes com incontinência urinária[20]. A maioria acreditava ter vazado pequenas quantidades de urina: 79 (70,5%), resultado que também encontramos no presente estudo, mas que ainda assim há impacto negativo na qualidade de vida.

Na avaliação mais específica da qualidade de vida de mulheres incontinentes, realizada pelo questionário KHQ, não houve diferença para os grupos com diferentes graus de obesidade, ou seja, qualquer mulher com IU independentemente do grau de obesidade, teve impacto na qualidade de vida, principalmente nos domínios: percepção geral da saúde, impacto da incontinência e medidas de gravidade, este último domínio relacionado ao uso de protetor higiênico, controle da quantidade de líquido ingerido, troca de roupa íntima no caso de perda urinária, preocupação com cheiro de urina e vergonha relacionada. Castro et al. ao analisar os efeitos da cirurgia bariátrica no assoalho pélvico em mulheres obesas também encontrou os maiores escores relacionados a estes três domínios avaliadas no momento pré-operatório. Ao avaliarem as mesmas participantes no momento pós-operatório com perda de peso e melhora dos sintomas urinários, estes escores também tinham melhorado significativamente, indicando a interferência negativa na qualidade de vida destas mulheres anteriores à cirurgia[32].

CONCLUSÃO

O presente estudo encontrou alta prevalência de incontinência urinária em mulheres obesas e impacto negativo na qualidade de vida. Fatores de risco também foram encontrados, como diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, climatério, paridade, realização prévia de episiotomia no parto e consumo de alimentos considerados irritativos vesicais, sugerindo ser condição multifatorial na mulher portadora de obesidade. Além disso, a maior prevalência encontrada no estudo foi da incontinência urinária do tipo mista, o que destaca que a associação de fatores que podem levar a esta disfunção.

A obesidade, entendida como uma epidemia global, continua a crescer, aumentando os riscos de disfunções do assoalho pélvico principalmente em mulheres. A compreensão desta condição e os fatores de risco associados devem contribuir para auxiliar os profissionais de saúde a identificar mulheres com maior risco e atuar mediante estratégias preventivas e de promoção, visando diminuir a sua prevalência, assim como a direcionar políticas públicas com vista aos agravos mais prevalentes, como encontrado no presente estudo, e contribuir com medidas de prevenção primária e secundária direcionadas.

REFERÊNCIAS

1. De Azevedo F R, Brito B C. Influência das variáveis nutricionais e da obesidade sobre a saúde e o metabolismo. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 58, n. 6, p. 714-723, 2012

2. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: WHO; 2011.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

4. World Health Organization. Obesity and overweight. Geneva: WHO; 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Acesso em: 20 de agosto de 2020.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2011.

7. Duncan B B. et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. Rev Saúde Pública 2012;46(Supl):126-34 A

8. Dumoulin C. et al. Conservative management for female urinary incontinence and pelvic organ prolapse review 2013: Summary of the 5th international consultation on incontinence. Neurourology and Urodynamics, v. 35, n. 1, p. 15-20, 2016.

9. Hunskaar S. A systematic review of overweight and obesity as risk factors and targets for clinical intervention for urinary incontinence in women. Neurourol Urodyn 2008;27(08):749–757. Doi:10.1002/nau.20635

10. Lawrence JM, Lukacz ES, Liu IL, Nager CW, Luber KM. Pelvic floor disorders, diabetes, and obesity in women: findings from the Kaiser Permanente Continence Associate

11. International Continence Society (ICS). 2016. Terminology/Signs/Urinary Incontinence. Disponível em: <https://www.ics.org>. Acesso em 20 de agosto de 2020.

12. Aston B L. et al. Do women seeking treatment for pelvic floor dysfunction have higher than average BMI'S? In: Oral Presentations – 36th Annual IUGA Meeting, Lisbon, Portugal, 28 June – 2 July 2011. Int Urogynecol J. 2011;22(Suppl 1):S1-195 p. 130

13. Subak L L. et al. Urinary Incontinence Before and After Bariatric Surgery. Jama Intern. Medicine, v. 175, n. 8, p. 1.378- 1.387, 2015.

14. Higa R. LOPES M H. DOS REIS M J. Risk factors for urinary incontinence in women. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 42, n. 1, p. 187-92, 2008.

15. Tamanini J T N et al. Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form" (ICIQ-SF). Rev. Saúde Pública, vol.38 no.3 São Paulo, Jun 2004.

16. Tamanini J T N. et al. Validação do "King's Health Questionnaire" para o português em mulheres com incontinência urinária. Rev. Saúde Pública v.37 n.2 São Paulo abr. 2003.

17. Callaway C W. Circumferences. Anthropometric Standardization Reference Manual. Illinois (USA): Human Kinetics Books; 1988.

18. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva: World Health Organization, 2000. p. 256. WHO Obesity Technical Report Series, n. 284.

19. Subak LL, Richter HE, Hunskaar S. Obesity and urinary incontinence: epidemiology and clinical research update. J Urol 2009; 182(6, Suppl)S2–S7 Doi:10.1016/j.juro.2009.08.071.

20. Nygaard C C. et al. Urinary Incontinence and Quality of Life in Female Patients with Obesity. Rev Bras Ginecol Obstet 2018;40:534–539

21. Chen C C G. et al. Obesity is associated with increased prevalence and severity of pelvic floor disorders in women considering bariatric surgery. Surgery for Obesity and Related Diseases 5 (2009) 411–415

22. Osborn D J. et al. Obesity and Female Stress Urinary Incontinence. UROLOGY 82: 759e763, 2013. Published by Elsevier Inc.

23. Tyagi P et al. Urine cytokines suggest an inflammatory response in the overactive bladder: a pilot study. Int Urol Nephrol. 2009. doi:10.1007/s11255-009-9647-5

24. Anglim B et al. The long-term effects of bariatric surgery on female urinary incontinence. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 231 (2018) 15–18

25. Richter H E. et al. The Impact of Obesity on Urinary Incontinence Symptoms, Severity, Urodynamic Characteristics and Quality of Life. THE JOURNAL OF UROLOGY. Vol. 183, 622-628, February 2010 DOI:10.1016/j.juro.2009.09.083

26. Juliato C R T. et al. Factors associated with urinary incontinence in middle-aged women: a population-based household survey. Int Urogynecol J 2016 DOI 10.1007/s00192-016-3139-9

27. Park S. Baek K A. Association of General Obesity and Abdominal Obesity with the Prevalence of Urinary Incontinence in Women: Cross-sectional Secondary Data Analysis. Iran J Public Health, Vol. 47, No.6, Jun 2018, pp.830-837

28. Carroli G. Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database Syst Rev. Author manuscript; available in PMC 2014 September 25.

29. Newman D K. Cardozo L. Sievert K-D. Preventing urinary incontinence in women. Curr Opin Obstet Gynecol 2013, n 5 v 25:388–394 DOI:10.1097/GCO.0b013e328364a35d

30. Bilgic D. et al. Quality of life and sexual functıon in obese women with pelvic floor dysfunction, Women & Health. 2018 DOI: 10.1080/03630242.2018.1492497

31. Boyle R et al. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and fecal incontinence in antenatal and postnatal women: a short version Cochrane review. Neurourol Urodyn 2013; April 24. doi: 10.1002/nau.22402.

32. Castro L A. et al. Effects of bariatric surgery on pelvic floor function. ABCD Arq Bras Cir Dig 2012;25(4):263-268

Cuidado nutricional à criança: prática de médicos e enfermeiros na Estratégia Saúde da Família

Child nutritional care: practice of physicians and nurses at the Family Health Strategy

Atención nutricional infantil: práctica de médicos y enfermeros en la Estrategia Salud de la Familia

Dixis Figueroa Pedraza[1]

RESUMO

Objetivou-se avaliar o cuidado nutricional à criança prestado por médicos e enfermeiros na Estratégia Saúde Família. Pesquisa avaliativa desenvolvida em dois municípios do Estado da Paraíba. Avaliaram-se as práticas de diagnóstico nutricional, promoção do estado nutricional e prevenção de distúrbios nutricionais, e assistência/tratamento/cuidado, segundo questionário respondido pelos profissionais. As ações de vigilância do crescimento desenvolvidas foram analisadas por observação das consultas de puericultura. Apesar do envolvimento dos médicos e enfermeiros em ações importantes do cuidado nutricional, sobressaíram deficiências do médico no diagnóstico nutricional, bem como na promoção do estado nutricional e prevenção de distúrbios nutricionais. O enfermeiro apresentou menor atuação na assistência/tratamento/cuidado. Na vigilância do crescimento, destacou-se o pouco registro dos dados antropométricos e o aconselhamento nutricional incipiente. Conclui-se que o cuidado nutricional à criança prestado por médicos e enfermeiros apresenta deficiências. O acompanhamento do crescimento da criança e a orientação nutricional enfatizam-se como dificuldades na consulta de puericultura.

Palavras-chave: atenção primária à saúde, programas e políticas de nutrição e alimentação, desempenho profissional.

[1] Doutor em Nutrição (UFPE). Professor do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba e do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. E-mail: dixisfigueroa@gmail.com

ABSTRACT

The aimed of this article was to evaluate the child nutritional care developed by physicians and nurses at the Family Health Strategy. Avaliative research carried out in two municipalities in the state of Paraíba. Nutritional diagnosis, promotion of nutritional status and prevention of nutritional disorders, and care were evaluated, according to a questionnaire answered by the professionals. The practices in growth monitoring were analyzed by observation of childcare consultations. Despite the involvement of physicians and nurses in important actions of nutritional care, were highlighted deficiencies of the physicians in nutritional diagnosis, as well as in promotion of nutritional status and prevention of nutritional disorders. Nurses presented lower actuation in care. The growth monitoring emphasized the poor record of anthropometric data and incipient nutritional orientation. In conclusion, the nutritional care of children by physicians and nurses presents deficiencies Monitoring of child growth and nutritional orientation are emphasized as difficulties in childcare consultations.

Keywords: primary health care, nutrition programs and policies, work performance.

RESUMEN

El objetivo del presente artículo fue evaluar la atención nutricional al niño ofrecida por médicos y enfermeros en la Estrategia Salud de la Familia. Investigación evaluativa realizada en dos municipios del Estado de Paraíba. Se evaluaron las prácticas de diagnóstico nutricional, promoción del estado nutricional y prevención de trastornos nutricionales, y asistencia/tratamiento/cuidado, de acuerdo con un cuestionario respondido por los profesionales. Las acciones de vigilancia del crecimiento desarrolladas se analizaron mediante la observación de las consultas de puericultura. A pesar de la participación de médicos y enfermeros en importantes acciones de atención nutricional, se destacaron deficiencias del médico en el diagnóstico nutricional, así como en la promoción del estado nutricional y prevención de los trastornos nutricionales. El enfermero tuvo menor participación en la asistencia/tratamiento/atención. En la vigilancia del crecimiento se destacó el poco registro de datos antropométricos y el asesoramiento nutricional incipiente. Se concluye que la atención nutricional a los niños proporcionada por médicos y enfermeros presenta deficiencias. La vigilancia del crecimiento del niño y el asesoramiento nutricional se enfatizan como dificultades en la consulta de puericultura.

Palabras clave: atención primaria de salud, programas y políticas de nutrición y alimentación, desempeño profesional.

INTRODUÇÃO

A grandes transformações sociais experimentadas no Brasil nas últimas décadas enquadraram a população em um processo de transição nutricional marcado por mudanças no seu padrão de consumo alimentar, nutrição e saúde. Nesse quadro, visualiza-se a coexistência da desnutrição em contextos de iniquidade social com a persistência das deficiências de micronutrientes e o aumento da obesidade. Dessa forma, o processo de transição nutricional no Brasil trouxe consigo desafios à agenda de alimentação e nutrição no Sistema Único de Saúde (SUS) e na Atenção Primária à Saúde (APS)[1,2]. Para tanto, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, com a finalidade de nortear a organização e a oferta da atenção nutricional, define como prioridades a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), e a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição[3].

Contudo, a agenda de alimentação e nutrição na APS é marcada por barreiras que incluem desde a própria insuficiente inserção da área e do nutricionista no âmbito do SUS até dificuldades nos processos de gestão, monitoramento e avaliação[2,4]. Além disso, destacam-se deficiências relativas à formação inadequada dos profissionais de saúde na área de alimentação e nutrição, e ao predomínio do modelo biomédico, curativo e de alta complexidade que coloca a promoção da saúde, inclusive as práticas de alimentação e nutrição, em uma posição secundária[4].

Essas circunstâncias representam obstáculos marcantes na saúde infantil, uma vez que as intervenções nutricionais, sobretudo de aconselhamento nutricional e acompanhamento do crescimento, têm papel decisivo no crescimento e desenvolvimento da criança[5,6]. A respeito do acompanhamento do crescimento infantil, cabe destacar que sua relevância para o cuidado à saúde da criança é estabelecida desde a década de 1970. A vigilância do crescimento e desenvolvimento da criança de forma adequada contribui na promoção da saúde e redução da morbimortalidade, estando integrada como eixo estratégico na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança[7]. Ainda, compõe o rol de indicadores sugeridos para avaliar a qualidade da assistência à criança no contexto da APS[8].

Médicos e enfermeiros representam categorias profissionais com importante responsabilidade na atenção das demandas de promoção da saúde, diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças, bem como cuidado nutricional e apoio às práticas maternas[6,9,10]. Adicionalmente, a atuação do nutricionista pode gerar corresponsabilidade pelas ações de alimentação e nutrição, para o qual o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) representa

o principal mecanismo de assitência. No entanto, a inserção do nutricionista na APS ainda é incipiente, o que limita as ações na área de alimentação e nutrição que ficam sob responsabilidade de outros profissionais que apresentam acentuados problemas na qualificação para seu desempenho na área[4]. A necessidade de pesquisas para avaliar as ações de alimentação e nutrição desenvolvidas na APS justifica-se, pois a produção acadêmica está distante das evidências sobre seu impacto e estratégias para aperfeiçoamento[11].

Este estudo objetiva avaliar o cuidado nutricional à criança menor de cinco anos prestado por médicos e enfermeiros na Estratégia Saúde da Família (ESF).

MÉTODOS

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo que faz parte de uma pesquisa de avaliação multifacetada e multietápica da implantação das ações de alimentação e nutrição na ESF no Estado da Paraíba. Considerou-se a avaliação de aspectos sobre as condições de estrutura de unidades de saúde e das práticas de médicos e enfermeiros no cuidado nutricional à criança menor de cinco anos.

Contexto

O cenário do estudo compreendeu dois municípios do Estado da Paraíba, escolhidos por suas semelhanças em relação à posição geográfica (localização na região metropolitana da capital estadual, com acesso à rede de serviços nela disponibilizados), indicadores sociais (índice de desenvolvimento humano de nível médio) e cobertura da ESF (100%). Ambos os municípios possuem três NASF e equipes de saúde da família tanto convencionais quanto do Programa Mais Médicos (PMM). Entretanto, em um dos municípios (Município 1) o nutricionista forma parte das 20 equipes de saúde no modelo ampliado, enquanto no outro (Município 2) o profissional está inserido nos NASF atuando no apoio matricial às 28 equipes de saúde.

Participantes

O estudo foi realizado nas unidades de saúde da família em 2018. Em cada município selecionaram-se aleatoriamente 12 equipes de saúde, seis convencionais e a mesma quantidade do PMM. Os participantes deste estudo foram os médicos e enfermeiros que

atuavam nessas instituições, bem como as crianças menores de dois anos por eles atendidos nas consultas de puericultura. A amostra totalizou 44 profissionais (21 médicos e 23 enfermeiros), sendo que, do total de 24 equipes de saúde, três médicos e um enfermeiro não manifestaram interesse em participar. Para o caso da vigilância do crescimento consideraram-se as 116 consultas de puericultura realizadas por esses profissionais.

Fontes de dados

A análise do cuidado nutricional à criança menor de cinco anos baseou-se em características de estrutura das unidades de saúde e das práticas dos médicos e enfermeiros, inclusive as condutas de vigilância do crescimento de crianças menores de dois anos. A estrutura contemplou aspectos sobre recursos humanos e disponibilidade de equipamentos, insumos e documentos técnicos. As práticas dos profissionais foram estabelecidas considerando os níveis de intervenção do cuidado nutricional: diagnóstico nutricional, promoção do estado nutricional e prevenção de distúrbios nutricionais, assistência/tratamento/cuidado[12].

As informações sobre estrutura e práticas de cuidado nutricional foram obtidas por meio de um questionário estruturado com perguntas fechadas aplicado aos profissionais, sendo confirmadas por observação nos casos necessários. Para as condutas de vigilância do crescimento, observaram-se as consultas de puericultura de crianças menores de dois anos em um dia típico de trabalho. Uma dupla de entrevistadores preencheram uma lista de verificação sobre a realização ou não de medição, registro e aconselhamento nutricional relacionados ao peso, comprimento e perímetro cefálico das crianças.

Medidas adotadas para evitar vieses

A equipe de campo do estudo foi formada por profissionais e estudantes da área de saúde, com experiência prévia em trabalho de campo. O controle de qualidade incluiu treinamento e padronização dos entrevistadores, construção de Manual de Instruções, realização de estudo piloto e supervisão da coleta de dados. Os dados foram organizados em planilhas eletrônicas e digitados em dupla entrada em um banco de dados customizado com verificações de consistência e restrições de intervalo. As inconsistências entre digitadores foram verificadas e retificadas por meio de nova consulta aos respectivos questionários.

Variáveis de estudo

O Quadro 1 sistematiza as variáveis de estudo segundo as dimensões de análise (estrutura, práticas) e fontes de informação.

Métodos estatísticos

Procedeu-se, inicialmente, análise descritiva com medidas de frequência das variáveis. Posteriormente, as proporções encontradas foram comparadas utilizando-se o teste do Qui-quadrado ou Exato de Fisher segundo o município (Município 1, Município 2), tipo de equipe (PMM, convencional) e profissional (médico, enfermeiro). Adotou-se o nível de significância de 5%. As análises foram realizadas com o *software* Stata versão 12.0.

Considerações éticas

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, com o protocolo número 71609317.9.0000.5187. Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, como condição necessária à participação no estudo.

RESULTADOS

A análise da estrutura das unidades de saúde (Tabela 1) reportou que nenhum dos médicos das equipes de saúde observadas foi citado como profissional envolvido com as principais ações de cuidado nutricional e que menos da metade dos médicos e enfermeiros tinham capacitação em nutrição por meio de pós-graduação ou cursos na área. Quanto à disponibilidade de equipamentos, insumos e documentos técnicos, observou-se menor existência dos manuais do Ministério da Saúde que orientam as ações de VAN, destacadamente o Marco de Referência da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica. Apenas a disponibilidade de antropômetro mostrou diferença estatística significativa, com melhor situação nas equipes do PMM.

A maior parte dos médicos e enfermeiros relatou realizar a maioria das ações de cuidado nutricional à criança, sendo o preenchimento de formulários do SISVAN Web ou fichas do e-SUS com marcadores do consumo alimentar a prática menos referida. A obtenção de dados do consumo alimentar, a promoção da alimentação adequada e saudável em ações

coletivas, atividades vinculadas à suplementação com ferro e a atenção a crianças com necessidades especiais também mostraram-se deficientes (Tabela 2).

Quando comparadas as práticas segundo a profissão, ainda na Tabela 2, no campo do diagnóstico nutricional, as proporções para a obtenção de dados de estatura e o preenchimento de formulários do SISVAN Web ou fichas do e-SUS com marcadores antropométricos foram superiores entre os enfermeiros. Resultados similares foram constatados para as atividades vinculadas à suplementação com vitamina A e o encaminhamento de crianças em risco de insegurança alimentar e nutricional como possível beneficiário do Programa Bolsa Família (PBF), nas ações relacionadas à promoção do estado nutricional e prevenção de distúrbios nutricionais. No nível de intervenção da assistência/tratamento/cuidado, o tratamento das crianças com hipovitaminose A e o tratamento das crianças com erros inatos de metabolismo e de alergias alimentares foram práticas mais referidas entre os médicos.

Conforme mostrado na Tabela 3, a medição do peso, comprimento e perímetro cefálico foi constatada como prática comum dos enfermeiros durante as consultas de puericultura. Entretanto, o registro dos parâmetros antropométricos na CSC e a orientação nutricional foram menos frequentes, com melhor situação para o peso e pior para o perímetro cefálico. Os registros e a orientação nutricional relacionados ao comprimento e perímetro cefálico apresentaram maiores proporções no Município 1. A orientação nutricional baseada no comprimento e no perímetro cefálico da criança foram atividades mais frequentes entre os enfermeiros das equipes do PMM. Não houve diferenças nas práticas segundo a profissão.

DISCUSSÃO

Os resultados desse estudo revelam limitações no cuidado nutricional à criança relacionadas a insuficiências no capital humano do ponto de vista de qualificação e da prestação de serviços. Ainda, destacam diferenças na atuação dos médicos, menos envolvidos em ações de diagnóstico nutricional e de promoção do estado nutricional e prevenção de distúrbios nutricionais, quando comparados aos enfermeiros, com pior desempenho nas práticas de assistência/tratamento/cuidado. Na vigilância do crescimento, sobressai o comprometimento dos registros na CSC e do aconselhamento nutricional realizado pelos profissionais. A avaliação da oferta de ações e serviços de saúde na APS é estabelecida pelo Ministério da Saúde do Brasil como prioridade de pesquisa relevante à melhoria nas condições de promoção, proteção e recuperação da saúde da população, o que denota a importância desses achados[13].

Apesar da carência de estudos sobre o tema, outras pesquisas, como a presente, também revelaram o enfermeiro como o principal envolvido nas ações de nutrição e na vigilância do crescimento na ESF[5,14]. Essa constatação pode estar relacionada à percepção dos médicos que centra no enfermeiro ou de outros quadros abaixo deles a responsabilidade pela orientação e cuidado nutricional, atrelado, talvez, às deficiências na formação médica em alimentação e nutrição[9]. O caráter interdisciplinar do trabalho na área nutricional[15], bem como a superposição de atribuições e sobrecarga de trabalho dos enfermeiros, pode trazer prejuízos à qualidade do cuidado nutricional[5,10], mesmo que o enfermeiro represente um profissional idôneo para contribuir na melhoria do estado nutricional[10].

A inexpressiva participação de médicos e enfermeiros em capacitações e cursos de pós-graduação em nutrição é debatida tanto na literatura internacional[9,16] e nacional[4,17], o que obstaculiza cobrir a lacuna criada pela falta de formação adequada na área de nutrição no sistema de educação médica e de enfermagem[9,18]. Em tais circunstâncias, o profissional pode sentir desconfiança para lidar com os problemas nutricionais e perder importantes oportunidades de fornecer assistência ideal ao paciente que possibilite melhorar as condições nutricionais e de saúde da população[4,9,19,20]. Nas crianças, estudos de efetividade têm mostrado que o treinamento em nutrição permite melhorar as habilidades de comunicação e aconselhamento nutricional e do manejo da desnutrição[20]. Apesar de mostrarem interesses e necessidades de capacitação em nutrição como forma de melhorar a atenção prestada, os profissionais relatam falta de tempo e de oportunidades[9,16-18]. No Brasil, as parcerias e a disponibilidade de recursos são citados como os principais fatores facilitadores para educação permanente em nutrição[18].

Relacionado ainda à estrutura, a carência dos manuais técnicos do Ministério da Saúde para as ações de VAN reforça os resultados de uma revisão da literatura que identificou a indisponibilidade de protocolos como problema mais recorrente nos aspectos estruturais para a vigilância do crescimento na rede básica de saúde[21]. Estudo desenvolvido em Bangladesh mostrou resultados semelhantes, enfatizando a importância da capacitação em nutrição como forma de melhorar a adesão a diretrizes nutricionais[22]. A existência e uso dessas tecnologias pelos profissionais nas unidades de saúde se faz essencial para a padronização dos procedimentos, o diagnóstico correto do estado nutricional e a sistematização dos cuidados[21].

Mundialmente, reconhece-se que as ações de alimentação e nutrição são subvalorizadas pelos profissionais de saúde[9,10,16,19,20]. No Brasil, observações têm reportado resultados nesse mesmo sentido[5,14,15]. Adicionalmente à falta de treinamento apropriado, o desconhecimento das ações, a sobrecarga de trabalho, a remuneração inadequada, a

desmotivação, a depreciação da prática preventiva, a desarticulação da equipe de saúde com a gestão e a desorganização dos serviços de saúde citam-se como aspectos profissionais relacionados com tal subvalorização[5,6,10,15,16,19,23,24]. No contexto específico do atual estudo, percebe-se que as ações mais e menos valorizadas incluíram tanto o diagnóstico nutricional e a assistência quanto a promoção do estado nutricional e prevenção de distúrbios nutricionais, o que é sugestivo da presença do modelo biomédico simultaneamente com o baseado na promoção da saúde e na prevenção de agravos, como sugerido anteriormente[15,24].

Uma quantia considerável dos profissionais entrevistados neste trabalho respondeu não ter envolvimento com ações relacionadas à VAN/SISVAN, ao PBF, à promoção da alimentação saudável em atividades coletivas e à prevenção e tratamento de deficiências de micronutrientes, o que reforça resultados prévios registrados em outras localidades do Brasil[5,15,24], em outros países[16,22,25], por meio de avaliações programáticas[26-30] e segundo revisões sistemáticas da literatura[21,31]. O atendimento a crianças com necessidades alimentares especiais também representou uma prática incomun entre médicos e enfermeiros deste estudo, o que ainda não tinha sido abordado na literatura[11]. O negligenciamento de prioridades estabelecidas na agenda programática da atenção básica em alimentação e nutrição pode trazer prejuízos na organização e avaliação do cuidado nutricional, na adesão da população aos serviços e na universalidade, integralidade e resolutividades da atenção à saúde[3,4,6,12,15,24].

Até onde é conhecimento dos autores, este é o primeiro trabalho que analisa diferenças entre médicos e enfermeiros nas práticas de alimentação e nutrição, constatando-se maior envolvimento do enfermeiro, principalmente tanto em ações de diagnóstico nutricional quanto da promoção do estado nutricional e prevenção de distúrbios nutricionais. Esse achado está em consonância com o encontrado na análise da estrutura deste mesmo estudo e com registros anteriores[5,14]. Enquanto na medicina o cuidado nutricional à criança não é priorizado[9], no campo da enfermagem há uma preocupação pela busca de fundamentação teórica e prática para desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e de alimentação e nutrição, como a verificação de medidas antropométricas e a educação sobre alimentação saudável[32-34]. Por sua vez, na formação e prática dos médicos predomina o direcionamento para especializações hospitalares, com ênfase nas tecnologias duras e nos procedimentos, e subvalorização da medicina de família e da APS[35,36], o que pode justificar a maior participação desses profissionais na assistência/tratamento/cuidado constatada nesta avaliação.

Nas ações de vigilância do crescimento durante as consultas de puericultura realizadas pelos profissionais, a priorização da obtenção das medidas antropométricas, sem necessariamente o registro na Caderneta de Saúde da Criança (CSC) e sua utilização para

aconselhamento nutricional, converge com os resultados de outros estudos desenvolvidos na Brasil[5,37]. Além disso, existem evidências claras sobre o subregistro dos parâmetros antropométricos na CSC[31] e o negligenciamento da vigilância do crescimento na rede básica de saúde do país[21], bem como indícios a respeito da menor valorização das informações relacionadas ao perímetro cefálico, quando comparadas ao peso e à estatura[37,38]. Em Bangladesh, a assistência prestada a crianças doentes também mostrou-se deficiente em relação à obtenção de medidas do crescimento, mas sobretudo nas orientações fornecidas às mães[22]. A importância dos parâmetros antropométricos na avaliação da saúde e do desenvolvimento neuropsicomotor da criança justifica a necessidade de conscientização dos profissionais de saúde com fins de mudar essa realidade[37]. Os desafios profissionais incluem aspectos da formação/capacitação e das práticas como a oferta de condições dignas de trabalho, a diminuição de exigências burocráticas na rotina do serviço que reduzem o tempo para assistência à população e mudanças no modelo de atenção com base na saúde da família que privilegie a atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial diante das necessidades de saúde[5,6,21,31,33,37].

Neste estudo, a melhor situação do Município 1 no registro na CSC e aconselhamento nutricional relacionados ao comprimento e ao perímetro cefálico pode cogitar-se influenciado pela ação conjunta do nutricionista com os demais profissionais de saúde[4]. Por outro lado, resultados mais favoráveis para o aconselhamento nutricional com base no comprimento e no perímetro cefálico da criança nas equipes do PMM refletem, possivelmente, a contribuição do Programa com a integralidade nas práticas de saúde, com melhorias na promoção da saúde e prevenção de doenças, e na integração das equipes de saúde com o NASF, traduzindo-se em avanços na qualidade dos serviços[39].

As informações desse estudo referem-se a profissionais inseridos na realidade unicamente de dois municípios de um único estado brasileiro, com limitações quanto ao poder de generalização dos resultados. Além disso, as práticas, exceto as de vigilância do crescimento observadas nas consultas de puericultura, foram autorreferidas, o que pode ter implícito viés de informação. Entretanto, a literatura escassa relacionada à atuação de médicos e enfermeiros no cuidado nutricional à criança na APS no Brasil torna os achados relevantes e inéditos ao compará-los segundo a profissão.

CONCLUSÃO

Os médicos e enfermeiros de equipes de saúde da ESF desenvolvem ações importantes de cuidado nutricional à criança menor de cinco anos, contudo destacam-se deficiências nos três eixos da atenção, nomeadamente em relação ao diagnóstico e à promoção do estado nutricional e prevenção de distúrbios nutricionais, no caso dos médicos, e na assistência/tratamento/cuidado, para os enfermeiros. Na vigilância do crescimento nas consultas de puericultura, sobressai o comprometimento dos registros na CSC (longitudinalidade do cuidado) e da orientação nutricional prestada pelos enfermeiros. Ao apontar fragilidades que precisam ser superadas, esses achados podem subsidiar a gestão e serviços relacionados ao cuidado nutricional à criança na ESF.

REFERÊNCIAS

1. Jaime PC, Santos LMP. Transição nutricional e a organização do cuidado em alimentação e nutrição na atenção básica em saúde. Divul Saúde Debate. 2014;51:72-85.

2. Jaime PC, Delmuè DCC, Campello T, Silva DO, Santos LMP. Um olhar sobre a agenda de alimentação e nutrição nos trinta anos do Sistema Único de Saúde. Cienc Saude Colet. 2018;23(6):1829-36;

3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde; 2012;

4. Rigon AS, Schmidt ST, Bógus CM. Desafios da nutrição no Sistema Único de Saúde para construção da interface entre a saúde e a segurança alimentar e nutricional. Cad Saude Publica. 2016;32(3):e00164514;

5. Einloft ABN, Cotta RMM, Araújo RMA. Promoção da alimentação saudável na infância: fragilidades no contexto da ação básica. Cienc Saude Colet. 2018;23(1):61-72;

6. Palombo CNT, Fujimori E, Toriyama ATM, Duarte LS, Borges ALV. Dificuldades no aconselhamento nutricional e acompanhamento do crescimento infantil: perspectivas de profissionais. Rev Bras Enferm. 2017;70(5):1000-8;

7. Brasil. Portaria GM nº 1130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 2015 ago 5;

8. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde; 2012;

9. Sunguya BF, Poudel KC, Mlunde LB, Urassa PD, Yasuoka J, Jimba M. Nutrition training improves health workers' nutrition knowledge and competence to manage child undernutrition: a systematic review. Front Public Health. 2013;1:37;

10. Hidalgo MCM, López LP. Intervenciones enfermeras aplicadas a la nutrición. Nutr Clin Diet Hosp. 2017;37(4):189-93;

11. Pereira TN, Monteiro RA, Santos LMP. Alimentación y nutrición en atención primaria en Brasil. Gac Sanit. 2018;32(3):297-303;

12. Brasil. Ministério da Saúde. Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos);

13. Brasil. Ministério da Saúde. Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde – APPMS. Brasília: Ministério da Saúde; 2018;

14. Pedraza DF, Menezes TN, Costa GMC. Ações de alimentação e nutrição na estratégia saúde da família: estrutura e processo de trabalho. Rev Enferm UERJ. 2016;24(4):e15848;

15. Pimentel VRM, Sousa MF, Hamann EM, Mendonça AVM. Alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família em cinco municípios brasileiros. Cienc Saude Colet. 2014;19(1):49-57;

16. Neves A. Atitudes e práticas dos médicos de família do ACeS de Matosinhos face à obesidade. Rev Port Med Geral Fam. 2017;33:188-98;

17. Guimarães AB, Tapety FI, Martins MCC, Lago EC, Ramos CV. Nurse training in nutrition attention users in the Family Health Strategy. Rev Enferm UFPI. 2015;4(3):59-64;

18. Ricardi LM, Sousa MF. Educação permanente em alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família: encontros e desencontros em municípios brasileiros de grande porte. Cienc Saude Colet. 2015;20(1):209-18;

19. Kris-Etherton PM, Akabas SR, Douglas P, Kohlmeier M, Laur C, Lenders CM, et al. Nutrition Competencies in Health Professionals' Education and Training: A New Paradigm. Adv Nutr. 2015;6(1):83-7;

20. Sunguya BF, Poudel KC, Mlunde LB, Shakya P, Urassa DP, Jimba M, et al. Effectiveness of nutrition training of health workers toward improving caregivers' feeding practices for children aged six months to two years: a systematic review. Nutr J. 2013;12:66;

21. Figueroa Pedraza D. Growth surveillance in the context of the Primary Public Healthcare Service Network in Brazil: literature review. Rev Bras Saude Matern Infant. 2016;16(1):7-19;

22. Billah SM, Saha KK, Khan ANS, Chowduhry AH, Garnett SP, Arifeen SE, et al. Quality of nutrition services in primary health care facilities: Implications for integrating nutrition into the health system in Bangladesh. PLoS One. 2017;12(5):e0178121;

23. Fittipaldi ALM, Barros DC, Romano VF. Apoio matricial nas ações de alimentação e nutrição: visão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. Physis. 2017;27(3):793-811;

24. Figueroa Pedraza D, Santos IS. Profile and performance of nutritionists in Primary Health Care. Rev Nutr. 2017;30(6):835-45;

25. Bolka H, Abajobir AA. The practice of essential nutrition actions in healthcare deliveries of Shebedino District, South Ethiopia. Adv Reprod Sci. 2014;2(1):8-15;

26. Rolim MD, Lima SML, Barros DC, Andrade CLT. Avaliação do SISVAN na gestão de ações de alimentação e nutrição em Minas Gerais, Brasil. Cienc Saude Colet. 2015;20(8):2359-69;

27. Moraes VD, Machado CV. O Programa Bolsa Família e as condicionalidades de

saúde: desafios da coordenação intergovernamental e intersetorial. Saude Debate. 2017;41(Spec No 3):129-43;

28. Souza LMS, Santos SMC. Política Nacional de Alimentação e Nutrição: avaliação da implantação de programas em municípios baianos. Demetra. 2017;12(1):137-55;

29. Brito VRS, Vasconcelos MGL, Diniz AS, França ISX, Pedraza DF, Peixoto JBS, et al. Percepção de profissionais de saúde sobre o programa de combate à deficiência de vitamina A. Rev Bras Promoc Saude. 2016;29(1):93-9;

30. Azeredo CM, Cotta RMM, Silva LS, Franceschini SCC, Sant'Ana LFR, Lamounier JA. A problemática da adesão na prevenção da anemia ferropriva e suplementação com sais de ferro no município de Viçosa (MG). Cienc Saude Colet. 2013;18(3):827-36;

31. Almeida AC, Mendes LC, Sad IR, Ramos EG, Fonseca VM, Peixoto MVM. Uso de instrumento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no Brasil - revisão sistemática de literatura. Rev Paul Pediatr. 2016;34(1):122-31;

32. Monteiro FPM, Caetano JA, Araújo TL. Enfermagem na saúde da criança: estudo bibliográfico acerca da avaliação nutricional. Rev Enferm Anna Nery. 2010;14(2):406-11;

33. Thumé E, Fehn AC, Acioli S, Fassa MEG. Formação e prática de enfermeiros para a Atenção Primária à Saúde – avanços, desafios e estratégias para fortalecimento do Sistema Único de Saúde. Saude Debate. 2018;42(Spec No 1):275-88;

34. Barbiani R, Dalla Nora CR, Schaefer R. Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. Rev Latino-Am Enfermagem. 2016;24:e2721;

35. Gomes AP, Costa JRB, Junqueira TS, Arcuri MB, Siqueira-Batista R. Atenção Primária à Saúde e Formação Médica: entre Episteme e Práxis. Rev Bras Educ Med. 2012;36(4):541-9;

36. Coelho Neto GC, Antunes VH, Oliveira A. A prática da Medicina de Família e Comunidade no Brasil: contexto e perspectivas. Cad Saude Publica. 2019;35(1):e00170917;

37. Figueroa Pedraza D, Santos IS. Assessment of growth monitoring in child care visits at the Family Health Strategy in two municipalities of Paraíba State, Brazil. Epidemiol Serv Saude. 2017;26(4):847-55;

38. Ferreira MCS, Negri F, Galesi LF, Detregiachi CRP, Oliveira MRM. Monitoramento nutricional em unidades de atenção primária à saúde. Rev Aliment Nutr. 2017;8(1):37-45;

39. Comes Y, Trindade JS, Pessoa VM, Barreto ICHC, Shimizu HE, Dewes D, et al. A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família. Cienc Saude Colet. 2016;21(9):2729-38;

Quadro 1. Avaliação da estrutura das unidades de saúde e das práticas de médicos e enfermeiros relacionados ao cuidado nutricional do menor de cinco anos no contexto da Estratégia Saúde da Família em dois municípios do Estado da Paraíba, 2018.

I- ESTRUTURA DAS UNIDADES DE SAÚDE
I.1- Recursos humanos (Fonte de informação: questionário estruturado com perguntas fechadas) Profissional que desenvolve as principais ações de cuidado nutricional (nutricionista, médico, enfermeiro, multiprofissional liderado pelo médico, multiprofissional liderado pelo enfermeiro), realização de pós-graduação em nutrição pelo médico e enfermeiro (sim, não), realização de curso na área de nutrição depois de formado pelo médico e enfermeiro (sim, não) **I.2- Disponibilidade de equipamentos, insumos e documentos técnicos** (Fonte de informação: questionário estruturado com perguntas fechadas, com alternativas de respostas "sim" e "não", as quais foram confirmadas por observação) Balança para pesar criança menor de dois anos, antropômetro, Caderneta de Saúde da Criança, Marco de Referência da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica, Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN
II- PRÁTICAS DE MÉDICOS E ENFERMEIROS
II.1- Práticas profissionais de cuidado nutricional do menor de cinco anos (Fonte de informação: questionário estruturado com perguntas fechadas, com alternativas de respostas "sim" e "não") ***II.1.1- Diagnóstico nutricional*** Obtenção de dados de peso, obtenção de dados de estatura, obtenção de dados do consumo alimentar, identificação das práticas de aleitamento materno, identificação de práticas alimentares relacionadas ao desenvolvimento de sobrepeso/obesidade, identificação de sinais de deficiências de micronutrientes, diagnóstico de crianças com desnutrição, diagnóstico de crianças com sobrepeso/obesidade, preenchimento de formulários do SISVAN Web ou fichas do e-SUS com marcadores antropométricos, preenchimento de formulários do SISVAN Web ou fichas do e-SUS com marcadores do consumo alimentar ***II.1.2- Promoção do estado nutricional e prevenção de distúrbios nutricionais*** Informação sobre estratégias de promoção da segurança alimentar e nutricional da família, incentivo/apoio e proteção do aleitamento materno e da alimentação complementar, promoção da alimentação adequada e saudável nas consultas da criança, promoção da alimentação adequada e saudável em ações coletivas com famílias de crianças menores de 5 anos no seu núcleo, atividades vinculadas à suplementação com ferro, atividades vinculadas à suplementação com vitamina A, orientação alimentar vinculada à prevenção da deficiência de ferro, orientação alimentar vinculada à prevenção da deficiência de vitamina A, encaminhamento de crianças em risco de insegurança alimentar e nutricional como possível beneficiário do Programa Bolsa Família, reforço da importância do cumprimento do calendário de consultas como instrumento para a promoção do estado nutricional e vigilância do crescimento da criança ***II.1.3- Assistência/tratamento/cuidado*** Encaminhamento das crianças com distúrbios nutricionais para tratamento dietético com o nutricionista, tratamento das crianças com anemia, tratamento das crianças com hipovitaminose A, tratamento de crianças com erros inatos de metabolismo e de alergias alimentares, cuidado nutricional a crianças com necessidades alimentares específicas **II.2- Condutas de vigilância do crescimento de crianças menores de dois anos** (Fonte de informação: observação das consultas de puericultura e uso de uma lista de verificação, com alternativas de respostas "sim" e "não") ***II.2.1- Medição*** Peso, comprimento, perímetro cefálico ***II.2.2- Registro na Caderneta de Saúde da Criança*** Peso, comprimento, perímetro cefálico ***II.2.3- Aconselhamento nutricional baseado nos parâmetros antropométricos*** Peso, comprimento, perímetro cefálico

Fonte: Elaboração própria

Tabela 1. Características da estrutura de Unidades Básicas de Saúde da Família relacionada ao cuidado nutricional à criança menor de cinco anos em dois municípios do Estado da Paraíba, 2018.

	Tipo de equipe

CARACTERÍSTICAS	Total (N=24)	PMM (N=12)	Convencional (N=12)	p*
	n	n	n	
RECURSOS HUMANOS				
Profissional que desenvolve as principais ações de cuidado nutricional				0,710
Nutricionista	5	3	2	
Médico	0	0	0	
Enfermeiro	5	3	2	
Multiprofissional liderado pelo médico	0	0	0	
Multiprofissional liderado pelo enfermeiro	14	6	8	
Médico com pós-graduação em nutrição				0,317
Sim	5	1	4	
Médico com curso na área de nutrição depois de formado				1,000
Sim	4	2	2	
Enfermeiro com pós-graduação em nutrição				1,000
Sim	2	1	1	
Enfermeiro com curso na área de nutrição depois de formado				0,400
Sim	9	3	6	
DISPONIBILIDADE DE EQUIPAMENTOS E INSUMOS				
Balança para pesar criança menor de dois anos				0,537
Sim	21	11	10	
Antropômetro				0,012
Sim	19	12	7	
Caderneta de Saúde da Criança				0,537
Sim	21	11	10	
DISPONIBILIDADE DE DOCUMENTOS TÉCNICOS				
Marco de Referência da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica				1,000
Sim	2	1	1	
Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN				0,220
Sim	12	4	8	

Fonte: Elaboração própria. PMM: Programa Mais Médicos. * p > 0,05 para as análises segundo o município.

Tabela 2. Cuidado nutricional à criança menor de cinco anos prestado por médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família em dois municípios do Estado da Paraíba, 2018.

	Profissional

AÇÕES DESENVOLVIDAS	Total (N=44)	Médico (N=21)	Enfermeiro (N=23)	p*
	n	n	n	
Diagnóstico nutricional				
Obtenção de dados de peso	41	20	21	0,605
Obtenção de dados de estatura	34	12	22	0,005
Obtenção de dados do consumo alimentar	32	15	17	0,578
Identificação das práticas de aleitamento materno	42	19	23	0,130
Identificação de práticas alimentares relacionadas ao desenvolvimento de sobrepeso/obesidade	40	19	21	0,924
Identificação de sinais de deficiências de micronutrientes	34	17	17	0,853
Diagnóstico de crianças com desnutrição	38	18	20	0,905
Diagnóstico de crianças com sobrepeso/obesidade	43	21	22	0,334
Preenchimento de formulários do SISVAN Web ou fichas do e-SUS com marcadores antropométricos	31	11	20	0,044
Preenchimento de formulários do SISVAN Web ou fichas do e-SUS com marcadores alimentares	8	2	6	0,155
Promoção do estado nutricional e prevenção de distúrbios nutricionais				
Informação sobre estratégias de promoção da segurança alimentar e nutricional da família	42	20	22	0,947
Incentivo/apoio e proteção do aleitamento materno e da alimentação complementar	44	21	23	1,000
Promoção da alimentação adequada e saudável nas consultas da criança	43	21	22	0,334
Promoção da alimentação adequada e saudável em ações coletivas das famílias	25	9	16	0,074
Atividades vinculadas à suplementação com ferro	24	12	12	0,741
Atividades vinculadas à suplementação com vitamina A	29	10	19	0,049
Orientação alimentar vinculada à prevenção da deficiência de ferro	43	20	23	0,290
Orientação alimentar vinculada à prevenção da deficiência de vitamina A	38	20	18	0,101
Encaminhamento de crianças em risco de insegurança alimentar e nutricional como possível beneficiário do Programa Bolsa Família	32	12	20	0,027
Reforço da importância do cumprimento do calendário de consultas como instrumento para a promoção do estado nutricional e vigilância do crescimento da criança	43	20	23	0,290
Assistência/tratamento/cuidado				
Encaminhamento das crianças com distúrbios nutricionais para tratamento dietético com o nutricionista	43	21	22	0,334
Tratamento das crianças com anemia	40	21	19	0,054
Tratamento das crianças com hipovitaminose A	28	19	9	0,001
Tratamento de crianças com erros inatos de metabolismo e de alergias alimentares	28	17	11	0,023
Cuidado nutricional a crianças com necessidades alimentares específicas	28	14	14	0,690

Fonte: Elaboração própria. * $p > 0,05$ para as análises segundo o município e tipo de equipe.

Tabela 3. Vigilância do crescimento de crianças menores de dois anos em consultas de puericultura desenvolvida por médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família em dois municípios do Estado da Paraíba, 2018.

AÇÕES DESENVOLVIDAS	Total (N=116)		Município 1 (N=57)		Município 2 (N=59)		p	Tipo de equipe de saúde PMM (N=64)		Tipo de equipe de saúde Convencional (N=52)		p
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	
MEDIÇÃO												
Peso	116	100	57	100	59	100	1,000	64	100	52	100	1,000
Comprimento	116	100	57	100	59	100	1,000	64	100	52	100	1,000
Perímetro cefálico	111	95,7	56	98,3	55	93,2	0,183	62	96,9	49	95,7	0,486
REGISTRO NA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA												
Peso	92	79,3	47	82,5	45	76,3	0,411	48	75	44	84,6	0,204
Comprimento	74	63,8	52	91,2	22	37,3	0,000	41	64,1	33	63,5	0,947
Perímetro cefálico	70	60,3	51	89,5	19	32,2	0,000	39	60,9	31	59,6	0,885
ACONSELHAMENTO NUTRICIONAL												
Baseadas no peso	84	72,4	43	75,4	41	69,5	0,474	47	73,4	37	71,1	0,784
Baseadas no comprimento	70	60,3	41	71,9	29	49,2	0,043	45	70,3	25	48,1	0,015
Baseadas no perímetro cefálico	50	43,1	31	54,4	19	32,2	0,014	36	56,3	14	26,09	0,002

Fonte: Elaboração própria. PMM: Programa Mais Médicos. *p > 0,05 para as análises segundo a profissão.

