



Saúde

Coletiva:

conceitos, práticas e determinantes
em saúde

Baruc Bandeira Costa



AYA EDITORA
2024

Saúde

Coletiva:

conceitos, práticas e determinantes
em saúde

Baruc Bandeira Costa

Saúde Coletiva:

conceitos, práticas e determinantes
em saúde



AYA EDITORA

2024

Direção Editorial

Prof.º Dr. Adriano Mesquita Soares

Organizador

Prof.º Me. Baruc Bandeira Costa

Capa

AYA Editora©

Revisão

Os Autores

Executiva de Negócios

Ana Lucia Ribeiro Soares

Produção Editorial

AYA Editora©

Imagens de Capa

br.freepik.com

Área do Conhecimento

Ciências da Saúde

Conselho Editorial

Prof.º Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva

Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí

Prof.º Dr. Aknaton Toczek Souza

Centro Universitário Santa Amélia

Prof.ª Dr.ª Andreia Antunes da Luz

Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. Argemiro Midonês Bastos

Instituto Federal do Amapá

Prof.º Dr. Carlos López Noriega

Universidade São Judas Tadeu e Lab. Biomecatrônica - Poli - USP

Prof.º Dr. Clécio Danilo Dias da Silva

Centro Universitário FACEX

Prof.ª Dr.ª Daiane Maria de Genaro Chiroli

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Danyelle Andrade Mota

Universidade Federal de Sergipe

Prof.ª Dr.ª Déborah Aparecida Souza dos Reis

Universidade do Estado de Minas Gerais

Prof.ª Ma. Denise Pereira

Faculdade Sudoeste – FASU

Prof.ª Dr.ª Eliana Leal Ferreira Hellvig

Universidade Federal do Paraná

Prof.º Dr. Emerson Monteiro dos Santos

Universidade Federal do Amapá

Prof.º Dr. Fabio José Antonio da Silva

Universidade Estadual de Londrina

Prof.º Dr. Gilberto Zammar

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Helenadja Santos Mota

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Baiano, IF Baiano - Campus Valença

Prof.ª Dr.ª Heloísa Thaís Rodrigues de Souza

Universidade Federal de Sergipe

Prof.ª Dr.ª Ingridi Vargas Bortolaso

Universidade de Santa Cruz do Sul

Prof.ª Ma. Jaqueline Fonseca Rodrigues

Faculdade Sagrada Família

Prof.ª Dr.ª Jéssyka Maria Nunes Galvão

Faculdade Santa Helena

Prof.º Dr. João Luiz Kovaleski

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.º Dr. João Paulo Roberti Junior

Universidade Federal de Roraima

Prof.º Me. Jorge Soistak

Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. José Enildo Elias Bezerra

Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Ceará, Campus Ubajara

Prof.ª Dr.ª Karen Fernanda Bortoloti

Universidade Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Leozenir Mendes Betim

Faculdade Sagrada Família e Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais

Prof.ª Ma. Lucimara Glap

Faculdade Santana

Prof.º Dr. Luiz Flávio Arreguy Maia-Filho

Universidade Federal Rural de Pernambuco

Prof.º Me. Luiz Henrique Domingues

Universidade Norte do Paraná

Prof.º Dr. Milson dos Santos Barbosa

Instituto de Tecnologia e Pesquisa, ITP

Prof.º Dr. Myller Augusto Santos Gomes

Universidade Estadual do Centro-Oeste

Prof.ª Dr.ª Pauline Balabuch

Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. Pedro Fauth Manhães Miranda

Universidade Estadual de Ponta Grossa

Prof.º Dr. Rafael da Silva Fernandes

Universidade Federal Rural da Amazônia, Campus Parauapebas

Prof.ª Dr.ª Regina Negri Pagani

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.º Dr. Ricardo dos Santos Pereira

Instituto Federal do Acre

Prof.º Dr. Rômulo Damasclin Chaves dos Santos

Instituto Tecnológico de Aeronáutica - ITA

Prof.ª Dr.ª Rosângela de França Bail

Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais

Prof.º Dr. Rudy de Barros Ahrens

Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares

Universidade Federal do Piauí

Prof.ª Dr.ª Silvia Aparecida Medeiros Rodrigues

Faculdade Sagrada Família

Prof.ª Dr.ª Silvia Gaia

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Sueli de Fátima de Oliveira Miranda Santos

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Thaisa Rodrigues

Instituto Federal de Santa Catarina

© 2024 - **AYA Editora** - O conteúdo deste Livro foi enviado pelos autores para publicação de acesso aberto, sob os termos e condições da Licença de Atribuição *Creative Commons* 4.0 Internacional (**CC BY 4.0**). Este livro, incluindo todas as ilustrações, informações e opiniões nele contidas, é resultado da criação intelectual exclusiva dos autores. Os autores detêm total responsabilidade pelo conteúdo apresentado, o qual reflete única e inteiramente a sua perspectiva e interpretação pessoal. É importante salientar que o conteúdo deste livro não representa, necessariamente, a visão ou opinião da editora. A função da editora foi estritamente técnica, limitando-se ao serviço de diagramação e registro da obra, sem qualquer influência sobre o conteúdo apresentado ou opiniões expressas. Portanto, quaisquer questionamentos, interpretações ou inferências decorrentes do conteúdo deste livro, devem ser direcionados exclusivamente aos autores.

S125 Saúde coletiva: conceitos, práticas e determinantes em saúde [recurso eletrônico]. / Baruc Bandeira Costa (organizador). -- Ponta Grossa: Aya, 2024. 266 p.

Inclui biografia

Inclui índice

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

ISBN: 978-65-5379-592-1

DOI: 10.47573/aya.5379.2.352

1. Saúde pública. 2. Depressão pós-parto. 3. Grávidas - Saúde e higiene. 4. Idosos - Direitos fundamentais - Brasil. 5. Idosos - Saúde e higiene. 6. Sangue - Câncer. 7. Sangue - Doenças. 8. Leucemia. 9. Transtornos do espectro autista. 10. Higiene do trabalho. 11. Doenças profissionais I. Costa, Baruc Bandeira . II. Título

CDD: 362.1

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Bruna Cristina Bonini - CRB 9/1347

International Scientific Journals Publicações de Periódicos e Editora LTDA

AYA Editora©

CNPJ: 36.140.631/0001-53

Fone: +55 42 3086-3131

WhatsApp: +55 42 99906-0630

E-mail: contato@ayaeditora.com.br

Site: <https://ayaeditora.com.br>

Endereço: Rua João Rabello Coutinho, 557

Ponta Grossa - Paraná - Brasil

84.071-150

SUMÁRIO

Apresentação..... 14

01

As estratégias de educação em saúde bucal destinadas às gestantes em pré-natal odontológico no âmbito do Sistema Único de Saúde: uma revisão integrativa..... 15

Cristiano Alvarenga Sousa
Antonia Márcia Sousa Cardoso
DOI: 10.47573/aya.5379.2.352.1

02

Diabetes mellitus: as intervenções pertinentes para melhorar a adesão dos pacientes diabéticos ao tratamento 27

Tharles Alan Martins
Taís Loutarte Oliveira
DOI: 10.47573/aya.5379.2.352.2

03

Diabetes gestacional: fatores de risco, complicações e estratégias de prevenção..... 45

Andréia Janayna Euzébio da Silva
Cintia Graciela Rodrigues da Silva
Ingridy Karen de Souza
DOI: 10.47573/aya.5379.2.352.3

04

Modelos de gestão de saúde no âmbito da saúde coletiva: uma revisão integrativa 53

Arnaldo Matheus Máximo Monfardini Costa

Dayane da Silva Ferreira

Dhuliane Yasmin de Matos Vidal

Isilla Tatyelle dos Santos Matos

Letícia Fernandes Torres Araújo

Lenucia Nunes dos Santos Reis

Poliana Fernandes da Silva

Roseane da Silva Santos

Zélia Almeida dos Santos

Patrícia da Silva Guedes

DOI: 10.47573/aya.5379.2.352.4

05

Direitos fundamentais dos idosos em face de uma constituição dirigente invertida: o exemplo privilegiado do acesso à saúde 64

Thiago Luiz dos Santos

Nelson Camatta Moreira

Cíntia Barudi Lopes

DOI: 10.47573/aya.5379.2.352.5

06

Internações hospitalares relacionadas às doenças de veiculação hídrica na população residente na Bacia Hidrográfica do Bacanga em São Luís – MA 83

Milena Oliveira Jorge Pereira

DOI: 10.47573/aya.5379.2.352.6

07

Identificação e tratamento da hemopatia maligna leucemia: uma revisão integrativa 90

Lucas Roberto Castro de Lima
Juliana Cristine Nascimento da Silva
Karinne Moreira Silva Bentes
Gabriel Castro de Lima
Gabriel Queiroz Araújo

DOI: 10.47573/aya.5379.2.352.7

08

Distúrbios de linguagem: avançando na busca por um modelo de diagnóstico precoce e intervenção eficaz no sistema de saúde 109

Jonas Hames

DOI: 10.47573/aya.5379.2.352.8

09

Teias sociais e saúde renal: uma análise qualitativa dos fatores sociais na progressão da doença crônica 117

Filipe Bonfim Nunes
Nataly Viviane Maia Gama da Cunha
Ronald de Lima Santos
Igor de Sousa Gomes
Ially de Sousa Gomes
Diogo de Oliveira Silva
Barbara Bispo de Santana
Agnete Troelsen Pereira Nascimento
Edvone Alves da Silva
Marcelo Domingues de Faria

DOI: 10.47573/aya.5379.2.352.9

10

Depressão pós-parto: desafios cotidianos..... 129

Adiana Jacinto da Silva
Fernanda Batista Costa

DOI: 10.47573/aya.5379.2.352.10

11

Avaliação dos riscos ambientais na bacia hidrográfica do Bacanga em São Luís – MA..... 140

Milena Oliveira Jorge Pereira

DOI: 10.47573/aya.5379.2.352.11

12

Neurociência de gênero: o Transtorno do Espectro Autista em mulheres sob a lente da saúde coletiva... 147

Danilo Gualtieri Gomes de Abreu

DOI: 10.47573/aya.5379.2.352.12

13

Fatores de risco laboral e a progressão da doença renal crônica: uma análise qualitativa 157

Filipe Bonfim Nunes
Antonia Merewandy de Jesus Alves
Hiris Regina Santos da Silva
Lívia Costa Pinto de Souza
Hellen Kauane Hermógenes Santos Mota
Ariela Guimarães de Moraes
Adrielly Alves Santos
Ronald de Lima Santos
Agnete Troelsen Pereira Nascimento
Marcelo Domingues de Faria

DOI: 10.47573/aya.5379.2.352.13

14

Transtornos mentais em Senhor do Bonfim-BA: uma análise da realidade local..... 165

Filipe Bonfim Nunes
Ana Terra Gonçalves Barbosa Amorim
Jefferson da Silva Siqueira
Catarina de Souza Gomes
Ana Beatriz Gomes da Silva Araújo
Rayane Gomes da Silva Costa
Iara Araújo Cardoso Reis
Bianca Silva Freitas
Agnete Troelsen Pereira Nascimento
Marcelo Domingues de Faria

DOI: 10.47573/aya.5379.2.352.14

15

Estadiamento do câncer do colo do útero: uma revisão de literatura 177

Samanta Calisto da Silva
Keylla da Conceição Machado
Ana Karolinne da Silva Brito

DOI: 10.47573/aya.5379.2.352.15

16

Desenvolvimento profissional e impacto social: a experiência de acadêmicos de enfermagem em ações educativas sobre o TEA na ESF 185

Filipe Bonfim Nunes
Quezia Brito dos Santos Reis
Ana Maria Silva Evangelista Almeida
Agnete Troelsen Pereira Nascimento
Ially de Sousa Gomes
Diogo de Oliveira Silva
Igor de Sousa Gomes
Paula Hacainy Borges Oliveira
Ana Terra Gonçalves Barbosa Amorim
Fabiana Chagas Oliveira de França

DOI: 10.47573/aya.5379.2.352.16

17

Dengue na Região Norte do Brasil: uma análise sobre os determinantes em saúde 193

Yamila Audrey Santos Costa
Luana de Andrade Oliveira
Ranielly Mendes Amorim
Rafaela Reusing Benedeti

DOI: 10.47573/aya.5379.2.352.17

18

Saúde mental como componente essencial na saúde coletiva 202

Arthur Freitas Almeida
Mario de Paula Ferreira Neto
Janaína do Vale Lopes
Luís Felipe Rocha

DOI: 10.47573/aya.5379.2.352.18

19

O acolhimento na atenção primária à saúde: uma revisão crítica sob a perspectiva do profissional e do usuário 211

Betina Luiza Abreu França
Antonielly Rocha de Souza Pereira
Sabrina Pinheiro Tsopanoglou
Yasmmin França Eliziário
Sofia Fróis Fernandes de Oliveira
Vivian Camargo Chaves
Jordana Minelli de Lima Souza
Iane Renata Carvalhais Mesquita
Débora Fernandes de Melo Vitorino
Henrique Silveira Costa

DOI: 10.47573/aya.5379.2.352.19

20

Violência obstétrica: um estudo analítico da legislação brasileira..... 229

Brenda Eduarda Santiago Roos
Fernanda Mendes Botelho
Paulo Alexandre Stroparo Dyniewicz
Grasiela Ferrazza

DOI: 10.47573/aya.5379.2.352.20

21

O papel do médico no enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes 245

Brenda Eduarda Santiago Roos
Fernanda Mendes Botelho
Paulo Alexandre Stroparo Dyniewicz
Grasiela Ferrazza

DOI: 10.47573/aya.5379.2.352.X

22

Prontuário eletrônico nas perícias médicas: aspectos éticos e legais 252

Brenda Eduarda Santiago Roos
Fernanda Mendes Botelho
Paulo Alexandre Stroparo Dyniewicz
Grasiela Ferrazza

DOI: 10.47573/aya.5379.2.352.22

Organizador..... 258

Índice Remissivo..... 259

Apresentação

O primeiro volume de **“Saúde Coletiva: conceitos, práticas e determinantes em saúde”** reúne estudos que abordam diversos aspectos da saúde pública no Brasil. Os capítulos exploram temas como educação em saúde bucal para gestantes, adesão ao tratamento do diabetes e prevenção do diabetes gestacional, evidenciando a importância de estratégias eficazes no cuidado materno-infantil.

A obra também discute modelos de gestão em saúde coletiva e analisa os direitos dos idosos no acesso aos serviços de saúde, destacando questões legais e políticas públicas. Estudos sobre internações por doenças de veiculação hídrica na Bacia do Bacanga e a avaliação de riscos ambientais na mesma região ressaltam a relação entre meio ambiente e saúde.

Questões relacionadas à saúde mental são abordadas por meio de análises sobre depressão pós-parto, transtornos mentais e a relevância da saúde mental na saúde coletiva. A atenção a grupos específicos é evidenciada em capítulos sobre o Transtorno do Espectro Autista em mulheres e ações educativas realizadas por acadêmicos de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família.

Além disso, o livro trata de temas como a progressão de doenças crônicas influenciadas por fatores sociais e laborais, o papel do médico no enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, e os desafios relacionados à violência obstétrica. Aspectos éticos e legais do prontuário eletrônico nas perícias médicas também são discutidos, apontando para a importância da tecnologia na área da saúde.

Ao conectar esses diversos temas, a obra oferece uma visão ampla dos desafios enfrentados na saúde coletiva e das práticas que buscam melhorar a qualidade de vida da população brasileira.

Boa leitura!

As estratégias de educação em saúde bucal destinadas às gestantes em pré-natal odontológico no âmbito do Sistema Único de Saúde: uma revisão integrativa

Cristiano Alvarenga Sousa

Bacharel em Cirurgião-Dentista pelo Centro Universitário UniNovafapi – PI

Antonia Márcia Sousa Cardoso

RESUMO

Objetivo: analisar, por meio dos resultados de publicações científicas, como estão sendo realizadas as estratégias de educação em saúde bucal para as gestantes em atendimento do pré-natal odontológico no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Metologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, cujos dados foram por meio de levantamento bibliográfico nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Bibliografia Brasileira de Odontologia (BBO - Odontologia) e LILACS, e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foram incluídos estudos originais que apresentavam propostas de ações e estratégias visando a melhoria do conhecimento das gestantes sobre saúde bucal e foram excluídos estudos de metanálise, revisões sistemáticas, revisões da literatura. **Resultados:** Dentre os 201 achados e após utilização de filtros, leitura de títulos e resumos, utilizaram-se 10 estudos para compor a revisão. **Discussão:** Os achados demonstraram que as principais estratégias de educação em saúde bucal se concentram em rodas de conversas para desmistificação de medos da consulta com o cirurgião-dentista durante a gestação, palestras e orientações sobre amamentação, escovação e utilização do fio dental. **Considerações finais:** A análise dos resultados dos artigos incluídos neste estudo, sobre ações e estratégias de educação em saúde bucal para gestantes brasileiras, demonstra que alguns trabalhos vêm sendo desenvolvidos pelos profissionais permeados pelas mudanças do SUS. Entretanto, em relação ao acesso às ações de saúde bucal das gestantes, inferiu-se uma determinada dificuldade de adesão ao tratamento odontológico

Palavras-chave: saúde bucal; gestantes; pré-natal; Sistema Único de Saúde.



ABSTRACT

Objective: to analyze, through the results of scientific publications, how oral health education strategies are being carried out for pregnant women receiving prenatal dental care within the scope of the Unified Health System. **Methodology:** This is an integrative review of literature, whose data were obtained through a bibliographic survey in the databases of the Virtual Health Library (VHL), Brazilian Bibliography of Dentistry (BBO - Odontologia) and LILACS, and Scientific Electronic Library Online (SciELO). Original studies that presented proposals for actions and strategies aimed at improving pregnant women's knowledge about oral health were included and meta-analysis studies, systematic reviews and literature reviews were excluded. **Results:** Among the 201 findings and after using filters, reading titles and abstracts, 10 studies were used to compose the review. **Discussion:** The findings demonstrated that the main oral health education strategies focus on conversation circles to demystify fears about consulting a dentist during pregnancy, lectures and guidance on breastfeeding, brushing and flossing. **Final considerations:** The analysis of the results of the articles included in this study, on oral health education actions and strategies for Brazilian pregnant women, demonstrates that some work has been developed by professionals permeated by the changes in the SUS. However, in relation to access to oral health actions for pregnant women, a certain difficulty in adhering to dental treatment was inferred.

Keywords: oral health; pregnant women; prenatal; Health Unic System.

INTRODUÇÃO

A gestação é um período de extremas mudanças para mulher, pois a mesma passa por alterações biológicas, hormonais, psicológicas e sociais, as quais podem propiciar situações de risco à saúde bucal (Botelho *et al.*, 2019). Tal período gestacional, pode provocar alterações sistêmicas e localizadas, como na cavidade oral e comprometer a saúde bucal. Visto isso, faz-se necessária a manutenção da saúde bucal, pois é indispensável por ser uma das principais portas de entrada de infecções propensas a danos na gestação e no bem estar do conceito. Desta maneira, as gestantes devem conhecer tais alterações, através das estratégias e das ações promovidas no atendimento do Sistema Único de Saúde, para que possam compreender a importância do pré-natal odontológico nesse momento único de suas vidas (Carvalho; Cardoso, 2020).

Na Atenção Básica, a assistência às gestantes, visa o cuidado integral por meio do pré-natal, neste cenário o pré-natal odontológico é crucial, devido garantir acompanhamento das gestantes pelo cirurgião dentista, no qual essa parcela populacional recebe instruções sobre a saúde bucal, as manifestações orais mais comuns no período gestacional, higienização bucal, alimentação, e também sobre a necessidade do acompanhamento profissional durante toda a gestação, uma vez que é mais extremamente prejudicial ao bebê a permanência de infecções na cavidade bucal da mãe (Araújo *et al.*, 2021).

Os serviços de assistência à saúde integral da mulher vêm passando por constantes melhorias de acesso/qualidade e a Política Nacional de Saúde Bucal recomenda que as gestantes sejam encaminhadas ao serviço odontológico. Nesse sentido, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) serve como um grande elo entre serviços prestados e a população, caracterizando uma grande importância no processo saúde-doença (Araujo *et al.*, 2021).

Ao se tratar de saúde bucal, a interdisciplinaridade entre áreas da saúde é de extrema relevância, pois a educação em saúde bucal é fundamental para cessar diversas barreiras. Logo, a ESF tem por objetivo subsidiar a prática odontológica baseada na promoção de saúde, bem como despertar em gestantes o interesse em receber informações sobre saúde bucal (Santos, 2020).

Partindo dessa ótica, o pré-natal odontológico tem como finalidade fornecer às gestantes orientações sobre as doenças orais e a importância da saúde bucal e fornecer um acompanhamento individualizado durante toda a gestação, prevenindo e tratando agravos de doenças e conseqüentemente riscos para a saúde da mãe e da criança. Tratamento odontológico e mais uma vez a ESF advinda do Sistema Único de Saúde (SUS) garante atendimento sem custeios nos tratamentos, contribuindo para queda dos índices de mortalidade materna e perinatal (Neves, 2013; Santos, 2020).

Considerando a relevância da educação em saúde bucal durante o período gestacional e os pontos positivos de uma adequada estratégia de promoção em saúde para a mãe, o presente estudo tem como objetivo analisar, por meio dos resultados de publicações científicas, como estão sendo realizadas as estratégias de educação em saúde bucal de gestantes em atendimento do pré-natal odontológico no âmbito do Sistema Único de Saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, com abordagem qualitativa, acerca das estratégias de educação em saúde como promoção de saúde bucal para gestantes em atendidas durante o pré-natal odontológico no Sistema Único de Saúde no Brasil. As etapas da revisão foram desenvolvidas seguindo as diretrizes dos itens de relatório preferidos para revisões sistemáticas e meta-análises (declaração PRISMA). Para tal, o estudo se caracteriza como uma abordagem metodológica ampla, onde permite a inclusão de estudos experimentais e não experimentais, além de combinar dados da literatura, definir conceitos, revisar teorias e evidências e analisar problemas metodológicos de um tópico particular, gerando um panorama consistente e compressível (Souza *et al.*, 2013).

ESTRATÉGIA DE PESQUISA E SELEÇÃO DE ARTIGOS

O estudo envolveu as seguintes etapas: definição do tema, elaboração da pergunta norteadora, estabelecimento das palavras-chave, elaboração dos critérios de elegibilidade, inclusão e exclusão de estudos, levantamento das publicações nas bases de dados, categorização e análise das informações encontradas nas publicações, avaliação e apresentação dos estudos e análise crítica.

A questão norteadora da pergunta foi estruturada de acordo com o acrônimo PICO (P: população/pacientes; I: intervenção; C: comparação/controle; O: desfecho/outcome) (tabela 1), esse tipo de estratégia é guiada na seguimentação da pergunta da pesquisa, norteadando o pesquisador na seleção de palavras e alcançar definições as quais atendam ao

questionamento inicial, resultando nas melhores informações científicas do referido tema proposto. Assim sendo a questão norteadora foi definida como: As estratégias de educação em saúde bucal de gestantes em atendimento pré-natal odontológico no âmbito do Sistema Único de Saúde são aplicadas de maneira eficiente?

Tabela 1 - Estratégia seguindo o acrônimo PICO.

ACRÔNIMO	DEFINIÇÃO	DESCRIÇÃO
P	População	Usuárias do SUS no período gestacional
I	Intervenção	Estratégias de educação em saúde bucal aplicadas às gestantes em pré natal odontológica
C	Comparação	Ações e estratégias de educação em saúde em saúde bucal que não foram aplicadas às pacientes no período gestacional
O	Resultado	Proporcionar conhecimento às gestantes sobre educação em saúde bucal

Fonte: Autoria própria. Teresina-PI, 2024.

Para responder a questão norteadora foi realizada uma coleta de dados nas bases de dados da Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe (LILACS), Bibliografia Brasileira de Odontologia (BBO - Odontologia) e do *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), através da Biblioteca virtual da saúde (BVS). Os descritores os quais atenderam os objetivos do estudo, a partir do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), foram: educação em saúde bucal; gestantes; pré-natal; saúde da família; Sistema Único de Saúde, considerando o intervalo do ano de 2013 e 2023. Foi utilizado o operador booleano “AND” para fazer as combinações entre os termos selecionados.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS ESTUDOS

Foram incluídos estudos originais que apresentavam estratégias as quais proporcionavam conhecimentos às gestantes sobre saúde bucal. Incluídos também estudos os quais apresentavam resultados referentes à educação em saúde bucal para gestantes em pré natal odontológico atendidas no SUS do Brasil. Dentre os critérios de inclusão foram considerados: estudos com pacientes brasileiras em período gestacional, artigos originais, dissertações ou teses, todos considerando o intervalo de 2013 a 2023.

Os critérios de exclusão foram artigos incompletos, revisões sistemáticas, revisões da literatura, estudos aplicados à gestantes em atendimento na rede privada, estudos realizados fora do Brasil, ensaios clínicos e demais estudos que não atendem os propósitos deste estudo.

EXTRAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

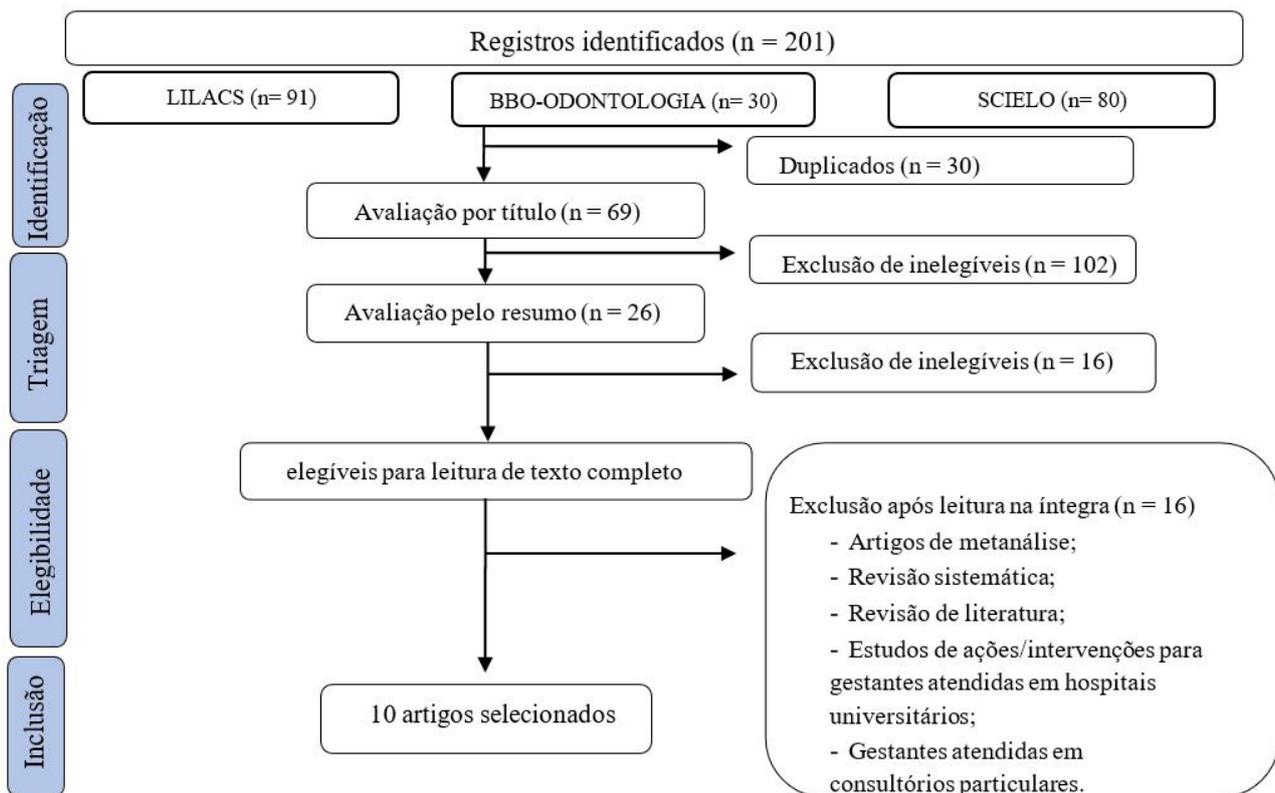
A partir dos descritores e de critérios de refinamento foram encontrados um total de 201 artigos. Após a leitura dos títulos e filtro de corte temporal chegou-se a 69 artigos, destes aplicou-se os critérios de inclusão e cruzamento dos descritores chegou-se a 14 na base LILACS, 04 na base BBO-Odontologia e 08 na SCIELO totalizando 26 artigos.

A partir da questão norteadora deste estudo e após leitura e análise dos resumos dos artigos selecionados chegou-se a 10 artigos, pois foram excluídos 16, devido os resultados destes não atingiam o objetivo do presente estudo. Estes 10 estudos foram lidos na íntegra, e tais estudos perfizeram a amostra final desta revisão. Para melhor visualização das etapas de seleção e análise dos dados, utilizou-se o fluxograma *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and MetaAnalyses (PRISMA) Statement*, conforme figura 01.

RESULTADOS

Foi identificado inicialmente um total de 201 artigos. Destes, 30 foram removidos devido ao fato de serem trabalhos duplicados. Posteriormente, a seleção ocorreu por meio da leitura de título de cada artigo, optando-se 69 estudos e excluindo-se 102 textos que não estavam de acordo com os critérios pré-estabelecidos. Em seguida, realizou-se a seleção pelo resumo, onde foram selecionados 26 artigos e excluídos 43. Por fim, dos 26 artigos selecionados para leitura na íntegra, 16 foram excluídos. A amostra final do presente trabalho foi composta por 10 estudos que cumpriram todos os critérios de elegibilidade (figura 1), publicados entre 2013 e 2023.

Figura 1 - Fluxograma da seleção dos artigos incluídos na revisão integrativa sobre ações e estratégias de educação em saúde bucal como promoção de saúde no período gestacional.



Fonte: Autoria própria. Teresina-PI, 2024.

A tabela 2 permite verificar o título, os autores e o ano de publicação, as estratégias/ações/desfechos e os resultados dos 10 artigos selecionados. Tais dados nortearam a descrição e discussão dos resultados deste artigo e respaldaram a construção da proposta de educação em saúde bucal voltada para as gestantes.

Tabela 2 - Síntese dos estudos incluídos na revisão integrativa sobre as ações e estratégias de educação em saúde bucal como promoção de saúde no período pré-natal de gestantes atendidas no SUS, 2013-2023.

Titulo	Autor e ano de publicação	Estratégia/ação	Resultados
Avaliação do acesso de gestantes à atenção odontológica realizada pelo grupo PET-Saúde da Universidade Estadual De Londrina-PR	Carvalho <i>et al.</i> (2014)	Aplicação de questionário direcionado às gestantes para avaliar o conhecimento desse grupo em relação à existência e ao funcionamento do Programa Odontológico para as Gestantes (POG) e como tem se dado esse processo durante o período gestacional.	Estratégias padronizadas para a disseminação da informação, normatização e envolvimento de toda a equipe pode melhorar a logística e a adesão ao programa de saúde odontologica
Saúde bucal e o emprego de medidas preventivas por pacientes gestantes	Moimaz <i>et al.</i> (2016)	A educação em saúde foi realizada, individualmente, no consultório odontológico foram utilizados, vídeos, folders, roda de conversa, visando a importância da boa higiene bucal na gestante e no recém-nascido.	O emprego das medidas de auto cuidado mostrou que 92,7% escovavam os dentes duas ou mais vezes ao dia e 57% raramente faziam uso do fio dental.
Oral health and the care of pregnant women: workshops as a strategy to problematize practices in basic health care in residents living in the peripheral areas of the hills in the city of Santos	Nunes <i>et al.</i> (2018)	Oficinas de problematização da atenção à Saúde Bucal com as equipes de três serviços de Atenção Básica de Saúde com diferentes formas de organização. As oficinas foram gravadas, transcritas e analisadas por meio de análise temática.	Os cirurgiões-dentistas temerem o acompanhamento da saúde bucal das gestantes, eles reconhecem a necessidade de discussão da equipe e pactuação de ações como estratégia para enfrentar os desafios da atenção à saúde bucal das gestantes. As ações educativas em saúde bucal com as gestantes no pré-natal, fortalecem as ações que podem executadas por toda a equipe da UBS.
Gestação e saúde bucal: significado do cuidado em saúde bucal por gestantes não aderentes ao tratamento	Silveira (2016)	Entrevista semiestruturada, envolvendo gestantes de duas unidades de Estratégia de Saúde da Família que realizavam pré-natal com histórico de não adesão ao tratamento odontológico.	A baixa aderência ao cuidado odontológico entre as gestantes participantes deste estudo está associada ao medo de sentir dor ou receio de o tratamento afetar seu bebê. As gestantes compreendem o tratamento odontológico limitado a procedimentos cirúrgico-restauradores.
Intervenção para o incentivo as gestantes a realizarem o pré-natal odontológico	Silva; Santos (2020)	Atividades educativas sobre diversos temas que precisam ser discutidos e esclarecidos, tanto para as gestantes quanto para os demais familiares. Também serão utilizadas rodas de conversa sobre higiene bucal voltadas para os cuidados da gestante e do bebê.	Alcançou-se as metas do estudo fazendo com que as gestantes e puérperas estejam mais presentes na busca por cuidados odontológicos para elas e para seus bebês.
Projeto de intervenção para assistência odontológica das gestantes pela equipe de saúde bucal no pré-natal odontológico	Carvalho; Cardoso (2020)	Reuniões para sensibilização de toda a ESF e atividades educativas através de palestras e formação de grupos, na UBS no dia de atendimento da gestante e reforçada, sempre, no atendimento clínico odontológico dela. O método utilizado será através de exposição interativa, macromodelos, cartazes e álbum seriado.	Perspectivas desta intervenção a instalação de medidas sócia preventivas de forma frequente e uma maior integração da equipe de saúde bucal com o restante da equipe.

Título	Autor e ano de publicação	Estratégia/ação	Resultados
Ações para incentivo do pré-natal odontológico na atenção básica	Calvacante; Procápio (2020)	Reuniões para sensibilização de toda a ESF e atividades educativas através de palestras e formação de grupos, na UBS no dia de atendimento da gestante e reforçada, sempre, no atendimento clínico odontológico dela. O método utilizado será através de exposição interativa, macromodelos, cartazes e álbum seriado.	Com esta proposta de intervenção intenciona-se possibilitar à mãe a ter uma gestação tranquila e filhos saudáveis. Da mesma maneira tem-se como perspectivas desta intervenção a instalação de medidas sócia preventivas de forma frequente e uma maior integração da equipe de saúde bucal com o restante da equipe.
Educação continuada para gestantes durante o pré-natal odontológico	Pereira; Fé (2020)	Realizar encontros mensais com as gestantes para avaliação de saúde bucal; organizar rodas de conversas e palestras durante os encontros mensais abordando temas como a cárie dentária, maloclusões, alimentos	às práticas de atividades educativas que promovam esclarecimento sobre temas relacionados à saúde bucal, obtenha-se redução do número de atendimentos odontológicos de urgência em pacientes gestantes com ou sem dor que possam trazer riscos a sua saúde e a do bebê durante os procedimentos e índice de cárie dentária.
Atenção à saúde bucal de gestantes no Brasil: uma revisão integrativa	Souza <i>et al.</i> (2021)	Conteúdo foi categorizado em quatro conjuntos: Conhecimento das gestantes acerca da saúde bucal, Hábitos de higiene bucal das gestantes, Condição de saúde bucal das gestantes e Atenção à saúde bucal das gestantes	Existe desconhecimento de muitas gestantes sobre o que é o pré-natal odontológico e sua importância. Estudos apontam que algumas não são orientadas durante o pré-natal a realizar consultas com o cirurgião-dentista.
Construção e validação de tecnologia educacional para promoção de saúde bucal da gestante na estratégia saúde da família	Pinheiro <i>et al.</i> (2023)	Construir e validar um pacote de mensagens de texto e figuras para promoção de saúde bucal da gestante.	Implicações para a prática o pacote de mensagens de textos e figuras foi considerado válido em conteúdo e aparência para promoção de saúde bucal da gestante, constituindo tecnologia educacional adequada para ser compartilhada via mensagens pelo aplicativo WhatsApp, demonstrando qualidade e potencial para ser efetivo no cuidado à saúde bucal das gestantes da estratégia saúde da família.
Pré-natal odontológico: percepção das gestantes atendidas no município de Vilhena-RO	Nascimento <i>et al.</i> (2023)	Questionamento verbais sobre as orientações de higiene bucal fornecidas pelo médico durante o pré-natal,	Grande parte das gestantes (70,2%) desconhece a existência do Pré Natal Odontológico e não recebeu esse acolhimento em gestações anteriores. Apenas 29,8% conhecem o programa, mas 66,7% delas não fazem o acompanhamento com o dentista. Apesar da baixa adesão, 92,3% das gestantes consideram importante o acompanhamento odontológico durante a gravidez.

Fonte: Autoria própria. Teresina-PI, 2024.

DISCUSSÃO

No que tange os achados das publicações incluídas neste estudo, sobre educação em saúde bucal para as gestantes, ficou evidente o aumento de pesquisas, esse aumento pode estar relacionado com a inserção mais frequente das mulheres no SUS, com a inclusão de estratégias de educação em saúde que visem a adesão dessas usuárias.

A presença destas usuárias do SUS representa um segmento social fundamental para incrementar as políticas públicas em saúde, visto que a necessidade de cuidados especiais, principalmente durante a gestação, reforça a importância do direito reprodutivo da mulher, o qual depende de seu acesso a serviços de saúde de qualidade que ofereçam meios de prevenção. Tais cuidados especiais incluem a saúde bucal, enquadrando-se no que é denominado pré-natal odontológico (Guimarães *et al.*, 2021).

Assim, a consulta odontológica no pré-natal com acesso facilitado, com a manutenção da saúde bucal da gestante e com a inclusão em programas de atenção odontológica precisam fazer parte da rotina das estratégias das equipes na Estratégia Saúde da Família. Tendo em vista que, devido às alterações bucais próprias desse período, as mulheres grávidas necessitam de programas educativos preventivos que potencializem a detecção precoce de problemas bucais (Rodrigo *et al.*, 2018).

Um número considerável de estudos evidenciam que a implementação das rodas de conversa e das oficinas de problematização com gestantes do SUS, servem para explicar a importância do tratamento odontológico em conjunto com o pré-natal (Nunes; Frutuoso, 2018). No estudo de Silva e colaboradores (2020), a equipe da ESF tentou sensibilizar as pacientes gestantes sobre essa aplicabilidade dessas estratégias, de maneira incisiva, mostrando que não há nada prejudicial para a usuária e o seu bebê, ao contrário, e uma maneira de garantir uma saúde de ambos. Outros estudos abordaram temáticas relevantes, como leite materno e , higiene oral para mães e bebês, no formato roda de conversa. Tal ação buscou levar informação esclarecedora sobre a educação em saúde bucal na gestação (Sampaio; Pinheiro, 2020; Pereira; Fé, 2020).

Alguns trabalhos sugeriram planos estratégicos educativos por meio de metodologias ativas e rodas de conversa para esclarecimento tanto para as gestantes quanto para os demais familiares, incluindo o pai que poderá acompanhar a gestante em todas as etapas gestacionais (Silva; Santos, 2020; Carvalho; Cardoso, 2020;). A proposta de ação bem completa foi descrita no estudo de Pereira e Fé (2020), onde além de incluir as rodas de conversas, também inseriu temas poucos abordados como a cárie dentária, maloclusões, alimentos cariogênicos, câncer de boca e anexos, sem deixar de focar no aleitamento materno exclusivo.

Os trabalhos de Cavalcante e Procópio (2020) e Holanda e colaboradores (2022) apontam que as gestantes ainda possuem muito medo de uma abordagem odontológica, seja por medo, insegurança, desinformação e/ou crendices. Resultados semelhantes foram encontrados quando as gestantes foram questionadas sobre a existência de medo ou não da realização de procedimentos odontológicos em um dos estudos incluídos (Holanda *et al.*, 2020), foi visto que 45,4% das gestantes relataram ter medo, sendo que 16,5% seria da anestesia local odontológica, 13% da extração dentária, 6,5% do canal, 6,5% das radiografias

e 2,6% outros, coincidindo com o estudo anteriormente citado. Esses resultados sugerem que as inseguranças por parte das gestantes podem ser baseadas em crenças antigas e em argumentos sem qualquer fundamentação científica reforçados pela tradição leiga.

Um outro ponto a ser questionado é em relação ao repasse de informações por parte dos profissionais através de ações educativo-preventivas que qualificam a saúde e tornam-se fundamentais para introduzir bons hábitos desde o início da vida da criança. Os profissionais que realizaram atividades educativas nos estudos incluídos, foram: agentes comunitários de saúde (ACS), cirurgiões-dentistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, médicos e auxiliares de saúde bucal (ASB) (Carvalho *et al.*, 2014). Alguns estudos aplicaram questionário e verificaram quais gestantes já haviam recebido algum tipo de orientação prévia sobre o pré-natal odontológico (Holanda *et al.*, 2020). Consta ainda neste mesmo estudo que o profissional que mais orientou as gestantes foi o próprio cirurgião-dentista (57%), seguido do médico (24%), enfermeiro (9%) e ainda outros profissionais (10%).

Em contrapartida, no estudo de Carvalho *et al.* (2014), foi visto que 78% das gestantes receberam orientações na primeira consulta do pré-natal, dessa vez por meio da enfermeira, dos auxiliares de enfermagem e obstetra. Apenas 19% relatou ter recebido a informação por meio da equipe de saúde bucal.

A atenção deve ser redobrada para aqueles estudos que possuem conflito de informações, como o de Carvalho *et al.* (2014), onde foi relatado que 93% dos funcionários orientavam as gestantes quanto ao agendamento da consulta odontológica, mas que 30,77% das gestantes não conheciam o programa odontológico para gestantes, possivelmente, pela existência de falhas de comunicação.

Sendo assim, o estabelecimento de fluxo envolvendo todos os profissionais faz-se necessário, haja vista que a procura por atendimento odontológico pode não ser uma prioridade por parte da gestante quando o fluxo não existe, mesmo quando problemas reais como dor e sangramento gengival estão presentes.

As literaturas utilizadas demonstraram que o pré-natal odontológico ainda é pouco procurado pelas gestantes (Cavalcante; Procópio, 2020), onde tal fato é influenciado por vários motivos, como a falta de informações acerca da importância durante a gestação, falha na comunicação entre os profissionais das unidades de saúde, especialmente quanto a restrição do conhecimento pela equipe de saúde bucal, e ainda a falta de conhecimento do próprio cirurgião-dentista sobre a sua participação na equipe do pré-natal.

Uma parcela de estudos descreveu que as ações realizadas com as gestantes ficaram muito restritas ao consultório odontológico, como orientações apenas sobre escovação e uso do fio dental (Nunes; Frutoso, 2018; Pereira; Fé *et al.* 2020). Poucos estudos relataram ações com a organização de oficinas e a participação das gestantes a fim de orientá-las sobre os cuidados durante a gestação (Ramos, 2016; Moimaz *et al.*, 2016). Embora a maioria dos estudos demonstrem que o profissional possui conhecimento e realizem práticas educativas, ainda fica perceptível a presença de insegurança. No estudo de Nunes Neto e Frutoso (2018), por exemplo, os profissionais relataram certa insegurança no atendimento desse público e os motivos variam desde insegurança no atendimento a gestantes em primeiro ou terceiro trimestre da gravidez até a falta de anestésico indicado para esse público.

O aporte de alguns estudos incluídos nesta revisão integrativa (Ramos, 2016; Nunes; Frutuoso, 2018; Cardoso; Carvalho, 2020; Silva *et al.*, 2020; Souza *et al.*, 2021; Nascimento *et al.*, 2023) evidenciou a importância de estratégias de educação em saúde bucal para a disseminação do conhecimento às gestantes. Em suma, as principais ações educativas encontradas nos estudos tratavam-se de palestras, apresentações de filmes, orientações para capacitação das futuras mães para a higienização bucal no período pré e pós natal, assim como dos bebês e também da amamentação, distribuição de folders e ainda as rodas de conversa anteriormente citadas visando a troca de experiências, sobretudo, para a quebra de crenças acerca do tratamento odontológico durante a gestação.

Sendo assim, cabe inferir por meio das análises dos estudo de Pinheiro e colaboradores (2023), Nascimento e colaboradores (2023), Nunes e Frutuoso, (2018) e Silveira e colaboradores (2020) que as estratégias de educação em saúde bucal são grandes contribuições proporcionadas pelo cirurgião-dentista dentro de uma equipe multidisciplinar, reiterando que toda a equipe de saúde bucal possui necessidade de participação em reuniões de equipe para melhorar os processos de trabalho e compartilhamento de conhecimentos, de prevenção de danos e promoção de saúde integral das gestantes durante o pré natal odontológico, no âmbito dos SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos resultados dos artigos incluídos neste estudo, sobre ações e estratégias de educação em saúde bucal para gestantes brasileiras, demonstra que alguns trabalhos vêm sendo desenvolvidos pelos profissionais permeados pelas mudanças do SUS. Entretanto, em relação ao acesso às ações de saúde bucal das gestantes, inferiu-se uma determinada dificuldade de adesão ao tratamento odontológico. Observou-se que as gestantes ainda possuem uma certa insegurança quanto ao atendimento odontológico durante o período gestacional.