Os sentimentos contraditórios no enfrentamento às violências na rede de proteção à criança e ao adolescente

Contraditional feelings in addressing violence in the child addressing violence in the child and adolescent protection network

Sentimientos contradicionales al abordar la violencia en la red de protección de niños y adolescentes

Ana Paula Machado Marques[1]

Jéssyca Slompo Freitas[2]

Maria Marta Nolasco Chaves[3]

Flaviane Marizete Limas[4]

Daiane Siqueira de Luccas[5]

Rafaela Gessner Lourenço[6]

RESUMO

Objetivo: identificar os sentimentos vivenciados pelos membros da rede de proteção à criança e ao adolescente nas ações de enfrentamento da violência. **Método:** estudo exploratório-descritivo, qualitativo, desenvolvido junto aos profissionais da Rede de Proteção à criança e ao adolescente de um distrito sanitário em um município do sul do Brasil. A amostra foi composta de 23 membros da rede que participaram do estudo por meio de entrevista semiestruturada no período de novembro de 2017 a abril de 2018. Os dados foram organizados e analisados com o apoio do *software webQDA*® e Análise de Conteúdo. **Resultados e discussão:** destaca-se que 100% (23) dos membros da Rede de Proteção eram do sexo feminino e que houve o predomínio de profissionais da área da enfermagem 43,47% (10). Nas falas emergiram os sentimentos de potencialidades na rede de proteção à criança e ao adolescente, com conteúdo que remete a vivência benéfica e as possibilidades de efetivar a linha de cuidado para atenção às vítimas de violências, contraditoriamente emergiram os sentimentos de fragilidades na rede de proteção à criança e ao adolescente, esses estiveram relacionados aos sentimentos negativos que acometem de maneira contundente o cotidiano pessoal e profissional daqueles que atuam no enfrentamento da violência contra a criança e o adolescente. **Conclusão:** os sentimentos dos profissionais diante das ações de enfrentamento da violência contra a criança e o adolescente devem ser considerados nas discussões da gestão em saúde no sentido de promover a saúde

[1] Enfermeira da Prefeitura Municipal de Curitiba. Mestre em Saúde Coletiva. E-mail: aninhap.machado@gmail.com

[2] Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade estadual do Centro Oeste-PR. E-mail: jessyca_sfreitas@hotmail.com

[3] Enfermeira. Doutora em Ciências. Professora Sênior do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. E-mail: mnolascochaves@gmail.com

[4] Enfermeira da Prefeitura Municipal de São José dos Pinhais. Mestre em Enfermagem. E-mail: flavianemlimas@gmail.com

[5] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. E-mail: daiane_luccas@hotmail.com

[6] Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil. E-mail: rglufpr@gmail.com

desses profissionais, tanto na dimensão objetiva como subjetiva, para assim potencializar o enfrentamento das violências por meio de um trabalho integrado e intersetorial.
Palavras-chave: adolescente, enfermagem, violência, saúde pública.

ABSTRACT

Objective: to identify the feelings experienced by members of the child and youth protection network in actions to combat violence. **Method:** exploratory descriptive study developed with professionals from the Child and Youth Protection Network of a Health District in a municipality in southern Brazil. The study was conducted with 23 members through semi-structured interviews from November 2017 to April 2018. Empirical data were organized with the support of the webQDA® software and the analysis was done through Content Analysis. **Results:** it is noteworthy that 100% (23) of the members were female and that nursing professionals predominate 43.47% (10) working in the Protection Network. Analyzing the interviews, two categories emerged: feelings of potentialities in the child and youth protection network, which refers to the beneficial experience and the possibilities of implementing the healthcare process to attend victims of violence, and feelings of fragilities, that affect personal and professional spheres in the routine of those who work facing violence. **Conclusion:** the feelings pointed out in the study must be considered in the discussions of health management in order to protect professionals in their subjectivity and enhance the confrontation of violence through an integrated and intersectoral work.
Keywords: adolescent, nursing, violence, public health.

RESUMEN

Objetivo: identificar los sentimientos de los integrantes de la red de protección al niño y al adolescente ante la violencia, **Método:** estudio exploratorio y descriptivo, cualitativo, desarrollado con profesionales de la Red de Protección al niño y al adolescente en un distrito de salud de um municipio del sur de Brasil. Participaron do estudio 23 miembros por medio de entrevista semi estruturada en el período de noviembre de 2017 a abril de 2018. Se organizaron los datos empíricos con la ayuda del *software webQDA*® **y** el análisis se hizo por medio del **Análisis de Contenido. Resultados: Se destaca** que 100% (23) eran del sexo femenino y que la mayoría era de profesionales de la enfermería, 43,47% (10) de la Red de Protección. **Resultaron dos categorías d**el análisis de las entrevistas**:** Sentimientos de potencialidades en la red de protección al niño y al adolescente, asociada a la vivencia benéfica y posibilidades de efectivar el cuidado para atención a víctimas de violencia y Sentimientos de fragilidad en el o cotidiano personal y profesional de los que actúan en el enfrentamiento de la violencia. **Conclusión:** los sentimientos de los profesionales sobre las acciones para enfrentar la violencia contra la niñez y la adolescencia deben ser considerados en las discusiones de gestión en salud con el fin de promover la salud de estos profesionales, tanto en la dimensión objetiva como subjetiva, con el fin de potenciar el afrontamiento de la violencia a través de procesos integrados y trabajo intersectorial.
Palabras clave: adolescente, enfermería, violencia, salud pública.

INTRODUÇÃO

O fenômeno da violência se apresenta, no campo dos direitos humanos, como toda violação dos direitos à vida, de livre arbítrio, direito de participação política, direitos sociais tais como habitação, saúde, educação e segurança. Além desses, estão aqueles relacionados aos direitos econômicos, como emprego e salário, e a liberdade para manifestação da própria cultura.[1] Neste contexto, diante de sua determinação social, se encontram as violências contra crianças e adolescentes, que são caracterizadas como um importante problema de saúde pública, que é considerado tema relevante para o reconhecimento e enfrentamento nas sociedades atuais.[2,3]

Os avanços de proteção e de direitos no Brasil não foram suficientes para garantir que esses grupos populacionais deixassem de ser uma das principais vítimas de violências no país.[1] As violências que atingem crianças e adolescentes ocorrem mais comumente nos espaços privados e intrafamiliares, onde, na maioria das vezes, os agressores são membros da própria família, incluindo também pessoas que passam a assumir função parental, ainda que essa não tenha laços de consanguinidade, mas tem relação de poder sobre a(s) vítima(s).[2]

Ocorrências de violências fora do espaço domiciliar têm sido registradas, essas são caracterizadas como violências extrafamiliar/comunitária, ocorrem no ambiente social, e podem envolver conhecidos ou desconhecidos. São caracterizadas como agressões às pessoas, por atentado à sua integridade física e vida e/ou a seus bens. São violências que se constituem como objeto de prevenção e repressão por parte das forças de segurança pública e sistema de justiça: polícias, Ministério Público (MP) e poder Judiciário.[4,5]

No Brasil documentos oficiais divulgam princípios, diretrizes e estratégias de intervenção diante das situações de violências intrafamiliar contra crianças e adolescentes. Entre esses documentos vigentes está o ECA, que colocou o Brasil no cenário mundial por estabelecer uma regulamentação estimada como uma das mais avançadas com relação à garantia dos direitos destes segmentos populacionais. Outro destaque se faz para o Caderno de Atenção Básica – Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, neste registra-se diretrizes para a implantação de serviços e ações de profissionais da saúde que tenham o objetivo de promover a igualdade e o exercício dos direitos humanos, por meio de ações intersetoriais de enfrentamento às violências com o apoio do Ministério da Saúde, estados e dos municípios.[5,6,7] No entanto, acredita-se que os enfrentamentos das violências não devem se restringir às estratégias de abordagem, acompanhamento e desfecho dos casos de violências notificados, pois somado à essas ações de enfrentamento se faz necessário intervir também no impacto, direto ou indireto, que essas situações tem no cotidiano dos profissionais que atuam

nesses processos.

Para o enfrentamento das violências contra crianças e adolescentes há uma exigência social em torno de processos que comprometem a seguridade e qualidade de vida dos indivíduos desse segmento populacional, entre os quais estão a pobreza, a exclusão social e o tráfico de drogas nos territórios de moradia. No que tange a dimensão de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência, esta demanda necessita da articulação entre diversos setores, por meio de planos e políticas públicas voltadas para ações interdisciplinares e intersetoriais, reconhecida como trabalho em 'rede'.[2,8]

Sentimentos são fenômenos subjetivos que são atrelados à pessoa que os experienciaram em um acontecimento específico, e ainda, que são percebidos a partir de características pessoais de compreensão e integração com o fenômeno.[9] Assim, no enfrentamento às violências esses sentimentos experimentados pelos profissionais podem potencializar ou fragilizar as atitudes desses diante dos casos ou mesmo em suas vidas pessoais.

Somada às questões apontadas estão os variados processos econômicos, sociais, culturais que dificultam a resolução dos casos de violências intrafamiliar. Esses processos potencializam ainda mais os sentimentos de angústia e descontentamento dos profissionais relacionados às características do fenômeno de violências. Essas situações muitas vezes geram sofrimento para os envolvidos, além da sensação de impotência e imobilidade profissional diante da escassez de recursos para enfrentar os casos. Há ainda as relações interpessoais no trabalho que permeiam as ações em questão.[10] Nesse contexto, as diferentes realidades de trabalho inserem um desafio ainda naturalizado: a transformação de sofrimentos alheios em adoecimento dos profissionais que cuidam.[11,12]

Estudo sobre a banalização do sofrimento do trabalho em ambiente hospitalar, evidenciou que a caracterização das unidades críticas hospitalares e os processos de trabalho nelas realizados, movimenta sentimentos pessoais, e que esses desencadeiam alterações nos estados emocionais dos trabalhadores(as). Aponta que essas alterações são intrínsecas à personalidade de cada indivíduo, mas que também são relativas à organização do trabalho coletivo e institucional. Assim, os autores afirmam que diante do sofrimento cotidiano no trabalho se banaliza o fenômeno, tanto na percepção individual como coletiva. Esta banalização ocorrerá como um mecanismo de defesa dos próprios profissionais, pois é uma tentativa pessoal de denotar naturalidade à própria rotina do sofrimento no trabalho.[12;13]

Os gestores dos serviços que compõem a rede de proteção às crianças e aos adolescentes podem planejar ações que reestabeleçam e promovam a saúde desses profissionais a partir da identificação e análise dos sentimentos que emergem no trabalhador(a), o que poderá

contribuir para a qualidade da assistência prestada às vítimas e famílias em situação de violências intrafamiliar.[10] Nesta perspectiva, este estudo objetivou identificar os sentimentos vivenciados pelos membros da rede de proteção à criança e ao adolescente de um Distrito Sanitário em Curitiba – PR.

MÉTODO

Pesquisa exploratório-descritiva, de natureza qualitativa, realizada junto aos membros da Rede de Proteção à criança e ao adolescente de um Distrito Sanitário em Curitiba – PR. O presente artigo é um recorte do projeto de pesquisa intitulado 'Violências contra os adolescentes em um distrito sanitário: as potencialidades e fragilidades para efetivar a linha de cuidado na rede de proteção', no qual os entrevistados falaram sobre os vários sentimentos que vivenciam em suas práticas e assim, busca-se dar visibilidade às emoções que esses participantes descreveram a partir de suas experiências com os casos que relataram. Os princípios éticos da pesquisa com seres humanos foram respeitados conforme os pressupostos da Resolução n° 466/2012, o projeto foi aprovado sob parecer nº 2.318.618/2017 no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição coparticipante, Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, por meio do parecer nº 2.369.289/2017.

Participaram do estudo 23 membros da Rede de Proteção à criança e ao adolescente do Distrito Sanitário que atenderam aos critérios de inclusão na pesquisa: ser membro efetivo da Rede de Proteção do local do estudo, estar no exercido da função no tempo mínimo de seis meses, estar no cumprimento ou exercício de suas funções quando da realização da coleta de dados, e manifestar interesse em participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados foram coletados no período de novembro de 2017 a abril de 2018, por meio de entrevista semiestruturada. Inicialmente, se abordou a caracterização do participante e, em seguida, foi solicitado que o participante relatasse a sua experiência na Rede de Proteção no atendimento a adolescentes vítimas de violências, abordando um caso que tivesse atendido ou acompanhado com descrição das ações realizadas para o enfrentamento da situação, das instituições e profissionais acionados para a intervenção, e por fim, falar acerca das dificuldades/fragilidades, das facilidades/potencialidades encontradas no enfrentamento da(s) violência(s) no caso relatado.

As entrevistas foram individuais, gravadas, realizadas em sala reservada no local de trabalho do participante, conforme a disponibilidade pessoal na rotina do trabalho. Para garantir o anonimato o emissor da fala foi identificado com a letra maiúscula E (Entrevistado), seguida

por algarismos arábicos representativos da ordem das entrevistas (E1 a E23). Todo o material foi transcrito na íntegra e, em seguida, enviado por e-mail ao entrevistado para leitura e validação ou não do material. Todos os participantes deram autorização para a continuidade da organização, tratamento e análise dos dados.

Na organização e tratamento dos dados foi utilizado o *software webQDA*®[15,16], que permitiu uma análise mais aprofundada do material[16], a qual foi baseada na Análise de Conteúdo proposta por Bardin.[17] O *webQDA*® é um *software* de apoio para pesquisa de caráter qualitativo, que não precisa ser instalado no computador, pois é utilizado por meio de plataforma *on line*. Esta ferramenta de apoio permite que a fonte de dados e os sistemas de indexação (categorias e definições) estejam disponíveis para um ou mais pesquisadores ao mesmo tempo. Com ela o pesquisador pode editar, visualizar, interligar e organizar os documentos da pesquisa que estejam em formato de relatórios, documentos, depoimentos, fotografias e vídeos, que venham do triângulo de informação qualitativa (entrevistas, documentos e observações).[14,15] A sistematização dos dados se divide em três partes: a primeira – fonte, refere-se aos dados de que dispõe o pesquisador; a segunda – codificação, na qual se pode criar as dimensões, indicadores ou categorias, sejam elas interpretativas ou descritivas. A terceira e última – questionamento – trata-se de um conjunto de ferramentas que auxiliam o pesquisador a questionar os dados, contribuindo na construção colaborativa e aprofundamento do conhecimento sobre o objeto pesquisado.[14,15,16] Pode-se afirmar que estas fases se apresentam assim teoricamente, pois é no uso da ferramenta que se vê as possibilidades para organizar e tratar o material coletado de maneira flexível e, a cada momento, dependendo da disponibilidade do pesquisador e do desenho da pesquisa, se revê e se reorganiza o material para aprofundar a discussão sobre o objeto.[16]

Para dar conta dos objetivos do projeto de pesquisa maior foi realizada uma análise prévia e minuciosa do material empírico, no qual emergiram as categorias provisórias para a codificação. Após essa etapa, essas categorias foram analisadas conforme as categorias de análise previamente definidas, selecionando os conteúdos para cada categoria e subcategoria. Foi neste momento que se observou a necessidade de elaborar o presente artigo, pois mesmo não sendo objetivo do estudo inicialmente proposto foram encontrados discursos com densidade sobre os sentimentos dos participantes no enfrentamento dos casos relatados.

Assim, para complementar e auxiliar a análise dos dados foi utilizado a ferramenta de 'Palavras mais frequentes', criada a partir do *software webQDA*®, que apresenta um conjunto de palavras, segundo o número de caracteres previamente definidos elo pesquisador, a partir do corpo do texto, no caso as entrevistas, e as agrega de acordo com sua frequência, gerando uma imagem. Esta imagem é denominada de 'nuvem de palavras', que aloca no seu centro a palavra

mais citada nas no corpo do texto, e ao seu entorno as demais palavras, de maneira decrescente na frequência, que na imagem aparece com fonte de menor tamanho.[15,16]

Para gerar a "nuvem de palavras" sobre os sentimentos vivenciados pelos participantes, objetivo deste artigo, com o *software webQDA®* a partir das fontes internas, foi necessário copiar todas as referências no bloco de notas do *software*. Para a obtenção da 'nuvem de palavras' foram incluídas palavras com número mínimo 3 caracteres, com exclusão das letras e números que identificavam os participantes, como por exemplo: E1 à E23, e palavras como artigos, preposições, locuções adverbiais e outras que não apresentariam relevância de conteúdo. E, com o uso do *software online* foi possível elaborar a categorização com a participação das pesquisadoras a distância.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto às suas profissões e funções as entrevistadas declararam-se: enfermeiras (quatro), auxiliares de enfermagem (duas), técnicos de enfermagem (quatro), dentista (uma), auxiliares em saúde bucal (três), técnicas em saúde bucal (duas), agente comunitária em saúde (uma), assistentes sociais (duas), professora (uma), psicólogas (duas) e representante comercial atuando como conselheira tutelar (uma).

No processo exaustivo de leitura e organização dos dados e pela técnica de "Palavras mais frequentes", foi possível evidenciar duas categorias que permearam os sentimentos contraditórios vivenciados pelos profissionais que atuam como membros da rede de proteção à criança e ao adolescente, que são: Sentimentos de potencialidades para atuar na rede de proteção à criança e ao adolescente e Sentimentos de fragilidades para atuar na rede de proteção à criança e ao adolescente.

Na categoria Sentimentos de potencialidades para atuar na rede de proteção à criança e ao adolescente foram apontadas sensações positivas ou benéficas na atuação do profissional no enfrentamento a situações de violências contra crianças e adolescentes por 20 participantes (20 fontes), perfazendo 87% do total das entrevistas, e essas tiveram 56 referências nas entrevistas. Nas falas foram descritos sentimentos benéficos que se tem ao atuar na rede de proteção, por conseguir identificar, acompanhar, encaminhar e interferir de alguma maneira na vida das pessoas que passam pelas situações de violências no sentido de promover mudanças na situação encontrada para uma realidade com menos violências, seja com uma ação direta ou indireta na vida dos envolvidos, conforme demonstrado nas falas a seguir:

A rede, ela é uma experiência muito enriquecedora. (E9)

> *Todos nós unidos ali podemos fazer algo para esse adolescente, ele não fica à deriva, sem um atendimento, sem uma sessão, você ter uma atitude quanto àquela situação. (E17)*

> *É uma experiência boa! Trabalho com outra colega, temos um perfil bem atuante na Rede, eu e ela, conseguimos combinar bem as nossas ações e temos também o suporte de alguns equipamentos como escolas, CMEI´S, FAS, CRAS e o CREAS, procuramos trabalhar em rede. (E8)*

Em estudo realizado em uma cidade de médio porte no Rio Grande do Sul os profissionais entrevistados demonstraram conhecer e compreender o funcionamento da rede de proteção às crianças e adolescentes em situação de violência, e em seus discursos deram ênfase à atuação integrada e articulada da rede de proteção com outros órgãos. Defenderam que na prática os profissionais devem entender suas funções para atuarem de maneira conjunta na busca da resolução dos casos de violências.[18]

Ainda com relação aos sentimentos benéficos que desenvolvem ao retirarem as vítimas das situações de violências, os entrevistados do presente estudo referiram:

> *Às vezes é engrandecedor.... É legal então quando você vê que a família saiu, conseguiu quebrar aquele ciclo de violência e ir em frente... (E10)*

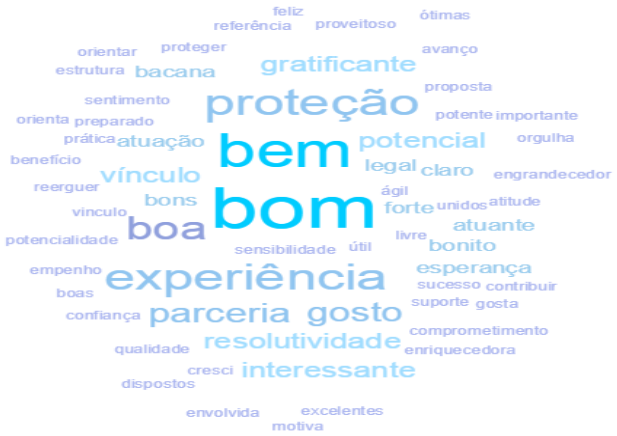
> *Quando vemos um caso que foi encaminhado, que foi feito e que a família aderiu e foi pra frente isso é muito bom, é um sentimento muito bom! (E23)*

> *Tem momentos assim..... Nossa! Que é muito bom, que conseguimos atender uma criança que está em risco, que você consegue dar os devidos encaminhamentos, vê que realmente essa criança ou adolescente está sendo acompanhada. (E19)*

Na busca de compreender o modo como os profissionais de saúde abordam as situações de violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente, estudo evidenciou que alguns profissionais se comprometiam com o provimento de auxílios, no caso alimentar e financeiro, para as vítimas de violências e as suas famílias, para os autores esse a achado demonstra o nível de envolvimento emocional dos profissionais com as situações de violências, que foi compreendida como resultante de um sentimento de compaixão piedosa.[19]

A partir da ferramenta de 'Palavras mais frequentes' do *software webQDA*, foram encontradas 600 palavras que manifestavam sentimentos de potencialidades na rede de proteção (FIG. 1). O termo 'bom' foi o que teve mais citação, que foi referido 10 vezes nas entrevistas, o sentido dado na expressão usada foi de evidenciar sentimentos benéficos e experiências exitosas nas intervenções dos casos descritos.

Figura 1. Sentimentos de potencialidades para atuar na rede de proteção à criança e ao adolescente
Fonte: *software webQDA*®. Dados da pesquisa. 2018



Percebe-se na 'nuvem de palavras' (FIG.1) de sentimentos positivos, assim como na análise das falas dos participantes, uma relação de engajamento pessoal para o êxito do enfrentamento aos casos de violência contra crianças e adolescentes. A atuação profissional em rede sugere frequente aprofundamento e compartilhamento de saberes e práticas, sendo fundamental a discussão dos casos e a tomada de decisão em conjunto, que é possibilitada pelo engajamento profissional e trabalho articulado. Todo o processo de enfrentamento das violências deve ser no sentido de garantir os direitos da criança e do adolescente.[16]

Os sentimentos de fragilidades para atuar na rede de proteção à criança e ao adolescente, negativos ou maléficos sobre sua atuação profissional frente às situações de violências contra crianças e adolescentes, foram citados por 22 participantes (22 fontes), perfazendo 96% do total das entrevistas, e esses tiveram presentes em 77 referências. Nessa categoria os entrevistados expressaram sentimentos relacionados à dimensão pessoal, na qual a referência foi acerca das suas fragilidades para atuar na rede de proteção. Também expuseram seus sentimentos de sofrimento e inseguranças ao identificarem nas situações de violências mais informações do que aquelas que haviam sido registradas nas fichas de notificações. Ao mesmo tempo que referiram frustrações pessoais por não conseguirem promover intervenções rápidas e eficazes para retirarem as pessoas daquelas situações de violências. Relacionaram esta falta de agilidade na ação à falta de apoio institucional ou interinstitucional, os quais são demorados ou mesmo não se concretizam por dificuldades de diferentes naturezas. As dificuldades descritas foram desde a falta de recursos institucionais, de diferentes ordens, que

comprometem o andamento das ações, como também a falta de profissionais para atuar na rede, pois muitos desses não querem se envolver com as situações dessa natureza devido às questões que se impõem, sejam essas pessoais, comunitárias ou institucionais, como apontam as falas a seguir:

> *Muito difícil, porque os profissionais têm muita dificuldade de lidar com a rede de proteção, porque você lida com criança e adolescentes em risco, então a maioria dos profissionais não quer se envolver, ou por medo de denunciar a violência, ou pela questão emocional que é muito sofrido lidar com criança e adolescente vítima de violência, então as pessoas não querem se envolver, as pessoas preferem se afastar, fingir que não estão vendo... (E9)*
>
> *Sentimos uma fragilidade na instância superior maior, que vem do conselho tutelar, ministério público, defensoria pública, a gente percebe que falta isso. (E6)*
>
> *Fica bem difícil de trabalhar, por que como você vai retornar essa adolescente um dia pra essa casa? (E1)*

Apesar de reconhecerem que o cuidado às vítimas de violências depende de processos que vão além das suas capacidades individuais, os sentimentos de fragilidades expressos pelos profissionais demonstram que se percebem impotentes quando não conseguem interromper o ciclo das violências.[20] Percebe-se que, apesar da decisão de enxergar ou negar as violências, tomando medidas legalmente adequadas ou não, o fenômeno das violências e as atitudes adotadas, são marcantes para os profissionais que se envolvem no enfrentamento ao fenômeno, pois muitas vezes experimentam sentimentos que os leva ao sofrimento e à angustia.[21]

As entrevistadas colocaram em evidência as fragilidades que permeiam a organização e articulação institucional nas rotinas de acompanhamento dos casos de violências. Isso leva a refletir acerca das barreiras para incorporar na prática cotidiana dos profissionais as diretrizes promulgadas nos documentos oficiais.[7]

No contexto da Atenção Primária à Saúde, um estudo identificou que uma rede intersetorial fragilizada e pouco efetiva para o enfrentamento da violência doméstica são dificuldades que desmotivam e limitam a ação profissional[20]. Além disso, o paradoxo entre o que se é exigido do trabalhador em saúde – com foco em ações programáticas, resultados e, muitas vezes, custo – e a necessidade, por outro lado, da produção do cuidado com integralidade e humanização são geradores de sofrimento no trabalho, pois favorecem a uma realidade penosa nesse cenário, uma vez que não é possível se atender aos desejos existentes em cada trabalhador.[11]

Outros sentimentos negativos que emergiram nas entrevistas são relacionados ao impacto que situações de violências contra criança e adolescente promovem nos entrevistados. Os sentimentos vão desde a tensão, a perplexidade, o medo, e até a tristeza ao se depararem

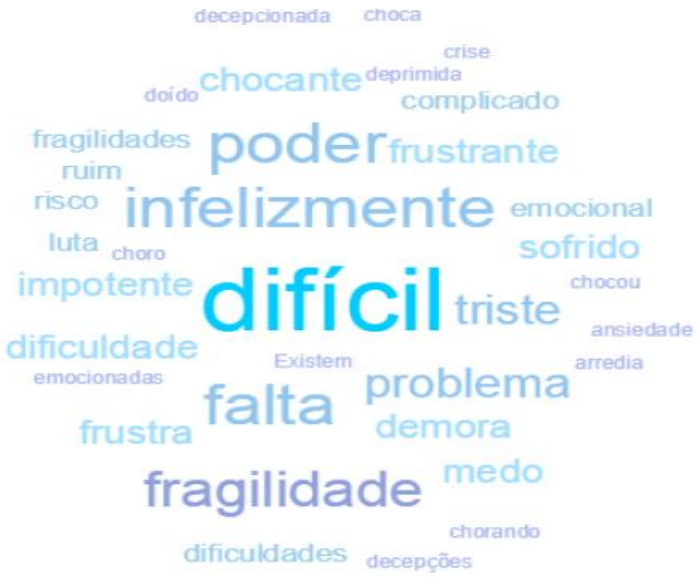
com a concretização das situações vivenciadas pelas vítimas e suas famílias, como demonstram nas falas:

> *Atuar na rede de proteção é um pouco tenso, porque lidamos com situações de violência que nos choca e que mexe com nosso psicológico e com o emocional. (E7)*
>
> *Foi um pouco assim meio traumático sabe, no começo eu não queria, ficava até meio deprimida porque começa a associar as pessoas da nossa família, fiquei assustada com tudo, eu não tenho filhos, mas tenho sobrinhos, então acabava ficando com medo do que vai acontecer com os meus sobrinhos, tudo é motivo de medo e de cuidado! (E12)*
>
> *Foi bem chocante porque era algo que eu ainda não tinha participado em outras unidades e foi quando eu tive meu filho que eu não tinha mais estrutura psicológica para ficar na rede pelos casos que eu via, por ter criança pequena em casa e eu não conseguia me adaptar a ouvir tantos casos e ao mesmo tempo ter que estar com o filho da gente sabendo que podia estar acontecendo infelizmente dentro da nossa casa... (E3)*

Variadas emoções são vivenciadas pelos profissionais que atuam no enfrentamento da violência, que carregam em suas ações conteúdos que podem extrapolar os limites do ambiente de trabalho e, consequentemente, pode afetar as suas vidas pessoais.[21]

Nesta categoria, o resultado gerado pela "nuvem de palavras", identificou 500 palavras que demonstraram sentimentos de fragilidades dos profissionais que atuam na rede (FIG. 2). A palavra difícil foi a mais frequente, citada 13 vezes pelos participantes das entrevistas, no sentido de expressar os sentimentos negativos inerentes ao acompanhamento dos casos e ao cotidiano dos profissionais na rede de proteção.

Figura 2. Sentimentos de fragilidades para atuar na rede de proteção à criança e ao adolescente



Fonte: *Software webQDA®*. Dados da pesquisa. 2018

Conforme análise das falas que compuseram o conteúdo desta categoria, percebe-se que as palavras mais frequentes têm relação com a intensidade emocional negativa, como também, expressam as dificuldades do trabalho na rede de proteção. É relevante destacar que os processos institucionais para o enfrentamento e acompanhamento dos casos das vítimas de violências, somado às relações interpessoais que esses promovem, tem interferência direta na vida pessoal dos profissionais que ali atuam.

É essencial perceber que os mesmos acontecimentos não geram uma única manifestação de sofrimento ou uma uniformidade de sentimentos para os indivíduos envolvidos naquele enfrentamento[11], pois, se, por um lado, podem gerar um sentimento de aflição ao trabalhador, de outro lado, pode ser visto como uma oportunidade de atuar profissionalmente numa ação significativa para as vítimas de violência e sua família.

Nesse sentido, é imprescindível a discussão sobre as emoções contraditórias que emergem nesse processo de trabalho e, consequentemente, na vida dos profissionais, uma vez que suas condutas no contexto em que trabalham, são definidas, em grande parte, pelas emoções ali vivenciadas.[21]

Acredita-se que os resultados e as discussões do presente estudo contribuem para um enfoque relacional, de apoio e planejamento de estratégias de ações desenvolvidas pelos profissionais que atuam na rede de proteção, além de fomentar a discussão para o fortalecimento do trabalho integrado e articulado diante do cenário das violências contra crianças e adolescentes, que atualmente se naturalizam na nossa sociedade.

CONCLUSÃO

Com a discussão dos dados há evidências da complexidade do fenômeno das violências contra crianças e adolescentes. Uma complexidade que se relaciona-se às múltiplas expressões do fenômeno, assim como, às condições materiais e profissionais mobilizadas para responder às situações. O processo de enfrentamento ao fenômeno tem consequências para a vida das vítimas, de suas famílias e dos profissionais que atuam neste cenário.

Portanto, é na prática do profissional que inicialmente emergem sentimentos benéficos, relacionados ao seu engajamento e comprometimento com aqueles que estão necessitando da ação da rede de proteção, e ainda, é nesta perspectiva que emerge a percepção de êxito pessoal diante dos casos enfrentados e acompanhados. Porém, é neste mesmo cotidiano de trabalho, que o envolvimento pessoal se mostra insuficiente para enfrentar as situações de violências, e faz emergir sentimentos de sofrimento para aquele que está à frente do processo.

O sofrimento do profissional é potencializado pelas fragilidades percebidas no enfrentamento das violências. Um processo que pode repercutir no seu desempenho pessoal e profissional. Além disso, as fragilidades confirmam as dificuldades de articular estratégias intersetoriais e multiprofissional no enfrentamento e acompanhamento dos casos de violências contra crianças e adolescentes.

Compreender os sentimentos que emergem nesses profissionais no cotidiano do trabalho da rede de proteção para enfrentar as violências, assim como, entender os efeitos desses sentimentos na vida pessoal ou no desempenho no trabalho dos indivíduos é fundamental, pois é preciso fortalecer as condições materiais e emocionais para a realização do trabalho com resolutividade. Processos que promovem o fortalecimento do profissional para atuar nesse cotidiano permitiriam contrapor os efeitos desgastantes que tais processos têm sobre o trabalhador. Elucidar e discutir tais sentimentos permitiria subsidiar discussões que objetivassem melhorar as condições gerais, materiais e não materiais, para o enfrentamento das violências na rede de proteção em um trabalho de equipe integrado e intersetorializado.

REFERÊNCIAS

1. Ministério dos Direitos Humanos (BR), Secretaria Nacional de Proteção dos Direitos da Criança e Adolescente. Violência contra Crianças e Adolescentes: Análise de Cenários e Propostas de Políticas Públicas [Internet]. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos; 2018 [citado em 17 maio 2019]. Disponível em: https://www.mdh.gov.br/biblioteca/consultorias/conada/violencia-contra-criancas-e-adolescentes-analise-de-cenarios-e-propostas-de-politicas-publicas.pdf

2. Egry EY, Apostolico MR, Morais TCP. Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. Cien Saude Colet [Internet]. 2018 [citado em 17 maio 2019];23(1):83-92. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018231.22062017

3. Mathews B, Pacella R, Dunne MP, Simunovic M, Marston C. Improving measurement of child abuse and neglect: A systematic review and analysis of national prevalence studies. PLoS One [Internet]. 2020 [cited 2020 Jan 28];15(1):e0227884. Disponível em: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227884

4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde [Internet]. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [citado em 17 maio 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_criancas_familias_violencias.pdf

5. NJAINE K, ASSIS SG, CONSTANTINO P, AVANCI JQ, editores. Impactos da Violência na Saúde [Internet]. 4ª ed. atual. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2020 [citado em 16 abr 2021]. 448 p. Disponível em: http://books.scielo.org/id/p9jv6/pdf/njaine-9786557080948.pdf

6. Ministério da Saúde (BR). Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 [citado em 3 out 2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm

7. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2002 [citado em 3 out 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf

8. Schek G, Silva MRS, Lacharité C, Bueno MEN. Organização das práticas profissionais frente à violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes no contexto institucional. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2017 [citado em 17 maio 2019];25:e2889. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1640.2889

9. Barros RP, Holanda PRCM, Sousa ADS, Apostolico MR. Health needs of adolescents from the perspective of Primary Health Care professionals. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2021 [citado em 16 abr 2021];26(2):425-34. Disponível em: http://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40812020

10. Cezar AT, Jucá-Vasconcelos HP. Diferenciando sensações, sentimentos e emoções: uma articulação com a abordagem gestáltica. Rev IGT Rede [Internet]. 2016 [citado em 28 maio

2019];13(24):4-14. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-25262016000100002

11. Schek G, Silva MRS. Sentimentos vivenciados por profissionais que atuam em serviços de proteção a crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar e os efeitos na prática cotidiana. Rev Pesqui Cuid Fundam (Online) [Internet]. 2018 [citado em 17 maio 2019];10(3):764-9. Disponível em: http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.764-769

12. Aciole GG, Pedro MJ. Sobre a saúde de quem trabalha em saúde: revendo afinidades entre a psicodinâmica do trabalho e a saúde coletiva. Saúde em Debate [Internet]. 2019 [citado em 16 maio 2019];43:194-206. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-11042019S115

13. Lemos JC, Cruz RM, Botomé SP. Sofrimento psíquico e trabalho de profissionais de enfermagem. Estud Psicol (Natal) [Internet]. 2002 [citado em 16 maio 2019];7(2):407-9. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2002000200022

14. Morais RLGL, Sales ZN, Rodrigues VP. Limites e possibilidades no enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes. Rev Enferm UFPE [Internet]. 2015 [citado em 16 maio 2019];9(Supl 2):7672-81. Disponível em: https://doi.org/10.5205/reuol.7049-61452-1-ED.0903supl201521

15. Costa AP, Amado J. Análise de conteúdo suportada por software. Aveiro: Ludomedia; 2018.

16. Minayo MCS, Costa AP. Técnicas que fazem uso da palavra, do olhar e da empatia: pesquisa qualitativa em ação. Aveiro: Ludomedia; 2019.

17. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.

18. Faraj SP, Siqueira AC, Arpini DM. Rede de proteção: o olhar de profissionais do sistema de garantia de direitos. Temas Psicol [Internet]. 2016 [citado em 16 maio 2019];24(2):727-41. Disponível em: http://dx.doi.org/10.9788/TP2016.2-18

19. Nunes CB, Sarti CA, Ohara CVS. Profissionais de saúde e violência intrafamiliar contra a criança e adolescente. Acta Paul Enferm [Internet]. 2009 [citado em 17 maio 2019];22(Especial):903-8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/12.pdf

20. Mapelli LD, Sabino FHO, Costa LCR, Silva JL, Ferriani MGC, Carlos DM. Rede intersetorial para o enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes em contexto de ruralidade. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2020 [citado em 19 abr 2021];41:e20190461. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190461

21. Nonato LO, Peres AM, Khalaf DK, Souza MAR, Figueiredo KC, Lapierre J. Primary healthcare management strategies in socially vulnerable territories exposed to violence. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2020 [citado em 19 abr 2021];54:e03608. Disponível em: https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018054903608

Perfil Epidemiológico da Sífilis em Gestante e Sífilis Congênita no Distrito Federal (2009-2018)

Epidemiological Profile of Syphilis in Pregnant Women and Congenital Syphilis in the Federal District (2009-2018)

Perfil Epidemiológico de la Sífilis en Mujeres Embarazadas y Sífilis Congénita en el Distrito Federal (2009-2018)

Juliane Andrade

Ana Paula Rabelo Chaves

Daniela Mendes dos Santos Magalhaes

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo descrever o perfil epidemiológico da Sífilis em Gestante e Sífilis Congênita no DF de 2009 a 2018. Trata-se de um estudo epidemiológico retrospectivo descritivo, com dados obtidos pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Para a análise e elaboração do perfil foi utilizado o software Microsoft Excel 2013. Considerando o período estudado, o maior percentual de casos de Sífilis em gestante está entre 20 a 29 anos (74,6%), escolaridade de ≥ 8 a 11 anos de estudos (32,6%), raça/cor não branca (57,1%). Quanto aos aspectos clínicos, a Idade gestacional possui maiores notificações no 1º trimestre de gestação (40,6%), maior prevalência da sífilis primária (26,6%), e esquema de tratamento com penicilina (84,1%). As características maternas com bebês notificados foram: sífilis recente (90,6%), as mães realizaram pré-natal (81,0%), diagnóstico materno no pré-natal (60,8%), tratamento materno inadequado (57,4%) e não realizado (30,0%), não realização do tratamento das parcerias (64,4%). Foi detectado um número consideravelmente grande de campos assinalados como ignorados em cada variável destacada. Ainda, os dados revelaram maior notificação de sífilis congênita do que sífilis em gestante entre 2010 a 2014. Salienta-se a importância da formação de qualidade e educação permanente para os profissionais de saúde, visando a melhoria na qualidade do pré-natal, manejo adequado das fases clínicas da sífilis e preenchimento adequado das notificações. A fim de fortalecer as ações da vigilância epidemiológica, de maneira a melhorar as informações contidas nas bases de dados e assim subsidiar o planejamento em saúde.
Palavras-chaves: sífilis congênita, gestantes, sífilis, epidemiologia.

ABSTRACT

This article aims to describe the epidemiological profile of Syphilis in Pregnant Women and Congenital Syphilis in DF from 2009 to 2018. This is a retrospective descriptive epidemiological study, with data obtained by the Department of Informatics of the Unified Health System. For the analysis and preparation of the profile, it was Microsoft Excel 2013

software was used. See the period studied, the highest percentage of syphilis cases in pregnant women is between 20 and 29 years old (74.6%), education ≥ 8 to 11 years of study (32.6%), race / non-white color (57.1%). As for the clinical aspects, gestational age has higher notifications in the first trimester of pregnancy (40.6%), a higher prevalence of primary syphilis (26.6%), and a treatment regimen with penicillin (84.1%). As maternal characteristics with notified babies were: recent syphilis (90.6%), how mothers performed prenatal care (81.0%), maternal diagnosis during prenatal care (60.8%), maternal treatment of killed bush (57, 4%) and not performed (30.0%), failure to carry out the treatment of partnerships (64.4%). A considerably large number of fields marked as ignored were detected in each highlighted variable. Furthermore, the data revealed a higher notification of congenital syphilis than syphilis in pregnant women between 2010 and 2014.The importance of quality training and continuing education for health professionals, qualified to improve the quality of prenatal care, is emphasized, adequate management of the clinical stages of syphilis and adequate completion of notifications. In order to strengthen the actions of epidemiological surveillance, in order to improve the information contained in the databases and thus subsidize health planning.
Keywords: syphilis, congenital, pregnant women, epidemiology.

RESUMEN

Este artículo tiene como objetivo describir el perfil epidemiológico de Sífilis en Mujeres Embarazadas y Sífilis Congénita en el DF de 2009 a 2018. Se trata de un estudio epidemiológico descriptivo retrospectivo, con datos obtenidos por el Departamento de Informática del Sistema Único de Salud. Se utilizó el software Microsoft Excel 2013. Considerando la En el período estudiado, el mayor porcentaje de casos de sífilis en mujeres embarazadas se encuentra entre 20 y 29 años (74,6%), educación ≥ 8 a 11 años de estudio (32,6%), raza / color no blanco (57,1%). En cuanto a los aspectos clínicos, la edad gestacional presenta mayores notificaciones en el primer trimestre de gestación (40,6%), mayor prevalencia de sífilis primaria (26,6%) y régimen de tratamiento con penicilina (84,1%). Las características maternas con bebés notificados fueron: sífilis reciente (90,6%), madres realizadas atención prenatal (81,0%), diagnóstico materno en atención prenatal (60,8%), tratamiento materno inadecuado (57,4%) y no realizado (30,0%), fracaso para realizar el tratamiento de partenariados (64,4%). Se detectó una cantidad considerablemente grande de campos marcados como ignorados en cada variable resaltada. Además, los datos revelaron una mayor notificación de sífilis congénita que sífilis en gestantes entre 2010 y 2014. Se enfatiza la importancia de una formación de calidad y educación continua para los profesionales de la salud, con el objetivo de mejorar la calidad de la atención prenatal, el manejo adecuado de la estadios clínicos de la sífilis y adecuada cumplimentación de notificaciones. Con el fin de fortalecer las acciones de vigilancia epidemiológica, con el fin de mejorar la información contenida en las bases de datos y así subsidiar la planificación en salud.
Palabras clave: sífilis congénita, mujeres embarazadas, epidemiología

1.INTRODUÇÃO

A Sífilis Congênita (SC) é resultado da transmissão do *Treponema pallidum,* agente etiológico da sífilis, da mãe infectada (Sífilis em gestante- SG) para o feto[1.] Considerado um grave problema de saúde pública, uma vez que se trata de uma infecção que pode ser prevenida por meio da implementação de estratégias efetivas de diagnóstico precoce e tratamento adequado de sífilis nas gestantes e suas parcerias sexuais[2.]

Segundo o protocolo clínico de diretrizes terapêuticas para a atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST), para o tratamento da sífilis, a benzilpenicilina benzatina é o medicamento de escolha, sendo a única droga com eficácia documentada durante a gestação. Não existem evidências de resistência de T. pallidum à penicilina no Brasil e no mundo[3.]

A presença da SG e, consequentemente, SC em recém-nascidos, é sinal de falha no pré-natal visto que o diagnóstico e tratamento precoce de gestantes são medidas bastante eficazes na prevenção de sua transmissão vertical[4.] A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o rastreamento da sífilis durante o pré-natal como orientação para políticas públicas e universal cobertas pela Atenção Primária à Saúde (APS)[5.]

No Brasil, com a criação da Rede Cegonha em 2011, foram estabelecidas diretrizes para melhoria do atendimento materno-infantil[6]. Dentro do componente pré-natal preconiza-se a ampliação da testagem rápida para sífilis na Unidade Básica de Saúde (UBS) no primeiro e terceiro trimestres de gestação e no puerpério com a finalidade de tratar a SG e prevenir a transmissão vertical da sífilis [2, 6, 7]. No DF, de acordo com o Protocolo de Atenção à saúde da mulher no Pré-Natal, Puerpério e Cuidados ao Recém-nascido (2017), o teste rápido é realizado no primeiro, segundo e terceiro trimestre de gestação, sendo aplicado também no momento do parto independente da realização dos testes anteriores [8].

Para a tomada de decisão e elaboração de políticas e estratégias no enfrentamento da SC e SG, o acesso e a disponibilidade da informação sobre o quantitativo do número de casos é imprescindível. Então, desde 1986 a SC é uma doença de notificação compulsória nacional[9] e a SG desde 2005[10], realizadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

No Brasil, houve um aumento no número de notificações de casos de sífilis em gestante de 25,7% de 2017 (49.796 casos) para 2018 (62.599 casos) e um incremento de 5,1% nos casos de sífilis congênita em relação ao mesmo período (24.933 casos/ 26.219 casos, respectivamente). No Distrito Federal (DF), o número de notificação de SC teve um aumento

de 38,2% de 2017 (280 casos) para 2018 (387 casos), enquanto as notificações de SG aumentaram 38,3% neste mesmo período (392 casos/ 542 casos, respectivamente)[11].

Essa alta incidência de SG e SC, descrita pelo aumento no número de casos, está associada a questões sociais como escolaridade, cor da pele e fatores assistenciais como início tardio do pré-natal, baixo número de consultas, menor realização de exames sorológicos. O diagnóstico tardio, a não adesão ao tratamento ou o tratamento inadequado da gestante são entraves que dificultam a redução da transmissão vertical da sífilis [12,13].

Diante do crescimento no número de notificações de casos da infecção, torna-se imprescindível uma análise do perfil epidemiológico da SG e SC no DF, tal perfil permite o planejamento de estratégias de enfrentamento para SG e SC, a partir das políticas existentes e avaliação da qualidade da assistência pré-natal. Deste modo, o objetivo deste estudo é descrever o perfil epidemiológico da SG e SC no DF de 2009 a 2018.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico retrospectivo descritivo, cujos dados foram obtidos por meio de consulta à base de dados e informações de Estatísticas Vitais - Mortalidade e Nascidos Vivos, Epidemiológicas e Morbidades, de domínio público e não nominal, disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Foram incluídos neste estudo todos os casos de SG e SC disponíveis no DATASUS nos anos de 2009 a 2018 no DF.

O período de 2009 a 2018, analisado no presente estudo, foi escolhido devido às implementações de ações de saúde que ocorreram durante esses anos, entre elas, a criação da Rede Cegonha em 2011 e o Protocolo de Atenção à saúde da mulher no Pré-Natal, Puerpério e Cuidados ao Recém-nascido em 2017. Dessa forma, através da série histórica estudada é possível analisar os impactos de tais ações na melhoria do atendimento materno-infantil.

A exportação dos dados foi realizada no dia 14 de abril de 2019 e no dia 21 de janeiro de 2020. Em seguida, os dados foram tabulados e realizaram-se os cálculos referentes à estatística descritiva, com a elaboração das frequências absolutas, que, em seguida, foram organizadas em tabelas e gráficos no software Microsoft Excel 2013.

Para SG foram utilizadas as seguintes variáveis sociodemográficas: faixa etária em anos (10-19, 20-39, ≥ 40), escolaridade em anos (<8, ≥8, ≥12, ignorado) e cor da pele (branca, não branca, ignorado). Variáveis clínicas: idade gestacional (1º trimestre, 2º trimestre, 3º

trimestre) e classificação clínica da sífilis (primária, secundária, terciária, latente, ignorado), variáveis de tratamento: esquema de tratamento (penicilina, outro esquema, não realizado, ignorado).

Para SC foram utilizadas as seguintes variáveis sociodemográficas: Faixa etária da mãe em anos (10-19, 20-39, ≥ 40, ignorado), escolaridade da mãe em anos (<8, ≥8, ≥12, ignorado), cor da mãe (branca, não branca, ignorado) e idade da criança (<7 dias, 7-27 dias, 28-364 dias, 1 ano, 2-4anos, 5-12 anos). Variáveis clínicas: realização de pré-natal (sim, não, ignorado), momento do diagnóstico da sífilis materna (durante o pré-natal, momento do parto/curetagem, após o parto, não realizado, ignorado) e diagnóstico final (sífilis congênita recente, sífilis congênita tardia, aborto por sífilis, natimorto por sífilis), e variáveis de tratamento: esquema de tratamento materno (adequado, inadequado, não realizado, ignorado) e parceiro tratado (sim, não, ignorado).

A fonte de informação DATASUS foi escolhida, por ser de fácil acesso, rápida e eficiente para a obtenção de dados e informação em saúde. Por se tratar de dados de domínio público dispensa a aprovação do CEP (Comitê de Ética em Pesquisa).

3. RESULTADOS

Os dados evidenciam que durante o período analisado (2009-2018), o número amostral (N) de notificações de SG contabilizou o total de 2.197 casos da infecção, enquanto para SC foram notificados 1.807 casos para o mesmo intervalo. Os dados foram dispostos em quatro tabelas e um gráfico.

As tabelas 1 e 2 trazem informações maternas referentes às características sociodemográficas, clínicas e de tratamento, de acordo com dados obtidos pelo DataSus entre 2009 a 2018. A faixa etária com maior percentual de casos de Sífilis em gestante está entre 20 a 29 anos, representando 1639 casos (74,6%) das notificações compreendidas no período entre 2009 a 2018. Quanto ao perfil da escolaridade entre 2009 a 2018, 710 casos (32,6%) das mulheres possuíam de ≥ 8 a 11 anos de estudos, 923 casos (42,5%) foram classificados como Ignorado (tabela 1).

Entre 2009 a 2018 a distribuição de raça/cor demonstrou um maior índice de não brancos, contabilizando 1255 casos (57,1%). O número da categoria Ignorado 417 casos (23,9%), na totalidade, da variável raça/cor representou percentual maior do que o número de casos em pessoas na cor branca 417 casos (19,0%) (tabela 1).

Tabela 1.
Variáveis sociodemográficas de sífilis em gestante. Distrito Federal, 2009-2018.