Em virtude destas percepções destaca-se a necessidade de reforçar a aplicabilidade das ações de educação em saúde bucal voltadas para este público, visando a facilitação do acesso, um acompanhamento sistemático e um planejamento em equipe mais efetivo.

O presente estudo visa contribuir para a ciência, sobretudo, para essa temática que embora seja muito discutida no ambiente acadêmico, ainda é pouco difundida na prática. É notório que o presente estudo poderá oferecer subsídios que permitam reflexões para a elaboração de estudos intervencionistas na educação e promoção da saúde bucal das gestantes atendidas pelo SUS.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO *et al.* **Atenção à saúde bucal de gestantes no Brasil: uma revisão integrativa.** Revista Ciência Plural, 7(1), 124-146. (2021).

BOTELHO *et al.* **Odontologia e gestação: a importância do pré-natal odontológico.** SANARE - Rev Políticas Públicas. 2019;18(2):69–77.

CARVALHO *et al.* **Avaliação do acesso de gestantes à atenção odontológica realizada pelo grupo PET-Saúde da Universidade Estadual De Londrina-PR.** Revista da ABENO, 14(1), 81-86. (2014)

CARVALHO, M. E. D. A.; CARDOSO, F. F. D. A. **Projeto de intervenção para assistência odontológica das gestantes pela equipe de saúde bucal no pré-natal odontológico.** Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES). 2020.

CAVALCANTE, F. D. S. M., PROCÓPIO, F. A. C. **Ações para incentivo do pré-natal odontológico na atenção básica.** Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES). 2020.

GONCALVES, L. D. S. T. (2010). **Análise das condições bucais das gestantes no PFS Júlio Gamboá Padre Paraíso-MG.** Universidade Federal de Minas Gerais]. <http://hdl.handle.net/1843/BUOS-9CQDZV>

GUIMARÃES, K. A. **Gestação e Saúde Bucal: Importância do pré-natal odontológico.** Research, Society and Development, (2021)10(1), e56810112234-e56810112234.

MOIMAZ *et al.* **Saúde bucal e o emprego de medidas preventivas por pacientes gestantes / Oral health and the use of preventive methods for pregnant patients.** (2016) Rev odontol univ cid Sao Paulo, 19(1), 39-45.

NASCIMENTO *et al.* **Pré-natal odontológico: percepção das gestantes atendidas no município de Vilhena-RO.** Rev. Ciênc. Plur ; 9(3): 31317, 26 dez. 2023. tab, grafBBO - Odontologia

NUNES N. R. A., & FRUTUOSO, M. F. P. **Oral health and the care of pregnant women: workshops as a strategy to problematize practices in basic health care in residents living in the peripheral areas of the hills in the city of Santos.** RGO-Revista Gaúcha de Odontologia, (2018), 66, 305-316.

PEREIRA, D. M. A., & FÉ, M. A. D. M. **Educação continuada para gestantes durante o pré-natal odontológico.** Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES). 2020.

PINHEIRO *et al.* **Construção e validação de tecnologia educacional para promoção de saúde bucal da gestante na estratégia saúde da família.** Arq. ciências saúde UNIPAR ; 27(5): 2949-2966, 2023.

RAMOS, K. P. **Adesão ao atendimento odontológico às gestantes da estratégia de saúde da família 2 milani em São Gabriel do Oeste/MS.** (2016). Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/4212>

SAMPAIO, M. M. R., & PINHEIRO, A. C. **Projeto de Intervenção: a importância do pré-natal odontológico na atenção básica.** Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES). 2020.

SANTOS, P. S. **Assistência no pré-natal pelo enfermeiro na atenção primária à saúde: visão da usuária.** (2020). Universidade Federal de Alfenas. <https://btdtd.unifal-mg.edu.br:8443/handle/tede/1601>

SILVA, L. D. S.; SANTOS, R. F. D. **Intervenção para o incentivo as gestantes a realizarem o pré-natal odontológico.** Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES). 2020. <https://pesquisa.lilacs/porta1/resource/pt/biblio-832216>

SILVA *et al.* **Rodas de conversa com gestantes como estratégias para promoção í saúde no período pré-natal.** Rev Nursing (São Paulo), (2020) 23(263), 3760-3765.

SILVEIRA *et al.* **Gestação e saúde bucal: significado do cuidado em saúde bucal por gestantes não aderentes ao tratamento .** Rev. APS ; 19(4): 568-574, out. 2016. [tps://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-832216](https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-832216)

SOUZA *et al.* **Atenção à saúde bucal de gestantes no brasil: uma revisão integrativa.** Rev. Ciênc. Plur ; 7(1): 124-146, jan. 2021. ilus, tab lilacs

Diabetes mellitus: as intervenções pertinentes para melhorar a adesão dos pacientes diabéticos ao tratamento

Tharles Alan Martins

Acadêmico de enfermagem do Centro Universitário Planalto do Distrito Federal - UNIPLAN

Taís Loutarte Oliveira

Enfermeira. Especialista. Docente do Centro Universitário Planalto do Distrito Federal - UNIPLAN

RESUMO

A diabetes é uma condição crônica que se apresenta como um desafio de relevância para a saúde pública, demandando um acompanhamento constante visando prevenir complicações irreversíveis no organismo. A eficácia do tratamento da diabetes está intrinsecamente ligada à participação ativa do paciente. A falta de conformidade ao tratamento se mostra como um dos principais obstáculos enfrentados pela equipe de saúde responsável pelo cuidado dos indivíduos com diabetes, acarretando em índices reduzidos de controle da condição. A proposta deste estudo foi elevar a adesão ao tratamento dos pacientes que convivem com essa enfermidade, por meio de uma revisão bibliográfica acerca dos elementos que contribuem para a falta de adesão ao tratamento da diabetes. Foi realizado um amplo levantamento na literatura, buscando dados em diversas fontes. Foi identificado na análise que o cumprimento do tratamento da diabetes é prejudicado por diversos elementos complicados, como particularidades individuais dos pacientes, dos tratamentos e da própria doença, assim como a interação com os profissionais de saúde, a compreensão da doença, o suporte da família, questões psicossociais, econômicas e educacionais, e o estresse emocional, entre outros aspectos.

Palavras-chave: diabetes mellitus; adesão ao tratamento; educação em saúde.

ABSTRACT

Diabetes is a chronic condition that poses a significant challenge to public health, requiring constant monitoring to prevent irreversible complications in the body. The effectiveness of diabetes treatment is intrinsically linked to the active participation of the patient. Non-compliant patients prove to be one of the main obstacles faced by the healthcare team responsible for



the care of individuals with diabetes, resulting in lower rates of condition control. The aim of this study was to enhance treatment adherence among patients living with diabetes through a literature review on factors contributing to non-adherence. A comprehensive survey of the literature was conducted, gathering data from various sources. It was identified in the analysis that adherence to diabetes treatment is hindered by various complex elements, such as individual patient characteristics, treatment specifics, and the disease itself, as well as interactions with healthcare professionals, disease understanding, family support, psychosocial, economic, and educational issues, and emotional stress, among other factors.

Keywords: diabetes mellitus; treatment adherence; health education.

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus faz parte de um conjunto de doenças metabólicas caracterizadas pela presença de altos níveis de glicose no sangue devido falhas na secreção ou na ação da insulina no metabolismo dos alimentos. Na atualidade, o diabetes mellitus é um dos embrulhos de saúde mais significativos, não apenas devido ao grande número de pessoas afetadas, resultando em incapacidades e mortes, mas também pelo alto investimento do governo para controlar e tratar suas complicações, sendo uma das maiores causa de óbitos no Brasil (Pace; Nunnes; Ochoa-Vigo, 2003).

A diabetes é tida como um desafio para a saúde pública no Brasil, uma vez que é uma doença crônica que está cada vez mais presente na população. Esse aumento é atribuído ao envelhecimento da população e, especialmente, as escolhas do estilo de vida atual, que é marcado pela falta de exercícios físicos e hábitos alimentares inadequados (Ferreira, 2011).

Tavares *et al.* (2011), discorre que a diabetes é uma enfermidade que apresenta um quadro clínico que se desenvolve em ritmo lento, o que dificulta a detecção precoce. Esse problema pode acarretar complicações, disfunções e insuficiências em diversos órgãos, decorrentes da degradação das células beta do pâncreas e da ineficácia ou perturbações na produção de insulina.

Conforme a SBEM (2007), a diabetes mellitus pode ser caracterizada como uma doença que tem início com o aumento da glicemia. Isso ocorre devido à deficiência na produção ou no funcionamento do hormônio insulina, que é produzido pelo pâncreas nas células beta. A principal função da insulina é facilitar a entrada da glicose nas células do corpo para ser utilizada em diversas atividades.

A taxa de diabetes em adultos no Brasil era de 8,7%, contudo, as projeções indicam que esse índice pode alcançar 11,68% da população adulta brasileira em 2045. Esses números destacam o aumento alarmante da patologia no país, uma condição de saúde que está enfrentando uma rápida mudança demográfica devido ao aumento da população adulta e idosa (Bello *et al.*, 2014).

Quando o diagnóstico da diabetes é feito tardiamente, o paciente pode levar uma vida normal, mas com hábitos alimentares e o consumo de álcool inadequados, o que

pode piorar a situação. A falta de tratamento, alimentação adequada e exercícios físicos também podem causar complicações, como amputações. É crucial manter a adesão ao tratamento, controlando os níveis de açúcar no sangue, visto que a diabetes é uma doença crônica que pode ser difícil de diagnosticar precocemente e requer uma adesão ao tratamento desafiadora por parte do paciente. Profissionais de saúde enfrentam um desafio considerável ao lidar com essas questões, sendo responsáveis por encontrar maneiras de superar essas dificuldades (Barbosa; Lima, 2006).

A diabetes é uma condição que requer do paciente um tratamento contínuo e constante, que deve ser realizado ao longo de toda a existência. Para que o tratamento seja eficaz, é indispensável manter a perseverança, a motivação e a busca por aprendizado constante (Malerbi, 2011).

É de extrema importância seguir o tratamento para evitar as complicações do diabetes e permitir ao paciente ter uma vida o mais normal possível por um longo tempo. Essa adesão não se limita apenas a seguir as orientações do profissional de saúde, mas também é influenciada por familiares, amigos, vizinhos e pela autonomia do paciente em aceitar ou não as recomendações do profissional de saúde (Pontieri; Bachioni, 2010).

É essencial promover a adesão ao tratamento de diabetes através de uma abordagem global, educando sobre seus benefícios. Tratamentos de longo prazo podem dificultar a adesão, por isso é importante o envolvimento dos profissionais de saúde e o uso de métodos eficazes para melhorar o prognóstico da doença.

Essa revisão de literatura busca identificar fatores que influenciam a adesão ao tratamento e possíveis abordagens para favorecer a permanência dos pacientes.

DIABETES MELLITUS E SUA CLASSIFICAÇÃO ETIOLÓGICA

O diabetes mellitus, fora mencionado há mais de 3.500 anos, desempenha um papel significativo como um problema de saúde pública em âmbito global, especialmente dentro do cenário social brasileiro atual. A doença foi nomeada por Celsus como “Diabetes”, derivado da palavra grega para sifão, e “Mellitus”, relacionado ao termo grego para mel. Pode-se entender que o diabetes é uma doença antiga que persiste, até os dias atuais, com sua natureza devastadora (Carvalho, 2002).

O Manual de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde, de 2006, define a diabetes como um aumento anormal da glicose no sangue, podendo causar complicações em diversos órgãos devido a deficiências na produção ou ação da insulina.

A diabetes mellitus é uma questão relevante e crescente na saúde pública em todo o mundo, não importando o estágio de desenvolvimento do país. Isso se reflete tanto no número de indivíduos impactados, incapacidades e mortalidade prematura, quanto nos elevados custos associados ao controle e tratamento das complicações. É a quarta principal causa de morte global e uma das condições crônicas mais comuns (Torres *et al.*, 2009).

Atualmente, a classificação do diabetes é baseada na sua origem. A OMS e a Associação Americana de Diabetes dividem a doença em quatro categorias: tipo 1, tipo

2, gestacional e outros tipos específicos. Existem também as categorias de pré-diabetes, com níveis elevados de glicose. O diabetes tipo 2 é o mais comum, representando 90% dos casos (SBD, 2014).

Diabetes Mellitus Tipo 1

A diabetes tipo 1 ocorre pela destruição das células beta do pâncreas, reduzindo a produção de insulina. A administração de insulina é essencial para prevenir complicações como a cetoacidose. A causa comum é a autoimunidade, com presença de autoanticorpos contra componentes do organismo (Barone *et al.*, 2007).

A diabetes mellitus tipo 1 costuma ser mais comum entre crianças e adolescentes que têm um peso considerado normal. Normalmente, há um aumento considerável nos níveis de açúcar no sangue, que rapidamente evolui para cetoacidose, especialmente quando há infecção ou algum tipo de estresse. Portanto, o principal sintoma clínico que caracteriza o tipo 1 é a propensão a um aumento severo nos níveis de açúcar no sangue e cetoacidose (Brasil, 2013).

A destruição das células beta pode variar em velocidade, acontecendo mais rápido em crianças e mais lentamente em adultos, conhecido como diabetes autoimune latente do adulto. Às vezes, pode ser idiopático, sem marcadores autoimunes. Isso pode levar a cetoacidose e deficiência de insulina variável. Em muitos casos, é difícil distinguir entre diabetes tipo 1 autoimune e idiopática devido à falta de recursos para avaliação de autoanticorpos (SBD, 2014).

Diabetes Mellitus Tipo 2

A diabetes mellitus tipo 2 é responsável pela maioria dos casos dessa condição e se caracteriza por problemas na ação e liberação da insulina. Normalmente, os dois defeitos estão presentes. No entanto, em certas situações em que há hiperglicemia, um dos mecanismos pode se destacar mais. Ao contrário do diabetes mellitus tipo 1, que é autoimune, não há marcadores específicos para a diabetes mellitus tipo 2 (SBD, 2014).

A diabetes mellitus tipo 2 costuma começar devagar e apresentar sintomas menos intensos. É comumente identificada em indivíduos acima de 40 anos, que estão acima do peso ou são obesos, possuem um estilo de vida sedentário e histórico familiar da doença. Após o diagnóstico, a diabetes mellitus tipo 2 pode se desenvolver por um longo período antes que seja necessário o uso de insulina para controle da condição (Brasil, 2013).

A hiperglicemia ocorre de forma progressiva e pode se manter assintomática por vários anos. A cetoacidose é raramente desenvolvida espontaneamente e, na maioria dos casos, está relacionada a outras condições, como infecções ou sintomas mais graves. Trata-se de uma condição em geral pouco comum, porém potencialmente mortal, que pode resultar em insuficiência renal (SBD, 2014).

A esperança de vida, antecedentes familiares, urbanização, industrialização, falta de atividade física, obesidade e maior consumo de calorias são alguns dos fatores que contribuem para o aumento dos casos de diabetes mellitus tipo 2, embora, a enfermidade possa ser diagnosticada em qualquer faixa etária, sua prevalência aumenta consideravelmente com o avançar da idade (Ortiz, 2001).

Diagnóstico da Diabetes Mellitus Tipo 2

Na diabetes tipo 2, o início é gradual e frequentemente ocorre sem sintomas aparentes. O diagnóstico muitas vezes ocorre somente quando surgem complicações tardias, como proteinúria, retinopatia, neuropatia periférica, doença arteriosclerótica ou infecções recorrentes. É especialmente importante realizar exames laboratoriais para diagnosticar a doença, pois a ausência de sintomas torna-se um fator crucial para a identificação e tratamento precoce, a fim de evitar complicações (Cruz Filho *et al.*, 2002).

Antes de receber um diagnóstico, o paciente atravessa ciclos intermediários que se desenrolam durante um tempo modificável. Estes ciclos são denominados de glicemia em jejum arruinada, com valores de 100 a 126 mg/dL e tolerância à glicose prejudicada com medidas entre 140 mg/dL e 199 mg/dL, verificada duas horas após a deglutição de setenta e cinco gramas de glicose (SBD, 2014).

Tratamento do Diabetes Mellitus 2

Desde a década de 1980, o tratamento do diabetes mellitus tipo 2 tornou-se cada vez mais complexo com a incorporação de novas categorias de tratamento e tecnologias utilizadas diariamente pelos pacientes (SBD, 2015).

O autocuidado requer conhecimentos e aptidões especializadas dos pacientes e seus familiares e é essencial para o tratamento e manejo da doença. Além disso, um estilo de vida saudável, prática regular de exercícios, consumo moderado de álcool e redução do tabagismo são a base do tratamento do diabetes e do controle da glicemia (Brasil, 2013).

Devido ao fato de que a diabetes mellitus tipo 2 é uma doença assintomática, muitos pacientes são diagnosticados apenas quando já se encontra em estágio avançado, dificultando a reversão da condição apenas através de mudanças nos hábitos de vida. Por isso, é indispensável o uso de medicamentos hipoglicemiantes (Brasil, 2002).

Os antidiabéticos orais são considerados a primeira escolha para o tratamento da diabetes mellitus tipo 2 quando ela não responde apenas às medidas não farmacológicas. Esses medicamentos orais controlam o açúcar no sangue e são amplamente aceitos pelos pacientes. Alguns critérios são relevantes para que o tratamento escolhido seja ideal para o paciente em questão (Brasil, 2013).

A metformina é um medicamento seguro e eficaz para tratamento de diabetes, devido à sua capacidade de reduzir peso e evitar hipoglicemia. Recomenda-se a dose inicial de 500mg ou 850mg após as refeições, mas é contraindicada em pacientes com insuficiência renal (Rang *et al.*, 2003).

Geralmente, o tratamento do diabetes tipo 2 envolve a combinação de medicamentos, como as sulfonilureias, que estimulam a produção de insulina no pâncreas e reduzem a glicose. O SUS oferece glibenclâmida e glicazida, ambos eficazes e semelhantes em termos de toxicidade e farmacocinética, porém contraindicados para pacientes com problemas renais e hepáticos (Brasil, 2013).

Na diabetes tipo 2, a insulina é a terceira opção de tratamento após metformina e sulfonilureia. O SUS oferece insulina regular e NPH para controle glicêmico de emergência e manutenção, respectivamente. É indicada quando a glicemia ultrapassa 300 mg/dl (Rang *et al.*, 2003).

COMPLICAÇÕES DO DIABETES MELLITUS

As dificuldades do diabetes mellitus podem se manifestar de forma aguda ou crônica. No caso das complicações agudas, incluem-se a hiperglicemia e a hipoglicemia. Já as complicações crônicas podem se dividir em macrovasculares, como a doença cardíaca coronária, a doença vascular periférica e a doença cerebrovascular; microvasculares, como a retinopatia e a nefropatia; e neurológicas, como a neuropatia (Portieri; Bachion, 2010).

Complicações agudas do diabetes mellitus, como descompensação hiperglicêmica e hipoglicemia, exigem ação imediata do paciente, da família e dos serviços de saúde. Instrução e acesso a serviços de atendimento são essenciais para evitar complicações graves (Brasil, 2013).

Entre as complicações crônicas, merece destaque aquelas associadas aos pés, demonstrando um quadro fisiopatológico complexo, marcado pela presença de lesões decorrentes de neuropatia em aproximadamente 80-90% dos casos. Geralmente desencadeadas por traumas, tais lesões podem evoluir para infecções e, conseqüentemente, culminar em amputações caso não seja instituído um tratamento precoce e eficaz (Laurindo *et al.*, 2006).

Os principais desencadeadores incluem infecção, falta de adesão ao tratamento, como não aplicar insulina, abuso de comida, uso de medicamentos que elevam a glicose e outras situações graves, como AVC, infarto ou trauma. Pessoas com controle deficiente do açúcar no sangue são especialmente suscetíveis a essa complicação. As complicações do diabetes são numerosas, porém ainda são mal compreendidas pela maioria da população, especialmente aqueles que sofrem da doença (Brasil, 2013).

De acordo com Brasil (2006), as conseqüências para as pessoas, para a sociedade e para a economia são profundamente impactantes: a cada ano, 4 milhões de vidas são perdidas devido ao diabetes e suas complicações, muitas delas ocorrendo precocemente, o que equivale a 9% do total de mortes no mundo.

Um estudo recente analisou pacientes com diabetes tipo 2 que têm a doença há muito tempo, com o objetivo de identificar os fatores clínicos, psicológicos e sociais que impactam no entendimento. Constatou-se um conhecimento insuficiente sobre a enfermidade (Pace *et al.*, 2006).

FATORES QUE INFLUENCIAM A NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO DO PACIENTE PORTADOR DE DIABETES

A adesão ao tratamento é dificultada por uma série de fatores diversos, uma vez que várias condições influenciam, incluindo as características do indivíduo doente, do próprio tratamento, da doença em questão, do relacionamento com os profissionais de saúde e o apoio e compreensão da família (Brasil, 2006).

No que diz respeito a diabetes, diversos pacientes têm a crença de que não precisam da terapia medicamentosa, em virtude da natureza assintomática da doença, e assim acabam frequentemente interrompendo o uso de seus medicamentos, ou até mesmo nem começando a tomá-los, pois os julgam ineficazes ou experimentam efeitos colaterais indesejáveis (Fonseca *et al.*, 2009).

Quanto às razões apresentadas pelos pacientes para a inconsistência na ingestão dos medicamentos, incluem a falta de recursos financeiros para a compra; o fracasso na disponibilização gratuita pelo serviço de saúde; as dificuldades de adaptação à tomada dos medicamentos como por exemplo dose, quantidade e horários e a presença de efeitos colaterais indesejáveis (Dantas, 2011).

De acordo com Soares (2011), a escassez de conhecimento apropriado sobre a enfermidade frequentemente resulta na falta de adesão ao tratamento por parte do paciente. Esse fato se torna ainda mais preocupante quando o tratamento requer a modificação dos hábitos de vida, devido à dificuldade de incorporar novos costumes à rotina diária.

Para Giorgi (2006), a comunicação entre profissionais de saúde e pacientes pode impactar na adesão ao tratamento. É importante usar uma linguagem simples e limitar informações complexas, focando em orientações práticas. O conhecimento do paciente sobre a doença influencia diretamente na adesão.

O modo como o paciente enxerga os benefícios do tratamento influencia diretamente na adesão à terapia. Profissionais de saúde devem se atentar para o nível de entendimento dos pacientes. Oferecer informações claras sobre os medicamentos para o diabetes pode aumentar a adesão. Uma abordagem colaborativa entre paciente e profissional pode preencher lacunas de conhecimento (Dantas, 2011).

A enfermagem utiliza grupos para ensinar sobre saúde a pessoas com hipertensão e diabetes, porém enfrenta desafios como idade avançada, gênero masculino e baixa escolaridade. Fatores sociais, econômicos e culturais também influenciam na educação sobre diabetes (Forti; Façanha; Câmara, 2011).

Wetzel Jr. e Silveira (2005) enfatizam que a cultura e as crenças do paciente, originadas do conhecimento comum ou da experiência de doenças vivenciadas em sua família, também são consideradas como elementos influentes para a aceitação do tratamento.

Outros elementos que se somam são a limitação física ou a existência de alguma deficiência relacionada, como indivíduos que residem sozinhos, impedindo-os de utilizar corretamente a medicação (Marquez; Vegazo; Claros, 2005).

Além disso, o consumo de bebidas alcoólicas, o tabagismo e a falta de motivação para aderir ao tratamento também são fatores (Verdecchia *et al.*, 2005).

Torres e Guimarães (2007), através de um estudo mostraram que a adesão ao tratamento é influenciada pela escolaridade, tempo de diagnóstico e gênero. Homens e pacientes com nível educacional mais alto aderem mais, enquanto mulheres, idosos e pacientes com complicações do diabetes aderem menos.

Soares (2011) destaca que a dificuldade ou até mesmo a ausência de concordância com o tratamento é um problema crítico e representa um enorme desafio para a equipe de saúde, além de não ter uma resposta terapêutica conforme o esperado.

Fonseca *et al.* (2009) os estudos destacam que a complexidade em seguir o tratamento está ligada a aspectos psicossociais, econômicos, educacionais e emocionais que podem atuar como obstáculos para a adesão ao tratamento e alterações de hábitos.

Existem inúmeras variáveis que podem impactar a adesão, e não há acordo quanto àquela que exerce maior influência (Valle; Viegas; Castro, 2000).

Conforme mencionado por Malerbi (2011), os principais elementos relacionados à deficiente adesão ao tratamento pode ser classificados em:

Características do tratamento - O tratamento é longo, complexo, demanda cuidados frequentes e tempo.

Comportamento do paciente - o desafio do paciente em mudar de comportamento é o principal obstáculo encontrado devido à resistência em mudar o estilo de vida.

Fatores sociais - um dos principais problemas sociais é a falta de comunicação eficaz entre profissionais de saúde e pacientes. O uso de linguagem técnica e sobrecarga de informações dificultam a compreensão e o autocuidado.

A RELEVÂNCIA DE SEGUIR O TRATAMENTO CORRETAMENTE E A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO NO CUIDADO COM PACIENTES QUE POSSUEM DIABETES

A falta de adesão ao tratamento do diabetes mellitus deve ser considerada no momento do diagnóstico e início da terapia, pois é de crucial importância para evitar as complicações dessa síndrome. Como se trata de uma condição que geralmente não causa desconforto imediato, alguns pacientes podem não seguir corretamente o tratamento proposto. Outra razão que dificulta a adesão é o fato de que envolve mudanças nos hábitos de vida. Além disso, o tratamento busca apenas prevenir as complicações, não havendo cura definitiva, o que pode desmotivar os pacientes (SBD, 2007).

Pacientes com diabetes mellitus muitas vezes têm dificuldade em aderir ao tratamento recomendado pelos profissionais de saúde, e as taxas de não adesão costumam variar entre 40% e 90% (Gonder-Frederick *et al.*, 1988).

Detectar se o indivíduo com diabetes está seguindo as orientações do tratamento é crucial para assegurar se ele realmente compreende a seriedade da condição e se possui acesso às informações pertinentes (Antunes, 2006).

Uma pesquisa recente sobre o diabetes mostrou que a maneira como os profissionais de saúde se comunica com os pacientes pode ajudar a superar os obstáculos na adesão ao tratamento. Ao invés da abordagem tradicional baseada na relação desigual, a pesquisa apresentou alternativas para aumentar a participação ativa dos pacientes, promovendo a ação coletiva na busca por conhecimento sobre a doença e seu tratamento (Cyrino, 2009).

Durante muito tempo, tem sido comprovado que a mudança de hábitos, como alimentação saudável e atividade física, é essencial para controlar fatores de risco e prevenir diversas doenças. A dieta tem grande impacto na prevenção e controle de condições de saúde (Dansinger *et al.*, 2005).

Nesse sentido, as ações educativas são consideradas fundamentais nas intervenções preventivas em larga escala, especialmente aquelas que têm evoluído de uma abordagem de transmissão de conhecimento para uma comunicação em que o profissional de saúde compartilha informações e o receptor passa de uma postura passiva para uma postura ativa e responsável (Arauz *et al.*, 2001).

De acordo com Alves (2005), a educação em saúde representa um meio pelo qual o conhecimento científico, intermediado pelos profissionais de saúde, impacta a vida das pessoas, incentivando a adoção de novos hábitos e comportamentos saudáveis. A educação em saúde adquire uma abordagem conceitual mais abrangente quando integrada à proposta de promoção da saúde.

De acordo com Weare (2002), a educação em saúde é considerada fundamental para alcançar seus objetivos. Embora haja quem discorde sobre a eficácia da educação como estratégia para promover a saúde.

Amorim (2014) defende que a promoção da saúde deve ser baseada na informação, não na educação, visando conscientização e empoderamento das pessoas através do acesso à informações relevantes. Ao invés de uma abordagem educativa autoritária, propõem um diálogo e autonomia na tomada de decisões.

A educação sobre alimentação e nutrição, vista como uma área da educação em saúde, abrange em sua essência os mesmos princípios da educação em saúde. De acordo com Boog (1999), o ensino nutricional, juntamente com todos os processos educacionais presentes na vida humana, ocorre no dia a dia das pessoas, no decorrer de suas vidas, na luta que enfrentam para lidar com os desafios diários. Contudo, também pode ser feito por meio de atividades educativas e de ensino planejadas por profissionais capacitados para esse propósito.

No âmbito didático-pedagógico dos processos educacionais, encontramos na literatura especializada teorias relacionadas aos modelos de conhecimentos, atitudes e práticas, motivação, aprendizado em sociedade, processamento de informações para o consumidor, planejamento de comunicações, ação social e comunitária, disseminação de informações e modelos integrados. A dificuldade da alteração nos hábitos alimentares

é destacada por todos, assim como a influência dinâmica das variáveis envolvidas e a necessidade de um planejamento cuidadoso e sistemático para desenvolver intervenções eficazes (Cervato *et al.*, 2004).

Ideias críticas sobre a concepção e abordagens da educação em saúde são discutidas em ensaios como os de Alves (2005), restringindo-se a um campo mais específico de publicações os estudos que analisam os efeitos de intervenções educativas em diabéticos, com foco na avaliação dos resultados da educação em saúde (Silva *et al.*, 2006) e na abordagem particular da questão educacional alimentar e nutricional para esse grupo (Almeida-Pititto, 2009).

No contexto das políticas públicas, a significativa morbimortalidade de pessoas diabéticas na população brasileira demanda do Sistema de Saúde a garantia no âmbito político-operacional, do acompanhamento e assistência contínua aos indivíduos diagnosticados com tais condições. Isso nos leva ao principal desafio enfrentado pelo SUS, o de reformular as práticas de atenção à saúde, assegurando a todos o acesso universal, integral e igualitário a uma rede de serviços eficazes (Barreto; Carmo, 2007).

O PAPEL DA ENFERMAGEM JUNTO AO PACIENTE PORTADOR DE DIABETES MELLITUS

O enfermeiro desempenha um papel crucial na conscientização dos pacientes sobre a importância da prevenção e tratamento do diabetes, auxiliando-os a manter suas atividades diárias e alcançar satisfação. A assistência de enfermagem é essencial para educar os pacientes sobre a convivência com a doença, prevenção de complicações e autocuidado, além de realizar consultas, solicitar exames e elaborar ações educativas em saúde conforme a necessidade (Amorim, 2014).

A consulta de enfermagem é fundamental para orientar pacientes com diabetes sobre o tratamento e os cuidados necessários. O enfermeiro deve acolher o paciente, fornecer orientações e esclarecer dúvidas, incentivando práticas saudáveis. Também é relevante instruir sobre os sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia (Grillo, 2005).

O enfermeiro desempenha um papel fundamental no cuidado de pacientes com diabetes, oferecendo orientações e estimulando o tratamento adequado para controlar os sintomas da doença. Além disso, é crucial que o enfermeiro acompanhe de perto o paciente, educando sobre a relevância do controle da glicose e auxiliando na administração dos sintomas. Identificar precocemente os riscos e a fragilidade do paciente, agindo de maneira estruturada para minimizar os impactos na saúde, é essencial (Oliveira; Oliveira, 2010).

O enfermeiro tem um papel crucial no controle das complicações do diabetes descompensado, evitando a desnutrição. Seu papel inclui orientação, acompanhamento e apoio aos pacientes e suas famílias durante as consultas, garantindo que eles possam manter suas rotinas com segurança (Amorim, 2014).

EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA - CUIDADO INTEGRADO PARA AUMENTAR A ADESÃO AO TRATAMENTO DOS PORTADORES DE DIABETES

Para Lyra Junior *et al.* (2006) a adesão terapêutica é descrita como colaboração entre paciente e profissional, envolvendo tomar medicamentos e mudar hábitos. Vários fatores podem interferir na falta de adesão, como idade, sexo, tipo de doença, aspectos do paciente, problemas econômicos, medicações e equipe de saúde.

O Ministério da Saúde destaca a importância da redução de doenças relacionadas ao diabetes através da prevenção e controle da doença. Na atenção básica, é possível adotar medidas de prevenção em três estágios: primária, secundária e terciária, abordando fatores de risco, identificando casos de alto risco e realizando tratamento efetivo para prevenir complicações (Brasil, 2006).

A partir das atividades educativas, o trabalho interdisciplinar possibilita ao paciente uma compreensão abrangente sobre a doença e a relevância da medicação regular, estimulando-os a adotar hábitos de vida saudáveis e seguir integralmente o tratamento (Dantas, 2011).

De acordo com Pace; Nunes; Ochoa-Vigo (2003), os profissionais de saúde desempenham um papel essencial na identificação de pessoas com diabetes e na promoção da educação em saúde para controlar a doença. Eles também destacam que o apoio familiar é um fator crucial em ambas as situações e, principalmente, no cuidado de pessoas com doenças crônicas. A família e os amigos têm influência no controle da doença em relação à adesão ao tratamento, à dieta e à participação em atividades físicas.

Diversas abordagens de intervenção voltadas para indivíduos com diabetes, como por exemplo, programas educacionais em grupo, retiros, terapias individuais e familiares, têm sido elaboradas com o intuito de aprimorar a adesão ao tratamento, ampliar o leque de habilidades sociais, ensinar táticas para lidar com o estresse e melhorar a comunicação no âmbito familiar (Malerbi, 2011).

Atualmente a Sociedade Brasileira de Diabetes tem proporcionado treinamentos em educação em diabetes, denominados Curso de qualificação de Profissionais de Saúde em Educação em Diabetes, para diversos profissionais da área da saúde, tais como enfermagem, nutricionistas, médicos, assistentes sociais, farmacêuticos e outros. Esses treinamentos fazem parte do Projeto Educando Educadores (Forti; Façanha; Câmara, 2011).

Ressalta-se que, para esses profissionais capacitados, é necessário muito mais do que apenas conhecimento técnico sobre a doença. É essencial manter-se constantemente atualizado nesse conhecimento e desenvolver habilidades e estratégias para fornecer assistência a uma população heterogênea, com diferentes hábitos de vida, culturas, necessidades e dificuldades. Por essa razão, destaca-se a importância da educação continuada dos profissionais em estratégias de educação em diabetes e intervenções comportamentais, além de sua preparação básica (Brasil, 2013).

A equipe interdisciplinar deve fornecer conhecimento, auxiliar na aceitação e proporcionar ferramentas para o autocuidado de pessoas com diabetes. A interação entre

os profissionais é essencial para o sucesso das intervenções, que devem ser integradas e adaptadas às necessidades individuais de cada paciente (Forti; Façanha; Câmara, 2011).

A fim de que essa interdisciplinaridade se concretize, é primordial que os profissionais da área da saúde se reúnam para elaborar e avaliar as ações, compartilhando informações e experiências, sempre respeitando, reconhecendo e incorporando a vivência individual no contexto de um processo colaborativo e integrado (Brasil, 2013).

De acordo com Coelho e Nobre (2006), quando ocorre uma adesão inadequada à terapêutica, o médico pode erroneamente julgar a eficácia do tratamento instituído. Isso pode levar o profissional a buscar outra estratégia terapêutica, aumentando a dose ou substituindo o medicamento, ou até mesmo adicionando um novo fármaco.

A equipe de saúde da família visa apoiar o cuidado sustentável em todas as fases da vida, promovendo autonomia para o autocuidado. É essencial orientar sobre o diabetes, seus fatores de risco e medidas preventivas, além de acompanhar o cumprimento das consultas, medicamentos e orientações de estilo de vida (Forti; Façanha; Câmara, 2011).

O profissional de enfermagem deve ajudar os pacientes a aderirem à medicação, apresentando soluções para dificuldades, fornecendo informações, promovendo grupos educativos e acompanhamento domiciliar para melhorar o tratamento (Alves; Aerts, 2011).

Segundo Malerbi (2011), compartilhar experiências com outras pessoas auxilia tanto os pacientes quanto seus familiares no enfrentamento do diabetes. Após participarem de programas educativos, os portadores da doença e seus familiares passam a aceitar o diabetes de forma mais positiva, o que aumenta a adesão ao tratamento e melhora sua qualidade de vida.

CUIDADOS E PREVENÇÃO

Investir na prevenção é essencial não só para garantir uma vida saudável, mas também para evitar a hospitalização e os gastos que dela decorrem. É importante adotar esse método em três etapas distintas: primária, secundária e terciária (Brasil, 2002).

A prevenção do Diabetes Mellitus é feita através da eliminação de fatores de risco, identificação precoce e tratamento. Profissionais de saúde têm papel fundamental em todas as etapas de prevenção (Brasil, 2013).

Estudos apontam que é viável controlar e prevenir complicações do diabetes através de programas educativos. De acordo com Rodrigue *et al.* (2012), é crucial destacar a importância do controle e prevenção da doença no acompanhamento e tratamento do paciente com diabetes mellitus.

Assim, a educação do paciente com diabetes é ressaltada como um pilar essencial no cuidado para alcançar o controle da doença e, conseqüentemente, prevenir ou retardar o surgimento de complicações agudas e crônicas, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida (Pace; Ochoa-Vigo; Fernandes, 2006).

Proporcionar atenção completa ao indivíduo com diabetes e sua família representa um grande desafio para a equipe de saúde. Especialmente ao auxiliar o indivíduo na transformação do seu estilo de vida, que influenciará diretamente a vida de seus familiares e amigos. Gradualmente, é essencial que ele adquira habilidades para gerenciar a sua condição diabética, visando sempre a melhoria da qualidade de vida e a conquista da autonomia (Brasil, 2006).

Nesse sentido, é fundamental ressaltar a importância do controle metabólico como forma de prevenir ou retardar o surgimento de complicações crônicas associadas ao diabetes, promovendo assim a qualidade de vida tanto dos pacientes quanto de seus familiares (Pace; Nunes; Ochoa-Vigo, 2003).

Pesquisas realizadas em âmbito internacional indicam que os custos associados ao cuidado de pacientes com diabetes chegam a ser de duas a três vezes superiores em comparação com indivíduos não diabéticos, sendo essa diferença diretamente ligada à ocorrência de complicações crônicas (Brasil, 2013).

O principal ônus, porém, recai sobre aqueles que convivem com diabetes, suas famílias, amigos e a sociedade em geral: o impacto na redução da expectativa e qualidade de vida é significativo. A expectativa de vida é reduzida em média de 15 anos para o diabetes tipo 1 e de 5 a 7 anos para o tipo 2 (Brasil, 2006).

Alguns autores afirmam que apenas adquirir conhecimento e mudar atitudes não são suficientes para melhorar a saúde em pacientes com diabetes tipo 2. É essencial aderir à dieta e exercícios físicos, além de compreender suas condições e seguir orientações educacionais para controlar a glicemia e perder peso de forma eficaz (Torres *et al.*, 2009).

Hoje, é amplamente reconhecido que pessoas com alto risco conseguem prevenir, ou ao menos retardar, o desenvolvimento do diabetes (Brasil, 2006).

Contudo, é responsabilidade dos profissionais de saúde ficarem atentos à identificação de pessoas em risco de desenvolver diabetes mellitus e aumentar os esforços para promover o controle daqueles que já foram diagnosticados (Laurindo *et al.*, 2006).

Acredita-se que a família desempenha um papel essencial em ambos os cenários. A influência da família e amigos sobre o controle da doença é crucial para o cumprimento do tratamento, da dieta e para a participação em um programa regular de exercícios (Pace; Nunes; Ochoa-Vigo, 2003).

A diabetes é uma condição progressiva que requer medicação ao longo do tempo, podendo até mesmo necessitar de insulina. A melhoria no estilo de vida, na alimentação e na prática de exercícios físicos é essencial para alcançar os objetivos do tratamento e prevenir complicações (Brasil, 2006).

A indicação parece ser simples e fácil de seguir, porém, para aqueles com hábitos alimentares anteriores específicos, a restrição de calorias pode ser uma mudança significativa. Isso pode gerar crenças sobre a terapia nutricional que dificultam a adesão, por parecerem práticas restritivas (Portieri; Bachion, 2010).

O cuidado abrangente ao paciente com diabetes e sua família é um desafio para a equipe de saúde, especialmente ao apoiá-lo na transformação do seu estilo de vida, o que se reflete diretamente no bem-estar de seus parentes e amigos. De forma gradual, ele precisa aprender a gerir sua vida com diabetes, visando qualidade de vida e autonomia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo a literatura consultada, a adesão ao tratamento do paciente diabético enfrenta desafios como nível de escolaridade, aspectos culturais e socioeconômicos, além do desconhecimento da doença. A educação em diabetes deve ser um processo contínuo, envolvendo profissionais, pacientes e familiares para garantir a qualidade de vida. O papel da equipe multidisciplinar e a participação ativa do paciente são fundamentais para regularizar a função da insulina e os níveis de glicose no sangue e evitar complicações.

A regularização da função da insulina e dos níveis de glicose no sangue é fundamental para evitar complicações. O paciente deve seguir uma série de procedimentos para controlar a glicemia.

É importante que os profissionais de saúde levem em consideração a opinião do paciente ao elaborar o plano terapêutico. Isso motiva o paciente e aumenta a adesão ao tratamento, garantindo seu bem-estar e facilitando o acompanhamento adequado.

É fundamental que os profissionais de saúde compreendam a dinâmica familiar em diferentes estágios do ciclo de vida e busquem estratégias para melhorar a adesão ao tratamento do diabetes, visando melhorar a qualidade de vida do paciente e da família.

Concluindo, destaca-se que as dificuldades enfrentadas pela equipe de saúde familiar em obter adesão ao tratamento da diabetes estão ligadas à diversidade de fatores causais e devem persistir por um tempo considerável, uma vez que precisam ser enfrentadas em conjunto tanto pela família quanto pelo paciente.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA-PITITTO, B. **Impacto de um programa de intervenção no estilo de vida sobre o perfil de risco cardiometabólico da população nipo-brasileira de alto risco. 122p.** [Tese de Doutorado]. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2009.

ALVES, G. G.; AERTS, D. **As práticas educativas em saúde e a estratégia saúde da família.** *ABRASCO - Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.* v.16,n.1.Rio de Jan,2011.

ALVES, V. S. **Um modelo de educação em saúde para o programa de saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial.** *Interface- Comunic.Saúde Educ,* v.9, n.16, p.39-52, 2005.

AMORIM, Brena da Câmara. **Assistência de Enfermagem ao paciente Portador de diabetes mellitus tipo 1 realizado no hospital e maternidade Luiza Teodoro da costa - estudo de caso,** fevereiro ,2014.

ANTUNES, G. N. **Nível de conhecimento dos pacientes diabéticos, em relação a sua doença e adesão ao tratamento, nos postos de saúde cadastrados no programa de saúde da família, no município de Criciúma. 118p.** (Monografia). Criciúma: UNESC, 2006.

ARAUZ, A. G.; *et al.* **Intervención educativa comunitaria sobre la diabetes comunitaria en el ámbito de la atención primaria.** Rev Panam Salud Publica, Washington, v.9, n.3, p.145-153, 2001.

BARBOSA, R. G. B.; LIMA, N. K. C. Índices de adesão ao tratamento anti- hipertensivo no Brasil e mundo. Rev Bras Hipertensão, 13, p. 35-8, 2006.

BARONE, B.; RODACKI, M.; CENCI, M. C. P.; ZAJDENVERG, L.; MILECH, A.; OLIVEIRA, J.E.P. **Cetoacidose diabética em adultos – atuação de uma complicação antiga.** Arq. Bras. Endocrinol. Metab., v. 51, p. 9, 2007.

BARRETO, M. L.; CARMO, E. H. **Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde.** Ciênc. saúde coletiva, v. 12, p.1179-1790, 2007.

BELLO, E. F.; SOUZA, E. M.; COMASSETTO, I.; OLIVEIRA J.M. **Vivência do idoso institucionalizado com membros inferiores amputados decorrentes de complicações do Diabetes Mellitus.** Rev. de Enf. UFPE on line-ISSN: 1981-8963, v. 8, n. 1, p. 44-51, 2014.

BOOG, M. C. F. **Educação nutricional em serviços públicos de saúde.** Cadernos de Saúde Pública, v.15, s.2, p. 139-147, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica.** Cadernos de Atenção Básica - n.º 16, Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus.** Cadernos de Atenção Básica, nº 36. Brasília (DF). Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Portaria n. 648, de 28 de março de 2006** dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Básica e revisão das diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o programa de saúde da família e programa de agentes comunitários de saúde., Ministério da Saúde, Brasília, 2006.

BRASIL. **Portaria nº 371/GM de 04 de março de 2002** Referente à instituição do Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Ministério da Saúde, 2002.

CARVALHO. Luis. **Subsidio para o planejamento de cuidados especiais para o tratamento odontológicos de pacientes portadores de diabetes mellitus.** 2002. 107 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de Odontologia, Universidade de São Paulo. 2002.

CERVATO, M. A.; *et al.* **Bases teóricas para a prática da educação nutricional.** Rev Nutrição em Pauta, 2004. Disponível em: <http://www.nutricaoempauta.com.br/lista_artigo.php?cod=45>. Acesso em 30 de março de 2024.

- COELHO, E. B.; NOBRE, F. **Recomendações práticas para se evitar o abandono do tratamento anti-hipertensivo.** Revista Brasileira de Hipertensão, São Paulo, v.13, n.1, p.51-54, 2006.
- CRUZ FILHO, R. A.; CORRÊA, L. L.; EHRHARDT, A. O.; CARDOSO, G. P.; BARBOSA, G. M. **O papel da glicemia capilar de jejum no diagnóstico precoce do Diabetes Mellitus: correlação com fatores de risco cardiovascular.** Arq. Bras. Endocrinol. Metab., v. 46, n. 3, p. 255-9, 2002.
- CYRINO, A. P. **Entre a ciência e a experiência** : uma cartografia do autocuidado no diabetes. São Paulo: Editora Unesp, v. 1, p. 230, 2009.
- DANSINGER, M.L.; *et al.* **Comparison of the Atkins, Ornish, Weight Watchers and Zone Diets for Weight Loss and Heart Disease Risk Reduction.** A Randomized Trial. Journal of American Medical Association, v. 293, p. 43-53, 2005.
- DANTAS, A. de O. **Hipertensão arterial no idoso: fatores dificultadores para a adesão ao tratamento medicamentoso.** 2011. 31f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2011.
- FERREIRA, Sandra Roberta. **Aspectos epidemiológicos do diabetes mellitus e seu impacto no indivíduo e na sociedade.** e- BOOK Diabetes na Prática Clínica. Uma Publicação On-Line da Sociedade Brasileira de Diabetes. Capítulo 1. 1º módulo 2011.
- FONSECA, F. C. A; COELHO, R. Z; MALLOY-DINIZ, R; SILVA FILHO, H.C. **A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial.** J. Bras. Psiquiatr. v.58, n.2, p.128–134, 2009.
- FORTI, A. C; FAÇANHA, C; CÂMARA, G **A educação em diabetes e a equipe multiprofissional** . e- BOOK Diabetes na Prática Clínica. Uma Publicação On-Line da Sociedade Brasileira de Diabetes. Capítulo 4. 2011, 3º módulo.
- GIORGI, D.M.A. **Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo.** Revista Brasileira de Hipertensão. v.13, n.1, p.47-50, 2006.
- GONDER-FREDERICK, L. A.; JULIAN, D. M.; COX, D. J.; CLARKE, W. L.; CARTER, W. R. **Self-measurement of blood glucose: accuracy of self-reporter data and the adherence to recommended regimen.** Diabetes Care. v. 11, n.07, p. 579-585, 1988.
- GRILLO, M.F.F. **Caracterização e práticas de autocuidado de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 de uma unidade básica de saúde.** Dissertação de mestrado. Porto Alegre, 2005.
- LAURINDO, Mariana; RECCO, Daiene; ROBERTI, Daniella; RODRIGUES, Cléa. **Conhecimento das pessoas diabéticas acerca dos cuidados com os pés.** 2006. Disponível em <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/Vol-12-2/4.pdf>. Acesso em 01 de abril de 2024.
- LYRA JUNIOR DP, AMARAL RT, VEIGA EV, CÁRNIO EC, NOGUEIRA MS, PELÁ IR. **A Farmacoterapia no idoso: Revisão Sobre a Abordagem Multiprofissional no Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica.** Rev Latino-Am Enfermagem. 2006;14(3):435-4.
- MALERBI, F. E. K. **Adesão ao tratamento, importância da família e intervenções comportamentais em diabetes.** e-book diabetes na Prática clínica. 4º módulo, 2011.

MARQUEZ, C. E.; VEGAZO G. O.; CLAROS, N. M. **Efficacy of telephone and mail intervention in patient compliance with antihypertensive drugs in hypertension.** ETECUM-HTA study. *Blood Press.* 2005.

OLIVEIRA, G. K. S.; OLIVEIRA, E. R. **Assistência de enfermagem ao portador de diabetes mellitus: um enfoque na atenção primária em saúde.** VEREDAS FAVIP - Revista Eletrônica de Ciências - v. 3, n. - julho a dezembro de 2010.

ORTIZ, M. C. A.; ZANETTI, M. L. **Levantamento dos fatores de risco para Diabetes Mellitus tipo 2 em uma instituição de ensino superior.** Rev. Latino-Americana de Enf, v. 9, n. 3, p. 58-63, 2001.

PACE, A. E; NUNES, P. D.; OCHOA-VIGO, K. **O conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de diabetes mellitus.** Rev. Latino- Am.Enfermagem. v.11, n. 3, p. 312-19, 2003.

PACE. Ana Emilia; NUNES. Polyana Duckur; OCHOA-VIGO. Katia. **O Conhecimento dos Familiares Acerca da Problemática do Portador de Diabetes Mellitus.** 2003 Disponível em <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0179.pdf>>. Acesso em 1 de abril de 2024.

PACE. Ana Emilia; OCHOA-VIGO. Katia; CALIRI. Maria; FERNANDES. Ana. **O Conhecimento Sobre Diabetes Mellitus no Processo de Auto Cuidado.** 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt_v14n5a14.pdf>. Acesso em 01 de abril de 2014.

PORTIERI. Flávia; BACHION. Maria. **Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento.** 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a21v15n1>>. Acesso em 5 de out. 2023.

RANG, H.P.; DALE, M.M.; RITTER, J.M.; FLOWER, R. J.; HENDERSON, G. **Farmacologia.** 5.ed. Tradução de Patricia Lydie Voeux, Antonio Jose Magalhães da Silva Moreira. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

RODRIGUES. Mônica; MOTTA. Maria. **Mecanismos e fatores associados aos sintomas gastrointestinais em pacientes com diabetes mellitus.** 2012. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v88n1/a04v88n01.pdf>>. Acesso em 01 de abril 2024.

SILVA, M. A.; *et al.* **Enfermeiros e grupos em PSF: possibilidade para participação social.** Cogitare Enferm, v.11, n.2, p.143-149, 2006.

SOARES, M. L. M. **Proposta de monitoramento do idoso que está fazendo uso inadequado de medicação.** 2011. 30f Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família)- Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diret. da Socied. Bras. de Diabetes,** 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Mét. e crit. para o diagn. do DM,** 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Tratamento e acompanhamento do Diabetes mellitus.** Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 168, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **O que é diabetes?**, 2007. Disponível em: < <https://www.endocrino.org.br/o-que-e-diabetes/> > Acesso em: 07 de outubro de 2023.

TAVARES, B.C. *et al.* Resiliência de pessoas com *Diabetes Mellitus*. **Texto contexto enferm.** v.20 n.4. Florianópolis out./dez. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/6HBKcKJRbPCyR38SzHLRZPD/#>. Acesso em: 06 de dezembro de 2023.

TORRES, Andréia. A; GUIMARÃES, Norma. G. **Adesão ao Tratamento Dietético em Pacientes Portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2 Atendidos no Ambulatório de Nutrição do Hospital Regional da Asa Norte.** Distrito Federal: 2007.

TORRES, H. C. *et al.* **Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 43, n. 2, abr. 2009.

TORRES. Heloisa; FRANCO. Laercio; STRADIOTO. Mayra; HORTALE. Virginia; SCHALL. Virginia. **Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes.** 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000200010>. Acesso em 01 de abril de 2024.

VALLE, E. A.; VIEGAS, E. C.; CASTRO C. A. C.; TOLEDO Jr, A. C. **A adesão ao tratamento.** Rev Bras Clín Ter, v.26, n.3, p.83-86, 2000.

VERDECCHIA, P, REBOLDI GP, ANGELI F, SCHILLACI G, SCHWARTZ JE, PICKERING TG, IMAI Y, OHKUBO T, KARIO K. **Short and long term incidence of stroke in white-coat hypertension.** Hypertens. 2005.

WEARE, K. **The contribution of education health promotion.** In: BUNTON, R.; World Health Organization – WHO. Data and statistics. 2002. Disponível em: <http://www.who.int/>. Acesso em 30 mar 2024.

WETZEL JR., W.; SILVEIRA, M. P. T. **Hipertensão Arterial: um problema de todos.** Revista Nursing, São Paulo, v.81, n.7, p. 70 - 75, fev., 2005.

Diabetes gestacional: fatores de risco, complicações e estratégias de prevenção

Andréia Janayna Euzébio da Silva
Cintia Graciela Rodrigues da Silva
Ingridy Karen de Souza

RESUMO

O diabetes gestacional é uma condição metabólica caracterizada pelo aumento dos níveis de glicose no sangue durante a gravidez. Este estudo tem como objetivo, investigar os fatores de risco associados ao desenvolvimento do diabetes gestacional, bem como suas complicações e estratégias de prevenção. Através de uma revisão bibliográfica sistemática, serão analisados estudos recentes que abordam esses aspectos, a fim de fornecer informações atualizadas e relevantes para profissionais de saúde e gestantes.

Palavras-chave: diabetes gestacional; saúde da mulher; prevenção.

ABSTRACT

Gestational diabetes is a metabolic condition characterized by increased blood glucose levels during pregnancy. This study aims to investigate the risk factors associated with the development of gestational diabetes, as well as its complications and prevention strategies. Through a systematic bibliographic review, recent studies that address these aspects will be analyzed in order to provide updated and relevant information for health professionals and pregnant women.

Keywords: gestational diabetes; women's health; prevention.

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) emerge como uma questão de urgência no âmbito da saúde pública global, despertando crescente preocupação em virtude de seu avanço epidemiológico, impacto na qualidade de vida e consequências fatais. Segundo dados fornecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que até o ano de 2030, uma expressiva cifra de aproximadamente 366 milhões de indivíduos em todo o mundo será portadora dessa enfermidade, e o Brasil, por sua vez, projeta-se como habitação de cerca de 11 milhões de pessoas acometidas por tal condição.



Washington D.C., 11 de novembro de 2022 (OPAS/OMS) – As taxas crescentes de obesidade, má alimentação, falta de atividade física, entre outros fatores, contribuíram para mais que triplicar o número de adultos que vivem com diabetes nas Américas nos últimos 30 anos, de acordo com novo relatório da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2021).

A atual classificação do Diabetes Mellitus (DM), estabelecida pela Associação Americana de Diabetes (ADA) e adotada tanto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) quanto pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), fundamenta-se na etiologia da doença, em detrimento do tipo de tratamento. Nesse sistema classificatório, são identificadas quatro categorias clínicas distintas: Tipo 1 (DM1), Tipo 2 (DM2), outros tipos específicos de DM e Diabetes Mellitus Gestacional (DMG).

O hormônio predominante associado à diminuição da sensibilidade e resistência à insulina é o lactogênio placentário. No entanto, é bem estabelecido que outros hormônios que aumentam os níveis de glicose no sangue, como o cortisol, estrogênio, progesterona e prolactina, também desempenham um papel nesse processo (Sousa *et al.*, 2017).

O Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), por sua vez, é definido como qualquer grau de intolerância à glicose que seja diagnosticado ou reconhecido pela primeira vez durante a gestação. Nesse período, ocorrem alterações hormonais e metabólicas que podem levar a um aumento da resistência à insulina. Embora o DMG geralmente desapareça após o parto, as mulheres afetadas têm um risco aumentado de desenvolver DM2 no futuro. O tratamento do DMG visa controlar os níveis glicêmicos maternos para garantir o bem-estar tanto da mãe quanto do feto, e pode envolver mudanças na dieta, atividade física e, em alguns casos, insulina. De acordo com, Batista, *et al.* (2020), “a DMG consiste em uma disfunção pancreática, que pode ser branda ou grave, que pode causar no indivíduo que é acometido desde um simples funcionamento inadequado até a perda total de sua capacidade de produção de insulina.”

A Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é uma condição que apresenta uma prevalência média global de 10%, variando de 1% a 14% de acordo com as características específicas da população, como a prevalência de diabetes tipo 2, composição étnica e critérios diagnósticos adotados. Essa condição é responsável por cerca de 90% de todos os casos de intolerância à glicose durante a gestação. A presença da DMG implica em um alto risco tanto para a mãe quanto para o recém-nascido, aumentando a morbidade perinatal quando comparada à população geral de gestantes. “Os estudos observaram o aumento de até três vezes com relação aos casos de malformações congênitas em gestante diabética, bem como o aumento de até dez vezes nos partos pré-termo” (Queiroz *et al.*, 2018).

Esses riscos evidenciam a importância do diagnóstico precoce e da intervenção adequada no caso de DMG. O monitoramento cuidadoso dos níveis glicêmicos durante a gestação, juntamente com um plano de tratamento individualizado, é crucial para minimizar os danos tanto para a mãe quanto para o recém-nascido. A adoção de medidas de controle glicêmico, como orientação nutricional, atividade física adequada e, em alguns casos, o uso de insulina, pode ajudar a reduzir os riscos associados à DMG e promover melhores resultados para a saúde materna e fetal.

Esse estudo pode fornecer subsídios para o desenvolvimento de estratégias de prevenção do diabetes gestacional, identificando fatores relacionados ao perfil das

gestantes e compreendendo como elas percebem a doença. Essa pesquisa contribuirá para os profissionais de saúde e para o Sistema Único de Saúde (SUS) na promoção da saúde tanto da mãe quanto do bebê.

FATORES DE RISCO PARA O DIABETES GESTACIONAL

O diabetes gestacional é uma condição de saúde que afeta mulheres durante a gravidez, caracterizada por níveis elevados de açúcar no sangue. Essa condição pode ter consequências tanto para a mãe quanto para o bebê, por isso é importante entender os fatores de risco associados ao seu desenvolvimento. Além disso, devido à hiperglicemia, o risco de parto prematuro também é aumentado, colocando em risco a vida do bebê (Catalano, Patrick *et al.*, 2012).

Existem diversos fatores de risco que podem aumentar a probabilidade de uma mulher desenvolver diabetes gestacional. Alguns desses fatores são modificáveis, o que significa que podem ser alterados ou controlados, enquanto outros são não modificáveis, ou seja, não podem ser modificados ou evitados. É fundamental compreender tanto os fatores modificáveis quanto os não modificáveis para a prevenção e o manejo adequado dessa condição.

De acordo com Araújo, *et al.* (2020):

A diabetes mellitus gestacional (DMG), afeta cerca de 25% das mulheres grávidas no mundo. Dentro os principais fatores associados ao seu desenvolvimento estão a baixa estatura (< 150 cm), diabetes familiar, idade maior que 25 anos, uso de drogas hiperglicemiantes, obesidade ou grande ganho de peso na gestação, uso de corticoides ou diuréticos, antecedentes obstétricos de morte fetal ou neonatal, macrosomia, malformações, polidrâmnio ou diabetes gestacional.

Um dos principais fatores de risco modificáveis para o diabetes gestacional é a obesidade pré-gravidez. Estudos têm demonstrado consistentemente uma associação entre o excesso de peso antes da concepção e um maior risco de desenvolver diabetes gestacional. O acúmulo de gordura corporal, especialmente na região abdominal, está relacionado a alterações na sensibilidade à insulina, o hormônio responsável pela regulação dos níveis de açúcar no sangue.

Outro fator de risco modificável é o ganho excessivo de peso durante a gestação. Estudos têm mostrado que um ganho de peso excessivo durante a gravidez está associado a um maior risco de desenvolver diabetes gestacional. Recomenda-se um ganho de peso adequado e controlado durante a gestação para reduzir esse risco. A orientação de profissionais de saúde, como médicos e nutricionistas, desempenha um papel importante na promoção de um ganho de peso saudável e na prevenção do diabetes gestacional. De acordo com Guerra, *et al.* (2018): “a DMG é uma das intercorrências que mais acometem as gestantes com histórico de sobrepeso pregresso ou que apresentam ganho ponderal inadequado durante a gestação. (...)”

Além dos fatores modificáveis, existem também fatores de risco não modificáveis para o diabetes gestacional. Um dos principais é o histórico familiar de diabetes. Ter parentes de primeiro grau, como pais ou irmãos, com diabetes aumenta o risco de desenvolver diabetes gestacional. Isso ocorre devido à predisposição genética, que pode influenciar a resistência à insulina ou a função das células produtoras de insulina.

Estudos têm confirmado consistentemente a influência do histórico familiar de diabetes no risco de diabetes gestacional. Uma pesquisa publicada em 2018 na revista *Diabetologia* mostrou que mulheres com um histórico familiar de diabetes tinham um risco significativamente maior de desenvolver diabetes gestacional em comparação com aquelas sem histórico familiar. Esses resultados reforçam a importância da avaliação do histórico familiar de diabetes como parte da avaliação de risco para o diabetes gestacional.

Outros fatores de risco não modificáveis para o diabetes gestacional incluem idade avançada da mãe, etnia (mulheres pertencentes a certos grupos étnicos, como afrodescendentes, hispânicas e asiáticas têm maior risco), histórico prévio de diabetes gestacional e síndrome dos ovários policísticos. Esses fatores não podem ser alterados, mas o conhecimento de sua presença pode ajudar os profissionais de saúde a identificar mulheres com maior risco e fornecer uma vigilância e cuidados adequados durante a gravidez.

COMPLICAÇÕES MATERNAS E FETAIS DO DIABETES GESTACIONAL

As complicações maternas do diabetes gestacional podem incluir a necessidade de intervenções médicas durante o parto, como cesariana, devido ao tamanho excessivo do bebê (macrossomia). Isso ocorre porque os níveis elevados de glicose no sangue da mãe podem levar a um crescimento excessivo do feto. A macrossomia aumenta o risco de distócia de ombro, que é quando os ombros do bebê ficam presos durante o parto, aumentando o risco de lesões tanto para a mãe quanto para o bebê.

De acordo com Friedrich *et al.* (2019): “gestante portadora de DMG não tratada tem maior risco de rotura prematura de membranas, parto pré-termo, feto com apresentação pélvica e feto macrossômico, hipoglicemia e a morte perinatal, bem como maior risco de pré-eclâmpsia.”

Além disso, as mulheres com diabetes gestacional têm maior probabilidade de desenvolver hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia. A hipertensão gestacional é caracterizada por pressão arterial alta após a 20ª semana de gestação, enquanto a pré-eclâmpsia é uma condição mais grave que envolve pressão arterial elevada e danos aos órgãos, como os rins e o fígado. Essas complicações podem representar riscos sérios para a saúde da mãe e podem requerer monitoramento cuidadoso, restrição de atividades e até mesmo a necessidade de indução do parto prematuramente.

No que diz respeito às complicações fetais, além da macrossomia, os bebês nascidos de mães com diabetes gestacional também podem estar em risco de hipoglicemia neonatal. Isso ocorre porque o feto é exposto a níveis elevados de glicose no útero e, como resultado, produz insulina em excesso. “(...), este além da macrossomia também tem maior risco para o desenvolvimento de síndrome de angústia respiratória, cardiomiopatia, icterícia, hipoglicemia, hipocalcemia, hipomagnesemia e policitemia com hiperviscosidade sanguínea (Morais *et al.*, 2018).” Após o nascimento, quando o suprimento de glicose proveniente da mãe é interrompido, o bebê pode apresentar uma queda acentuada nos níveis de açúcar no sangue, levando à hipoglicemia. A hipoglicemia neonatal pode ser tratada com monitoramento cuidadoso dos níveis de açúcar no sangue e alimentação frequente do bebê.

Além das complicações imediatas, o diabetes gestacional também pode ter impactos de longo prazo para a mãe e o feto. Mulheres que tiveram diabetes gestacional têm um risco aumentado de desenvolver diabetes tipo 2 no futuro. É importante que essas mulheres sejam acompanhadas após o parto e realizem testes regulares de glicose no sangue para detectar precocemente o diabetes tipo 2 e iniciar medidas de prevenção e controle.

De acordo com Araújo *et al.* (2020): “o controle glicêmico rotineiro e o acompanhamento frequente com um profissional de saúde numa maternidade neonatal são fatores importantes para a redução de danos decorrentes da DMG à gestante”.

Da mesma forma, os bebês nascidos de mães com diabetes gestacional têm maior risco de desenvolver obesidade e diabetes tipo 2. Estudos têm mostrado que a exposição intrauterina à hiperglicemia pode afetar o desenvolvimento metabólico da criança, aumentando a predisposição ao ganho de peso excessivo e ao desenvolvimento de resistência à insulina. Essas crianças podem ter um risco aumentado de obesidade na infância e ao longo da vida, bem como de desenvolver diabetes tipo 2 mais tarde.

“Desta forma o enfermeiro deve identificar diagnósticos para elaboração de um plano de cuidados que contribua na prevenção de complicações, através de orientações, acompanhamento e incentivo à manutenção do tratamento” (Guerra *et al.*, 2019).

O diabetes gestacional pode levar a complicações maternas, como intervenções médicas durante o parto e hipertensão gestacional, além de complicações fetais, como macrossomia e hipoglicemia neonatal. Além disso, o diabetes gestacional também tem implicações de longo prazo, aumentando o risco de desenvolvimento de diabetes tipo 2 tanto para a mãe quanto para o filho. É fundamental o acompanhamento médico adequado durante a gravidez, o monitoramento pós-parto e a adoção de medidas preventivas para minimizar essas complicações e reduzir os riscos futuros para a saúde da mãe e do feto.

ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DO DIABETES GESTACIONAL

As estratégias de prevenção do diabetes gestacional envolvem intervenções dietéticas, atividade física e monitoramento glicêmico. É importante ressaltar que essas estratégias são recomendadas para mulheres com fatores de risco para desenvolver diabetes gestacional e devem ser implementadas sob a orientação de profissionais de saúde. De acordo com estudo de Moraes *et al.* (2018), o tratamento com insulina exógena será indicado quando a dieta e o exercício físico não conseguirem normalizar a glicemia da gestante.

Intervenções dietéticas desempenham um papel fundamental na prevenção do diabetes gestacional. Recomenda-se uma dieta equilibrada, rica em alimentos saudáveis, como frutas, vegetais, grãos integrais e proteínas magras. É importante limitar o consumo de alimentos processados, açúcares adicionados e gorduras saturadas. Além disso, distribuir as refeições ao longo do dia em porções menores e evitar longos períodos de jejum pode ajudar a regular os níveis de glicose no sangue. Estudos têm mostrado que intervenções dietéticas, como aconselhamento nutricional individualizado e educação sobre escolhas alimentares saudáveis, podem reduzir o risco de desenvolvimento do diabetes gestacional.

A atividade física regular também desempenha um papel importante na prevenção do diabetes gestacional. A prática de exercícios moderados, como caminhadas, natação ou ioga, pode ajudar a controlar o peso, melhorar a sensibilidade à insulina e regular os níveis de glicose no sangue. Recomenda-se consultar um profissional de saúde antes de iniciar qualquer programa de exercícios durante a gravidez, para garantir que seja seguro e adequado para a gestante. Estudo realizado por Martins *et al.* (2020), que evidenciou a necessitaram de aplicação de insulina para controlar a glicemia de apenas 23% das mulheres com DMG, no qual pode-se evidenciar que 77% das gestantes tiveram bons resultados com tratamento conservador, como dieta e exercícios. Estudos como esses tem demonstrado que a atividade física regular durante a gravidez está associada a uma redução significativa do risco de desenvolvimento do diabetes gestacional.

O monitoramento glicêmico também desempenha um papel importante na prevenção do diabetes gestacional. Para mulheres com fatores de risco, é recomendado o monitoramento regular dos níveis de glicose no sangue para detectar precocemente quaisquer alterações. Isso pode ser feito por meio de testes de glicemia em jejum ou testes de tolerância oral à glicose. O acompanhamento frequente dos níveis de glicose pode ajudar na identificação precoce do diabetes gestacional e permitir a intervenção adequada.

O rastreamento para DMG é realizado a partir da 24ª semana de gestação, por meio do exame de glicemia em jejum e o diagnóstico da DMG pode ser realizado por meio de testes provocativos com sobrecarga de glicose (Teste Oral de Tolerância Glicose (TOTG), medição de glicose no plasma (após jejum mínimo de 8 horas) que deve ser feito no segundo trimestre da gestação, bem como a triagem precoce de gestantes de alto risco na primeira consulta pré-natal (Fernandes *et al.*, 2020).

A importância do acompanhamento pré-natal e da detecção precoce do diabetes gestacional não pode ser subestimada. O pré-natal regular permite a identificação de fatores de risco e o rastreamento adequado do diabetes gestacional. O diagnóstico precoce é crucial para iniciar as intervenções necessárias, como a adoção de mudanças na dieta, atividade física e, se necessário, a terapia com insulina. O acompanhamento pré-natal também oferece suporte emocional e educacional às gestantes, garantindo que elas tenham acesso às informações e aos cuidados necessários para uma gravidez saudável.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final desta pesquisa sobre diabetes gestacional, podemos concluir que essa condição representa um importante desafio para a saúde materna e fetal durante a gravidez. Vários fatores de risco, como idade avançada, obesidade, histórico de diabetes gestacional anterior e histórico familiar de diabetes, podem aumentar a probabilidade de uma mulher desenvolver a condição. O diabetes gestacional está associado a uma série de complicações, tanto para a mãe quanto para o bebê. Estas incluem risco aumentado de pré-eclâmpsia, parto prematuro, macrossomia fetal (crescimento excessivo do feto), hipoglicemia neonatal e aumento do risco de desenvolvimento futuro de diabetes tipo 2 tanto para a mãe quanto para a criança.

No entanto, estratégias de prevenção eficazes podem ser implementadas para reduzir o risco de desenvolvimento do diabetes gestacional e minimizar suas complicações. Intervenções dietéticas, atividade física regular e monitoramento glicêmico são fundamentais

nesse processo. Estudos científicos têm demonstrado que essas abordagens podem reduzir significativamente o risco de diabetes gestacional em mulheres com fatores de risco.

Além disso, o acompanhamento pré-natal desempenha um papel crucial na detecção precoce do diabetes gestacional e no gerenciamento adequado da condição. Durante as consultas pré-natais, é possível identificar mulheres com fatores de risco e realizar testes de triagem para o diagnóstico precoce. O monitoramento regular da glicemia e a orientação sobre estilo de vida saudável são essenciais para um bom controle do diabetes gestacional.

É importante ressaltar que a conscientização e a educação desempenham um papel fundamental na prevenção e manejo do diabetes gestacional. As mulheres devem ser informadas sobre os fatores de risco, os sinais e sintomas da condição, bem como as estratégias preventivas disponíveis. Profissionais de saúde qualificados, como obstetras, nutricionistas e educadores em diabetes, desempenham um papel crucial no fornecimento de orientações personalizadas e suporte durante toda a gravidez.

Por fim, a prevenção e o controle adequado do diabetes gestacional são essenciais para promover uma gravidez saudável e reduzir o risco de complicações tanto para a mãe quanto para o bebê. Com a implementação de estratégias preventivas e o acompanhamento pré-natal adequado, é possível minimizar os impactos negativos do diabetes gestacional e otimizar os resultados de saúde para todas as mulheres grávidas.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO IM, *et al.* **Cuidados de enfermagem à pacientes com diabetes mellitus gestacional.** Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde, 2020; 2(1): 43-8

Batista MJ, Marques ACP, Silva Junior MF, Alencar GP, Sousa MLR. **Tradução, adaptação transcultural e avaliação psicométrica da versão em português (brasileiro) do 14-item Health Literacy Scale.** 2020. Ciênc. Saúde Coletiva. 2020;25(7):2847-57.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus.** Brasília: Ministério; 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

CATALANO, Patrick M. *et al.* **O estudo de hiperglicemia e resultados adversos na gravidez: associações de DMG e obesidade com resultados na gravidez.** Cuidados com o diabetes , v. 35, n. 4, pág. 780-786, 2012.

FEDERAÇÃO Internacional de Diabetes. **Atlas de Diabetes da IDF**, 10^a ed. Bruxelas, Bélgica: 2021. Disponível em: <https://www.diabetesatlas.org>

FERNANDES CN, *et al.* **O Diabetes Mellitus Gestacional: Causa e Tratamento.** Revista multidisciplinar e de psicologia, 2020; 14(49): 127-139.

FRIEDRICH F, *et al.* **Fatores que interferem na adesão ao tratamento da Diabetes Mellitus Gestacional.** Revista Saúde e Desenvolvimento, 2019; 13(14): 56-62.

GUERRA JVV, *et al.* **Diabetes gestacional e assistência pré-natal no alto risco.** Rev enferm UFPE, 2019; 13(2): 449- 54.

GUERRA JVV, *et al.* **Diabetes gestacional e estado nutricional materno em um hospital universitário de Niterói.** J Nurs Health, 2018; 8(1): 188-191.

OPAS. **A carga do diabetes mellitus na região das Américas, 2000-2019.** Organização Pan-Americana da Saúde. 2021. <https://www.paho.org/en/enlace/burden-disease-diabetes>.

MARTINS GKF, *et al.* **Prevalência e fatores associados ao diabetes mellitus gestacional em um serviço de alta complexidade.** Research, Society and Development, 2020; 9(8): 739-855.

MORAIS AM, *et al.* **Perfil e conhecimento de gestantes sobre o diabetes mellitus gestacional.** Revista Brasileira de Enfermagem, 2018; 71(6): 899-906.

QUEIROZ A, *et al.* **Perfil nutricional e fatores associados em mulheres com diabetes gestacional.** Nutricion clinica y dietetica hospitalar, 2018; 36(2): 96-102

SOUSA AL, *et al.* **Hábitos alimentares saudáveis na prevenção da diabetes gestacional.** Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2017; 20(10): 1005-1012.

Modelos de gestão de saúde no âmbito da saúde coletiva: uma revisão integrativa

Arnaldo Matheus Máximo Monfardini Costa

Dayane da Silva Ferreira

Dhuliane Yasmin de Matos Vidal

Isilla Tatyelle dos Santos Matos

Leícia Fernandes Torres Araújo

Lenucia Nunes dos Santos Reis

Poliana Fernandes da Silva

Roseane da Silva Santos

Zélia Almeida dos Santos

Alunos do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Maurício de Nassau de Barreiras, UNINASSAU

Patrícia da Silva Guedes

Professora e Orientadora do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Maurício de Nassau de Barreiras, UNINASSAU. Correspondência: Centro Universitário Maurício de Nassau de Barreiras, UNINASSAU.UNIFASB, Avenida São Desiderio, n.2440, Bairro Ribeirão, CEP: 47808180

RESUMO

A Saúde coletiva necessita de uma gestão adequada, que supra suas necessidades e atenda os anseios da população, conforme prescrito constitucionalmente e como deve operar, contudo, na realidade vê-se que o atendimento à saúde no Brasil, principalmente quando se trata do setor público é bastante precária e regular. Neste sentido, os exercícios de modelos de gestão operam em prol de elevar a qualidade do serviço hospitalar como elemento crucial para um serviço de qualidade. Neste sentido, esse estudo objetiva tratar sobre a os modelos de gestão de saúde através de uma revisão de literatura e para isso, baseou-se nas seguintes propostas metodológicas: através de uma revisão de literatura, tendo por base artigos datados de 2019 a 2024, ou seja, dos últimos cinco anos fez-se uma pesquisa sistemática, tendo por base além dos artigos advindos de bancos de dados científicos, legislações, livros e a partir daí compilou-se os dados deste estudo, discutindo sobre a temática ora abordada. Ficando a partir daí evidenciado o quão a saúde no Brasil necessita de implementação de modelos de gestão, através de gerenciamentos na saúde coletiva mais efetivos, com um controle maior e que prime por uma assistência que traga uma verdadeira qualidade ao serviço hospitalar oferecido na rede pública.

Palavras-chave: enfermagem; coletividade; gestão; saúde.



ABSTRACT

Public health needs adequate management, which meets its needs and meets the population's desires, as constitutionally prescribed and how it should operate, however, in reality it is seen that health care in Brazil, especially when it comes to the public sector it is quite precarious and. In this sense, management models exercise to increase the quality of hospital service as a crucial element for a quality service. In this sense, this study aims to address health management models through a literature review and for this purpose, it was based on the following methodological proposals: through a literature review, based on articles dated from 2019 to 2024, In other words, over the last five years, systematic research was carried out, based on articles from scientific databases, legislation, books and from there the data for this study was compiled, discussing the topic addressed. From then on, it becomes evident how health in Brazil needs the implementation of management models, through more effective public health management, with greater control and which strives for assistance that brings true quality to the hospital service offered in the public network.

Keywords: nursing; collective; management; health.

INTRODUÇÃO

O sistema de saúde no Brasil sempre foi imerso em falhas e com tamanhas problemáticas buscou-se sanar tais demandas com políticas públicas para tentar resolver tais questões e nesse contexto foi efetivado o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social que gerou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).¹

Nota-se que a Carta Magna Constitucional de 1988 traz como elemento basilar para que a saúde seja um direito de todos e dever do Estado. Assim, nota-se que o SUS atua de forma complexa em prol de prevenção, cuidado, tratamento e promoção, no âmbito da saúde pública e com isso deve atuar como ferramenta de qualidade.¹

Considerando a dinâmica do serviço e assistência à saúde pública no Brasil, vê-se que as instituições que prestam serviços de saúde precisam desenvolver ações através de uma gestão eficiente dos seus muitos processos e neste sentido deve-se abordar a gestão que se mostra para tais instituições, como ferramenta que gera a incorporação de estratégias capazes de atender às necessidades internas e externas de seus usuários.²

Na saúde pública é comum notar grandes lacunas em segurança, prevenção, integração e continuidade, refletidas pela baixa retenção de pacientes e coordenação insuficiente entre as plataformas de atendimento. A qualidade do atendimento é pior para os grupos vulneráveis, que estão na periferia e menos abastados que necessitariam de atendimento de qualidade.³

No Brasil existem crescentes dificuldades no setor saúde coletiva que demonstram o quanto não há uma gestão eficiente, nessa perspectiva, discutir tal demanda é fundamental para comprovar a necessidade de melhorar a gestão na área de saúde em prol de uma gestão mais eficiente gerando um potencial de gerar uma verdadeira prática assistencial.⁴

A saúde no Brasil é depreciada por causa de muitos elementos que envolvem, sobretudo a falta de cuidados nessa seara e de investimentos, aliados a outros oriundos dá má qualidade da gestão e por esses fatores a efetivação a assistência de uma saúde de qualidade no Brasil não é efetivada, por isso a assistência domiciliar é tida como uma alternativa que pode ajudar o sistema de saúde e o paciente na prestação de um serviço mais adequado em alguns casos.⁵

O problema é que as ações de saúde no Brasil, em geral são feitas de uma forma desorganizada e as premissas bases que devem ser seguidas, são deixadas de lado só para que o serviço seja prestado de qualquer forma, que acarreta cada vez em uma maior precariedade da assistência hospitalar, que deixa a sociedade a mercê de mau atendimento, pondo em risco a sua saúde e buscando sempre lutar pela melhoria dos serviços da área de saúde.⁶

O Sistema Único de Saúde foi inserido no ordenamento constitucional em 1988 garantindo o acesso à saúde a todo cidadão. Fazendo uma unificação do Sistema, sendo administrado por Estados e municípios. Nota-se que o SUS realiza 2,8 bilhões de procedimentos ambulatoriais anuais, e é um sistema que tem muitas Políticas Públicas aplicadas por todo Brasil.⁷

Neste sentido, prima-se por uma abordagem construtivista na gestão de saúde de modo a melhorar a administração e cuidado com a saúde nestes locais onde o atendimento não é efetivo. Assim, conforme dita Massudaw⁸ é necessário implementar novas medidas na saúde como forma de buscar melhorar a assistência em saúde em prol de satisfazer o usuário e os profissionais, melhorando o sistema e sua aplicação dentro de uma perspectiva positiva.

No Brasil vê-se a necessidade que se tem, no âmbito da saúde, principalmente na esfera pública de se evoluir, pois permanecer na trajetória atual não será suficiente para atender a essas demandas, vez que a qualidade da saúde deixa a desejar e não há uma prestação consistente de cuidados de qualidade.⁹ Nota-se os sistemas de saúde devem ter, sobretudo uma distribuição equitativa; maior confiança das pessoas no sistema de saúde; e em seu benefício econômico, e processos de cuidado, consistindo em cuidados competentes e experiência positiva do usuário para atender as necessidades e expectativas de saúde com prestação de cuidados, em prol de desenvolver sistemas de saúde de alta qualidade.⁵

No Brasil a saúde não é de qualidade, principalmente quando se fala de hospitais públicos nos quais as pessoas recebem tratamentos e cuidados inadequados ou de baixa qualidade. Sendo flagrante lacunas em segurança, prevenção, integração e continuidade, refletidas na qualidade do atendimento que é pior para os grupos vulneráveis.⁴

A cobertura universal de saúde que o SUS deveria implementar não é efetivada na prática de forma eficiente como trata a teoria da Constituição Federal e sem ela não há partida para melhorar a qualidade dos sistemas de saúde pública e por isso ampliar a cobertura e a proteção de qualidade para uma maior qualidade nos serviços de saúde. O progresso na cobertura universal de saúde deve ser medido por meio de uma cobertura mais universal e eficiente.^{5, 10}

Em linhas gerais, percebe-se que a importância desse estudo é destacar que há críticas à gestão em saúde no Brasil que vem demonstrando a dimensão dos problemas a serem enfrentados, principalmente no âmbito da saúde coletiva.⁶

Desta forma o presente trabalho objetiva tratar sobre os modelos de gestão de saúde através de uma revisão de literatura e para isso, baseou-se nas seguintes propostas metodológicas: através de uma revisão de estudos datados dos últimos 5 anos considerou-se o que os autores tratam sobre a gestão de saúde e sua importância dentro da prática assistencial.

Material e Métodos

O universo de trabalhos acerca da assistência à saúde no Brasil, e temas sobre gestão de saúde, e de enfermagem na gestão como a bibliografia compôs tal pesquisa, as referências integram estudo, portanto é importante ter uma bibliografia que embase bem o trabalho, devendo haver o uso de artigos e normas especializadas, fazendo um fichamento dos dados colhidos e de posse destes buscar localizar os livros selecionados.

Como a bibliografia compôs tal pesquisa, as referências integram este trabalho, portanto é importante ter uma bibliografia que embase bem o trabalho, devendo haver o uso de estudos cruzando as referências. A segunda etapa foi reunir os resultados com a finalidade de organizar os dados coletados e compará-los analisando as conclusões da pesquisa.

Para a realização desse estudo será realizada uma busca eletrônica de artigos científicos nas plataformas do Scielo, PubMed e MEDLINE como meios de busca e bases de dados, utilizando os descritores: Gestão de saúde, englobando artigos relevantes para a temática em questão, publicado em Inglês e/ou português em revistas científicas datados entre 2019 e 2024 foram considerados para este estudo, exceto as leis que datam das datas de sua publicação.

Os critérios de inclusão utilizados serão: artigos primários e de revisão e prospectivos publicados no idioma português e inglês realizados com este tema ou relacionado a este. Como critérios de exclusão serão considerados estudos com mais de 5 anos de publicado e em outras línguas que não português e inglês.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com relação aos principais modelos de gestão de saúde nota-se que a literatura se refere a ações que atuam em conjunto de forma independente que consiste no exame de atividades e componentes do SUS primando pela verificação da adequação do SUS, seus componentes e atividades, frente ao planejamento e às normas vigentes. O resultado esperado é a indicação das medidas administrativas e das penalidades cabíveis, visando a garantia dos princípios do SUS.^{10, 11}

E, no Brasil as crescentes dificuldades do setor saúde relacionados às necessidades de saúde do paciente, demonstram o quão essa auditoria tão eficiente na teoria deixa a desejar na prática¹¹, nessa perspectiva, a auditoria no SUS é fundamental para comprovar a

condução dos procedimentos realizada aos pacientes, através da constante documentação no prontuário, e atuando por outros meios para fornecer subsídios para as instituições hospitalares públicas a investir no serviço de auditoria que pode ser conduzido por diferentes profissionais, mas que vem se consolidando cada vez mais como um importante campo de atuação em prol de uma gestão mais eficiente com potencial de gerar uma verdadeira prática assistencial.¹²

Em linhas gerais, vê-se que a auditoria é um tipo de ferramenta de gestão que serve como ferramenta chave na mensuração da qualidade e custos nas instituições de saúde pública, tornando-se um instrumento a percorrer para o alcance da qualidade.¹³

Assim, conforme dita Massuda é necessário implementar novas medidas na saúde como forma de buscar melhorar a assistência em saúde para satisfazer o usuário e os profissionais, melhorando o sistema e sua aplicação dentro de uma perspectiva positiva.⁸

No Brasil, a necessidade que se tem, no âmbito da saúde, principalmente na esfera pública de se evoluir é fundamental, pois permanecer na trajetória atual não será suficiente para atender a essas demandas, pois a qualidade da saúde deixa a desejar e não há uma prestação consistente de cuidados de qualidade.³

Os sistemas de saúde devem ter sobretudo uma distribuição equitativa; maior confiança das pessoas no sistema de saúde; e em seu benefício econômico, e processos de cuidado, consistindo em cuidados competentes e experiência positiva do usuário para atender as necessidades e expectativas de saúde com prestação de cuidados, para desenvolver sistemas de saúde de alta qualidade.¹⁴

Ao completar 30 anos de existência (desde 1988) o SUS se destaca por um sistema que veio para atender a população mais pobre, mas que é permeado de problemas.¹⁵ Houve no Brasil uma descentralização de atribuições e de recursos, e os serviços de saúde continuaram a operar sem uma vigilância em saúde adequada.¹⁶

E, embora o Brasil tenha crescido e avançado no desenvolvimento de sistemas de informação em saúde, a exemplo dos referentes à mortalidade, às internações hospitalares e aos agravos de notificação, cruciais para monitoramento e avaliação de políticas e estipulação de medidas preventivas, ainda demonstra claramente grande falta de planejamento e muitas dificuldades e impasses para mudança dos modelos de atenção e das práticas de saúde que atendam integralmente e universalmente a população que depende da saúde pública no território e na atenção básica.^{8, 12}

A primeira evidência de realização gestão no setor de saúde coletiva se deu pelo médico George Gray Ward, nos Estados Unidos, em 1918, que constituía na avaliação da qualidade da assistência prestada ao paciente através dos registros em seu prontuário e na saúde pública no Brasil oficialmente com a Constituição Federal de 1988.¹²

Dorici e Lorenzi¹³ dentre as funções do serviço de gestão em saúde está a de controlar o processo administrativo, verificando a qualidade da assistência prestada ao cliente, que envolve a auditoria, utilizando-se da análise de prontuários para garantir a cobrança e pagamento corretos. Servindo, portanto como ferramenta de controle e regulação da utilização de serviços de saúde e, especialmente na área privada, tem dirigido seu foco para o controle dos custos da assistência prestada.