Variáveis	N	%
Faixa etária em anos		
10 a 19	481	21,9
20 a 39	1 639	74,6
≥40	77	3,5
Escolaridade em anos		
<8	465	21,4
≥8 a 11	710	32,6
≥12	76	3,5
Ignorado	923	42,5
Cor da pele		
Branca	417	19,0
Não branca	1 255	57,1
Ignorada	525	23,9

Fonte*:* DataSus (2009-2018)

A idade gestacional possui maiores notificações no 1º trimestre de gestação com 40,6% (893 casos), e mantém alto o percentual nos demais trimestres, 635 casos (29,0%) no 2º trimestre e 560 casos (25,5%). As notificações classificadas como idade gestacional ignorada apresentam o menor percentual, 109 casos (4,9%). A classificação clínica da infecção apresentou maior índice na categoria ignorado representando 946 casos (43,0%) notificados entre 2009 a 2018, em seguida a classificação com o maior número de notificações foi a sífilis primária com 584 casos (26,6%) do total das notificações. O esquema de tratamento demonstrou que 84,1% do total de casos no período de 2015 a 2018 utilizaram penicilina no tratamento, o DATASUS não disponibiliza o esquema de tratamento nos anos anteriores a 2015 (tabela 2).

Tabela 2.
Variáveis clínicas e de tratamento de sífilis em gestante. Distrito Federal 2009-2018.

Variáveis	N	%
Idade Gestacional		
1° Trimestre	893	40,6
2° Trimestre	635	29,0
3° Trimestre	560	25,5
Idade gestacional ignorada	109	4,9

Classificação Clínica		
Sífilis Primária	584	26,6
Sífilis Secundária	77	3,5
Sífilis Terciária	364	16,6
Sífilis Latente	226	10,3
Ignorado	946	43,0
Esquema de Tratamento*		
Penicilina	1 294	84,1
Outro Esquema	26	1,7
Não Realizado	76	5,0
Ignorado	142	9,2

Fonte*:* DataSus (2009-2018)
***Dados disponibilizado no DataSus somente 2015-2018

As tabelas 3 e 4 são referentes às informações das mães de bebês notificados com sífilis congênita entre 2009 a 2018. A faixa etária das mães de bebês com diagnóstico de sífilis congênita com o maior número de notificações estava na faixa de 20 a 29 anos totalizando 1342 notificações, um equivalente a 73,7% dos casos notificados no período de 2009 a 2018.

Das notificações, 513 casos (28,2%) das mulheres com desfecho de SC possuíam escolaridade ≥ 8 a 11 anos de estudos, 739 casos (40,7%) foram classificados como Ignorado. A distribuição de Raça/cor da mãe demonstrou que 934 casos (53,2%) das notificações são classificadas como não brancas. Referente às crianças diagnosticadas com sífilis congênita no período estudado,1786 casos (98,1%) foram diagnosticadas com menos de 7 dias de vida (tabela 3).

Tabela 3.
Variáveis sociodemográficas de mulheres com bebês notificados com sífilis congênita, Distrito Federal, 2009-2018

Variáveis	**N**	**%**
Faixa Etária da Mãe em anos		
10 a 19	340	18,7
20 a 39	1 342	73,7
≥40	64	3,5
Ignorado	75	4,1
Escolaridade da mãe em anos		
>8	488	26,8
≥8 a 11	513	28,2

≥12	59	3,2
Não se aplica	19	1,1
Ignorado	739	40,7
Cor da Mãe		
Branca	303	17,3
Não Branca	934	53,2
Ignorada	517	29,5
Idade da Criança		
< 7 dias	1 786	98,1
7 -27 dias	10	0,5
28-364 dias	15	0,8
1 ano	5	0,3
2- 4 anos	4	0,2
5-12 anos	1	0,1

Fonte*:* DataSus (2009-2018)

O diagnóstico final foi classificado em 1486 casos (90,6%) como sífilis congênita recente e 1475 casos (81,0%) notificados no período estudado realizaram pré-natal. Entre 2009 a 2018, o momento do diagnóstico da sífilis materna foi notificado durante pré-natal em 1087 casos (60,8%) dos casos totais. O esquema de tratamento materno foi classificado inadequado em 1044 casos (57,3%) notificados e classificado como não realizado em 547 casos (30,0%) totais do período analisado. Quanto ao tratamento das parcerias, 1172 casos (64,4%) classificou os parceiros como não tratados (tabela 4).

Tabela 4.
Variáveis clínicas e de tratamento de mulheres com bebês notificados com sífilis congênita, Distrito Federal, 2009-2018

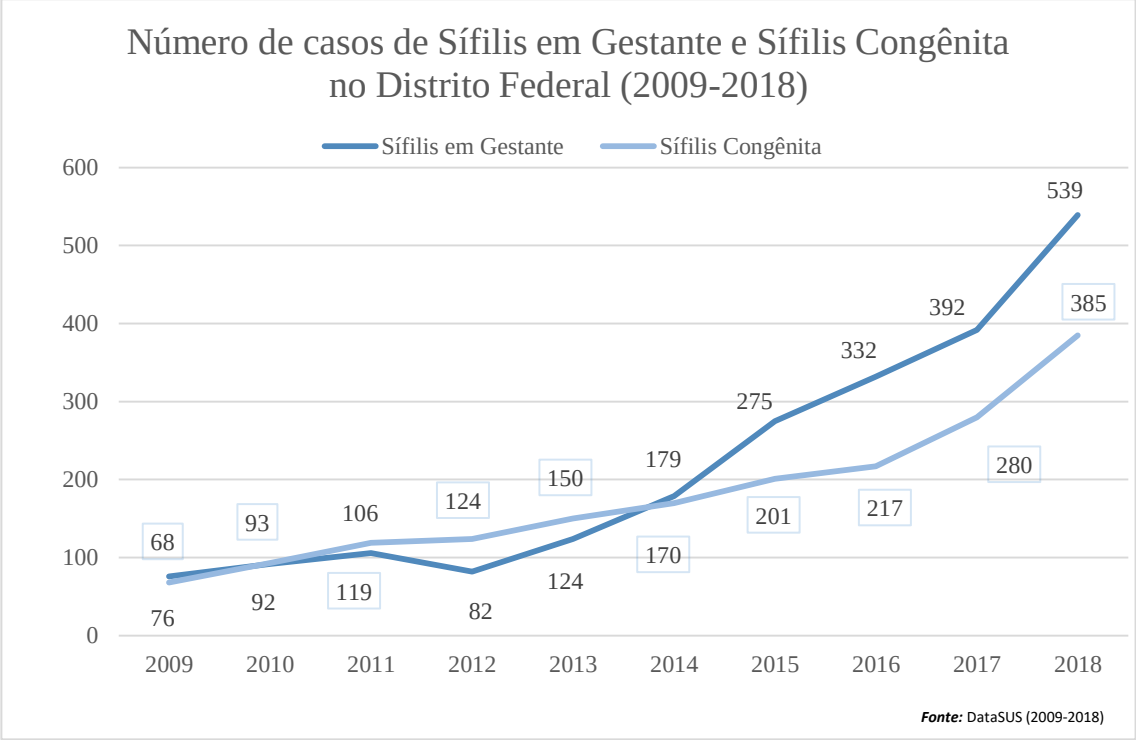
Variáveis	**N**	**%**
Realização de pré-natal		
Sim	1 475	81,0
Não	259	14,2
Ignorado	87	4,8
Momento do diagnóstico da sífilis materna		
Durante o pré-natal	1 087	60,8
No momento do parto/curetagem	458	25,6
Após o parto	132	7,4
Não realizado	16	0,9
Ignorado	94	5,3
Esquema de tratamento materno		
Adequado	90	4,9

Inadequado	1 044	57,4
Não Realizado	547	30,0
Ignorado	140	7,7
Parceiro tratado		
Sim	341	18,7
Não	1172	64,4
Ignorado	308	16,9
Diagnóstico Final		
Sífilis congênita recente	1 486	90,6
Sífilis congênita tardia	5	0,3
Aborto por sífilis	94	5,7
Natimorto por sífilis	55	3,4

Fonte*:* DataSus (2009-2018)

O gráfico 1 revela o aumento no número de casos de SG e SC entre 2009 a 2018. De 2011 a 2014 houve maior notificação de SC do que SG, porém a partir de 2014 a 2018 as notificações de SG superaram as SC.

Gráfico 1.



Fonte: DataSUS (2009 a 2018)

4. DISCUSSÃO

A presente pesquisa permitiu descrever o perfil sociodemográfico, clínico e de tratamento de sífilis em gestante e sífilis congênita no Distrito Federal entre 2009 a 2018. A evolução temporal do perfil evidencia o aumento no número de notificações de SG e SC durante o período estudado. Tal aumento deve-se, em parte, à melhoria das notificações visto que SC e SG são agravos de notificação compulsória [2, 11, 12, 14].

É necessário frisar que entre 2014 e 2017, o Brasil, experienciou o desabastecimento das penicilinas benzatina e cristalina, sendo elas, fármacos que integram o Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) no Sistema Único de Saúde (SUS) e são os principais antibióticos para tratamento da sífilis. A falta da medicação de primeira escolha para tratamento da SG e SC pode ter contribuído substancialmente para aumento no número de casos notificados durante o período analisado[15].

As ações da vigilância epidemiológica, capacitação dos profissionais da saúde para preenchimento das fichas de notificação, aplicação do teste-rápido nos três trimestres da gestação e na hora do parto, aplicação de benzilpenicilina benzatina nas unidades básicas de saúde e ampliação da cobertura do pré-natal devido a implementação das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) propiciaram a captação precoce, busca ativa e diagnóstico oportuno dos casos de SG e SC, aumentando assim, o número de casos notificados ao longo dos anos [6, 14, 16].

A amostra total do período analisado é constituída em sua maioria por mulheres jovens adultas na faixa etária entre 20 a 39 anos, cor de pele auto referida, majoritariamente, como não branca (pardas e negras) e com escolaridade de ≥ 8 a 11 anos de estudos. 21,4% das mulheres notificadas, apresentavam menos de 8 anos de escolaridade. Estudos apontam que a baixa escolaridade e faixa etária da gestante evidenciam a criação de ambiente socialmente vulnerável e propenso a risco de adoecimento[12,13,17].

Vale destacar a alta porcentagem da opção "ignorado" na categoria escolaridade, variável que representa importante indicador indireto da situação socioeconômica da população estudada. Outras variáveis, como cor da pele, classificação clínica e tratamento do parceiro tiveram porcentagem alta neste campo. Esta informação aponta para o desconhecimento dos profissionais ao preencher a ficha de notificação. O preparo dos profissionais nesta questão permite a melhoria da coleta de dados, consequentemente da vigilância, análise e tomada de decisão [14, 16, 18].

Quanto às variáveis que indicam a qualidade do pré-natal, no período estudado 40,6% dos casos de SG foram notificados no primeiro trimestre, sendo que 26,7% das SG foram classificadas como sífilis primária e 43,0% foram notificados como ignorados, somente 10,3% dos casos foram notificados como sífilis latente, dados que são corroborados por demais pesquisas onde houve baixa notificação de sífilis latente[17, 19, 20].

Entretanto, de acordo com Ministério da Saúde (MS) a prevalência dos diagnósticos ocorrem no estágio de sífilis latente (recente/tardia), pois a maioria não apresentam sinais e sintomas, tal dissonância sugere desconhecimento dos profissionais de saúde para diagnosticar a fase clínica da infecção e falha durante o preenchimento da ficha de notificação, fato que pode ser comprovado pelo percentual de notificações na fase clínica classificados como ignorado, além do alto índice de tratamento inadequado que potencializa prejuízos à saúde materno-infantil[3, 21, 22].

Outros aspectos da qualidade do pré-natal merecem destaque. Entre 2015 e 2018, a maioria (84,1%) dos casos de SG foi tradada com benzilpenicilina benzatina, única opção para tratamento adequado das gestante que trata o bebê [1, 2]. Porém, na ficha de notificação não há possibilidade de verificar se o tratamento foi condizente com a fase da sífilis diagnosticada. Mas, ao verificar o campo da ficha de notificação de SC sobre o tratamento materno, 57,3% tiveram tratamento inadequado e 30,0% não foram realizados, a falta de tratamento do parceiro impacta diretamente na eficácia do tratamento materno. Salienta-se que das notificações da SC, um percentual de 81,0% das mães fizeram pré-natal e ainda que apenas 60,8% destas receberam o tratamento durante o pré-natal. Sendo assim, ressalta-se a necessidade de orientações no pré-natal para a condução adequada do tratamento conforme as preconizações dos protocolos do MS, além do acompanhamento dos parceiros durante esse período[3].

Nesse sentido, os dados demonstram a importância do tratamento da parceria, principalmente quando se trata de uma IST e envolvimento no pré-natal. Visto que, se o parceiro não foi tratado, foi tratado inadequadamente ou não se tem a informação disponível sobre o seu tratamento configura-se uma fragilidade do pré-natal, apresentando uma barreira para o tratamento adequado da gestante e intensificando a incidência de SC[3]. O MS a partir da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) tem a premissa de facilitar e ampliar o acesso da população masculina aos serviços de assistência integral à saúde do SUS. Nessa perspectiva, as consultas do Pré-Natal do Parceiro visa avaliar o estado geral de saúde do pai/parceiro solicitando os exames de rotina de acordo com os protocolos estabelecidos pelo MS[23].

De acordo com os dados obtidos, o não tratamento das parcerias apresenta uma conduta não adequada na assistência do pré-natal e diverge das diretrizes do MS, uma vez que as parcerias devem ser testadas e tratadas para interromper a cadeia de transmissão[3, 21]. Segundo estudo realizado sobre manejo da sífilis no município do Rio de Janeiro, revelou que aproximadamente 40% dos profissionais pré-natalistas participantes da pesquisa referiram dificuldade para conversar sobre sífilis com o parceiro[24], o que corrobora a informação encontrada na presente pesquisa.

Das crianças com desfecho de sífilis congênita no período estudado, 98,1% foram diagnosticadas com menos de 7 dias de vida, representando alto índice de sífilis congênita precoce. Para a prevenção da SC é de suma importância o diagnóstico precoce da SG, além do diagnóstico correto da fase da sífilis e tratamento condizente[2, 3, 25].

Quanto aos dados observados no gráfico 1 é possível observar que antes de 2014 as barreiras/dificuldades de diagnóstico da sífilis durante o pré-natal eram mais evidentes, visto que havia maior número de SC registrados do que SG. Para um sistema de vigilância adequado, todas as gestantes com sífilis devem ser notificadas e tratadas, deste modo sempre deve haver maior número de casos de SG do que SC, o que começou a acontecer a partir de 2014.

5. CONCLUSÃO

A utilização de dados públicos secundários de notificação representa uma limitação do estudo devido às inconsistências do preenchimento das fichas de notificação. O alto número de informações ignoradas e em branco prejudica o conhecimento do real perfil epidemiológico dos casos de SG e SC no Distrito Federal. Enfatiza-se a necessidade de melhoria nas coletas de dados para uma vigilância e análise adequada sobre o panorama geral de SG e SC no DF, e consequentemente um planejamento consistente para o enfrentamento da sífilis congênita. Contudo, os dados existentes propiciaram observar os principais aspectos para a melhoria da qualidade pré-natal e de vigilância. Deste modo, fornece elementos para o planejamento em saúde e enfrentamento da SC.

O aumento no número de casos de SG e SC são marcadores da baixa qualidade de assistência do pré-natal, visto que trata-se de um evento totalmente evitável. Apesar das ações da APS, protocolos e diretrizes do MS, a trajetória epidemiológica da sífilis ao longo dos anos revela um aumento da incidência de SG e SC no DF. A elaboração desse perfil ajudou a compreender a situação atual da saúde pública e seus potenciais prejuízos à saúde materno-infantil.

Diante ao exposto, torna-se necessário salientar a importância da formação de qualidade e educação permanente para os profissionais de saúde, visando a melhoria na qualidade do pré-natal, manejo adequado das fases clínicas da sífilis de acordo com os protocolos e diretrizes preconizadas pelo MS e preenchimento adequado das fichas de notificações. A fim de fortalecer as ações da vigilância epidemiológica, de maneira a melhorar as informações contidas nas bases de dados e assim subsidiar o planejamento em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Guia de Vigilância em Saúde vol. 2 - 3º edição atualizada. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços; 2019. Disponível em: portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/junho/25/guia-vigilancia-saude-volume-unico-3ed.pdf. Acesso em: jan. 2020.

2. Ministério da Saúde (BR). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis; 2019. Disponível em: aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv. Acesso em: jan. 2020.

3. Ministério da Saúde (BR). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais; 2020. Disponível em: aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes. Acesso em: jul. 2020.

4. Júnior MBF, Freire GKA, Fernandes HR. Rastreamento da sífilis no pré-natal: oportunidades perdidas em uma maternidade pública na cidade do Recife, Brasil. DST J Bras Doenças Sex Transm. 2016;28(4):120-5. Disponível em: dst.uff.br/revista28-4-2016/DST%20v28n4_IN_120-125.pdf. DOI: 10.5533/DST-2177-8264-201628404. Acesso em: jan. 2020.

5. World Health Organization. Initiative for the Global Elimination of Congenital Syphilis. Methods for surveillance and monitoring of congenital syphilis elimination within existing systems. Geneva: WHO; 2011. Disponível em: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44790/9789241503020_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: mai. 2019.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.459, de 24 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 2011 jul. 11; Seção 1:109. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: mai. 2019.

7. Nunes PS, Zara AFNC, Rocha DFN, Marinho TA, Mandacarú PMP, Turchi MD. Sífilis gestacional e congênita e sua relação com a cobertura da Estratégia Saúde da Família, Goiás, 2007-2014: um estudo ecológico. Epidemiol Serv Saúde. 2018;27(4):e2018127. Disponível em: doi.org/10.5123/S1679-49742018000400008. Acesso em: jul. 2020.

8. Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Portaria SES-DF nº 342 de 28.06.2017. Publica Protocolo de Atenção à Saúde/ Atenção à saúde da mulher no Pré-Natal, Puerpério e Cuidados ao Recém-nascido. Diário Oficial do Distrito Federal. DODF nº 124 de 30.06.2017. Acesso em: jul. 2020.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986, inclui na relação de doenças de notificação compulsória no território nacional a sífilis congênita e a Aids. Diário Oficial da União. 1986 dez. 25; Seção 1:19827. Disponível em: portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/portaria-no-542-de-22-dezembro-de-1986/. Acesso em: jan. 2020.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/SVS nº 33, de 15 de julho de 2005. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF). 2005. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/prt0033_14_07_2005.html. Acesso em: jan. 2020.

11. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico – Sífilis 2019. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais; 2019. Disponível em: aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-sifilis-2019. Acesso em: jan. 2020.

12. Organização Pan Americana de Saúde. Organização Mundial da Saúde pública novas estimativas sobre sífilis congênita, 2019. Disponível em: paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5879:organizacao-mundial-da-saude-publica-novas-estimativas-sobre-sifilis-congenita&Itemid=812. Acesso em: mar. 2019.

13. Araujo MAL, Andrade RFV, Barros VL, Bertoncini PMRP. Fatores associados a desfechos desfavoráveis causados pela infecção por sífilis na gravidez. Rev Bras Saude Mater Infant. 2019;19(2):411-9. Disponível em: doi.org/10.1590/1806-93042019000200009. Acesso em: out. 2020.

14. Teixeira LO, Belarmino V, Gonçalves CV, Mendoza-Sassi RA. Tendência temporal e distribuição espacial da sífilis congênita no estado do Rio Grande do Sul entre 2001 e 2012. Cienc Saude Colet. 2018;23(8):2587-97. Disponível em: dx.doi.org/10.1590/1413-81232018238.25422016. Acesso em: mai. 2020.

15. Araujo RS, Souza ASS, Braga JU. A quem afetou o desabastecimento de penicilina para sífilis no Rio de Janeiro, 2013–2017? Rev Saude Publica. 2020;54:109. Disponível em: dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002196. Acesso em: jul. 2020.

16. Ministério da Saúde (BR). Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis no Brasil. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais; 2017. Disponível em: aids.gov.br/pt-br/pub/2017/agenda-de-acoes-estrategicas-para-reducao-da-sifilis-no-brasil. Acesso em: jan. 2020.

17. Barbosa DRM, Almeida MG, Silva AO, Araújo AA, Santos AG. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional. Rev Enferm UFPE. 2017;11(5):1867-74. Disponível em: periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23335/18934. DOI: 10.5205/reuol.11077-98857-1-SM.1105201716. Acesso em: jul. 2020.

18. Garbin AJI, Martins RJ, Belila NM, Exaltação SM, Garbin CAS. Reemerging diseases in Brazil: sociodemographic and epidemiological characteristics of syphilis and its under-reporting. Rev Soc Bras Med Trop. 2019;52:e20180226. Disponível em: doi.org/10.1590/0037-8682-0226-2018. Acesso em: jul. 2020.

19. Ramos MG, Boni SM. Prevalência da sífilis gestacional e congênita na população do município de Maringá - PR. Saude Pesqui. 2018;11(3):517-26. Disponível em: periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/6695. DOI: 10.17765/1983-1870.2018v11n3p517-526. Acesso em: jul. 2020.

20. Maschio-Lima T, Machado ILL, Siqueira JPZ, Almeida MTG. Perfil epidemiológico de pacientes com sífilis congênita e gestacional em um município do Estado de São Paulo, Brasil. Rev Bras Saude Mater Infant. 2019;19(4):865-72. Disponível em: doi.org/10.1590/1806-93042019000400007. Acesso em: jul. 2020.

21. Luz LA, Aquino R, Medina MG. Avaliação da qualidade da Atenção Pré-Natal no Brasil. Saude Debate. 2018;42(n. spe2):111-26. Disponível em: doi.org/10.1590/0103-11042018s208. Acesso em: jul. 2020.

22. Conceição HN, Câmara JT, Pereira BM. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. Saude Debate. 2019;43(123):1145-58. Disponível em: doi.org/10.1590/0103-1104201912313. Acesso em: jul. 2020.

23. Herrmann A. Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2016. Disponível em: portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia_PreNatal.pdf. Acesso em: ago. 2020.

24. Domingues RM, Lauria LM, Saraceni V, Leal MC. Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. Cienc Saude Colet. 2013;18(5):1341–51. Disponível em: doi.org/10.1590/S1413-81232013000500019. Acesso em: mai. 2020.

25. Andrade ALMB, Magalhaes PVVS, Moraes MM, Tresodi AT, Pereira RM. Diagnóstico tardio de sífilis congênita: uma realidade na atenção à saúde da mulher e da criança no Brasil. Rev Paul Pediatr. 2018;36(3):376-81. Disponível em: doi.org/10.1590/1984-0462/;2018;36;3;00011. Acesso em: out. 2020.

Análise do perfil acidentário na área de influência direta do Complexo Industrial Portuário de Suape no período de 2007 a 2018

Analysis of the accident profile in the area of direct influence of the Suape Port Industrial Complex from 2007 to 2018

Análisis del perfil de accidentes en el área de influencia directa del Complejo Industrial Portuario de Suape de 2007 a 2018

Rony Glauco de Melo

Iraneide Nascimento dos Santos

RESUMO

O Complexo Industrial Portuário de Suape (CIPS), situado na porção sul da Região Metropolitana de Recife, experimentou um vertiginoso crescimento de suas atividades a partir de meados do ano 2000. Tal fato foi decorrente da instalação de diversos empreendimentos bastante distintos entre si, impulsionando a geração de empregos e a transformação econômica de uma região - que outrora tinha vocação agroindustrial e de turismo - em um complexo industrial. Áreas tão díspares requerem diferentes tipos de mão-de-obra, com qualificações que diferem entre si em natureza e em intensidade. Com base nesses cenários, o presente trabalho objetivou traçar um perfil acidentário restrito aos acidentes típicos, durante os anos de crescimento de 2007 a 2018 do CIPS. Para atingir esse intento, delineamos uma pesquisa observacional, exploratória e descritiva, de abordagem quantitativa. O banco de dados escolhido foi o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e a área de abrangência foi restrita aos municípios de Cabo de Santo Agostinho e de Ipojuca, que se constituem como a área de influência direta do CIPS. Mesmo sendo cidades vizinhas e dentro da área de influência direta do CIPS, os resultados apresentados foram diferentes. Em Ipojuca, a maioria dos acidentes foi notificada como distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho e acidentes de trabalho grave. No Cabo de Santo Agostinho, também houve maior prevalência das alterações osteomusculares e dos acidentes com material biológico. Foi possível perceber, através da abordagem utilizada, uma mudança no perfil dos acidentes e quais os acidentes de maior incidência.

Palavras-chave: Acidentes de Trabalho; Epidemiologia; Saúde do Trabalhador; Vigilância em Saúde do Trabalhador; Sistemas de Informação.

ABSTRACT

The Suape Port-Industrial Complex (SPIC), located in the southern portion of the Recife Metropolitan Area, experienced a vertiginous growth in its activities from the middle of the first decade of this century. Such growth was due to the installation of several diverse projects, such as the generation of jobs and the economic transformation of this region -

which once had an agribusiness and tourism vocation - into an industrial complex. Such different areas require different types of labor qualifications that differ in nature and in intensity. Based on these scenarios, the present work aimed at tracing an accident profile, restricted to common accidents, during the period of growth of the SPIC (from 2007 to 2018). In order to achieve this goal, we designed an observational, exploratory and descriptive research, with a quantitative approach. The database chosen was the Notifiable Diseases Information System (SINAN) and the coverage area was restricted to the cities of Cabo de Santo Agostinho and Ipojuca, which constitute the SPIC direct influence area. Even though they are neighboring cities and within the direct influence area of the CIPS, the results presented were different. In Ipojuca, most accidents were reported as work-related musculoskeletal disorders and serious work accidents. In Cabo de Santo Agostinho, there was also a higher prevalence of musculoskeletal alterations and accidents with biological material. It was possible to notice, through the approach used, a change in the profile of accidents and which accidents have the highest incidence.

Keywords: Occupational Accident; Epidemiology; Occupational Health; Workers' Surveillance; Information Systems.

RESUMEN

El Complejo Industrial Portuario de Suape - CIPS, ubicado en la parte sur de la Región Metropolitana de Recife, experimentó un vertiginoso crecimiento en sus actividades desde mediados de la década de 2000. La generación de empleos, la transformación económica de una región que alguna vez tuvo vocación agroindustrial y turística en un complejo industrial. Áreas tan diferentes requieren diversos tipos de mano de obra calificada, que difieren en naturaleza y en intensidad. Con base en estos escenarios, el presente trabajo tuvo como objetivo trazar un perfil de accidentes, restringido a accidentes típicos, durante los años de crecimiento del CIPS desde 2007 hasta 2018. Para lograr este objetivo, diseñamos una investigación observacional, exploratoria y descriptiva, con enfoque cuantitativo. La base de datos elegida fue el Sistema de Información de Enfermedades Notificables (SINAN) y el área de estudio se delimitó a los municipios de Cabo de Santo Agostinho e Ipojuca, que constituyen el área de influencia directa del complejo. Si bien son ciudades vecinas y dentro del área de influencia directa del CIPS, los resultados presentados fueron diferentes. En Ipojuca, la mayoría de los accidentes se reportaron como trastornos musculoesqueléticos relacionados con el trabajo y accidentes laborales graves. En Cabo de Santo Agostinho, también hubo mayor prevalencia de alteraciones musculoesqueléticas y accidentes con material biológico. Se pudo percibir, a través del enfoque utilizado, un cambio en el perfil de accidentes y cuales accidentes tienen mayor incidencia.

Palabras clave: Accidentes de Trabajo; Epidemiologia; Salud Laboral; Vigilancia de la Salud del Trabajador; Sistemas de Información.

INTRODUÇÃO

No Brasil, os acidentes de trabalho são os agravos ocupacionais que mais provocam morte e incapacidade[1], além de diversas consequências à saúde do trabalhador nas esferas física, psicológica e social, com um elevado custo para a sociedade, para o Estado e para as empresas[2,3]. Ademais, devem ser considerados os custos inatingíveis associados aos acidentes que se traduzem pelo sofrimento devido a esses infortúnios[4].

Não só os brasileiros, mas mundialmente, segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), cerca de 270 milhões de laboriosos são vitimados pelos acidentes de trabalho e 160 milhões de indivíduos pelas doenças relacionadas ao trabalho, gerando um custo de 4% do Produto Interno Bruto (PIB) produzido por todos os países[5,6].

Segundo a Previdência Social, os acidentes de trabalho ocorrem pelo exercício do trabalho a serviço de empresa ou de empregador doméstico ou pelo exercício do trabalho dos segurados, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho[7].

Ainda segundo a Previdência Social, são consideradas acidente do trabalho: a doença profissional - produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade; e a doença do trabalho - obtida em função de condições especiais em que o trabalho é realizado[7]. Esses desvios da normalidade, os quais são evitáveis, devem ser investigados com o intuito de esclarecer os fatores que possam interferir na rotina dos indivíduos e aumentar as probabilidades de sua ocorrência[8].

Conforme as definições de acidentes do trabalho dadas pela legislação previdenciária, os acidentes do trabalho podem ser subdivididos em acidentes típicos – os quais envolvem, de maneira geral, as diversas lesões físicas instantâneas que o trabalhador pode sofrer; e as doenças profissionais e do trabalho. Ambos os tipos de acidentes serão o foco deste trabalho.

Decerto, independentemente do tipo, os acidentes de trabalho são um problema multidimensional com muitas variáveis que podem ser preditivas de outras, como saúde, satisfação e absenteísmo[9]. Além disso, podem estar relacionadas às características do trabalho e ao ambiente organizacional, assim como às características comportamentais e psicológicas dos funcionários[10].

Assim, as características supracitadas surgem em decorrência do desenvolvimento das atividades econômicas industriais, que se mostram através de queixas ligadas ao desequilíbrio entre as exigências das tarefas relacionadas ao trabalho e as capacidades

funcionais das pessoas, caracterizadas como agravos relacionados ao trabalho[11].

Dentre esses agravos, as Lesões por Esforço Repetitivo e Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (LER/DORT) caracterizam-se pela ocorrência de vários sintomas nas estruturas osteomioarticulares, principalmente em membros superiores, a saber: dor, parestesia, sensação de peso e fadiga, que surgem de forma insidiosa, concomitantes ou não[12]. As alterações ocorrem em razão da utilização excessiva do sistema osteomuscular e da falta de tempo para recuperação dessas estruturas[13], assim como se destacam pelo número de notificações, pelas repercussões físicas, sociais, psicológicas, custo social dos adoecimentos e afastamentos[11.]

Nesse sentido, o local escolhido, o Complexo Industrial Portuário de Suape (CIPS), foi considerado um dos maiores projetos de desenvolvimento da economia do País, um empreendimento bastante diversificado, que, no momento do estudo, atraiu investidores e gerou renda para os trabalhadores de Pernambuco[14]. Logo, é pertinente analisar o impacto na saúde dos trabalhadores relacionado ao rápido crescimento e mudança no perfil produtivo na região, o que auxiliará os formuladores de políticas de saúde e segurança, tanto na esfera pública quanto na esfera privada, a identificar os problemas existentes, permitindo que soluções sejam adotadas a fim de promover condições de trabalho seguras e saudáveis, ao considerar as especificidades das atividades econômicas desenvolvidas.

Deste modo, o objetivo deste artigo foi traçar um perfil acidentário restrito aos acidentes típicos, durante os anos de crescimento de 2007 a 2018 do CIPS.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de estudo observacional, exploratório e descritivo, de abordagem quantitativa, com dados secundários, sobre o perfil acidentário no Complexo Industrial Portuário de Suape (CIPS). O Território Estratégico de Suape, onde o complexo está instalado, abrange os municípios de Ipojuca, Cabo de Santo Agostinho, Moreno, Escada, Jaboatão dos Guararapes, Ribeirão, Rio Formoso e Sirinhaém. Todavia, o CIPS localiza-se mesmo entre as cidades de Ipojuca e do Cabo de Santo Agostinho: as outras cidades apresentam empresas assessórias e subsidiárias às instaladas no interior do polo[15].

Como base de dados necessários, foi escolhido o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). O SINAN abrange vários subsistemas de informação para as doenças e os agravos de notificação compulsória que constam na Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória e cujas notificações são emitidas pelas Unidades de

Saúde, públicas e particulares. O Sistema disponibiliza dados sobre nove agravos relacionados ao trabalho, quais sejam: Acidente de Trabalho Grave, Câncer Relacionado ao Trabalho, Dermatoses Ocupacionais, Exposição a Material Biológico, Lesões por Esforços Repetitivos, Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT), Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR), Pneumoconiose e Transtorno Mental[16].

O acesso aos dados do SINAN foi realizado através do Centro Colaborador da Vigilância aos Agravos à Saúde do Trabalhador – CCVAST – da Universidade Federal da Bahia. A alimentação do SINAN ocorre pelo preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória de Agravos à Saúde nas unidades de saúde dos municípios da abrangência do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – Unidade Cabo de Santo Agostinho, que é responsável pelos municípios dentro da área de influência direta do CIPS. Além da Ficha de Notificação, o acidente também é notificado através da Comunicação de Acidentes do Trabalho - CAT.

A coleta de dados ocorreu em outubro de 2020 e o método utilizado nesta pesquisa constituiu-se das seguintes etapas:

1) Analisar os dados referentes às Notificações dos Agravos e Doenças Relacionadas ao Trabalho a partir do SINAN no período de 2007 a 2018;

2) Descrever os principais agravos à saúde dos trabalhadores da área de influência de SUAPE.

3) Classificar os dados de acordo com a data e o local de ocorrência ou, se essa não existir, com a data do diagnóstico do agravo;

4) Elencar as causas que correspondem a no mínimo 80% das notificações de cada tipo de agravo.

As datas e os locais de ocorrências dependem do tipo do agravo. Para agravos pontuais, existem local e data exatos; para os demais agravos, que são oriundos de exposição crônica, a data adotada foi a aquela do diagnóstico e o local foi aquele apontado como o município sede da empresa.

Para representação em gráficos e/ou tabelas, foram escolhidos aqueles agravos que totalizam no mínimo 80% das notificações e os demais agravos foram somados e classificados como “Outros”.

Além do SINAN, também foi utilizada a Base de Dados do Estado de Pernambuco – DBE[17], que compila diversas informações socioeconômicas.

Este estudo atendeu aos aspectos éticos das pesquisas que envolvem seres humanos,

de acordo com a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Por se tratar de um estudo com base em banco de dados secundários de acesso público, cujas informações são agregadas sem possibilidade de identificação individual, não houve registro no Sistema do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) ou na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

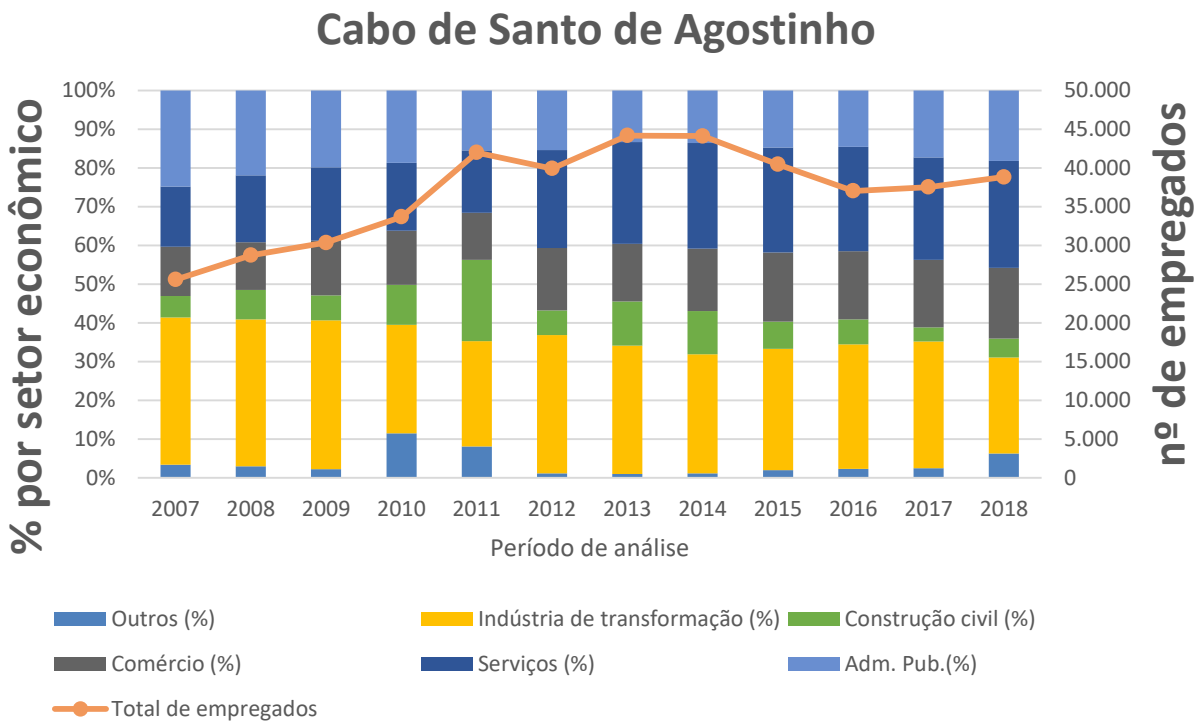
Para análise e apresentação dos dados, foi utilizado o programa Excel 365®.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O contexto socioeconômico de uma localidade está, de alguma maneira, relacionado aos tipos de acidentes que podem ser reportados e às respectivas quantidades. Assim, uma localidade que possua uma concentração de estabelecimentos (um polo) de saúde terá, provavelmente, um número maior de riscos associados aos agentes biológicos[18,19] do que um polo de produção de biscoitos[20].

Nas Figuras 1 e 2, pode-se observar a distribuição da força de trabalho dentro dos principais setores econômicos para as cidades do Cabo de Santo Agostino e de Ipojuca, respectivamente, de acordo com a BDE[17].

Figura 1 - Distribuição de empregados por atividade econômica na cidade do Cabo de Santo Agostinho, Brasil, 2007 a 2018**.**

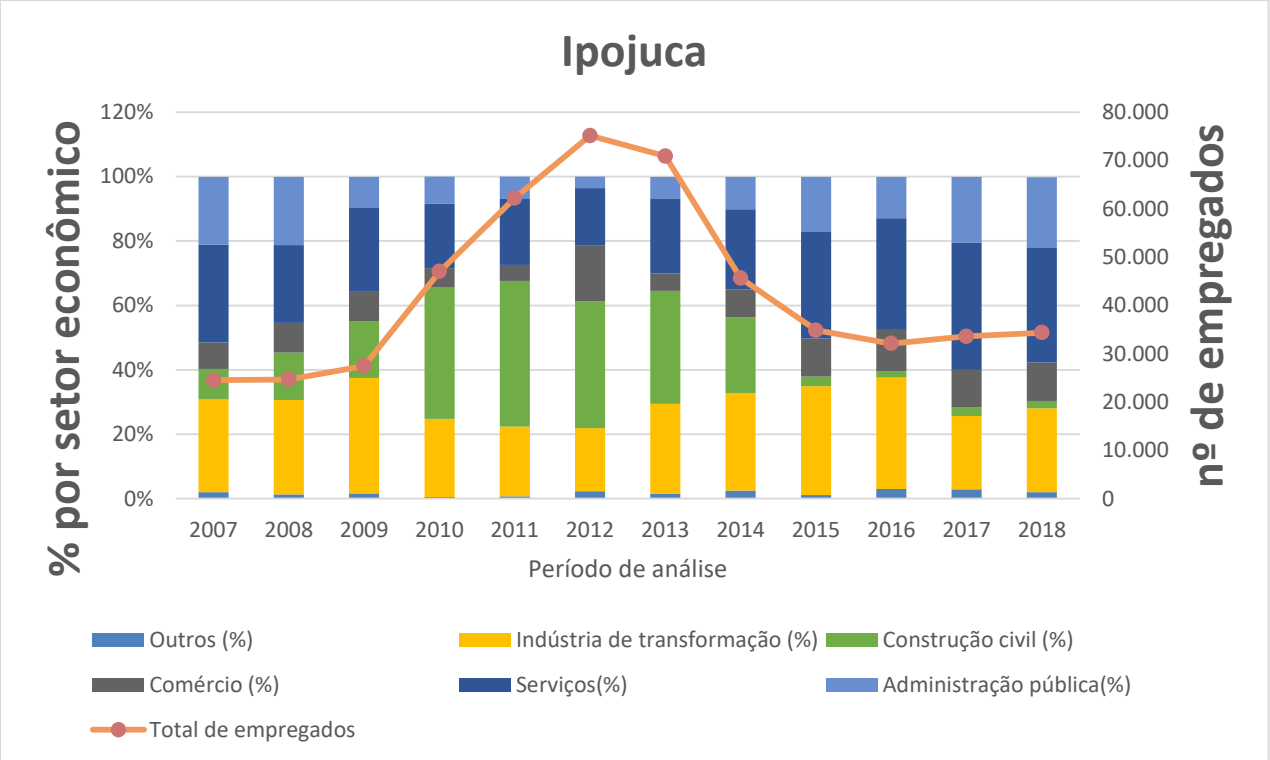


Fonte: BDE[17].

Na Figura 1, percebe-se que a distribuição da força de trabalho no município do Cabo de Santo Agostinho ficou aproximadamente constante ao longo de todo o período analisado, mesmo havendo um acréscimo no número total de trabalhadores, inseridos principalmente na indústria de transformação e no setor de serviços. Observa-se, também, uma elevação no número de empregados da construção civil no ano de 2011, resultante dos investimentos e das obras realizadas durante o período.

Entretanto, o perfil dos empregados formais do município de Ipojuca – Figura 2 – mostra-se um pouco diferente, com maior destaque para a construção civil, no período entre 2010 e 2014. Nessa perspectiva, as modificações ocorridas nesse setor produtivo no Complexo Industrial e Portuário de Suape têm relação com o programa novo desenvolvimentista, que marcou os governos de Luís Inácio Lula da Silva (2003-2010) e Dilma Rousseff (2011-2016), caracterizado pelo retorno na pauta nacional das discussões e ações governamentais acerca do desenvolvimento[21].

Figura 2 - Distribuição de empregados por atividade econômica na cidade de Ipojuca, Brasil, 2007 a 2018.



Fonte:BDE[17].

Segundo Oliveira Rodrigues[21] (2020), o setor de construção aumentou sua participação em 27,4% em Pernambuco, passando de 3,9% a 4,9% entre 2005 e 2015, com

incremento de 8,8% no total de vínculos em 2011 no referido estado. Isto ocorreu em razão do grande volume de investimentos recebido entre 2007 e 2010 pelo CIPS, dez vezes maior se comparado aos períodos anteriores. Os investimentos foram superiores a R$ 23 bilhões em setores como o de petróleo e gás, petroquímico, naval, energia eólica, siderurgia, alimentos e bebidas, cerâmica e outros[15].

Os municípios de Ipojuca e do Cabo de Santo Agostinho passaram por profundas transformações, com repercussões diretas na saúde dos trabalhadores, pois deixaram de ser cidades pequenas tranquilas, com baixo dinamismo econômico, tradicionalmente agrícola, e passaram a ser um grande canteiro de obras composto por trabalhadores provenientes de várias regiões do país[21], impactando nos serviços, nos perfis sociodemográficos e de adoecimento no estado.

Nas Figuras 3 e 4, são exibidos os principais tipos de acidentes ocorridos nos períodos analisados para a Cidade do Cabo de Santo Agostinho e para a Cidade de Ipojuca, respectivamente. Para fins de melhor visualização nos gráficos, as categorias tiverem seus nomes reduzidos, abreviados ou aglutinados. Salienta-se que as definições[1234] são as mesmas presentes nas Fichas de Notificações do SINAN[16].

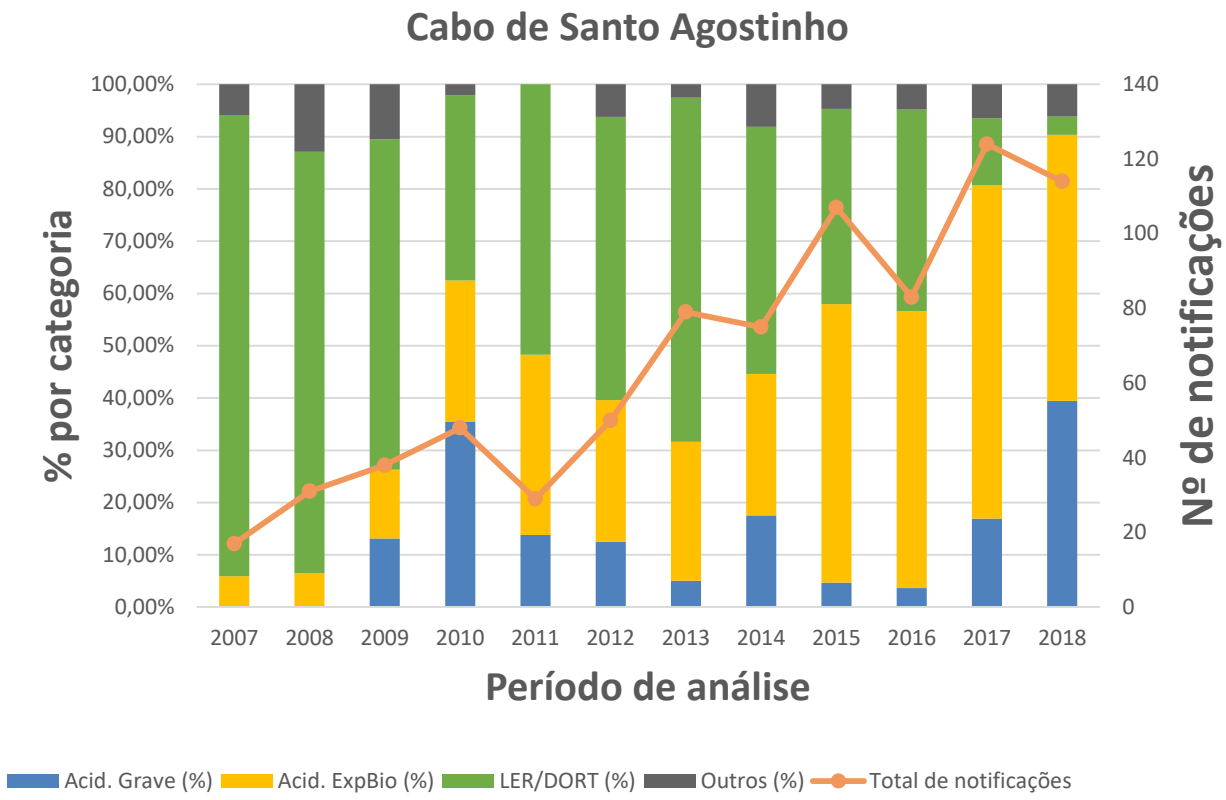
[1] Acid. Graves" – Acidentes do Trabalho Grave: são os acidentes de trabalho cujas causas estão compreendidas dentro do Capítulo XX da Classificação Internacional de Doenças – CID -10.

[2]"Acid. ExpBio" – Acidente com Exposição ao Material Biológico: refere-se aos acidentes nos quais ocorre contato indireto ou direto com material orgânico potencialmente contaminado por patogênicos, por meio de material perfurocortante ou não.

[3]"LER/DORT" – Lesões por Esforço Repetitivo/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho: todas as doenças, lesões e síndromes que afetam o Sistema Musculoesquelético, causadas, mantidas ou agravadas pelo trabalho.

[4]"Outros": Nesta categoria, estão contidas as classes de Dermatoses ocupacionais; Intoxicação exógena relacionada ao trabalho; Pneumoconioses relacionadas ao trabalho; Perda auditiva induzida por ruído e Transtornos mentais relacionados ao trabalho.

Figura 3 - Percentual de notificações por categoria e o número anual de notificações em Cabo de Santo Agostinho, Brasil, 2007 a 2018.



Fonte: SINAN[16].