Dentre as atribuições de gestão pode-se citar o fornecimento de informações e opiniões independentes sobre a eficiência e efetividade da assistência prestada, eficácia do sistema ou serviço e do uso de recursos à alta administração para contribuir com o planejamento e replanejamento das ações de saúde emergem para buscar um melhor desempenho e propiciar a correção das distorções, impropriedades, irregularidades detectadas.¹⁶

Por isso é fundamental começar a redesenhar os processos a partir da responsabilidade de cada pessoa, desde os possíveis limites e interfaces das atividades, avaliando quem são os clientes, os provedores e suas performances, que atividades agregam valor e geram trabalho e, em seguida, introduzir as melhorias no desempenho dos processos analisados no âmbito nosocomial. É sobre além de apenas controlar os resultados, para desenvolver entre os colaboradores a percepção de que os processos estão inter-relacionados, e é necessário ouvir, favorecer a formação e integrar as pessoas envolvidas.¹⁷

Tendo em vista as mudanças no cenário competitivo e a necessidade constante de capacitação do quadro gerencial para acompanhar e motivar essas mudanças, a questão das competências vêm despertando o interesse tanto da área acadêmica como empresarial, por isso a mesma exerce influência preponderante na gestão no SUS, e neste contexto, o desenvolvimento de auditoria possui um papel significativo na medida em que contribui para a mudança nas práticas de trabalho e na instituição como um todo.⁵

No SUS, a gestão e a auditoria ganharam força no Brasil em saúde pública oficialmente com a Constituição Federal de 1988 que versa em seu Art. 196, a saúde como direito de todos e dever do Estado. Com a participação do Estado na assistência à saúde, fez-se necessário a criação do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) e de seu componente federal o Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (DENASUS) que exercem atividades de auditoria e fiscalização especializada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).⁷

Neste contexto a gestão é vista como instrumento com intuito de proteger e fortalecer o SUS. Sua atividade contribui efetivamente para a alocação e aplicação adequadas dos recursos, para diagnóstico de situações dentro do sistema de saúde e para seu aperfeiçoamento, no sentido de melhoria no atendimento ao cidadão. Por sua vez, para o sistema público de saúde é crucial e determinante organizar demandas em prol de um serviço de melhor qualidade e prestação de assistência adequada.⁸

As técnicas apropriadas para realização deste desenvolvimento variam de acordo com o tipo da competência, porém existem técnicas para plantar competências no outro que podem ser usadas como esqueleto para dar início a este processo.¹⁸ Um aspecto fundamental para o desenvolvimento de competências refere-se à apropriação do conhecimento (saber) em ações no trabalho (saber agir).¹⁶

Acredita-se que, por meio do desenvolvimento dos elementos (conceitos, princípios e práticas) de Aprendizagem Organizacional, seja possível desenvolver as competências, viabilizando práticas condizentes com o conhecimento adquirido. Destaca-se que é neste momento que os desenvolvimentos de competências agregam valor às atividades e à organização. Isto é, o conhecimento, se não for incorporado às atitudes e manifestar-se por

meio de ações ou práticas no trabalho, não trará benefícios à organização nem estimulará o desenvolvimento das pessoas. Esta ideia básica de relacionar o conhecimento às práticas organizacionais refere-se à gestão.⁵

Sendo assim, nota-se que a gestão influi no planejamento estratégico que é “o processo gerencial no qual a organização irá estabelecer um conjunto de ações estruturadas, baseada em suas diretrizes e nos fatores internos e externos à empresa, na perspectiva de atingir seus objetivos a médio e longo prazo”.⁸

O progresso das instituições tem mais a ver com o aprendizado do indivíduo do que com os recursos materiais, naturais ou com as competências tecnológicas. Entretanto, para que haja uma mudança é necessário construir capacidades de reflexão e de alta transformação e não reprodução do comportamento ou memorização de conteúdos determinados e a partir da auditoria isso é possível, pois uma competência bem aplicada poderá não só abrir as portas para o amanhã, como também pode fazer com que a empresa se diferencie e se desafie.¹¹

Portanto, nota-se que a gestão existe uma solução para a expansão e, deste modo, a mudança referida deve ser feita baseada na transformação na atitude das pessoas (ações que agregam valor às atividades e aos processos de trabalho) e está intimamente ligada à gestão de competências, vez que prima por formar uma nova organização, principalmente no que trata as competências gerenciais que ofereçam suporte a esse tipo de mudança.¹⁶

Sendo assim a gestão influencia de modo a mostrar os melhores caminhos a serem percorridos de modo a incorporar ações estratégicas anteriormente delineadas preponderantes nas atividades, podendo ser utilizadas para aumentar o potencial dos indivíduos no atendimento, qualidade de produtos, etc. pois tudo depende da supervisão do fator humano e isso faz parte de um processo que inclui toda a organização, tornando as atividades organizacionais unificadas, sistemáticas e interdependentes.¹⁷

Estudos feitos com profissionais de saúde demonstram um cenário de cobrança e pressão que podem ser melhorados com estratégias que procurem incorporar uma maior valorização no ambiente laboral gerando uma melhor adesão à gestão de qualidade.¹³

O enfermeiro gestor tende a efetivar muitas ações para melhorar a assistência da saúde e organização da instituição, tende a supervisionar, avaliar e controlar os registros de eventos adversos, formulando estratégias e adotando um programa de gerenciamento de risco, sendo importante destacar que esse processo não é feito sozinho e é imerso em múltiplas dimensões, devendo ter comitê de segurança do paciente, equipe multidisciplinar, equipes preocupadas com prevenção dos eventos adversos, e por isso deve haver qualificação de forma continuada desses profissionais gerando neles melhores práticas de gestão.¹²

O foco para melhoria da gestão em saúde coletiva é buscar a segurança na prática assistencial e os registros dos eventos adversos são cruciais nesse processo e devem ser todos eles notificados e com as ações de multidisciplinaridade e interdisciplinaridade deve-se primar por práticas preventivas que evitem esses e mantenha tais práticas de registro permitindo dentro do processo de prevenção de riscos que o enfermeiro gere estratégias que venham culminar na assistência segura e de qualidade, em prol de satisfazer as necessidades do cliente.⁹

Tal processo envolve também a auditoria que engloba cada processo (passo a passo, ou seja, as atividades) gerando uma melhor comunicação com os investidores, funcionários e clientes, sendo assim para manter a organização desta estrutura a ferramenta de gestão que utilizara para padronizar as atividades que efetivassem os planos de estratégias a médio e curto prazo seria a gestão que afeta e engloba todo o comportamento organizacional.¹¹

O desenvolvimento ao que chegou a humanidade incrementou o fornecimento de informações de tal forma que é impossível aos seres humanos acumularem-na e processarem-na de maneira eficiente e eficaz. Nos últimos anos, a globalização acirrou a concorrência e levou muitas companhias demitirem para cortar custos. Com menos gente, mais afazeres e competição ferrenha, a solução encontrada foi efetivar a auditoria através de um trabalho que dê mais resultado aplicado nas mais diversas áreas em que se dão os fenômenos sociais que se voltam para essa realidade.³

As organizações desenvolvem uma aptidão cada vez maior para a transformação constante. Seus processos, produtos, serviços necessitam ser intensamente avaliados, criticados, criteriosos e periodicamente, proporcionando ações cada vez mais organizadas e estruturadas, que visem atingir os objetivos de sobrevivência e perpetuação das atividades.¹¹

A ferramenta de gestão deve atuar tendo em vista as mudanças no cenário e a necessidade constante de capacitação do quadro gerencial para acompanhar e motivar essas mudanças, a questão das competências. Neste contexto, o desenvolvimento de competências possui um papel significativo na medida em que contribui para a formação das pessoas e para a mudança de atitude em relação às práticas de trabalho, ou mesmo para a percepção da realidade, buscando agregar valor à organização. O processo de mudança só ocorre quando muda a forma de pensar e agir dos membros da organização.⁸

As organizações apresentam uma nova proposta de administração baseada na capacidade intelectual a qual busca viabilizar a utilização do conhecimento e a auditoria serve como ferramenta nesse sentido. Diante deste foco, há a necessidade de um novo estilo gerencial, onde a importância está voltada para criatividade, flexibilidade, iniciativa e a capacidade de tomar decisões, sendo que a soma destes indicadores fará a diferença nos produtos ou serviços oferecidos ao mercado. O progresso das instituições tem muito a ver com o gerenciamento e auditoria.⁹

Uma competência bem aplicada poderá não só abrir as portas para o amanhã, como também pode fazer com que a empresa se diferencie do seu concorrente. O desafio fundamental na competição pelo futuro e o desenvolvimento de competências que abrem as portas para as oportunidades do amanhã, bem como a descoberta de novas aplicações para as competências atuais.¹⁸

O mundo atual compreende uma gama muito grande de informações e o processo vivenciado pelas organizações e empresas, em termos de mudanças benéficas, que aumentem e propiciem uma maior competitividade caracteriza-se, cada vez mais, por mudanças rápidas, profundas e abrangentes em contraste às transformações percebidas durante a evolução das atividades humanas. Como reflexo dessas mudanças, observa-se no contexto organizacional uma valorização cada vez maior da auditoria no sentido de trazer maiores habilidades e competências.⁵

Com foco no Sistema Único de saúde e buscando a melhoria da atenção básica, já que este é um problema que afeta a efetivação do direito à saúde no Brasil e isso gera a omissão do Estado na prestação do direito à saúde, pois não se tem uma noção de indivíduo como agente detentor de direitos que não podem ser desrespeitados e a humanização na assistência que não existe é atributo valioso que deveria ser efetivado. A auditoria serve então como meio de gestão para reorganizar o estado caótico que se encontra a saúde pública.^{9, 11}

Salientando que a atenção de saúde deve sofrer mudanças perenes em prol de melhorar seu atendimento. Os maiores desafios que a saúde pública apresenta são: uma estrutura física inadequada, falta de material permanente, pouca oferta de exames, população desinformada sobre o processo de trabalho. Falta de capacitação dos profissionais, falta de critérios para contratação dos funcionários e falta de compromisso dos gestores da saúde. Os melhores recursos que dispomos por incrível que pareça é o material humano, pois apesar das dificuldades encontradas não deixamos de atender os nossos usuários oferecendo aquilo que dispomos.¹⁶

Sendo assim vê-se a necessidade de solicitar a construção de um modelo de instrumento para apresentação/orientação sobre os serviços que prestam cuidados objetivando melhorar a adesão e melhorar a qualidade da atenção realizado na saúde pública, através da unidade de saúde, profissionais e pacientes seja em fatores que auxiliem na promoção da saúde e ainda em fatores que até podem mudar valores das pessoas.⁵

Para Minayo, Gomes, & Silva (2024) a saúde ainda está imersa em desafios demográficos e o Estado e a sociedade são inertes e mesmo após a pandemia de covid-19 que aumentou a necessidade de uma melhor gestão no âmbito da saúde coletiva e gerou mais interesse e compromisso social ainda é necessário evoluir mais pois os desafios são múltiplos e os temas devem ser explorados em profundidade para potencializar o SUS e considerar a sociedade e a diversidade, trazendo um diálogo internacional, focando na valorização dos colaboradores e na transparência dos procedimentos.¹⁹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É necessária a implementação de modelos de gestão na saúde pública que serão cruciais para efetivar uma melhor assistência na saúde coletiva, sobretudo no âmbito do SUS, sendo importante pelo fato de que há um processo de mercantilização da assistência na rede de hospitais no Brasil e deve ser feita uma crítica da “humanização” da realidade da saúde pública com criação de equipes multidisciplinares engajadas em promover a saúde efetivamente.

A elaboração deste trabalho atendeu aos objetivos propostos, possibilitando um melhor entendimento da gestão de saúde e ficou evidenciado a importância do enfermeiro na gestão atuando para que as fronteiras de auditoria em saúde se abram para efetivar atividades administrativas, de auditoria e gerenciais, em busca da melhoria da assistência e qualidade do serviço hospitalar.

No presente estudo, nota-se que a gestão de saúde é salutar e no caso do SUS é necessária para que se estabeleça uma gestão mais eficiente, já que é permeada por tantos

problemas a assistência pública no Brasil, pois o atendimento em instituições de saúde vem deixando muito a desejar. Quanto às áreas de atuação ficou claro que, atualmente, a prática exercida aproxima-se mais das características de controle do que da detecção de erros e fraudes. Sendo destacável verificar a aplicação de recursos e contribuir para o melhor planejamento das ações em saúde pública e para a progressiva melhoria da qualidade destes serviços.

Deve-se melhorar e muito os processos de serviço e atendimento na saúde, principalmente nos domínios de avaliação, diagnóstico e avaliação de modo a incentivar e implementar significativamente a qualidade da assistência gerando melhor qualidade dos serviços e satisfação no paciente que será tratado de forma mais adequada, incentivando assim mais estudos sobre a temática para fomentar tais diretrizes na prática.

REFERÊNCIAS

1. Santos, R. P. de O., Chinelli, F., & Fonseca, A. F... Novos modelos de gestão na atenção primária à saúde e as penosidades do trabalho. Caderno CRH, 2022, 35, e022037.
2. Fortuna CM, Matumoto S, Mishima SM, Rodríguez AMMM. Collective Health Nursing: desires and practices. Rev Bras Enferm [Internet]. 2019, Jan; 72:336–40.
3. Albuquerque, Mariana Vercesi de Modelos de organização e gestão da atenção à saúde no cenário do Brasil em 2040: as redes regionais e nacionais no enfrentamento das iniquidades em saúde – Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2021.
4. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Título VIII da Ordem social, Cap. II da seguridade social, Seção II da saúde. Art. 196 a 200.
5. Caetano, R. *et al.* Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. Cad. Saúde Pública [Internet].; 2020, 36(5): e00088920.
6. Fleischmann R. Auditoria operacional: uma nova classificação para os resultados de seus monitoramentos. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, 2019, 53(1): 23-44.
7. Giovanella, L; Franco, C. M.; Almeida, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2020, 25(4): 1475-1482.
8. Massuda, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2020, 25(4): 1181-1188,...
9. Melo, E. A.; Mendonca, M. H. M.; Teixeira, M. A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2019, 24 (2): 4593-4598.
10. Morosini, M. V. G. C.; Fonseca, A. F.; Baptista, T. W. F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2020, 36(9): 1-20.

11. Silva, B. Z. Pela DesCriminalização da saúde: reflexões sobre a crise da saúde no Rio de Janeiro-RJ e seu agravamento na pandemia. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2020, 30 (3): 1-9.
12. Cataia, M. Civilização na encruzilhada: globalização perversa, desigualdades socioespaciais e pandemia. *Revista Tamoios*, maio; 2020, 16(1):232-245.
13. Doricci GC, Lorenzi CG. Aspectos contextuais na construção da cogestão em Unidades Básicas de Saúde. *Saúde debate*. 2020; 44(127):1053-1065.
14. Júnior SH, Merhy EE, Seixas CT, *et al.* Mágica ou magia? Colegiados gestores no Sistema Único de Saúde e mudanças nos modos de cuidar. *Interface (Botucatu)*. 2019; (23):e170395.
15. Agostini R, Castro AM. O que pode o Sistema Único de Saúde em tempos de necropolítica neoliberal? *Saúde debate*. 2019; 43(8):175-188.
16. Cotrim, D.F.; Cabral, L.M.S. Crescimento dos leitos de UTI no país durante a pandemia de Covid-19: desigualdades entre o público x privado e iniquidades regionais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2020, 30 (3).
17. Engstrom, E. M., & Silva, V. C. e . Gestão participativa na Atenção Primária à Saúde: ensaio sobre experiência em território urbano vulnerável. *Saúde Em Debate*, 2022, 46(spe4), 120–130.
18. Aleluia, Ítalo Ricardo Santos *et al.* Gestão do SUS em regiões interestaduais de saúde: análise da capacidade de governo. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], 27(5): 1883-1894.
19. Minayo, M. C. de S., Gomes, R., & Silva, A. A. M. da . O sucesso de 2023 e as perspectivas para 2024: *Ciência & Saúde Coletiva*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2024, 29(1).

Direitos fundamentais dos idosos em face de uma constituição dirigente invertida: o exemplo privilegiado do acesso à saúde

Fundamental rights of the elderly in the face of an inverted governing constitution: the privileged example of access to healthcare

Thiago Luiz dos Santos

Mestrando em Direitos e Garantias Fundamentais pela Faculdade de Direito de Vitória (FDV). Membro do Grupo: "Teoria Crítica do Constitucionalismo", junto à mesma instituição. Currículo Lattes: <https://lattes.cnpq.br/0392477929205416>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6704-556X>

Nelson Camatta Moreira

Pós-doutoramento em Direito pela Universidad de Sevilla (bolsa CAPES), Pós-doutoramento em Direito pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos). Mestre e Doutor em Direito pela Unisinos. Professor do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu (doutorado e mestrado) e da graduação em Direito da Faculdade de Direito de Vitória (FDV/ES). Líder do Grupo de Pesquisa CNPq Teoria Crítica do Constitucionalismo, da FDV. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8295-4275>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2535094687665916>

Cíntia Barudi Lopes

Doutora pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC/SP, em direito administrativo (2017). Atualmente é professora da Universidade Presbiteriana Mackenzie na disciplina de direito administrativo. Avaliadora do Conpedi - Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito. Pesquisadora nos grupos de pesquisa De olho nas Contratações Públicas (UPM) e Direito à inclusão e acessibilidade das pessoas com deficiência e mobilidade reduzida, do(a) Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6856-8629>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3988421203267128>

RESUMO

Contextualização: a Teoria da Constituição Dirigente defende que as Constituições devem ser nortear o projeto de país, disciplinando a política e a economia para cumprir seus mandamentos. Sua contraparte invertida, contrariamente, apregoa a supremacia dos interesses econômicos sobre os políticos e constitucionais. Objetivo: neste sentido defende-se que há um Constitucionalismo Dirigente invertido no Brasil, refletindo em prejuízos à saúde e vida digna dos idosos, ao subfinanciar o SUS. Metodologia: empregou-se o método dialético e o procedimento da revisão bibliográfica de artigos e livros escritos, especialmente, por doutores ou doutorandos.



Os recortes metodológicos cingiram, no primeiro capítulo, à análise à Atenção Básica à Saúde (ABS), dado seu potencial de resolutividade de até 80% dos problemas de saúde das pessoas e, no segundo, às Políticas de Financiamento da Atenção Básica, ao Teto dos Gastos Públicos e ao Novo Arcabouço Fiscal, como expoentes da restrição da Constituição em favor da economia. Resultados: em síntese, conclui-se que há um Constitucionalismo Dirigente Invertido no Brasil, causando prejuízos à dignidade, à saúde e à vida das pessoas idosas, restringindo o financiamento do SUS e impedindo-o de angariar recursos humanos e materiais para torná-lo o mais eficaz possível na prevenção e tratamento de problemas de saúde.

Palavras-chave: Constituição Federal de 1988; direitos e garantias fundamentais; Constitucionalismo Dirigente Invertido; Sistema Único de Saúde; pessoa idosa.

ABSTRACT

Contextualization: the Governing Constitution Theory defends that Constitutions should guide the country's project, disciplining politics and economics to fulfill its mandates. Its inverted counterpart, on the contrary, gives supremacy to economic interests over political and constitutional ones. Objective: in this sense, it is argued that there is an inverted ruling constitutionalism in Brazil, reflecting prejudices to the health and dignified life of the elderly, by underfinancing the SUS. Methodology: the dialectical method and the procedure for bibliographic review of articles and books written, especially, by doctors or doctors students were used. The methodological cuts focused, in the first chapter, on the analysis of Basic Health Care (BHC), given its potential for resolving up to 80% of people's health problems, and, in the second, on Basic Care Financing Policies, in the second chapter. Public Expenditures and the New Fiscal Fund, as exponents of the Constitution's restrictions in favor of the economy. Results: in summary, it is concluded that there is an Inverted Ruling Constitutionalism in Brazil, causing prejudices to the dignity, health and life of the elderly, restricting the financing of the SUS and preventing it from using human and material resources to make it so. the most effective possible in preventing and treating health problems.

Keywords: Federal Constitution of 1988; fundamental rights and guarantees; Inverted Governing Constitutionalism; Unified Health System; elderly person.

INTRODUÇÃO

A canção "Metrópole", da banda Legião Urbana, data de 1986 e pode ser entendida como o espelho que a arte colocou diante do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), antecessor do SUS. Ela reflete o descaso do atendimento estatal diante de uma emergência apresentada por uma pessoa acidentada. Os autores criticam o excesso de burocratização e o foco dos agentes públicos nos próprios interesses, resultando em um sistema seletivo e focado em si e nos interesses de seus agentes.

Uma crítica perfunctória poderia ventilar que, com o SUS, a situação permanece parelha à retratada na susodita canção, com a diferença de que a fila de espera aumentou graças à sua pretensão a universalidade. Contudo, a análise deste Sistema evidencia a

mudança de paradigma na lida com as pessoas, ainda mais diante da universalidade, gratuidade, equidade e integralidade que o embasa, impelindo-o a combater a doença e à preveni-la, bem como a proteger e promover a saúde. A virada ontológica que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006 promoveu na Atenção Básica à Saúde (ABS) ¹ reafirma isso, fazendo com que seu Programa de Saúde da Família (PSF) se tornasse Estratégia de Saúde da Família (ESF), buscando a defesa e elevação da qualidade da vida e da saúde da pessoa, da família e do território.

Diante das potencialidades da ABS e da sua importância para a vida digna e saúde das pessoas e, em especial, dos idosos, apresentam-se, no plano das relações materiais, os desafios de falta de recursos humanos e materiais que a retrocedem ao modelo de reativo à doença e a impossibilitam de realizar a plenitude de suas atribuições. Isto, conseqüentemente, veda o acesso dos idosos ao atendimento de seus direitos constitucionalmente estabelecidos. Longe de ser erro de planejamento ou condutas culposas quaisquer, este subfinanciamento é projeto intencionalmente elaborado e executado, para que o governo estabilize as contas públicas revertendo os superávits primários para o pagamento da dívida pública e seus consectários, atendendo o interesse dos seus titulares.

Destarte, propõe-se analisar, pelo método dialético, o Constitucionalismo Dirigente Invertido, que protege a economia face à política e ao direito, interferindo no financiamento da ABS e, conseqüentemente, no acesso dos senescentes a proteção e promoção de sua saúde, traduzindo-se em ofensa aos direitos à vida digna e à saúde, constitucionalmente estabelecidos. O primeiro capítulo apresentará o Constitucionalismo Dirigente no Brasil; o segundo, a importância da ABS para a proteção dos direitos fundamentais dos idosos à vida digna e à saúde, bem como as impossibilidades de consecução integral de seus fins no plano das relações reais; por fim, tecer-se-ão críticas aos regimes de subfinanciamento da ABS e de austeridade fiscal, verdadeiros ataques constitucionalismo dirigente invertido ao teor da Constituição de 1988 (doravante também designada pela sigla CRFB/88).

O CONSTITUCIONALISMO DIRIGENTE NO BRASIL

Disputar o sentido e o significado da Constituição é fundamental ao entendimento e das relações entre esta e a Política e entre ambas e a Economia, tendo como uma das principais conseqüências à existência e ao direcionamento de determinadas políticas públicas a definição de seus objetivos: se protegerão os interesses de todos de maneira isonômica, dando mais àqueles que mais precisam, ou se privilegiará estratos seletos, dando-os direitos em demasia à custa dos vulneráveis. Examinar a ocorrência de privilégios a certos grupos tem como requisito o estudo das relações de submissão entre Economia, Política e Constituição. Se esta impera sobre a segunda e ambas sobre a primeira, tem-se o constitucionalismo dirigente e, no contexto da CRFB/88, o atendimento dos mais vulneráveis. Em oposição, se os desejos da primeira são leis para a segunda e as duas dobram o texto constitucional à sua vontade, tem-se a Constituição Dirigente Invertida e o agravamento das desigualdades impingidas a grande parte do povo brasileiro.

¹ Para os fins do presente trabalho, os termos ABS (Atenção Básica à Saúde) e APS (Atenção Primária à Saúde) e serão empregados com a mesma semântica.

Isto remonta ao capítulo inaugural da obra de Konrad Hesse: “*A Força Normativa da Constituição*” (1991), na qual se cogita a possibilidade da existência concomitante de duas Constituições: a Jurídica, que é um documento; e a Real, que reflete a correlação das forças sociais, econômicas e políticas que formam o país. À primeira vista, o conflito entre ambas resulta na vitória da materialidade sobre o idealismo, gerando a negação da sua vertente Jurídica pela Real, tornando a Constituição mera organização do Estado. Isto acontece, porém, se as Constituições forem simples espelhos das dinâmicas contingenciais de luta pelo poder e de sua conquista, o que é rechaçado por Hesse ao enxergar que as Constituições gozam de força que faz seus conteúdos serem determinados pelas relações sociais, ao passo que, em relação dialética com a realidade, podem ser elementos determinantes das relações sociais, políticas e econômicas. As Constituições, criadas pelo poder, podem se tornar direcionadoras deste. Isto as emancipam da Economia e da Política, fazendo-as participarem na formação estatal ao se tornarem forças orientadoras de suas ações, permitindo a canalização da vontade popular em uma *vontade de Constituição, fazendo da pessoa humana o seu valor fundante*.

Da força normativa da Constituição emana a Teoria da Constituição Dirigente (Canotilho, 1994), segundo a qual o texto constitucional se reveste de força de direção e comando dos poderes públicos e privados. Assim, a existência da Constituição passaria a dispensar uma ação legislativa que a concretizasse na realidade, pois seu próprio texto seria, per se, mecanismo que fundamenta e determina sua realização. A igualdade, neste sentido, é constitucionalmente estabelecida como pedra de toque da ação estatal na busca por sua realização, demandando o fim das desigualdades de fato. A Constituição Dirigente, assim, rompe com o referencial liberal ao determinar que o Estado aja para cumprir o programa constitucional sob pena de, em não o fazer, esvaziar o texto da Lei Maior de sua força dirigente.

É dever de honestidade destacar que Canotilho (2001) decretou a morte de sua teoria, entendendo-a como “filho enjeitado”, mas que, no contexto brasileiro marcado por desigualdades sociais, pode ser considerada como emancipado de seu criador e dotado de pleno vigor. Da decretação de Canotilho, extrai-se lições úteis à preservação e fortalecimento de sua teoria. A primeira é o repúdio à esperança de que a Constituição Jurídica seria a panaceia da sociedade, não devendo querer impor-se, à força, o seu conteúdo. A segunda é a ilusão da sua autossuficiência, que conduz ao risco de ela ser hermética ao cenário internacional, principalmente em uma época de múltiplas cidadanias. Finalmente, destacar-se-á a importância as Constituições edificarem bases factuais para a construção de políticas públicas que concretizem o Estado democrático, social e de direito.

Neste sentido, Moreira (2008) traz a teoria de Canotilho para o Brasil ao reconhecer a CRFB/88 como dirigente, principalmente em face dos seus três primeiros artigos, que estabelecem os poderes como harmônicos e independentes entre si e estatuem os fundamentos e objetivos do Estado (arts. 1º ao 3º), o que a transforma em regradora da ordem econômica e social. Todavia, a análise da intersecção entre Constituição e as relações materiais revela que a plena validade da CRFB/88 permanece sendo desafio, principalmente no tocante ao alcance dos direitos e garantias fundamentais. Deveras, eles devem-se espriar para todos os segmentos sociais de modo que se cumpra, ainda que tardiamente, as promessas da modernidade no Brasil. Isto é indispensável à construção

da cidadania do povo brasileiro, demandando vencer as falhas democráticas que a desigualdade histórica impingiu ao país, obstaculizando a vigência isonômica e integral da lei para todos.

Esta relação dialética entre Constituição Jurídica e Real e a análise da existência de um constitucionalismo dirigente no Brasil encontra correlação nos parâmetros de aferição da qualidade da vivência constitucional estabelecidos por Verdú (1998): o povo tem uma ou está na Constituição? Se apenas a tiver, ele contará com um mero Código Fundamental sistemático; mas, se ele nela estiver, verá a aplicação de seus direitos e deveres de maneira justa, independentemente de privilégios sociais, econômicos ou políticos. O autor aponta, ainda, paradoxos nos países que têm uma Constituição, mas cujo povo nela não está porque há a exclusão dos mais vulneráveis, a negligência dos princípios de justiça e solidariedade e as ameaças – veladas ou não – à dignidade humana. Finalmente, traz-se sua importante exortação de que os países que cumprem apenas suas obrigações para com o viés liberal da Constituição, mas olvidam os de natureza socioeconômica estão impedidos de estar na Constituição, pois os relegam a eficácia constitucional às maiores contingencialmente estabelecidas.

Em Moreira (2010) se encontra subsídios para entender que o supracitado paradoxo se justifica pelo constitucionalismo dirigente no Brasil, porque estabelece a CRFB/88 como marco e a imprescindibilidade da defesa dos direitos humanos e da democracia para que o povo brasileiro esteja na Constituição, revelando a existência de duas Constituições no Brasil – a Jurídica e a Real. Este distanciamento serve de estímulo para a defesa do dirigismo constitucional, reavivando a cidadania dos excluídos sob a égide do Estado Social e Democrático de Direito, com o atendimento aos vulnerabilizados que, historicamente, passaram ao largo da sociedade. O dirigismo proposto almeja a consecução destes objetivos e a redução do distanciamento historicamente imposto às Constituições Jurídica e Real, conduzindo o direito ao reconhecimento de todas as pessoas, pouco importando seu status, refletindo na inclusão mais ampla de todos em seu pálio.

Apesar da imprescindibilidade de uma Teoria da Constituição Dirigente Adequada aos Países de Modernidade Diferenciada (TCDAPMD)² para o Brasil, Neves (1996) destaca que a CRFB/88 tem sofrido processo de *concretização desconstitucionalizante*, cuja materialização destrói o significado do seu texto. Isto ocorre porque prevalecem os interesses de determinados grupos privilegiados que compõem a conduta dos responsáveis pela implantação do texto constitucional, fazendo-os praticar, pelos seus atos e omissões, a desconstitucionalização da CRFB/88 em prejuízo dos vulnerabilizados. Disto nasce a subcidadania que serve de base para o surgimento dos sobrecidadãos, minando a força constitucional de regência da sociedade. A existência de interesses que se encontram protegidos na e contra a Constituição depende, deveras, da daqueles que se vêm abandonados às suas promessas vazias, inerentes à ausência de constitucionalidade nas relações diárias. Isto calcifica as iniquidades históricas, que continuam acontecendo ao arpejo da CRFB/88, fazendo-a uma lei menor, ou mero simbolismo.

² Para maiores detalhes sobre a TCDAPMD, veja: MOREIRA, Nelson Camatta. **Fundamentos de uma teoria da constituição dirigente**. São José: Editora Conceito, 2010. 241 p.

Esta ausência de direitos e garantias fundamentais pode ser apontada, à luz de Moreira (2017), como impeditivo do exercício da soberania popular pelos sujeitos de direito, tornando a Constituição mero simulacro, ou seja, fruto de uma atribuição de falsa atemporalidade de uma assembleia que cria um ato jurídico e diz que este é imortal porque ela assim o quer. O autor atribui à soberania dos sujeitos de direito a fonte de poder e destaca que os direitos e garantias fundamentais são intrínsecos e indissociáveis ao seu exercício. Eles, uma vez conferidos de maneira isonômica a todos os membros da sociedade, protegem seus membros dos arbítrios dos demais, dando-lhes condições de exercer, autonomamente, sua soberania na condução da coisa pública. Portanto, há que se falar em soberania e direitos e garantias fundamentais de maneira dialética, pois esta os cria e os positiva, mas passa a ter sua existência plena e sólida somente mediante tais direitos.

Apesar da práxis desconstitucionalizante apontada por Neves, há que se dar méritos ao SUS como fruto da luta pelo constitucionalismo dirigente, em especial no que se refere à preservação dos direitos à vida digna e à saúde (arts. 1º, III, 5º, *caput* e 6º, *caput*). Pois, como pontua Santos (2020), ele é uma das principais políticas redistributivas oriundas da redemocratização do Brasil, tendo o maior alcance territorial, presente em 5.417 municípios brasileiros. É importante, todavia, ressaltar que a existência não resulta, automaticamente, na sua plena eficiência, fato este que leva o autor a perceber sua ausência na pauta de movimentos sociais e dos partidos populares. Posicionando-se na contracorrente da lógica economicista presente nos anos 90 e hipertrofiada na atual conjuntura desde seu nascedouro, o SUS erige-se em movimento ousado de um país periférico que pretendeu – e, em certa medida, conseguiu – criar um sistema de saúde público, universal e gratuito, fruto das contribuições da participação do movimento sanitário na formação da atual República. Desta luta derivou frentes de batalha que extravasaram a saúde em senso estrito, perpassando a disputa pela regressividade tributária, pela soberania da indústria nacional e a construção de um pacto federativo que promovesse maior igualdade regional mediante a participação político-comunitária.

Dentro da lógica da luta em favor do constitucionalismo dirigente tendo como lugar o SUS, a ABS tem o potencial de aparecer como espaço contra hegemônico de construção coletiva da saúde, envolvendo o paciente, os profissionais e a comunidade, como lembra Mattioni *et al.* (2022). O enfrentamento à doença, aliado ao fortalecimento da busca de soluções coletivas e corresponsáveis para a promoção e proteção da saúde pode ser suscitado como elisão do discurso da responsabilização e da culpabilização individual pelas condições desfavoráveis de vida que as conduziram a uma saúde mais precária. Isto, aliado a práticas coletivas de cuidados e construções interpessoais da subjetividade, pode erigir a ABS em espaço de resistência aos discursos anticonstitucionais e de construção de parte do ideário do constitucionalismo dirigente.

A semelhança das políticas de austeridade fiscal verificadas entre governos ditos conservadores (2016-2022) e outro dito progressista (2023-2026), assim como os programas de (des) financiamento da ABS – acentuado, em especial, desde 2017³ – endossam as críticas de Bercovici e Massoneto (2006) sobre a consagração, pela prática constitucional brasileira, da Constituição Dirigente Invertida, sobrepondo os poderes

³ Para maiores detalhes sobre o tema, favor consultar o capítulo 3.

privados sobre a política, fazendo do orçamento público garantia da remuneração do capital e tornando a CRFB/88 relapsa como projeto de Estado de Bem-Estar Social brasileiro, tudo isso para remunerar o capital privado com altas taxas de juros. Endossam-se, ainda, as pontuações de Tavares e Silva (2021), exortando que o Brasil experimenta inversão dos valores constitucionais, dobrando-os à hegemonia neoliberal, sedimentando a situação de subcidadania, privando o reconhecimento de parcelas do povo brasileiro como pessoas humanas dignas de direitos. Isto se consolida, conforme Kanashiro e Trevisam (2024), mediante o discurso da segurança jurídica, das regras claras, do respeito aos contratos e do Estado de Direito, empregado contra quaisquer medidas que contrariem os interesses do mercado, subvertendo a ordem constitucional em prol da manutenção da política econômica ortodoxa.

Conclui-se que a disputa pelo significado da Constituição não é capricho hermenêutico, mas luta pelo sentido que as políticas adotadas pelo país terão: se se voltarão para o saneamento contínuo das desigualdades que, historicamente, assolam o Brasil ou, então, se as cristalizarão. Diante da situação social, política e econômica do país, ainda há que se falar em um constitucionalismo dirigente adaptado à realidade brasileira, focado na construção da vida digna e da cidadania de seu povo, em especial das camadas pauperizadas. Apesar dos percalços, a CRFB/88 produziu consideráveis progressos, dentre os quais se destaca o SUS, sistema de saúde público, universal e gratuito que trata da saúde e preserva a vida e dignidade de todos. Dentro dele, a ABS se apresenta como espaço que não apenas trata doenças e as previne, bem como promove e preserva a saúde e a vida digna, ainda que sua potencialidade de realização se encontre distante da sua real materialização, conforme tópico seguinte.

A ABS E A PROTEÇÃO DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS DA PESSOA IDOSA À VIDA DIGNA E À SAÚDE: O IDEALISMO LEGAL E OS DESAFIOS DO REAL

Dentro do SUS, este trabalho enfocará a ABS, pois, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), trata-se do local de contato inicial da pessoa com o sistema de saúde, tendo o potencial de atender entre 80% e 90% das suas demandas de saúde. Portanto, ultrapassa o simples tratamento das doenças esporádicas que acometem o indivíduo, desempenhando verdadeiro cuidado deste durante toda sua vida. Isto porque ela inclui serviços que abrangem a promoção da saúde, a prevenção contra doenças, o tratamento de doenças agudas e infecciosas, chegando a alcançar, inclusive, o controle de doenças crônicas, cuidados paliativos e reabilitação.

Giovanella (2018) aponta o reconhecimento internacional da ABS como sustentáculo de sistemas de saúde, assim como o consenso entre os formuladores de políticas públicas sobre a necessidade de seu fortalecimento. Sua estruturação se dá em três componentes fundamentais: ser universal e primeiro ponto de contato da pessoa com o sistema de saúde; o reconhecimento da relação intrínseca entre saúde, desenvolvimento econômico e social; e a participação social. Por fim, destaca que a meta da ABS é ser a porta de entrada do sistema de saúde e garantir um atendimento resolutivo, tornando-se promotora da saúde integral da pessoa.

A importância da ABS não se dá apenas no âmbito do SUS, posto que se alinha, também com os ODS's da ONU, segundo Pettigrew *et al.* (2024). Além do ODS-3, que faz referência explícita à saúde, presta contribuições importantes para os outros dezesseis, ao, por exemplo, viabilizar que suas equipes combatam a pobreza e empoderem indivíduos e comunidades na promoção da justiça, por meio de ações que visam aprimorar a saúde e qualidade de vida, principalmente nos territórios mais carentes. Embora eles não mencionem, expressamente, a ABS, os autores pugnam que esta ausência possa ser proposital para não atrapalhar sua transversalidade com os demais, ressaltando que os ODS's precisam ser acompanhados de estratégias de monitoramento, principalmente no que se refere à instituição de ABS's de boa qualidade, dotadas de cuidados primários abrangentes.

No que tange aos idosos, Aguiar e Silva (2022) apontam potencialidades e fragilidades da ABS no cuidado da saúde destes. Como atributos positivos, destacam-se o modelo da ESF e sua capilaridade; a ação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) como sua força motriz; a melhoria dos atendimentos às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT); a valorização da autonomia dos idosos na participação do processo de cuidado e tratamento da saúde; a interface médico(a)-enfermeiro(a) e a construção de relação de confiança entre tais classes profissionais e de ambas com os pacientes; e o fornecimento de educação à saúde dos idosos. Como fragilidades, expuseram a ausência de modelo específico de atenção voltada à pessoa idosa – os cuidados são baseados na pessoa adulta –; falta de recursos materiais e humanos; ausência de suporte aos familiares que cuidam do idoso; problemas procedimentais; e as formas como os trabalhos ocorrem.

Considerando-se que, segundo Araújo, Brito e Barbosa (2008), a velhice é um processo socialmente construído e que as fragilidades que acometem as pessoas idosas são multidimensionais, o envelhecimento com qualidade de vida em geral demanda investimentos em programas de atenção aos idosos, especialmente na área de promoção da saúde. Neste sentido, a proposta de cuidados individuais e coletivos, inerente à ABS, se coaduna com o objetivo do envelhecimento saudável e digno da pessoa humana, exigindo que ela as desempenhe com foco na integralidade e na universalidade das ações e serviços de saúde, via equipes multiprofissionais. Embora seu ideário se coadune a tal propósito, a prática é perpassada pela escassez de recursos humanos e materiais que dificultam seus trabalhos de cuidado, prevenção e conscientização da população senescente. Isto tende a imobilizar a ABS no paradigma biomédico de cura da doença, em vez de direcioná-la ao trabalho multidisciplinar de promoção da saúde.

O envelhecimento saudável remete às políticas de saúde, que devem contribuir com a pessoa para que se torne um idoso com o melhor estado de saúde possível, conforme Sueli Itsuko Ciosak *et al.* (2011). Esta tarefa deve considerar a necessidade de mudanças no contexto social que circundam os indivíduos, edificando um ambiente social e culturalmente favorável aos idosos. Para tanto, os profissionais de saúde precisam ser sensíveis ao contexto que circundam os pacientes e enfatizar a importância do próprio paciente na construção de um bom envelhecer. Entretanto, salienta-se que esta tais ideais esbarram na escassez dos recursos públicos, em especial para a ABS, erodindo um ponto fulcral ao SUS, qual seja, a porta de entrada da pessoa neste sistema.

A ABS, nos termos de Placideli e Castanheira (2017), é *locus* prioritário de desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde dos idosos, visto o aumento de senescentes na população e os desafios que isto apresenta para SUS: tratar de um público que tende a ser acometido por uma ou mais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DNCT's), oferecer-lhe assistência preventiva, combater doenças infecciosas que o aflige e, ainda, tratar daqueles de quem se encontra em fases anteriores à velhice, para que esta se dê da forma mais saudável possível. Tais ações devem visar a promoção da independência e da autonomia do idoso, promovendo-as ou postergando seu fim ao máximo, via trabalho conjunto da equipe de saúde, do idoso e da família. Porém, ao pesquisar 157 serviços de ABS distribuídos em 41 municípios do estado de São Paulo, as autoras constataram que diversas ações de atenção à saúde do idoso e ao envelhecimento não são efetivadas pela ABS, apresentando baixo grau de implementação. Vaticinam, ainda, que é necessário avançar as políticas públicas direcionadas ao envelhecimento ativo, explorando os potenciais da ABS na gestão do cuidado e na do SUS.

Ademais, o envelhecimento da população brasileira refletirá, consoante Labegalini *et al.* (2023), em mudanças no perfil de morbimortalidade, com incidência de doenças crônico-degenerativas e demandas extras para o serviço de saúde, caso os idosos não recebam tratamentos adequados. Portanto, eles precisam de serviços e profissionais de saúde qualificados para atendê-los multidisciplinarmente, tornando a ABS imprescindível em tal missão, a ser desempenhada, especialmente, pela ESF, dado seu modelo multiprofissional e o escopo de atividades de promoção, recuperação e reabilitação da saúde e de combate a doenças e agravos. Para consecução deste desiderato, os Núcleos de Ampliados de Saúde da Família (NASF's) apoiam a ESF com a organização e a atuação em práticas de saúde visando cuidado integral e humanizado. Disto se pode concluir que a ABS é estruturada no trabalho organizado das equipes de ESF e de NASF, cuja atuação organizada é imprescindível à garantia dos direitos do idoso à vida digna e à saúde, priorizando atividades de promoção, proteção e reabilitação da saúde, organizadas de maneira coletiva.

Logicamente que as ações de prevenção, proteção e promoção da saúde, apesar de primordiais à vida digna e à saúde dos senescentes, não significam que a ABS seja negligente no tratamento de doenças e agravamentos, pois, como ensinam Barreto, Carreira e Marcon (2015), as DCNT's são as principais causas de morte entre a população brasileira e a efetividade no seu tratamento perpassa o aprimoramento de oferta da ABS, pois ela é indispensável a assistência de qualidade em casos de cuidados primários. A ênfase na assistência generalista à saúde do paciente idoso, nos atendimentos da ABS, é meio pelo qual esta poderia aprimorar os cuidados das DCNT's. Contudo, mesmo ao tratar doenças, a ABS deve-se atentar ao idoso na totalidade, focando tanto na sua enfermidade e no direcionando sua avaliação quanto no cuidado para as determinantes sociais, econômicas e culturais que o cerca. Mais uma vez é destacada a dissonância entre teoria e prática no tratamento às enfermidades – em especial às DCNT's –, pois esta é permeada pelo baixo conhecimento teórico sobre como lidar de forma efetiva e adequada com as medidas de prevenção; os programas, mesmo sendo bem estruturados, não se arvoraram em políticas de Estado, sofrendo mudanças a cada gestão; e há, ainda, receberam o indevido financiamento para programas como os de controle e educação sobre as DCNT's.

Estas ações de promoção e proteção da saúde e prevenção e tratamento de doenças também tornam a ABS, no entendimento de Vieira e Vieira (2016), protetora dos direitos dos idosos, revelando-se como uma das formas de o Estado ampara-los, cumprindo com o dever que lhe é constitucional previsto no art. 230. Este comando se traduz na obrigação legal de cuidado à saúde deles, estabelecido no art. 3º, *caput*, do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003) e disciplinado pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), conforme Portaria MS nº 2.528/2006. Todavia, se faz necessários recursos que financiem a ABS, para que esta aja de maneira a concretizar a PNSPI, seguido de estabelecimento de critérios técnicos de gestão dos seus equipamentos e do fortalecimento dos conselhos populares de fiscalização sobre a prestação universal e integral de serviços de saúde.

Mesmo diante das dificuldades de a ABS traduzir, no plano Real, o que se encontra estabelecido no plano Jurídico de sua instituição, ela teve papel importantíssimo no período de pandemia de covid-19. Como rememoram Lima *et al.* (2024), a ABS agiu mediante a reorganização da sua metodologia de trabalho para achatando a curva de casos positivos de covid-19, visando a proteção do SUS, que não conseguiria suportar eventuais demandas decorrentes do aumento do contágio. A primeira grande medida foi o atendimento telepresencial, viabilizando a telessaúde que permitiu o atendimento remoto dos pacientes em suas necessidades, evitando a circulação de pessoas nos estabelecimentos de saúde e diminuindo a chance de contágio. Ademais, realizou visitas domiciliares aos idosos e família, interrompendo a transmissão de humano para humano da doença, mantendo-os em casa; as visitas permitiram a identificação precoce de casos; e, ainda, a ABS permitiu a ágil desospitalização e disponibilidade de leitos, dando continuidade aos tratamentos das pessoas em suas casas por meio de equipes multidisciplinares. Enfim, destaca-se a interligação com outros setores de assistência e as iniciativas comunitárias, criando novas formas de intervenções positivas nas comunidades e fortalecendo seus vínculos no combate à pandemia. Isto demonstra o cuidado da ABS com a saúde do idoso no combate à covid-19, que se deu com responsabilidade e obteve resultados satisfatórios e impactantes na sua proteção.

É nítida a distância material da ABS em relação às suas potencialidades. Mesmo assim, laureia-se a tenacidade no atendimento à população senescente a despeito do déficit apontado no transcurso deste tópico, pois o desempenho de suas funções junto aos idosos ultrapassa a antiga dinâmica de combate a doenças contingenciais e se volta – com limitações, é certo – ao atendimento multidisciplinar que lhes proporciona qualidade de vida e dignidade, chegando, quando preciso, aos seus lares. Sua força e antifragilidade foram comprovadas, especialmente, em tempos pandêmicos, nos quais sua natureza de cuidado, proteção e prevenção a foram cruciais ao SUS no enfrentamento à covid-19, levando este sistema aos lares dos que dele precisavam. Sua força e o sacrifício de seus trabalhadores em prol da saúde da população, não isentam, todavia, a crítica que deve ser direcionada às políticas de financiamento que a depauperaram e atingem, diretamente, a vida digna e a saúde dos idosos, conforme será observado a seguir.

OS ATAQUES DO CONSTITUCIONALISMO DIRIGENTE INVERTIDO AOS DIREITOS À VIDA DIGNA E À SAÚDE DAS PESSOAS IDOSAS: O EXEMPLO DA ABS

Bodstein (2002) traça a evolução do processo de implementação da ABS, iniciado nas Leis nº 8.080/90 e 8.142/90, que estatuíram normas gerais de funcionamento do SUS e preconizaram a descentralização da execução dos serviços e a transferência intergovernamental de recursos para suportá-los. Os critérios para esta operação foram estabelecidos, inicialmente, pela Norma Operacional Básica (NOB) nº 93, mediante dispositivos que garantiram que esta ocorresse de modo gradual, flexível e negociado entre os entes, visando torná-la atrativa para Estados e Municípios. Em seguida, a NOB nº 96 estabeleceu medidas de incentivo a este processo, privilegiando os Municípios ao estimulá-los a assunção da gestão da rede local de serviços de saúde, entrando em vigor em 1998 e gerando, em 2000, o indicador de que 99% de enquadramento deles na gestão plena da atenção básica ou plena de saúde⁴. Por fim, a autora apresenta a Portaria GM/MS n. 1882, de 18/12/97, que cria o PAB (Piso da Atenção Básica) que altera como os repasses do governo federal se dão aos Municípios, sendo decisiva na descentralização, dispondo sobre o repasse regular e automático.

Ponto crucial da ABS é o Programa Saúde da Família (PSF), apresentado por Carmo, Silva e Campos (2023) como forma de ampliação do acesso aos serviços de saúde. Criado em 1994, passou a figurar como ponto elementar da primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2006, almejando seu fortalecimento e mudança de escopo e nome, passando do PSF focado no tratamento da doença, para se chamar ESF, direcionado para o cuidado do indivíduo, da família e da comunidade. Todavia, após ter sua importância reforçada na PNAB de 2011, o ESF fora desestimulado na PNAB de 2017 como modelo prioritário da ABS, de modo que, entre 2017 e 2020, seus indicadores ou sofreram diminuição, ou permaneceram estagnados em sua vigência, enquanto evoluíram sob a égide das PNAB's anteriores.

As supracitadas autoras (2017) apontam que o indicador Território/Adscrição – sendo a cobertura populacional, estimada, da Estratégia de Saúde da Família – apresentou estagnação sob a vigência da PNAB/2017. O segundo componente, Equipes – que se debruça sobre o número de Equipes, de Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) e de Equipes de NASF's – teve aumentos até 2017, quando, então, passou por alterações na PNAB, que preferiu as Equipes de Atenção Primária ao invés das de Saúde da Família, resultando na isenção de obrigação de contratação de auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde⁵, o que implicou em diminuição do número de ACS's e no

⁴ Segundo a autora: “Em linhas gerais, podemos dizer que a diferença básica entre essas duas modalidades de gestão é o fato de que, na primeira [gestão plena da atenção básica], o poder público municipal tem governabilidade apenas sobre a rede de atendimento básico; já na segunda [gestão plena de saúde], o município é que gerencia todo o atendimento à saúde no seu território, inclusive a rede hospitalar pública e privada conveniada, tendo para tanto repasse direto de recursos do Ministério da Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, sem intermediação da esfera estadual”. (BODSTEIN, 2002, p. 404-405).

⁵ Conforme art. 2º da Portaria nº 2.539, de 26 de setembro de 2019: “As Equipes de Atenção Primária deverão ser compostas minimamente por **médicos** preferencialmente **especialistas** em medicina de família e comunidade e **enfermeiros** preferencialmente **especialistas** em saúde da família cadastrados em uma mesma Unidade de Saúde”. O Anexo da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, por sua vez, estabelece, no item 3.4, que a Equipe de Estratégia de Saúde da Família será: “Composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os

aumento de atribuições dos NASF's, que deixaram de atender, exclusivamente, às Equipes de Saúde da Família para suportar todas as da Atenção Básica. Em terceiro, o Processo de Trabalho – pertinente às ações envidadas para melhor assistência à população atendida pelas Unidades (visitas domiciliares, ações de educação em saúde coletiva, entre outros) –, passou por reduções (no caso das visitas) e estagnações (no caso das demais ações). O último grupo, Cuidados a Grupos Prioritários – gestantes e hipertensos – também passou por quedas ou estabilidade sob o manto da PNAB de 2017, a depender da região do país que fora analisada.

Além das dificuldades inerentes à PNAB/2017, destaca-se o Programa Previne Brasil, examinado por Pinheiro e Lima (2022), que foi o modelo de financiamento da ABS que pretendeu, em teoria, aumentar o número de equipes de Saúde da Família e ampliar os recursos nela dispendidos. Entretanto, a prática foi marcada pela falta de exposições efetivas, de metas claras para estados e municípios, assim como pela ausência de explicações sobre como as gestões conseguiriam efetivar os cadastros dos usuários. Ou seja, houve uma alteração nos princípios do programa da ABS sem que os profissionais fossem instruídos sobre como lidar com elas. Tais mudanças refletiram, outrossim, em atribuição adicional para as equipes de saúde, que se viram forçadas a parar seus atendimentos para ajustar cadastros, o que se mostrou ainda mais complexo nos casos de as equipes não contarem com profissionais adicionais para fazê-lo ou, então, com equipamentos tecnológicos para alimentação simultânea do sistema, o resultando na realização de anotações à mão, quando em campo, e posterior lançamento no sistema.

Critica-se, também, o fato de o Previne Brasil focar no e estimular o cadastramento, segundo as autoras (2022), ao estabelecê-lo como critério de remuneração, o que faz com que a população não cadastrada esteja fora dos cuidados da ABS, exigindo, desta, a hercúlea tarefa do cadastramento universal do território, com início preferencial pelos grupos mais vulneráveis. Outro ponto que merece exortação é desproporcionalidade entre o estímulo à captação de população via cadastro e a falta deste nas ações de cuidado, mormente em decorrência da diminuição de repasses de recursos federais aos municípios; em outras palavras: a gestão produtivista, voltada para o quantitativo, enfraqueceu as dimensões de proteção dos trabalhadores do SUS e repercutiu, diretamente, no atendimento que estes prestam à população. Enfim, pontua-se que ocorre verdadeiro desfinanciamento da ABS, acenando para sua pauperização até que o SUS se torne inviável e suscetível aos discursos em favor da sua privatização.

Portanto, a deduz-se que ABS, desde a primeira PNAB, tem sido fortalecida e valorizada como lugar estratégico de desenvolvimento do acesso integral, igualitário e gratuito ao direito à saúde e porta de entrada do SUS, com uma virada ontológica desde a PNAB/2006, que transformou o PSF em ESF, direcionando-a para o cuidado e promoção da saúde dos indivíduos, famílias e territórios. Após reforço na PNAB de 2011, as equipes de ESF, importantíssimas no tratamento e prevenção de doenças e na proteção e promoção da saúde de todos e, em especial, dos idosos se viram preteridas, na PNAB de 2017, pelas de Atenção Básica, com número de profissionais e abrangência de qualificação técnica da equipe reduzidos, enquanto os NASF's deixaram de atender apenas as ESF's para atender a todas as equipes. Isto gera desvalorização das equipes e sobrecarga nos trabalhadores

profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal”.

da área da saúde, refletindo em números que evidenciam a estagnação ou derrocada na população atendida e na qualidade dos serviços prestados.

As susoditas alterações repercutem na fragilização da resolutividade dos atendimentos da ABS e na prevenção e proteção à saúde, porque a falta de recursos financeiros e humanos suficientemente tolhe sua ação proativa no território. Os idosos também são prejudicados por esta política porque sentem, na qualidade de vida e na sua saúde, os frutos desta incapacidade de a ABS lhes garantir um envelhecimento digno e com a maior autonomia de vida possível, dado que ela apenas os acode em momentos de enfermidade. O cenário se agrava ao se perceber que isto é uma parte do projeto de desfinanciamento da saúde, incidindo diretamente no cotidiano da ABS. Há, ainda, no plano da disputa entre CRFB/88 e forças de mercado, as políticas de austeridade fiscal que subtraem volumes de recursos ao engessar os gastos primários governamentais para reversão dos superávits em favor da estabilização da dívida: o Teto dos Gastos Públicos e o NAF.

O “Teto dos Gastos Públicos”, conforme Mariano (2017), foi uma medida de austeridade fiscal resultante das PEC’s (Propostas de Emenda à Constituição) nºs 241 e 55. Seu objetivo principal era a limitação dos gastos públicos, para os anos de 2017-2036, ao dos disponibilizados no orçamento do ano anterior corrigido pelo IPCA. Ele contraria a constituição, desconsiderando os crescimentos econômico e demográfico brasileiros como possíveis fatores de reajustamento do valor dos gastos públicos. Outrossim, restringe a força da política ao impor aos governos, democraticamente eleitos e que sucederão o do seu criador, um programa econômico cogente e independente da vontade popular, passando ao largo da soberania dos sujeitos de direitos. É afrontosa ao Direito e à Política, mas dócil aos titulares do poder econômico, porque o art. 102, §6º, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), criado pela EC nº 95, não se aplicou ao pagamento dos juros e amortizações da dívida pública.

Machado Segundo (2017) traduz, em termos práticos, o que significou o Teto dos Gastos Públicos para a gestão governamental: mesmo em eventual arrecadação em dobro, no ano de 2019, ele poderia aplicar, em áreas estratégicas como saúde e educação, apenas o limite de gastos despendidos em 2018, com reajuste inflacionário. Ainda traz às claras que, devido à ausência de limitações à dívida pública, eventual excedente seria destinado ao pagamento desta e de seus consectários. Contrapondo-se aos argumentos de que isto teria o condão de incrementar as desigualdades sociais ao destinar recursos de áreas estratégicas (saúde, educação, segurança e afins) para o pagamento de títulos de propriedade de rentistas, expõe que a educação básica não está limitada pelo Teto; que o governo pode reduzir despesas em uma área para aumentar em outras; que, a longo prazo, o pagamento da dívida pública reduziria o impacto de seus juros no orçamento; e que a medida restauraria no superávit primário. Interessa, finalmente, trazer à baila que o autor considera a qualidade dos gastos públicos brasileiros o seu principal problema, e não sua quantidade, de modo que o Teto poderia forçar a racionalidade e a eficiência na sua realização.

Sendo mais ponderados, Cassi e Gonçalves (2020) pugnam pelo dever estatal de conciliação entre a sustentabilidade da dívida pública e a construção de um Estado de Bem-Estar Social, de modo que a sustentabilidade fiscal atraia investimentos privados para sua

edificação, devendo estes serem remunerados mediante taxas plausíveis. Sinalizam que o “Teto dos Gastos” arvorou-se como possibilidade de o Estado construir uma poupança pública que sinalizasse virtude fiscal à iniciativa privada, de modo a atrair o investimento de seus recursos para o reaquecimento da economia, intento malfadado desde o nascedouro. Em verdade, as medidas de austeridade tendem a surtir certo efeito positivo em países que têm seus serviços públicos já estruturados, o que é contraditório ao cenário brasileiro, fazendo do Teto um adversário da melhoria dos serviços públicos. Esta visão é corroborada por estudos econômicos apresentados por Gomes *et al.* (2020), pontuando que as medidas de austeridade econômica devem ser acompanhadas da possibilidade de flexibilização dos investimentos públicos, principalmente na recuperação das áreas que forem por prejudicadas pela austeridade, o que geraria ambiente econômico favorável mesmo diante de intempéries econômicas, como a estagnação da sua atividade.

Salvador (2024) aponta que, em substituição ao antigo Teto dos Gastos Públicos, o atual Presidente da República conseguiu aprovar, via PEC nº 126 (PEC da Transição), a possibilidade da apresentação de um novo regime fiscal, que deveria ser apresentado mediante Lei Complementar, a ser encaminhada pelo Governo ao Congresso até 31 de agosto de 2023 (arts. 6º e 9º). Pontua que, disto adveio a Lei Complementar (LC) nº 200/2023 (NAF). Critica-se o fato de que sua proposta fora negociada negligenciando-se a classe trabalhadora e os movimentos sociais e sindicais, pois o governo sentou-se à mesa apenas com o Congresso Nacional, com representantes FEBRABAN e da FIESP e dos mercados financeiros. O dispositivo legal, assim, fora aprovado com divisão em sete capítulos: (1) disposições preliminares; (2) das metas fiscais compatíveis com a sustentabilidade da dívida; (3) das despesas sujeitas a limites por Poder e órgão; (4) da correção do limite de crescimento da despesa; (5) das medidas de ajuste fiscal; (6) do excedente primário e dos investimentos; e (7) disposições finais e transitórias.

Dentre todos os pontos amplamente analisados e debatidos pelo supracitado economista (Salvador, 2017), interessa destacar que o primeiro capítulo do NAF traz à tona que este será válido para as receitas primárias do governo, tirando de sua abrangência os pagamentos de juros e encargos da dívida pública. O segundo capítulo estabelece como métrica da sustentabilidade da dívida a relação da Dívida Bruta Geral do Governo com o Produto Interno Bruto e, sem esperar que este cresça a taxas elevadas e sustentáveis, tal estabilização ocorrerá à custa de cortes nas despesas sociais do governo. A terceira parte traz as despesas sujeitas aos limites do NAF, que são as primárias e as da seguridade social, abrangendo todos os Poderes e órgãos em âmbito federal, que devem estar abaixo do crescimento das receitas primárias de cada ano; excetua de sua regra: (1) as despesas financeiras com juros, encargos e amortização da dívida pública; (2) eventuais excedentes de arrecadação, que poderão ser aplicados em investimentos; e (3) as despesas primárias elencadas em seu art. 3º, §2º.⁶

Dando continuidade, Salvador (2017) explica que o Capítulo IV expõe o limite de correção do crescimento da despesa, que, para além da aplicação da variação do IPCA (art. 4ª), poderá ter um acréscimo de 70% da variação do crescimento da receita primária de um ano para o outro caso tenham sido cumpridas as metas de resultado primário apuradas no exercício anterior ao da elaboração da Lei Orçamentária Anual, respeitadas as margens

⁶ Em respeito ao dever de concisão da presente obra, remete-se o leitor à leitura do texto da lei para consultar o rol das despesas não sujeitas ao NAF.

de tolerância do inciso IV do art. 4º da Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF – (0,25% do PIB para mais ou para menos); ou de 50% caso a meta tenha sido descumprida (art. 5º, I e II do NAF); tudo isso com um limite mínimo de crescimento de 0,6% ao ano e máximo de 2,5% (art. 5º, §1º). O Capítulo V apresenta medidas de ajuste caso o governo não alcance o resultado esperado, que são a proibição de contratação de servidores e de reajuste aos já contratados, não afetando o salário mínimo, sob pena de infringir a LRF caso não cumpra as metas nem obedeça às vedações. A sexta parte versa sobre a destinação dos excedentes dos resultados primários, que priorizarão as obras não concluídas e inversões financeiras, como programas habitacionais de provisão subsidiada de unidades habitacionais novas, usadas em áreas urbanas ou rurais (art. 9º), não podendo ultrapassar 0,25% do PIB do exercício anterior (art. 9º, §3º). Do último capítulo extrai-se a obrigação de a Lei de Diretrizes Orçamentárias apresentar cálculo de meta de superávit primário para o ano a que se referir e para os três seguintes, para garantir a sustentabilidade da trajetória da dívida pública.

O reflexo destas políticas de austeridade é trazido em reportagem de Martello (2024) quem, embasado em cálculos do Instituto Fiscal Independente, constatou que, durante 2017-2023, período de vigência do Teto dos Gastos, as áreas de saúde e educação perderam R\$ 50 bilhões. Sob o NAF, a perda estimada para 2025-2033, conforme dados do próprio Tesouro Nacional, trazidos pelo repórter, poderá variar entre R\$ 190 bilhões e R\$ 504 bilhões.

Isto posto, é possível concluir que a CRFB/88 é, em seu plano jurídico, uma Constituição Dirigente e que seu dirigismo deve-se dar em uma relação dialética com a conjuntura social, política e econômica do Brasil, sob pena de estar condenada a remanescer no plano Jurídico. Conclui-se, ainda, que as exortações de Marcelo Neves, embora feitas em 1996, permanecem válidas na alvorada do segundo milênio, posto que tanto o Teto dos Gastos Públicos quanto NAF (antigo e atual regime de austeridade fiscal, respectivamente) materializam a prática desconstitucionalizante da Lei Maior brasileira, ainda que este o faça de maneira menos gravosa que aquele. Esta prática, cujos regimes de austeridade fiscal são expoentes desde 2016, endossa a tese da vigência factual da Constituição Dirigente Invertida, defendida por Bercovici e Massoneto (2006) e amplamente corroborada por outros autores, que blinda os interesses dos agentes econômicos e dos mercados financeiros, mesmo que à custa do sacrifício dos direitos e garantias fundamentais e da própria Constituição em si, cristalizando a situação de subcidadania no Brasil, bem como as desigualdades sociais impingidas contra os membros deste segmento para a salvaguarda dos interesses dos daqueles.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destarte, é possível chegar a quatro grandes conclusões. A primeira, é a plena vivacidade da Teoria da Constituição Dirigente no Brasil, cuja defesa é imprescindível. Em relação dialética com ela, constata-se, como segunda conclusão, que sua contraparte invertida tem-se sagrado vencedora, sendo potencializada a partir de 2017. A terceira é a de que a ABS, porta de entrada do SUS, embora tenha grande potencial de defender a vida digna e a saúde das pessoas, em especial a das idosas, é cabrestada pelo seu subfinanciamento. Entabulando relação dialética com a segunda e terceira conclusões, a

quarta é a de que este tolhimento não se dá em virtude de erro ou culpa, mas sim de projeto doloso do constitucionalismo dirigente invertido, para reverter os recursos do SUS e de outras políticas sociais para o pagamento da dívida pública, titulada por um segmento seletivo de pessoas.

O ideário do Constitucionalismo Dirigente⁷, pugnando pela realização da supremacia da CRFB/88 por meio de uma política que submeta os poderes públicos e privados aos seus comandos, para longe de estar morta, tem sua implementação como prioridade urgente no Brasil. Um país historicamente marcado pela subcidadania da maior parte de sua população, privadas do reconhecimento de sua dignidade, de seus direitos e aviltadas da prerrogativa de participação nos rumos de seu país clama por uma Teoria da Constituição que saneie estes déficits e (re) estabeleça a justiça social. Isto perpassa pela aplicação da CRFB/88 às relações sociais, políticas e econômicas, levando os brasileiros a compartilharem um *ethos* mínimo de igualdade que permitam reconhecerem-se, reciprocamente, como seres humanos dotados da mesma dignidade e direitos básicos.

Entretanto, o supracitado projeto se viu e se vê protelado, ao máximo possível, em virtude da materialização da Constituição Dirigente Invertida, fazendo com que os interesses econômicos tutelados por poucos prevaleçam em face da política e da Constituição. Como demonstrado alhures, as políticas de (sub)financiamento da ABS, expostas na PNAB/2017 e no Programa Previne Brasil, e as de austeridade decorrente do Teto dos Gastos Públicos e do NAF, são frutos das vitórias dos representantes dos mercados sobre os direitos sociais básicos – vale lembrar que se está falando da Atenção Básica à Saúde – tutelados por todos os brasileiros, mas que atinge em especial os grupos mais vulneráveis – dentre eles os idosos. A defasagem de financiamento inerente à austeridade fiscal, na casa dos bilhões de reais, concatenada com programas que estagnam ou retrocedem os resultados da ABS, deságuam nas divergências entre a força que esta tem em teoria e os resultados que entrega na práxis diária, decorrentes do esforço extraordinário dos trabalhadores da saúde.

Não pôde e nem se pretendeu, neste trabalho, elogiar a ABS por aquilo que ela ainda pode ser, sob pena de se incorrer na falácia do nirvana – prova disso é o capítulo 2 –, mas há que se concluir que, apesar de todas as dificuldades inerentes aos déficits de recursos humanos e materiais para a realização de seus fins, seu trabalho junto ao SUS é imprescindível para o combate às doenças que atingem os idosos – com destaque para as DNCT's – e para a promoção e proteção da saúde. Isto foi observado, especialmente, na pandemia, na qual esta sua ação (pro)ativa serviu para tutelar o direito a vida e saúde da população senescente.

Neste sentido, pontua-se que o subfinanciamento e a austeridade que atingem a ABS são planos intencionalmente arquitetados e executados com o intuito de destinar os recursos que deveriam ser empregados no financiamento do tratamento das questões básicas de saúde de toda a população para o pagamento da dívida pública e dos seus consectários, beneficiando um grupo específico de pessoas. Eis o ataque da Constituição Dirigente Invertida ao SUS e à ABS, que repercute, ainda mais gravosamente, naqueles que somente podem contar com o Estado para a garantia e proteção de seus direitos fundamentais à vida digna e à saúde.

⁷ Dentre os desdobramentos da Teoria da Constituição Dirigente, adota-se, aqui, a TCDAPMD.

Enfim, é impossível falar em defesa do Constitucionalismo Dirigente e dos direitos da pessoa idosa de maneira dissociada da do SUS e, em especial, da ABS. O direito fundamental ao acesso à saúde e às condições básicas de sua proteção e promoção são amalgamados ao direito à vida e à dignidade da pessoa humana, e não houve, há ou haverá Constituição Dirigente que não tenha nestes valores seus elementos de fundação. Urge a luta jurídica e política contra quaisquer medidas anticonstitucionais que busquem o perecimento do ideário da CRFB/88, do SUS, da ABS e, principalmente, a depauperação dos direitos e garantias da pessoa humana (em especial da das idosas) pelas vias do subfinanciamento e da austeridade, fazendo com estes se imolem no altar da economia com vistas a atender os beneficiados pelos interesses dos mercados.

REFERÊNCIAS

- Aguiar, R. S.; Silva, H. S. (2022) Qualidade da atenção à saúde do idoso atenção primária: uma revisão integrativa. *Enfermería Global*, 65, 561-575.
- Araújo, M. A. S.; Brito, C.; Barbosa, M. A. (2008) Atenção básica à saúde do idoso no Brasil: limitações e desafios. *Revista Geriatria & Gerontologia*, 3(2), 122-125.
- Barreto, M. S.; Carreira, L.; Marcon, S. S. (2015) Envelhecimento populacional e doenças crônicas: reflexões sobre os desafios para o sistema de saúde pública. *Revista Kairós Gerontologia*, 18(1), 325-339.
- Bercovici, G.; Massonetto, L. F. (2006) A constituição dirigente invertida: a blindagem da Constituição Financeira e a agonia da Constituição Económica. *Boletim de Ciências Econômicas*, v. XLIX, 57-77.
- Bodstein, R. (2002). Atenção básica na agenda da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(3), 401-412.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.*
- Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.539, de 26 de setembro de 2019.*
- Canotilho, J. J. G.(1994) *Constituição dirigente e vinculação do legislador: contributo para a compreensão das normas constitucionais programáticas*. Coimbra: Coimbra Editora Limitada.
- Canotilho, J. J. G.(2001). *Constituição dirigente e vinculação do legislador: contributo para a compreensão das normas constitucionais programáticas*. 2ª ed. Coimbra: Coimbra Editora Limitada.
- Carmo, A. D. N.; Silva, S. L. A.; Campos, E. M. S. (2023). Análise temporal de indicadores da estratégia saúde da família sob o olhar da política nacional da atenção básica. *Cadernos de Saúde Pública*, 38(9), 1-16.
- Cassi, G. H.; Gonçalves, O. O. (2020). Emenda Constitucional 95/2016: propósito e consequências do Novo Regime Fiscal. *Nomos: Revista do Programa de Pós-Graduação em Direito da UFC*. 40(1), 35-57.

- Ciosak, S. I., *et al.* (2011). Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(2), 1763-1768.
- Giovanella, L. (2018). Atenção básica ou atenção primária à saúde? *Cadernos de Saúde Pública*, 34(8) 1-5.
- Gomes, J. W. F., *et al.* (2020). Efeitos fiscais e macroeconômicos da emenda constitucional do teto dos gastos (nº 95/2016). *Revista Nova Economia*, 30(3). 893-920.
- Hesse, K. (1991). *A força normativa da constituição*. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 1991.
- Kanashiro, F. G.; Trevisam, E. (2024) A efetivação dos direitos humanos sociais em face de uma constituição dirigente invertida. *Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales*, 17(4) 1-17.
- Labegalini, C. M. G., *et al.* (2023). Conceito e práticas de saúde para o envelhecimento ativo na atenção primária à saúde. *Enfermagem Brasil*, 22(4) 409-422.
- Lima, A. B. A., *et al.* (2024). Ações da atenção primária à saúde ao idoso durante a pandemia da Covid-19: uma revisão narrativa. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos* 7(14) 1-12.
- Machado Segundo, H. B. (2017). Emenda Constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos. *Revista Controle*. 15(2) 22-40.
- Mariano, C. M. (2017). Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. *Revista de Investigações Constitucionais*. 4(1). 259-281.
- Mattioni, F. C., *et al.* (2022). Práticas de promoção da saúde como resistência e contraconduta à governamentalidade neoliberal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(8), 3274-3281.
- Martello, Cesar. *G1*. (2024). Saúde e educação podem perder R\$ 500 bilhões em nove anos com eventual mudança sobre o piso, mostra tesouro nacional. Brasília, 28 mar. 2024.
- Moreira, Luiz (2017). *A constituição como simulacro*. São Paulo: Editora Contracorrente.
- Moreira, N. C. (2008). Constitucionalismo dirigente no Brasil: em busca das promessas descumpridas. *Revista de Direitos e Garantias Fundamentais*, 3, 87-128.
- Moreira, N. C. (2010). Por que ainda devemos falar de Constitucionalismo dirigente no Brasil? *Revista da Procuradoria Geral do Estado do Espírito Santo*, 9(9), p. 271-306,
- Moreira, N. C. . *Fundamentos de uma teoria da constituição dirigente*. São José: Editora Conceito, 2010-b. 241 p.
- Neves, M. (1996). Constitucionalização simbólica e desconstitucionalização fática: mudança simbólica da Constituição e permanência das estruturas reais de poder. *Revista de Informação Legislativa*, 33(132), 321-330.
- Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). (2024). *Atenção Primária à Saúde*.

Pettigrew, L. M., *et al.* (2015) Primary health care and the Sustainable Development Goals. *The Lancet*, v. 386(10009), 2119-2121.

Pinheiro, P. V. L., Glaucia P. (2022). Previne Brasil: modelo de financiamento da atenção básica e os desafios para a gestão pública. Em: JORGE, M. S. B. *et al* (Eds.): *Os labirintos da gestão, práticas, modelos de protocolo e financiamento em saúde* (Cap. 2, pp. 29-41). Campina Grande: Editora Ampla, 2022.

Placideli, N; Castanheira, E. R. L. (2017) Atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento em uma rede de serviços de atenção primária. *Revista Kairós Gerontologia*, 20(2), 247-269.

Salvador, E. (2024). O arcabouço fiscal e as implicações no financiamento das políticas sociais. *Argumentum*. 16(1), 6-19.

Santos, R. T. (2020). O neoliberalismo como linguagem política da pandemia: a Saúde Coletiva e a resposta aos impactos sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 30(2) 1-9.

Tavares, F. M. M.; Silva, J. L. P. (2021) Neoliberalismo como autoritarismo no Brasil contemporâneo: declínio democrático e perecimento constitucional em nome do mercado, da ordem e da família. *Boletim Goiano de Geografia*, 41(1), 1-31.

Verdú, P. L. (1998). *Teoría de la constitución como ciencia cultural*. 2ª ed. Madrid: Editorial Dykinson, 1998.

Vieira, R. S.; Vieira, R. S. (2016). Saúde do idoso e execução da política nacional da pessoa idosa nas ações realizadas na atenção básica à saúde. *Revista de Direito Sanitário*, 17(1), 14-37.

Internações hospitalares relacionadas às doenças de veiculação hídrica na população residente na Bacia Hidrográfica do Bacanga em São Luís – MA

Hospital admissions related to water breaking diseases in the population residing in the Bacanga Water Basin in São Luís – MA

Milena Oliveira Jorge Pereira

RESUMO

No Brasil, o saneamento básico constitui um problema de saúde pública corroborando na prevenção de inúmeros agravos e preservação ambiental. Uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável é alcançar, até 2030, o acesso universal e equitativo à água potável, segura e acessível para todos. Observa-se na bacia hidrográfica do Bacanga as intervenções humanas sobre o ambiente influenciando no nível de saúde da população residente na região. A relação ambiente, saneamento básico e doenças de veiculação hídrica, possibilita identificar vulnerabilidades da população a contrair doenças. Busca-se relacionar saúde, ambiente e o enfrentamento pela população residente. Como hipótese, as intervenções antrópicas têm atuado diretamente na qualidade ambiental, e a poluição interfere diretamente na saúde desta população. O objetivo geral foi analisar os riscos ambientais e os seus impactos na saúde da população residente na região. Trata-se de um estudo ecológico, de abordagem sistêmica, pesquisa observacional e descritiva. A população do estudo é pautada em dados secundários de acesso e domínio público, extraídos do Sistema de Informações Hospitalares dispensando aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa e cujos critérios de inclusão foram registros de internações hospitalares, com diagnóstico principal de diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível, código de endereçamento postal dentro dos limites da bacia, entre 2020 a 2022. Constatou-se, uma heterogeneidade

Saúde Coletiva: conceitos, práticas e determinantes em saúde

DOI: 10.47573/aya.5379.2.352.6



na distribuição dos agravos na região, quando avaliado a temporalidade e diversos pontos com localização limítrofe a territórios de municípios circunvizinhos.

Palavras-chave: doenças transmitidas pela água; análise espacial; vulnerabilidade em saúde.

ABSTRACT

In Brazil, basic sanitation constitutes a public health problem, contributing to the prevention of numerous diseases and environmental preservation. One of the goals of the Sustainable Development Goals is to achieve, by 2030, universal and equitable access to safe and affordable drinking water for all. Human interventions on the environment can be observed in the Bacanga river basin, influencing the level of health of the population residing in the region. The relationship between the environment, basic sanitation and waterborne diseases makes it possible to identify the population's vulnerabilities to contracting diseases. The aim is to relate health, environment and coping by the resident population. As a hypothesis, human interventions have acted directly on environmental quality, and pollution directly interferes with the health of this population. The general objective was to analyze environmental risks and their impacts on the health of the population residing in the region. This is an ecological study, with a systemic approach, observational and descriptive research. The study population is based on secondary access and public domain data, extracted from the Hospital Information System, requiring approval by the Research Ethics Committee, and whose inclusion criteria were records of hospital admissions, with the main diagnosis of diarrhea and gastroenteritis of infectious origin. presumptive postal code within the limits of the basin, between 2020 and 2022. A heterogeneity in the distribution of diseases in the region was found, when evaluating the temporality and several points with a location bordering the territories of surrounding municipalities.

Keywords: waterborne diseases; spatial analysis; vulnerability in health.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Lei de Diretrizes Nacionais para o Saneamento Básico (LDNSB), lei nº 11445/07, o saneamento é definido como o conjunto de serviços, infraestruturas e instalações operacionais de: I. abastecimento de água potável; II. esgotamento sanitário; III. limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos; e IV. drenagem e manejo das águas pluviais urbanas.

Cabe destacar que a referida lei estabelece a elaboração de uma Política Federal de Saneamento Básico, atualmente denominada Plano Nacional de Saneamento (PLANSAB), que estabelece, dentre outras coisas, os procedimentos detalhados quanto à execução e às metas de curto, médio e longo prazo para o avanço do serviço de saneamento no Brasil para os vinte anos subsequentes (2014-2033).

O saneamento básico no Brasil é um problema de saúde pública, sendo sua implementação peça fundamental na prevenção de inúmeras doenças e na preservação

do meio ambiente. Segundo Siqueira *et al.* (2017), a ausência de um sistema adequado de saneamento gera diversos aspectos negativos para a sociedade.

Segundo com Heller (1998), as ações de limpeza pública quando associadas à coleta de resíduos sólidos, drenagem pluvial e o controle de vetores de doenças transmissíveis também constituem ações de saneamento predominantes no Brasil.

De acordo com o Diagnóstico Temático Geral divulgado pelo Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS), no ano de 2022, 99,3% da população teve acesso ao abastecimento de água no Brasil, ou seja 201,7 milhões de brasileiros, apenas 171 milhões tiveram acesso a água no país. No Nordeste, o índice de atendimento total de água foi de 76,9%, o correspondente a 41,3 milhões de pessoas. No Maranhão apenas 59,5% da população foi atendida com o abastecimento de água (Brasil, 2023).

Em se tratando de saneamento básico, em 2022, no Maranhão apenas 13,3% da população foi atendida com rede de esgoto e 75,2% foi atendido com cobertura de coleta domiciliar de resíduos sólidos (Brasil, 2023).

Conforme dados da 14ª edição do Ranking do Saneamento, publicados pelo Instituto Trata Brasil, em março do ano de dois mil e vinte e dois, no município de São Luís o abastecimento de água atendeu 85,3% da população, o atendimento com rede de esgoto atendeu apenas 49,78% e 20,78% de esgoto tratado referido à água consumida pela população (Brasil, 2022).

Teixeira *et al.* (2014) buscam analisar o impacto da ineficácia do saneamento básico para a saúde da população brasileira utilizando dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Para tanto, a presente pesquisa buscou verificar o cenário de doenças de veiculação hídrica, com recorte para o diagnóstico de diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível, na bacia hidrográfica do Bacanga, no município de São Luís - MA, no período de 2020 a 2022, além de enfatizar a necessidade de fortalecimento das ações de conscientização aos profissionais de saúde sobre o correto preenchimento dos dados do paciente em sistema de informações nacionais voltada a estes agravos.

MÉTODO

Delineamento da Pesquisa

Através de uma abordagem quantitativa em nível de análise demográfica, a pesquisa se fundamentou por um estudo epidemiológico, ecológico, aliado a uma investigação que utiliza a pesquisa observacional em sistemas de informações em saúde e a pesquisa descritiva.

Uso de métodos quantitativos, atrelados a bases de dados secundários – do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (malhas territoriais).

Primeiramente foi realizada uma busca em banco de dados do SUS, disponibilizado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no Sistema de Informações Hospitalares (SIH). Em se tratando da área de estudo ser uma bacia hidrográfica, a busca teve como foco o diagnóstico principal das doenças de veiculação hídrica, a diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível (A09) e no Estado do Maranhão, posteriormente refinada para o município em que está localizada a referida bacia hidrográfica.

Em seguida foi criado um banco de dados no programa Excel contendo os registros descritos anteriormente, separados mensalmente e anualmente ao período a que se refere a pesquisa.

Utilizando a ferramenta Google Planilhas e lançando mão da extensão ezGeocode, realizamos a confirmação de validade dos códigos de endereçamentos postais.

Posteriormente, por meio do programa Google Earth Pro georreferenciamos os códigos de endereçamentos postais válidos em coordenadas geográficas (latitude e longitude) na extensão kml, importamos os arquivos kml no programa QGIS versão 3.34 e transformamos em um shapefile.

Lançando mão do shapefile da bacia hidrográfica do Bacanga disponibilizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em seu sítio eletrônico, adicionamos em camada o shapefile com os códigos de endereçamento postais válidos. Dessa forma foi possível localizar espacialmente os registros de diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível dentro dos limites da bacia hidrográfica.

População da Pesquisa

Dados secundários de acesso e domínio público, extraídos do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Critérios de Inclusão

Todos os registros de internações hospitalares contidos no Sistema de Informações Hospitalares (SIH), independente de faixa etária, com o diagnóstico principal A09 (Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível), baseado na 10ª revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), que possuem Código de Endereçamento Postal (CEP) dentro dos limites da bacia hidrográfica do Bacanga, no período de 2020 a 2022.

Critérios de Exclusão

Registros que não possuem informações claras do Código de Endereçamento Postal (CEP) e com localização fora dos limites da bacia hidrográfica do Bacanga.

Aspectos Éticos

Por utilizar dados secundários de acesso público e sem possibilidade de identificação individual, o presente estudo dispensou aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme previsto na resolução nº 510, de 07 de abril de 2016.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com as informações de internações hospitalares contidas no Sistema de Internações Hospitalares (SIH) do Sistema Único de Saúde (SUS), disponibilizadas pelo Departamento de Informática do Sistema de Único de Saúde (DATASUS), com diagnóstico de diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível (A09), o município de São Luís registrou no período de 2020 a 2022 um total de duzentas e sessenta e nove notificações (tabela 1). No ano de 2020 totalizaram noventa e quatro casos de internações, enquanto que no ano subsequente esse número foi reduzido a sessenta e um, e no ano de 2022, houve uma elevação no número de casos alcançando um total de cento e quatorze casos notificados.

Tabela 1 - Síntese dos casos de Internações Hospitalares com diagnóstico de diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível (A09) no período de 2020 a 2022 notificados no Sistema de Informações Hospitalares.

Casos de internações hospitalares com diagnóstico de diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível (A09) notificados no Sistema de Informações Hospitalares (SIH)

CRITÉRIOS	ANOS		
	2020	2021	2022
VÁLIDAS	67	40	90
CEP INVÁLIDO	27	21	24
TOTAL	94	61	114

Fonte: Autoral, 2023.

A utilização de ferramenta ezGeocode, para validação dos códigos de endereços postais (CEP) nos permitiu excluir setenta e dois registros de internações hospitalares da análise, devido inconsistência nesse dado.

Dado esse, bastante preocupante, haja vista a existência da Portaria nº 1570/GM/MS, de 29 de setembro de 2015, que em seu artigo 3º, inciso III, qualifica a competência do estabelecimento de saúde em efetuar o correto preenchimento dos dados do paciente no SIH/SUS e/ou no Sistema de Informações Ambulatoriais de Saúde (SIA/SUS).

Atualmente existe uma grande preocupação no que tange ao correto preenchimento dos dados do paciente nos sistemas de informações. Inúmeras secretarias municipais de saúde têm produzido cartilhas educativas e promovido treinamentos sobre esse assunto aos profissionais de saúde.

Os registros de internações hospitalares no município de São Luís com diagnóstico de diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível (A09) no período de 2020 a 2022, com código de endereçamento postal válido, perfazem o total de cento e noventa e sete.

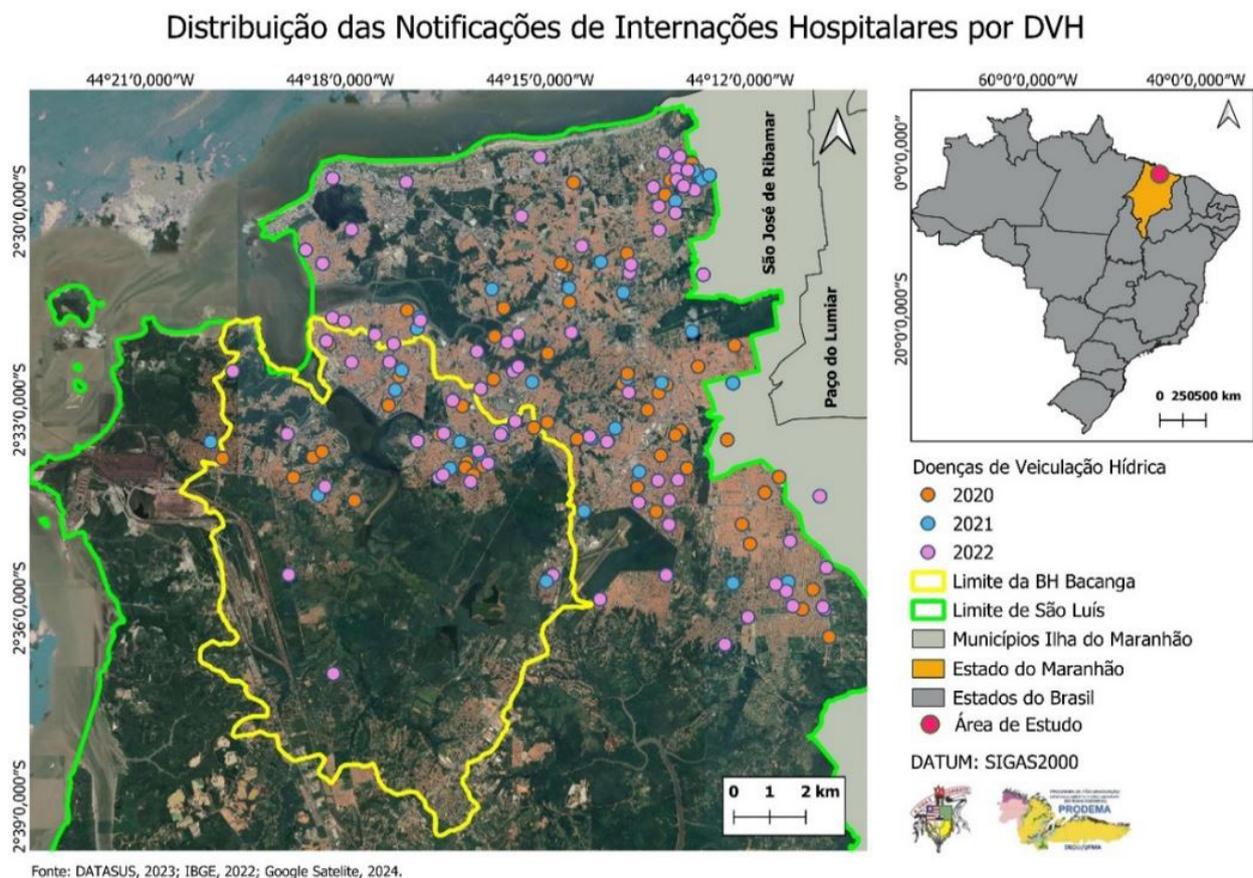
Em 2021, o número de internações hospitalares pode ter sido reduzido devido as políticas públicas de saúde estarem mais restritas, ou até mesmo o isolamento social devido a pandemia da covid-19 ter influenciado, interferindo no acesso aos serviços de saúde ou limitando o monitoramento dos casos.

A espacialização dos registros das notificações de internações hospitalares por Doença de Veiculação Hídrica – DVH permitiu identificar a distribuição, por conseguinte a concentração dos agravos dentro dos limites da bacia hidrográfica do Bacanga e ainda majoritariamente no perímetro urbano do município de São Luís – MA, além de avançar para além de seus limites (Figura 1).

Observa-se diversos pontos com localização limítrofe a territórios de municípios circunvizinhos. Dessa forma vislumbramos um desafio a ser enfrentado, haja visto que nos sistemas de informações oficiais do SUS, esses agravos são notificados em um município, no caso em estudo no município de São Luís – MA, e territorialmente pertencerem a municípios limítrofes.

Verifica-se ainda, uma heterogeneidade na distribuição dos agravos, quando avaliado a temporalidade. Em 2022, a distribuição dos casos de DVH teve uma maior amplitude, sendo identificados casos em áreas (bairros) não identificados nos anos anteriores.

Figura 1 - Distribuição das Notificações de Internações Hospitalares por DVH.



Fonte: Autorial, 2024.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, de acordo com os resultados obtidos, a diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível configuram um importante problema de saúde pública na região da bacia hidrográfica do Bacanga, no município de São Luís - MA, demonstrado por meio do quantitativo de notificações no sistema de internações hospitalares e da estreita correlação com saneamento básico. Esses dados indicam que além de apresentar alta morbidade na capital maranhense, a diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível está em crescimento no período estudado.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Lei nº 11.445, de 5 de janeiro de 2007. **Estabelece diretrizes nacionais para o saneamento básico e dá outras providências**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2007.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Regional. **Ranking do Saneamento**. Instituto Trata Brasil, 14ed., 2022.
- BRASIL. Ministério das Cidades. **Diagnóstico Temático Serviços de Água e Esgoto: Visão Geral ano de referência 2022**. Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento – SNIS, Brasília, DF: 2023.
- HELLER, L. **Relação entre saúde e saneamento na perspectiva do desenvolvimento**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 3, n. 2, p. 73-84, 1998.
- SIQUEIRA, M.S.; ROSA, R.S.; BORDIN, R.; NUGEM, R. C. **Internações por doenças relacionadas ao saneamento ambiental inadequado na rede pública de saúde da região metropolitana de Porto Alegre**. Rio Grande do Sul, 2010 - 2014. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 26, n. 4, p. 795- 806, 2017.
- TEIXEIRA, J.C., OLIVEIRA, G.S., VIALI, A.M., MUNIZ, S.S.; **Estudo do impacto das deficiências de saneamento básico sobre a saúde pública no Brasil no período de 2001 a 2009**. Eng. sanit. Ambient. v. 19, n. 1, p. 87-96, 2014.