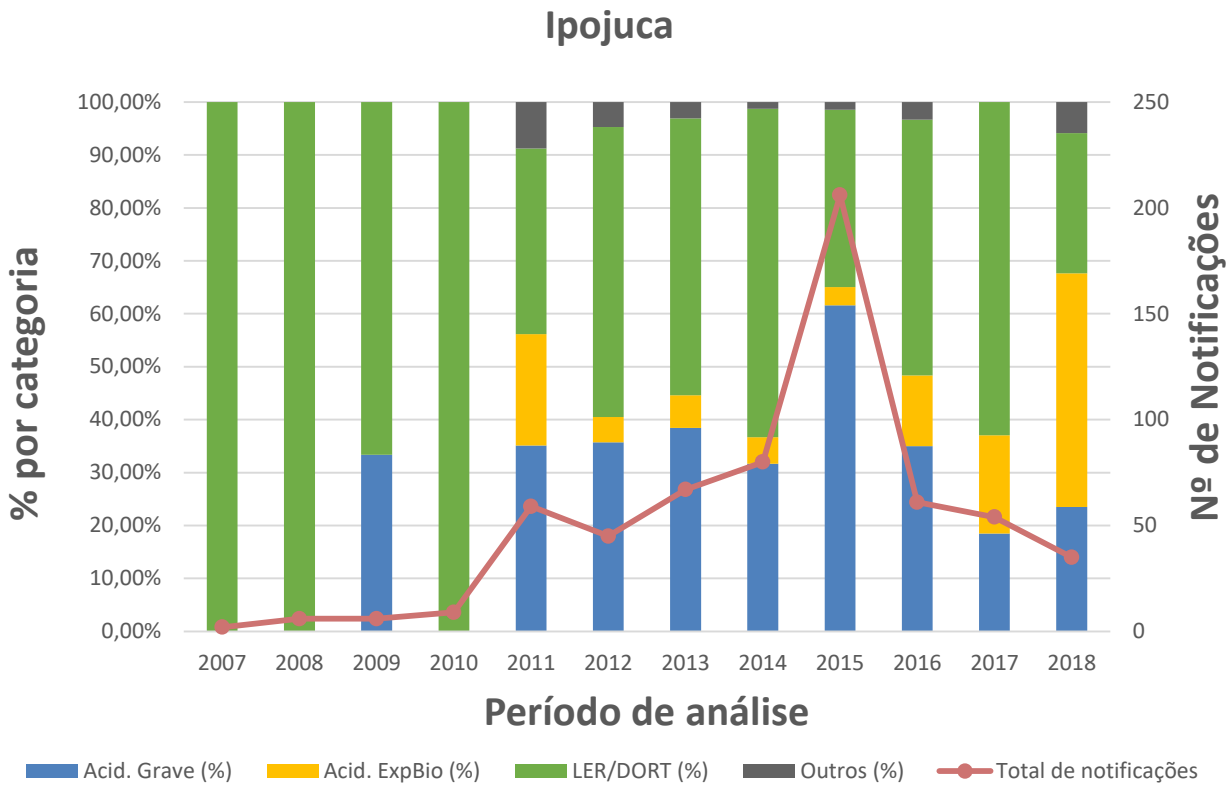
Na Figura 3, nota-se que, para o Cabo de Santo Agostinho, o número de notificações vem crescendo ao longo do período estudado. Neste cenário, prevalecem as notificações relacionadas aos acidentes com exposição ao material biológico e às LER/DORT sobre as demais.

Para analisarmos os números relativos à exposição biológica, faz-se necessário conhecer o número de profissionais de saúde do município do Cabo de Santo Agostinho, que pode ser a principal fonte dessas notificações, uma vez que o Porto de Suape não é caracterizado pela indústria de fármacos e bioprodutos. Para essa caracterização, utilizou-se a base de dados do estado de Pernambuco – BDE[17], que, na época da consulta, continha apenas informações compreendidas entre os anos de 2007 e 2017. Estes dados apontam para uma média (μ) de 1.133,17 trabalhadores e um desvio padrão populacional (σ) de 62,79 de trabalhadores. Quando comparados estes valores, percebe-se que o desvio é muito inferior à média, o que é um indicativo de baixa variabilidade dos dados; assim, o crescimento desse tipo de notificação não pode ser atribuído diretamente e unicamente ao crescimento populacional da classe dos trabalhadores da saúde. É provável que esse incremento seja

advindo da conscientização desses trabalhadores; contudo, falta informação para comprovação desta afirmação.

Quanto às notificações de LER/DORT, estas estão em linha com o que ocorre no país de maneira geral, onde os números são altos e representam a maior parte dos motivos de afastamentos do trabalho[22].

Figura 4 - Percentual de notificações por categoria e o número anual de notificações em Ipojuca, Brasil, 2007 a 2018.



Fonte: SIANAN[16].

Em relação ao município de Ipojuca, percebe-se, na Figura 4, a prevalência das notificações de LER/DORT para a maioria do período estudado e o surgimento de notificações de acidentes graves, os quais coincidem com os anos de crescimento do CIPS. É importante destacar a elevação que ocorre no biênio 2014-2015: neste período, é iniciado o processo de desmobilização dos trabalhadores de Suape – um eufemismo para a demissão em "massa" de trabalhadores no Brasil – e o segundo maior processo de demissão da história do país[23,24].

O período de desmobilização foi um período conturbado e com grande impacto social na cidade de Ipojuca[25], condições completamente opostas àquelas descritas por Liu[26]

(2020) e que favorecem a execução segura das atividades. Assim, a degradação das condições de trabalho pode ser uma hipótese para o aumento dos acidentes dos trabalhadores. Um ponto a se destacar sobre os acidentes ocorridos durante o período de desmobilização é que a maioria deles foi reportada em 2016. O porquê desse atraso não está claro e não ocorreu em outros anos.

Na Tabela 1, tem-se a relação das principais causas responsáveis por, no mínimo, 80% das notificações de cada tipo de agravo para as cidades de Ipojuca e Cabo de Santo Agostinho; os 20% restantes, não evidenciados na tabela, apresentaram menos de 1% cada um. As causas para os Acidentes de trabalho (Acid. Graves) e para as LER/DORT são aquelas constantes nos capítulos da CID-10; já as causas atribuídas para os Acidentes com exposição biológica ("Acid. ExpBio") são aquelas constantes na própria Ficha de Notificação compulsória do SINAN.

Tabela 1 - Principais causas associadas aos agravos preponderantes nas localidades estudadas.

Acid. Graves				Acid. ExpBio.				LER/DORT			
Cabo de Sto. Agostinho		Ipojuca		Cabo de Sto. Agostinho		Ipojuca		Cabo de Sto. Agostinho		Ipojuca	
Causa	%	Causa	%	Causa	%	Causa	%	Causa	%	Causa	%
W20-W49	45%	W20-W49	52%	08	16%	01	21%	M50-M54	33%	M50-M54	35%
W00-W19	14%	W00-W19	31%	01	13%	08	13%	M70-M79	29%	M70-M79	22%
X58-X59	10%	W85-W99	7%	05	11%	02	13%	M65-M68	20%	M65-M68	15%
Y90-Y98	11%			06	10%	07	11%			K40-K46	7%
				12	9%	12	8%			M20-M25	7%
				07	8%	13	8%				
				03	6%	03	8%				
				13	5%						
				02	5%						

Fonte: SIANAN[16].

No tocante às causas associadas aos acidentes graves, observaram-se maiores percentuais para o impacto causado por objeto lançado, projetado ou em queda (W20) e a exposição a outras forças mecânicas inanimadas e às não especificadas (W49), 45% e 52%, respectivamente, tanto para a cidade do Cabo de Santo Agostinho quanto para a de Ipojuca, o que pode ser explicado pela ocorrência dos acidentes típicos pelo exercício do trabalho. A ocorrência de acidentes graves na região analisada corrobora a ideia de que a industrialização

trouxe um maior risco de acidentes de trabalho como consequência importante para esta localidade, assim como acontece em outras cidades de países em desenvolvimento[27].

Acerca dos acidentes com exposição ao material biológico, em ambas as cidades estudadas, as causas com maiores percentuais foram o descarte inadequado de material perfurocortante em bancada, cama, chão etc. (08), e a administração de medicação endovenosa (01). Esses procedimentos propiciam a transmissão de infecções aos profissionais de saúde, principalmente através do sangue contaminado, por penetração com agulhas utilizadas em pacientes, lesões com instrumentos afiados contaminados ou respingos mucosos com sangue infectado ou fluidos corporais[28].

A transmissão de agentes biológicos através de sangue e fluidos corporais ensanguentados incorre em uma diversidade de desfechos clínicos que varia de infecções assintomáticas a infecções graves ou até fatais[29]. Além do evidente risco biológico, o controle dos riscos ambientais, ergonômicos e psicossociais é importante para a manutenção da saúde e segurança ocupacional do trabalhador da saúde. Ademais, para a prevenção dos acidentes nesses trabalhadores, a adesão às normas de biossegurança no ambiente de trabalho é imprescindível[30].

No Brasil, a Portaria nº 3.214/78 institui normas de saúde e segurança do trabalho, implementando ações de proteção e proporcionando garantias legais de saúde e segurança aos laboriosos em seu ambiente ocupacional. Nesse sentido, destacam-se duas normas: a Norma Regulamentadora 6 (NR6)[31], que trata do Equipamento de Proteção Individual – EPI (todo dispositivo ou produto de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho); e a Norma Regulamentar 32 (NR32), que se refere à saúde e à segurança dos profissionais dos serviços de saúde, estabelecendo diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção e de segurança para esses indivíduos[32].

Frente aos riscos associados à exposição a materiais biológicos, o uso de precauções foi recomendado pelas Normas Regulamentadoras e pelos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) nos Estados Unidos, que publicaram um conjunto de orientações de segurança para profissionais de saúde[33]. Estas devem ser implementadas pelos trabalhadores dos serviços de saúde durante o atendimento ao paciente e ao manusear material contaminado, independentemente da infecção confirmada ou suspeita do paciente[34].

A respeito da prevalência das LER/DORT nas duas cidades cujos dados foram analisados neste estudo, as maiores causas desses agravos foram os transtornos dos discos

cervicais (M50), com 33% dos casos no Cabo de Santo Agostinho, e a dorsalgia (M54), com 35% em Ipojuca. As alterações nos discos vertebrais têm origem multifatorial, sendo as principais razões relacionadas ao seu surgimento a movimentação manual, o trabalho repetitivo e estático, vibrações e precárias condições psicossociais entre trabalhadores expostos[12]. Esses dados sugerem que tais preditores para o surgimento dos distúrbios musculoesqueléticos também estão presentes nos ambientes laborais da região de Suape.

Os distúrbios musculoesqueléticos ocupacionais de maior prevalência relacionados ao trabalho são a sinovite, a tenossinovite e as lesões no ombro, cujo principal sintoma é a dor[35]. Com frequência, indivíduos com transtornos nos discos cervicais relacionados ao trabalho queixam-se de dor, que pode ocorrer isoladamente ou combinada com algias em outras regiões do corpo, como membros superiores e ombros[36]. Outrossim, as dorsalgias são caracterizadas por dor e limitação funcional, sendo um dos principais agravos que afastam os trabalhadores e geram custos previdenciários no Brasil[37]. Classificam-se como dorsalgias: as cervicalgias, cervicobraquialgias, dor em coluna torácica, ciatalgias, lombociatalgia e lombalgias[38]. Destas, a dor em região lombar atinge frequentemente a população adulta durante a fase de sua vida mais produtiva, podendo influenciar significativamente na sua capacidade para o trabalho[13], bem como representa entre 60% e 80% das doenças que atingem os trabalhadores[39]. O desenvolvimento das dorsalgias em várias ocupações é atrelado à permanência em posturas estáticas durante longos períodos[40], fazendo o uso excessivo de força física[41]. Portanto, estes fatores preditores devem ser investigados nas empresas instaladas na região de Suape, pertencentes principalmente à indústria de transformação, ao setor de serviços e à construção civil.

Desta forma, em busca da promoção e da prevenção da saúde do trabalhador, há a necessidade de intervenção nesses fatores ocupacionais, como também em outros determinantes, para prevenção do aparecimento da morbidade musculoesquelética em múltiplos locais do corpo, que determina o risco ergonômico da atividade.

CONCLUSÃO

Além das importantes ferramentas para análise do perfil dos acidentes, a exemplo do SINAN, os pesquisadores têm analisado os aspectos econômicos e culturais dos acidentes de trabalho e de problemas de saúde[42,43].

A análise dos acidentes mostrou que uma pequena quantidade deles representa a

maioria absoluta dos casos reportados. Adicione-se a este fato que os acidentes reportados são de fácil prevenção, o que pode possibilitar o desenvolvimento de políticas para a gradual redução deles por parte das autoridades constituídas e das próprias empresas empregadoras. Também foi possível observar o surgimento de alguns tipos de acidentes conforme a indústria local modificou-se.

Mesmo sendo cidades vizinhas e dentro da área de influência direta do CIPS, os resultados apresentados foram diferentes. Em Ipojuca, a maioria dos acidentes está dentro do conjunto "LER/DORT" e "Acid. Graves". No Cabo de Santo Agostinho, por sua vez, concentram-se em "LER/DORT" e "Acid. ExpBio".

Frente ao exposto, a utilização efetiva do SINAN parece permitir a realização de um diagnóstico dinâmico de um evento na população, fornecendo subsídios para explicações causais dos agravos notificados, além de vir a indicar riscos aos quais os trabalhadores estão sujeitos, contribuindo para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área. Portanto, pode ser um instrumento relevante para auxiliar no planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção e avaliar o impacto das intervenções.

Contudo, existem limitações ao se utilizar o SINAN. Estas limitações estão relacionadas à não obrigatoriedade de algumas informações, como o tipo de vínculo de trabalho, o tipo de atividade econômica e o porte da empresa, por exemplo. Se por um lado estas informações podem burocratizar o preenchimento das Fichas de Notificações, por outro, elas possibilitariam a construção de perfis mais detalhados.

É importante salientar que, mesmo com uma vasta quantidade de trabalhos disponíveis na literatura, efetivamente, pouco tem sido feito a partir de seus resultados para formulação de políticas voltadas para prevenção de acidentes[44].

REFERÊNCIAS

1. Santana VS, Dias EC, Senna Silva JF. Atenção, prevenção e controle em saúde do trabalhador. In: Paim JS, Almeida-Filho NM. Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbooks; 2014. p. 513-39.

2. Amponsah-Tawiah K, Mensah J. Occupational health and safety and organizational commitment: evidence from the ghanaian mining industry. Saf Health Work. 2016;7(3):225-30.

3. Muchiri MK, Mcmurray AJ, Nkhoma M, Pham HC. How transformational and empowering leader behaviors enhance workplace safety: a review and research agenda. JDA. 2019;53(1):257-65.

4. Andrade SSCA, Jorge MHPM. Hospitalization due to road traffic injuries in Brazil, 2013: hospital stay and costs. Epidemiol Serv Saude. 2017;26(1):31-8.

5. São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Três pessoas por dia sofrem acidente grave de trabalho em São Paulo. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde; 2013.

6. Dazini PO, Lima RCH, Goulart TP, Balbi GGM, Almeida VA. Doenças e agravos do trabalho em minas gerais de 2008 a 2012. Rev Baiana Saúde Pública. 2017;41(1):17-28.

7. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8213 de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 25 de julho de 1991. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213cons.htm. Acesso em: 30 out 2017.

8. Soares SM, Gelmini S, Brandão SSS, Silva JMC. Workplace accidents in brazil: analysis of physical and psychosocial stress and health-related factors. RAM. 2018(3):eRAMG170131.

9. Thurston E, Glendon AI. Association of risk exposure, organizational identification, and empowerment, with safety participation, intention to quit, and absenteeism. Saf Sci. 2018;105:212-21.

10. Alves AMS, Gonçalves Filho C, Santos NM, Souki GQ. Factors influencing occupational accidents: a multidimensional analysis in the electricity sector. Gest Prod São Carlos. 2020;27(2):e4609.

11. Viegas LRT, Almeida MMC. Perfil epidemiológico dos casos de LER/DORT entre trabalhadores da indústria no Brasil no período de 2007 a 2013. Rev Bras Saúde Ocup. 2016;41:e22.

12. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2018 uma análise da situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde; 2019. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2018_analise_situacao_saude_doencas_

agravos_cronicos_desafios_perspectivas.pdf. Acesso em: 12 mai 2021.

13. Santos IN, Martins IC, Santos AC, Oliveira AS, Brasileiro-Santos MS. Work-related musculoskeletal disorders: a characterization of symptomatology and diagnostic exams. RSD. 2021;10(1):e36710111865.

14. Suape - Complexo Industrial Portuário Governador Eraldo Gueiros. O que é Suape, 2020. Disponível em: www.suape.pe.gov.br/pt/institucional/o-que-e-suape. Acesso em: 01 jan 2021.

15. Godoy JHA. Novo desenvolvimentismo do Nordeste: industrialização, crescimento econômico e equidade no Território Estratégico de Suape/PE. 38º Encontro Anual da ANPOCS. Caxambu, Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais; 2014.

16. SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: portalsinan.saude.gov.br. Acesso em: jul 2020.

17. BDE – Base de Dados do Estado de Pernambuco. Recife: Agência Estadual de Planejamento e Pesquisa do Estado de Pernambuco; 1991. Disponível em: www.bde.pe.gov.br. Acesso em: 10 out 2020.

18. Souza-Borges FRF, Larissa AR, Oliveira LCM. Occupational exposures to body fluids and behaviors regarding their prevention and post-exposure among medical and nursing students at a brazilian public university. Rev Inst Med Trop São Paulo. 2014;56(2).

19. Donateli S, Vilela RAG, Almeida IM, Lopes MGR. Acidentes com material biológicos: uma abordagem a partir da análise das atividades de trabalho. Saúde Soc São Paulo. 2015;24(4).

20. Vasconcelos FM, Maia LR, Almeida Neto JA, Rodrigues LB. Riscos no ambiente de trabalho no setor de panificação: um estudo de caso em duas indústrias de biscoitos. Gest Prod. 2015;22(3).

21. Rodrigues V de O, Soria S. Faces do "novo" desenvolvimento: o trabalho na construção civil em Suape (PE/Brasil). Espacio Abierto: Cuaderno Venezolano de Sociología. 2020;29(1):205-24. Disponível em: produccioncientificaluz.org/index.php/espacio/article/view/31426/32461.

22. Lorena T. Saúde e segurança do trabalho: estudo da previdência social indica mudança nas causas de afastamento do trabalho. Ministério da Economia; 2020. Disponível em: www.gov.br/previdencia/pt-br/assuntos/noticias/previdencia/beneficios/saude-e-seguranca-do-trabalho-estudo-da-previdencia-social-indica-mudanca-nas-causas-de-afastamento-do-trabalho. Acesso em: 10 set 2020.

23. Força Sindical. Complexo de Suape vai demitir 67 mil operários. Disponível em: fsindical.org.br/imprensa/complexo-de-suape-vai-demitir-67-mil-operarios. Acesso em: 05 mar 2021.

24. Desmobilização em Suape só é similar à da construção de Brasília; 2014. Disponível em: m.blogs.ne10.uol.com.br/jamildo/2014/12/02/desmobilizacao-em-suape-e-similar-da-

construcao-de-brasilia-afirma-secretario. Acesso em: 05 mar 2021.

25. Parente M. O drama esquecido dos trabalhadores desprezados de Suape. Leia já; 2018. Disponível em: www.leiaja.com/noticias/2018/08/17/o-drama-esquecido-dos-trabalhadores-desprezados-de-suape. Acesso em: 15 jan 2020.

26. Liu SX, Zhou Y, Cheng Y, Zhu YQ. Multiple mediating effects in the relationship between employees' trust in organizational safety and safety participation behavior. Safety Science. 2020;125:104611.

27. Hatami SE, Ravandi MRG, Hatami ST, Khanjani N. Epidemiology of work-related injuries among insured construction workers in Iran. Electron Physician. 2017;9(11):5841-7.

28. Jefferson Martins R, De Melo Belila N, Barbosa de Araújo T, Saliba Garbin CA, Ísper Garbin AJ. Percepção das Precauções Padrão, Prática do Reencape de Agulhas e Condutas Frente a Acidente com Material Biológico de Equipes de Saúde Bucal do Serviço Público Odontológico. Cienc Trab. 2018;20(62):70-5.

29. Centers for Disease Control and Prevention – CDC. Bloodborne infectious diseases: HIV/AIDS, hepatitis B, hepatitis C. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2016. Disponível em: www.cdc.gov/niosh/topics/bbp. Acesso em: 12 mai 2021.

30. Valle S, Teixeira P. Biossegurança - Uma abordagem multidisciplinar. 2 ed. Editora Fiocruz; 2010.

31. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentador 6: Equipamento de Proteção Individual - EPI. Publicação Portaria GM n.º 3.214, de 08 de junho de 1978. Alterações/Atualizações Portaria N.º 877, de 24 de outubro de 2018. Brasília, DF: Diário Oficial da União. Disponível em: www.gov.br/trabalho/pt-br/inspecao/seguranca-e-saude-no-trabalho/normas-regulamentadoras/nr-06.pdf. Acesso em: 12 mai 2020.

32. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora 32: estabelece as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde. Brasília (DF); 2008. Disponível em: portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D36A280000138812EAFCE19E1/NR-32%20(atualizada%202011).pdf. Acesso em: 12 mai 2021.

33. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, The Healthcare Infection Control Practices - Advisory Committee. 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious - Agents in Healthcare Settings; 2007. Disponível em: www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/guidelines/Isolation2007.pdf. Acesso em: 20 fev 2020.

34. Marziale MHP, Valim MD. Notificação de acidentes do trabalho com exposição a material biológico: estudo transversal. Online Braz J N. 2012;11(1):53-67.

35. Duda TMR, Delbim LR, Hunger MS, Martelli A. Doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho e à ginástica laboral como estratégia de enfrentamento. Arch Heal Invest. 2014;3(5):57-65.

36. Yang H, Haldeman S, Nakata A, Choi B, Delp L, Baker D. Work-Related Risk Factors for

Neck Pain in the US Working Population. Spine. 2015;40(3):184-92.

37. Salvetti MG, Pimenta CADM, Braga PE, Corrêa CF. Incapacidade relacionada à dor lombar crônica: prevalência e fatores associados. Rev Esc Enferm USP. 2012;46(SPE):16-23.

38. Meziat Filho N, Azevedo e Silva G. Invalidez por dor nas costas entre segurados da Previdência Social do Brasil. Rev Saúde Pública. 2011;45(3):494-502.

39. Campbell P, Gwenllian Wynne-Jones, Muller S, Dunn KM. The influence of employment social support for risk and prognosis in nonspecific back pain: review and critical synthesis. Arch Environ Occup Health. 2013;86(2):119-37.

40. Karakolis T, Barrett J, Callaghan JP. A Comparison of Trunk Biomechanics, Musculoskeletal Discomfort and Productivity during Simulated Sit-stand Office Work. Ergonomics. 2016;59(10):1275-87.

41. Graves L, Murphy R, Shepherd SO, Cabot J, Hopkins ND. Evaluation of sit-stand workstations in an office setting: a randomised controlled trial. BMC public health. 2015;15(SPE):1145.

42. Rios MA, Nery AA, Rios PAA, Casotti CA, Cardoso JP. Factors associated with work-related accidents in the informal commercial sector. Cad Saude Publica. 2015;31(6):1199-212.

43. Chávez S, Altman CE. Gambling with life: masculinity, risk, and danger in the lives of unauthorized migrant roofers. A J Ind Med. 2017;60(6):537-47.

44. Rigon VR, Turina AO. A modernização das relações de trabalho e seus impactos previdenciários: o trabalho intermitente e o cálculo do índice FAP. Revista Ltr: legislação do trabalho. 2017;81:1476-84.

População em situação de rua: saúde e territórios vivenciais.

Homeless population: health and living areas.

Población em situación de calle: salud y territorios vivenciales.

Beatriz Silva Martins

RESUMO

A população em situação de rua vem crescendo de forma avassaladora, principalmente nos centros urbanos, tornando-se um importante fenômeno social e humano. **Objetivo:** apreender a percepção e / ou compreensão da população em situação de rua sobre saúde no território vivencial, localizado na rodoviária de Brasília, DF e entornos. **Método:** pesquisa - ação - participante, que tem como base a ideia de uma relação viva e dialética entre pesquisa e ação por meio de encontros com pessoas que estão em situação de rua no território da rodoviária. Utilizou-se amostra acidental ou de conveniência e um roteiro com perguntas abertas: “O que é saúde para você?” e “Como você cuida da sua saúde?”. **Resultados:** coletadas 70 percepções que foram agrupadas em categorias analíticas relacionadas aos determinantes sociais de saúde: trabalho, renda, moradia, alimentação, segurança e sobre formas do cuidar da saúde. **Considerações finais:** a população em situação de rua tem a representação da saúde como valor social do cidadão determinada e condicionada pelas condições socioeconômicas, ambientais, do cuidar-se, da autoimagem e do viver. É imperativo que as políticas públicas sejam materializadas no território dessas pessoas, buscando a garantia do direito à saúde e ao viver.

Descritores: População em Situação de Rua; Saúde.

ABSTRACT

The homeless population has been growing in an advanced or progressive way, mainly in urban centers, becoming an important social and human phenomenon. **Objective:** to apprehend the perception and / or understanding of the homeless population about health in the experiential territory, located on the bus station in Brasília, DF and surroundings. **Method:** research - action - participant, which is based on the idea of a living and dialectical relationship between research and action through encounters with people who are in a homeless situation in the territory of the bus station. An accidental or convenience sample and a script with open questions were used: “What is health for you?” and "How do you take care of your health?".**Results:** 70 perceptions were collected, which were grouped into analytical categories related to the social determinants of health: work, income, housing, food, security and ways of caring for health. **Final considerations:** the homeless population has the representation of health as a social value of the citizen determined and conditioned by socioeconomic, environmental conditions, self-care,

self-image and living. It is imperative that public policies are materialized in the territory of these people, seeking to guarantee the right to health and to live.
Descriptors: Homeless Population; health.

RESUMEN

La poblaciónensituación de callecrece de forma abrumadora, principalmente enlos centros urbanos, convertiéndoseenun importante fenómeno social y humano. **Objetivo:** entender lapercepción y lacompreensión de las personas sinhogar sobre lasaludenelterritorio vivencial, ubicadoenlaestación de autobusesen Brasília (Rodoviária de Brasília – DF), y enlaregiónalrededor. **Método:** Investigación – acción – participante, que es basadoenlaidea de una relación viva y dialéctica entre busca y acción por medio de encuentroscon personas ensituación de calleenelterritorio de laestación de autobuses. Fue utilizado muestreoaccidental o de conveniéncia y unguióncon questiones abiertas: “¿Qué es salud para ti?”y “¿Cómo cuidas de tu salud?” **Resultados:** fueron coletadas 70 percepciones / respuestas que despuésfueron agrupadas en categorias analíticas relacionadas a los determinantes sociales de sulud: trabajo, ingreso, vivienda, alimentación, seguridad y sobre formas de cuidar de lasalud. **Consideraciones finales:** lapoblación em situación de calletiene La representación de salud como valor social delciudadano, que es determinada y condicionada por las condiciones socioeconómicas, ambientales; delcuidarse, de laautoimagen y delvivir. Es imperativo que las políticas públicas sean materializadas enelterritorio de estas personas, buscando la garantia delderecho a lasalud y al vivir.
Descriptores: Población em Situación de Calle; Salud.

INTRODUÇÃO

A população que vivencia a situação de rua, justifica-se principalmente pela pobreza extrema devido à falta de remuneração, levando essa população a diversas consequências, tais como: vínculos familiares interrompidos, problemas relacionados à falta de moradia que os leva a usar patrimônio público como abrigo, nutrição prejudicada, higiene pessoal comprometida, falta de documentação e o uso nocivo de álcool e drogas[1].

Essa população vem crescendo de forma avassaladora, principalmente nos centros urbanos, tornando-se um fenômeno social e dificultando o governo de mensurar ou conhecer a quantidade exata desta população. Assim sendo, esse grupo social marginalizado depende de ações do governo para o cuidado no que tange a saúde[2].

A saúde e o cuidado dessa população estão entrelaçados, pois entende-se como cuidado, a atenção especial, o zelo, a preocupação, o respeito, o acolhimento e a responsabilidade. Desta maneira, é importante construir um novo olhar para o cuidado baseado no diálogo e na criatividade que possibilitem a transformação social, um cuidado que vai além da biologia e do cuidar clínico baseado no modelo biomédico[3].

O governo é responsável pelo cuidado à saúde universal, integral e igualitário, garantido na Constituição Federal de 1988 como direito, previsto em seu artigo 196, que diz:

> A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação[4].

Neste contexto, a definição de saúde descrita na lei de n° 8.080/90[5], endossa a saúde como um conjunto de condicionantes e determinantes, como: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais a sua sobrevivência.

Observa-se que a falta do cuidado em saúde para a população em situação de rua está cada vez mais precária, contudo, foram instituídas políticas públicas voltadas para este grupo populacional, como a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR)[1], criada em 2009, que tem por objetivo mais significativo garantir os processos de participação e controle social de forma igualitária e equitativa, que afirma o respeito e dignidade a todas as pessoas.

Outro documento que garante os direitos desse grupo populacional de rua é a Portaria n. 122, publicada em 2011 pelo Ministério da Saúde[6], que trata das diretrizes de organização e funcionamento das equipes dos Consultórios na Rua (eCR), que contribui para aumentar o acesso das pessoas em situação de rua aos serviços de saúde e, dessa forma, atender melhor às necessidades da saúde dessa população[2].

Nesse cenário o presente estudo foi realizado no território da rodoviária de Brasília, do Distrito Federal, que representa para a cidade um lugar fundamental

para a rede urbana, caracterizando-se como um espaço estratégico para o seu funcionamento. Em pesquisas é mostrado que passam por suas plataformas inferiores e superiores mais de 500.000 pessoas por dia. Essa Rodoviária oferece diversos serviços, como pontos de táxi, estacionamentos, comércios e serviços públicos. Por esse motivo a população em situação de rua busca esse território como ponto de moradia e sustento[7].

No trabalho buscou-se apreender a percepção e / ou compreensão da população em situação de rua sobre saúde no território vivencial, localizado na rodoviária de Brasília, DF e entornos. Este estudo inspirou-se em um Projeto de Extensão denominado Equidade e Saúde: fazer e acontecer nos territórios vivenciais e comunitários, do Centro Universitário do Distrito Federal (UDF). A questão norteadora utilizada foi seguinte: Qual a percepção de saúde da população em situação de rua. O objetivo do presente estudo foi conhecer a percepção de saúde e do cuidar da saúde de pessoas em situação de rua.

MATERIAIS E MÉTODOS

A metodologia adotada foi a pesquisa-ação participante, que tem como base a ideia de uma relação viva e dialética entre pesquisa e ação.

Este tipo de pesquisa trabalha com o universo de significados, sentimentos, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das ações, processos e relações humanas no decorrer da investigação[8].

A pesquisa-ação participante pode ser caracterizada como uma abordagem filosófica e política, que reúne investigação, educação e ação e tem por objetivo criar um espaço pessoal e político em ambientes organizacionais ou comunitários, buscando estimular os participantes a refletirem sobre suas vidas, sobre as estruturas, os sistemas e os relacionamentos em que estão inseridas e despertá-los a buscar melhorias por meio de ações que modifiquem suas vidas[9].

Procedeu-se revisão bibliográfica a partir dos seguintes critérios: sem temporalidade definida no período dois meses (dezembro de 2019 e janeiro de 2020), publicações na língua portuguesa e inglesa e que contribuíssem com o tema.

Utilizou-se o descritor “saúde” e as palavras chaves: População em Situação de Rua e Territórios vivenciais.

Foi utilizada a amostra acidental ou de conveniência por tratar-se de uma população em situação de rua (PSR). Na amostragem por conveniência (não probabilística), os componentes da amostra são selecionados por conveniência ou facilidade para o pesquisador[10].

Inicialmente procedeu-se o reconhecimento e mapeamento do território de atuação, por meio de caminhadas na rodoviária, nas plataformas superiores e inferiores. Durante o percurso, o grupo foi promovendo a aproximação e diálogo com pequenos grupos de pessoas, a observação participante de fatos e fenômenos, a escuta de relatos das histórias de vida de algumas pessoas em situação de rua e anotações no diário e campo de vivência destes.

A pesquisa teve três etapas em campo. Na primeira etapa, a equipe foi delimitar a área de atuação da pesquisa, com o apoio do ex-morador de rua conhecido como “Rogério Barba” (ativista social), este nos apresentou os locais mais frequentados pelos moradores de rua, o estilo de vida, os melhores horários para abordá-los e como seria a melhor forma de conhecer esta população vulnerável. Aconselhou-nos a ter um olhar humanizado e sem julgamentos diante da população que vive em constante negação e exclusão da sociedade.

Rogério Barba, enriqueceu ainda mais o trabalho nos levando para conhecer o “buraco do rato” e sua história. O buraco do rato se localiza no Setor Comercial Sul, Brasília-DF, e possui um histórico de importância para os moradores de rua. Muitos tinham o local como abrigo, mas foram proibidos de habitar nessa estrutura, devido às condições precárias e à falta de segurança, fato este que propiciou a ocorrência de violência dos comerciantes. Muitos migraram para a Rodoviária do Plano Piloto, local de preferência devido às estruturas seguras e de presença da segurança civil.

A rodoviária do Plano Piloto, localizada no Eixo Monumental de Brasília-DF, foi o local da pesquisa e a partir da segunda etapa articulou-se um diálogo e participação dos envolvidos nas ações sociais desenvolvidas pelas entidades da sociedade civil “Banho do bem” e “Comida do bem”, que proporcionam condições

higiênicas como: banho, corte de cabelo, roupas limpas e distribuição de alimentos às pessoas que vivem naquele território e seus entornos.

Assim, a pesquisa foi aplicada a partir da conversação com as pessoas em situação de rua que participavam das atividades desenvolvidas pelas entidades citadas, e a partir da aceitação em responder às seguintes questões: “O que é saúde para você?” e “Como você cuida da sua saúde?”.

Neste estudo observou-se a compreensão de percepção segundo Tuan (1983):

> A percepção é tanto a resposta dos sentidos aos estímulos externos como a atividade proposital, nas quais certos fenômenos são claramente registrados. A percepção é formada de uma longa sucessão de percepções, isto é, de experiências[11:4.]

A percepção tem por base a cognição. Conforme Del Rio[12:3] a percepção é um “processo mental de interação do indivíduo com o (...) ambiente que se dá por meio de mecanismos perceptivos propriamente ditos e, principalmente cognitivos”. Este processo resulta em diferentes representações, significados, percepções, ações e condutas. Os filtros culturais são essenciais nesse processo, já que selecionam as informações recebidas, conferindo-lhes significados diferenciados. Tuan[11:14] diz que “(...) não somente as atitudes para com o (...) ambiente diferem, mas difere a capacidade real dos sentidos”.

Baseando-se nessa compreensão procedeu-se a terceira e última etapa da pesquisa, a coleta de dados, seguida do processo de organização e sistematização dos referidos dados, definição de categorias de análise e consequentemente, a análise criteriosa dos achados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No intuito de identificar a percepção do significado de saúde e do cuidar da saúde de pessoas em situação de rua, foram coletadas 70 (setenta) entrevistas, as quais foram sistematizadas e agrupadas em cinco categorias analíticas. As principais percepções / opiniões que emergiram sobre a percepção da saúde, evidenciaram-se a compreensão da saúde determinada e condicionada às condições socioeconômicas e do viver, representadas por alimentação, trabalho,

renda, moradia e segurança. Alguns relataram que “saúde é o contrário de doença”, e outros que "não sabem dizer o que é saúde”. Quanto às demandas/necessidades do cuidar da saúde associadas, principalmente, ao alimentar-se, a ida ao hospital, a higiene, a prática de exercício físico, o não uso de drogas, a utilização de medicamentos, o preconceito, o desrespeito e a religião expressada na fé em Deus.

As discussões versam sobre a interpretação das categorias que são compreendidas conforme descritas a seguir: As discussões versam sobre a interpretação das categorias, sequencialmente, as que apareceram com maior frequência nas conversações, as quais são compreendidas conforme descritas a seguir:

A alimentação é essencial para a rotina diária da humanidade, tendo em vista que além de ser uma necessidade básica, ela também influencia na qualidade da saúde pública[13]. O estado nutricional influencia também no estado de equilíbrio do ser humano sendo tanto individual como coletivo, portanto uma má alimentação torna o indivíduo em estado de desequilíbrio que poderá alterar o meio[14].

A fome é minimizada por ação de projetos solidários pontuais voltados à essa população e suas próprias maneiras de arranjar formas de suprir as necessidades fisiológicas, conforme a os diálogos. Essa opinião talvez tenha ocorrido por ocasião dos diálogos serem realizados após o ato de distribuição de alimentação por grupos voluntários.

No entanto, é imperativo uma ação constante do poder público para atender o direito humano básico de alimentar-se todos os dias e ter o alimento disponível, pois trata-se de um direito social constitucional. As pessoas em situação de rua carecem de alimentos que supram a nutrição adequada e saudável, conforme preconizada pelo guia alimentar do Ministério da Saúde[15], o que envolve a garantia ao acesso permanente e regular, de forma socialmente justa, a uma prática alimentar adequada aos aspectos biológicos e sociais do indivíduo.

O trabalho é um fenômeno psicossocial fundamental à existência humana, identificado como uma categoria central da vida humana, contribuindo para a realização e o desenvolvimento da humanidade por meio dos esforços físicos, psíquicos e outras variáveis que o trabalho proporciona[16.]

Assim, ao se analisar a dimensão trabalho na população em situação de rua, verificou-se situações como a ida para rua por ter perdido o emprego ou a ausência de emprego / trabalho por estar na rua, ou problemas de ordem familiar. O seu próprio modo de viver na rua, sem horários, sem limites poderá configura-se como mais um motivo que dificulta a encontrarem meios de garantir seu sustento nas ruas. Geralmente ocorre por meio de trabalhos, tais como: bicos, vendas de alguns produtos, como ambulantes no próprio local de dormida (rodoviária), frentistas em estacionamentos próximos, pedintes / suplicadores de ajuda às pessoas que passam ao seu redor. Estas foram as impressões trazidas nos diálogos, observações e reflexões.

Renda é a remuneração que a pessoa recebe, oriunda de suas atividades de ocupação (trabalho) ou de outras fontes. No Cadastro Único a renda bruta é definida como o total da remuneração acumulada sem descontos de impostos[17].

A renda desta população é mínima ou inexistente. Devido à falta de emprego e a falta de moradia, que favorece a manutenção contínua da situação de rua, impossibilita-os de uma remuneração digna e permanente. Cabendo destacar que "[...] na rua, o que se ganha se gasta de imediato" o que foi constatado nos diálogos e na observação participante, destacando atividades de subsistência como catadores de material reciclável e a mendicância, dentre outras, como fonte de recursos.[18:219]

Moradia é lar, morada, casa, independente da classe social, podendo ser na maioria das vezes de uso coletivo, ou individual, para o ser humano e também para os animais. Possui a função de abrigo e proteção[19].

Mesmo que a condição de moradia digna foi reconhecida e implantada como direito à pessoa humana, desde 1948, com a Declaração Universal dos Direitos Humanos[20], também reconhecida no art.6º da Constituição Federal de 1988[4], é evidente que há desvios na inclusão desse direito na forma prática. Garantir uma moradia requer manutenção de renda fixa e adequada, um grande desafio aos moradores em situação de rua, boa parte destes que conseguem sair das ruas, seja dormindo em pensões ou alugando imóveis, retornam devido à instabilidade financeira. Já outros, tem a rua como preferência de moradia, tanto por questões familiares ou até mesmo por sensação de liberdade. Entretanto, cabe ao poder

público viabilizar políticas de moradia para esse grupo populacional, como estratégia de estímulo à saída do território da rua.

A segurança tem um conceito amplo e sem significado único, é estar ou sentir-se seguro de qualquer situação de perigo e ameaças[21]. No caso da população estudada, constata-se a total falta de segurança tanto para dormir, como para manter o porte de documentos pessoais, a exposição cotidiana às violências em decorrência do viver nas ruas, a esmo e desamparada.

É de suma importância destacar que a permanência na rua traz riscos aos indivíduos devido à constante exposição à vulnerabilidade, apresentando-lhes aspectos negativos que condicionam motivos que levam a desavenças, furtos, agressões e insegurança devido às patologias enfrentadas por meio físico, psicológico e social.

Autoimagem e a imagem surgem na interação da pessoa com seu contexto social, consequência de relações estabelecidas com os outros e para consigo mesmo. A percepção que o sujeito tem sobre si mesmo está determinada pela percepção das reações que os outros socialmente têm para com ele[22].

Há uma forte influência social da mídia que contribui para a construção de uma imagem estigmatizante dessas pessoas que vivem nas ruas como vagabundas, inúteis e criminosas. Outro fator que colabora para a imagem pejorativa da população de rua é o vestuário, que em geral é conseguido por meio de doações, o que gera desconfortos e impotências.

Mas, contrariando esse discurso, estudos ressaltaram que muitas pessoas em situação de rua desempenham atividades laborais e se encontram ativas no processo de se reinventarem, resistindo às práticas de exclusão e as dificuldades cotidianas[23]. Durante o decorrer do presente estudo observou-se a preocupação de muitos de cuidarem da aparência e imagem, verbalizando o desejo de banhar-se, trocar sua vestimenta suja por uma limpa, cuidar do cabelo e unhas. Algumas mulheres até se apresentavam com pintura no rosto nos momentos de realização de atividades, como a disponibilização de higiene corporal.

Na análise das categorias fundamentando-se nas compreensões / opiniões oriundas dos participantes e da discussão das categorias mais presentes,

identificou-se poucas intervenções para a saúde da população em situação de rua, confirmando-se a exclusão e o abandono por parte do poder público dessa população, explicitadas na falta de ações para garantir os determinantes sociais da saúde desde a renda até o cuidado em saúde.

Todavia, percebeu-se que essa população vivencia desde dificuldades de sobrevivência física como fome e frio; as relacionadas à violência, o preconceito e o desrespeito apontados nas suas falas e diálogos, o que interfere na saúde física e mental desse contingente populacional.

Salienta-se a importância da atenção singularizada e respeitosa que valorize pessoas nessa situação, com o acolher a partir da escuta qualificada, no caso de procura aos serviços de saúde, identificando os reais problemas dessa população, mapeando suas particularidades, necessidades e demandas de saúde e situações de vida.

Ressalta-se a premência da operacionalização das políticas públicas que visam garantir a atenção equitativa às necessidades dessa população como alimentação, trabalho, renda, moradia, e segurança que determinam o viver e a saúde.

No tocante, a garantia da saúde como direito fundamental humano é imperativo o cumprimento dos princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde, sobretudo, a universalidade, integralidade e equidade.

Neste contexto, evidencia-se a importância da atenção básica humanizada. Pois, muitos relataram que sofreram preconceitos ao buscar atendimento nas unidades básicas de saúde, o que indica a constante necessidade de educação permanente para o preparo dos profissionais de saúde quanto ao acolhimento e atendimento singular de pessoas em situação de rua, o que possibilita a qualidade do cuidar da saúde e do adoecimento.

Certamente, a ampliação das condições de acesso aos serviços de saúde constitui-se um desafio para a garantia da atenção integral e singular ao cuidado da saúde dessa população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo apontou que a população em situação de rua, no recorte do DF, possui a compreensão do que é a saúde e conhece os mecanismos para o cuidado e manutenção de seu próprio bem-estar. Evidenciaram que a saúde está intrinsecamente ligada à garantia de trabalho, renda, moradia, alimentação, segurança e ao acesso a serviços de atenção à saúde equitativos.

Apesar de existirem políticas públicas voltadas a essa população, constata-se que ainda não conseguem interagir completamente com suas necessidades e demandas singulares e intersetoriais.

Isto posto, é imperativo que essas políticas sejam materializadas no território dessas pessoas, buscando minorar as vulnerabilidades e contribuir para a garantia do direito à saúde e ao viver. Ou, seja, o cumprimento dos princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde, da universalidade a equidade.

Nesse contexto, registra-se que a população em situação de rua tem a representação da saúde como valor social do cidadão determinada e condicionada pelas condições socioeconômicas, ambientais, do cuidar-se, da auto-imagem e do viver.

REFERÊNCIAS

1. Brasil.Ministério da Saúde. Decreto nº 7.053 de dezembro de 2009. Política Nacional para a População em Situação de Rua, 2009.

2. Hino P, Santos JO, Rosa AS. Pessoas que vivenciam situação de rua sob o olhar da saúde. RevBrasEnferm (online) [periódico na internet]. 2018 [acesso em 23 de junho de 2020]; (1): 684-92. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt_0034-7167-reben-71-s1-0684.pdf>

3. Silva IJ, Oliveira MFV, Silva SEDS, Polaro SHI, Santos EKA, Radunz V, et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. RevEscEnferm USP (online) [periódico na internet]. 2009 [acesso em 23 de junho de 2020]; 43(3): 697-06. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a28v43n3.pdfhttps://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a28v43n3.pdf>

4. BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988.

5. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 19 de set 1990.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. [Resolução na internet]. Diário oficial da União: Poder executivo. [acesso em: 25 de junho de 2020]. Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.htmlhttp://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html

7. Rosseti EP. Lucio Costa e a Plataforma Rodoviária de Brasília. Vitruvius (online) [periódico na internet]. 2010 [acesso em 15 de novembro de 2019]; 119.3. Disponível em: <https://www.vitruvius.com.br/revistas/read/arquitextos/10.119/3371>

8. María Cecília SM. Ciência, Técnica e arte: O desafio da pesquisa social. O trabalho em campo como descoberta e criação. In: Minayo, M. C. S (org). Pesquisa social: Teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes; 2002. P.9-29.

9. Silva AL. Pesquisa-ação participante no processo de empowerment de mulheres brasileiras no contexto da migração internacional. Esc Anna Nery RevEnferm (online) [periódico na internet]. 2008 [acesso em 23 de junho de 2020]; 12 (4): 750-57. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v12n4/v12n4a20.pdf>

10. Oliveira MOR, Luce FB, Sampaio CH, Perin MG, Santini FO, Santos MJ. Análise da qualidade dos artigos científicos da área de marketing publicados no Brasil: As pesquisas survey na década de 2000. REAd (online) [periódico na internet]. 2017 [acesso em 23 de junho de 2020]; 86 (1): 54-30. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/read/v23n1/1413-2311-read-23-1-0054.pdfhttps://www.scielo.br/pdf/read/v23n1/1413-2311-read-23-1-0054.pdf>

11. Yi- Fu T. Espaço e Lugar: A perspectiva da Experiência. São Paulo: Difel; 1983.

12. Vicente DR. Cidade da mente, cidade real, percepção e revitalização da área portuária do Rio de Janeiro. São Paulo: UFSCAR; 1996.

13. Abreu ES, Viana IC, Moreno RB, Torres EAFS. Alimentação mundial- Uma reflexão sobre a história. Saúde e Sociedade (online) [periódico na internet]. 2001 [acesso em 15 de abril de 2020]; 10(02): 03-11. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v10n2/02.pdf>

14. Filho MB. Alimento e alimentação. Ciência e cultura (online) [periódico na internet]. 2010 [acesso em 29 de abril de 2020]; 4(62). Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v62n4/a08v62n4.pdf>

15. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Guia Alimentar a população brasileira. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

16. Silva N, Tolfo SR. Trabalho Significativo e Felicidade Humana: Explorando Aproximações. RevPsicol: Organ e Trab (online) [periódico na internet]. 2012 [acesso em 30 de abril de 2020]; 12(3): 341-13. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v12n3/v12n3a08.pdf>

17. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria Nacional de Renda e cidadania. Manual de gestão do cadastro único para programas sociais do Governo Federal. Brasília: MDS e Combate à Fome, Secretaria Nacional de Renda e cidadania, 2017.

18. Sara E. Vidas ao léu: Trajetória de exclusão Social. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.

19. Matias AM, Santos CM. Direito de propriedade e direito de moradia. In LIVIANU, R., cood. Justiça, cidadania e democracia [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisa Social; 2009.

20. Assembleia Geral da ONU. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Nações Unidas, 217 (III) A, 1948, Paris, art. 1. [Acessado em 25 de jun de 2020]. Disponível em: http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/.

21. Santos AM. Segurança e Globalização: A Perspectiva dos Estudos Críticos de Segurança. Proelium (online) [periódico na internet]. 2016 [acesso em 15 de novembro de 2019]; (10): 107-07. Disponível em: <file:///C:/Users/rober/Downloads/8916-Texto%20do%20Trabalho-25369-1-10-20160329.pdf>

22. Mosquera JJM, Stobãus CD. Auto-imagem, auto-estima e auto-realização: Qualidade de vida na universidade. Psicologia, saúde & doenças (online) [periódico na internet]. 2006 [acesso em 30 de abril de 2020]; 07 (1): 83-05. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v7n1/v7n1a06.pdfhttp://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v7n1/v7n1a06.pdf>

23. Sicari AA, Zanella AV. Pessoas em situação de rua no Brasil: Revisão Sistemática. Psicologia: Ciência e Profissão (online) [periódico na internet]. 2018 [acesso em 23 de junho de 2020]; 38 (4): 662-17. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pcp/v38n4/1982-3703-pcp-38-04-0662.pdf>

Agradecimentos especiais: **Rogério Soares Barba** - Ativista Político, Movimento de Rua e Liderança na Equipe Revista Traços.

Adriana Calil Amorim e Walter de Pádua Soares Júnior - Coordenadores: Projeto Banho do Bem - Trabalho voluntário realizado aos domingos na Plataforma Inferior da Rodoviária do Plano Piloto voltada a População em Situação de Rua.

Sônia Maria Lemos Igreja e Marcílio Sérgio Soares da Cunha Filho - Coordenadores: Comida do Bem: - Trabalho voluntário realizado aos domingos na Plataforma Inferior da Rodoviária do Plano Piloto voltada a População em Situação de Rua.

Relações emocionais em cuidadores de pacientes oncológicos

Emotional relationships in care of oncological patients

Relaciones emocionales en el cuidado de pacientes oncológicos

Simone Cássia Morais
Ludmila Cotrim Fagundes
Priscilla Duarte Soares Correa
Raquel Schwenck Mello Vianna Soares
Leonardo Augusto Couto Finelli
Wellington Danilo Soares

RESUMO

Objetivo: averiguar as relações emocionais vivenciadas pelos cuidadores de pacientes oncológicos. **Método:** trata-se de uma revisão de literatura com análise qualitativa a partir de artigos de periódicos publicados em português nos últimos 10 anos acerca de informações referentes às alterações emocionais em cuidadores de pacientes oncológicos, foram excluídos artigos não disponíveis na íntegra e que apenas tangenciavam o tema. **Resultados:** na maioria dos casos o cuidador é um membro da família, que altera sua rotina, e sua vida, para realizar os cuidados necessários. Enfrentar as adversidades junto ao enfermo pode trazer diversas privações e repercussões biopsicossociais, comprometendo a saúde do cuidador e repercutindo diretamente na recuperação do paciente oncológico. **Conclusão:** a vivência do cuidador demonstrou-se estressante, desencadeando diferentes sentimentos e conturbações psicológicas. Faz-se necessária intervenção para promover a saúde psicológica dos acompanhantes de pacientes oncológicos.

Palavras-chave: Cuidador; Paciente; Câncer; Psicológico; Saúde.

ABSTRACT

Objective: to investigate the emotional relationships experienced by caregivers of cancer patients. **Method:** this is a literature review with qualitative analysis based on journal articles published in Portuguese in the last 10 years about information related to emotional changes in caregivers of cancer patients, articles that were not available in full and that only touched were excluded. The theme. **Results:** in most cases, the caregiver is a member of the family, who changes their routine, and their life, to perform the necessary care. Facing adversities with the patient can bring several deprivations and biopsychosocial repercussions, compromising the health of the caregiver and directly affecting the recovery of the cancer patient. **Conclusion:** the caregiver's experience proved to be stressful, triggering different feelings and psychological disturbances. Intervention is needed to promote the psychological health of caregivers of cancer patients.

Keywords: Caregiver; Patient; Cancer; Psychological; Health.

RESUMEN

Objetivo: investigar las relaciones emocionales experimentadas por los cuidadores de pacientes con cáncer. **Método:** Esta es una revisión de literatura con análisis cualitativo basado en artículos de revistas publicados en portugués en los últimos 10 años sobre información relacionada con cambios emocionales en cuidadores de pacientes con cáncer, los artículos que no estaban disponibles en su totalidad y que solo se tocaron fueron excluidos. el tema. **Resultados:** En la mayoría de los casos, el cuidador es un miembro de la familia, que cambia su rutina y su vida para realizar la atención necesaria. Enfrentar adversidades con el paciente puede traer varias privaciones y repercusiones biopsicosociales, comprometiendo la salud del cuidador y afectando directamente la recuperación del paciente con cáncer. **Conclusión:** La experiencia del cuidador resultó ser estresante, desencadenando diferentes sentimientos y trastornos psicológicos. La intervención es necesaria para promover la salud psicológica de los cuidadores de pacientes con cáncer.

Palabras clave: Cuidador; Paciente; Cáncer; Psicológico; Salud.

INTRODUÇÃO

Define-se tumor pela multiplicação descontrolada das células de um indivíduo com propriedade de espalhar-se por todo o corpo.[1] Atualmente, as neoplasias representam a terceira causa de morte de brasileiros. A prevalência da doença varia de acordo com a região do país, e essa variação está associada a questões culturais e geográficas.[2]

O tratamento de uma neoplasia, muitas vezes, envolve procedimentos como a quimioterapia, a qual utiliza medicamentos com efeitos colaterais e reações adversas de difícil controle e manejo, principalmente nos dias subsequentes a infusão das drogas. O familiar mais próximo do paciente costuma ser quem oferece apoio no momento, sendo denominado cuidador.[3] Este acompanha o enfermo durante o processo de quimioterapia, radioterapia, e internação. Alguns estudos abordam que para a obtenção de bons resultados na luta contra a doença todos deverão estar comprometidos – profissionais, familiares, amigos e paciente.[2,3]

O processo de adoecimento é difícil tanto para o paciente quanto para o cuidador. Ao lidar com a realidade do câncer, muitos estigmas e conceitos pré-estabelecidos ficam evidentes e trazem alterações emocionais, físicas e psicológicas. Devido a isso, os familiares podem evitar o assunto constantemente, ou se afastar do enfermo, uma vez que a doença lhes traz angústias.[4]

Ademais, enfrentar as adversidades junto ao enfermo pode trazer diversas privações para o cuidador e familiares. A exemplo, cita-se limitações da sociabilidade cotidiana (redução de lazer e de amigos) e interrupção do curso normal da vida (devido ao afastamento do trabalho).[5]

O cuidado com o outro é permeado por atenção e bom trato, que consiste na dedicação e no desvelo com o enfermo. O envolvimento afetivo com o paciente é pautado em questões emocionais, assim como, pelas oscilações da própria doença.[6] O apoio emocional dado ao enfermo pelo cuidador irá contribuir para o seu processo de recuperação, na superação das dores e dificuldades do processo de tratamento.[3,7]

Nesse contexto, este estudo objetiva analisar as alterações emocionais vivenciadas pelos cuidadores no tratamento de pessoas oncológicas através do levantamento acerca das mudanças que ocorrem na rotina do acompanhante.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão de literatura narrativa, de caráter qualitativo, sobre as relações emocionais em cuidadores de pacientes oncológicos. Para tanto, foram coletados estudos publicados nos últimos 10 anos, tendo como problema de pesquisa o levantamento de "quais desafios os cuidadores de pacientes com câncer tem enfrentado e quais as mudanças que ocorrem na sua rotina?".

As buscas realizadas foram limitadas a artigos de periódicos científicos brasileiros em português e disponíveis para download, nas bases de dados: *SciELO, Lil*acs, e *Medline*. Foram excluídos artigos que retratassem uma realidade fora da perspectiva desse estudo e/ou que apenas tangenciavam o problema. Para a busca, foram combinados os descritores "cuidadores" *AND* "câncer".

Foram selecionados vinte trabalhos referenciados nesta pesquisa e construiu-se cinco categorias de análise: do diagnóstico à aceitação; impacto na vida do cuidador; medos e expectativas; o desgaste biopsicossocial do cuidador; e cuidados para com os cuidadores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do diagnóstico à aceitação

Rodrigues e Polidori[8] indicam que no Brasil a assistência oncológica ainda se depara com inúmeros problemas. Pode-se destacar a falta de profissionais capacitados na rede básica para diagnosticar precocemente a doença e para disponibilizar todas as informações necessárias tanto para o paciente quanto para seus familiares. Tal reconhecimento corrobora com a hipótese de que as dificuldades vivenciadas pelos cuidadores associam-se a falta de informação e conhecimento para realizar o devido cuidado do enfermo.[8]

Pedreira e Oliveira[9] consideram que apesar do avanço nas possibilidades de tratamento, ainda há um longo curso desde a verificação de sinais e sintomas até a determinação diagnóstica, construção do projeto de tratamento e reabilitação. O momento do diagnóstico e apresentação da doença à família e ao enfermo é extremamente delicado e repleto de incertezas. À percepção dos autores, as incertezas e demora diagnóstica criam um quadro de estresse e ansiedade para o enfermo e seu grupo familiar, isso gera desgaste precoce dos recursos pessoais dos possíveis cuidadores.[9]

Essa percepção coaduna com a de Duarte, Zanini e Nedel,[10] indicando o impacto que o diagnóstico de câncer provoca na família. Podem ocorrer muitos pensamentos estigmatizados, que se agravam quando revela-se a certeza da existência da doença, de modo esperado, ou não, esgotando os recursos emocionais do cuidador para o auxílio no tratamento.[10]

Isso também faz parte da percepção de Fernandes e colaboradores,[4] que associam as reações negativas à disfunção no acesso a informações e ao pensamento de que a doença é fatal. Esses autores edificam a importância da equipe multiprofissional se tornar norteadora para levar aos familiares a real situação do paciente, assim como, informações acerca do processo de adoecimento e quais ações por parte deles poderão contribuir para a eficácia do tratamento.[4]

Já Fagundes, Silva Junior e Barbosa[11] indicam que o diagnóstico do câncer, por ser uma doença de difícil, moroso e árduo tratamento, traz mudanças psíquicas e fisiológicas para a vida do paciente, também relacionadas ao medo da morte. Podem decorrer pensamentos e fantasias que atrapalham o enfrentamento da doença. Entende-se que de forma similar ao enfermo, essas mudanças psíquicas e angústias acometem também o cuidador.[11]

A aceitação inicial do diagnóstico é difícil, uma vez que a realidade da doença traz preocupações com o futuro, receio da morte e dispõe também de mudanças significativas nas relações e dinâmica familiar. A forma como os indivíduos, em especial os cuidadores, enfrentam determinadas situações são subjetivas, para compreendê-las é necessário considerar sua relação com o ambiente, gênero, adaptação aos sistemas de crenças e regras, e sua relação com o enfermo. Isso porque até mesmo a própria sociedade já estabelece comportamentos e papéis considerados esperados a eles que nem sempre são regra.[7]

Impacto na vida do cuidador familiar

Rodrigues e Polidori[8] indicam que o cuidador familiar é um membro da família que se responsabiliza por cuidar de um ente que se encontra doente e/ou dependente. Quando o cuidador desempenha as atividades diárias para com este familiar, sendo o único (ou principal responsável) que realiza as tarefas, ele é classificado como cuidador primário. Nessa perspectiva, a pessoa que desenvolve as tarefas só ocasionalmente é chamada de cuidador secundário. No entanto, as duas formas de cuidados vão demandar alterações na rotina dos envolvidos.[8]

Rubira, Marcon, Belasco, Gaíva e Espinosa,[12] de modo ponderado, apresentam que no Brasil algumas localidades não possuem os tratamentos efetivos contra o câncer, então, o cuidador necessita deslocar-se a outras cidades, por vezes locais distantes, para acompanhar o enfermo. Esse cuidador precisa abrir mão de seu emprego, direcionar recursos financeiros do grupo familiar, ou outra fonte, para auxiliar nas despesas do seu deslocamento, estadia e tratamento.[12] Alvarez e Gonçalves,[13] relatam que o tratamento oncológico requer visitas frequentes aos hospitais, mudanças de hábitos e da rotina e relações sociais. Diante dessas alterações, os familiares passam por etapas até se adaptarem ao curso da doença e sua interferência na vida.[13]

De modo similar Fernandes e colaboradores[4] indicam que, uma vez estabelecido o diagnóstico de câncer, inicia-se uma fatigante trajetória para a busca de atendimento nos serviços de saúde. Nesse sentido, os cuidadores deparam-se com inúmeros desafios desde a marcação de exames até internações, intercorrências, horários de medicamentos, entre outras tarefas.[4]

Fernandes e colaboradores[4] indicam ainda que a hospitalização do paciente com câncer, considerando todos os procedimentos aos quais ele é submetido, como a quimioterapia, radioterapia, ou cirurgia de extirpação do tumor, assim como os seus efeitos colaterais e a dor vivenciada pelo enfermo podem promover intenso sofrimento para o cuidador. Este, além das mudanças em seu cotidiano, se deparam com as dificuldades em lidar com emoções.[4]

Anjos e Zago[3] indicam que o processo de mudança na rotina devido a patologia envolve o afastamento do trabalho, interrupção das atividades domésticas e do próprio convívio social. A hospitalização modifica toda a organização do sistema, pois retira o acometido do cuidado direto no ambiente familiar e propõe mudanças para o cuidador, que distante, pode desenvolver inúmeros sentimentos de solidão, medo, angústia, insegurança e tristeza. Os autores reconhecem ainda que as relações intrafamiliares de pacientes e cuidadores também se modificam diante da certeza da patologia, algumas pessoas poderão reagir de forma negativa se afastando da situação. Isso causa sobrecarga ao cuidador, o qual ficará com a responsabilidade de tomar decisões, contribuindo para a intensificação nas mudança da rotina.[3]

Medos e expectativas

O trabalho de Ferreira e Raminelli[7] indica que a morte é considerada um assunto causador de angústias e tristezas, e ainda de muito tabu para algumas sociedades, o que contribui para que se crie resistência em discutir sobre o assunto. Assim, ao longo do processo de adoecimento, as pessoas envolvidas absorvem novas experiências e, consequentemente, elaboram novos significados com relação a este tema. Entendemos que essa percepção acomete paciente, mas também cuidadores que lidam com o trato direto do enfermo, e consequentemente, com a eminência da morte do indivíduo sob seu cuidado.[7]

Kohlsdorf e Costa Junior[14] também reconhecem que o câncer é uma doença que envolve muitas fantasias associadas à morte, desfiguração e aos restritos prognósticos, o que vem a agravar o sofrimento e promover dificuldade em lidar com a patologia. Indicam ainda que na maior parte das vezes as emoções dos familiares oscilam entre o temor a morte e a esperança de cura. Nesse sentido, o cuidador também é acometido por tais vivências.[14]

Corroborando com essas ideias, Rodrigues e Polidori[8] indicam que as expectativas de cura, majoritariamente, têm como aliada a religiosidade. As crenças de que a religião e a fé poderão levar à cura faz com que as pessoas reúnam forças para seguir em sua trajetória. Nessa perspectiva, a crença, associações e formação de compromisso também são comuns em cuidadores que lidam com a enfermidade.[8]

Por sua vez, Alves, Guirardello e Kurashima[2] reconhecem que existem culturas em que os sujeitos são educados de forma a lidar com a morte como renascimento e processo cabível para a purificação da alma. Em contrapartida, há aquelas em que a morte e a doença são encaradas como fim da vida, o que causa temor e resistência. Nesse contexto, é importante ressaltar que, geralmente, na cultura brasileira a morte é vista como parte do segundo grupo cultural, ou seja, como fim da vida.[2]

O desgaste biopsicossocial do cuidador

Rubira e colaboradores[12] indicam que várias mudanças ocorrem com os cuidadores a partir da verificação da doença. Os autores entendem que, para os cuidadores, o diagnóstico de câncer pode se tornar uma experiência estressante, visto que a doença é entendida como uma luta entre a vida e a morte. Esse processo provoca, nos cuidadores, um impacto conflituoso que trará consequências nos diversos aspectos biopsicossociais. Ressaltam também que pessoas que apresentam altos índices de estresse têm uma redução na defesa imunológica, o que favorece o aparecimento de possíveis doenças (que o indivíduo já teria

predisposição), sintomas (como a instabilidade de humor), medo e ansiedade. Ao acometerem os cuidadores, e por seu caráter de constância, se retroalimentam, favorecendo ao surgimento de novos sintomas de estresse.[12]

Já para Alvarez e Gonçalves,[13] a forma como o cuidador reage ao estresse depende da maneira como esse avalia o evento, entendendo que as aprendizagens anteriores irão influenciá-los no momento de tomada de decisões.[13] Pereira, Santos e Rossi[15] reconhecem ainda que a família, muitas vezes, não sabe o que fazer perante a situação exposta na doença, e assim tem como alternativa esconder as inseguranças e emoções do cuidador para com o doente. Consideram ainda que o adoecimento advindo do câncer é um processo desencadeador de distintos sentimentos e que, psicologicamente, o sujeito estará conturbado, o que pode desencadear dificuldades no desempenho do cuidador. Para lidar com isso, o suporte emocional é essencial no restabelecimento do equilíbrio mental de pacientes e cuidadores.[15]

Olegário, Beutter, Girardon-Perlini, Brondani, Budó e Santos[16] elucidam que os primeiros sinais e sintomas que retratarão o desgaste biopsicossocial são: estresse, ansiedade, isolamento social, instabilidade emocional e medo. Esses autores reconhecem que as alterações orgânicas consistem no cansaço e na fadiga, que virão da resposta do próprio organismo do cuidador diante do esforço desempenhado pelas atividades do cuidar. Na maioria das vezes, a dependência do enfermo e a falta de alternância entre os familiares desencadeia o adoecimento também do cuidador.[16]

Oliveira e colaboradores[17] apontam que a sobrecarga psicológica do acometido e do cuidador são muito grandes, o que dificulta o processo de tratamento e cura. Isso porque a pessoa encarregada do cuidar terá que se preocupar não somente com as tarefas que irá desempenhar, mas também com as necessidades do outro e suas próprias emoções. Essas tarefas promovem no cuidador a perda de sua liberdade, o que limita a sua interação social, distanciando-o da família e amigos. Essas mudanças na vida do cuidador são reconhecidas como um empecilho gerador de ruptura de vínculo.[17]

Bergerot, Laros e Araújo[18] discutem sobre o Transtorno da Ansiedade Generalizada (TAG). Entendem que o TAG pode afetar pessoas de todas as idades, desde o nascimento até a velhice e necessita de acompanhamento profissional específico. Ao estudar as modificações presentes na vida de acompanhantes de pacientes oncológicos, esses autores entendem que é importante que se verifique como era a vida do acompanhante antes e após o diagnóstico, pois as mudanças advindas do diagnóstico e tratamento do enfermo oncológico pode promover TAG em seus cuidadores. Por fim, os autores indicam que a gravidade da TAG de cuidadores

de pacientes está diretamente relacionada ao grau de parentesco, à afetividade com o paciente, à condição financeira do grupo familiar, e às habilidades sociais e de coping dos cuidadores.[18]

Já Santos e Santos[20] entendem que a interpretação que o indivíduo dá a determinado evento é que irá determinar o desencadeamento da reação estressora, assim como irá dizer também da forma pela qual ele irá enfrentar e adaptar a situação. Em sua pesquisa sobre o estresse e burnout no trabalho em oncologia pediátrica trazem que para o cuidador a situação pode ser avaliada como excessiva ou estressora, na medida em que excede a capacidade do organismo de assimilá-la a partir da mobilização de esforços cognitivos e comportamentais voltados à redução do estressor.[19] Portanto, assim como para Oliveira & Souza (2017), cuidar do estado emocional dos cuidadores é fundamental na redução da sobrecarga. Para isso, necessita-se de equipes com profissionais treinadas para o manejo de dificuldades psico-oncologistas.[20]

Os familiares e o cuidador também demandam cuidados

Sales, Grossi, Almeida, Silva e Marco[21] apresentam que o cuidado não deve ser restrito apenas ao paciente oncológico. Entendem que deve se estender a seus familiares e cuidadores de modo a estimulá-los a permanecer com o paciente. Para tal, indicam cuidado autêntico, com envolvimento de todos na assistência; informações claras e precisas aos familiares, para que sejam eficazes em seus cuidados; criar estratégias de cuidado da família; cuidado holístico para todo o grupo. Isso porque consideram que os pacientes irão demandar suporte familiar, mas para que esse ocorra é importante que os cuidadores estejam bem e se sintam seguros para oferecer tal suporte. Por fim, os autores entendem que a forma como a família se organiza, a sua situação econômica e a dificuldade em lidar com o processo de adoecimento, na singularidade de cada grupo familiar, delineia ações pertinentes que irão contribuir para o tratamento.[21]

Já Oliveira e colaboradores[17] destacam que grupos de apoios formados por familiares em hospitais são mecanismos que auxiliam na de troca de experiências, além de oportunizar um momento para que familiares e cuidadores falem de seus sentimentos e dificuldades que enfrentam. Reconhecem que a parir desses grupos, cuidadores mais experientes costumam auxiliar aos que entraram mais recentemente nessa função em lidar com dificuldades da nova vida cotidiana.[17]

Por fim, Anjos e Zago[3] abordam que durante o tratamento oncológico, os efeitos psicológicos são vivenciados por enfermo e cuidadores. Assim, entendem que é de suma

importância que cuidados específicos sejam oferecidos aos cuidadores, possibilitando-os a contribuir melhor no enfrentamento da doença.[3]

O presente estudo teve como limitação a escassez de produções científicas com desenho experimental que pudessem estabelecer uma relação de nexo causal sobre essa importante temática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das diversas alterações que o diagnóstico de câncer traz para a vida do cuidador, conclui-se que esse processo é uma experiência impactante para o paciente, para o acompanhante e para a dinâmica familiar de ambos. As relações emocionais e sociais vivenciadas pelos cuidadores costumam ser prejudicadas em função da dedicação ao processo de cuidar.

Pode-se depreender também a despeito da criação de mais grupos interventivos para cuidadores parece ser uma boa alternativa a ser implementada em todos os setores de saúde. As informações analisadas apontam para que uma rede de apoio se estabeleça também aos familiares e cuidadores, reconhecendo-se que sua participação é essencial para o tratamento.

O presente estudo provê uma plataforma para realização de instigações científicas de cunho experimental, ampliando assim a discussão e produção científica sobre essa importante temática.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho MM. Psico-oncologia: história, características e desafios. Rev Psicol USP. 2012;13(1):151-66.

2. Alves DFS, Guirardello EB, Kurashima AY. Estresse relacionado ao cuidado: o impacto do câncer infantil na vida dos pais. Rev Latinoam Enferm. 2013;21(1):1-7.

3. Anjos MCY, Zago MMF. Ressignificação da vida do cuidador do paciente idoso com câncer. Rev Bras Enferm. 2014;67(5):752-8.

4. Fernandes AFC, Bomfim IM, Araújo IMA, Silva RM, Barbosa ICFJ, Santos MCL. Significado do Cuidado Familiar à Mulher Mastectomizada. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2012;16(1):27-33.

5. Carvalho CS. A necessária atenção à família do paciente oncológico. Rev Bras Cancerol. 2008;54(1):87-96.

6. Maronesi LC, Silva NR, Cantu SO, Santos AR. Indicadores de estresse e sobrecarga em cuidadores formais e informais de pacientes oncológicos. Estud Pesqui Psicol. 2014;14(3):877-92.

7. Ferreira VS, Raminelli O. O olhar do paciente oncológico em relação a sua terminalidade: ponto de vista psicológico. Rev SBPH. 2012;15(1):101-13.

8. Rodrigues FSS, Polidori MM. Enfrentamento e Resiliência de Pacientes em Tratamento Quimioterápico e seus Familiares. Rev Bras Cancerol. 2012;58(4):619-27.

9. Pedreira LC, Oliveira AMS. Cuidadores de idosos dependentes no domicílio: mudanças nas relações familiares. Rev Bras Enferm. 2012;65(5):730-6.

10. Duarte MLC, Zanini LN, Nedel NMB. O cotidiano dos pais de crianças com câncer e hospitalizadas. Rev Gaúcha Enferm. 2012;33(3):111-8.

11. Fagundes CSO, Silva MF, Silva Júnior RF, Barbosa HA. "Senti culpa, muita tristeza e vontade de chorar" - Percepções sobre o câncer para mães e cuidadores de crianças em tratamento oncológico. Revista Bionorte. 2015;4(2):48-60.

12. Rubira EA, Marcon SR, Belasco AGS, Gaíva MAM, Espinosa MM. Sobrecarga e qualidade de vida de cuidadores de criança e adolescente com câncer em tratamento quimioterápico. Acta Paul Enferm. 2012;25(4):567-73.

13. Alvarez AM, Gonçalves LHT. Enfermagem e o cuidado ao idoso no domicílio. Rev Bras Enferm. 2012;65(5):715-26.

14. Kohlsdorf M, Costa Junior AL. Impacto psicossocial do câncer pediátrico para pais. Paidéia. 2012;22(51):119-29.

15. Pereira SS, Santos LF, Rossi VEC. Qualidade de vida dos pacientes em tratamento hemodialítico em uma cidade do interior de Minas Gerais. Saúde & Transformação Social. 2012;3(4):54-61.

16. Olegário BB, Beuter M, Girardon-Perlini NMO, Brondani CM, Budó MLD, Santos NO. A sobrecarga do Familiar Cuidador no Âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. Rev Gaúcha Enferm. 2012;33(1):147-56.

17. Oliveira WT, Benedetti GMS, Marchi JA, Cassarotti MS, Wakiuchi J, Sales CA. Eventos Intensificadores e Redutores do Estresse em Famílias de Pacientes com Câncer: revisão integrativa. REME Rev Min Enferm. 2013;17(3):705-12.

18. Bergerot CD, Laros JA, Araújo TCCF. Avaliação de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos: comparação psicométrica. Psicol USF. 2014;19(2):187-97.

19. Santos AF, Santos MA. Estresse e Burnout no Trabalho em Oncologia Pediátrica: Revisão Integrativa da Literatura. Psicol Cienc Prof. 2015;35(2):437-56.

20. Oliveira TR, Souza JR. Avaliação do impacto psicossocial do diagnóstico e tratamento do câncer na vida de familiares cuidadores de pacientes em regime de internação hospitalar Tempus. Tempus. 2017;11(1):215-27.

21. Sales CA, Grossi ACM, Almeida CSL, Silva JDD, Marco SS. Cuidado de enfermagem oncológico na ótica do cuidador familiar no contexto hospitalar. Acta Paul Enferm. 2012;25(5):736-42.

[1]Exercícios resistidos e sarcopenia em idosos: uma revisão bibliográfica

Resistance exercises and sarcopenia in elderly individuals: a bibliographic review

Ejercicios de resistencia y sarcopenia en personas mayores: na revisión bibliográfica

Raiane Sousa de Paiva[1]

Rosa Tomé[2]

Flavia Maria Campos de Abreu[3]

RESUMO

OBJETIVO: Esta revisão integrativa tem como objetivo identificar os principais fatores associados à sarcopenia em idosos, bem como os métodos de diagnóstico e estratégias terapêuticas atualmente utilizadas. MÉTODO: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada com base em publicações indexadas nas bases de dados LILACS, MEDLINE e SciELO, entre 2018 e 2023. RESULTADOS: Foram incluídos 16 artigos após critérios de elegibilidade, revelando que os principais fatores associados à sarcopenia incluem sedentarismo, desnutrição, doenças crônicas e envelhecimento natural. O diagnóstico envolve avaliação de força muscular, massa magra e desempenho físico. Estratégias terapêuticas eficazes incluem exercícios de resistência e suplementação nutricional. CONCLUSÃO: A sarcopenia é um problema de saúde pública relevante e seu enfrentamento exige uma abordagem interdisciplinar e individualizada.

Palavras-chave: Sarcopenia; Idoso; Exercício físico; Diagnóstico precoce; Nutrição (DeCS)

ABSTRACT

OBJECTIVE: This integrative review aims to identify the main factors associated with sarcopenia in the elderly, as well as the diagnostic methods and therapeutic strategies currently used. METHOD: This is an integrative literature review, carried out based on publications indexed in the LILACS, MEDLINE and SciELO databases, between 2018 and 2023. RESULTS: Sixteen articles were included after eligibility criteria, revealing that the main factors associated with sarcopenia include sedentary lifestyle, malnutrition, chronic diseases and natural aging. Diagnosis involves assessment of muscle strength, lean mass and physical performance. Effective therapeutic strategies include resistance exercises and

[1] Pós-Graduada em Gerontologia pelo Centro Universitário Estácio de Brasília e Pós-graduada em Traumato-ortopedia pela Faculdade Faciming EAD. C 7 lote 8 Ed Patrícia avenidas das palmeiras apto 314, Taguatinga Centro, Brasília-DF, 72010917. rayanesousapaiva@gmail.com.

[2] Pós-Graduada em Gerontologia pelo Centro Universitário Estácio de Brasília e Pós-graduada em Traumato-ortopedia pela Faculdade Faciming EAD. C 7 lote 8 Ed Patrícia avenidas das palmeiras apto 314, Taguatinga Centro, Brasília-DF, 72010917. rayanesousapaiva@gmail.com.

[3] Pós-Graduada em Gerontologia pelo Centro Universitário Estácio de Brasília e Pós-graduada em Traumato-ortopedia pela Faculdade Faciming EAD. C 7 lote 8 Ed Patrícia avenidas das palmeiras apto 314, Taguatinga Centro, Brasília-DF, 72010917. rayanesousapaiva@gmail.com.

nutritional supplementation. CONCLUSION: Sarcopenia is a relevant public health problem and its management requires an interdisciplinary and individualized approach.
Descriptors: Sarcopenia; Elderly; Physical exercise; Early diagnosis; Nutrition (DeCS)

RESUMEN

OBJETIVO: Esta revisión integradora busca identificar los principales factores asociados a la sarcopenia en el anciano, así como los métodos diagnósticos y estrategias terapéuticas utilizadas actualmente. MÉTODO: Se trata de una revisión integradora de la literatura, realizada a partir de publicaciones indexadas en las bases de datos LILACS, MEDLINE y SciELO, entre 2018 y 2023. RESULTADOS: Se incluyeron dieciséis artículos después de cumplir los criterios de elegibilidad, revelando que los principales factores asociados con la sarcopenia incluyen el sedentarismo, la desnutrición, las enfermedades crónicas y el envejecimiento natural. El diagnóstico implica la evaluación de la fuerza muscular, la masa magra y el rendimiento físico. Las estrategias terapéuticas eficaces incluyen ejercicios de resistencia y suplementación nutricional. CONCLUSIÓN: La sarcopenia es un problema relevante de salud pública y su manejo requiere un enfoque interdisciplinario e individualizado.
Descriptores: Sarcopenia; Anciano; Ejercicio físico; Diagnóstico precoz; Nutrición (DeCS)

INTRODUÇÃO

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população brasileira está envelhecendo; o Brasil já apresenta mais de 28 milhões de indivíduos na faixa etária dos 60 anos, sendo que as mulheres são a maioria nesse grupo. Estima-se que nos próximos 10 anos haverá um aumento da população idosa de cerca de um milhão por ano, podendo chegar a 41,5 milhões no ano de 2030[2].

O envelhecimento é um fenômeno natural e progressivo, marcado por uma série de modificações,[3] nesse contexto, uma das principais mudanças que ocorrem no processo fisiológico do envelhecimento é a redução da massa muscular esquelética, conhecida como *sarcopenia*. Essa síndrome é caracterizada pela diminuição da massa muscular associada à diminuição da força, à incapacidade funcional e à redução da qualidade de vida do idoso[4]. Tendo em vista essas reduções, a sarcopenia está diretamente associada ao aumento da probabilidade de acidentes, resultando em problemas maiores, tais como quedas e fraturas, deficiência física e perda da mobilidade[5]. Isso se dá uma vez que, de acordo com Cruz e Contenças (2019)[6], o idoso sarcopênico apresenta menor qualidade em sua contração muscular, menor força, menor coordenação dos movimentos, menor resistência física e, portanto, maior probabilidade de sofrer acidentes.

A sarcopenia é mais frequente em idosos com doenças respiratórias, demências, diabetes mellitus e doenças cardiovasculares[7]. Em idosos hígidos, a prevalência estimada de sarcopenia é de até 15%, e em idosos hospitalizados e portadores de doença crônica, a prevalência é de 76%[8]. Essa condição é uma das principais causas de fragilidade e perda da independência em idosos, podendo resultar em lentidão, exaustão e fraqueza.[9] Por conta disso, a sarcopenia acaba por trazer repercussões negativas na saúde física e mental do indivíduo, uma vez que causa perda da mobilidade, limitações nas atividades cotidianas, perda de autonomia, quedas, hospitalizações e readmissões e aumento da mortalidade[10,11,12]

Com o avançar da idade cronológica, ocorre declínio de massa óssea e muscular, nesse sentido, buscar o fortalecimento dos músculos é essencial na prevenção de diversas doenças, tais como a mencionada sarcopenia. Sendo assim, a prática de exercícios físicos pela população idosa se faz importante e traz diversos benefícios, como a melhora do condicionamento cardiorrespiratório, da força, da resistência muscular, da flexibilidade e do equilíbrio[5]. Tal qual Gago e Gago (2016)[13] e Peral e Josa (2018)[14], o sedentarismo pode antecipar a sarcopenia, portanto, a atividade física é o pilar fundamental para a prevenção e tratamento dessa condição.

Nesse sentido, os exercícios resistidos têm sido recomendados para prevenir e tratar as alterações neuromusculares relacionadas ao processo do envelhecimento. O treinamento resistido visa proporcionar aumento da massa muscular, melhora da força muscular e equilíbrio, recuperação das funções motoras e autonomia, permitindo que os idosos retornem as suas atividades diárias[15,16,17].

É relevante conhecer as mudanças fisiológicas relacionadas ao processo do envelhecimento para, então, tratar as alterações que comprometem a qualidade de vida do idoso. Dessa forma, os exercícios resistidos são fundamentais para reduzir o risco de acidentes, promover independência e autonomia e melhorar a qualidade de vida do idoso. Este trabalho tem como objetivo principal verificar os efeitos do treinamento resistido na força muscular em idosos com diagnóstico de sarcopenia. Seus objetivos específicos são: apresentar quais os exercícios de força mais indicados para pacientes idosos sarcopênicos e verificar os principais grupos musculares a serem trabalhados, a dosagem e a intensidade dos exercícios resistidos para os idosos.

METODOLOGIA

Esta pesquisa trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada nas bases LILACS, MEDLINE via PubMed e SciELO. A equipe envolvida na pesquisa foi composta por duas pesquisadoras: uma responsável pela busca e triagem dos artigos e outra pela leitura crítica e síntese dos dados. Os descritores utilizados foram: “Sarcopenia”, “Idoso”, “Exercício Físico”, “Diagnóstico Precoce” e “Nutrição”, conforme vocabulário estruturado da BIREME (DeCS), combinados com operadores booleanos AND e OR.

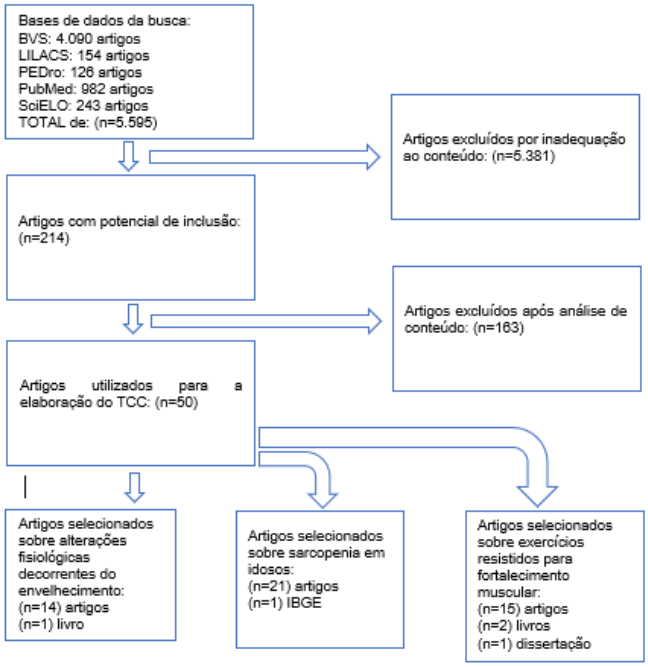
Os critérios de inclusão contaram com artigos publicados entre 2018 e 2020, em português, inglês e espanhol, com texto completo disponível. Foram excluídos estudos repetidos e que não abordavam diretamente o tema. A análise dos dados foi realizada por meio da leitura exploratória e analítica, categorizando os resultados em: fatores associados, métodos diagnósticos e estratégias terapêuticas. Nesse sentido, trata-se de um estudo de revisão bibliográfica narrativa com abordagem qualitativa, que analisa os efeitos dos exercícios resistidos na força muscular de idosos que apresentam sarcopenia.

Os critérios de inclusão adotados para a seleção de artigos foram periódicos indexados no período de 2010 a 2020 – com exceção de Silva *et al.* (2006)[18], Abreu (2007)[19], Câmara, Santarém e Jacob Filho (2008)[20], Macedo, Gazzolas e Najas (2008)[21] e Pierine, Nicola e Oliveira (2009)[22], idiomas em português, inglês e espanhol, materiais

disponibilizados na íntegra e que discutissem isoladamente os descritores supracitados, assim como abordagens associadas. Também foram selecionados uma dissertação, dois livros e um material eletrônico[1].

Os critérios de exclusão envolveram os artigos que não atendiam aos critérios de inclusão anteriormente mencionados, aqueles não relacionados com o objetivo desta revisão bibliográfica e aqueles sem conteúdo completo disponível nas bases de dados. A partir disso, a análise dos dados foi realizada por meio de análise temática qualitativa, buscando identificar padrões, categorias e contribuições relevantes para o entendimento do tema.

Figura 1 – Demonstrativo da quantidade de artigos trabalhados durante a elaboração do trabalho



Fonte: Autor, 2020.

RESULTADOS

Dentre os artigos selecionados sobre exercícios resistidos para fortalecimento muscular, foram encontrados: 6 estudos de pesquisa bibliográfica; 3 estudos de revisão sistemática; 2 pesquisas experimentais; 2 pesquisas de campo; um estudo descritivo; e um estudo caso. Os resultados foram descritos na Tabela 1.

Tabela 1. Relação de artigos selecionados sobre exercícios resistidos para fortalecimento muscular:

Autor/	Título	Tipo de	Objetivo	Desfechos

Ano		Estudo		
ALBINO *et al.*, 2012	Influência do treinamento de força muscular e de flexibilidade articular sobre o equilíbrio corporal em idosas.	Pesquisa experimental.	Verificar a influência do treinamento de força muscular e de flexibilidade articular sobre o equilíbrio corporal em idosas.	Os dois treinamentos produziram melhoras nos índices de equilíbrio corporal de idosas, o que provavelmente poderá influenciar na redução da incidência de quedas e da perda da independência física, assim como na obtenção de melhor qualidade de vida.
CÂMARA; SANTARÉM; JACOB FILHO, 2008	Atualização de conhecimentos sobre a prática de exercícios resistidos por indivíduos idosos.	Pesquisa bibliográfica.	Apresentar indicações e contraindicações para a prática regular desta modalidade de exercício.	As evidências da segurança, eficácia, indicações e contraindicações da prática regular dos ER pela população idosa apresentadas formam uma base sólida para que esta atividade seja recomendação presente entre os profissionais médicos.
COSTA *et al.*, 2018	Qualidade de vida de idosos participantes e não participantes de programas públicos de exercícios físicos.	Estudo caso controle.	Comparar a qualidade de vida de idosos participantes e não participantes de programas públicos de exercícios físicos.	Os idosos participantes de programas públicos de exercícios físicos apresentaram melhor percepção de qualidade de vida de idosos não participantes, e ser simplesmente ativo pode não ser suficiente para garantir uma melhor qualidade de vida.
FERREIRA *et al.*, 2019	Treinamento resistido na qualidade de vida de idosos.	Pesquisa bibliográfica.	Compreender como a prática do treinamento de resistência interfere na qualidade de vida de idosos.	A musculação foi o tipo de treinamento de resistência mais indicado aos idosos por conta dos benefícios em diversas variáveis, proporcionando uma melhora da qualidade de vida.
JEON *et al.*, 2018	Effect of squat exercises on lung function in elderly women with sarcopenia.	Pesquisa de campo.	Investigar se o exercício de agachamento poderia aumentar função e massa muscular, e melhora em idosos residentes na comunidade com e sem sarcopenia.	A eficácia do exercício pode diferir dependendo do tipo e intensidade do exercício, e também de acordo com as características do indivíduo, como a presença de sarcopenia.
LOPES *et al.*, 2015	Treinamento de força e terceira idade: componentes básicos para autonomia.	Pesquisa bibliográfica.	Demonstrar a importância das atividades físicas e o treinamento de força para a população da	O treinamento de força realizado na terceira idade é um meio de diminuir, retardar ou mesmo reverter a perda da capacidade

			terceira idade.	funcional e torna-se um aliado na recuperação dos componentes básicos da estrutura corporal e da força física do indivíduo, favorecendo uma melhora de sua qualidade de vida.
MACEDO; GAZZOLA; NAJAS, 2008	Síndrome da fragilidade no idoso: importância da fisioterapia.	Pesquisa bibliográfica.	Expor os elementos sobre a Síndrome da Fragilidade dos Idosos.	Com o conhecimento de estudos envolvendo idosos frágeis, é possível planejar as estratégias voltadas para a identificação da parcela da população que mais se beneficiaria de ações para postergar, atenuar e, se possível, reverter tais desfechos.
MARESCHAL *et al.*, 2020	Nutritional intervention to prevent the funcional decline in community-dwelling older adults: a systematic review.	Revisão sistemática.	Resumir o impacto das intervenções nutricionais em idosos residentes na comunidade adulto em três indicadores da sarcopenia: massa muscular, força muscular e desempenho físico.	Destaca-se a importância de uma abordagem multimodal, incluindo pelo menos uma combinação nutricional e intervenção de exercícios, para melhorar a massa muscular, força muscular e desempenho físico, em idosos frágeis e sarcopênicos.
OLIVEIRA *et al.*, 2020	A duração e a frequência da prática de atividade física interferem no indicativo de sarcopenia em idosos?	Pesquisa de campo.	Investigar a relação do comportamento sedentário e da duração e frequência da prática de atividade física com os indicativos de sarcopenia de idosos da cidade de Maringá.	A prática de atividades física leves e moderadas parece ser fator interveniente no indicativo de sarcopenia em idosos.
PAPA; DONG; HASSAN, 2017	Resistance training for activity limitations in older adults with skeletal muscle function déficits: a systematic review.	Revisão sistemática.	Apresentar o estado atual da literatura sobre os efeitos do treinamento de resistência sobre resultados de mobilidade funcional para adultos mais velhos com déficits de função do músculo esquelético.	O treinamento de resistência pode atenuar as mudanças relacionadas à idade, melhorando a função muscular e as atividades da vida diária, como resistência ao caminhar, velocidade da marcha e subir escadas.
PERAL, JOSA, 2018	Ejercicios de resistencia en el tratamiento y prevención de la sarcopenia em	Revisão sistemática.	Conhecer os resultados das últimas pesquisas sobre sarcopenia em idosos e a prescrição	A prática de exercícios resistidos parece ser a diretriz mais adequada para prevenir e tratar a sarcopenia, sozinho ou em combinação com

	ancianos.		de exercícios resistidos como principal diretriz no tratamento e prevenção dessa síndrome.	outros exercícios, alcançando benefícios na massa, força muscular e funcionalidade em idosos.
PRUDENCIATTO *et al.*, 2015	Exercícios resistidos como estratégia para aumento da reserva funcional em idosos sedentários: revisão de literatura.	Pesquisa bibliográfica.	Abordar sobre a importância dos ER como estratégias para aumentar a reserva funcional dos idosos sedentários.	Os benefícios da prática dos ER são notórios na terceira idade, sendo um meio de diminuir, retardar ou mesmo reverter a perda da capacidade funcional e torna-se um aliado na melhora das capacidades físicas: força, potência, resistência e flexibilidade, prevenindo e reduzindo a tendência de quedas nos idosos favorecendo uma melhora de sua qualidade de vida.
REIS *et al.*, 2019	Associação da capacidade funcional com o nível de fragilidade e o risco de desenvolvimento de sarcopenia em idosos.	Estudo descritivo.	Avaliar a capacidade funcional, o nível de fragilidade e o fenótipo de sarcopenia em idosos.	A maioria dos avaliados foram rastreados como frágeis e pré-frageis, além de possuir fortes indícios para sarcopenia. A diminuição da velocidade de marcha e força de preensão mostrou ser mais marcante no desenvolvimento da síndrome de fragilidade, enquanto na sarcopenia destacou-se a menor circunferência de panturrilha como fator principal.
RIBEIRO; AFONSO, 2019	Selection-Related Aspects of Resistance Exercises for Elderly.	Pesquisa bibliográfica.	Subsidiar as escolhas dos movimentos que irão compor o programa de exercícios resistidos para idosos.	A escolha dos movimentos deve basear-se nos princípios da cinesiologia, nas necessidades do idoso, na ação muscular e na segurança do exercício para obter resultados benéficos para a saúde geral e atenua possíveis riscos.
VINSTRUP *et al.*, 2017	Electromyographic comparison of conventional machine strength training versus bodyweight exercises in patients with chronic stroke.	Pesquisa experimental	Investigar se os exercícios de peso corporal podem induzir níveis comparáveis de atividade muscular em pacientes com AVC.	Em pacientes com acidente vascular cerebral crônico, os exercícios de peso corporal ativam a maioria dos músculos dos membros inferiores em níveis comparáveis ao leg press bilateral realizado em máquina.

Fonte: Autor, 2020

ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

A população idosa aumenta cada vez mais, principalmente nos países em desenvolvimento, de modo que, nos últimos anos, a quantidade de indivíduos acima de 60 anos tem crescido aceleradamente, apresentando estimativa ainda maior para as próximas décadas[23]. Na década de 50, foram registrados 214 milhões de idosos com mais de 60 anos no mundo. Acredita-se que em 2025 essa cifra aumente para 1 bilhão[24]. Em 2050, estima-se que a população idosa seja representada por 2,1 bilhões de pessoas[11].

Quanto ao Brasil, em 1950 ele aparecia como o 16º país com a maior população de indivíduos acima dos 60 anos de idade. Devido ao crescimento acelerado dessa população, pressupõe-se que o país ocupe a 6ª posição no *ranking* mundial até o ano de 2025.[5] Dados mostram que em 2060 haverá um aumento na proporção populacional, que poderá chegar a 1 idoso para cada 3 brasileiros, de modo que no final do século o Brasil somará mais de 40% de idosos[25].

O aumento anual da população idosa brasileira aumenta consideravelmente, atingindo a média de 650 mil indivíduos por ano, sendo que grande parte possui doenças crônicas e limitações físicas[5]. Conforme os autores supracitados, as doenças mais prevalentes relacionadas ao processo de envelhecimento são: doenças cardiovasculares, doenças ósseas, diabetes, alterações sensoriais e sarcopenia. Com a perda da massa e força muscular, o idoso sofre com desequilíbrios seguidos de quedas ou incapacidade para o desempenho das atividades diárias[26]. Com isso, ele torna-se cada vez menos ativo e o organismo sofre com uma progressiva deterioração associada tanto ao avanço da idade quanto ao sedentarismo[22,27].

ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS

O envelhecimento humano é um processo natural e progressivo, marcado por uma série de modificações morfológicas, bioquímicas, funcionais e psicológicas, que podem comprometer a saúde e qualidade de vida do indivíduo, principalmente com o avanço da idade[22,28]. Para Cruz e Contenças (2019)[5], as alterações anatomofisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento são importantes do ponto de vista funcional, uma vez que estão associadas à qualidade de vida do indivíduo.

Em relação ao sistema musculoesquelético, ele é controlado pelos motos neurônios e é considerado o maior componente proteico do organismo. Suas principais funções são:

locomoção, movimentação, força e autonomia do indivíduo. Além disso, esse sistema é responsável pela homeostase metabólica do suprimento de aminoácidos e glicemia aos demais tecidos do corpo, fixação tecidual de oxigênio (capacidade aeróbica), oxigenação de gorduras e gasto energético no repouso[20].

Com o envelhecimento, ocorrem diversas alterações no sistema musculoesquelético como: diminuição na frequência de disparo, declínio no número de unidades motoras, redução da área de secção transversal do músculo, substituição do músculo por tecido adiposo e tecido conjuntivo, e redução de 20% a 50% do volume das fibras, principalmente das fibras tipo II. Essas fibras estão relacionadas à força e à potência muscular; desse modo, a redução do seu volume acarreta diminuição da capacidade de contração do músculo, atrofia e fraqueza muscular.[29] Abreu (2007)[17] esclarece que as fibras musculares tipo I (vermelhas) ou de contração lenta e as fibras musculares tipo II (brancas) ou de contração rápida vão se degenerando com o avanço da idade. As fibras tipo I diminuem em número e as do tipo II diminuem de volume; com a perda da massa, as fibras são substituídas por tecido conjuntivo.