Identificação e tratamento da hemopatia maligna leucemia: uma revisão integrativa

Lucas Roberto Castro de Lima

Pós Graduado em Farmácia Clínica. Centro de Atenção Psicossocial

Juliana Cristine Nascimento da Silva

Graduanda em Psicologia. Faculdade Estácio do Pará – FAP

Karinne Moreira Silva Bentes

Graduanda em Enfermagem. Faculdade Estácio do Pará – FAP

Gabriel Castro de Lima

Graduando em Ciências Biológicas. Universidade Federal do Pará

Gabriel Queiroz Araújo

Graduando em Enfermagem. Faculdade Estácio do Pará – FAP

RESUMO

A Leucemia, assim como as outras hemopatias não citadas, possuem semelhanças, porque são doenças que envolvem células imaturas e proliferação anormal. No entanto, acabam tendo pequenas diferenças, seja por sua morfologia, marcador específico ou até percentual de expressão gênica, que as fazem serem “únicas”. Tais diferenças levam a separação tanto na definição quanto no local de ataque, danos e etc. O objetivo do trabalho, é identificar, diferenciar e classificar a Leucemia, através dos seus principais marcadores e suas morfologias, como também os principais medicamentos utilizados, de forma específica ou não, para o tratamento da neoplasia. As buscas foram realizadas em quatro bases de dados bibliográficas: SciELO, Google Acadêmico, LILACS e PUBMED, onde foram selecionados artigos e materiais relacionados com o tema, publicados entre 2000 a 2022, escritos em inglês, português ou espanhol. Ao longo do trabalho foi possível demonstrar que as hemopatia maligna Leucemia, possui características diferentes, nos seus marcadores antigênicos, sinais e sintomas, morfologia celular, terapia e etc.

Palavras-chave: neoplasia; câncer; leucemia; classificação; identificação; marcadores; tratamento.

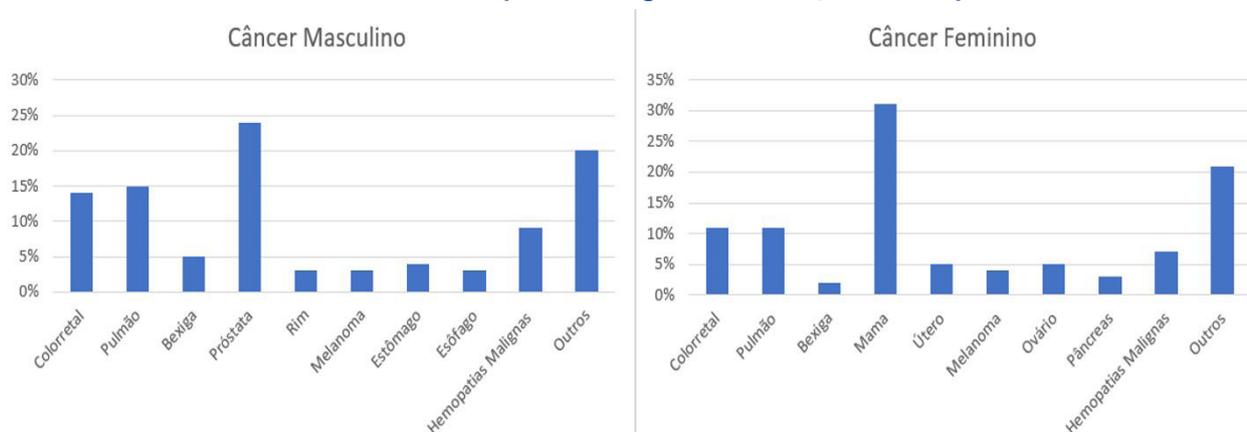
INTRODUÇÃO

A denominação neoplasia indica um crescimento e proliferação anormal das células, sendo assim chamado de “tumor”. Pode ser benigno, possuindo tumores semelhantes às células do tecido em que está e sem a capacidade de invadir outros órgãos do corpo, ou maligno, possuindo tumores com estruturas totalmente diferentes e anormais dos tecidos



em que se encontram, além disso, tendo o poder de invadir outros órgãos e tecidos do corpo, fenômeno este chamado de “metástase” (Fraile, 2021). O câncer é enquadrado em neoplasia maligna e tem seu nome usado hoje em dia de maneira geral para identificar um conjunto de mais de 100 doenças, sendo detectada a mais de 3 mil anos a.C. no Egito Antigo e até mesmo sendo descrita por Hipócrates, o pai da Medicina, como *karkínos*, que significa caranguejo, que descrevia um tumor grande e visíveis a olho nu com vasos sanguíneos inchados, lembrando-o de um caranguejo escondido na areia com suas patas para fora (INCA, 2011; Reis, 2020). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o câncer é a segunda doença que mais mata no mundo, sendo a grande maioria dos casos em países pobres ou com renda moderada, tendo uma complexidade tanto heterogênea quanto biológica, o que acaba dificultando a sua compreensão, controle e cura (FIOCRUZ, 2020). O surgimento do câncer, na esmagadora maioria dos casos, vem mais de fatores externos do que fatores genéticos herdados, podendo ter seu aparecimento causado por um vírus, fármaco, radiação, etc., ou seja, o meio o qual se expõem e o estilo de vida do indivíduo, aumentam ainda mais os riscos dessa manifestação (INCA, 2022). A maioria dos tumores malignos tanto em homens quanto em mulheres, são de tecidos epiteliais, pois revestem a superfície de órgãos e cavidades, já as neoplasias malignas sanguíneas, representam apenas uma pequena parte dos casos registrados (Gráfico 1), sendo esse pequeno percentual dividido entre Leucemia, Mieloma e Linfoma, sendo essas três as principais hemopatias, por serem mais prevalentes que as outras (Hoffbrand, Moss, 2015).

Gráfico 1 - Percentual das Hemopatias Malignas em Relação às Neoplasias em Geral.



Fonte: Hoffbrand, Moss, 2015.

As hemopatias, para se ter um entendimento de todas as suas semelhanças e diferenças, é preciso primeiro compreender a medula óssea, que até então era apenas feita através da citologia. Contudo, atualmente começou-se a utilizar a histologia em conjunto, o que acabou fornecendo uma ampla visão tanto do lado estrutural do tecido hematopoiético quanto das características e quantificação celular, o que permitiu o desenvolvimento de novos métodos de identificação e terapias, necessitando cada vez mais de tecnologias que tornem esses processos ainda mais específicos (Lorand-Metze, 2009). Cada um dos três tumores malignos sanguíneos, assim como os não citados, possui semelhanças, porque são doenças que envolvem células imaturas e proliferação anormal. No entanto, acabam tendo pequenas diferenças, seja por sua morfologia, marcador específico ou até percentual de expressão gênica, que as fazem serem “únicas”. Tais diferenças das hemopatias levam a separação tanto de definição quanto de local de ataque, danos e etc.

Além disso, existem as diferenças entre si, ou seja, dentro de uma doença pode haver diferença entre a morfologia celular, seus marcadores e tudo que as engloba, o que acaba gerando as subclassificações ou subtipos, que auxiliam na identificação mais precisa das mesmas. Por conseguinte, a escolha de uma melhor terapia para o paciente, sendo ela farmacológica, não farmacológica, radiológica e etc. A leucemia, uma forma de câncer, afeta o sistema imunológico ao atingir os leucócitos na corrente sanguínea e na medula óssea. Isso resulta no acúmulo de células imaturas. Existem diferentes variações de leucemia, diferenciadas pelo tipo específico de células afetadas, pela taxa de progressão da doença e pela presença de anomalias cromossômicas (Castanhola, Piccinin, 2021).

OBJETIVO

Identificar, diferenciar e classificar as Leucemias através dos seus principais marcadores e suas morfologias, como também os principais medicamentos utilizados, de forma específica ou não, para os tratamentos da neoplasia.

METODOLOGIA

As buscas foram realizadas em quatro bases de dados bibliográficas: SciELO, Google Acadêmico, LILACS e PUBMED. Foram selecionadas referências publicadas entre 2000 a 2022, escritas em inglês, português ou espanhol. Os descritores utilizados foram: Neoplasia, Câncer, Leucemia, Classificação, Identificação, Marcadores, Tratamento. Com essa estratégia, houve acesso a um número maior de referências, totalizando 58 referências, sendo artigos e conteúdos relacionados sobre o presente tema, garantindo a detecção dos trabalhos publicados dentro dos critérios pré-estabelecidos.

LEUCEMIA

A leucemia é uma doença maligna onde as células sanguíneas imaturas substituem as células sanguíneas normais, sendo assim, caracterizada pelo acúmulo dessas células doentes na medula óssea, e geralmente, de origem desconhecida. A medula óssea é o local onde são encontradas as células que dão origem aos leucócitos (glóbulos brancos), eritrócitos (glóbulos vermelhos) e às plaquetas. Existem mais de 12 tipos de leucemia, sendo que os quatro primários são Leucemia Mieloide Aguda (LMA), Leucemia Mieloide Crônica (LMC), Leucemia Linfocítica Aguda (LLA) e Leucemia Linfocítica Crônica (CLL) (INCA, 2022). As leucemias agudas são caracterizadas pelo crescimento acentuado das células sanguíneas jovens enquanto as crônicas são caracterizadas pelo crescimento mais lento dessas células. Sendo a mielóide o comprometimento da linhagem mielóide e a linfóide o comprometimento da linhagem linfóide (*American Cancer Society*, 2018). A sua epidemiologia determina a LMA e a LMC as mais incidentes e prevalentes das leucemias, onde os casos registrados se acomete mais pessoas adultas do sexo masculino comparados ao sexo feminino, afetando mais pessoas brancas em relação a pessoas negras. Porém possui particularidades, por exemplo: A LMA 80% dos casos registrados são em adultos; A LLA ocorre mais na infância, e corresponde a 80% das leucemias agudas nessa faixa etária

de idade; A LMC ocorre em todas as idades, porém acomete mais e com mais intensidade na fase adulta e representa 25% de todos os casos de leucemias registradas; A LLC acomete mais idosos a partir dos 60 anos, sendo o sexo masculino o mais afetado, tendo o dobro de casos registrados em comparação com o sexo feminino (Félix, 2019; Nardin *et al.*, 2020; Salvaro *et al.*, 2021).

LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA (LMA):

A LMA, por conseguir atingir grande parte das células da medula óssea de maneira rápida, pode acabar apresentando características morfológicas e antígenos (marcadores de superfície) semelhantes, porém, ainda é possível distingui-las, de modo a conseguir diferenciá-las e classificá-las. Atualmente há duas classificações que são usadas, uma feita pelo grupo Franco-Americano-Britânico (FAB), classificando-as desde o subtipo LMA-M0 até o LMA-M7. Enquanto a outra foi feita pela Organização Mundial da Saúde (OMS), se baseando no prognóstico do paciente (American Cancer Society, 2018). O FAB, classificou os subtipos de LMA, com base na morfologia das células e nos marcadores de superfície, da seguinte maneira (tabela 1) (Santos, Cordeiro, 2021). Os subtipos M0 até M5 são formas imaturas dos leucócitos. O subtipo M6 é a forma imatura dos eritrócitos, enquanto o M7 é a forma imatura dos megacariócitos, que são células geradoras de plaquetas (American Cancer Society, 2018). Já a OMS as classificou utilizando imunofenotipagem e a genética de modo mais refinado que o FAB, sendo capaz de identificar mais adequadamente grupos de pior prognóstico (tabela 2) (Bortolheiro, 2006).

Tabela 1 - Classificação Franco-Americano-Britânico de Leucemia Mieloide Aguda.

FAB	Nome
M0	Leucemia Mieloblástica Aguda Indiferenciada
M1	Leucemia Mieloblástica Aguda com Maturação Mínima
M2	Leucemia Mieloblástica Aguda Com Maturação
M3	Leucemia Promielocítica Aguda
M4	Leucemia Mielomonocítica Aguda
M5	Leucemia Monocítica Aguda
M6	Leucemia Eritróide Aguda
M7	Leucemia Megacarioblástica Aguda

Fonte: Santos, Cordeiro, 2021.

Tabela 2 - Classificação da Organização Mundial da Saúde de Leucemia Mieloide Aguda.

LMA com Anomalias Genéticas Recorrentes	Translocação entre os cromossomos 8 e 21 [t(8;21)]; Translocação entre os cromossomos 9 e 11 [t(9;11)]; Translocação entre os cromossomos 6 e 9 [t(6;9)]; Translocação dos cromossomos 1 e 22 [t(1;22)]; Translocação ou inversão do cromossomo 3 [t(3;3) ou inv(16)]; Translocação ou inversão no cromossomo 16 [t(16;16) ou inv(16)]; Gene de fusão PML-RARA; Gene de fusão BCR-ABL; Gene NPM1 mutado; Mutações bialélicas do gene CEBPA; Gene RUNX1 mutado.
LMA com Alterações Relacionadas à Mielodisplasia (LMA-ARM)	-
LMA Relacionada à Terapia (t-LMA)	-
LMA Não Especificada de Outra Forma (NOS)	LMA com diferenciação mínima (M0); LMA sem maturação (M1); LMA com maturação (M2); Leucemia mielomonocítica aguda (M4); Leucemia monoblástica/monocítica aguda (M5); Leucemia eritróide pura (M6); Leucemia megacarioblástica aguda (M7); Leucemia basofílica aguda; Panmielose aguda com fibrose.
Sarcoma Mieloide	-
Proliferações Mieloides Relacionadas à Síndrome de Down	-
Neoplasia das Células Dendríticas Plasmocitóides Blásticas	-

Fonte: American Cancer Society, 2018.

Além dos critérios morfológicos, que ainda são os mais utilizados, atualmente, também se faz uso da citogenética, imunofenotipagem e genética molecular. O uso em conjunto dessas técnicas torna o diagnóstico mais preciso, identificando e diferenciando o tipo celular, que irá ser determinante na escolha da terapia e o seu prognóstico (Santos *et al.*, 2019). Os marcadores de superfície utilizados pela imunofenotipagem podem indicar diretamente o diagnóstico dos subtipos M0 e M7, onde a positividade de um ou mais antígenos da linhagem mieloide (CD33; CD13; CD11b) confirmam a M0. Enquanto na M7, estão presentes em muitas das vezes, também, marcadores da linhagem mielóide (CD13 e CD33), porém, os que irão diagnosticá-la, são as positivities dos marcadores da linhagem megacariocítica (CD41; CD42; CD61) e em alguns casos podem ser HLA-DR negativo (Santos, Cordeiro, 2021). Na identificação dos demais, a imunofenotipagem não atua mais como método diagnóstico, sendo usada somente como método auxiliar de identificação dos antígenos mais prevalentes dos outros subtipos (Tabela 3). Na M1 se tem a presença de pelos três antígenos (CD4; CD7; CD11b; CD13; CD33; CD34; HLA-DR). Na M2 há presença dos antígenos CD33 e CD34 associados a antígenos da linhagem linfóide (CD19) ou da linhagem das células natural killer (NK) (CD56). Na M3 se tem a positividade de marcadores mielóides (CD13; CD33) com blastos com grande autofluorescência, e antígenos CD34, HLA-DR e CD14 negativos. Na M4 há positividade de antígenos mieloides (CD13; CD33), antígenos da linhagem monocítica (CD14; CD15; CD11b) e uma expressão anormal do marcador linfóide (CD2). A M5 possui características antigênicas semelhantes a M0, contudo, a população blástica é maior em tamanho e grânulos se comparada a M0. A M6, sendo a forma imatura dos eritróides, tem como positivo o antígeno CD71 e

Glicoforina (GPA), que é uma sialoglicoproteína presente na membrana dos eritrócitos, e expressão negativa, geralmente, de CD45 (Martins, Falcão, 2000). Porém, mesmo com essas identificações antigênicas, a contagem de blastos presentes e a estrutura morfológica celular ainda ajudam profundamente para o desfecho diagnóstico. Desse modo, é correto afirmar que a imunofenotipagem, fazendo uma análise de maneira individual, não determina o diagnóstico de todas as leucemias, mas é uma técnica excelente no traçado dos marcadores presentes na superfície das células tanto na M0 quanto na M7 (Santos, Cordeiro, 2021).

Tabela 3 - Marcadores Antigênicos Mais Prevalentes.

Subtipo	Antígenos Prevalentes
M0	+CD13; +CD33; +CD11b
M1	-
M2	+CD19 ou +CD56; +CD33; +CD34
M3	+CD13; +CD33; -CD34; -HLA-DR; -CD14
M4	+CD13; +CD33; +CD14; +CD15; +CD11b
M5	-
M6	+CD71; +GPA; -CD45
M7	+CD13; +CD33; CD41, CD42 ou CD61+

Fonte: Santos, Cordeiro, 2021.

Além da técnica de imunofenotipagem para indicar a origem mieloide, se tem outros exames e colorações que são utilizadas para essa identificação, levando a um diagnóstico e prognóstico. Fosfatase alcalina, que se limita a linhagem neutrofílica, se baseando na coloração, e caso haja coloração (teste positivo), há presença da enzima, sendo indicativo de LMA. Mieloperoxidase (MPO), teste citotóxico para a enzima presente em células precursoras dos neutrófilos, caracterizando células jovens, sendo indicativo de LMC. Análise citogenética, onde é feita a extração dos cromossomos da medula óssea, assim observando se há alterações (inserção, mutação ou deleção). Biologia molecular, identifica através de PCR e hibridização *in situ* as alterações (inseridas ou deletadas) dos nucleotídeos no DNA. E por fim o mielograma, que faz uma análise morfológica de esfregaço (Moraes, Martins, 2017).

LEUCEMIA MIELOIDE CRÔNICA (LMC)

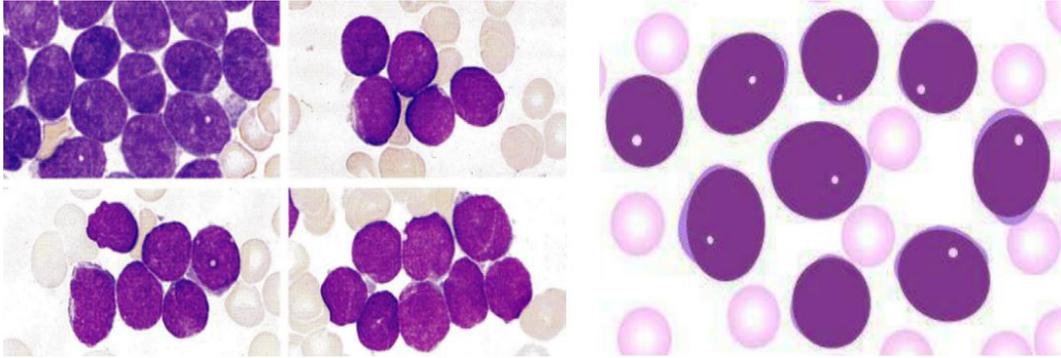
A LMC, possui três fases consecutivas: fase crônica, acelerada e a crise blástica (fase blástica ou agudização). A crônica, das três fases, é a mais branda, pois o paciente se mantém clinicamente e laboratorialmente estável por 3 a 5 anos. A acelerada, dura em média 1 ano e é caracterizada por achados como aumento de blastos (>15%), basofilia (>20%) e plaquetopenia. E por fim, a fase blástica, que é a mais fatal e de difícil controle ao tratamento, tendo como característica $\geq 30\%$ de blastos e podendo ter infiltração leucêmica extramedular, ou seja, infiltração em outros tecidos (pele, linfonodos e SNC) (Hamerschlak, 2017; Reinato, Martini, 2019). A LMC é identificada através da detecção do cromossomo Filadélfia (Ph ou 22q-) nas células, sendo o mesmo o mais encontrado nas células leucêmicas em grande parte dos portadores da doença. De acordo com a Associação

Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, esse cromossomo é o resultado da translocação dos cromossomos 9 e 22 t(9;22). Essa translocação faz com que o cromossomo 22 seja menor que o normal, pois durante a divisão celular, parte do cromossomo 9 vai para o 22 e parte do 22 vai para o 9 (American Cancer Society, 2018). Essa translocação, gera uma oncogênese, ou seja, há a formação de um novo gene, que seria o cromossomo Ph. Este cromossomo induz a produção de uma proteína enzimática com função anormal da tirosina quinase, chamada de BCR-ABL. Normalmente, a tirosina quinase regula quase todas as funções celulares do corpo, indo desde o ciclo celular até a morte da célula, porém, na LMC, o BCR-ABL ativa a tirosina quinase de modo anormal, levando a ocorrências da doença (Souza *et al.*, 2012). A identificação do cromossomo Ph é feita a partir da coloração por banda G, analisando o cariótipo da amostra, que preferencialmente seja da medula óssea. Contudo, em casos de urgência para se obter os resultados, a pesquisa do rearranjo BCR-ABL se faz útil, onde pode-se utilizar a reação da cadeia da polimerase (PCR) ou a técnica Fish, que faz uso de sondas moleculares para identificar anomalias dos cromossomos, sendo um método rápido e específico. Vale ressaltar que existe a possibilidade de uma LMC ocorrer com cromossomo Ph variante, isso quer dizer que a translocação pode ocorrer com outros cromossomos diferentes do 9 ou até mesmo incluindo outros além do 9 e do 22. (Hamerschlak, 2017).

LEUCEMIA LINFOCÍTICA AGUDA (LLA)

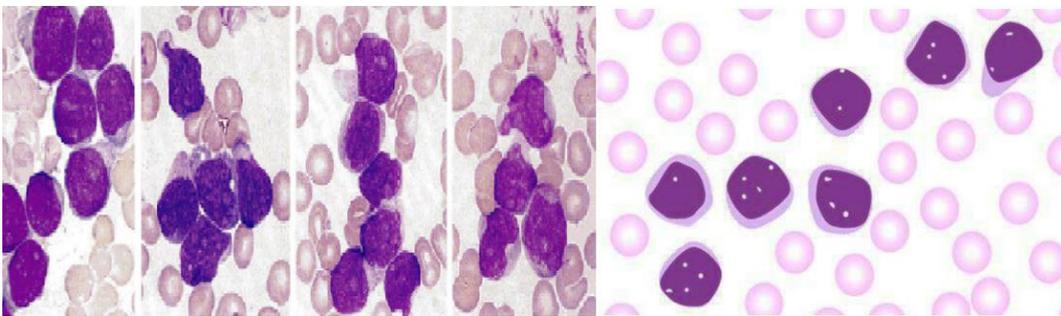
A LLA, assim como a LMA, possui duas classificações, uma feita pela FAB e a outra pela OMS, para diferenciar os estágios da doença, usando tanto a imunofenotipagem quanto a morfologia celular. O FAB as classificou em subtipos, usando a sua morfologia como base e as diferenciando em LLA-L1, LLA-L2 e LLA-L3, enquanto a OMS as dividiu em vários grupos, acrescentando alguns fatores para uma melhor classificação (American Cancer Society, 2018). Os subtipos L1, L2 e L3 se diferenciam morfológicamente, onde na L1 há vacúolos variáveis, estruturais regulares (homogêneas), sem a presença de nucléolos, cromatina fina, núcleo arredondado, citoplasma escasso, moderadamente basofílica e de tamanho celular pequeno (figura 1). Na L2, apesar de ainda possuir cromatina fina, começa a apresentar tamanhos variáveis e grandes, núcleos pequenos, pouca basofilia, citoplasma ligeiramente abundante, nucléolos grandes e visíveis apresentando às vezes irregularidades (figura 2). E por fim, a L3, sendo considerada agressiva para o sistema linfático, também apresenta cromatina fina, porém, apresenta nucléolos grandes, citoplasma abundante, vacúolos evidentes, células grandes, núcleo regular e basofilia evidente (figura 3) (Moreira *et al.*, 2021). Já a OMS, novamente, não se baseando somente na morfologia celular, como também adicionando os conhecimentos e aperfeiçoamentos das técnicas de imunofenotipagem, citogenética, citoquímica e biologia molecular, construiu uma nova classificação que conseguisse ajudar de maneira mais precisa a conduta terapêutica (Tabela 4), e considerou a presença de no mínimo 20% de linfoblastos na medula óssea, o que é o bastante para indicar LLA (Marques, Silva, 2017).

Figura 1 - Leucemia Linfóide Aguda L1. Células jovens uniformes, pequenas, citoplasma escasso, sem nucléolos ou com no máximo um, núcleo arredondado.



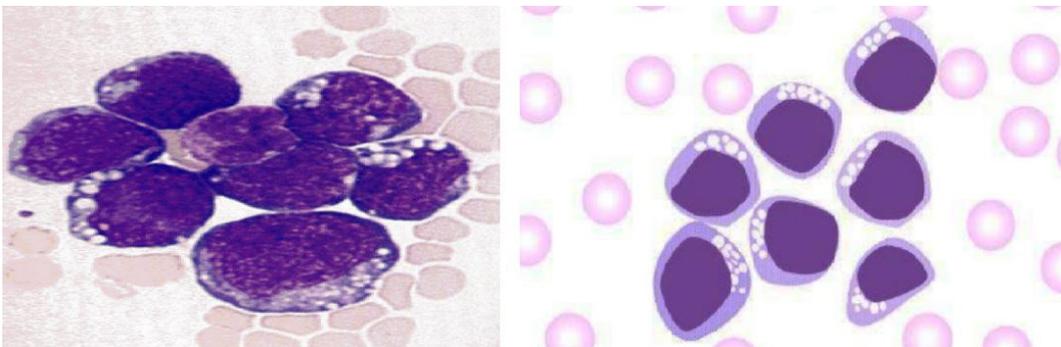
Fonte: Fadel, 2010; Moreira *et al.* 2021.

Figura 2 - Leucemia Linfóide Aguda L2. Células jovens, variação de tamanho, variação de citoplasma, núcleos variáveis, contêm muitos nucléolos.



Fonte: Fadel, 2010; Moreira, *et al.* 2021.

Figura 3 - Leucemia Linfóide Aguda L3. Células imaturas com citoplasma de coloração azulada e intensa, inúmeros vacúolos, nucléolos grandes. Geralmente associado com o tipo de célula B (LLA-B).



Fonte: Fadel, 2010; Moreira, *et al.* 2021.

Tabela 4 - Classificação da Organização Mundial da Saúde de Leucemia Linfóide Aguda.

Leucemia Linfóide Aguda De Células B	-
Leucemia Linfóide Aguda De Células B Com Determinadas Anomalias Genéticas	LLA de células B com hipodiploidia; LLA de células B com hiperdiploidia; Translocação entre os cromossomos 9 e 22 [t(9;22)]. Translocação entre o cromossomo 11 e outro cromossomo; Translocação entre os cromossomos 12 e 21 [t(12;21)]; Translocação entre os cromossomos 1 e 19 [t(1;19)]; Translocação entre os cromossomos 5 e 14 [t(5;14)]; Amplificação de uma porção do cromossomo 21 (iAMP21); Translocações envolvendo certas tirosinas quinases ou receptores de citocinas (BCR-ABL1).
Leucemia Linfóide Aguda De Células B, Não Especificada De Outra Forma	-

Leucemia Linfóide Aguda De Células T	Leucemia Precursora de Células T Precoce.
Leucemia Linfóide Aguda De Linhagem Mista	Linhagem Mista; Leucemia Indiferenciada Aguda; Leucemia Aguda De Fenótipo Misto (MPAL).

Fonte: American Cancer Society, 2018.

Para auxiliar a morfologia, utiliza-se a imunofenotipagem, identificando os marcadores de superfície de membrana específicos das células, diferenciando as linhagens, podendo ser tanto células B quanto células T. Como também, pode-se diferenciá-las se baseando no estágio de maturação das células progenitoras, em subtipos (Moreira *et al.*, 2021). A linhagem B possui quatro subtipos: Pró-B, Comum, Pré-B e B-Maduro. Na Pró-B são positivos os antígenos CD34, CD19, CD22, HLA-DR e um terminal desoxinucleotidil transferase (TdT). No Pré-B é expresso os antígenos CD19, CD20, CD10 e apresenta cadeia μ citoplasmática. A B-Maduro expressa, como característica principal, as cadeias leves das imunoglobulinas (Kappa ou Lambda) na superfície da membrana. A Comum ou também chamada de Calla, expressa o antígeno CD10, CD22, CD19 e/ou CD20, sendo o CD10 um bom prognóstico (Tabela 5). Já a linhagem T possui três subtipos: Pré-T, T-Intermediário, T-Maduro. No Pré-T há CD3, CD7, CD2, CD5 e TdT. Nas T-Intermediárias são positivos os antígenos CD3c, CD2, CD1, conseguindo co-expressar o CD4 e CD8. Na T-Madura apresenta os mesmos marcadores de superfície que o subtipo Pré-T (Tabela 6) (Cavalcante *et al.*, 2017).

Tabela 5 - Subtipos da Linhagem B e Marcadores Antigênicos.

Subtipo	Marcadores
Pré-B	+CD19; +CD20; +CD10;
Comum	CD10, CD22, CD19, CD20+
Pró-B	+CD34; +CD19; +CD22; +HLA-DR; +TdT
B-Maduro	Imunoglobulinas Leves (Kappa ou Lambda)

Fonte: Imagem do Autor.

Tabela 6 - Subtipos da Linhagem T e Marcadores Antigênicos.

Subtipo	Marcadores
Pré-T	+CD3; +CD7; +CD2; +CD5; +TdT
T-Intermediária	+CD3c; +CD2; +CD1; +CD4; +CD8
T-Maduro	+CD3; +CD7; +CD2; +CD5; +TdT

Fonte: Imagem do Autor

LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÔNICA (LLC)

A LLC é um tipo de câncer, que assim como a LLA, afeta os linfócitos. As células cancerosas começam na medula óssea se acumulando lentamente e seguem para o sangue. Geralmente não apresentam sintomas, mas com o passar do tempo, espalham-se pela corrente sanguínea para outras partes do corpo, como os gânglios linfáticos, baço e fígado (American Cancer Society, 2018). A identificação da LLC ocorre através da técnica imunofenotipagem, identificando as células B com o marcador CD5, além dos marcadores já

estabelecidos para as células B. Além da identificação dos marcadores, se tem a contagem de células sanguíneas e esfregaço (Hallek, Al-Sawaf, 2022). Além da identificação pelo antígeno CD5, há outros marcadores como: CD22, CD23, CD79b, FMC7 e IgS. Contudo, é importante salientar que não há um marcador imunológico individual totalmente específico, que consiga diagnosticar a LLC, sendo assim, é preciso em algumas situações diferenciá-la de outras doenças Linfoproliferativas Crônicas com caráter leucêmico como: Leucemia Prolinfocítica (LPL), Leucemia de Células Pilosas (PCL), Linfoma Folicular (LF), Linfoma Linfoplasmocitóide (LLP), Linfoma Esplênico com linfócitos pilosos (LELV) e Linfoma do Manto (MCL). Apesar da LLC não possuir um marcador específico, a utilização de vários marcadores acaba sendo favorável na maioria dos casos para a diferenciação, e em casos bastante difíceis para se diferenciar, se faz uso da histopatologia, citogenética e biologia molecular. A expressão positiva da imunoglobulina S (IgS), é feita tanto pelas patologias linfoproliferativas quanto pela LLC, no entanto, a expressão da LLC é baixa se comparada às outras. A positividade do marcador antigênico CD5 já diferencia a LLC de quase todas as demais doenças, menos o linfoma de manto, que possui linfócitos que expressam também o CD5, mas a mesma também não expressa CD23 e é positivo para FMC7 (tabela 7) (Ramirez, 2003).

Tabela 7 - Expressão de Marcadores de Superfície de Leucemia Linfocítica Crônica e Patologias Linfoproliferativas Crônicas Com Expressões Leucêmicas. Legenda: d = Expressão Fraca; + = maior que 80% dos casos; ± = 40-80% dos casos; - = menos que 20% dos casos.

Marcadores	LLC	LPL	PCL	LELV	LF	LCM	LLP
IgS	+ d	+	+	+	+	+	+
IgC	+	-	-	-	-	-	+
CD5 / CD6	+		-			+	
CD19	+	+	+	+	+	+	+
CD20	+	+	+	+	+	+	+
CD22	± d	+	+	+	±	±	+
CD23	±					-	-
CD24	+	+	-	+	+	+	+
CD25		-	+		-	-	
FMC7	-	+	+	+	±	±	±
CD103	-	-	+		-	-	-
CD11c		-	+	±	-	-	
CD10	-		-				-
HC2	-	-	+	-	-	-	-

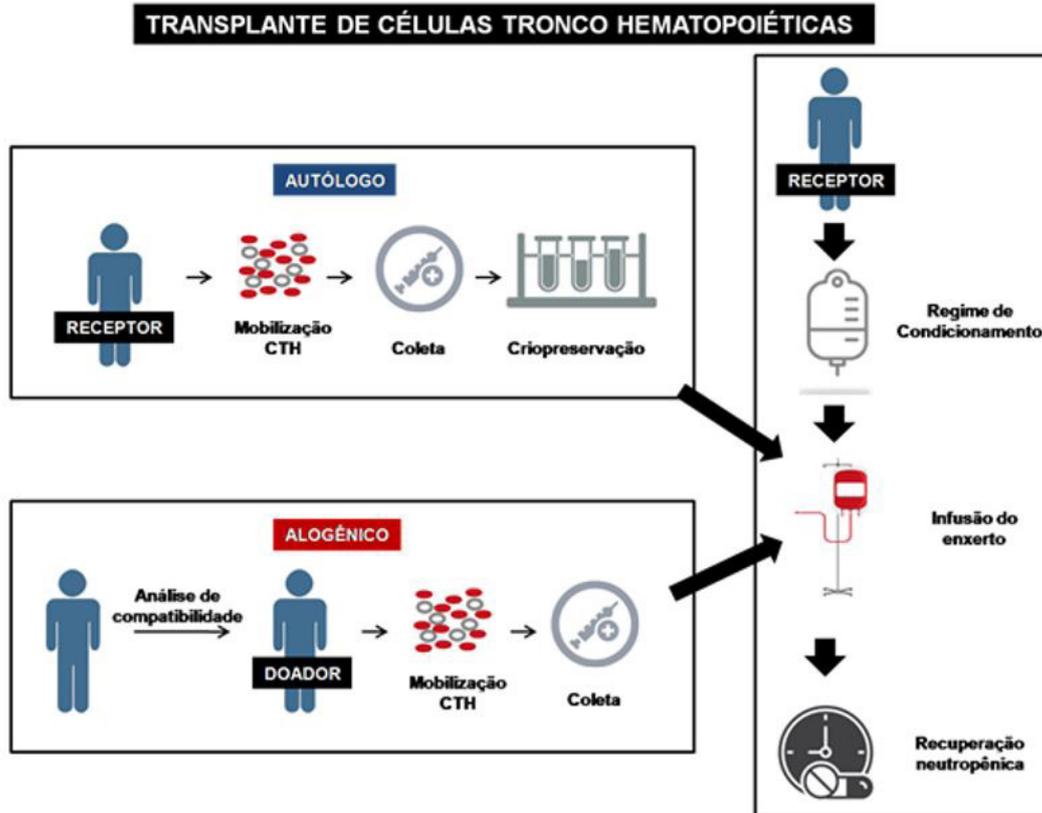
Fonte: Ramirez, 2003.

TRATAMENTO

O tratamento se baseia em destruir todas as células leucêmicas, para que seja possível a medula óssea produzir novamente as células sanguíneas normais. Para conseguir curar totalmente a leucemia, é usado uma associação de medicamentos (Poliquimoterapia), sendo feita em etapas (Indução, Consolidação, Manutenção), cuja finalidade é se conseguir a remissão completa, que é o desaparecimento das células anormais (Hospital Albert

Einstein, 2021). A indução é a primeira fase do tratamento, tendo como objetivo eliminar os blastos, assim os reduzindo da medula óssea e corrente sanguínea. A consolidação é a segunda fase, tendo como objetivo manter a remissão feita na indução, porém com uma terapia menos agressiva, destruindo as células remanescentes. E a manutenção, sendo a terceira fase, é o uso de quimioterápicos em baixas doses após a consolidação para não haver recidiva da doença (Santana, Júnior, 2019; ONCOGUIA, 2022). Na LMA o tratamento de primeira linha é feito com citarabina (citosina análoga de purina) e daunorrubicina (antraciclina produzida por *Streptomyces coeruleorubidus* ou *S. peucetiu*) (Correia *et al.*, 2021). Onde irá inibir a DNA polimerase se incorporando tanto no DNA quanto no RNA, e irá inibir a síntese do DNA e do RNA DNA-Dependente, apesar deste mecanismo ainda não ser totalmente elucidado, respectivamente (ANVISA, 2021; Wyeth, 2018). Além desses, existem outros medicamentos que podem ser usados no tratamento, como: idarrubicina e mitoxantrona (antraciclina), etoposídeo (inibidor de enzima de reparo de DNA – topoisomera II) (Abreu *et al.*, 2021). Recentemente vem sendo estudado novos compostos como: inibidores da FLT3, agentes epigenéticos, entre outros. Entretanto, dentre eles o que mais se mostrou promissor foi o inibidor de FLT3, sendo o FLT3 um gene da família das quinases, que é responsável por diversas funções das células precursoras hematopoiéticas, e sua mutação gera um descontrole proliferativo (Correia *et al.*, 2021). Em 2020 a ANVISA aprovou o gilteritinibe, que é um inibidor de FLT3, para o tratamento de LMA em pacientes que a doença foi refratária (imune ao tratamento), recidiva e com mutação no FLT3, e esses pacientes recidivantes e refratários com mutação que fizeram uso do gilteritinibe, vieram a ter uma sobrevida maior, porém tal medicamento por ser bastante caro, só está disponível em redes privadas no Brasil (Costa *et al.*, 2021). Nas terapias monoclonais, onde se tem o marcador CD33, é indicado se utilizar o gemtuzumabe ozogamicina (Lopes *et al.*, 2022). Este medicamento é um anticorpo anti-CD33 junto com caliqueamicina (antibiótico), porém em 2010 foi retirado do mercado, devido um teste feito com 11 indivíduos, entre eles 4 conseguiram remissões completas, 2 remissões parciais, 4 tiveram um aumento na sobrevida de 150 dias e 1 um veio a óbito de doença hepática após a administração. No entanto, durante os ensaios de fase III, o gemtuzumab ozogamicina não apresentou eficácia clínica que justificasse sua alta taxa de toxicidade (plaquetopenia, mielossupressão, etc.) (Biliere, Gavinho, 2019). Além dos quimioterápicos e terapias mencionadas, há outra forma de se conseguir a consolidação, que é através do transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH), conhecido também como transplante de medula óssea (TMO) (Gualberto, 2012). O TCTH tem duas formas de ser feita, o alogênico (alo-TCTH), que consiste em receber as células progenitoras de um doador já selecionado por testes de compatibilidade, sendo o principal, HLA. E o autólogo (auto-TCTH), que recebe essas células progenitoras do próprio paciente (Figura 4) (Hospital Albert Einstein, 2017). Sendo esta quimioterapia de alta dose, mais conhecida como resgate autólogo de células-tronco hematopoiéticas. As indicações do TCTH devem obedecer às normas do Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes (Brasil, 2014).

Figura 4 - Processo de Transplante de Células-Tronco Autólogo e Alogênico.



Fonte: Baeta, 2020.

Na LMC, o imatinibe, que é um inibidor da BCR-ABL, é utilizado como um dos medicamentos de primeira linha, pois é um medicamento já padronizado no tratamento (Chandra *et al.*, 2020). É usado principalmente em pacientes recém-diagnosticados, aumentando a sobrevida dos pacientes e possuindo baixa toxicidade, porém seus efeitos a longo prazo ainda não foram definidos e a resistência ao medicamento devido a mutação, sendo uma delas o mutante T315I (Funke *et al.*, 2008). Sendo esta mutação resistente tanto a primeira geração do fármaco (imatinibe) quanto a segunda geração (dasanitibe, nilotinibe) (Haoma DNA Clinic, 2022). A utilização do interferon- α (INF- α) foi capaz de aumentar a sobrevida dos pacientes, pois inibe a proliferação das células jovens ou células CD34+, pois tal gene está presente em todas as células hematopoiéticas sanguíneas, e além de inibir a proliferação, ele induz a apoptose das células que possuem essa molécula em sua superfície, devido ao aumento das células circulantes que possuem o antígeno FasL, porém apesar de seus benefícios, não possui eficácia em estágio mais grave da doença (Biliere, Gavinho, 2019). O sistema Fas/FasL, é um processo de apoptose de forma extrínseca, ou seja, que depende da interação dos receptores de morte celular, sendo eles o Fas (receptor – APO-1 ou CD95) e o FasL (ligante – membro da família TNF), onde a baixa expressão de Fas e alta de FasL nas células, gera uma resistência celular ao processo de apoptose, consequentemente aumentando a sobrevida dessas células cancerígenas (Bergantini *et al.*, 2005). Além dos medicamentos já citados para LMC, há outros dois que são utilizados também, que são o bussulfano e a hidroxycarbamida (hidroxiuréia), sendo o bussulfano usado no manejo de pacientes recém-diagnosticados e a hidroxycarbamida foi substituída ao longo do tempo pelo INF- α (Bollmann, Giglio, 2011). Sendo o bussulfano um interferente na replicação do DNA e na transcrição do RNA, pois reage com a posição N-7

da guanosina, e a hidroxycarbamida um interferente da síntese de DNA, durante a fase S, mas em interromper a síntese de RNA, porém esse seu mecanismo ainda é uma hipótese não comprovada (Lancy *et al.*, 2009). Na LLC, existem muitas opções de tratamentos, onde entram por exemplo: clorambucil ou ciclofosfamida (agentes alquilantes), fludarabina (análogo de purina), rituximabe (anticorpo monoclonal), TCTH, entre outros (Chiattonne, 2005). O rituximabe é um anticorpo anti-CD20, atuando nos linfócitos que expressam esse antígeno em sua superfície, e já foi associado com outros quimioterápicos como: fludarabina e ciclofosfamida, sendo que dos 92 pacientes que receberam essa associação durante ensaios da fase III, 12 conseguiram remissão completa (Biliere, Gavinho, 2019). Porém grandes avanços têm surgido para o tratamento da LLC, como a inclusão de 4 novos agentes-alvo, sendo eles: obinutuzumabe (anti-CD20), ibrutinibe e idelalisibe (inibidores da quinase) e o venetoclax (antagonista de BCL2), sendo a associação do venetoclax com o obinutuzumabe, foi superior a associação clorambucil e obinutuzumabe, sendo aprovada como tratamento de primeira linha em pacientes idosos inaptos com LLC em ensaios da fase III (Cramer *et al.*, 2020). Porém mesmo com todas essas novas drogas, o rituximabe ainda é o mais utilizado, pelo fato de já ter tempo de mercado e pela sua eficiência/eficiência já provada em ensaios, além de se ter estudos que visam melhorar a sua administração (Biliere, Gavinho, 2019). Contudo, existem subgrupos que as abordagens dos quimioterápicos (fludarabina, ciclofosfamida, bendamustina, clorambucil) e anticorpos monoclonais anti-CD20 (rituximabe, ofatumumabe ou obinutuzumabe) não se tem eficácia, sendo os principais, a LLC com mutação TP53(TP53mut) ou LLC com deleção 17p (17p-), e pacientes com essas características foram classificados como “ultra risco”. Nesses subgrupos, os quimioterápicos ibrutinibe e idelalisibe (inibidores da quinase) e venetoclax (antagonista de BCL2), mostram eficácia, sendo os inibidores da quinase já aprovados para serem usados na LLC refratária ou recidiva, para o subgrupo em questão (Stilgenbauer, 2015). Na LLA, no início se faz uso de vincristina junto com corticoide e antraciclinas (daunorrubicina ou doxorrubicina) (Abrale, 2022). Sendo a vincristina, um inibidor de divisão celular, onde se liga na tubulina, impedindo a formação dos microtúbulos, consequentemente afetando o desenvolvimento celular, como também, bloqueia o ácido glutâmico, interferindo na síntese proteica e no ácido nucleico (Lancy *et al.*, 2009). Além disso, por ser um alcalóide da vinca, ou seja, que bloqueiam a mitose celular, tem uma grande ação na diminuição da produção linfocitária, sendo assim, excelente para neoplasias linfocíticas e sendo fundamentais no tratamento das mesmas, como a LLA (Pacca *et al.*, 2021). Outros medicamentos também estão incluídos nos tratamentos, sendo os mais comuns: asparaginase, mercaptopurina, metotrexato, anticorpos monoclonais (blinatumomabe) e medicamentos já citados: ciclofosfamida, citarabina, daunorrubicina e etoposídeo (Abrale, 2022). A asparaginase (ASNase), consegue estimular a morte celular programada (apoptose) das células imaturas, ou seja, as células doentes, sem afetar as células maduras normais, e por isso vem sendo estudada para se tornar uma opção no tratamento da LLA (Camilo *et al.*, 2022). Ela tem a capacidade de degradar o aminoácido asparagina em aspartato e amônia, assim conseguindo inibir a formação de proteínas nos linfoblastos, sendo a asparagina um aminoácido importante para as células leucêmicas (Batoool *et al.*, 2016). Ela possui duas formas, uma é a L-asparaginase, obtida através do isolamento de *Escherichia coli* ou *Erwinia chrysanthemi*, e a PEG-asparaginase, que é uma ASNase conjugada com polietilenoglicol (Meneguetti, Yagui, 2017). E apesar de uma revisão

sistemática que comparava as duas não ter conseguido evidenciar se uma seria superior a outra por insuficiência de evidências, concluiu-se que mesmo com as limitações encontradas no estudo, pode ser feita a substituição da L-asparaginase pela PEG-asparaginase, pois ambas demonstram segurança e eficácia semelhantes, ajudando na tomada de decisão do setor público de saúde (Medawar *et al.*, 2019). A mercaptopurina (análogo de purina) e o metotrexato (análogo de ácido fólico), podem sofrer polimorfismo devido a enzimas que se relacionam com ambos os fármacos, podendo alterar a resposta do tratamento, sendo elas: metilenotetrahidrofolato redutase (ciclo dos folatos – suscetível a leucemia e outros tumores); glutathione s-transferase (aumento do risco de leucemia aguda e desenvolvimento de câncer por toxicidade de metotrexato); timidilato sintase (determinante na farmacocinética da toxicidade do metotrexato); tiopurina metiltransferase (aumenta a toxicidade e ineficácia da mercaptopurina) (Ferrari *et al.*, 2010). Já o blinatumomabe (anti-CD20) é liberado para a utilização no tratamento refratário com LLA, tendo uma cadeia biespecifica anti-CD3 e anti-CD19), onde em pacientes com LLA que tinham doença residual mínima (DRM), se mostrou eficaz, tendo uma resposta global de 80% e algumas remissões completas (Bilieri, Gavinho, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do trabalho foi possível mostrar que a hemopatia maligna Leucemia, possui características distintas, tanto no que se refere aos marcadores antigênicos, sinais e sintomas, morfologia celular, terapia e etc. Constatou-se que a Leucemia, possui uma etiologia indefinida, devido serem um conjunto de várias doenças, que de acordo com a OMS, acaba sendo a mesma doença, em estágios diferente, quando se tem uma mesma origem celular. Porém atribuiu-se a eles fatores relacionados com os pacientes, desde exposições a radiação, doenças infecciosas, mutações genéticas e fatores ambientais, além dos critérios hereditários. Quando descobertos precocemente as chances de se obter uma cura, e apesar de no início da doença, na grande maioria das vezes, não apresentar sinais e sintomas, sendo de suma importância sempre ficar atento aos achados, como: gânglios inchados (pescoço, virilha, abdômen, pelve e axilas), hematomas aparecendo abruptamente, perda de peso sem motivo aparente, sudorese noturna, febre, sangue nas fezes, urina escura, anemia. É importante refrisar que este trabalho utilizou de todas as informações e referências já obtidas. Contudo, novos estudos sobre o presente tema abordado, estão em constate desenvolvimento, ou seja, novas informações e novas terapias irão aparecendo com o passar do tempo. Desse modo, podendo ser possível ter uma identificação mais rápida da doença, bem como uma terapia efetiva que não possua tantas reações adversas, aumentando tanto a sobrevida quanto a qualidade de vida do paciente.