A perda da massa muscular e da função muscular podem estar relacionadas a uma contração muscular inadequada devido a um estresse oxidativo nas células ou em função de alterações nas proteínas actina e miosina.[5] O início e o desenvolvimento da perda muscular estão relacionados à perda de *miócitos* via *apoptose*, sendo mais acentuada nas fibras musculares do tipo II.[5]

Leite *et al.* (2012)[30], Garcia *et al.* (2015)[31] e Pillatt *et al.* (2018)[32] reforçam que o envelhecimento causa degeneração neuronal, *atrofia* muscular e aumento do tecido *adiposo* no músculo. Essas alterações predispõem ao declínio funcional e perda de autonomia, aumentam a vulnerabilidade a doenças e favorecem o desenvolvimento de sarcopenia, entendida como a diminuição da massa, força e desempenho musculares. Ferreira *et al.* (2019)[33] destacam que a força muscular máxima é atingida entre 20 e 30 anos de idade, quando o sistema neuromuscular alcança sua maturidade total, e tende a declinar gradativamente a partir dessa idade. Assim, por volta dos 60 anos observa-se uma diminuição significativa da força máxima em torno de 30% a 40%.

Mareschal *et al.* (2020)[11] e Oliveira *et al.* (2020)[34] alegam que, a partir dos 50 anos, o indivíduo perde em média de 1% a 2% de massa muscular esquelética e de 1,5% a 5% de força muscular ao ano. Consoante Cruz e Contenças (2019)[5], a diminuição da massa muscular pode trazer desequilíbrios, afetar a marcha, aumentar o risco de quedas e comprometer as atividades funcionais do idoso.

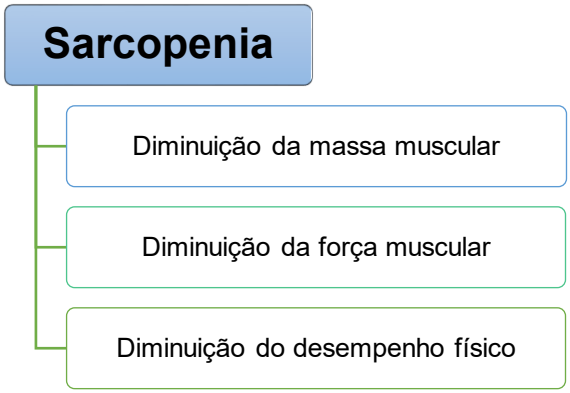
SARCOPENIA

"Sarcopenia" origina-se do grego *"sarx",* que significa carne, e *"penia",* que significa perda. Esse termo foi criado para caracterizar perda da massa muscular com enfraquecimento concomitante. A prevalência dessa condição varia entre 3% e 30% na população idosa, atingindo 5% a 13% dos indivíduos com mais de 60 anos de idade e mais de 50% a partir da nona década[12].

Um estudo epidemiológico realizado no Brasil verificou a prevalência de 8% a 58,1% de sarcopenia em idosos com idade entre 66,8 e 75,3 anos, tanto no sexo feminino quanto no masculino[35]. O estudo de Pillatt *et al.* (2018)[30] também evidenciou a associação da sarcopenia com a idade avançada, todavia, Cruz Jentoft *et al.* (2019)[3] alegam que essa condição também pode desenvolver-se em indivíduos mais jovens.

A sarcopenia é uma síndrome caracterizada por perda generalizada e progressiva de massa, força e desempenho musculares[5]. De acordo com Cruz-Jentoft *et al.* (2019)[3], o *European Working Group on Sarcopenia in Older People* (EWGSOP2) reconheceu, em 2018, a sarcopenia como uma doença muscular, caracterizada pela diminuição da massa muscular, força muscular e desempenho físico (Figura 2).

Figura 2 – Definição de sarcopenia conforme o EWGSOP2

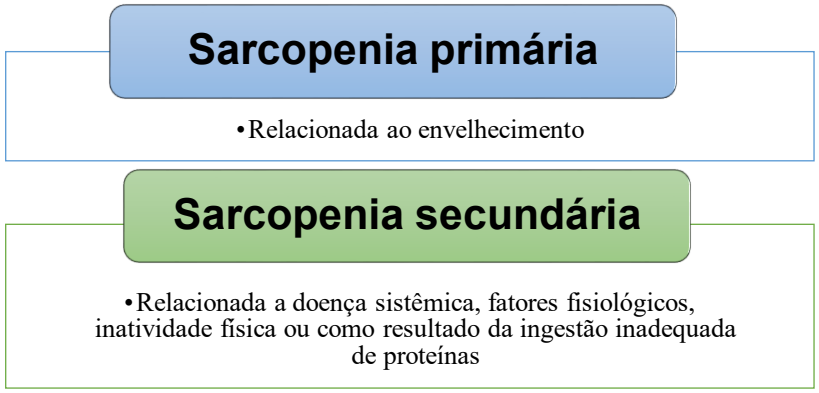


Fonte: Adaptado de Cruz-Jentoft *et al.* (2019)[3]

A partir disso, a sarcopenia pode ser classificada em primária e secundária, sendo que a sarcopenia primária está relacionada à idade, quando não se evidencia nenhuma outra causa específica. Já a sarcopenia secundária é causada por outros fatores que não o

envelhecimento, ou seja, ela pode ocorrer secundária a uma doença sistêmica, a inatividade física ou como resultado da ingestão inadequada de proteínas (Figura 3) [3,4,12].

Figura 3 – Classificação da sarcopenia



Fonte: Adaptado de Cruz-Jentoft *et al.* (2019)[3]

Cruz-Jentoft *et al.* (2019)[3] também categorizam a sarcopenia como aguda e crônica. Dessa forma, é considerada uma condição aguda a sarcopenia com duração < 6 meses, estando geralmente relacionada a uma doença aguda ou lesão. Quando tem duração ≥ 6 meses, a sarcopenia é considerada uma condição crônica e provavelmente está associada a doença crônica e progressiva.

FISIOPATOLOGIA DA SARCOPENIA

Histologicamente, a sarcopenia é caracterizada por uma diminuição no número e no tamanho das fibras, especialmente das fibras do tipo II, também denominadas de *glicolíticas*. Ao nível celular, acredita-se que a perda acelerada de miócitos relacionada com o avanço da idade pode conduzir à perda muscular. Em suma, sua base etiológica está na perda de massa muscular associada com o processo natural do envelhecimento e ampliada por meio de outros fatores, como alterações neurais e hormonais[36].

Mendes *et al.* (2016)[37] referem que o envelhecimento leva à deficiência do processo de regeneração muscular, uma vez que a produção de células precursoras se torna ineficaz, ocorrendo maior proporção de substituição muscular funcional por tecido adiposo e fibroso. Além disso, há uma diminuição na capacidade da reinervação das fibras musculares e perda de neurônios da medula espinhal, ocasionando degeneração dos impulsos nervosos pelos *axônios* e redução no recrutamento das unidades motoras. Acredita-se, portanto, que o

envelhecimento ocasiona uma desorganização funcional na defesa do organismo, desencadeando uma resposta inflamatória crônica conhecida como *inflammaging.*

A ativação dessa resposta inflamatória contribui para o desenvolvimento de doenças inflamatórias, portanto, dosagens elevadas de *citocinas* inflamatórias estão associadas com maior mortalidade e incapacidade funcional em idosos[27,35]. Mendes *et al.* (2016)[35] esclarecem que a elevação dos níveis séricos de anti-inflamatórios, como a interleucina-*10* (IL-10) e de mediadores pró-inflamatórios, como interleucina-6 (IL-6) e fator de necrose tumoral alfa (TNF-α), entre outros mediadores, está relacionada com diversas doenças associadas ao avanço da idade, à diminuição da massa e força muscular e ao aumento da incapacidade funcional em idosos.

ETIOLOGIA

Levando em consideração a etiologia da doença, compreende-se que as causas da sarcopenia são multifatoriais. Elas estão relacionadas à perda da função neuromuscular, aumento de marcadores inflamatórios, sedentarismo, nutrição inadequada, alterações endócrinas e fatores de crescimento (Figura 4)[38]. Silva e tal. (2006)[16] inferem que a perda da função neuromuscular ocorre devido ao envelhecimento; a redução no número de unidades motoras, principalmente dos motos neurônios alfas causa degeneração das fibras tipo II, resultando em atrofia muscular.

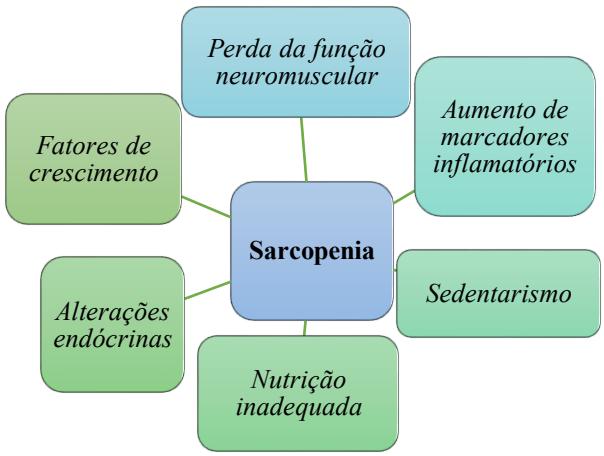


Figura 4 – Etiologia da sarcopenia[36]

Fonte: Adaptado de Cruz-Jentoft *et al.* (2019)[3]

A elevação dos níveis séricos de marcadores inflamatórios ocorre devido a uma variedade de doenças e pelo processo do envelhecimento. Existem evidências do aumento de citocinas pró-inflamatórias (IL-6) em idosos, que está relacionado com o declínio da massa muscular, sendo que as doenças crônicas são consideradas as mais comuns da ativação da via inflamatória[36].

Além disso, o aumento das citocinas inflamatórias pelos músculos evidencia a deficiência muscular. O *inflammaging* tem sido alertado tanto pela sua influência na mudança sobre a perspectiva da função muscular e tecido endócrino, quanto pela sua possibilidade de controlar a degradação e regeneração do próprio tecido, devido o tecido muscular ter função na produção de citocinas inflamatórias[27].

Ademais, há uma forte associação entre o sedentarismo e a prevalência de sarcopenia em idosos, visto que a inatividade física está ligada à diminuição funcional do sistema muscular, especialmente no que se refere à velocidade da marcha. Essa situação pode gerar um ciclo, pois além do sedentarismo ser um dos fatores responsáveis pelo desenvolvimento da sarcopenia, esta também tem como consequência o baixo nível de atividade física, já que o idoso sarcopênico apresenta redução da sua capacidade funcional[39].

Mendes *et al.* (2016)[35] afirmam que o sedentarismo é um dos fatores que contribuem para a perda da massa muscular, por estar relacionado ao desequilíbrio entre a síntese e a degradação proteica, em que a taxa de degradação proteica aumenta em relação a síntese, prejudicando a funcionalidade dos idosos[35]. Resende *et al.* (2017)[40] enfatizam que a perda de massa muscular está diretamente relacionada ao desempenho do músculo esquelético, portanto, a atividade física contribui para a prevenção ou recuperação da massa muscular reduzida.

Nesse sentido, levando em consideração que o estado nutricional do indivíduo é alterado conforme as inúmeras mudanças que ocorrem espontaneamente no corpo humano, essas transformações podem provocar o desenvolvimento de distúrbios nutricionais, como a desnutrição e a obesidade. Tanto a desnutrição quanto o excesso de gordura corporal contribuem para a perda de massa muscular e o enfraquecimento musculoesquelético[41]. O estudo dos autores supracitados evidenciou que a ingestão restrita de proteínas favorece o

desenvolvimento da sarcopenia em idosos. Isso ocorre porque a proteína é o principal nutriente associado ao aumento e regeneração de massa muscular.

De acordo com Silva *et al.* (2006)[16], a nutrição inadequada de proteínas causa declínio da massa muscular que geralmente acontece devido à perda de apetite, redução do paladar e olfato e alteração na saúde oral dos idosos. Os fatores psicossociais, econômicos e o uso de medicamentos também estão relacionados com a desnutrição. Além disso, Kim e Park (2020)[8] ratificam que a desnutrição proteica pode promover o desenvolvimento da sarcopenia. Isso se dá uma vez que a nutrição adequada em relação à quantidade de energia, proteínas e micronutrientes, como a vitamina D é importante para a saúde do idoso, prevenindo e tratando a sarcopenia[27], concordando com Mareschal *et al.* (2020)[11] quando alegam que a ingestão adequada de proteínas desempenha papel central no desenvolvimento e na manutenção da massa e força muscular.

Quanto às alterações do meio endócrino, o envelhecimento cursa com redução dos hormônios testosterona e andrógenos adrenais. A testosterona é considerada o hormônio mais importante para o ganho de massa muscular, em decorrência do aumento das fibras musculares; já os hormônios androgênios possuem função de estimular a síntese proteica e o recrutamento das células satélite. Dessa forma, a diminuição desses hormônios altera suas funções, afetando a musculatura esquelética e contribuindo ainda mais para a perda muscular[16].

O desequilíbrio entre os fatores de crescimento e de degradação da massa muscular têm sido considerados como uma das principais causas da sarcopenia[42]. Os principais fatores de crescimento são: folistatina (FST), proteína óssea morfogênica (BMP) e fator neutrófico procedente do cérebro (BDNF), importantes agentes no desenvolvimento e manutenção da massa muscular. Quanto aos fatores de degradação da massa muscular, os principais são: fator de diferenciação-15 (GDF-15), IL-6 existente em inflamação crônica (*inflammaging*), disfunção na junção neuromuscular (JNM), agrina C-terminal (CAF) e insuficiência contráctil de ligação à tropomiosina (sTnT)[27].

Além disso, Walston (2012)[36] refere que a *apoptose* ou morte celular programada também é um fator que contribui para o desenvolvimento da sarcopenia e, portanto, para o declínio da massa muscular.

COMPLICAÇÕES

A sarcopenia acarreta diversos prejuízos à saúde do idoso, uma vez que aumenta o risco de quedas e fraturas; prejudica a capacidade de realizar atividades da vida diária; diminui a mobilidade; causa dependência do cuidado e; aumenta o risco de hospitalização e o tempo de internação[3,4]. Tal qual Pillatt *et al.* (2018)[30] e Cruz e Contenças (2019)[5], essa condição afeta o equilíbrio e causa alterações na marcha do idoso, aumentando, dessa forma, o risco de quedas e mortalidade.

Existe uma relação clara entre diminuição da massa e força muscular e perda da independência funcional, contribuindo para o risco de quedas, fraturas e necessidade de hospitalização. Além de comprometer a mobilidade, a sarcopenia tem repercussões metabólicas importantes, influenciando na regulação da glicose, equilíbrio de proteínas, controle de temperatura, entre outros[13]. Para Oliveira, Nogueira-Machado e Chaves (2010)[43] e Han *et al.* (2016)[44], a sarcopenia não só interfere seletivamente na redução da massa muscular, como também provoca perda global de toda a massa corporal, ocasionando deterioração progressiva das células e do funcionamento de todos os órgãos durante o envelhecimento.

Andrade *et al.* (2018)[45] e Souza *et al.* (2020)[46] inferem que a perda da massa, da força e da função muscular é um processo natural do envelhecimento que afeta todos os músculos do corpo humano, inclusive os mastigatórios, portanto, a sarcopenia também está associada ao comprometimento da deglutição (disfagia sarcopênica). A disfagia pode ser definida como a dificuldade em deglutir o alimento da cavidade bucal até o estômago, sendo uma situação prevalente na população idosa devido a alterações funcionais decorrentes do avanço da idade.

DIAGNÓSTICO, PREVENÇÃO E TRATAMENTO

Silva *et al.* (2006)[16] relatam que o exame de imagem mais indicado para o diagnóstico da sarcopenia é a densitometria óssea, pois avalia a composição corporal, por meio da massa óssea, massa magra e massa adiposa total. Esse método de exame tem preços mais acessíveis se comparado a outros e possui pouca radiação ionizante. Devido a facilidade de acesso, baixo custo e alta sensibilidade, esse exame é bastante prescrito para o público idoso.

Atualmente, os métodos diagnósticos disponíveis para mensuração da massa muscular esquelética são: tomografia computadorizada (TC); ressonância magnética (RM); absortometria radiológica de dupla energia (DEXA); análise bioimpedância elétrica (BIA); excreção de creatinina; e antropometria. A TC, RM e DEXA são consideradas técnicas de imagens muito precisas, todavia, são métodos de alto custo que limitam o uso na prática[34].

Outro critério que pode ser usado para diagnosticar a sarcopenia é a utilização de baixa massa muscular e baixa função muscular (força e velocidade). O Consenso Internacional de Sarcopenia classifica como indivíduos sarcopênicos aqueles que apresentam velocidade de caminhada ≤ 1 m/s ou que caminhem menos de 400 m durante seis minutos, e que apresentem índice de massa muscular apendicular com dois ou mais desvios padrão abaixo da média de uma população saudável de 20 a 30 anos [47].

Com o avanço da medicina, a sarcopenia passou a ser diagnosticada por meio de uma triagem comunitária, onde se avaliam os seguintes critérios: dificuldade do idoso em carregar peso, necessidade de ajuda para deambular, quedas recorrentes, dificuldade em transferência de cadeira para cama e para subir escadas. Duas respostas positivas já são consideradas para o diagnóstico da sarcopenia[4849].

Quanto à prevenção da sarcopenia, ela é possível com atividade física regular e alimentação adequada. Para o tratamento, recomenda-se mudança dos hábitos e estilo de vida, bem como o uso de suplementos e medicamentos[12]. Nesse sentido, Mareschal *et al.* (2020)[11] reforçam que as intervenções nutricionais e de exercícios físicos combinados são eficientes para prevenir e tratar a sarcopenia, melhorando a massa muscular, força e desempenho físico do idoso.

Vale salientar que, quando não tratada, a sarcopenia tem alto custo pessoal, social e econômico, visto que gera incapacidade funcional e, em termos financeiros, é uma condição cara para os pacientes e para os sistemas de saúde[3]. Tendo em vista o exposto, a atuação da fisioterapia tem como objetivo avaliar e tratar o distúrbio funcional para, dessa forma, proporcionar um envelhecimento saudável e com qualidade de vida[5].

BENEFÍCIOS DOS EXERCÍCIOS RESISTIDOS

A atividade física regular já é evidenciada por muitos autores como essencial para a promoção da saúde e qualidade de vida, não só para os idosos, mas também para os jovens. Os exercícios físicos realizados ao longo da vida podem ser um dos fatores responsáveis pelo aumento da expectativa de vida[18,50], uma vez que os exercícios físicos são fundamentais para

a saúde do corpo e da mente e, na terceira idade, eles interferem positivamente nas capacidades funcionais e aprimoramento de habilidades do idoso. Ademais, quanto mais os idosos praticam exercícios físicos, menor a tendência de apresentarem sarcopenia[26,32].

Os exercícios resistidos são considerados os mais indicados para o público idoso porque promovem o fortalecimento muscular[18, 47]. A prática regular desses exercícios contribui para o aumento da densidade óssea, massa muscular, taxa metabólica, gasto calórico, hormônios anabólicos, sensibilidade à insulina e auxiliam na redução da gordura corporal, colesterol, triglicérides e níveis de cortisol[51]. Além disso, os exercícios resistidos promovem inúmeros benefícios, tais como o aumento da flexibilidade, da resistência e da potência muscular. Além disso, há inúmero benefícios em relação à qualidade de vida, uma vez que se percebe a melhora na velocidade de caminhada; aumento do equilíbrio e redução na incidência de quedas, prevenindo prevenção de lesões. Vale salientar ainda outras melhoras corporais, como a redução da gordura corporal; melhoria da saúde celular; melhoria do estado inflamatório; e aumento da densidade e do conteúdo mineral ósseo[52].

Lopes *et al.* (2015)[22] e Mareschal *et al.* (2020)[11] elencam ainda que os benefícios do treinamento de força para os idosos incluem a redução da pressão arterial e frequência cardíaca, aumento da massa óssea e muscular, aumento da mobilidade articular, redução de gordura localizada, melhora da sensibilidade à insulina, melhora dos parâmetros metabólicos, redução de processos inflamatórios e degenerativos, diminuição de quedas e fraturas, aumento da capacidade funcional para as atividades diárias, aumento da autoconfiança, além do alívio das tensões emocionais e redução do risco de mortalidade.

CLASSIFICAÇÃO DOS EXERCÍCIOS RESISTIDOS

Quanto ao material a ser utilizado, os exercícios resistidos são classificados como pesos livres e máquinas (Quadro 1). Os exercícios com pesos livres permitem um movimento mais natural da articulação e são realizados com barras, halteres e anilhas, porém, exigem maior nível de equilíbrio e coordenação. Dessa forma, os exercícios realizados em máquinas são mais recomendados porque facilitam a execução do movimento e são mais seguros. O Colégio Americano de Medicina do Esporte considera a combinação de ambos os exercícios para otimizar os resultados[49].

Quadro 1 – Vantagens e desvantagens da utilização de pesos livres e máquinas

	VANTAGENS	DESVANTAGENS

Pesos livres	• Movimentos mais naturais • Maior ativação de músculos estabilizadores • Maior possibilidade de variações • Melhor custo-benefício	• Maior supervisão • Maior risco de lesão • Mais pontos de descanso
Máquinas	• Facilidade de aprendizado e manuseio • Isolamento de músculo alvo • Maior segurança • Menos ponto de descanso	• Menor funcionalidade • Menor ativação de musculatura estabilizadora • Não seguir o padrão natural da articulação

Fonte: Afonso, 2019[49]

Fleck e Kraemer (2017)[53] salientam que os exercícios resistidos são conhecidos como treinamento de força e são caracterizados por envolverem exercícios que exijam movimentos de contração muscular contra uma força de oposição. Esses exercícios possuem várias modalidades, sendo que os exercícios resistidos são considerados aqueles realizados com pesos livres ou algum tipo de aparelho com carga. Esse treinamento obtém resultados em ganhos de massa muscular, resistência, potência e força máxima.

Os exercícios resistidos consistem na realização de contrações dinâmicas ou estáticas contra uma resistência por meio de levantamento de peso, uso de faixas elásticas ou de equipamentos de resistência. Esses exercícios induzem a secreção de hormônios andrógenos e anabólicos, que promovem aumento da massa muscular e melhoram a capacidade de resistência[13].

Ferreira *et al.* (2019)[31] alegam que a adesão aos exercícios resistidos é importante para conservar a capacidade de mobilidade funcional e autonomia dos idosos. Para estes autores, a musculação é o tipo de treinamento mais indicado porque permite o ganho de massa óssea, melhora a mobilidade funcional e proporciona flexibilidade, equilíbrio, coordenação e agilidade. Abreu (2007)[17] refere que os exercícios resistidos são mais eficazes para os idosos do que os *aeróbios* (caminhada, natação, bicicleta ergométrica), pois eles impendem a perda da mobilidade e a atrofia muscular, enquanto os aeróbios apenas preservam a flexibilidade.

MOVIMENTOS ENVOLVENDO MEMBROS INFERIORES

O envelhecimento propicia a redução de massa muscular e sua capacidade funcional, sendo consideravelmente mais pronunciada nos membros inferiores do que em outras regiões do corpo. Por isso que os idosos têm mais dificuldade para deambular, aumentando o esforço para a execução de tarefas diárias, como caminhar e ficar de pé[54].

Afonso (2019)[49] infere que, ao selecionar exercícios resistidos para idosos, a atenção primária deve ser dada para o fortalecimento dos membros inferiores, visto que a redução dos níveis de massa e força muscular relacionados com o avanço da idade são mais acentuados nesses membros do que em outras partes do corpo.

Os grupos musculares mais importantes para o fortalecimento muscular dos membros inferiores em idosos são o reto femoral, isquiotibiais, glúteos, gastrocnêmio e sóleo. Esses músculos são considerados essenciais durante a marcha, equilíbrio postural e estabilização dos membros inferiores e quadril, e seu fortalecimento pode ser obtido por meio da prática de exercícios resistidos com uso de pesos livres ou equipamentos; salientando-se que quando comparado com os exercícios livres, os exercícios realizados em equipamentos são mais fáceis e seguros[51].

O reto femoral desempenha um importante papel no ciclo da caminhada, visto que além de um extensor de joelho, é um flexor do quadril. Os músculos extensores do joelho (quadríceps) e do quadril (glúteo máximo e isquiotibiais) também são importantes para as atividades de caminhada e movimentos de levantar-se e se sentar[49]. O *gastrocnêmio* e o músculo sóleo são músculos da região posterior da perna e são responsáveis pelos movimentos de flexão plantar; esses músculos auxiliam na manutenção do equilíbrio, seja na posição em pé ou no ciclo de caminhada. Além disso, glúteo médio e o glúteo mínimo são fundamentais para estabilizar os quadris durante o ciclo de caminhada[51].

Tendo em vista que o foco dos exercícios deve ser nos membros inferiores, o agachamento é um dos movimentos mais importantes, pois faz parte das atividades da vida diária (sentar-se e levantar-se, por exemplo) e é indicado porque recruta vários músculos durante sua execução[51]. Jeon *et al.* (2018)[55] afirmam que os exercícios de agachamento melhoram a função muscular de pacientes sarcopênicos e melhoram também a função respiratória. Por ser um exercício difícil para alguns idosos, ele deve ser realizado com cuidado para evitar o risco de quedas e lesões. Trata-se de um exercício bem conhecido pela população, sendo responsável pelo fortalecimento do quadríceps, isquiotibiais, glúteos e ossos, e pela melhora da função dos músculos centrais, equilíbrio e capacidade de locomoção.

O agachamento pode ser realizado de várias formas, como na barra livre, porém, deve ser avaliado se o idoso apresenta alterações nas articulações da coluna ou joelhos para uma execução segura. Uma forma melhor de realizar o exercício é por meio do agachamento no equipamento *Smith*; nesse aparelho o indivíduo que não tem um bom equilíbrio e coordenação se sente mais seguro[51]. No entanto, não são indicados o agachamento livre ou no equipamento Smith para idosos frágeis por causa do aumento da sobrecarga exercida na

coluna vertebral. Uma alternativa segura seria o agachamento com *halter* nas mãos[51]. Apear disso, Vinstrup *et al.* (2017)[56] salientam que o agachamento com peso não é indicado para idosos demasiadamente frágeis, uma vez que, nesses casos, esse exercício deve ser realizado com seu próprio peso corporal e sob a supervisão e ajuda de um profissional.

MOVIMENTOS ENVOLVENDO O TRONCO

A articulação glenoumeral é importante para a prática das atividades diárias porque permite movimentos no plano frontal, sagital e transversal. Os principais músculos envolvidos na movimentação dessa articulação são o peitoral maior, latíssimo do dorso e o deltoide. Nesse sentido, exercícios de *supino* são uma ótima opção para ativação do peitoral maior e da porção anterior do deltoide. A versão tradicional do supino é realizada com barra livre, entretanto, os idosos que não possuem equilíbrio e coordenação para executar esse movimento podem utilizar uma máquina. Para a ativação do latíssimo do dorso, uma alternativa viável é a puxada alta. Para realizar o exercício, vários músculos são ativados: redondo maior, trapézio, bíceps braquial, braquial e braquioradial[51].

O reto abdominal, transverso do abdome, oblíquos internos e oblíquos externos são músculos abdominais que fazem parte da região ântero-lateral do tronco. Esses músculos são fundamentais para o equilíbrio, sustentação de vísceras e estabilização da coluna vertebral, especialmente a região lombar. As principais funções do músculo reto abdominal são flexão do tronco e compressão das vísceras abdominais. Os oblíquos também auxiliam no movimento de flexão do tronco, e o transverso é importante para a estabilização da coluna e o processo de respiração, sendo eles músculos importantíssimos que podem ser fortalecidos por meio de exercícios básicos de flexão de tronco[51].

MOVIMENTOS ENVOLVENDO MEMBROS SUPERIORES

O deltoide é o músculo mais importante para a mobilidade da articulação do ombro, pois ele está diretamente envolvido em todas as tarefas executadas pelos membros superiores. Portanto, os exercícios resistidos de membros superiores tem como foco o fortalecimento desse músculo. Durante o supino, a porção anterior é bastante ativada, já a porção posterior é ativada na remada. Dessa forma, o levantamento lateral é um exercício eficiente e recomendado para ativação da porção anterior e posterior do deltoide[51]. O conjunto de músculos que mantém a estabilidade da articulação do ombro é denominado de manguito

rotador, sendo ele formado pelos músculos supraespinhal, infraespinhal, subescapular e redondo menor, que são responsáveis pela rotação interna e externa do ombro, além de manter a cabeça do úmero na glenoide[49].

RECOMENDAÇÃO PARA A PRÁTICA DE EXERCÍCIOS RESISTIDOS

Albino *et al.* (2012)[57] alegam que o treinamento resistido é eficaz para retardar ou minimizar o processo da sarcopenia; os resultados encontrados são o aumento da capacidade contrátil dos músculos e a hipertrofia muscular. Levando-se em consideração a intensidade do exercício, o treinamento de intensidade moderada a alta é considerado seguro para os idosos e mais efetivo, quando comparado ao treinamento de intensidade baixa.

Apesar dessa indicação, sabe-se que os exercícios resistidos são adaptáveis às condições físicas do idoso e são ideais para aumentar a capacidade neuromuscular e melhorar a força e desempenho dos músculos (LOPES *et al.*, 2015)[22]. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a prática semanal de, pelo menos, 150 minutos de exercícios físicos de intensidade moderada, duas sessões de exercícios resistidos e três sessões de exercícios de equilíbrio para idosos frágeis e com perda da mobilidade[11].

Para obter resultados no tratamento da sarcopenia, é recomendado que os idosos realizem exercícios resistidos de 2 a 3 vezes por semana. Há evidências de que a frequência e intensidade do treinamento estão relacionadas com inúmeros benefícios, como melhora do equilíbrio, modalidade funcional, prevenção de quedas e qualidade de vida dos idosos[58]. É nesse sentido que, de acordo com as diretrizes do *American College of Sports Medicine,* para melhora da força e resistência muscular, deve-se recomendar o treinamento resistido de duas a três vezes por semana[32].

Apesar disso, Abreu (2007)[17] salienta que os exercícios de cada grupo muscular devem ser trabalhados de maneira alternada para evitar fadiga e lesão. Portanto, recomenda-se: frequência semanal de 2 a 3 sessões; 8 a 10 exercícios por sessão; 1 a 3 exercícios básicos para cada grupo muscular; 2 a 3 séries para cada exercício; 10 a 20 repetições por série na fase básica. Após o período de adaptação, são recomendadas 8 a 10 repetições na fase específica; e intervalo entre os exercícios de 30 segundos a 2 minutos. Após o período de adaptação na fase básica, deve-se iniciar o treinamento na fase específica utilizando duas a três séries de oito a dez repetições, com intervalo de descanso entre um e dois minutos. As fases de adaptação e específica devem conter 10 minutos de aquecimento no mínimo, e os exercícios devem ser direcionados para a mobilidade das principais articulações. Quanto ao

ajuste de cargas, considera-se o aumento aproximado de 10% da carga de trabalho toda vez que o idoso conseguir realizar, por duas sessões consecutivas, o limite superior dos exercícios programados[17].

Portanto, para mitigar as disfunções relacionadas com o processo natural do envelhecimento, recomenda-se a prática regular de exercícios resistidos, mas para que o programa de exercícios seja bem-sucedido, é fundamental o acompanhamento profissional para análise das necessidades individuais de acordo com os objetivos, considerando a ação muscular e a segurança em sua execução. Em relação à ação muscular, é importante verificar se o movimento selecionado apresenta uma ação efetiva sobre o músculo que se deseja trabalhar e, quanto à segurança, os exercícios devem ser orientados de forma a minimizar o potencial risco de lesões[51].

Tendo em vista a importância da atividade física para a prevenção da sarcopenia e manutenção da massa e força muscular, Macedo, Gazzolas e Najas (2008)[19] referem que o tratamento fisioterapêutico para idosos que apresentam perda muscular tem evidenciado resultados significativos que retardam e minimizam os efeitos da sarcopenia. Além desses resultados, a fisioterapia promove benefícios na amplitude de movimento (ADM) e velocidade da marcha, bem como reduz o quadro de quedas e melhora a funcionalidade das atividades da vida diária (AVDs). Vale ressaltar que a fisioterapia não trata apenas as disfunções; ela atua também na prevenção, sendo eficaz para uma boa qualidade de vida dos pacientes.

RELATO DE CASO

Tendo em vista as consequências do avanço da sarcopenia em idosos, como visto na revisão anterior, o presente relato de caso descreve o acompanhamento clínico de uma paciente diagnosticado com sarcopenia, enfocando o tratamento instituído, os métodos utilizados e os resultados obtidos ao longo do processo terapêutico, com o objetivo de analisar o acompanhamento clínico.

Paciente M.J.R., 76 anos, sedentária, com diagnóstico médico de microangiopatia cerebral, redução volumétrica encefálica e sarcopenia. Foi realizada uma avaliação fisioterapêutica, na qual foram constatadas fraqueza muscular de membros inferiores (MMII) e superiores (MMSS), além de diminuição da amplitude de movimento (ADM), principalmente em MMSS. Durante a avaliação, foi feita a medição da circunferência da

panturrilha (CP), uma forma de analisar a quantidade de massa muscular e o risco de sarcopenia. A CP inferior a 31 cm é considerada, atualmente, o melhor indicador clínico de sarcopenia, estando relacionada à incapacidade funcional e ao risco de quedas[5960]. O valor obtido da paciente foi 29 cm, assim como é possível ver na figura 5 a seguir:

Figura 5: Circunferência da Panturrilha da Paciente MJR

Fonte: Autora,2023

Durante a consulta, a paciente relatou sentir muitas dores nos MMSS, dificuldade para realizar suas atividades de vida diária (AVDs) e higiene pessoal, indisposição para se locomover e fraqueza muscular para deambular. Diante disso, foi elaborado um plano de exercícios resistidos com foco no tratamento da sarcopenia. As condutas realizadas nas sessões de fisioterapia foram: melhora da ADM e fortalecimento de MMII e MMSS, com exercícios isotônicos e isométricos ativos utilizando bola, thera-band e pesos para MMSS e MMII (3 séries de 15 repetições para cada exercício).

As sessões foram realizadas duas vezes por semana, com duração de 50 minutos, durante um período de seis meses. Na figura 6 abaixo, é registrada sua primeira sessão, o que corroborou efetivamente para a sua melhora.

Figura 6: Paciente MJR, em sua primeira sessão para fortalecimento dos membros inferiores.

Fonte: Autora. 2023

Ao final das sessões e do acompanhamento com a paciente, foram observadas melhora da força muscular, maior disposição para realizar as AVDs, melhora do equilíbrio e redução das dores. Além disso, a paciente relatou não sentir mais dores em MMSS, está mais confiante para passear com seu animal de estimação (cachorro), deambular com mais tranquilidade e se sente mais confiante para realizar suas AVDs, além de não necessitar mais de ajuda para a higiene pessoal. Dessa forma, pode-se perceber a importância dos exercícios resistidos na vida dos pacientes sarcopênicos, bem como sua eficácia no que se refere ao tratamento, tendo em vista a promoção da melhora na força muscular e do equilíbrio, prevenindo quedas futuras e contribuindo para uma melhor qualidade de vida e saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos estudos abordados neste trabalho evidenciou que a prática de atividade física, em especial os exercícios resistidos, vem se caracterizando como um dos métodos mais eficazes para reverter a perda generalizada e gradativa da massa e força muscular nos indivíduos da terceira idade, além de melhorar outras síndromes associadas ao processo de envelhecimento, como artrose e osteoporose[18,22,26,32,47].

Considerando as pesquisas bibliográficas e sistemáticas selecionadas, é unânime que a prática regular de exercícios resistidos tem potencial efeito sobre a prevenção e tratamento da sarcopenia, uma vez que atenua as mudanças fisiológicas relacionadas com o avanço da idade. Para os autores, a adesão ao treinamento de resistência é importante para conservar a capacidade de mobilidade funcional e autonomia dos idosos [11,13,18,19,22,51,56].

O estudo de Albino *et al.* (2012)[54] demonstrou que o treinamento de força muscular e de flexibilidade articular produziram melhoras no equilíbrio corporal de idosas, o que provavelmente poderá influenciar na redução da incidência de quedas e da perda da independência física, assim como na obtenção de melhor qualidade de vida. Jeon *et al.* (2018)[52] destaca que a eficácia do exercício pode diferir dependendo do tipo e intensidade do exercício, bem como das características próprias do indivíduo. Porém, para evitar lesões musculoesqueléticas em idosos frágeis, Vinstrup *et al.* (2017)[53] recomenda que esse exercício seja realizado sem pesos extras e sob supervisão profissional.

Tendo em vista o crescimento acelerado da população idosa, torna-se imprescindível a adoção de hábitos saudáveis para prevenir o risco de doenças e a prevalência de comorbidades, como a sarcopenia. Dessa forma, a prática de exercícios resistidos atua como estratégia importante para aumento da reserva funcional em idosos e amplitude de movimentos[19,48].

A presença de sarcopenia em idosos está associada a resultados negativos, como decréscimo da capacidade funcional e autonomia, aumento do risco de quedas e fraturas, baixa qualidade de vida e aumento da *morbimortalidade*. Dessa forma, os achados sugerem que a prática do treinamento resistido é de suma importância, uma vez que ajuda o idoso na sua independência funcional, psicológica e social. Portanto, a adoção de um estilo de vida fisicamente ativo pode reverter ou pelo menos atenuar as disfunções biológicas relacionadas com o avanço da idade, o que ficou claro não apenas por meio das respostas encontradas na revisão, como também através dos resultados obtidos no relato de caso apresentado.

Espera-se que as informações produzidas contribuam para um melhor entendimento sobre a importância da prática de exercícios resistidos para a manutenção da massa e força muscular em idosos, levando-se em consideração a ação efetiva do treinamento sobre a musculatura pretendida.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Idosos indicam caminhos para uma melhor idade. 2019. Disponível em: www.ibge.gov.br.

2. Vieira SCAL, et al. A força muscular associada ao processo de envelhecimento. Ciências Biológicas e da Saúde. 2015;3(1):93-102.

3. Cruz-Jentoft AJ, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. Age and Ageing. 2019;48:16-31.

4. Paiva Filho E, Prado VB, Andrade DDBC. Síndrome da imobilidade nos idosos associado a sarcopenia na atenção primária a saúde. Brazilian Journal of Development. 2020;6(6):38833-47.

5. Cruz AS, Contenças TS. Avaliação dos indicadores de sarcopenia e de risco de quedas em idosas. Revista Brasileira de Fisiologia do Exercício. 2019;18(2):83-90.

6. Pacifico J, et al. Prevalence of sarcopenia as a comorbid disease: A systematic review and meta-analysis. Experimental Gerontology. 2020;131:1-19.

7. Reijnierse EM, et al. Prevalence of sarcopenia in inpatients 70 years and older using different diagnostic criteria. Wiley Nursing Open. 2018;2(6):377-83.

8. Kim D, Park Y. Amount of protein required to improve muscle mass in older adults. Nutrients. 2020;12:1-13.

9. Filippin LI, et al. Timed Up and Go test as a sarcopenia screening tool in home-dwelling elderly persons. Revista Brasileira de Gerontologia. 2017;20(4):556-61.

10. Pongpipatpaiboon K, et al. Preliminary study on prevalence and associated factors with sarcopenia in a geriatric hospitalized rehabilitation setting. The Journal of Frailty Aging. 2018;7(1):47-50.

11. Mareschal J, et al. Nutritional intervention to prevent the funcional decline in community-dwelling older adults: a systematic review. Nutrients. 2020;12:1-21.

12. Gago LC, Gago FCP. Atualidades sobre o tratamento da Sarcopenia – revisão de literatura. Internacional Journal of Nutrology. 2016;9(4):254-71.

13. Peral JAR, Josa MSG. Ejercicios de resistencia en el tratamiento y prevención de la sarcopenia em ancianos. Revisión sistemática. Gerokomos. 2018;29(3):133-7.

14. Rodrigues ALQ, et al. Treinamento resistido na retardação do processo de sarcopenia em idosos: uma revisão bibliográfica sistematizada. Revista Uningál. 2018;55(2):101-16.

15. Fragala MS, et al. Resistance Training for Older Adults: Position Statement From the National Strength and Conditioning Association. Journal of Strength Conditioning Research. 2019;33(8):2019-52.

16. Silva TAA, et al. Sarcopenia Associada ao Envelhecimento: Aspectos Etiológicos e Opções Terapêuticas. Revista Brasileira de Reumatologia. 2006;46(6):391-7.

17. Abreu FMC. Fisioterapia geriátrica. Rio de Janeiro: Editora Shape; 2007.

18. Câmara LC, Santarém JM, Jacob Filho W. Atualização de conhecimentos sobre a prática de exercícios resistidos por indivíduos idosos. Revista Acta Fisiátrica. 2008;15(4):257-62.

19. Macedo C, Gazzola JM, Najas M. Síndrome da fragilidade no idoso: importância da fisioteragem. Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde. 2008;33(3):177-84.

20. Pierine DT, Nicola M, Oliveira EP. Sarcopenia: alterações metabólicas e consequências no envelhecimento. Revista Brasileira de Ciência e Movimento. 2009;17(3):96-103.

21. Sousa MC, et al. O envelhecimento da população: aspectos do Brasil e do mundo, sob o olhar da literatura. Brazilian Journal of Development. 2020;6(8):61871-7.

22. Lopes CDC, et al. Treinamento de força e terceira idade: componentes básicos para autonomia. Archives of Health Investigation. 2015;4(1):37-44.

23. Alves JED. Transição demográfica, transição da estrutura etária e envelhecimento. Revista Portal de Divulgação. 2014;40:8-15.

24. Veras RP, Oliveira M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. Ciência & Saúde Coletiva. 2018;23(6):1929-36.

25. Pereira LC, et al. Fatores preditores para incapacidade funcional de idosos atendidos na atenção básica. Revista Brasileira de Enfermagem. 2017;70(1):106-12.
26. Reis S, et al. Associação da capacidade funcional com o nível de fragilidade e o risco de desenvolvimento de sarcopenia em idosos. Caderno Científico Fagoc de Graduação e Pós-Graduação. 2019;4:35-42.

27. Gomes IC, Neto LO. Saúde do idoso: um olhar de profissionais de Educação Física. São Paulo: Lura Editorial; 2018.

28. Leite LEA, et al. Envelhecimento, estresse oxidativo e sarcopenia: uma abordagem sistemática. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 2012;15(2).

29. Garcia JM, et al. Relação da capacidade funcional, força e massa muscular de idosas com osteopenia e osteoporose. Fisioterapia e Pesquisa. 2015;22(2):126-32.

30. Pillatt AP, et al. Quais fatores estão associados à sarcopenia e à fragilidade em idosos residentes na comunidade? Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 2018;21(6):781-92.

31. Ferreira MER, et al. Treinamento resistido na qualidade de vida de idosos. Revista Saúde e Meio Ambiente – RESMA. 2019;8(1):52-62.

32. Oliveira DV, et al. A duração e a frequência da prática de atividade física interferem no indicativo de sarcopenia em idosos? Fisioterapia e Pesquisa. 2020;27(1):71-7.

33. Buss V, Conte FA, Franz LBB. Prevalência de sarcopenia em idosos no Brasil: uma revisão de literatura. XXIV Seminário de Iniciação Científica; 2016.

34. Naveira MAM, Ramos LR, Andreoni S. Sarcopenia: definição, aspectos epidemiológicos e fisiopatologia. Revista UNILUS Ensino e Pesquisa. 2017;14(37):65-72.

35. Mendes GS, et al. Sarcopenia em idosos sedentários e sua relação com funcionalidade e marcadores inflamatórios (il-6 e il-10). Geriatrics, Gerontology and Aging. 2016;10(1):23-8.

36. Walston JD. Sarcopenia in older adults. Current Opinion in Rheumatology. 2012;24(6):623-7.

37. Campos MVA, et al. Prevalência de sarcopenia em idosos sedentários de uma instituição de longa permanência para idosos. International Journal of Development Research. 2020;1:33549-52.

38. Resende TIM, et al. Comportamento sedentário e massa muscular reduzida em idosos: um estudo de base populacional. O Mundo da Saúde. 2017;41(4):588-96.

39. Santos NG, et al. Perfil nutricional associado à sarcopenia em um grupo de idosos na cidade de Patos/PB. Journal of Medicine anda Health Promotion. 2020;5(3):13-32.

40. Kalinkovich A, Livshits G. Sarcopenia: The search for emerging biomarkers. Ageing Research Reviews. 2015;22:58-71.

41. Oliveira BF, Nogueira-Machado JA, Chaves MM. The role of oxidative stress in the aging process. The Scientific World Journal. 2010;10:1121-8.

42. Han P, et al. Incidence, Risk Factors, and the Protective Effect of High Body Mass Index Against Sarcopenia in Suburb-Dwelling Elderly Chinese Populations. The Journal of Nutrition, Health and Aging. 2016;20(10):1056-60.

43. Andrade PA, et al. Importância do rastreamento de disfagia e da avaliação nutricional em pacientes hospitalizados. Einstein. 2018;16(2):1-6.

44. Souza IP, et al. Utilização do SARC-F para triagem de sarcopenia em pacientes adultos hospitalizados. Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria. 2020;40(3):99-105.

45. Morley JE, et al. Nutritional recommendations for the management of sarcopenia. Journal of the American Medical Directors Association. 2010;11(6):391-6.

46. Woo J, Leung J, Morley JE. A suitable community-screening tool for sarcopenia? Journal of the American Medical Directors Association. 2014;15(9):630-4.

47. Costa FR, et al. Qualidade de vida de idosos participantes e não participantes de programas públicos de exercícios físicos. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 2018;21(1):24-34.

48. Prudenciatto KC, et al. Exercícios resistidos como estratégia para aumento da reserva funcional em idosos sedentários: revisão de literatura. Archives oh Health Investigation. 2015;4(2):66-73.

49. Afonso C. Guia para seleção de exercícios resistidos em idosos [Dissertação]. Londrina: UNOPAR; 2019.

50. Fleck SJ, Kraemer WJ. Fundamentos do treinamento de força muscular. 4 ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.

51. Ribeiro AS, Afonso AC. Selection-Related Aspects of Resistance Exercises for Elderly. Journal of Health Science. 2019;21(3):208-15.

52. Jeon Y, et al. Effect of squat exercises on lung function in elderly women with sarcopenia. Journal of Clinical Medicine. 2018;7(7):1-9.

53. Vinstrup J, et al. Electromyographic comparison of conventional machine strength training versus bodyweight exercises in patients with chronic stroke. Topics in Stroke Rehabilitation. 2017;24(4):242-9.

54. Albino ILR, et al. Influência do treinamento de força muscular e de flexibilidade articular sobre o equilíbrio corporal em idosas. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 2012;15(1):17-25.

55. Papa EV, Dong X, Hassan M. Resistance training for activity limitations in older adults with skeletal muscle function déficits: a systematic review. Clinical Interventions in Aging. 2017;12:955-61.

56. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. Age Ageing. 2019;48(1):16-31. doi:10.1093/ageing/afy169.

Atenção nutricional a puérperas na perspectiva do autocuidado e integralidade da saúde da mulher em uma maternidade pública potiguar

Nutritional attention to women in the perspective of self-care and integrality of women's health in a potiguar public maternity

Atención nutricional para mujeres puerperales desde la perspectiva del autocuidado y la integralidad de la salud de la mujer en um hospital público de maternidad potiguar

Amanda Gabriela Araújo da Silva

Ana Carine Arruda Rolim

Ricardo Andrade Bezerra

RESUMO

A mulher durante o período puerperal necessita ser atendida em sua totalidade, por meio de uma visão integral que considere o contexto sociocultural e familiar, sendo imprescindível o cuidado quanto ao estado nutricional e a prática da amamentação na saúde da mulher. O objetivo deste trabalho é relatar a experiência da atuação de nutricionista residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Materno Infantil com puérperas atendidas em uma maternidade pública, situada no Rio Grande do Norte, Brasil. A atenção à saúde com perspectiva usuária-centrada tem sido pressuposto da atenção nutricional, a partir de contribuições no cuidado de forma integral e orientada com base nas necessidades de saúde das mulheres, no qual se tem buscado a promoção da saúde e satisfação materna para proporcionar maior suporte no processo de amamentação e para um adequado estado nutricional da puérpera. Assim, a residência multiprofissional em saúde proporciona uma atuação voltada para as necessidades de saúde das puérperas, possibilita a realização de atividades de promoção da saúde nos diversos cenários, permite uma socialização no trabalho e construção de uma identidade profissional, em que a nutrição apresenta papel fundamental na integralidade do cuidado e no fortalecimento do sistema de saúde.

Palavras-chave: Nutrição Materna; Aleitamento Materno; Saúde da Mulher; Período Pós-Parto; Integralidade em Saúde.

Pesquisadores responsáveis pelo custo do projeto, fonte financiadora própria.
A pesquisa não é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado.
Declaramos que não houve conflito de interesse na concepção deste trabalho.

ABSTRACT

A woman during the puerperal period can be attended to in her capacity, through an integrated view that considers the sociocultural and family context, essential to care for the nutritional status and the practice of breastfeeding in the woman's health. This work aims to report an experience of the resident nutritionist of the Multiprofessional Residency Program in Maternal and Child Health with illnesses attended at a public maternity hospital located in the Rio Grande do Norte, Brazil. Health care with a user-centred perspective has been pressured by nutritional care, based on comprehensive care contributions based on the health needs of women, has not qualified for health promotion and maternal satisfaction for users with more significant support in the breastfeeding process and an adequate nutritional status of the puerperal woman. Thus, the multidisciplinary residency in health provide an activity geared to users' health needs, they enable health promotion activities to be carried out in different settings. Furthermore, it allows socialization at work and the construction of a professional identity, in which nutrition presents a fundamental role in comprehensive care and in strengthening the health system.

Keywords: Maternal Nutrition; Breast Feeding; Women's Health; Postpartum Period; Integrality in Health.

RESUMEN

Las mujeres durante el período puerperal deben ser atendidas en su totalidad, a través de una visión integral que considere el contexto sociocultural y familiar, con atención en relación con el estado nutricional y la práctica de la lactancia materna en la salud de las mujeres. El objetivo de este trabajo es informar la experiencia del desempeño del nutricionista residente del Programa de residencia multiprofesional en salud maternoinfantil con mujeres puerperales atendidas en un hospital público de maternidad, ubicado en Rio Grande do Norte, Brasil. Atención de salud con una perspectiva centrada en el usuario ha sido un requisito previo para la atención nutricional, basada en contribuciones de atención integral basadas en las necesidades de salud de las mujeres, en las cuales se ha buscado la promoción de la salud y la satisfacción materna para proporcionar mayor apoyo en el proceso de lactancia y para un adecuado estado nutricional de la mujer puerperal. Así, la residencia multidisciplinar en salud proporciona un desempeño centrado en las necesidades de salud de las mujeres puerperales, permite la realización de actividades de promoción de la salud en diferentes escenarios, permite la socialización en el trabajo y la construcción de una identidad profesional, en la que la nutrición juega un papel fundamental en la integralidad de la atención y en el fortalecimiento del sistema de salud.

Palabras-claves: Nutrición Materna; Lactancia Materna; Salud de la Mujer; Periodo Posparto; Integralidad en Salud.

INTRODUÇÃO

A qualidade da atenção prestada pelos serviços de saúde na atenção à saúde da mulher está intimamente ligada ao controle da morbimortalidade materna. Assim, propiciar uma saúde eficiente e reduzir índices de mortalidade materna são prioridades amplamente discutidas no cenário mundial, em que se levantam estratégias para esses propósitos[1,2]. Avanços vêm acontecendo na atenção à saúde materno infantil nos últimos anos, entretanto, o cenário atual ainda possui maior foco na gestação e nos cuidados com o recém-nascido e muitas vezes têm sido invisibilizado o cuidado com a mulher[3].

Um dos momentos cruciais no cuidado à mulher é o puerpério, popularmente conhecido como resguardo, que apresenta três subdivisões, para facilitar a organização das ações de saúde: o puerpério imediato, o tardio e o remoto. O puerpério imediato é o período de transformações mais críticas no organismo da mulher, e abrange do primeiro ao décimo dia após a parturição. O puerpério tardio se inicia no décimo primeiro dia após o parto e vai até ao quadragésimo quinto dia. A partir do quadragésimo quinto dia inicia-se o puerpério remoto[4].

Sabe-se que neste período ocorrem inúmeras transformações biológicas no organismo da mulher, bem como alterações psicossociais, o que torna imprescindível um suporte de qualidade dos profissionais de saúde com o objetivo de identificar possíveis riscos à saúde para oportuna intervenção. Durante o puerpério imediato, ainda durante internamento da mulher na maternidade, é possível constatar as primeiras alterações de conforto, como o estresse do parto, as dores, a adaptação ao processo de amamentação, a insegurança, o medo, a dependência e os sentimentos de ambivalência e assim programar planos de cuidado[5].

A mulher durante o período puerperal necessita ser atendida em sua totalidade, por meio de uma visão integral que considere o contexto sociocultural e familiar, portanto os profissionais de saúde devem estar atentos e disponíveis para perceber e atender as reais necessidades apresentadas[6]. Entretanto, estudos na área da saúde da mulher que denotam conhecimentos acerca do puerpério e suas peculiaridades denunciam a cobertura insuficiente, falta de assistência e qualidade precária do atendimento à puérpera nos serviços de saúde, deixando algumas lacunas, entre elas a atenção nutricional[7,8].

A nutrição materna exerce um grande impacto sobre a saúde da mulher e para uma boa recuperação da mesma, sendo fundamental que as recomendações nutricionais, que se encontram aumentadas em relação às mulheres adultas, sejam atendidas para garantir aporte nutricional adequado[9].

Diante deste cenário, torna-se perceptível a importância de realizar pesquisas sobre o cuidado nutricional no período do puerpério imediato, considerando a relevância da alimentação saudável e estado nutricional adequado nesse ciclo da vida, bem como discutir sobre a prática da amamentação na saúde da puérpera, com vistas ao aprimoramento dos serviços de atenção à saúde da mulher na sua integralidade. Nesse sentido, o objetivo deste trabalho é relatar a experiência de nutricionista residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Materno Infantil na assistência a puérperas atendidas em uma maternidade pública, situada no Rio Grande do Norte, Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, elaborado a partir da vivência da nutricionista residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Materno Infantil (PRMSMI), da Escola Multicampi de Ciências Médicas (EMCM), da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), com base na sua atuação em uma maternidade pública localizada no município de Caicó, Rio Grande do Norte, Brasil.

A referida instituição é cenário de prática da Residência Multiprofissional em Saúde Materno Infantil desde 2018, sendo este local a referência para 12 municípios da Região de Saúde para parto natural e cesáreo, com um total de 16 leitos de obstetrícia.

O PRMSMI propõe-se como perfil a formação de profissionais da área da saúde, em nível de pós-graduação *lato sensu*, que compreendam as dimensões do processo de atenção à saúde e gestão de sistemas e serviços de saúde, especificamente na área hospitalar da Saúde da Mulher e da Criança, por meio de uma perspectiva interdisciplinar, intersetorial e interinstitucional, considerando suas competências profissionais (núcleo do saber) integradas aos diferentes saberes e práticas (campo comum) que configuram os núcleos de conhecimento de cada profissão.

A residência multiprofissional em saúde materno infantil tem duração de dois anos, com uma carga horária total de 5.760h, no qual 1.152h são destinadas a carga horária teórica e 4.608h para atividades práticas, correspondendo a uma carga horária semanal de 60h, sendo cumpridas nos turnos manhã e tarde. O PRMSMI compõe as áreas profissionais de: enfermagem, psicologia, farmácia, nutrição, serviço social e fisioterapia[10].

A coleta de dados desse estudo se deu por meio da observação participante e diário no campo de prática na rotina da maternidade, vivenciadas no período de março a maio de 2020. As observações foram realizadas a partir dos principais assuntos de interesse para a equipe de nutrição, com base nos roteiros de anamenese e fichas de acompanhamento nutricional que são rotineiramente aplicados com as pacientes internadas na instituição. No diário de campo foram registrados os principais assuntos discutidos com as puérperas durante as visitas às enfermarias, sobretudo as dúvidas e dificuldades relacionadas à nutrição mais frequentemente relatadas.

As informações nesse trabalho são descritas conformes às observações e condução das atividades, desse modo se insere nas condições previstas pela Resolução 510/2016[11], referente às pesquisas em saúde, como aquela que objetiva o aprofundamento de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, apresentando informações relacionadas às implicações dos autores nas observações e condução das atividades, portanto não necessitou da submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Como a coleta de dados desse estudo ocorreu em período de pandemia da COVID-19 ressalta-se que as atividades de rotina do PRMSMI na instituição foram desenvolvidas seguindo as recomendações do Ministério da Saúde (MS) de correta utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), distanciamento social e frequente higienização das mãos. Destaca-se que a maternidade supracitada não é porta de entrada obstétrica para casos suspeitos ou confirmados de COVID-19.

As ações de atuação da nutrição no cuidado puerperal são baseadas nos princípios da Educação Alimentar e Nutricionais[12], que visam promover autocuidado, autonomia e a adoção voluntária de práticas alimentares saudáveis e a partir de diálogos que possibilitem as mulheres refletirem sobre suas práticas alimentares e encontrar maneiras de melhorar seus hábitos de vida.

As ações realizadas são desenvolvidas conforme as principais demandas observadas nas visitas e questionamentos referidos pela própria puérpera, em que os principais temas abordados são: alimentação saudável, ganho/perda de peso, suplementos e aleitamento materno. As ações descritas neste estudo foram precedidas da escuta, do estabelecimento de relações de vínculo e confiança e no reconhecimento das necessidades das puérperas, considerando sua autonomia, participação ativa e respeito à diversidade de opiniões e perspectivas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Autocuidado e atenção alimentar e nutricional à mulher no puerpério

Prestar assistência nutricional às mulheres no puerpério é uma experiência desafiadora e de relevância na formação do nutricionista em atenção à saúde materno infantil, uma vez que requer do profissional empatia e olhar minucioso para as condições clínicas e biopsicossociais que estão relacionadas a esse ciclo da vida, sendo a alimentação e nutrição aspectos essenciais para uma boa recuperação e promoção da qualidade de vida. Para o residente de nutrição, a vivência nessa assistência se configura como uma oportunidade de evoluir profissionalmente, ao desenvolver habilidades de avaliação e condutas específicas às puérperas.

O puerpério é um momento impreciso e peculiar a cada mulher e o apoio da equipe de saúde é fundamental nesse ciclo da vida. A assistência no puerpério imediato auxilia as mulheres durante o processo de pós-parto, contribuindo para o bem-estar materno e neonatal, portanto, recomenda-se uma visão humanizada e mais abrangente do processo saúde-doença que considera a pessoa como um todo, para estabelecer a integralidade do cuidado e valorização dos aspectos subjetivos envolvidos[7,13].

As alterações fisiológicas que ocorrem no corpo da mulher durante o ciclo puerperal podem afetar seu estado nutricional, interferir no controle da saciedade e levar ao aumento da ingestão de alimentos, sobretudo com elevada densidade calórica, adicionado a isso, observa-se associação entre hábitos alimentares inadequados com a retenção de peso no puerpério[9].

A orientação nutricional durante e após a gestação pode minimizar intercorrências no pós-parto e auxiliar na perda de peso no processo puerperal. Ademais, a dieta materna pode sofrer influências econômicas, sociais e culturais, no qual muitas há presença de diversos tabus que causam interferências nas escolhas alimentares nesse período, sendo uma etapa envolvida por crenças populares, interferência familiar e a cultura regional propiciando o consumo ou a restrição de determinados alimentos que podem influenciar na saúde da mulher, bem como na prática da amamentação[9,14].

A promoção do autocuidado e da autonomia são elementos centrais da Educação Alimentar e Nutricional (EAN)[12], nesse sentido, as orientações são realizadas a partir de abordagens ativas, possibilitando o diálogo focado nas necessidades de saúde de cada mulher.

As visitas ao leito das puérperas para realizar a orientações são feitas quando as mesmas se encontravam conscientes, orientadas, após descanso do parto e em momentos em que elas estivessem confortáveis e atentas, de modo a otimizar o processo de troca de conhecimento e compreensão quanto as informações prestadas. O que demonstra, nesse sentido, que as maternidades são potentes espaços de acolhimento das usuárias, escuta qualificada, incentivo ao autocuidado e efetividade da promoção da saúde.

Por meio do diálogo entre mãe e profissional foram realizadas orientações acerca do estado nutricional da mulher e sobre importância de uma alimentação saudável e adequada durante esse período, a partir da utilização de estratégias de educação alimentar e nutricional e de promoção da alimentação saudável para valorizar as referências presentes na cultura alimentar da mulher e/ou de sua família.

É possível observar que muitas vezes a mulher e/ou a família pode não estar organizada ou preparada para tudo que se apresenta no momento, podendo-se perceber por algumas vezes a presença de sentimentos de ansiedade, medo e incapacidade. As mudanças hormonais logo após o parto devem ser compreendidas pelos profissionais que prestam assistência, e ademais orientar a mulher e a sua família para minimizar a insegurança e fortalecer a rede de apoio diante das possíveis dificuldades[15,16].

A literatura demonstra diferencial na assistência prestada a puérperas, apesar da universalização do acesso, em que as desigualdades regionais, sociais e econômicas, seguem determinando importantes desigualdades na obtenção de cuidado adequado, segundo parâmetros assistenciais mínimos[17]. Mulheres com maior escolaridade e integrantes de classes econômicas mais altas possuem mais chances de realizar consultas de puerpério, o mesmo acontece quando se compara as diferenças no atendimento recebido pelas usuárias do sistema público e as do setor privado de saúde[18].

Como a ocorrência de problemas de saúde é mais frequente na primeira semana pós-parto, o Ministério da Saúde (MS) recomenda uma visita domiciliar neste período, o retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde, de 7 a 10 dias após o parto e o agendamento de uma segunda consulta antes do término do puerpério[13]. Estudos quanto aos procedimentos no período puerperal denotam uma proporção maior de ações destinadas ao cuidado com os recém-nascidos, o que parece reforçar a desvinculação entre a saúde da mãe e a do bebê, e a transferência do cuidado da saúde materna para a saúde da criança em detrimento do olhar para a saúde da mulher[8]. Nesse sentido, ressalta-se a importância do olhar

dos profissionais para a mulher, que também necessita de atenção integral nesse momento de sua vida.

Considera-se que as orientações realizadas pelas equipes de saúde da nutrição antes da saída da mãe da maternidade têm sido importantes para promover um estado nutricional adequado, uma vez que trabalhos realizados em diferentes regiões do Brasil revelam que no período puerpério as práticas alimentares de mulheres são permeadas por crenças, proibições e modificação do consumo alimentar[9].

A partir do presente estudo observou-se que a relação profissional nutricionista e puérpera permite estabelecimento de vínculo com as usuárias de modo que estas se sintam apoiadas, esclareçam suas dúvidas e se realize troca de conhecimentos profissional-usuária. As principais temáticas verificadas a cerca da alimentação e nutrição que geram dúvidas nas mulheres no puerpério são a redução de peso pós-parto; alimentos permitidos e a serem evitados, suplementação e aleitamento materno.

As mulheres foram orientadas sobre a suplementação de ferro diariamente até o terceiro mês pós-parto, considerando que a suplementação profilática com sulfato ferroso é uma medida com boa relação de custo efetividade para a prevenção da anemia. No Brasil, são desenvolvidas ações de suplementação profilática com sulfato ferroso pelo Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF)[19].

As orientações durante o internamento na maternidade no puerpério imediato constituem-se como oportunidade que as mulheres possuem para verificar seu estado nutricional, como por exemplo, através dos exames bioquímicos realizados, assim, deve-se considerá-la também como uma chance para que o profissional possa atuar qualificadamente na promoção e na recuperação de sua saúde. Ressalta-se a importância de que as orientações sobre alimentação e saúde aconteçam desde o pré-natal e persista durante o puerpério, com o objetivo de garantir uma boa condição de saúde tanto para a mulher quanto para o recém-nascido, bem como de possibilitar à mulher uma experiência de vida saudável e agradável nesse período.

A assistência nutricional tem sido fornecida de modo com que a mãe seja uma participante ativa neste processo e protagonista no seu cuidado, promovendo autonomia para as tomadas de decisões e contribuindo para melhora da qualidade da atenção na perspectiva do olhar ampliado para o ser mulher no puerpério.

A atenção à saúde com perspectiva usuária-centrada tem sido pressuposto para atenção nutricional, considerando as contribuições da residência multiprofissional a partir do cuidado de forma holística, integral e orientada com base nas necessidades de saúde das usuárias. O reconhecimento de demandas no contato com as puérperas ainda na maternidade tem sido o passo inicial para o planejamento da atenção alimentar e nutricional, alicerçado na escuta, sensibilidade, acolhimento e vínculo, sendo realizadas adaptações da dieta hospitalar da puérpera, a depender da presença de comorbidades, alterações gastrointestinais, alergias e/ou intolerâncias alimentares, bem como suas preferências e aversões a alimentos ou preparações.

Nessa perspectiva, a residência multiprofissional tem buscado promover a participação e exercício de cidadania das puérperas, em busca de autonomia e uma gestão de cuidado que incorpora a colaboração entre equipe e usuários do serviço de saúde em seu cenário de prática, em oposição a uma atuação meramente prescritiva.

Atenção à saúde da mulher na prática da amamentação

Para o nutricionista residente a experiência na atenção à mulher na prática da amamentação constitui uma valiosa agregação de conhecimentos e habilidades para sua formação em saúde materno infantil, uma vez que, durante a graduação, muitas vezes, o preparo para lidar com o manejo e as dificuldades inerentes à amamentação podem ser insuficientes. A vivência direta no apoio, incentivo e manejo do aleitamento materno é de fundamental importância para que o profissional nutricionista, uma vez que possibilita ampliação dos seus saberes relacionados ao assunto e uma atuação com maior habilidade em auxiliar possíveis mães que necessitem de auxílio durante a prática da amamentação.

As escolhas alimentares durante o período de lactação são influenciadas por aspectos culturais, emocionais e socioeconômicos. Cada país possui seus hábitos e tradições no que concerne à alimentação na gravidez e lactação[14,20]. Durante o puerpério, as mulheres necessitam ter acesso à assistência de qualidade, podendo compartilhar suas ansiedades e esclarecer suas dúvidas, para proporcionar-lhe amadurecimento diante essa nova fase de sua vida[5]. É fundamental que o profissional da saúde encontre um equilíbrio entre o científico e o senso comum, desaconselhando práticas prejudiciais e disseminando informações embasadas cientificamente.

O exercício da amamentação e o seu tempo de duração geralmente é uma decisão que acontece ainda antes ou ainda no primeiro trimestre da gestação, em que a intenção de

amamentar no período do pré-natal é um significativo preditor sobre a duração da amamentação[21]. As motivações frequentemente relatadas pelas mulheres que amamentam são: os benefícios para a saúde do bebê, a naturalidade da amamentação e o fortalecimento do vínculo entre mãe-filho[21].

O leite materno é considerando o alimento ideal para o recém-nascido devido às suas propriedades nutricionais e imunológicas. Ele protege as crianças contra infecções gastrointestinais e respiratórias, síndrome da morte súbita do lactente, diabetes, alergias gastrointestinais, respiratórias e cutâneas, incluindo asma e rinite, além de fortalecer o vínculo mãe-filho e reduzir o índice de mortalidade infantil[22].

Durantes as visitas diárias as enfermarias das puérperas buscou-se reforçar o espaço da mulher no que se refere a prática da amamentação, colocando-a como protagonista e promovendo empoderamento e autonomia das mesmas, uma vez que, a prática da amamentação vai além da nutrição da criança, podendo também ser considerada uma maneira natural de criação de vínculo, afeto e proteção para o binômio mãe-bebê.

O Ministério da Saúde (MS) recomenda que a amamentação seja iniciada na primeira hora de vida do recém-nascido, uma vez que, o aleitamento materno ainda na maternidade reduz o risco do aparecimento de fissura ou ingurgitamento das mamas das mulheres, além de evitar ou minimizar o desenvolvimento de anemia, pois previne a hemorragia pós-parto[23]. Por esses e outros benefícios podemos reconhecer o quanto a amamentação traz benefícios e influencia de forma positiva a saúde materna.

A amamentação também proporciona para a mulher a recuperação de seu peso pré-gestacional, pois no pós-parto, quando o organismo da mulher está preparado para lactar, nem sempre ela consome a quantidade necessária de calorias para produzir o leite que o bebê ingere. Se ela estiver amamentando, o organismo garantirá reserva acumulada para a produção do leite[9]. Mulheres que amamentam exclusivamente durante os primeiros meses após o parto apresentam maior perda de peso, uma vez que a quantidade calórica retirada da mãe será maior, assim, caso a mãe interrompa a amamentação precocemente, conserva as calorias que seriam usadas para produzir leite materno, então a puérpera poderá demorar mais tempo para voltar ao peso pré-gestacional[24].

A manutenção do aleitamento por período prolongado continua favorecendo a saúde materna, pois também previne o aparecimento do câncer de mama e de ovário, e adicionalmente, quando mantido em livre demanda e de forma exclusiva, ajuda a prevenir

outra gravidez[23]. Assim, a amamentação oferece inúmeras vantagens ao bebê, à mãe e à família.

Durante as visitas as nutrizes puderam falar confortavelmente sobre as dificuldades em amamentar, além de se realizar a observação da prática, em que era possível identificar possíveis dificuldades, envolvendo principalmente, posicionamento e pega do bebê ao seio e assim, realizar auxílio técnico do manejo correto e adequado, evitando dor na mãe e sucção ineficaz do bebê.

Identifica-se que muitos fatores podem favorecer ou desfavorecer a prática do aleitamento, entre eles, alguns se relacionam à mãe, como as características de sua personalidade e sua atitude frente à situação de amamentar. Outros fatores se aplicam à criança e ao ambiente, como, por exemplo, as suas condições de nascimento e o período pós-parto, além do apoio familiar e fatores circunstanciais, como trabalho materno, condições habituais e culturais de vida, como mitos, crenças e religiões[9,21].

O ciclo social da nutriz pode exercer interferência na decisão de amamentar, e nos primeiros dias a presença do acompanhante na maternidade é fundamental, sobretudo a opinião e apoio dos familiares nos momentos de dificuldades que a mulher enfrenta, exercendo muita influência no pós-parto, um momento em que a mulher pode estar frágil e sensível[9].

Nas visitas e diálogos com as puérperas, por vezes foram percebidas dificuldades com o aleitamento materno no puerpério imediato. As principais dificuldades observadas são a pega incorreta da região mamilo-areolar faz com que a criança não consiga retirar leite suficiente, levando à agitação e ao choro do bebê, provoca dor e fissuras e faz com que a mãe fique tensa, ansiosa e perca a autoconfiança, acreditando que seu leite seja insuficiente e/ou fraco[22]. A presença de fissuras mamilares pode acontecer, sobretudo, nos primeiros dias e, habitualmente, ocorrem quando a amamentação é praticada com o bebê posicionado errado ou quando a pega está incorreta. São realizadas recomendações para tratar as fissuras com o leite materno do fim das mamadas, banho de sol e correção da posição e da pega[23].

As mamas ingurgitadas também podem surgir, sendo mais comum do 3º ao 5º dia após o parto, dessa forma as mães são orientadas sobre a prevenção do ingurgitamento, sobretudo com adequação da pega e a posição para amamentar, e que quando houver produção de leite superior à demanda as mamas devem ser ordenhadas manualmente[23]. A mastite, caracterizada por um processo inflamatório ou infeccioso que pode ocorrer na mama lactante,

habitualmente a partir da 2ª semana após o parto, pode ser consequência de um ingurgitamento indevidamente tratado e nessas situações são necessárias uma avaliação médica para o estabelecimento do tratamento medicamentoso apropriado[23].

O contato pele com pele é incentivado e propicia muitos benefícios, incluindo a liberação de hormônios como a ocitocina. O tocar, o cheiro, o calor estimula a maior liberação da ocitocina, hormônio que atual na ejeção do leite materno, além de aquecer a mama o que leva ao conforto do bebê que se sentirá aquecido, fazendo com que a mãe se sinta segura, menos ansiosa, tranquila e responsiva[23,25].

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que o aleitamento materno seja exclusivo nos primeiros seis meses de vida do bebê, e complementado por outros alimentos por dois anos de idade ou mais[24]. Nesse sentido, durantes as visitas, procurou-se demonstrar apoio e incentivo ao aleitamento, bem como foi esclarecido que o leite materno é suficiente para as necessidades do bebê durante os primeiros seis meses, sem a necessidade de outros líquidos ou sólidos.

Um relatório do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) em relação a cenário mundial da amamentação, com dados de mais de 120 países, divulgou uma prevalência de aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses de 37% e a prevalência de aleitamento materno em crianças com idade entre 20 e 23 meses de 55%[27]. No Brasil, o percentual de crianças amamentadas aos 12 meses de idade evoluiu de 26% em 1986 para 47% em 2006, permanecendo neste nível até 2013 (45%)[28]. Da mesma forma, aumentou o aleitamento exclusivo entre menores de 6 meses, o qual era praticamente inexistente em 1986 (5%) e atingiu 37% em 2013[28].

Os avanços alcançados colocaram o Brasil como um exemplo positivo no âmbito mundial, em razão das intervenções no nível das comunidades, dos serviços de saúde, e do contexto político e econômico[3]. Entre as múltiplas ações, salientam-se a regulamentação do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno, a vigilância pela sociedade civil, formação de profissionais dentro do SUS para apoio à amamentação, intensas campanhas educativas pela mídia, a regulamentação de licença maternidade, e a criação de redes de Hospitais Amigos da Criança e de bancos de leite materno[3]. Apesar do evidente progresso, chama atenção a estabilização dos indicadores entre 2006 e 2013, assim como o fato de que dois terços das crianças menores de seis meses não seguem as recomendações internacionais de aleitamento exclusivo[3].

Observa-se que nos últimos anos o sucesso da amamentação tem sido atribuído à duração dessa prática, todavia, o sucesso em amamentar para muitas mulheres têm sido associado também ao contentamento e satisfação materna e do bebê, e ao impacto no fortalecimento de vínculos e aumento da autoconfiança da mãe[29].

Nesse cenário, é importante ressaltar a importância de uma abordagem integral na atenção ao puerpério, orientar e apoiar a família na amamentação exclusiva, reforçando os benefícios e satisfação da mãe e do bebê, instruir os cuidados com as mamas e estimular ingestão hídrica frequente, alimentação adequada e dieta fracionada, e que seja um processo satisfatório para a mãe. Na assistência nutricional têm sido realizadas intervenções no intuito de promover o aleitamento materno e prevenir o desmame precoce, todavia, ressalta-se a importância do acompanhamento e da continuidade do cuidado, sobretudo na Atenção Básica, considerado uma prática necessária e desafiadora[23].

Ao realizar as ações de orientações que se configuram na intervenção direta do profissional cabe ao nutricionista notificar à equipe, registrar no prontuário a sua intervenção, de forma a reforçar o caráter do atendimento e compartilhamento em equipe multidisciplinar, com o intuito de estabelecer interface da usuária/familiar com a equipe.

A residência multiprofissional tem atuado com vistas a fortalecer as práticas de amamentação em uma abordagem que ultrapasse as fronteiras do biológico e compreenda a nutriz em todas as suas dimensões do ser mulher, desenvolvendo habilidades da escuta, compreensão e oferecendo ajuda às mães com dificuldades na amamentação, promovendo assim a autoconfiança e autoestima.

Nesse sentindo, tem-se buscado a promoção da saúde e satisfação materna a partir de visitas diárias ao leito, compartilhamento de saberes com a puérpera e família, promovendo fortalecimento da rede social para proporcionar maior suporte a superação de obstáculos no processo da amamentação. Além disso, ocorre entrega e orientação de cartilhas elaboradas pelo Ministério da Saúde, bem como a realização incentivo a busca e diálogos com equipes da Atenção Primária a Saúde (APS) para continuidade do cuidado no puerpério.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção nutricional é fundamental na garantia do cuidado integral à saúde da mulher no período do puerpério, sendo importante uma avaliação do seu estado nutricional, incentivo

a uma alimentação adequada e saudável, com respeito a suas crenças e hábitos, bem como apoiar e orientar a mulher e a família para a prática da amamentação, buscando a satisfação e benefícios à saúde para a mulher e para o bebê.

A assistência nutricional se mostra eficaz ao que se propõe, a partir do acolhimento, escuta e levantamento das principais necessidades das mulheres, provendo autocuidado e auxiliando a puérpera e suas famílias nas dúvidas e dificuldades que surgem sobre alimentação ou amamentação. Essas ações potencializam a formação em serviço na residência multiprofissional em saúde, promovem articulação de saberes entre profissionais e usuários do serviço e fortalece o Sistema Único de Saúde, a partir da promoção de saúde nesses espaços.

A formação na modalidade residência é considerada como uma qualificação profissional diferenciada, uma vez que permite o desenvolvimento de saberes e aprimoramento de competências profissionais, possibilita a segurança no desenvolvimento do trabalho, além de verificar-se também um resultado positivo sobre a retenção e a satisfação no trabalho e no desempenho profissional.

Assim, considera-se que as residências multiprofissionais proporcionam uma atuação voltada para as necessidades dos usuários do serviço de saúde, possibilita a realização de atividades de promoção da saúde nos diversos cenários, permite uma socialização no trabalho e construção de uma identidade profissional, em que a nutrição apresenta papel fundamental na integralidade do cuidado e no fortalecimento do sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

1. IPEA. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Inst Pesqui Econômica Apl. 2010;

2. Vega CEP, Soares VMN, Nasr AMLF. Mortalidade materna tardia: Comparação de dois comitês de mortalidade materna no Brasil. Cad Saude Publica. 2017;33(3):1–13.

3. Leal MDC, Szwarcwald CL, Almeida PVB, Aquino EML, Barreto ML, Barros F, et al. Reproductive, maternal, neonatal and child health in the 30 years since the creation of the Unified Health System (SUS). Cienc e Saude Coletiva. 2018;23(6):1915–28.

4. Brasil, Ministério da Saúde (MS), Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília: MS; 2016.

5. Viela MLF, Pereira QLC. Consulta puerperal: orientação sobre sua importância. J Heal NPEPS. 2018;3(1):228–40.

6. Andrade RD, Santos JS, Maia MAC, Mello DF de. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. Esc Anna Nery - Rev Enferm. 2015;19(1):181–6.

7. Laporte-Pinfildi AS de C, Medeiros MAT de. Nutritional care during prenatal and postpartum periods: A report of experiences in a city on São Paulo's coast. Rev Nutr. 2016;29(6):947–61.

8. Laporte-Pinfildi AS de C, Zangirolani LTO, Spina N, Martins PA, Medeiros MAT de. Atenção nutricional no pré-natal e no puerpério : percepção dos gestores da Atenção Básica à Saúde. Rev Nutr. 2016;29(1):109–23.

9. Costa CC, Milani DG, Bárbara HMB, Souza LR de, Alves M de F, Goulart RG, et al. Atenção nutricional materno-infantil no puerpério. Ciência Prax. 2018;11(22):23–30.

10. Souza, Cassia Virgínia de *et al*. A formação em saúde materno-infantil no Seridó portiguar: estrutura, funcionamento, potencialidades e desafios de um programa de residência multiprofissional. In: JACOB, Lia Maristela da Silva. Atenção individual e coletiva à saúde materna e infantil no cenário brasileiro. Campo Grande: Editora Inovar, 2020. Cap. 2. p. 27-36.

11. Brasil. Resolução n°510, de 7 de abril de 2016. Ministério da Saúde. 2016;

12. Brasil. Marco Referencia de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas. Ministério do Desenvolv Soc a Combat à Fome. Ministério. 2012;1–36.

13. Brasil. Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada. Ministério da Saúde. 2006;

14. Alves MMC, Salviano AF, Brito LF, Carioca AAF, Azevedo DV de. Alterações alimentares de nutrizes durante a amamentação. Nutr Clin y Diet Hosp. 2018;38(4):49–56.

15. Pereira TR, Montesano FT, Ferreira PD, Minozzi AS, Beleza ACS. Existe associação entre os desconfortos imediato e a via de parto? Um estudo observacional. Abcs Heal Sci. 2017;42(2):80–3.

16. Gonçalves MF, Teixeira ÉMB, Silva MADS, Corsi NM, Ferrari RAP, Pelloso SM, et al. Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil. Rev gaúcha Enferm. 2018;38(3):1–8.

17. Diniz CSG, Batista LE, Kalckmann S, Schlithz AOC, Queiroz MR, Carvalho PC de A. Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: Dados do inquérito nacional nascer no Brasil (2011-2012). Saúde e Soc. 2016;25(3):561–72.

18. Brasil. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher PNDS 2006 Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança. Ministério da Saúde. 2009;1:1–302.

19. Brasil. Programa Nacional de Suplementação de Ferro: manual de condutas gerais. Ministério da Saúde Secr Atenção à Saúde - Dep Atenção Básica. 2013;1:27.

20. Ravaoarisoa L, Rakotonirina J, Andriamiandriosoa D, Humblet P, Rakotomanga J de DM. Habitude alimentaire des mères pendant la grossesse et l'allaitement, région Amoron'i Mania Madagascar: étude qualitative. Pan Afr Med J. 2018;1–8.

21. Fernandes RC, Höfelmann DA. Intenção de amamentar entre gestantes: associação com trabalho , fumo e experiência prévia de amamentação. Cien Saude Colet. 2020;25(3):1061–72.

22. Nardi AL, Frankenberg AD von, Franzosi OS, Santo LC do E. Impacto dos aspectos institucionais no aleitamento materno em mulheres trabalhadoras: uma revisão sistemática. Cien Saude Colet. 2020;25(4):1445–62.

23. Brasil. Cadernos de Atenção Básica: Saúde da criança Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. Ministério da Saúde. Ministério. 2015;2:1–186.

24. Zanotti J, Capp E, Wender MCO. Factors associeted with postpartum weight retention in a Brazilian cohort. Rev Bras Ginecol e Obstet. 2015;37(4):164–71.

25. Barbosa PXS. Os desafios do aleitamento materno na primeira hora, como enfrentá-los? Diss Espec em Atenção Básica em Saúde da Família da Univ Fed Minas Gerais. 2014;1–20.

26. WHO. The optimal duration of exclusive breadtfeeding: report of an expert

consultation. World Heal Organ Dep Nutr Heal Develpment. 2001.

27. UNICEF. The State of the World's Children 2012. United Natl Child Found. 2012;1–156.

28. Boccolini CS, Boccolini P de MM, Monteiro FR, Venâncio SI, Giugliani ERJ. Breastfeeding indicators trends in Brazil for three decades. Rev Saude Publica. 2017;51:1–9.

29. Senna AFK de, Giugliani C, Lago JCA, Bizon AMBL, Martins ACM, Oliveira CA V., et al. Validation of a tool to evaluate women ' s satisfaction with breastfeeding for the Brazilian population. J Pediatr (Rio J). 2020;96(1):84–91.

Liderança de grupo de pesquisa no ensino superior: relato de experiência

Leadearship a research group in higher education: experience report

Liderazgo de un grupo de investigación en educación superior: informe de experiencia

Sara Taciana Firmino Bezerra
Diana Paula de Souza Rêgo Pinto Carvalho
Rodrigo Jácob Moreira Freitas
Kalyane Kelly Duarte de Oliveira

RESUMO

Objetivo: descrever as atividades de liderança do Grupo de Pesquisa Conhecimento, Enfermagem e Saúde das Populações no biênio 2018/2019. **Método**: Trata-se de um relato de experiência baseado nos registros de atas do grupo. **Resultados**: O grupo foi criado em 2012 e, desde então, desenvolve atividades para impulsionar a ciência e tecnologia na região do semiárido nordestino. Com reuniões mensais, vem realizando cursos e eventos para aprimoramento dos conhecimentos em enfermagem, o que traz benefícios para os alunos de graduação e em suas produções de Trabalhos de Conclusão de Curso, Projetos de iniciação científica, e outros. **Considerações finais:** É preciso encorajar a participação dos alunos de graduação e a inserção dos docentes na pós-graduação stricto sensu para que o grupo se firme na produção científica no cenário nacional.

Palavras-chave: Enfermagem; Grupos de pesquisa; Liderança

ABSTRACT

Objective: to describe the leadership activities of the Group of Research Knowledge, Nursing and Health of the Population in the 2018/2019 biennium. Method: This is an experience report based on the group's minutes records. Results: The group was created in 2012, and since then, it has been developing activities to boost science and technology in the Northeastern semi-arid region. With monthly meetings, it has been conducting courses and events to improve knowledge in nursing, which brings benefits to undergraduate students and in their production of Course Conclusion Papers, Scientific Initiation Projects, and others. Final considerations: It is necessary to encourage the participation of undergraduate students and the inclusion of professors in stricto sensu postgraduate programs so that the group to establish itself in scientific production on the national scene.

Keywords: Nursing; Research groups; Leadership

RESUMEN

Objetivo: describir las actividades de liderazgo del Grupo de Investigación en Conocimiento, Enfermería y Salud de la Población en el bienio 2018/2019. Método: Este es un informe de experiencia basado en el registro de minutos del grupo. Resultados: El grupo se creó en 2012 y desde entonces viene desarrollando actividades para impulsar la ciencia y la tecnología en el semiárido nororiental. Con reuniones mensuales, se ha venido realizando cursos y eventos para mejorar el conocimiento de enfermería, lo que trae beneficios a los estudiantes de pregrado y en la producción de los Documentos de Conclusión de los Cursos,

Proyectos de Iniciación Científica, entre otros. Consideraciones finales: Es necesario incentivar la participación de los estudiantes de pregrado y la inclusión de profesores en programa de posgrado para que el grupo pueda consolidarse en la producción científica en el escenario nacional.

Palabras clave: Enfermería; Grupos de Investigación; Liderazgo

INTRODUÇÃO

O grupo de pesquisa constitui uma das estratégias de contribuição para a formação profissional no nível superior, sendo um dos tripés (ensino, pesquisa e extensão). "Na perspectiva de "grupos", entende-se que o trabalho coletivo deriva da união, em um mesmo espaço físico ou virtual, de diferentes pessoas com interesses comuns"[1].

Dessa forma, os cursos devem promover e incentivar a criação e a participação ativa de sua comunidade acadêmica para fomentar seu desenvolvimento. O grupo de pesquisa envolve pesquisadores, estudantes e pessoal de apoio técnico que está organizado em torno de linhas de pesquisa, segundo uma regra hierárquica fundada na experiência e na competência técnico-científica de líderes[2].

O grupo de pesquisa torna-se espaço de formação, na medida em que o estudante de graduação ou pós-graduação conhecerá as pesquisas desenvolvidas por seus membros, aproximando-se de tipos de delineamentos diferentes. É também espaço de educação permanente para os docentes, ao promover a discussão aberta de temas relacionados às linhas de pesquisas assumidas por seus membros. Para os técnicos, torna-se espaço para desenvolver atividades específicas de pesquisa, que fogem, em parte, de sua dinâmica cotidiana, promovendo o domínio do conhecimento também nessa área. Esses aspectos caracterizam a evolução da educação superior, no sentido de acesso à graduação e pós-graduação, destacando-se as universidades públicas no que se refere ao desenvolvimento de pesquisa[3].

Desse modo, os pesquisadores usam da colaboração em equipe para haver o aumento de suas produções. Outra contribuição dos grupos de pesquisa, é sua atuação no planejamento, execução e avaliação de cursos e eventos científicos, o que amplia seu foco de abrangência, ao permitir a participação de pessoas interessadas, com vistas à divulgação dos conhecimentos produzidos. A participação efetiva nos grupos de pesquisa facilita a aquisição de domínio na submissão e sucesso das publicações em periódicos, na medida em que as pesquisas desenvolvidas adquirem maior qualidade e rigor metodológico, assim como a melhoria na competência da redação científica.

Nesse contexto, o grupo de pesquisa é liderado por um pesquisador, sendo esta uma das competências consideradas imprescindíveis para a atuação do enfermeiro. A liderança é

definida como um processo de influência intencional do líder sobre os seguidores, com vistas ao alcance de objetivos comuns; um dos alicerces de suas características é a formação, de modo que somente a condução competente do processo ensino-aprendizagem pode propiciar a base necessária à atuação satisfatória do enfermeiro-líder[4].

Mediante o exposto, este trabalho tem o objetivo de descrever as atividades de liderança do Grupo de Pesquisa Conhecimento, Enfermagem e Saúde das Populações (GRUPESCES) no biênio 2018/2019. Entende-se que a troca de experiências exitosas, assim como das dificuldades enfrentadas no cotidiano do grupo, promove o crescimento e amadurecimento das práticas desenvolvidas nos grupos de pesquisa, no sentido de conhecer, avaliar e aderir a sugestões vinculadas à essa atividade acadêmica.

MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido pela liderança do GRUPESCES, assumida em 2018. O período corresponde aos anos de 2018 e 2019. O GRUPESCES é vinculado ao Curso de Graduação em Enfermagem, no Campus Avançado de Pau dos Ferros (CAPF) da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN).

O grupo conta com a participação de sete professores doutores pesquisadores, cinco professores mestres pesquisadores, 19 estudantes do curso de graduação e três estudantes de especialização e três técnicos.

Os dados foram coletados a partir dos relatórios do grupo e das atas das reuniões realizadas ao longo do período em questão. No biênio relatado, consta na produção coletiva do grupo o desenvolvimento de 65 artigos publicados, 18 capítulos de livros, 34 trabalhos apresentados em eventos e publicados em anais, 8 projetos de pesquisa institucionalizados, 13 projetos PIBICs e mais de 20 orientações de TCCs. As pesquisas e os estudantes de graduação e pós-graduação foram inseridos no GRUPESCES na medida em que houve abertura de editais do Programa de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), dos Projetos Institucionais de Pesquisa, de Extensão e de Monitoria (bolsistas e voluntários) e do Programa de Pós-Graduação em Ensino (PPGE/UERN).

Descreve-se como foi o processo decisório de liderança, as atividades desenvolvidas, encontros, cursos ofertados, eventos desenvolvidos, assim como o processo avaliativo dessas atividades. Esses relatos estão divididos na sequência: liderança, dinâmica do grupo e definição das linhas de pesquisa.

Por tratar-se do relato da experiência dos líderes, o presente trabalho não foi submetido a comitê de ética em pesquisa com seres humanos, mas observou-se a concordância com as descrições apresentadas, havendo o cuidado de não apresentar experiências dos membros do

grupo, ou qualquer tipo de identificação dos mesmos. Além disso, a proposta de artigo foi submetida e aprovada em reunião ordinária do grupo.

RESULTADOS

O GRUPESCES foi criado em 2012 e congrega pesquisadores, colaboradores e estudantes que investigam e discutem as práticas de saúde e de enfermagem no âmbito da saúde individual e coletiva das populações. Tem por desafio apoiar o processo investigar da enfermagem no âmbito do Curso de Enfermagem CAPF/UERN.

Liderança

Em março de 2018, em reunião ordinária do grupo, foi colocada a necessidade de nova liderança para substituição da líder anterior que iria se afastar para doutoramento. A escolha se deu por unanimidade, considerando a exigência da UERN de ser docente já com nível de doutorado para assumir a liderança. Ou seja, o grupo existia, porém não era consolidado junto à UERN, ficando na classificação "Em consolidação". Uma das metas da nova liderança era de tornar o grupo consolidado na UERN.

Para a consolidação do grupo foi importante a presença de novos professores doutores efetivados no último concurso público, visto ser a titulação de Doutorado uma das exigências para a liderança do grupo pelo CNPq. Porém, devemos situar social e geograficamente as condições de inserção dos cursos no interior do semiárido brasileiro, pois sofremos com falta de professores com a titulação de doutores, sendo em sua maioria, professores apenas mestres, dificuldade de contemplar o ensino, pesquisa e extensão, muitas vezes extrapolando carga horária (CH) de trabalho, dificuldades de fixação dos docentes no interior, o que fragiliza a continuidade das atividades de pesquisa, dificuldades de condições de trabalho, locomoção, e outros determinantes que afetam a saúde dos docentes. Trata-se de pontos importantes para pensarmos o desempenho e o comprometimento do docente junto as atividades do grupo de pesquisa.

Assim, com a chegada dos novos docentes já titulados doutores, foi possível pensar a (re)organização do grupo. Aspectos como os objetivos do grupo e como o mesmo dialoga com as necessidades de pesquisa locorregionais e alinhadas com os objetivos nacionais foram discutidos. Apontou-se como metas: produzir conhecimentos no campo disciplinar da Enfermagem, estimulando os processos de trabalho interdisciplinares, e a produção de saberes e práticas sobre a saúde e a enfermagem; contribuir com os processos de educação em saúde do homem, em seus distintos ciclos vitais - ser humano visto na sua complexidade, ou seja, como indivíduo, família e comunidade; contribuir, mediante o resultado das suas pesquisas e reflexões, com a transformação das condições de vida e saúde das populações no âmbito

nacional, regional e local, bem como, com a consolidação do Sistema Único de Saúde como política social e da Enfermagem como prática social.

As atividades do grupo precisavam fortalecer o próprio corpo docente enquanto grupo, de modo que todos crescessem enquanto pesquisadores em formação. Assim, também objetivou-se fortalecer o processo de pesquisa no Curso de Enfermagem CAPF/UERN, o qual apresenta no seu Projeto Pedagógico do Curso (PPC) as seguintes linhas de pesquisa: (L1) Práticas e Políticas em Saúde e Enfermagem e (L2) Sociedade, Educação em Saúde e em Enfermagem. Desse modo, as atividades voltaram-se para o estudo e planejamento de ações que contribuíssem com as pesquisas desenvolvidas no curso.

Outro desafio da nova liderança foi propor um cronograma de atividades, para além das atividades de ensino, e que conversasse com as atividades de extensão; e construir uma cultura de pesquisa/estudo entre os membros, com encontros periódicos, compartilhamento de demandas e metas. Alguns ajustes nas atividades do grupo foram estabelecidos e são descritos a seguir.

Dinâmica do grupo

O GRUPESCES realiza reuniões mensais, interrompendo suas atividades durante as férias. Nesses encontros, são discutidos coletivamente, o planejamento anual, o delineamento de estudos coletivos, os cursos e eventos a serem organizados, critérios de participação e permanência no grupo.

Quanto aos critérios de participação e permanência no grupo, foi percebido que não havia exigências para manutenção do grupo. Em acordo, ficou estabelecido que no início de cada período, há a divulgação no Departamento de Enfermagem do Edital de abertura de novos membros do GRUPESCES. O corpo discente e docente é convidado a conhecer o grupo e suas atividades e participar ativamente do mesmo. Como critério de permanência, estabeleceu-se a assiduidade, limitando-se a duas faltas consecutivas ou três intercaladas sem justificativa.

Ainda como dinâmica do GRUPESCES, há o planejamento e promoção de cursos em diversos temas relacionados à pesquisa de um modo geral e sua relação com a Enfermagem, mais especificamente. No período em questão, três cursos foram ofertados.

O primeiro foi em setembro de 2018, intitulado I Workshop de Redação Científica. Para ministrar, foi convidada uma professora da Universidade Federal do Ceará (UFC), disponibilizando material de estudo para o grupo e implementando o curso em 2 dias com carga horária de 12 horas/aula.

O segundo curso contemplou Estudos Epidemiológicos em Saúde, ministrado por discente de Pós-Graduação em nível de doutoramento da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Este ocorreu em outubro de 2018 com carga horária de 08 horas/aula.

O terceiro foi o Curso de Utilização do Endnote, ministrado por um dos docentes do GRUPESCES, em abril de 2019 com 04 horas/aula e ocorreu no Laboratório de Informática da Universidade Federal Rural do Semi-árido (UFERSA).

No que se refere à promoção de eventos, o GRUPESCES promoveu, em dezembro de 2018, o I Seminário de Pesquisa (SEMP), e em novembro de 2019 o II SEMP, articulado com a Semana Universitária da UERN. Esses eventos têm como objetivo divulgar entre a comunidade acadêmica as pesquisas que este grupo tem desenvolvido, assim como oportunizar aos participantes encontros de discussão para reflexões acerca de temas relevantes na pesquisa.