REFERÊNCIAS

ABREU, G. M.; SOUSA, S. C.; GOMES, E. V. Leucemia Linfóide e Mieloide: Uma Breve Revisão Narrativa / Lymphoid and Myeloid Leukemia: A Brief Narrative Review. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 8, p. 80666–80681, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/34429>.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **What Is Acute Myeloid Leukemia (AML)?** 2018. Disponível em: <<https://www.cancer.org/cancer/acute-myeloid-leukemia/about/what-is-aml.html>>. Acesso em 8 ago. 2022.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Acute Myeloid Leukemia (AML) Subtypes and Prognostic Factors.** 2018. Disponível em: <<https://www.cancer.org/cancer/acute-myeloid-leukemia/detection-diagnosis-staging/how-classified.html>>. Acesso em 8 ago. 2022.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **What Causes Chronic Myeloid Leukemia?** 2018. Disponível em: <<https://www.cancer.org/cancer/chronic-myeloid-leukemia/causes-risks-prevention/what-causes.html>>. Acesso em 8 ago. 2022.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Acute Lymphocytic Leukemia (ALL) Subtypes and Prognostic Factors.** 2018. Disponível em: <<https://www.cancer.org/cancer/acute-lymphocytic-leukemia/detection-diagnosis-staging/how-classified.html>>. Acesso em 8 ago. 2022.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LINFOMA E LEUCEMIA (Brasil). **Quais os Tratamentos Para a Leucemia Linfóide Aguda?** 2022. Disponível em: <<https://www.abrale.org.br/doencas/leucemia/lla/tratamentos/#1583783195747-161a5817-0c27fb35-83e5e4f6-4203cd9c-df38>>. Acesso em 14 ago. 2022.

BAETA, M. **Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas.** 2020. Disponível em: <<https://www.sanarmed.com/transplante-de-celulas-tronco-hematopoiticas-colunistas>>. Acesso em 17 ago. 2022

BATOOL, T.; MAKKY, E. A.; JALAL, M.; YUSOFF, M. M. A Comprehensive Review on L-asparaginase and Its Applications. **Applied Biochemistry and Biotechnology**, v. 178, n. 5, p. 900–923, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26547852/>.

BILIERI, F. R.; GAVINHO, B. A Imunoterapia para o Tratamento da Leucemia. **Revista Uniandrade**, p. 53–68, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1519-5694.20180007/revuniandrade.v20n2p-53-68>. Disponível em: <https://revistahom.uniandrade.br/index.php/revistauniandrade/article/view/1229>.

BOLLMANN, P. W.; DEL GIGLIO, A. **Leucemia Mieloide Crônica: Passado, Presente, Futuro.** 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/YsfFz9LdRcTrnkTnVHyxLbS/?lang=pt&format=pdf>.

BORTOLHEIRO, T. C. Classificações Morfológicas das Síndromes Mielodisplásicas: da Classificação Franco-Americana-Britânica (FAB) à Classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS). **Revista brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, v. 28, n. 3, p. 194–197, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbhh/a/x9zSv9cpbwPFZkNZSK4QZVj/#>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em Oncologia.** Brasília – DF, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_clinicos_diretrizes_terapeuticas_oncologia.pdf.

CAMILO, F. M.; CANÊDO, G. S.; CARDOSO, A. M. L-asparaginase e Perspectivas no Tratamento da Leucemia Linfoblástica Aguda: Revisão de Literatura. **Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás “Cândido Santiago”** v. 8, p. 1- 21 e80009, 2022. Disponível em: <https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/406>.

CASTANHOLA, M. E.; PICCININ, A. Fisiopatologia da Leucemia e o Papel das Anormalidades Cromossômicas. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 27, 2021. DOI: 10.51161/rem/634. Disponível em: <https://editoraime.com.br/revistas/index.php/rem/article/view/634>.

CAVALCANTE, M. S.; ROSA, I. S. S.; TORRES, F. Leucemia Linfóide aguda e seus Principais Conceitos. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, v. 8, n. 2, p. 151–164, 2017. DOI: 10.31072/rcf.v8i2.578. Disponível em: <https://revista.faema.edu.br/index.php/Revista-FAEMA/article/view/578>.

CHANDRA, A.; RAO, N.; MALHOTRA, K. P. Renal Tuberculosis in an Imatinib-treated Chronic Myeloid Leukemia. **Jornal brasileiro de Nefrologia: Órgão Oficial de Sociedades Brasileira e Latino-Americana de Nefrologia**, v. 42, n. 3, p. 366–369, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbn/a/RPTyPbQCbM836v7sLjH8Lfq/?lang=en>.

CHIATTONE, C. S. Tratamento de Primeira Linha da Leucemia Linfóide Crônica. **Revista brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, v. 27, n. 4, p. 276–279, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbhh/a/qGxCJBwBpdrdxXGzqJqWJFC/?lang=pt>.

CITARABINA. [Bula]. São Paulo: Accord Farmacêutica Ltda. 2021. Disponível em: <https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/q/?nomeProduto=CITARABINA>.

CORREIA, A. M. G.; SILVA, R. R.; RIBEIRO, T.; MOTA, S. M. **Eficácia e Toxicidade dos Inibidores de FLT3 no Tratamento da Leucemia Mieloide Aguda em Contexto de Ensaio Clínico - Revisão Sistemática**. Porto - PT: Escola Superior de Saúde Politécnico do Porto, 2021. Disponível em: <https://recipp.ipp.pt/handle/10400.22/19670>.

COSTA, F. V.; SOUZA, M. L.; LIMA, A. A. Gilteritinibe no Tratamento da Leucemia Mieloide Aguda. **Hematology, Transfusion and Cell Therapy**, v. 43, p. 156, 2021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2531137921004120?via%3Dihub>

CRAMER, P.; TRESCKOW, J. V.; EICHHORST, B.; HALLEK, M. Aktuelle Standards in der Diagnostik und Therapie der Chronischen Lymphatischen Leukämie. **Deutsche Medizinische Wochenschrift (1946)**, v. 145, n. 16, p. 1139–1144, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32791549/>.

DAUNORRUBICINA. [Bula]. São Paulo: Wyeth Indústria Farmacêutica Ltda. 2018. Disponível em: https://guiadafarmaciadigital.com.br/arquivos-uploads/bula/bula_026985_1.pdf.

FADEL, A. P. Investigação Laboratorial de Leucemia Linfóide Aguda. **Academia de Ciência e Tecnologia - AC&T CIENTÍFICA**, v. 1, n. 2, 2010. Disponível em: https://www.ciencianews.com.br/arquivos/ACET/IMAGENS/revista_virtual/hematologia/artapfadel.pdf.

FÉLIX, A. C. P. Leucemias: Etiologia e Genética. **Academia de Ciência e Tecnologia - AC&T CIENTÍFICA**, 2019. Disponível em: http://www.ciencianews.com.br/arquivos/ACET/IMAGENS/biblioteca-digital/hematologia/serie_branca/leucemias_linfomas_mieloma/leucemias/5-Leucemias-etologia-e-genetica.pdf.

FERDINANDI, D. M.; FERREIRA, A. A. Agentes Alquilantes: Reações Adversas e Complicações Hematológicas. **Academia de Ciência e Tecnologia - AC&T CIENTÍFICA**, v. 1, n. 1, 2009. Disponível em: https://www.ciencianews.com.br/arquivos/ACET/IMAGENS/revista_virtual/hematologia/artdamiana2.pdf.

FERRARI, O. A.; PEREIRA, M. L. S.; GIODA, R. S. **Aspectos Farmacogenéticos no Tratamento da Leucemia Linfoblástica Aguda**. Porto Alegre - RS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/70069>.

FRAILE, N. **Neoplasia, Câncer e Tumor: Quais os Sintomas e as Diferenças?** 2021. Disponível em: <https://www.santapaula.com.br/blog/neoplasia-cancer-e-tumor-quais-os-sintomas-e-as-diferencas/#:~:text=Neoplasia%20c%3%A2nc%3%A2ncer%3F,%C3%B3rg%C3%A3os%20at%C3%A9%20mesmo%20a%20dist%C3%A2ncia>. Acesso em 8 ago. 2022.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Brasil). **O Futuro das Tecnologias de Diagnóstico e Tratamento do Câncer no Brasil (2019-2049)**. 2020. Disponível em: https://cee.fiocruz.br/sites/default/files/Folheto_C%3%A2nc%3%A2ncer_Web.pdf. Acesso em 9 ago. 2022.

FUNKE, V. M.; SETUBAL, D. C.; RUIZ, J.; AZAMBUJA, A. P.; LIMA, D. H.; KOJO, T. K.; PASQUINI, R. O Tratamento da Leucemia Mieloide Crônica com Mesilato de Imatinibe. **Revista brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, v. 30, p. 27–31, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbhh/a/H5jSmq5yQPdqYvYm86Rxd7h/?lang=pt>.

GUALBERTO, A. **Transplante de Células Tronco Hematopoiéticas**, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Ana_Gualberto_transplante_celulas_tronco.pdf.

HALLEK, M.; AL-SAWAF, O. Chronic Lymphocytic Leukemia: 2022 Update on Diagnostic and Therapeutic Procedures. **American Journal of Hematology**, v. 96, n. 12, p. 1679–1705, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34625994/>.

HAMERSCHLAK, N. **Estudo da Expressão Gênica Diferencial em Pacientes com Leucemia Mieloide Crônica Utilizando “Microarrays” de DNA**. São Paulo – SP: Hospital Albert Einstein, 2017. Disponível em: <https://www.einstein.br/Documentos%20Compartilhados/LEUCEMIA%20MIELOIDE%20CRONICA.pdf>.

HAOMA BY DNA CLINIC. **BCR/ABL - Pesquisa Mutação T315I - Haoma by**. 2022. Disponível em: <https://dnaclinic.com.br/exames-laboratoriais/bcr-abl-pesquisa-mutacao-t315i-t315i>. Acesso em 15 set. 2022.

HOFFBRAND, A.V.; MOSS, P.A.H. **Hoffbrand’s Essential Haematology**. Ed. 7. Nashville, TN: John Wiley & Sons, 2015. p. 123.

HOSPITAL ALBERT EINSTEIN. **Leucemia**. 2021. Disponível em: <https://www.einstein.br/especialidades/oncologia/tipos-cancer/leucemia>. Acesso em 9 ago. 2022.

HOSPITAL ALBERT EINSTEIN. **Transplante de Medula Óssea**. 2017. Disponível em: <https://www.einstein.br/especialidades/hematologia/exames-tratamentos/tmo/tipos>. Acesso em 17 ago. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Leucemia**. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/leucemia>. Acesso em 8 ago. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **ABC DO CÂNCER / Abordagens Básicas para o Controle do Câncer**. 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc_do_cancer.pdf. Acesso 8 ago. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **O Que Causa o Câncer?** 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/causas-e-prevencao-do-cancer/o-que-cao-o-cancer>>. Acesso em 10 ago. 2022.

INSTITUTO ONCOGUIA. **Quimioterapia para Leucemia Linfóide Aguda (LLA)**. 2022. Disponível em: <<http://www.oncoquia.org.br/conteudo/quimioterapia-para-leucemia-linfoide-aguda-lla/1154/318/>> Acesso em: 13 ago. 2022.

LANCY, C. F.; ARMSTRONG, L. L.; GOLDMAN, M. P.; LANCE, L. L. **Medicamentos Lexi-Comp Manole**. Ed. 1. Barueri – SP, Editora Manole Ltda, 2009. p. 236; 730; 1.408.

LOPES, L. P.; SANTOS, C. S.; SEVERINO, G. S.; FREITAS, T. R.; CAETANO, I. M.; VAROTTI, F. P.; ANDRADE, S. N. Abordagens do Tratamento da Leucemia Mieloide Aguda: Revisão Integrativa. **Revista Brasileira de Desenvolvimento**, v. 8, n. 2, pág. 9586–9601, 2022. DOI: 10.34117/bjdv8n2-077. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/43779>.

LORAND-METZE, I. A Importância da Integração de Dados do Diagnóstico das Hemopatias. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, v. 31, n. 3, p. 189–191, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbhh/a/CMKg4Tfrz38TkjhJXqhnSP/abstract/?lang=pt>.

MARQUES, E. A. L. V.; SILVA, N. L. C. L. **Aplicação de Marcadores Imunofenotípicos por Citometria de Fluxo na Detecção de Doença Residual Mínima e Determinação do Prognóstico em Crianças com Leucemia Linfóide Aguda B**. Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Aggeu Magalhães, 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/23096/2017marques-ealv.pdf;jsessionid=node011xgxyncb03fihf056n60o22g671104.node0?sequence=2>.

MARTINS, S. L. R.; FALCÃO, R. P. A importância da Imunofenotipagem na Leucemia Mieloide Aguda. **Revista da Associação Médica Brasileira (1992)**, v. 46, n. 1, p. 57–62, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/3jpsbjcpSbDSYBVk6tg7ftS/?format=html&lang=pt#>.

MEDAWAR, C.; MOSEGUI, G.; VIANNA, C. M.; COSTA, T. M. A. D. Pcn47 Peg-asparaginase e L-asparaginase Nativa de Escherichia coli no Tratamento Farmacológico da Leucemia Linfoblástica Aguda em Crianças e Adolescentes: Uma Revisão Sistemática. **Value in Health Regional Issues**, v. 19, p. S22, 2019. Disponível em: [https://www.valuehealthregionalissues.com/article/S2212-1099\(19\)30217-1/fulltext](https://www.valuehealthregionalissues.com/article/S2212-1099(19)30217-1/fulltext).

MENEGUETTI, G. P.; YAGUI, C. O. R. **Desenvolvimento Nanotecnológico da L-asparaginase Empregando-se Metodologia de Peguilação**. São Paulo – SP: Universidade de São Paulo, 2017. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/9/9135/tde-16032017-162406/publico/Giovana_Pastore_Menegueti_ME_Original.pdf.

MORAES, A. M.; MARTINS, H. A. **Importância do Diagnóstico Acurado em Casos de Leucemia Mieloide: Distinção das Leucemias e Processos Reacionais**. Várzea Alegre – CE: UniCesumar - Centro Universitário de Maringá, 2017. Disponível em: <https://rdu.unicesumar.edu.br/bitstream/123456789/342/1/AMANDA%20BORIM%20DE%20MORAES.pdf>

NARDIN, B. M. Z.; DE OLIVEIRA, L. A.; MERFORT, L. W. Levantamento de Casos de Leucemia Mielóide Crônica Encaminhados para um Laboratório Privado. **Anais do EVINCI - UniBrasil**, v. 6, n. 1, p. 10–10, 2020. Disponível em: <https://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/anaisevinci/article/view/5643>.

RAMIREZ, P. H. Leucemia Linfóide Crônica. Fatores Diagnósticos e Prognósticos. **Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter**, Ciudad de la Habana, v. 19, n. 2-3, dic. 2003. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892003000200003&lng=es&nrm=isso.

REINATO, M. H.; MARTINI, T. G. Diagnóstico Diferencial e Atualização em Relação ao Tratamento da Leucemia Mieloide Crônica: Revisão da Literatura Especializada. **International Journal of Health Management Review**, v. 5, n. 3, 2019. DOI: 10.37497/ijhmreview.v5i3.179. Disponível em: <https://ijhmreview.emnuvens.com.br/ijhmreview/article/view/179>.

REIS, B. **Câncer – a trajetória da doença**. 2020. Disponível em: <<https://super.abril.com.br/especiais/cancer-a-trajetoria-da-doenca/>>. Acesso em 8 ago. 2022.

SALVARO, M. M.; FRASSETTO, M. D.; apenas, M. S.; FURTADO, J.; MACARINI, V. H.; SHUCK, F. W.; ROCHA, L. M.; FRASSETTO, M. E. G.; TOMILIN, E. A.; MATTIA, M. R. Leucemia Mieloide Aguda: Perfil Clínico-Epidemiológico no Brasil entre 2009 e 2019. **Hematology, Transfusion and Cell Therapy**, v. 43, p. S505–S506, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.871>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S253113792101018X>.

SANTANA, A. M. O.; JÚNIOR, M. R.P. **Leucemia Promielocítica Aguda: do Diagnóstico Precoce ao Tratamento**. Brasília: Centro Universitário de Brasília - UniCEUB, 2019. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/prefix/13663/1/21605843.pdf>.

SANTOS, G. C. A.; CORDEIRO, N. M. A Imunofenotipagem no Diagnóstico da Leucemia Mieloide Aguda. **Revista Brasileira de Biomedicina**, v. 1, n. 1, 2021. Disponível em: <https://revistadabiomedicina.com.br/index.php/12222/article/view/47>.

SANTOS, M. M. F.; JESUS, G. P.; FERREIRA, L. P.; FRANÇA, R. F. Leucemia Mieloide, Aguda e Crônica: Diagnósticos e Possíveis Tratamentos. **Revista Saúde em Foco**, v. 11, p. 279–294, 2019. Disponível em: https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2019/02/022_LEUCEMIA-MIELOIDE-AGUDA-E-CR%C3%94NICA-DIAGN%C3%94STICOS-E-POSS%C3%84DVEIS-TRATAMENTOS.pdf.

SOUZA, C. A.; PAGNANO, K. B. B.; BENDIT, I.; CONCHON, M.; FREITAS, C. M. B. M.; COELHO, A. M.; FUNKE, V. A. M.; BERNARDO, W. M. 2012. **Projeto Diretrizes: Leucemia Mieloide Crônica**. Associação Brasileira de Hematologia Hemoterapia, Sociedade Brasileira de Patologia, Sociedade Brasileira de Pediatria. Disponível em: https://amb.org.br/files/_BibliotecaAntiga/leucemia_mieloide_cronica.pdf.

STILGENBAUER, S. Prognostic Markers and Standard Management of Chronic Lymphocytic Leukemia. **Hematology**, v. 2015, n. 1, p. 368–377, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26637745/>.

Distúrbios de linguagem: avançando na busca por um modelo de diagnóstico precoce e intervenção eficaz no sistema de saúde

Jonas Hames

Graduando em Fonoaudiologia, Universidade do Vale do Itajaí – Univali. <https://orcid.org/0000-0002-7131-5793>

RESUMO

A intervenção precoce em distúrbio da linguagem proporciona a oportunidade de uma intervenção rápida, o que amplia as possibilidades de desenvolvimento e aprimoramento da linguagem, bem como o manejo pelos profissionais da área da saúde. Esta revisão sistemática analisou 460 artigos que propuseram propostas de protocolos clínicos para diagnóstico e intervenção precoce. Do total de artigos analisados na plataforma Capes, apenas 47 se adequavam à pergunta norteadora: “Quais estratégias podem ser adotadas para o diagnóstico precoce e intervenção eficaz nos transtornos de linguagem dentro do sistema de saúde?”. As análises indicaram a ausência de uma ferramenta ou protocolo específico para uso no sistema de saúde, o que dificulta a intervenção. O número reduzido de profissionais da fonoaudiologia nas equipes de saúde coletiva também dificulta a aplicação de testes e intervenções, uma vez que médicos e enfermeiros têm maior contato com pais e crianças nos atendimentos. Tanto as dificuldades de linguagem quanto as comportamentais podem ser detectadas precocemente, permitindo a plasticidade neural para maximizar a aquisição de habilidades por crianças. O desenvolvimento de um modelo de diagnóstico pode reduzir os danos de linguagem e oferecer uma estratégia eficiente para o desenvolvimento da criança, embasando estratégias eficientes para o atendimento das necessidades de cuidados no ambiente familiar e institucionalizado, atendendo à prevenção das dificuldades decorrentes de tais déficits. A intervenção precoce representa ganhos para o neurodesenvolvimento e impacto posterior na inserção escolar, oferecendo atenção especializada ou encaminhamento para profissionais de saúde. O estudo pode contribuir para a discussão de um protocolo clínico preciso que ajuda a mitigar as dificuldades de diagnóstico, sendo uma possibilidade de otimização da utilização dos recursos de saúde e antecipação da inclusão escolar.

Palavras-chave: intervenção precoce; distúrbios da comunicação; avaliação.



INTRODUÇÃO

A linguagem é um sistema simbólico que possibilita a comunicação estruturada e ilimitada entre os indivíduos. Por meio da associação de símbolos, expressamos emoções por meio de gestos, escrita ou fala. A capacidade de adquirir linguagem é uma característica exclusiva dos seres humanos, e os distúrbios de linguagem são caracterizados por atrasos e alterações persistentes na aquisição dessa habilidade. Essas alterações geralmente se manifestam nos primeiros anos de vida e podem estar associadas a quadros emocionais, variando em gravidade e intensidade. A detecção e intervenção precoce nos distúrbios de linguagem podem prevenir problemas no desenvolvimento de habilidades linguísticas e no neurodesenvolvimento.

Segundo Rubem (2000), os distúrbios de linguagem são prevalentes em crianças e podem se manifestar como atraso ou desenvolvimento atípico nos componentes funcionais da audição, fala e/ou linguagem em diferentes níveis de gravidade. Esses sintomas geralmente são percebidos pelos pais (Rubem, 2000), e crianças com atraso no desenvolvimento da linguagem apresentam, durante a idade escolar, anormalidades neuropsicológicas persistentes, incluindo transtornos de aprendizagem, conforme observado por Muszcat (2009).

Prates *et al.* (2011) adotaram uma escala de desenvolvimento da linguagem em crianças de zero a seis anos, que estabelece critérios esperados para cada faixa etária. O autor indica que já nos primeiros meses de vida é possível identificar sinais de distúrbios de linguagem, como a falta de interesse pelas pessoas e objetos, a ausência de contato visual, a falta de emissão de vocalizações ou a dificuldade em agarrar objetos, bem como a falta de reação a vocalizações e vozes familiares. Essa escala abrange as diferentes fases de desenvolvimento da linguagem ao longo dos primeiros seis anos de vida, com sete etapas e vários critérios que podem revelar distúrbios no desenvolvimento linguístico.

A identificação precoce dos distúrbios de linguagem executa um papel fundamental no sucesso terapêutico, destacando-se a importância da implementação de estimulação precoce. Essa identificação pode ser realizada por profissionais de saúde que acompanham regularmente a criança, em consultas médicas ou semestrais. “Dentre esses profissionais, o fonoaudiólogo deve assumir a responsabilidade pela sensibilização e identificação precoce” (Tannock, 2011). Testes e protocolos de identificação dos distúrbios de linguagem aplicados no sistema de saúde podem antecipar a intervenção com as crianças e reduzir os danos em seu desenvolvimento.

Um estudo epidemiológico controlado pela Clínica de Fonoaudiologia do Curso de Fonoaudiologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Castelo Branco (Unicastelo), em São Paulo, analisou 1.241 prontuários de pacientes atendidos entre 1982 e 2001. No que diz respeito ao diagnóstico, o levantamento revelou que 44,08% do total de pacientes foram motivados por distúrbios de linguagem, o que levou os autores a enfatizar a necessidade de direcionar as atividades fonoaudiológicas para ações preventivas (Boacnin, 2001). No entanto, no sistema de saúde, as informações sobre diagnóstico de distúrbios de linguagem estão restritas às clínicas, havendo poucos registros substanciais sobre protocolos de identificação em Unidades de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), onde há um grande fluxo de pacientes com esses problemas.

Considerando esses aspectos, o objetivo deste estudo é analisar protocolos e testes para diagnóstico, prevenção e intervenção precoce em distúrbio de linguagem. Serão examinados estudos que relacionam marcos evolutivos da linguagem, testes psicométricos validados e protocolos internacionalmente aceitos, com a intenção de ampliar a aplicação desses instrumentos de identificação dos distúrbios no sistema de saúde, promovendo encaminhamento para terapia precoce. Os resultados desta revisão sistemática indicam deficiências nos atendimentos no sistema de saúde, o que leva ao diagnóstico e intervenção apenas na idade escolar.

METODOLOGIA

A presente pesquisa adotou a metodologia de revisão sistemática para investigar protocolos e testes de diagnóstico, prevenção e intervenção precoce em linguagem de linguagem. O processo de revisão sistemática foi realizado seguindo etapas bem definidas, a fim de garantir a seleção rigorosa e criteriosa dos artigos relevantes para a análise.

A primeira etapa consistiu em uma busca na plataforma Capes utilizando os descritores “Diagnóstico”, “Prevenção”, “Distúrbios de Linguagem” e “Criança”. Esses termos foram selecionados com o objetivo de abranger estudos relacionados ao diagnóstico, prevenção e distúrbios de linguagem em crianças. A busca resultou na identificação de 460 artigos, limitados aos últimos cinco anos, que foram exportados para a plataforma Rayyan, uma ferramenta auxiliar na revisão sistemática.

Na segunda etapa, foram excluídos os artigos duplicados identificados durante a busca. Além disso, foram realizadas exclusões com base na leitura dos títulos e resumos dos artigos, visando identificar aqueles que não se adequavam à perspectiva e compreensão sobre os protocolos de diagnóstico e intervenção em distúrbio de linguagem. Como resultado dessa etapa, foram excluídos 413 artigos, resultando em 47 artigos separados para esta revisão.

Os 47 artigos selecionados foram confrontados com a pergunta norteadora: “Quais estratégias podem ser adotadas para o diagnóstico precoce e intervenção eficaz nos transtornos de linguagem dentro do sistema de saúde?”. Conforme a pesquisa avançou, foram consultadas referências bibliográficas relevantes ao tema, com o intuito de identificar estudos adicionais que pudessem contribuir para a compreensão abrangente dos protocolos e testes de interesse.

Os artigos selecionados foram aprovados a uma análise minuciosa, utilizando critérios preestabelecidos. Foram extraídas informações relevantes sobre os protocolos e testes de diagnóstico, prevenção e intervenção precoce em distúrbios de linguagem, tais como características, procedimentos, resultados e recomendações.

Ao adotar essa abordagem metodológica, busca-se fornecer uma visão abrangente e atualizada sobre os protocolos e testes disponíveis para a identificação precoce e intervenção nos discursos de linguagem em crianças, confiante para o avanço do conhecimento nessa área e auxiliando na tomada de decisões clínicas e terapias.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos 47 artigos selecionados revelou algumas tendências e lacunas na área de protocolos e testes de diagnóstico, prevenção e intervenção precoce em distúrbio de linguagem. Dentre os estudos analisados, apenas quatro foram realizados no Brasil, indicando a necessidade de maior produção científica nacional nessa área. A maioria dos estudos teve como objetivo analisar protocolos e métodos de detecção precoce, classificação e diagnóstico antecipado de distúrbio de linguagem. Essa ênfase na detecção precoce reflete a importância de identificar os distúrbios o mais cedo possível, a fim de iniciar as intervenções adequadas e evitar o agravamento dos problemas de linguagem. No entanto, é importante destacar que apenas dois estudos abordam aspectos de atendimento em sistema público de saúde.

Estudo realizado por Liu *et al.* (2018) destacou que os distúrbios de comunicação podem ser erroneamente interpretados como deficiência intelectual ou autismo. Para evitar tais equívocos, uma avaliação interdisciplinar deve incluir a avaliação da fala e linguagem, estado físico e psicológico, perfil cognitivo e emocional, além do histórico familiar e social. Nesse sentido, a atuação de uma equipe interprofissional, com diagnóstico diferencial, pode evitar erros no diagnóstico em crianças com distúrbio de linguagem.

Em outro estudo realizado no México, os autores discutem a detecção precoce de crianças falantes de espanhol com transtorno do desenvolvimento da linguagem. Auza *et al.* (2023) testaram a validade de um atendimento breve e um teste de triagem, com o objetivo de identificar crianças com transtorno do desenvolvimento da linguagem. Segundo os autores, a combinação de informações dos pais e um rastreador de linguagem fornece uma ferramenta adequada, de baixo custo e acessível para identificar os transtornos nessas crianças.

Foi avaliada a utilidade da utilização sequencial de duas ferramentas de triagem, o “Questionário Parental (PQ)” e “Triagem para Problemas de Linguagem (TPL)”. O diagnóstico de referência de distúrbio do desenvolvimento da linguagem (DLD) foi estabelecido utilizando o BESA (*Bilingual English-Spanish Assessment*) ou SCELf-4 (*Spanish Clinical Evaluation of Language Fundamentals*), combinados com outros dados das apresentações narrativas. As respostas ao PQ foram seguidas a partir do relato dos pais, e o TPL foi aplicado por fonoaudiólogos. Tanto o PQ quanto o TPL se diferenciam entre os grupos. A combinação dos dois instrumentos registrou melhorias na utilidade do diagnóstico (Auza *et al.*, 2023).

Outro estudo internacional aplicou uma classificação de aprendizado de máquina para identificar crianças com transtorno clínico de linguagem. Justiça *et al.* (2019) utilizaram uma amostra de 483 crianças de 3 a 5 anos de idade, divididas aleatoriamente em grupo de treinamento (67% das crianças) e amostra de teste (33% das crianças), para avaliar a precisão da classificação. O modelo demonstrou excelente precisão de classificação, sendo que as variáveis que mais admitiam para a classificação precisam da terapia de linguagem foram comprometimento cognitivo, idade, sexo e habilidades de comunicação, sociais e de alfabetização relacionadas por professores e pais.

A validade dos estudos analisados foi mantida pelo fato de que a maioria deles utilizou pelo menos um instrumento validado para avaliação dos distúrbios de linguagem.

Isso contribui para a confiabilidade dos resultados e permite comparações entre diferentes estudos. Um exemplo é o estudo realizado por Simone *et al.* (2004), que utilizou a Escala de Desenvolvimento Comportamental de Gesell e Amatruda (EDCGA) para avaliar o desenvolvimento infantil em diferentes áreas, incluindo o comportamento de linguagem.

Além disso, os estudos abordam diferentes aspectos relacionados à linguagem, como preditores de proficiência linguística, processamento de linguagem natural em modelos neurais, diagnóstico assistido por inteligência artificial e escalas padronizadas de classificação comportamental. Essa diversidade de abordagens evidencia a complexidade e a multidimensionalidade dos distúrbios de linguagem, bem como a necessidade de uma visão abrangente no desenvolvimento de protocolos e testes.

A importância da identificação precoce dos distúrbios de linguagem foi destacada pela maioria dos estudos analisados. A detecção precoce permite uma intervenção antecipada, o que pode ter um impacto significativo no desenvolvimento da criança. Nesse sentido, é fundamental sensibilizar os profissionais de saúde, estabelecer protocolos e ampliar a presença de fonoaudiólogos nas unidades de saúde e instituições de saúde, conforme defendido por Tannock (2011).

Na Rússia, foi desenvolvido um modelo de diagnóstico precoce de distúrbios do desenvolvimento da fala em crianças pré-escolares. O estudo de Volgina *et al.* (2021) focou no sistema de saúde e elaborou um algoritmo no qual o pediatra desempenha um papel central. Nesse modelo, o pediatra avalia a velocidade do desenvolvimento da fala da criança, levando em consideração a idade, dados familiares, fatores de risco, exame físico, aplicação de instrumentos básicos e encaminhamento para especialistas.

Um dos estudos avalia o desenvolvimento e validação de um instrumento viável e eficaz para a Atenção Primária Pediátrica. Holzinger *et al.* (2021) utilizaram o SPES-3 (*Sprachentwicklungsscreening*), que pode ser utilizado em crianças de 3 anos a 5 anos e 11 meses para o diagnóstico de distúrbios do desenvolvimento da linguagem. Esse teste pode ser utilizado, por exemplo, quando os profissionais da educação suspeitam que uma criança tem dificuldades de linguagem. A triagem utiliza quatro componentes, incluindo relato dos pais sobre o desenvolvimento expressivo e a gramática da criança, além de esperados aplicados por profissionais de saúde utilizando plurais de substantivos e compreensão de sentenças. A praticidade, aceitabilidade e sustentabilidade da medida de triagem foram, em sua maioria, classificadas como altas.

No Brasil, os estudos focaram na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças e Jovens (CIF-CJ) e Fonoaudiologia (Borges *et al.*, 2020); em métodos de avaliação da apraxia de fala na infância (Oliveira *et al.*, 2021); e na triagem e diagnóstico de dificuldades/distúrbios de aprendizagem (Paterlini *et al.*, 2019). A interface entre os distúrbios de linguagem e o sistema de saúde ainda é pouco explorada, sendo as escolas o ambiente mais comum de identificação dos transtornos no Brasil, seguida de encaminhamento para atendimento por profissionais de saúde.

Apesar dos avanços na área, os resultados também revelam que o sistema de saúde ainda não adequou seus procedimentos para a detecção precoce dos distúrbios de linguagem. A falta de estudos focados no sistema público de saúde é uma limitação

identificada nesta revisão, o que dificulta o debate e a implementação de protocolos no contexto do SUS. Portanto, a padronização de uma escala que pode ser utilizada por profissionais de saúde no sistema público é uma necessidade que permitirá uma intervenção precoce e redução dos efeitos no desenvolvimento das crianças.

Em resumo, os resultados da presente revisão sistemática destacam a importância de estudos nacionais na área de protocolos e testes de diagnóstico, prevenção e intervenção precoce em distúrbios de linguagem. É necessário promover a produção científica no Brasil, especialmente voltada para o sistema público de saúde, a fim de subsidiar a implementação de protocolos e aprimorar o atendimento às crianças com distúrbio de linguagem. A padronização de escalas e a sensibilização dos profissionais de saúde são medidas essenciais para a identificação precoce e a intervenção adequada nesse contexto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo ofereceu percepções relevantes para abordar e identificar os distúrbios de linguagem no sistema de saúde, destacando pontos cruciais a serem considerados. Através da análise de 47 estudos, observou-se que a aplicação de protocolos validados para o diagnóstico e treinamento adequado dos profissionais de saúde são elementos essenciais para a construção do diagnóstico precoce e encaminhamento adequado das crianças para profissionais especializados e tratamentos específicos.

Uma das principais necessidades identificadas é o estabelecimento de uma escala padronizada que possa ser utilizada por profissionais nos serviços de saúde. Essa escala pode auxiliar na identificação precoce dos distúrbios de linguagem e direcionar as crianças para uma intervenção adequada. Portanto, é fundamental que pesquisas futuras se dediquem a sugerir estratégias eficazes para a implementação dessa escala e para a mobilização dos profissionais de saúde, a fim de garantir uma abordagem mais eficiente no diagnóstico e na intervenção precoce.

No entanto, é importante ressaltar que a adesão a essas estratégias dependerá de um investimento governamental na formação das equipes de saúde. A construção de práticas de saúde tratadas para a detecção e o encaminhamento precoce dos distúrbios de linguagem requerem uma presença maior de profissionais capacitados, como fonoaudiólogos, nas equipes de saúde. Esse investimento governamental é crucial para garantir que as crianças com distúrbios de linguagem recebam atenção necessária desde os primeiros anos do desenvolvimento.

Em suma, o estudo destaca a importância da implementação de protocolos e treinamentos adequados no sistema de saúde, bem como a necessidade de estabelecer uma escala padronizada para o diagnóstico precoce dos distúrbios de linguagem. Além disso, ressalta-se a importância do investimento governamental na capacitação das equipes de saúde, visando à construção de práticas que promovam a detecção e o encaminhamento precoce. Essas ações são essenciais para garantir um melhor prognóstico e qualidade de vida para as crianças com distúrbios de linguagem.

REFERÊNCIAS

- AUZA B, A.; MURATA, C.; PEÑALOZA, C. **Early detection of Spanish-speaking children with developmental language disorders**: Concurrent validity of a short questionnaire and a screening test. *Journal of communication disorders*, v. 104, n. 106339, p. 106339, 2023.
- BORGES, M. G. DE S.; MEDEIROS, A. M. DE; LEMOS, S. M. A. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças e Jovens (CIF-CJ) e Fonoaudiologia**: associação com fatores sociodemográficos e clínico-assistenciais. *CoDAS*, v. 32, n. 3, p. e20190058, 2020.
- GESELL A. GESELL E AMATRUDA. **Diagnóstico do desenvolvimento: avaliação e tratamento do desenvolvimento neuropsicológico do lactente e da criança pequena, o normal e o patológico**. 3.Ed. São Paulo: Atheneu, 2000.
- HAGE, S. R. DE V.; FAIAD, L. N. V. **Perfil de pacientes com alteração de linguagem atendidos na clínica de diagnóstico dos distúrbios da comunicação: Universidade de São Paulo - campus Bauru**. *Revista CEFAC*, v. 7, n. 4, p. 433–440, 2005.
- HAGE, S. R. V. *et al.* **Arquivos de neuro-psiquiatria**, v. 62, n. 3A, p. 649–653, 2004.
- HOLZINGER, D. *et al.* **Language screening in 3-year-Olds: Development and validation of a feasible and effective instrument for pediatric primary care**. *Frontiers in pediatrics*, v. 9, p. 752141, 2021.
- HOLZINGER, D. *et al.* **Language screening in 3-year-Olds: Development and validation of a feasible and effective instrument for pediatric primary care**. *Frontiers in pediatrics*, v. 9, p. 752141, 2021.
- JUSTICE, L. M.; AHN, W.-Y.; LOGAN, J. A. R. **Identifying children with clinical language disorder: An application of machine-learning classification**. *Journal of learning disabilities*, v. 52, n. 5, p. 351–365, 2019.
- KIESE-HIMMEL, C. **Früherkennung primärer Sprachentwicklungsstörungen – zunehmende Relevanz durch Änderung der Diagnosekriterien? Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz**, v. 65, n. 9, p. 909–916, 2022.
- LIU, X. L.; ZAHRT, D. M.; SIMMS, M. D. **An interprofessional team approach to the differential diagnosis of children with language disorders**. *Pediatric clinics of North America*, v. 65, n. 1, p. 73–90, 2018.
- LIU, X. L.; ZAHRT, D. M.; SIMMS, M. D. **An interprofessional team approach to the differential diagnosis of children with language disorders**. *Pediatric clinics of North America*, v. 65, n. 1, p. 73–90, 2018.
- OLIVEIRA, A. M. DE *et al.* **Métodos de avaliação da apraxia de fala na infância: revisão sistemática**. *Audiology - Communication Research*, v. 26, 2021.
- PATERLINI, L. S. M. *et al.* **Screening and diagnosis of learning disabilities/disorders - outcomes of interdisciplinary assessments**. *Revista CEFAC*, v. 21, n. 5, 2019.

PRATES, L. P. C. S.; MARTINS, V. DE O. **Distúrbios da fala e da linguagem na infância.** Rev Med Minas Gerais, v. 21, n. 4, p. 54–60, 2011.

REDMOND, S. M.; HANNIG, K. M.; WILDER, A. **Redmond (2002) revisited: Have standardized behavioral rating scales gotten better at accommodating for overlapping symptoms with language impairment?** Seminars in speech and language, v. 40, n. 4, p. 272–290, 2019.

RUBEN, R. J. **Redefining the survival of the fittest: communication disorders in the 21st century: Redefining the survival of the fittest:** Communication disorders in the 21st century. The Laryngoscope, v. 110, n. 2 Pt 1, p. 241–245, 2000.

SIERRA, I. *et al.* **Artificial intelligence-assisted diagnosis for early intervention patients.** Applied sciences (Basel, Switzerland), v. 12, n. 18, p. 8953, 2022.

STILLE, C. M. *et al.* **Natural language processing in large-scale neural models for medical screenings.** Frontiers in robotics and AI, v. 6, p. 62, 2019.

TANNOCK, R. **Desenvolvimento da linguagem e alfabetização: Comentários sobre Beitchman e Cohen.** 2011. Disponível em: <<https://www.encyclopedia-crianca.com/desenvolvimento-da-linguagem-e-alfabetizacao/segundo-especialistas/desenvolvimento-da-linguagem-e>>. Acesso em: 11 jun. 2023.

VERMEIJ, B. A. M. *et al.* **Predictors in language proficiency of young children with presumed developmental language disorder within the setting of early language intervention.** Frontiers in communication, v. 7, 2022.

VOLGINA, S. Y. *et al.* **The role of the district pediatrician in the early diagnosis of speech developmental disorders in preschool children.** Rossiyskiy Vestnik Perinatologii i Pediatrii (Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics), v. 66, n. 4, p. 129–134, 2021.

Teias sociais e saúde renal: uma análise qualitativa dos fatores sociais na progressão da doença crônica

Filipe Bonfim Nunes

Enfermeiro. Mestre em Ciências da Saúde e Biológicas (UNIVASF)

Nataly Viviane Maia Gama da Cunha

Enfermeira pós graduada em obstetrícia

Ronald de Lima Santos

Tecnólogo em Radiologia. Especialização em Docência do Ensino Superior

Igor de Sousa Gomes

Especialista (enfermeiro obstetra)

Ially de Sousa Gomes

Graduanda em Psicologia

Diogo de Oliveira Silva

Especialista em saúde pública

Barbara Bispo de Santana

Enfermeira. Mestre em Saúde Pública

Agnete Troelsen Pereira Nascimento

Mestre em Educação e Diversidade

Edvone Alves da Silva

Mestranda em Saúde pública

Marcelo Domingues de Faria

Prof. Dr. Do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde e Biológicas (UNIVASF)

RESUMO

Este estudo objetivou analisar a percepção dos participantes sobre a influência dos determinantes sociais de saúde na progressão da DRC. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório qualitativo, sendo desenvolvido em uma clínica especializada em Nefrologia, no município de Senhor do Bonfim (BA). Participaram da pesquisa 13 indivíduos que apresentavam o diagnóstico de DRC, sob sessões de hemodiálise, os quais foram selecionados por meio da saturação nas falas. Para coleta das informações, utilizou-se um instrumento de caracterização dos participantes e questões subjetiva sobre aspectos socioeconômicos, demográficos, condições relacionadas ao trabalho, estilo de vida, problemas de saúde e todo o contexto da DRC. A coleta de dados aconteceu na própria clínica, onde os pacientes realizavam sessões de hemodiálise. A análise de dados qualitativa foi avaliada a partir da Análise Textual Discursiva (ATD): unitarização, categorização e escrita do metatexto. Emergiram conceitos sobre doenças de base, nível de instrução, socioeconômico e demográfico, acesso à saúde, relações sociais, hábitos de vida. Diante disto, percebe-se que os participantes não têm compreensão que os determinantes sociais de saúde



de influenciam a instalação de uma nefropatia, ou seja, a percepção e compreensão dos sinais iniciais da doença, diagnosticados precocemente poderiam retardar a manifestação da DRC.