O I SEMP teve como tema central "GRUPESCES: 6 anos de vida e pesquisa no Curso de Enfermagem/CAPF". Além da Mesa de Abertura, presidida pela líder do grupo, e participação da coordenação do Curso de Enfermagem e da direção do CAPF, três mesas temáticas instigaram a discussão para criação das linhas de pesquisa do grupo. Pesquisas desenvolvidas na área de Saúde Mental, Pesquisas desenvolvidas na área de Cuidados Clínicos e Pesquisas desenvolvidas na área de Formação e Saúde Coletiva foram combinadas e contaram com a participação de integrantes do grupo, profissionais de saúde, pesquisadores da área e estudantes, membros do GRUPESCES ou de outros grupos no Curso de Enfermagem.

O GRUPESCES teve a proposta de articular os grupos de pesquisa que são ativos no CAPF/UERN com intuito de promover a divulgação das pesquisas que são desenvolvidas e promover um diálogo entre os saberes que são construídos na instituição, uma vez que o *Campus* sedia grupos com experiências exitosas de desenvolvimento com aproximadamente 15 anos de existência até os grupos recém criados e ainda em avaliação pelo CNPq. Para tanto, aconteceu no I SEMP, o I Fórum dos Grupos de Pesquisa do CAPF.

O II SEMP teve como tema “A saúde e os sentidos da equidade”, em conformidade com a programação científica da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN). As mesas desenvolveram discussões acerca: Articulação Ensino-Serviço - A compreensão da equidade em saúde: da Atenção Básica a Alta Complexidade; os 15 anos do Curso de Enfermagem do CAPF/UERN: ressignificando o saber/fazer da enfermagem no Semiárido. Foram promovidos quatro minicursos: Práticas integrativas e complementares em Saúde (PICS); EndNote; Leishmaniose Visceral Humana: aspectos clínicos e laboratoriais; Abordagem Multidisciplinar em tratamento de Feridas.

Em relação aos estudos coletivos, o grupo se propôs a estudar o livro intitulado Guia Prático para redação científica, do autor Gilson Luiz Volpato, publicado em 2015. Em cada encontro, uma dupla de alunos ficava responsável de gerar a discussão sobre uma parte do livro, como forma de melhorar a escrita e o desenvolvimento dos projetos de pesquisa de alunos.

É preciso destacar dificuldades operacionais para o desenvolvimento do grupo. Não há horário adequado, que não ultrapasse as 40 horas de trabalho estabelecidos para os professores. Por contar apenas 1h/a na distribuição de carga horária dos docentes, há dificuldade no tempo para participar das atividades. Como o curso de graduação é diurno, a maior parte das atividades docentes são preenchidas com ensino e extensão. Desse modo, foi utilizado um horário após as aulas para os encontros, o que muitas vezes acaba sobrecarregando seus membros. É preciso observar essas sobrecargas de atividades, nos métodos de avaliação dos grupos de modo a não fragilizar a saúde dos trabalhadores, professores e dos alunos, que também já têm sua grade de atividades preenchidas durante toda a semana.

Por não haver um regimento interno aprovado para o funcionamento do grupo, fica difícil o controle das frequências e permanência dos participantes; escolha do líder e vice líder e tempo de cada gestão; falta de uma gestão compartilhada e descentralizada; há a necessidade de mão de obra para exercer outras funções burocráticas dentro do grupo, como gestão financeira, administrativa, secretariado e organização das redes sociais do grupo.

Por se tratar de uma universidade interiorizada, que não possui um centro de pesquisa fortalecido, como nos grandes centros e capitais, o grupo ainda apresenta dificuldades relacionados ao estímulo institucional, financiamento, participação em editais de pesquisa. Porém, isso só reforça a importância do GRUPESCES para o cenário do semiárido no que diz respeito à saúde das populações e desenvolvimento social dos contextos dessas populações. Há assim, uma tentativa de superação de tais limitações a partir dos esforços individuais e coletivos dos membros do grupo.

Definição das linhas de Pesquisa

Como parte do planejamento das atividades de 2019, em abril deste ano, após inúmeras discussões entre os membros com aproximação de temáticas de pesquisas, definiu-se as linhas de pesquisa do GRUPESCES, como forma de organizar e situar as áreas de atuação de cada professor, bem como as atividades desenvolvidas em pontos estratégicos na área da enfermagem/saúde do semiárido. Assim, de acordo com o que já vinha sendo desenvolvido como atividades de pesquisa do grupo, e as necessidades locais, foram estabelecidas 3 linhas de pesquisa:

- Estudos da assistência à saúde e cuidado de Enfermagem à saúde mental das populações

Esta tem como objetivos: produzir conhecimento sobre os referenciais teóricos que embasam a assistência e o cuidado clínico de Enfermagem em saúde mental; realizar pesquisas no campo da saúde mental que fortaleçam teórico e metodologicamente a ciência Enfermagem;

qualificar a assistência de enfermagem no âmbito da saúde mental às populações nos ciclos de vida nos diferentes pontos da rede de atenção psicossocial. Esta linha conta com 3 pesquisadores

- Estudos da Educação, Saúde Coletiva e Enfermagem e suas interfaces com a saúde das populações.

Os objetivos são: produzir conhecimento com base nos referenciais teóricos da Educação, Saúde e Enfermagem; realizar estudos, debates e pesquisas no que diz respeito à formação em Saúde e Enfermagem, incluindo ensino, aprendizagem e avaliação; congregar, ainda, o conhecimento acerca da Saúde Coletiva, como campo potente de intervenção em Saúde e Enfermagem. Conta com 6 pesquisadores

- Estudos dos cuidados clínicos em Saúde e Enfermagem e da produção de tecnologia e inovação das populações

Produzir conhecimentos para subsidiar o cuidado clínico em Saúde e Enfermagem; Fortalecer a qualidade da assistência em Enfermagem e a promoção de boas práticas em Saúde; contribuir teórico-metodologicamente para a consolidação da Enfermagem enquanto ciência são os objetivos desta linha de pesquisa. Esta linha conta com 4 pesquisadores.

Apesar das linhas traçadas, ainda há a dificuldade de que essas linhas caminhem de forma autônoma e integrada à estrutura do grupo como um todo. É preciso estabelecer lideranças específicas para cada linha e que estas venham a desenvolver atividades próprias, condizentes com os objetivos e metas de cada uma delas, e que ao mesmo tempo, dialoguem e estejam em consonância com o GRUPESCES.

O caminhar autônomo das linhas de pesquisa permitiria maior planejamento estratégico das atividades e objetividade com as necessidades de pesquisa de cada área, otimizando o desenvolvimento e dinâmica do grupo. Porém, ainda esbarra em dificuldades já antes mencionadas. Esta será uma demanda importante para as futuras lideranças do GRUPESCES, visto que precisam superar a falta de envolvimento dos membros junto às atividades do grupo, horário para demandas durante a semana, somando-se às demais atividades já realizadas pelos professores e alunos.

Além disso, não há um Programa de Pós-Graduação em Enfermagem que alimente substancialmente a produção científica do grupo. Com a qualificação do corpo docente, já em andamento, será possível vislumbrar uma Pós-Graduação *Strictu sensu* que dê suporte as necessidades da região. O desenvolvimento de dissertações e teses poderia impulsionar a produção de teorias, tecnologias e métodos para a Enfermagem e saúde das populações do semiárido potiguar.

DISCUSSÃO

O envolvimento do acadêmico e profissional de enfermagem nos grupos de pesquisa permite e facilita o avanço da produção do conhecimento, o que distancia cada vez mais a Enfermagem do velho paradigma da "técnica pela técnica" e permite a ação de uma prática reflexiva, o que pode contribuir fortemente para que a mesma possa consolidar-se como uma profissão fundamentada em base científica própria, que produz e utiliza a ciência[5].

Neste contexto, cabe ressaltar que os grupos de pesquisa são de extrema relevância para o processo de desenvolvimento da Enfermagem brasileira porque realizam pesquisas que qualificam as discussões sobre a formação profissional, a criação e aplicação de novas tecnologias educacionais, os processos de educação permanente e continuada em saúde, a assistência em saúde, a construção e investigação acerca de políticas, programas e projetos sociais, entre tantos outros fatores que influenciam e potencializam intervenções críticas dos profissionais[6].

No Brasil, o primeiro grupo de pesquisa da Enfermagem foi o Núcleo de Estudos e Pesquisa do Idoso (NESPI) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) em 1973 e em 2016 eram 617 grupos de pesquisa cadastrados no Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq; este avanço acompanha a formação dos cursos de pós-graduação da área nas universidades[7].

Entre as subáreas da enfermagem há o predomínio: médico-sirúrgico (20%), saúde coletiva (18,4%), gestão (9,7%), saúde da criança (5%), saúde mental (5%), saúde da mulher (3,4%), materno infantil (2,7%) e outros temas (35,7%), o que demonstra a diversidade de interesses que atraem e juntam pesquisadores, discentes e profissionais para os grupos de pesquisa. Outra informação importante é a associação entre o maior tempo de formação do pesquisador (>5anos) com o maior número de produção com Fator de Impacto quando comparados a líderes de grupos mais recentes[8].

Dessa forma, é imprescindível o trabalho coletivo dentro de um grupo. Uma equipe empenhada liderada por pessoas altamente competentes procurando sempre direcionar no sentido de adquirir um maior conhecimento e experiência, qualificando-se a ele e o grupo cada vez mais uma condição de estabilidade e comprometimento com uma postura mais participativa objetivando e refletindo nas ações dentro da organização.

Em relato descrito também por um grupo de pesquisa na área da Enfermagem, a prática do ensino de conteúdos relacionados a pesquisas também foi descrita como exitosa entre suas experiências. As reuniões são programadas com estudos sistemáticos, tendo em vista o desenvolvimento de projetos direcionados ao referencial teórico adotado no grupo, a teoria das representações sociais. Ocorrem desde apresentação dos produtos de pesquisa, simulação de banca até avaliação da apresentação de trabalhos para eventos científicos ou concurso para

docente. Além disso, o grupo aponta a participação na organização de eventos científicos como colaboração importante para a formação deste pesquisador[9].

Nesse contexto, a atuação do enfermeiro se caracteriza por assumir funções técnicas e administrativas, como planejamento, organização, controle, tomada de decisão, implementação de mudanças e delegação de tarefas e responsabilidades. Desse modo, observa-se o distanciamento que há entre o enfermeiro assistencial e o enfermeiro pesquisador, mais próximo à academia, na participação de grupos de pesquisa. A aproximação daqueles é bem vista pelo aluno de graduação que vê a possibilidade de articulação entre teoria e prática[10].

O espaço para divulgar as atividades e produções dos grupos de pesquisa na área da saúde não são numerosos, mas percebe-se um avanço neste tipo de publicação que visa apresentar o crescimento e evolução dos grupos. Ocorre maior aprimoramento dos métodos, otimização do custeio, padronização dos procedimentos; otimização dos temas de pesquisa, dos locais de pesquisa caracterização a síntese, divulgação, intercâmbio e a ética no conhecimento produzido[11], reafirmando a importância da acurácia e identidade do grupo de pesquisa.

As pesquisas coletivas e integradas nos grupos estão crescendo no espaço nacional das instituições de ensino, e constituem o Diretório dos Grupos de Pesquisa do CNPq. Esta Instituição disponibiliza informações, sobre cada grupo em atividade no Brasil, para serem utilizadas pela comunidade científica e/ou pelas agências de fomento brasileiras[12].

Apesar de não possuir uma Pós-Graduação na área da Enfermagem, a presença do GRUPESCES no rol do Diretório dos Grupos de Pesquisa do CNPq, junto de outros grupos de pesquisa fortalecidos e engajados, nos motiva, enquanto grupo jovem, a continuar as atividades.

Sabe-se que o grupo está em consonância com as metas dos Planos Nacionais de Pós-Graduação e a expansão e interiorização da Educação Superior, contribuindo para a obtenção das metas 13 e 14 do PNE 2014-2024[13]. Em suas recomendações, propõe como necessidade para a redução das assimetrias regionais, fomentar a interiorização da pós-graduação, assim como apoiar iniciativas de grupos com potencial para a pesquisa Inter e Multi espalhados em vários pontos do país. Desse modo, reconhecemos que o grupo cumpre um papel importante no desenvolvimento científico e regional do semiárido[13-14].

Destaca-se que o semiárido potiguar possui características específicas (geográficas, sociais, econômicas e de saúde) que apontam para a importância e necessidade do desenvolvimento da região, que ainda sofre com os impactos negativos das prolongadas estiagens, potencializadas cada vez mais pela crise climática com riscos à desertificação, baixo investimento em infraestrutura e políticas públicas efetivas para o desenvolvimento social, econômico e de saúde, situação que coloca os grupos populacionais em situação de vulnerabilidades e iniquidades sociais e de saúde. É importante citar ainda as especificidades

da região, para além das condições socioambientais, mas também no que tange às necessidades em saúde das populações do campo, populações negras, quilombolas e indígenas, e minorizados sexuais LGBTQ+. Não à toa, os objetivos e atividades do grupo apontam para as populações da região como copartícipes da produção em saúde e do desenvolvimento de nossas pesquisas.

É importante destacar e refletir ainda sobre as especificidades do trabalho docente de Universidades pequenas, e que passaram/passam pelo processo de expansão e interiorização. Embora seja um processo importante para a universalidade do acesso ao ensino universitário no país, o modo como foi conduzido, pautado pela racionalidade instrumental e gerencial, de forma precária e desordenada, acarretou a intensificação do trabalho do professor com aumento significativo das funções que o mesmo deve realizar[15].

Com isso, a intensa carga de trabalho associada à necessidade contínua de qualificação profissional, produção científica e atuação permanente na tríade ensino-pesquisa-extensão, em cargos de gestão e comissões universitárias, acarretam intensa exaustão física e emocional, com o desenvolvimento de comportamentos apáticos, de conformação, acomodação e frustração, e consequentemente no surgimento de estresse e doenças ocupacionais, como a fadiga ocupacional, depressão, distúrbios do sono, transtornos psicossomáticos, lesões por esforços repetitivos e síndrome de Burnout, induzindo à vulnerabilidade profissional e falta de apoio institucional, acarretando em queda da produtividade, absenteísmo, afastamento do trabalho, internação hospitalar, desequilíbrio familiar, perda de emprego, prejuízos financeiros e constrangimento social[16].

Destacam-se os modelos avaliativos baseados em indicadores de desempenho e alta performance institucional, adoção de formas de contratação flexíveis e/ou redução gradual de seu corpo profissional, com números proporcionalmente baixos de técnicos-administrativos e de professores por alunos, a exaltação da lógica de intensificação e precarização do trabalho docente na instituição como alguns dos fatores que devem ser considerados[17].

Entende-se que a produção científica é fundamental para a melhoria da prática profissional da enfermagem e da qualidade da atenção à saúde, sendo os grupos de pesquisa fundamentais para o avanço da ciência no Brasil. Porém, a ampliação dos grupos e programas de pesquisa não vem atingindo todo o país de forma homogênea, uma vez que, para além da região Sudeste, há locais desprovidos de programas de incentivo e carentes de doutores em Enfermagem. É necessário o estabelecimento de um orçamento condizente à promoção da pesquisa, de forma expansiva e equânime[18].

Embora as contribuições e esforços do GRUPESCES sejam notáveis, ainda existe uma série de desafios inerentes a área da Enfermagem internacional, brasileira e regional, inerentes à inserção do grupo no interior do semiárido: redução das assimetrias regionais através de pós-

graduação; ampliar a produção docente; maior visibilidade regional e nacional através da produção de uma revista local e eventos; produção e invenção de novas tecnologias; pesquisas com métodos mais robustos, que tenham maior impacto; maior divulgação nas redes sociais; produção de pesquisas em conjunto, colaborativas e multicêntricas com outros grupos e centros de referência nacional e internacional; transferência de conhecimento para a prática de Enfermagem e Saúde[18-20].

Aponta-se como limitações do estudo a realização a partir da experiência de um único grupo situado em um *Campus* de uma Universidade Pública do interior. Porém, ressalta-se que além de enfrentar todas as dificuldades do ensino superior público, ainda vivencia entraves oriundos da descentralização e interiorização deste ensino, mas sem abandonar as responsabilidades sociais e de transformação do território e das vidas que neles residem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho apresentado discute as experiências de liderança realizadas nos últimos dois anos e demonstra o desenvolvimento do trabalho em equipe, valorização de cada membro a partir de suas potencialidades.

O intuito é compartilhar as vivências exitosas do grupo e suas dificuldades, incluindo o desenvolvimento de pesquisa e o desenvolvimento de pessoas, promovendo encontros para o estudo e aprofundamento das discussões do método científico.

A guisa de reflexão, espera-se contribuir com outros grupos de pesquisa, no sentido de fortalecer a pesquisa e a ciência em Enfermagem por meio do trabalho em equipe. É preciso encorajar a participação dos alunos de graduação e a criação de uma pós-graduação para que o grupo consolide e se firme na produção científica no cenário nacional.

REFERÊNCIAS

1 Rossit RAS, Santos CF, Medeiros NMH, Medeiros LMOP, Regis CG, Batista SHSS. Grupo de pesquisa como espaço de aprendizagem em/sobre educação interprofissional (EIP): narrativas em foco. Interface Comun Saúde Educ. 2018[citado em 2020 jan. 06]; 22(2):1511-23. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v22s2/1807-5762-icse-1807-576220170674.pdf

2 Brasil. Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações (BR). Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq. Grupos de pesquisa [Internet]. Brasília; 2011 [citado 03 Jul 2019]. Disponível em: http://plsql1.cnpq.br/diretorioc/html/faq.html#g1.

3 SBPC. Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência. Ciência, tecnologia e inovação para um Brasil competitivo. São Paulo: SBPC, 2011[citado em 2020 jan. 06]. Disponível em: http://portal.sbpcnet.org.br/publicacoes/ciencia-tecnologia-e-inovacao-para-um-brasil-competitivo/

4 Neves VR, Sanna MC. Conceitos e práticas de ensino e exercício da liderança em Enfermagem. Rev Bras Enfem. 2016[citado em 2020 jan. 06]; 69(4):733-40. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n4/0034-7167-reben-69-04-0733.pdf

5 Azevedo IC, Silva RCL, Carvalho DPSRP, Cruz GKP, Lima JVH, Ferreira MA. Importância do grupo de pesquisa na formação do estudante de enfermagem**.** Rev Enferm UFSM. 2018[citado em 2020 jan. 06]; 8(1):390-8. Disponível em: https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/26003/pdf

6 Backes VMS, Prado ML, Lino MM, Ferraz F, Reibnitz KS, Canever BP. Grupos de Pesquisa de Educação em Enfermagem do Brasil. Rev Esc Enferm USP. 2012[citado em 2020 jan. 06]; 46(2):436-42. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a23v46n2.pdf

7 Erdmann AL, Peiter CC, Lanzoni GMM. Grupos de pesquisa em enfermagem no Brasil: comparação dos perfis de 2006 e 2016. Rev Gaúcha Enferm. 2017 [citado em 2022 jun. 13]; 38(2): e69051. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rgenf/a/yM5yzhRwdCmbLSmR5Jkc3dN/?lang=pt&format=pdf

8 Costa ACB, Chaves ECL, Terra FS, Monteiro LA. Perfil dos grupos de pesquisa de Enferamgem do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Ver Rene. 2014 [citado em 2022 jun. 13] mai-jun; 15(3):471-9. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11565/1/2014_art_acbcosta.pdf DOI: 10.15253/2175-6783.2014000300012

9 Góis ARS, Santos CNS, Lima IA, Silva VF, Gonçalves VHGB, Abrão FMS. Grupo de estudos e pesquisa em enfermagem: experiências de ensino, pesquisa e extensão. Rev Enferm UFPI. 2018 [citado em 2022 jun. 13]; jul-set;7(3):71-5. Disponível em: https://ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/7518/pdf

10 Silva IR, Leite JL, Trevizan MA, Silva TP, Mendes IAC. Grupos de pesquisa em enfermagem: sistemas complexos para a gestão do conhecimento. REME – Rev Min Enferm. 2018[citado em 2022 jun. 13];22:e-1110. Disponível em: https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1110.pdf DOI: 10.5935/1415-2762.20180038

11 Souza PG, Carvalho LS, Lima AFC. Produção científica do grupo de pesquisa Dimensão Econômica do Gerenciamento em Enfermagem: revisão narrativa da literatura. Rev Paul Enferm [Internet]. 2020 [citado em 2022 jun. 13]; 31. Disponível em: https://repen.com.br/revista/wp-content/uploads/2021/05/REPEn_2020_v31_Producao-cientifica-do-Grupo-de-Pesquisa-Dimensao-Economica-do-Gerenciamento-em-Enfermagem.pdf

12 Peruchi V, Garcia JCR. Indicadores de produção dos grupos de pesquisa do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba. Rev Bras Biblioteconomia e Documentação. 2012[citado em 2020 jan. 06]; 8(1):50-64. Disponível em: https://rbbd.febab.org.br/rbbd/article/view/193/221.

13 Brasil. Lei nº 13.005, de 25 de junho de 2014. Aprova o Plano Nacional de Educação – PNE, e dá outras providências. Brasília, DF, 2014.

14 Brasil. Plano Nacional de Pós-Graduação 2011-2020. Brasília. 2010 [citado em 13 jun. 22]. Disponível em: http://www.capes.gov.br/plano-nacional-de-pos-graduacao.

15 Pinto e Silva E, Padim DF. Intensificação do trabalho docente administrativo e processos decisórios democraticamente restritos na expansão/interiorização precária e desordenada. Impulso. 2018; 28(71):5-18. https://doi.org/10.15600/2236-9767/impulso.v28n71p5-18

16 Moraes Filho IM, Dias CCS, Pinto LL, Santos OP, Félis KC, Proença MFR et al. Association between occupational stress and use of psychotropic drugs by health faculty. Rev Bras Promoç Saúde. 2019; 32:9007. doi: 10.5020/18061230.2019.9007

17 Silva TAB, Silva JAA. O enlace entre educação e desenvolvimento regional no processo de interiorização da universidade federal de Pernambuco. Temporalis. 2018; 18(35):67-84. doi: 10.22422/temporalis.2018v18n35p.67-83

18 Guimarães EAA, Gontijo TL, Rodrigues SB. A Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem e a formação de enfermeiros pesquisadores. Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro. 2019;9:eEditorial. DOI: http://dx.doi.org/10.19175/recom.v9i0.3602

19 Carmen Gracinda Silvan Scochi, Denize Bouttelet Munari, Francine Lima Gelbcke, Alacoque Lorenzini Erdmann, Maria Gaby Rivero de Gutiérrez, Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues. Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem no Brasil: avanços e perspectivas. Rev Bras Enferm. 2013;66(esp):80-9. https://doi.org/10.1590/S0034-7167201300070001

20 Carmen Gracinda Silvan Scochi; Denize Bouttelet Munari; Francine Lima Gelbcke; Márcia de Assunção Ferreira. Desafios e estratégias dos programas de pós-graduação em enfermagem para a difusão da produção científica em periódicos internacionais. Esc Anna Nery 2014;18(1):05-10. https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140001

Relato de experiência: o PET-saúde indígena na formação profissional

Experience report: the PET-indigenous health in profissional training

Informe experiencia: el PET-salud indígena en la formación profesional

José William Santos de Oliveira Pinto

RESUMO

O Programa Educação Tutorial - Saúde Indígena se caracteriza como um programa de educação e saúde, que visa a prática da educação voltada para o contexto indígena. Na Universidade de Brasília uma das estratégias de desenvolvimento das práticas e ações do programa se configurando âmbito do Ambulatório de Saúde Integral Indígena inserido no Hospital Universitário de Brasília. Esse trabalho busca proporcionar uma discussão teórico-reflexiva acerca de um relato de experiência vivenciado por um grupo do Programa Educação Tutorial – Saúde Indígena da Universidade de Brasília formado por monitores, preceptores, tutores e gestores, caracterizando como um estudo de cunho metodológico teórico-reflexivo. Nesse processo de cuidado em saúde a contribuição de diferentes áreas do saber proporcionam um aprendizado e colabora para a reestruturação da formação pautada na integralidade e compromisso social entre saberes científicos e tradicionais indígenas. Nessa experiência e com o suporte da revisão de literatura percebe-se que o PET-Saúde Indígena possibilita a integração entre o ensino/serviço/atenção e gestão, fazendo a diferença nos serviços, no ensino e na assistência à saúde, promovendo a interação e a troca de saberes entre usuários indígenas, estudantes indígenas e estudantes não-indígenas. Essa interação proporciona aos estudantes uma compreensão melhor acerca da cultura dos diferentes grupos indígenas e utilizam essa compreensão para lidar com essas diferenças culturais e de pensamento no ato da atenção em saúde.

Palavras-chaves: Formação Profissional; PET-Saúde Indígena; Interdisciplinar.

ABSTRACT

The Education Tutorial - Indigenous Health Program is characterized as a program of education and health, aimed at the practice education for the indigenous context. At the University of Brasilia one of the development strategies of the practices and actions of the program setting under the Comprehensive Health Clinic Indigenous entered the University Hospital of Brasilia. This work seeks to provide a theoretical and reflective discussion of an experience report by group of experienced Tutorial Education - Indigenous Health Program at the University of Brasilia formed by monitors, mentors, tutors and managers, characterizing as a methodological reflexive-theoretical. In this health care process the contribution of different areas of knowledge and provide learning

contributes to the restructuring of education based on comprehensiveness and social compromise between scientific knowledge and traditional indigenous. This experience and with the support to the review literature realized that the PET- indigenous health enables integration between teaching/service/care and management, making a difference in the services, in education and health care, promoting interaction and exchange of knowledge among indigenous users, indigenous students and non-Indigenous students. This interaction gives students a better understanding about the culture of indigenous groups and uses it to know these cultural differences and process health care.

Keywords: Professional training; PET-Indigenous Health; Interdisciplinary.

RESUMEN

El Programa de Educación Tutorial - Salud Indígena se caracteriza por ser un programa de educación y salud, dirigido a la práctica de la educación enfocada en el contexto indígena. En la Universidad de Brasilia, una de las estrategias para el desarrollo de las prácticas y acciones del programa se configura como parte de la Clínica de Salud Integral Indígena insertada en el Hospital Universitario de Brasilia. Este trabajo busca brindar una discusión teórico-reflexiva sobre un relato de experiencia vivida por un grupo del Programa de Educación Tutorial - Salud Indígena de la Universidad de Brasília formado por monitores, preceptores, tutores y gestores, caracterizándolo como un estudio metodológico teórico-reflexivo. En este proceso de atención a la salud, el aporte de diferentes áreas del conocimiento brinda aprendizajes y colabora para la reestructuración de la formación basada en la integralidad y el compromiso social entre el conocimiento científico y el tradicional indígena. En esta experiencia y con el apoyo de la revisión de la literatura, se advierte que PET-Saúde Indígena posibilita la integración entre docencia / servicio / atención y gestión, marcando la diferencia en los servicios, docencia y cuidado de la salud, promoviendo la interacción y el intercambio de conocimientos. Entre usuarios indígenas, estudiantes indígenas y estudiantes no indígenas. Esta interacción proporciona a los estudiantes una mejor comprensión de la cultura de los diferentes grupos indígenas y utiliza esa comprensión para lidiar con estas diferencias culturales y de pensamiento en el acto de la atención médica.

Palabras clave: Formación Profesional; PET-Salud Indígena; Interdisciplinario.

INTRODUÇÃO

Em 2005, no Brasil, foi implementado pelo Ministério da Saúde o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) regulamentado pela Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010. É uma estratégia de fortalecimento da Atenção Básica que consiste na formação de grupos de aprendizagem tutorial vinculados a uma Instituição de ensino superior, compostos por um tutor docente, preceptores (profissionais de diferentes campos) e discentes, que recebem incentivo financeiro na forma de bolsas, para participarem em áreas estratégicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Tem como pressuposto a educação pelo trabalho e a

integração ensino-serviço-comunidade, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho e vivências dirigidos ao estudante de graduação em saúde, de acordo com as necessidades verificadas para implementação do SUS (SOUZA, 2011; BRASIL, 2013)

O PET-Saúde visa estimular a interação entre estudantes, docentes, profissionais e a população, além de visualizar as necessidades do serviço uma fonte de produção de conhecimento e pesquisa com o desenvolvimento de novas práticas de atenção e experiências pedagógicas, contribuindo para a reorientação da formação e implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área da saúde (SOUZA, 2011).

Nesse sentindo, outras políticas surgem como norteadoras no processo de formação do profissional da área de saúde com o intuito de sanar lacunas referentes ao processo histórico, não apenas da formação profissional, mas também ao que se refere à atenção a saúde dos povos indígenas. Visto isso, surgiu a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) que integra a Política Nacional de Saúde, compatibilizando as determinações das Leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Brasileira Federal, que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais. A PNASPI dispõe sobre as condições de assistência à saúde dos povos indígenas, e pela Medida Provisória nº 1.911-8, que trata da organização da Presidência da República e dos Ministérios, onde está incluída a transferência de recursos humanos e outros bens destinados às atividades de assistência à saúde da FUNAI para a FUNASA, e pela Lei nº 9.836/99, de 23 de setembro de 1999, que estabelece o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS (BRASIL, 2002).

No entanto, percebe-se que seja indispensável a adoção de medidas que viabilizem o aperfeiçoamento do funcionamento e a adequação da capacidade do Sistema de Saúde, tornando factível e eficaz a aplicação dos princípios e diretrizes da descentralização, universalidade, equidade, participação comunitária e controle social. Para que esses princípios possam ser efetivados, é necessário que a atenção à saúde se dê de forma diferenciada, levando-se em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais dos povos indígenas.

Nesse contexto de criação e implantação de novos rumos da saúde pública brasileira, está sendo criado/implementado na Universidade de Brasília (UnB) o PET-Saúde indígena, um novo programa de educação a saúde instituída a partir do PET-Saúde, que visa a pratica da educação em saúde voltada para o contexto indígena. A UnB, a partir do PET-Saúde indígena, insere-se como uma das universidades pioneiras com um objetivo político pedagógico voltado para o processo de atenção integral à saúde dos pacientes indígenas, articulado a tríade de pesquisa, ensino e extensão.

O PET-Saúde indígena visa à prática da educação em saúde que põe em evidencia o trabalho do profissional como uma prática social, estabelecendo os nexos entre a arte de curar, prevenir, promover a saúde e a dinâmica mais abrangente de construção permanente da sociedade e comunidade indígena (UnB, 2013).

O programa conta com a participação de alunos indígenas e de não-indígenas de diferentes áreas da saúde e de áreas afins da UnB, o que promove uma grande troca de saberes, que é um dos grandes eixos trabalhado. Um dos planos de trabalho é o Ambulatório de Saúde Integral Indígena que acontece no Hospital Universitário de Brasília (HUB) que tem como proposito viabilizar o acolhimento dos usuários/pacientes indígenas referenciados pela Casa de Saúde do Índio (CASAI). De modo a oportunizar

aos estudantes a vivenciar os princípios e diretrizes da saúde coletiva/saúde pública e, por consequência, uma aproximação do SUS como um campo de intervenção e formação permanente, bem como ampliar o diálogo entre os saberes indígenas e os saberes científicos na formação acadêmica (UNB, 2013)

Nesse campo de estratégias o Ambulatório propõe a promoção de ações socioeducativas que visem melhorar o acesso e a atenção integral à saúde dos indígenas, constituindo na resolutividade, na eficiência, e na prestação dos serviços oferecidos no HUB. Além disso, é papel do programa subsidiar processos de formação para a prática no trabalho em equipe multiprofissional, interdisciplinar e intercultural e construção de novas práticas interculturais de atenção integral.

Reitera-se nesse momento um dos papeis centrais do Ambulatório na mudança do modelo de formação em saúde centrado na cura e no mercado lucrativo para uma nova visão na busca da integração de saberes entre estudantes indígenas, estudantes não-indígenas, profissionais de diferentes áreas do saber nos cenários de práticas de atenção à saúde por meio de educação permanente e continuada em saúde (UNB, 2013).

Dentro desse âmbito, o estudante realiza as principais atividades propostas pelo PET-Saúde indígena no Ambulatório, bem como promove o acolhimento e acompanhamento do paciente indígena, através de práticas de ensino, pesquisa, extensão e projetos terapêuticos singulares sob a orientação dos preceptores. Essas atividades se configuram pelas reuniões temáticas realizadas semanalmente, rodas temáticas, oficinas de saberes tradicionais indígenas e acadêmicos, estudo de casos clínicos.

Tendo em vista a necessidade de mais estudos acerca da temática indígena no Brasil, o objetivo desse trabalho é proporcionar uma discussão teórico-reflexiva acerca de um relato de experiência vivenciado por um grupo do Programa Educação Tutorial – Saúde Indígena da Universidade de Brasília formado por monitores, preceptores, tutores e gestores.

MÉTODO

Esse estudo se caracteriza como um trabalho de cunho metodológico teórico-reflexivo. Para se chegar a construção do mesmo nos reportamos da vivencia de um grupo* do Programa Educação Tutorial – Saúde Indígena da Universidade de Brasília formado por monitores, preceptores, tutores e gestores no ano de 2013. Como construção e suporte para discussão realizamos uma revisão de literatura em duas bases de dados cientificas: Scielo Brasil e Periódicos da Coordenação de Pessoal de Nível Superior – CAPES, Brasil.

Utilizamos como descritores na nossa busca combinações das seguintes palavras: PET – Saúde, PET – Saúde Indígena, associadas à Universidade, à Saúde Indígena e à Formação Profissional.

No procedimento de coleta e seleção dos artigos estabelecemos alguns critérios com base na temática abordada pelos autores e no nosso objetivo central. Nesse sentido, buscamos explorar temas que tratassem da implantação e implementação de políticas e programas voltados para à atenção dos povos indígenas no território brasileiro no contexto de formação profissional em saúde (**Figura 1**).

RESULTADOS

Do material selecionado para discussão resultaram 10 artigos científicos, cuja análise do material foi estabelecida uma sequência lógica acerca da correlação entre as discussões dos autores e nossa experiência na perspectiva da construção do conhecimento dos futuros profissionais de saúde na Universidade de Brasília – UnB.

Os artigos encontrados tratam dos seguintes temas:

➔ Relato de estudantes inseridos no PET – Saúde na educação médica (ALBUQUERQUE et. al., 2013);

➔ O acolhimento como metodologia na perspectiva do cuidar em saúde (SANTOS, 2013);

➔ A interdisciplinaridade no processo de prevenção e promoção da saúde (ALMEIDA et al., 2012);

➔ A formulação de indutores para uma nova formação profissional (HOLANDA et al., 2012);

➔ A trajetória do Programa PET – Saúde na Universidade de Brasília (SARTORI e HORTO, 2012);

➔ A inserção de diferentes profissionais no contexto indígena (PEREIRA, 2012);

➔ A formulação de políticas de atenção aos povos indígenas (BERNARDES, 2011);

➔ A formação de agentes comunitários indígenas (GARNELE et al., 2009);

➔ O reconhecimento dos direitos dos povos indígenas sob a perspectiva internacional e a brasileira (SIMONI, 2009);

➔ A construção curricular pelo projeto político pedagógico (CAMARGO e ALBUQUERQUE, 2003).

DISCUSSÃO

Segundo ALBUQUERQUE et al. (2013) a experiência em participar em grupos de PET-Saúde contribui significativamente na formação de profissionais competentes, críticos, reflexivos, e sobretudo comprometidos com a saúde da sociedade. No nosso relato, percebemos a interação de um grupo formado por profissionais de diferentes áreas do saber e estudantes em processo formativo, o que vem a ser uma experiência que ultrapassa os muros da universidade em direção à realidade e à aproximação com os serviços, fato vivenciada no Hospital Universitário de Brasília.

Nesse processo de cuidado em saúde a contribuição de diferentes áreas do saber tem por finalidade a atenção à saúde integral do homem. Percebemos que a diversidade de saberes vem a ser uma ferramenta de extrema importância no processo de prevenção e promoção da saúde, carecendo de ações integrais, intersetoriais e interdisciplinares. Para ALMEIDA et al. (2012) a detecção precoce de problemas e o trabalho em grupo pode ser um recurso importante na elaboração de estratégias eficazes na prevenção e promoção à saúde. Esse fato se torna claro no PET – Saúde Indígena, uma vez que estamos tralhando em grupos distintos e associando saberes ocidentais (medicina cientifica) e saberes tradicionais indígenas (culturais).

Os povos indígenas estão longe da passividade em um quadro de simultaneidade de tradições epistemológicas, incorporando artefatos e ideias na tentativa de construir algo novo. O conhecimento indígena é dinâmico, criativo e sujeito

às influências, perfazendo negociações e renegociações constantes entre as diferentes formas de saber médico (PEREIRA, 2012).

A estruturação do sistema de atenção aos povos indígenas ainda é muito recente no nosso país, mas que vem tomando corpo significativo nos últimos anos, fato comprovado pela elaboração de políticas e planos direcionados a educação superior e a formação de agentes comunitários indígenas em saúde (BERNARDES, 2011; SIMONI, 2009).

Percebemos que após a criação da Política de Atenção aos Povos Indígenas - PNASPI em 2002 a mobilização pela saúde indígena se torna mais intensa e as universidades começam a disponibilizarem vagas para indígenas, como uma tentativa de reestruturação da formação superior. Nesse processo, a Universidade de Brasília se caracteriza como uma das pioneiras o que veio a favorecer um movimento favorável que culmina na criação do Ambulatório de Saúde Indígena pelo PET – Saúde Indígena no ano de 2013, fato que se caracteriza como uma conquista de um grupo formado por professores, profissionais e estudantes indígenas e não – indígenas.

Paralelo a esse processo de reestruturação da formação superior surgi também um incremento a mais na atenção à saúde indígena com a formação de Agentes Indígenas Comunitários de Saúde - AIS o que intensifica a relação entre a medicina cientifica e a medicina tradicional indígena (GARNELO et al., 2009). Ainda não estabelecemos uma aproximação com os AIS, embora nosso trabalho no ambulatório ainda seja recente e temos a presença de uma das graduandas que é AIS. Ainda assim, intensificamos a ideia de que será de extrema necessidade uma aproximação com esse grupo de profissional para um efetivo trabalho e elaboração de cuidados na perspectiva integral e humanizada.

Reitera-se aqui que a construção coletiva de estratégias de diferentes setores envolvidos com a saúde como a escola, a universidade, os serviços prestadores de assistência à saúde, a comunidade, as organizações governamentais e não-governamentais se tornam pontos chaves na elaboração e implementação de projetos políticos pedagógicos. Para nós se torna novo à medida que experimentamos uma vivencia pautada no compromisso ético e consciência humana. Na experiência dos Xavantes o Projeto Político Pedagógico se apresenta dinâmico e repleto de novas descobertas na direção a vida (CAMARGO e ALBUQUERQUE, 2003). Sendo esse, talvez, nosso ponto de partida no fortalecimento de uma estratégia de forma que o grupo aprender ensinando.

Segundo HOLANDA (2012), o trabalho em equipe proposto pelo PET-Saúde tem como objetivo fundamental o compartilhamento de saberes durante a formação profissional, promovendo uma estreita relação entre teoria e prática, de forma contextualizada. A integralidade norteia a formação de um profissional mais justo, ético e humano, independentemente do mercado de trabalho. Tal fato é vivenciado pelo grupo no ambulatório, através da interdisciplinaridade dos estudantes e pela troca de saberes entre os estudantes indígenas e não-indígenas.

Apesar de a saúde indígena enfrentar grandes dificuldades de acesso e limite de encontro entre profissionais de saúde e comunidades, e perceptível vem também apontando para lacunas no processo de comunicação (PEREIRA, 2012). No entanto, os autores reiteram que o PET-Saúde indígena proporciona essa comunicação entre os povos indígenas e profissionais de saúde, estudantes. Assim, no nosso trabalho vivenciamos tal circunstancia no Ambulatório, a partir do acolhimento e acompanhamento do paciente indígena.

O acolhimento ao paciente indígena é muito preconizado no PET-Saúde Indígena, ele ocorre no processo diário no âmbito do Ambulatório aos usuários/paciente/estudantes/profissionais, desde a marcação de consulta exames, na referência e contra referência, no acompanhamento das consultas, na construção de projeto terapêutico e nas trocas de saberes, ou seja, desde a chegada ao HUB ao término do tratamento/retorno a sua comunidade. SANTOS (2013) conclui que o acolhimento pode ser considerado uma nova tecnologia do cuidado no âmbito da saúde, já que contempla toda a estrutura organizacional e filosófica da Estratégia de Saúde da Família (ESF), fazendo-se necessário uma participação ativa e efetiva de todas as categorias profissionais para sua concretização na prática, compondo um dos eixos de preocupação para o PET-Saúde Indígena.

O PET- saúde tem sido marcador importante na formação de grupos e equipes de profissionais que se envolvem estrategicamente na construção coletiva de propostas de "aprender a aprender" e de "aprender fazendo" em um movimento articulado entre serviços de saúde, comunidade e formação em saúde, tendo como direção os princípios do Sistema Único de Saúde, as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos da área da saúde e a Política de Educação Permanente (SARTORI, 2012). Nesse caminhar o estudante indígena, o estudante não-indígena, os preceptores, os tutores, os gestores experimentam a pratica do aprender ensinando no ambulatório de forma a descobrir e redescobrir sua função no mundo.

Uma outra experiência no PET-Saúde relatada por SOUZA (2011) na UnB, foi a oportunidade de discentes integralizarem os conhecimentos obtidos na universidade ao contexto social através do desenvolvimento de atividades técnico-científicas e preventivo-promocionais concorrendo para a plena integração ensino-serviço-comunidade e para o fortalecimento da atenção básica de acordo com os princípios e necessidades do SUS. Partindo dessa concepção percebe-se que a experiência do grupo propicia um 'ensaio' da capacidade de desenvolver os conhecimentos adquiridos em sala de aula para a vivência da profissão em um ambiente real.

CONCLUSÃO

Na revisão de literatura percebe-se que o PET-Saúde possibilita a integração entre o ensino/serviço/atenção e gestão, podendo fazer diferença nos serviços, no ensino e na assistência a saúde, e na formação em saúde, demonstrando que sua viabilização, quando cercada de vontade política e de qualidade técnica provocam um impacto positivo na sociedade.

Uma das principais dificuldades encontradas hoje na implantação de políticas públicas de saúde indígena é a falta de preparo dos profissionais que atuam na atenção á saúde indígena, profissionais que não conhecem e não compreendem as diversidades culturais e as crenças religiosas e a própria concepção de saúde/doença que os povos indígenas possuem, porque para um indígena, saúde não é só o bem estar físico, mas o bem estar de toda a comunidade e principalmente o bem estar espiritual, e muitas vezes envolve utilizar o saber tradicional antes da medicina ocidental, prática que muitas vezes não é respeitada pelos profissionais que atuam na área por não compreenderem.

Outra dificuldade encontrada é a falta de sensibilidade por parte da gestão em ouvir o que a população das bases necessita. Falta aos gestores perceberem a

diversidade cultural que existe entre esses povos e a diferença física entre as regiões que habitam dentro do país e, diante dessas circunstâncias, fica claro que não se pode aplicar uma política igual a todas as regiões.

Nesse processo o PET-Saúde Indígena tem sido de suma importância para a formação de novos profissionais que irão atuar nessa área, para que compreendam melhor essa diversidade e possam atender a esses usuários de forma mais respeitosa e com mais qualidade. Espera-se que o PET-Saúde Indígena possa, também, aprofundar mais na formação de novos gestores, para que esses tenham um olhar mais sensível às diferenças e promovam políticas públicas de saúde específicas para cada região que atendam a todos de forma igual em suas diferenças.

REFERÊNCIAS

Albuquerque, G. S. C et al.: "Educação pelo trabalho para a formação do médico", *Trab. Educ. Saúde, Rio* de Janeiro, 11(2): 411-430, 2013.

Almeida, K. A. et al.: "Pratica da interdisciplinaridade do PET-Saúde com professores da escola publica*", Rev. Bras. Promoç. Saúde*, Fortaleza, 25(1): 80-85, 2012.

Brasil: O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde, Disponível em:http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1597, acesso em 21 de novembro de 2013 as 15:04.

Brasil: "Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas", *2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde*, 40 p., 2002.

Bernardes, A. G.: "Indigenous health and public policies: alterity and state of exception", *Interface - Comunic., Saúde, Educ.,*15(36): 153-64, 2011.

Camargo, D. M. P. e J. G. Albuquerque: "Projeto pedagógico Xavante: tensões e rupturas na intensidade da construção curricular", *Cad. Cedes*, Campinas, 23(61): 338-366, 2003.

Garnelo, L. et al.: "Formação técnica de agente comunitário indígena de saúde: Uma experiência em construção no Rio Negro", *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, 7 (2), 373-385, 2009.

Holanda, I. C. L. C. et al.: "Indutores de mudanças na formação dos profissionais de saúde: Pro-saúde e PET-saúde", *Revista Bras. Promoç. Saúde*, Fortaleza, 25(4): 389-392, 2012.

Pereira, P. P.: "Limites, traduções e afetos: profissionais de saúde em contextos indígenas", *MANA*,18(3): 511-538, 2012.

Sartori, M. S. e M. Horto: "Os projetos PRÓSAÚDE/PET-Saúde e a Universidade*", Rev Epidemiol Control Infect*., 2(3):80-81, 2012.

Silva, R. O. B. et al.: “ Programa PET-Saúde: trajetória 2009-2010, na Universidade de Brasília”, *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, 36 (95): 678-683, 2012.

Simoni, M. Y.: “O reconhecimento dos direitos dos povos indígenas sob a perspectiva internacional e a brasileira”, Meridiano, 47(105): 37-42, 2009.

Souza, T. A. C.: “Grupo Tutorial em Saúde Bucal: a experiência em atenção primária no Centro de Saúde do Itapoã-DF”, *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva, 1.ª edição*, 141-150, 2011.

UnB: “Plano de Atividades do ambulatório de Saúde indígena”, Hospital universitário de Brasília, Universidade de Brasília, 2013.

ANEXOS

Figura 1

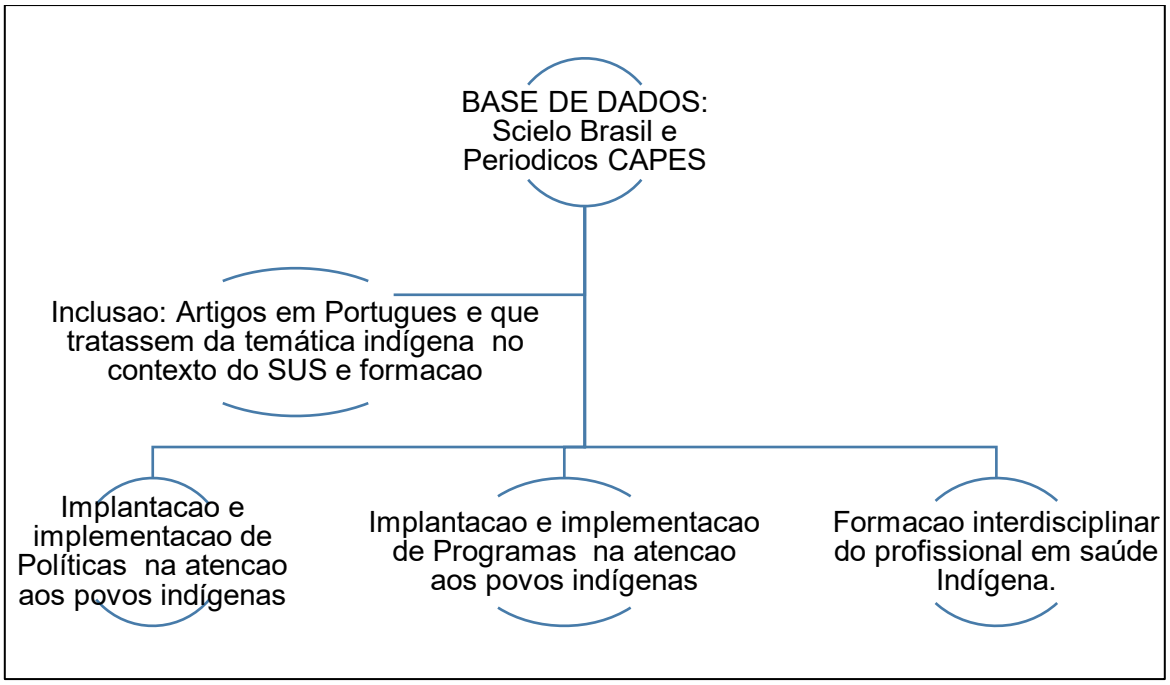


Figura 1. Representação do procedimento de coleta dos artigos.