Palavras-chave: insuficiência renal crônica; doença crônica; fatores de risco; saúde pública.

ABSTRACT

This study aimed to analyze participants' perceptions about the influence of social determinants of health on the progression of CKD. This is a descriptive, exploratory, qualitative study developed in a clinic specialized in Nephrology, in the city of Senhor do Bonfim (BA). Thirteen individuals who had a diagnosis of CKD and were undergoing hemodialysis sessions participated in the research, and were selected through saturation in the speeches. To collect the information, a participant characterization instrument and subjective questions about socioeconomic and demographic aspects, work-related conditions, lifestyle, health problems and the entire context of CKD were used. Data collection took place at the clinic itself, where patients underwent hemodialysis sessions. Qualitative data analysis was assessed based on Discursive Textual Analysis (DTA): unitarization, categorization and writing of the metatext. Concepts emerged about underlying diseases, level of education, socioeconomic and demographic factors, access to health, social relationships, and lifestyle habits. In view of this, it is clear that the participants do not understand that the social determinants of health influence the onset of nephropathy, that is, the perception and understanding of the initial signs of the disease, diagnosed early, could delay the onset of CKD.

Keywords: chronic renal failure; chronic disease; risk factors; public health.

INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são condições complexas que surgem ao longo da existência e persistem por um período prolongado. Elas estão associadas a vários elementos, fatores sociais determinantes e situações condicionantes, e também compartilham fatores de risco individuais, tais como tabagismo, consumo excessivo de álcool, sedentarismo e dieta não saudável.¹

A Doença Renal Crônica (DRC), por exemplo, considerada uma DCNT, é uma patologia progressiva e irreversível das funções renais, o qual, na maioria dos casos, surge de forma assintomática, decorrente das complicações das doenças de base, tais como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus tipo II (DM II).² Cerca de 850 milhões de indivíduos em todo o mundo sofrem com a DRC, sendo que mais de 2 milhões precisam de diálise ou vivem com um rim transplantado.³ No Brasil, não se sabe com precisão o número de pessoas com a doença, mas há uma estimativa de 3 a 6 milhões pessoas, sendo, mais de 150 mil em terapia dialítica, considerada um problema de saúde pública.⁴

Para diminuir a progressão e até mesmo o DRC é fundamental a criação e implementação de medidas de controle, supervisão e acompanhamento, com foco na

prevenção e cuidado aos indivíduos mais suscetíveis que apresentem maiores riscos.² Além disso, é essencial trabalhar nos fatores determinantes e condicionantes que influenciam a saúde, coordenando medidas mais eficazes do governo para reduzir as disparidades de saúde, juntamente com iniciativas públicas que combatam os elementos de risco, e incentive a promoção de estilos de vida saudáveis.¹

Devido à relevância dos fatores sociais que influenciam a saúde no decorrer dos problemas de saúde, e com o intuito de reduzir as disparidades na área da saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu a Comissão sobre Determinantes Sociais de Saúde (DSS) em 2005. Esse grupo elaborou uma definição organizada sobre os DSS, colocando em destaque a posição social como base das desigualdades sociais. Essa definição organizada inclui a existência de duas categorias distintas, nomeadamente: fatores estruturais e fatores intermediários.⁵

Os fatores estruturais incluem a situação econômica que está intimamente relacionada com as disparidades na área da saúde, sobretudo, em nações em desenvolvimento. Esse aspecto engloba renda; nível educacional; ocupação; classe social; gênero e etnia.⁶ Dessa forma, os fatores estruturais são aqueles que se relacionam com o contexto e a posição socioeconômica, determinando a posição individual dentro das hierarquias de poder, prestígio e acesso aos recursos em nossa sociedade.

Os elementos intermediários englobam as condições materiais que envolvem aspectos como moradia e qualidade do entorno, poder de compra e o ambiente físico no trabalho; os fatores psicossociais, que incluem agentes estressores psicossociais, relações estressantes, e estilos de suporte social e de enfrentamento (ou a ausência destes); os elementos comportamentais e/ou biológicos ligados à alimentação, à prática de atividades físicas, ao tabagismo e ao consumo de bebidas alcoólicas, os quais são distribuídos de forma desigual entre diferentes grupos sociais e influenciados por fatores genéticos; o sistema de saúde como um determinante social relevante para o acesso, que envolve disparidades de exposição e vulnerabilidade por meio de ações multissetoriais realizadas no âmbito da saúde. O sistema de saúde desempenha um papel significativo na mediação das diferentes consequências da doença na vida das pessoas.^{1,7}

Assim sendo, nota-se que os DSS têm sido cada vez mais destacados como elementos significativos no risco, na progressão e no início da DRC. Dessa forma, este estudo se torna relevante por ser pioneiro no município de Senhor do Bonfim – BA e, principalmente, por destacar os DSS que mais acometem esse público, pois, auxiliará os profissionais de saúde no desenvolvimento de estratégias para dirimir tais problemas. Diante disso, este estudo buscou analisar a percepção dos participantes sobre a influência dos Determinantes Sociais de Saúde na progressão da DRC.

MÉTODO

Esta pesquisa obedeceu às Resoluções nº. 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto encontra-se aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Plataforma Brasil, sob o número do parecer 5.965.774.

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório de caráter qualitativo, analisando que a temática escolhida é específica, e propõe a formação de novas hipóteses sobre determinado tema. O estudo foi desenvolvido em uma clínica especializada em Nefrologia, localizada no município de Senhor do Bonfim (BA).

Essa clínica dedicada ao tratamento de problemas renais. Trata-se de uma instituição privada, mas presta serviços para o Sistema Único de Saúde (SUS), atendendo 216 pacientes em hemodiálise no momento da coleta de dados. No entanto, durante a fase de entrevistas, a saturação foi alcançada com 13 participantes que fazem hemodiálise. Ao seguir a metodologia de entrevistas e abordagem qualitativa proposta pelo estudo, foi adotado o critério de saturação - o qual indica que novas coletas de dados não trariam informações adicionais significativas devido à repetição, redundância e homogeneidade nas respostas.⁸

Para coleta dos dados, utilizou a entrevista semiestruturada contemplando a caracterização dos participantes e questões subjetiva sobre aspectos socioeconômicos, demográficos, condições relacionadas ao trabalho, estilo de vida, problemas de saúde e todo o contexto da DRC. Vale ressaltar que todas as perguntas realizadas ao participante dizem respeito à condição dele antes do diagnóstico.

Os critérios de inclusão dos pacientes foram: ser paciente da clínica com diagnóstico de DRC; ter idade igual ou superior a 18 anos; e realizar tratamento dialítico por período superior a três meses, pois antes desse tempo pode ser caracterizado como doença renal aguda. E como critério de exclusão, indivíduos que não possuem capacidade cognitiva para responder aos instrumentos de pesquisa; e paciente que são atendidos no serviço especializado, mas que não apresentam doença renal em fase crônica.

As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, analisadas de acordo com a Análise Textual Discursiva (ATD) que é dividida em três momentos: unitarização, categorização e escrita do metatexto.⁹ Para preservar a identidade dos participantes, identificaram-se os indivíduos com a letra (P), que significa “participante”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram desse estudo 13 pessoas com DRC em hemodiálise. Predominantemente, eram do sexo masculino 62%, com idades variando entre 41 a 82 anos, a maioria preta e parda 62% (08 no total). Em relação ao grau de instrução 31% tinham ensino fundamental incompleto; 54% residiam em zona urbana. Desse público, 62% eram aposentados. As doenças de bases que antecederam a DRC foram: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus II (DM tipo II) e Doenças Cardiovasculares (DCV).

Segundo¹⁰, os aspectos econômicos e sociais exercem um papel fundamental na saúde da população, já que a maior parte das doenças e das disparidades em saúde presentes em todas as nações são resultado das condições de nascimento, estilo de vida, ambiente de trabalho e idade das pessoas. Esse conjunto de fatores é conhecido como Determinantes Sociais da Saúde (DSS).

Em decorrência das mudanças sociais acarretadas pela globalização, tem sido notado um crescente aumento da disparidade e da injustiça na comunidade, o que suscitou discussões acerca das discrepâncias sociais na área da saúde como reflexo de questões sociais. Durante esses debates que ocorrem principalmente em meio acadêmico, também surgem questionamentos sobre a conceituação de saúde.¹¹

Segundo⁵ em 1946, já definia a saúde como o bem-estar social, físico e mental, que não está diretamente relacionado à ausência de doenças, mas à harmonia da organização social, física e mental. Esta definição é importante porque compreende-se que não são apenas os determinantes que determinam o estado de saúde humana, mas, também, o resultado da interação corpo-mente e meio ambiente.

¹¹Pontuam:

(...) nem todos os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) têm o mesmo nível de importância, sendo os mais destacados aqueles que representam a estratificação social (condições de distribuição de riqueza, poder e prestígios sociais) que alimenta as iniquidades relativas ao poder econômico, alterando a ordem social dos indivíduos e aprofundando as injustiças sociais. Estes mecanismos que alteram o posicionamento social dos indivíduos são as causas mais profundas das iniquidades em saúde.¹¹

O DSS como resultado do conjunto psicossocial e biomédico em que a pessoa está inserida e relacionado às pessoas com doença renal crônica, percebe-se que esses pacientes dependem de ações que vão além das análises biomédicas tradicionais, abrangendo a compreensão humana do binômio saúde-doença. Essa compreensão é construída a partir de elementos sociais que englobam a totalidade do ser humano.¹²

Por meio da fala dos participantes na entrevista, foi possível perceber que muitos possuem algum familiar do I ou II grau com DCNT:

Minha mãe tinha pressão alta. A gente cuidava dela com tudo, sabe? Não deixava faltar nada. Já meu pai tinha colesterol alto e pressão alta (P1)

Dois irmãos tem pressão alta e diabetes. Minha mãe tinha diabetes. (P9)

Não conheci meu pai, mas minha mãe tinha diabetes (P4)

Minha irmã tem o mesmo problema que eu (que possui DRC). Ela faz hemodiálise também. (P10)

Entre as enfermidades crônicas mais comuns, destacam-se a pressão alta e a diabetes, que atingem pessoas de todos os estratos sociais, sobretudo nas camadas mais vulneráveis da sociedade.¹¹ A doença renal crônica está associada as doenças crônicas não-transmissíveis, como hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes, glomerulonefrite, lúpus sistêmicos ou doença renal policística. Fica claro que a DRC está relacionada, principalmente, ao diabetes mellitus (DM) e à hipertensão, que são as principais causas de insuficiência renal (FR) em pacientes em hemodiálise/terapia renal substitutiva.¹³⁻¹⁴

Ademais, foi identificado que a HAS é o principal elemento de risco para morte e desenvolvimento de doença renal crônica, sendo um indicador crucial da deficiência na saúde dos rins, já que a pressão sanguínea elevada está associada ao avanço da doença, juntamente com tabagismo, DM II, obesidade e hiperlipidemia.¹⁵⁻¹⁶

Nesta fase da pesquisa, as opiniões dos entrevistados sobre seus diferentes processos de adoecimento começam a se tornar visíveis. Quando interrogados sobre o acesso à rede básica de saúde, alguns afirmam não ter acesso às políticas de prevenção, como a estratégia Saúde da família, seja pela resistência em ir ao médico ou à falta de serviço próximo à sua casa:

Confesso que hoje me arrependo de não ter procurado um médico para cuidar da minha saúde. Muito difícil estar nessa situação. Às vezes eu sentia algumas dores de cabeça, palpitação, mas não procurava o serviço de saúde. Quando pensa que não, já tava nessa máquina porque me falaram que os rins tinham parado. (P7)

Minha mulher brigava e muito comigo. Eu só ia no médico por causa dela. Agora tô assim, não cuidei da minha saúde. (P8)

Era difícil ir no dotor. Ficava longe da minha casa... Eu moro na roça. E as vezes não tinha médico. Aí eu voltava pra casa e tomava um chá para passar (P5)

Essas falas evidenciam como os entrevistados percebem o processo de saúde e doença. Para essas pessoas, principalmente, os homens, procurar ajuda profissional é o último recurso quando todas as outras opções se esgotaram.

Apesar das diretrizes de saúde estabelecidas, a Constituição Federal de 1988 ressalta que o acesso à saúde é uma responsabilidade do Estado e um direito de todos. Os Estados ainda enfrentam desafios em garantir esse atendimento de forma ampla e com qualidade. O programa Saúde da Família, como ferramenta de prevenção e orientação, tem falhado diante do aumento das doenças crônicas, como diabetes, hipertensão e doença renal crônica em pacientes em diálise, que poderiam ser tratadas ou controladas precocemente com a educação contínua da população e ampliação dos serviços disponíveis.¹⁷

Quanto aos hábitos de vida saudáveis, percebe-se, por meio do que foi relatado nas entrevistas, que alguns participantes diziam ter alimentação saudável mediante sua concepção. Outros, afirmaram que não conseguiam se alimentar bem, comiam o que tinha em casa. Além disso, informam já ter feito uso de cigarro e bebidas alcoólicas por um determinado período.

Eu acredito que me alimentava bem. Comia frutas, verduras, arroz, feijão... Essas coisas. Tentava manter uma alimentação balanceada. (P11)

Muita das vezes eu comia o que plantava, meu fi. Quando tinha dinheiro do que vendia para comprar um pedaço de carne ou as vezes um Kitut. Gostava muito de comer. Hoje em dia nem posso mais, né, o dotor daqui disse para tirar essas comidas, porque não faz bem a minha saúde. (pessoa preta, analfabeta, moradora de zona rural, que trabalhava na roça (P13)

Não conseguia comer direito. A vida que levava era bem difícil. Comia na estrada, nesses restaurantes. A gente não sabe as procedências dessas comidas. Mas quando estava em casa, até que a mulher fazia umas comidas gostosa... Amava quando tinha aquela feijoada de domingo (risos) (P12)

Por muito tempo eu bebi e fumava. Hoje em dia eu parei, até por causa que hoje tô doente. E eu quero viver. (P4)

O que foi sinalizado pelos participantes é algo comum de se ver nos dias atuais. A literatura vigente, por exemplo, aborda a questão do “nutricídio”, o qual pessoas do gênero feminino, pretas, sem escolaridade e com nível socioeconômico inferior estão mais expostas a consumirem alimentos de baixo teor nutricional e com elevada concentração de

sódio^{18,20} aborda em seu artigo sobre “desigualdades no acesso à alimentação no mundo. No contexto do Brasil, esses fatores associados à insegurança alimentar estão atrelados às diferenças demográficas e socioeconômicas, como residir nas regiões Norte e Nordeste do país, viver com baixa renda, ser da raça/cor preta/parda e do sexo feminino.”

²¹ Discorreram sobre a garantia alimentar, levantando questões que se relacionavam a pilares fundamentais da sociedade brasileira, como, por exemplo, o preconceito racial, que, aliado aos preconceitos de gênero, torna-se determinante das oportunidades sociais e do acesso a bens materiais. Nesse sentido, essas duas perspectivas estão sendo examinadas em relação à falta de segurança alimentar, incorporando essa questão às consequências estruturais das desigualdades sociais enfrentadas pela comunidade negra e pelas mulheres, prejudicando, portanto, a situação de saúde desse grupo.

Também houve relatos sobre o consumo de álcool por um longo período antes do diagnóstico da DRC. Alguns especialistas indicam que o álcool pode causar danos aos rins ao longo do tempo, levando a uma possível falência renal.²² Além disso, informaram ser ex-tabagistas. De acordo com estudos literários, foi comprovado que o tabaco contém componentes que prejudicam o funcionamento dos rins, tornando-o um elemento de perigo para o avanço de doenças, uma vez que provoca alterações nas células endoteliais, inflamação, estresse oxidativo, esclerose glomerular e atrofia tubular, entre outros efeitos.²³

Em relação à higiene pessoal, os entrevistados relataram ter bons hábitos, como tomar banho todos os dias, escovar os dentes, cuidar da aparência no geral. Sobre a realização da prática de atividade física, alguns informaram não realizar devido falta de tempo, outros conseguiam praticar caminhada alguns dias na semana. Além disso, informaram, também, ter um tempo ocioso agora pós-diagnóstico de DRC, pois a condição que apresentam é limitante em determinadas questões.

Sim, tomava banho todos os dias. Sempre tive cuidado com minha aparência. Deus me livre sair de casa parecendo uma doida (gargalhada). (P9)

Quanto a isso não precisa nem perguntar (risos), sempre me cuidei. Me incomodo com mal cheiro, meu fi. No início ficava agoniada aqui na clínica, com esse fedor de hospital. Depois de anos que tô aqui me acostumei. (P11)

Sim, sim... Me cuidava direitinho. Tomava banho, escovava os dentes. Até porque se eu ficasse fedendo a mulher me largava. (risos) (P6)

E eu lá tinha tempo de fazer alguma atividade física, menino. Minha atividade física era acordar cedo para ir trabalhar na roça. Essa era minha atividade física. (P3)

Sim, eu fazia caminhada. No início minha filha ia comigo, as vezes ia sozinha. Mas gostava de caminhar. Agora evito por causa dessa doença, né, evito fazer esforço. Aí fico de cara pra cima às vezes, porque não pode isso, não pode aquilo... Por causa da veia (fístula), né. Depois dessa doença tudo mudou. (P2)

A falta de exercícios físicos, junto com a má qualidade de vida e a ingestão insuficiente de nutrientes na alimentação, desempenham um papel crucial no surgimento de DCNT, como hipertensão, diabetes e problemas cardíacos, que são os principais desencadeadores da DRC em pacientes em diálise.²⁴ Por outro lado, a incorporação de práticas saudáveis no cotidiano, mesmo diante de enfermidades, contribui para a melhora do bem-estar do indivíduo.²⁵ Autores²⁶ afirmam:

O sedentarismo caracterizado pela falta de atividade física é reconhecido como um problema de saúde pública, identificado como fator de risco relacionado à incidência de um grande número de doenças não transmissíveis (DNT), como as doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2 e vários tipos de cânceres.

No que diz respeito aos aspectos psicológicos e interações sociais, os indivíduos relatam ter ótimas relações com seus familiares, amigos e vizinhos. Também afirmam se sentir bem consigo mesmos. Entretanto, é possível notar episódios de instabilidade, como situações de estresse e ansiedade.

Graças a Deus me dou bem com minha família. Eles me ajudam muito, sabe, principalmente, a enfrentar esse momento que estou passando. Minha família é tudo. Meus vizinhos também, que são como... Como, não. Eles são uma família pra mim! Sou muito grata a Deus pela vida deles. (P11)

Meus amigos estão comigo sempre. Me ajuda em qualquer ocasião. Se preciso ir na rua (se refere sair da zona rural para zona urbana) eles pegam o carro e me levam. Não tenho o que me queixar. As vezes os da rua ajudam mais do que os de casa, sabia. (P1)

É evidente a importância dos dados referentes aos aspectos sociais e comunitários dos pacientes com DRC, uma vez que eles representam o capital social desses participantes.²⁷ A maneira como veem a si mesmos e ao mundo ao seu redor, afeta a forma como as pessoas com DRC desenvolverão estratégias de enfrentamento ao se depararem com a nova realidade apresentada pelo diagnóstico e tratamento.²⁸ Dessa forma, a falta de capital social eficaz ou reduzido pode resultar em exclusão social, ansiedade, depressão, comprometimento cognitivo e, por conseguinte, agravamento da condição de saúde. Nesse contexto, percebe-se que o suporte psicossocial e a espiritualidade desempenham um papel crucial no enfrentamento da doença renal crônica, sendo muitas vezes determinantes para a adesão ao tratamento.²⁹

É fundamental fortalecer as conexões sociais e interpessoais, assim como promover a integração na comunidade, para garantir o cuidado e a adesão dos pacientes e de suas famílias. Participar de grupos de apoio ou atividades espirituais, juntamente com uma equipe de cuidadores eficiente e colaborativa, é essencial para diminuir o estresse e o sofrimento causados pela doença.^{26; 29,30}

Com relação às informações sobre as condições sociais e de trabalho, os entrevistados expressam contentamento, apesar de, em algumas situações, não conseguirem adquirir certos remédios ou fazer exames adicionais, os quais o SUS ocasionalmente não consegue cobrir.

Em relação ao saneamento básico, manifestaram descontentamento devido à escassez de esgoto ou recolha de resíduos. No entanto, revelam contentamento com a moradia em que vivem. Além disso, alguns relatam receber um bom atendimento no sistema de saúde pública, particularmente através da equipe de saúde familiar. Já outros mencionam enfrentar obstáculos no acesso devido à distância ou à falta de profissionais capacitados.

Sobre a educação, alguns informaram ter ensino superior completo, enquanto outros não tiveram oportunidade de estudar.

Estou satisfeita com minha condição financeira hoje, mesmo doente, sabe? (P11)

Hoje estou aposentada, né, tenho um dinheirinho para comprar meus remédios. Às vezes a gente se aperta para comprar as coisas, mas é só entregar nas mãos de Deus que ele resolve. (P1)

Eu gosto da onde a gente moro. Lugar calmo. Não tem esgoto como aqui na cidade, mas a gente vive bem lá, graças a Deus. Um ajudando o outro. Moro lá desde que nasci. (P4)

Rapaz, pra falar a verdade, eu gosto de morar lá, conquistei minha casa própria, sou feliz, mas tem um descaso da parte do governo onde a gente mora, porque o carro do lixo demora dias pra passar lá. Aí o lixo fica jogado pelas ruas, porque os animais vão lá, com fome, né, rasga tudo. Se tivesse carro do lixo, que passasse tipo assim, certinho, né, evitaria esse constrangimento com os moradores. Graças a Deus que não tem esgoto a céu aberto, né, porque senão seria pior. (P6)

O posto de saúde sempre me atendeu bem. Os profissionais de lá são maravilhosos. Não tenho o que me queixar (P9).

Era difícil ir no dotor. Ficava longe da minha casa... Eu moro na roça. E as vezes não tinha médico. Aí eu voltava pra casa e tomava um chá para passar (P5).

Analisando as informações apresentadas, nota-se que a estrutura de atendimento inicial e outras medidas governamentais relacionadas à saúde, educação, moradia e saneamento não conseguem atender de forma eficaz as necessidades da população em termos de serviços de saúde satisfatórios, o que é essencial para atender às necessidades do indivíduo. O acesso aos serviços públicos é uma das prioridades da saúde pública e das análises sobre as condições de saúde e doença da população.¹⁰

De maneira adicional, ao analisar o grau de educação da pessoa, nota-se que isso influencia na compreensão do processo de saúde e doença. Em resumo, quanto maior o nível de instrução, mais ampla é a percepção em relação à doença renal crônica e aos fatores que protegem os rins. Fica evidente quando se questiona aos participantes se eles entendem/sabem o que é Doença Renal Crônica e como poderia evitar tal doença?

Agora eu sei. O pessoal daqui (clínica) fala que é quando os rins param, né? Não funciona mais. Aí precisa fazer esse tratamento. (P13)

Sim, sei sim. Os ruins param de funcionar, aí preciso passar por essas sessões de hemodiálise. Algumas pessoas da minha família tiveram também. Lembro que foi um processo doloroso demais para a gente. (P11)

Não sabia até ficar doente e precisar vim para Bonfim fazer hemodiálise. Faz tempo que estou aqui. O médico disse que é por causa da Pressão Alta e Diabetes que com o tempo vai prejudicando o rim. (P3)

Não sabia bem o que era, sabe? Quando cheguei aqui precisando de tratamento que me explicaram o que era e o motivo que causou tudo isso. No início foi bem difícil de lidar com tudo isso. Hoje já sei me cuidar bem. Sei que não posso beber muita água, comida com muito sal. Não posso beber. Parei de fumar também. (P5)

Após uma pesquisa em âmbito global para investigar a opinião dos pacientes com diabetes em relação à DRC e aos aspectos que impactam sua evolução, foi constatado que os níveis sociodemográficos, socioeconômicos, educacionais e de saúde estavam interligados. Em outras palavras, os indivíduos com menor nível de escolaridade, situação socioeconômica e demográfica apresentavam menor compreensão sobre o estado de saúde, resultando em uma deterioração das funções renais.³¹

De acordo com essas descobertas, um estudo foi conduzido em Cingapura com pacientes que utilizam os serviços de saúde primária e descobriram que os profissionais de saúde, especialmente os mais jovens, com educação acima do nível primário e com renda familiar mais alta, tinham mais chances de possuir um conhecimento mais aprofundado sobre a DRC, juntamente com os fatores que ajudam a retardar a progressão da doença.³²

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo observou que os participantes não têm compreensão que os determinantes sociais de saúde influenciam a instalação de uma nefropatia, ou seja, a percepção e compreensão dos sinais iniciais da doença, diagnosticados precocemente poderiam retardar a manifestação da DRC. A maioria dos participantes era do sexo masculino, com idade entre 41 a 82 anos, de cor preta e parda, com ensino fundamental incompleto, residente em área urbana, aposentado.

Entretanto, esta pesquisa possui algumas restrições, como a abordagem descritiva e o método qualitativo por não ser considerado como o melhor para identificar exatamente quais elementos prejudicam o funcionamento dos rins no desenvolvimento da DRC, o que compromete a credibilidade dos resultados. Em relação à abordagem descritiva da pesquisa, não é possível estabelecer uma conexão direta de causa e efeito. Apesar das limitações, este estudo ainda se mostra significativo devido à relevância do assunto abordado.

REFERÊNCIAS

1. Istilli PT, Teixeira CRS, Arroyo LH, Arcêncio RA, Lima RAD, Zanetti ML, *et al.* Os determinantes sociais e a mortalidade prematura por doença crônica não transmissível: um scoping review. *Cienc Cuid Saude* 2020;19:e50398
2. Charles C, Ferris Ah. Chronic kidney disease. *Primary Care*.2020; 47(4):585-595.
3. Souza Filho MD de, Martins L de O, Santos Álison M, Costa ACC da, Braga RLS, Leódido ACM. Perfil epidemiológico de pacientes com doenças renais atendidos em uma clínica especializada. *REAS [Internet]*. 18dez.2023 [citado 27abr.2024];23(12):e15156.
4. Nerbass FB, Lima H do N, Moura-Neto JA, Lugon JR, Sesso R. Brazilian Dialysis Survey 2022. *Braz J Nephrol [Internet]*. 2024Apr;46(2):e20230062. Available from: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2023-0062en>
5. Organização Mundial Da Saúde (OMS). Constituição da Organização. 5 mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-organiza%C3%A7%C3%A3oMundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saudeomsworld.html>
6. Islam MM. Social Determinants of Health and Related Inequalities: Confusion and Implications. *Front Public Health*. 2019; 7:11. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00011>
7. Brown JS, Elliott RW. Social determinants of health: Understanding the basics and their impact on chronic kidney disease. *Nephrology Nursing Journal*, 2021;48(2):131-135. Doi: <https://doi.org/10.37526/1526-744X.2021.48.2.131>

8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. São Paulo: Hucitec, 2001(11): 71.
9. Moraes R, Galiazzi MC. Análise textual discursiva: processo reconstrutivo de múltiplas faces. *Ciência & Educação*. 2006;12(1):117-128.
10. Carvalho AI. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. 2013;2:19-38.
11. Sousa CA, Silva CLL. Doença renal crônica: uma análise dos determinantes sociais em saúde. *Health Residencies Journal (HRJ)*.2023;4(19):44-54.
12. Nogueira VMR. Determinantes sociais de saúde e a ação dos assistentes sociais – um debate necessário. *Serviço Social e Saúde*. 2015;10(2):45.
13. Zarifa AS, Fraga-Maia H, Mill JG, Lotufo P, Griep RH, Fonseca M de JM da, *et al.*. Variabilidade da Pressão Arterial em Única Visita e Risco Cardiovascular em Participantes do ELSA-Brasil. *Arq Bras Cardiol [Internet]*. 2022Oct;119(4):505–11. Available from: <https://doi.org/10.36660/abc.20210804>
14. Paim LS, Xavier CE de OS, Nader DBB, Alves JVN, Andrade MO de, Alves VAP, Figueredo SR, Costa JL, Dobrachinski L. A importância do diagnóstico precoce da doença renal crônica na atenção primária à saúde. *REAMed [Internet]*. 10maio2023 [citado 27abr.2024];23(5):e12835. Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/medico/article/view/12835>
15. Goicochea-Rios, EDS, Chian-García, AM, Yupari-Azabache, IL, & Gómez Goicochea, NI. Fatores Associados ao Desenvolvimento de Doença Renal Crônica em Pacientes com Hipertensão Arterial. *Jornal Internacional de Nefrologia e Doença Renovascular*. 2024;113-123.
16. Yang, L., Li, J., Wei, W., Pu, Y., Zhang, L., Cui, T., Fu, P. (2023). Variabilidade da pressão arterial e progressão da doença renal crônica: uma revisão sistemática e meta-análise. *Jornal de Medicina Interna Geral*. 2023;38(5):1272-1281.
17. Aguiar, LK. Avaliação da atenção primária à saúde de pessoas com doença renal crônica. Repositório UFMG, 2019.
18. Meller F de O, Santos LP dos, Miranda VIA, Tomasi CD, Soratto J, Quadra MR, *et al.*. Desigualdades nos comportamentos de risco para doenças crônicas não transmissíveis: Vigitel, 2019. *Cad Saúde Pública [Internet]*. 2022;38(6):e00273520. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT273520>
19. Santos ABA, Araújo DA, Almeida IGO, Vilasboas GS, Carvalho VCHS. Repercussões do racismo na alimentação e nutrição da população negra brasileira. *Segurança Alimentar e Nutricional*. 2023;30:e023027. Doi: 10.20396/san.v30i00.8672249.
20. Silva SO da, Santos SMC dos, Gama CM, Coutinho GR, Santos MEP dos, Silva N de J. A cor e o sexo da fome: análise da insegurança alimentar sob o olhar da interseccionalidade. *Cad Saúde Pública [Internet]*. 2022;38(7):e00255621. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT255621>

21. Kepple AW, Segall-Corrêa AM. Conceituando e medindo segurança alimentar e nutricional. *Ciênc Saúde Colet*, 2011;16(1):187-99.
22. Oliveira LGF, Fracoli, LA, Castro DMCL, Gryscek ALFPL, Pina-Oliveira AA, Silva LA *et al.* Longitudinalidade na atenção primária à saúde: explorando a continuidade do cuidado ao longo do tempo. *Arq. ciências saúde UNIPAR*. 2023;27(7): 3385-3395.
23. Elihimas Júnior UF, Elihimas HC dos S, Lemos VM, Leão M de A, Sá MPB de O, França EET de, *et al.*. Tabagismo como fator de risco para a doença renal crônica: revisão sistemática. *Braz J Nephrol [Internet]*. 2014Oct;36(4):519–28. Available from: <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20140074>
24. Kirsztajn, GM. Doença renal crônica: diagnóstico e prevenção [Internet]. SBN. 2020. Disponível em: <https://www.sbn.org.br/noticias/single/news/doencarenal-cronica-diagnostico-e-prevencao>
25. Malta DC, Bernal RTI, Ribeiro EG, Moreira AD, Felisbino-Mendes MS, Velásquez-Meléndez JG. Arterial hypertension and associated factors: National Health Survey, 2019. *Rev Saúde Pública*. 2022;56:122.
26. Alves Sousa C, Lucas da Silva CL. Doença Renal Crônica: uma análise dos determinantes sociais em saúde . *HRJ*. 2023;4(19).
27. Nunes APN, Barreto SM, Gonçalves LG. Relações sociais e autopercepção da saúde: projeto envelhecimento e saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. v. 15, n. 2, p. 415-28, 2012.
28. Melo SP da S de C, Cesse EÂP, Lira PIC, Rissin A, Cruz R de SBLC, Batista M. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores associados em adultos numa área urbana de pobreza do nordeste brasileiro. *Ciênc saúde coletiva [Internet]*. 2019;24(8):3159–68.
29. Braga SFM, Peixoto SV, Gomes IC, Acúrcio F de A, Andrade EIG, Cherchiglia ML. Fatores associados com a qualidade de vida relacionada à saúde de idosos em hemodiálise. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(6):1127–36.
30. Leimig MBC, Lira RT, Peres FB, Ferreira AGC; Falbo AR. Qualidade de vida, espiritualidade, religiosidade e esperança em pessoas com doença renal crônica em hemodiálise. *Rev. Soc. Bras. Clín. Méd*. 2018(1): 30-36.
31. Shah SA, Anuar H, Abdul Gafor AH, Abdullah NN. Poor perception of chronic kidney diseases and its influencing factors among diabetics patients. *Sci Rep*. 2022;12(1):5694.
32. Eun JC, Parque HC, Hyun BY, Kyung DJ, Hwajung K, Yun KO, *et al.* Effect of multidisciplinary pre-dialysis education in advanced chronic kidney disease: Propensity score matched cohort analysis. *Nephrology*. 2012;17(5):472-9.

Depressão pós-parto: desafios cotidianos

Adiana Jacinto da Silva

Graduada do curso de enfermagem (UNIP)

Fernanda Batista Costa

Graduada do curso de enfermagem (UNIP)

RESUMO

Para muitas mulheres, a chegada de um bebê é um momento de grande felicidade e realização. Infelizmente, muitas mães sofrem com a depressão pós-parto, uma condição que pode trazer grandes desafios para a vida delas e de suas famílias. A depressão pós-parto é uma condição que afeta diversas mulheres. Este quadro tem seu início em algum momento durante os primeiros dias. Geralmente se manifesta por um conjunto de sintomas como irritabilidade, choro frequente, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, transtornos alimentares e do sono, ansiedade, sentimentos de incapacidade de lidar com novas solicitações. Também pode afetar a capacidade da mãe de cuidar do bebê e interferir no vínculo entre mãe e filho. Por isso, é fundamental que as mães recebam apoio e intervenção psicológica adequada para superar essa condição.

Palavras-chave: depressão pós-parto; puerpério; interação mãe-bebê.

ABSTRACT

For many women, the arrival of a baby is a moment of great happiness and fulfillment. Unfortunately, many mothers suffer from postpartum depression, a condition that can bring great challenges to their lives and that of their families. Postpartum depression is a condition that affects many women. This condition begins sometime during the first few days. It is usually manifested by a set of symptoms such as irritability, frequent crying, feelings of helplessness and hopelessness, lack of energy and motivation, lack of sexual interest, eating and sleeping disorders, anxiety, feelings of inability to deal with new requests. It can also affect the mother's ability to care for the baby and interfere with the bond between mother and child. Therefore, it is essential that mothers receive support and adequate psychological intervention to overcome this condition.

Keywords: postpartum depression; post-partum period; mother-baby interaction.



INTRODUÇÃO

A DPP é caracterizada pela ocorrência de um episódio depressivo major (por vezes inclui também a depressão menor) no período pós-parto, que corresponde habitualmente aos 12 primeiros meses após o nascimento do bebê (O'Hara, 2009; O'Hara & McCabe, 2013). Nesse sentido, o período pós-parto, traz consigo mudanças significativas na vida da mulher, seja de forma positiva ou negativa.

Dessa forma, o presente trabalho, tem como objetivo principal compreender se e de que maneira a depressão pós-parto pode prejudicar a saúde física e mental das mães do estado de Pernambuco, após o período da gestação? Levando em consideração que há uma alteração no metabolismo e na produção de hormônios de todas as mulheres no período gestacional, o que ocasiona, na maioria das vezes, transformações físicas e mentais no seu corpo, gerando, por conseguinte, problemas emocionais e psicológicos, dentro do âmbito familiar.

Assim, a metodologia utilizada respalda-se sobre as concepções de Piccinini, (2003); Silva Botti (2005) e Tolentino (2016). As plataformas utilizadas foram: Google Acadêmico e SciElo Brasil, frisando as palavras-chave: depressão pós - parto, puerpério , interação mãe - bebê. A pesquisa utilizada é uma pesquisa Bibliográfica, na qual, foram encontrados 11 (onze) artigos científicos publicados desde 2005 até 2023, tratando diretamente do tema supracitado.

METODOLOGIA

O presente estudo, envolveu um levantamento bibliográfico, no qual, foram pesquisados trabalhos especializados, em livros, teses e artigos, para uma melhor apropriação acerca do assunto.

[...] elaborada a partir de material já publicado, constituído principalmente de: livros, revistas, publicações em periódicos e artigos científicos, jornais, boletins, monografias, dissertações, teses, material cartográfico, internet, com o objetivo de colocar o pesquisador em contato direto com todo material já escrito sobre o assunto da pesquisa. Na pesquisa bibliográfica, é importante que o pesquisador verifique a veracidade dos dados obtidos, observando as possíveis incoerências ou contradições que as obras possam apresentar (Prodanov; Freitas, 2013, p. 54).

Assim, esta, nos ajuda a compreender melhor determinadas concepções científicas e também, a responder indagações que surgem ao logo da pesquisa. A base de dados utilizada foi o Google Acadêmico e SciElo Brasil, destacando as palavras - chave: depressão pós - parto, puerpério, interação mãe - bebê. Foram analisados 11 (onze) artigos científicos publicados desde 2005 até 2023.

O trabalho respaldou-se sobre as concepções de alguns autores base, como Piccinini, (2003); Silva Botti (2005) e Tolentino (2016) dentre outros.

Também, por outros como (Eluisa Bordin Schnedt. Neri Mauricio Piccololo Marisa Campico Muller, Giana Bitencourt Frizz, Cesar Augusto Piccinini, Damaris Cordeiro da silva, Andrea Rapoport. Carolina Pinho Serratini, Andréa Silva Invenção, Rosa Vanessa Alves Lima, Luciana Camargo de Oliveira Melo, Nayara Gonçalves Barbosa, Erildo Vicente Muller, Ana

Paula Rodrigues Arciprete, Juliana Cristina dos Santos Monteiro, Camila Marinelli Martins, Pollyanna Kássia de Oliveira Borges, Juliana Alvares Duarte Bonini Campo, (2005, 2019 à 2023), utilizamos a base de dados, mediante a pesquisa bibliográfica foram encontrados 11 (onze) artigos científicos publicados desde 2005 até 2023. Na pesquisa, a plataforma digital utilizada foi o Google Acadêmico e SciElo Brasil, plataforma que foi utilizada para pesquisar as palavras-chave, como, depressão pós-parto, puerpério, interação mãe-bebe.

Dentro do presente estudo, foi estudado sobre o transtorno de depressão pós-parto, que tem acometido um número considerado de mulheres, com isso nosso objetivo foi verificar as possíveis causas e sintomas que acometem essa mulher.

DEPRESSÃO

É considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o “Mal do Século”. No sentido patológico, há presença de tristeza, pessimismo, baixa autoestima, que aparecem com frequência e podem combinar-se entre si. A depressão provoca ainda ausência de prazer em coisas que antes faziam bem e grande oscilação de humor e pensamentos, que podem culminar em comportamentos e atos suicidas. Diante das adversidades, as pessoas sem a doença sofrem, ficam tristes, mas encontram uma forma de superá-las. Nos quadros de depressão, a tristeza não dá tréguas, mesmo que não haja uma causa aparente, é uma sensação de extrema tristeza e perda do interesse em atividades comuns durante as primeiras semanas ou meses depois do parto.

Tendo em vista que, a depressão é uma das doenças mais estudadas na atualidade, decorrente do alto número de pessoas que são acometidas por esta e também por seus casos aumentarem a cada ano, o indivíduo acaba desenvolvendo capacidades funcionais temporárias, podendo chegar até as limitações mais permanentes, é importante lembrar que a depressão é um transtorno comum, mais muito sério e que não deve ser ignorado, uma vez que interfere na vida diária capacidade de trabalhar do indivíduo, dormir, estudar, comer e aproveitar a vida, é causada por uma combinação de fatores genéticos, biológicos, ambientais e psicológicos (Barbosa *et al.*, 2018).

DEPRESSÃO PÓS-PARTO

É sabido que a depressão pós-parto acontece com mulheres de todas as idades, classes sociais e de todos os níveis escolares. Ela pode ocorrer com mulheres que desejam muito ter um filho, bem como com aquelas que não aceitam o fato de ter engravidado (Arrais, 2005).

Visto que muitas mulheres sonham em engravidar e têm muitas expectativas quanto a essa fase, até mesmo a crença popular de que a maternidade é um período de muita alegria para a mulher. E, por muito tempo, acreditou-se que, nesse período, a mulher estava imune a qualquer doença mental, embora pesquisas recentes apontem riscos psicológicos para essa fase da vida.

A gestação e o pós-parto é um período de muitas adaptações na vida da mulher, pois ocorrem inúmeras mudanças em seu corpo, alterando seu metabolismo e a produção

de hormônios. É, também, um momento de reformulação de seu papel social e de alteração da sua psiquê, afinal marca uma importante etapa da vida. Consiste na criação de um novo ser, que se desenvolve durante nove meses, esperado geralmente com muita ansiedade.

Além disso, há a construção social de um ideal de ser mãe, o qual muitas gestantes esperam atingir. Tudo isso faz com que se elevem os riscos de desenvolver alterações psicológicas nesse período, até mesmo desencadear transtornos de humor.

A mãe deprimida não tem estabilidade emocional suficiente para interagir adequadamente com seu bebê.

Mediante isso, tende a responder menos aos comportamentos do bebê do que mães não deprimidas, e filhos de mães não responsivas apresentam maiores dificuldades no estabelecimento de apego deve ser preocupante para mãe tanto para a criança, como também para a família, pois todos os envolvidos sofrem consequências com a depressão pós-parto.

Existem vários fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento da doença, como: gravidez não planejada ou não desejada, conflitos conjugais, ser mãe solteira ou desempregada, gestante com baixa renda e baixo nível socioeconômico, dentre outros.

A depressão pós-parto é um distúrbio desencadeado por múltiplos fatores. A queda nos níveis de hormônios que ocorre logo após o fim da gravidez, associado ao cansaço físico pela privação do sono e o estresse emocional que um bebê recém-nascido gera, costumam ter grande peso na alteração de humor da mãe.

Alguns fatores aumentam o risco de a mãe desenvolver DPP. São eles:

- História de depressão pós-parto em gravidez anterior.
- Conflitos conjugais.
- Dificuldade financeira.
- Mães com idade menor que 25 anos.
- Mães solteiras.
- História familiar de depressão.
- Problemas de saúde do bebê.
- Gravidez indesejada.
- Dificuldade para amamentar.
- Bebês de temperamento difícil.
- Mulheres com história de **tensão pós-menstrual** grave.

Mulheres que desenvolvem depressão pós-parto logo nas primeiras semanas, possuem maiores riscos de desenvolver depressão em um outro momento da vida. Além disso, podemos incluir insônia, perda de apetite, irritabilidade e dificuldade de criar um

vínculo com o bebê, se não for tratada logo no início pode durar vários meses. Depressão pós-parto não é uma falha de caráter ou uma fraqueza segundo estudos.

Do mesmo modo, isso acontece por vários fatores como já foi citado, a mulher por estar muito sobrecarregada, exausta psicologicamente sem um apoio a levam a se sentirem incapaz de lidar com tantos afazeres, e sabemos que o cansaço mental é mais prejudicial ao ser humano do que o cansaço físico. O companheiro(a) e família precisam ouvir as orientações também, pois a mulher sozinha não consegue mudar sua realidade, não consegue protagonizar mudanças (Stakeholder 2).

TRATAMENTO

Durante os períodos gestacional e puerperal, as mães passam por mudanças, e essas podem, muitas vezes, vir acompanhadas de um quadro melancólico depressivo. Isso ocorre por diversos fatores, tanto psicológicos quanto sociais ou fisiológicos. Entre eles, estão as expectativas sobre a maternidade, tanto da própria gestante quanto dos familiares, o que coloca a mãe num constante estado de pressão.

Na fisiologia, podemos citar a queda dos hormônios gonadotróficos e placentários, intimamente relacionados com o emocional da mulher. Fatores sociais, como o relacionamento com o pai da criança e demais familiares, qualidade de vida da mãe, renda e histórico familiar de depressão, também têm ligação com o bem-estar psicológico da mulher. O tratamento pode variar desde terapias com psicólogo e de casal até o uso de medicamentos.

Compreender, o enfermeiro deve ter o conhecimento acerca da etiologia e os sinais associados a DPP, para tomar medidas preventivas contra a doença. Deve promover saúde mental da gestante de uma maneira em geral, cabem ao enfermeiro executar com qualidade e dedicação durante o pré-natal (Silva; Botti, 2005; Tolentino *et al.*, 2016).

Desse modo, o pré-natal tem sido uma ferramenta importante pois proporciona uma qualidade de vida com promoção de saúde. A vista disso, esse período é a época para uma preparação física e emocional e psicológica na vida da gestante, como também um período de experiência, mais aprendizado para a equipe de saúde no desenvolvimento do processo do cuidar.

Contudo, quando a gestante tem o risco de desenvolver DPP, logo identificado durante o pré-natal, imediatamente é encaminhada para um acompanhamento específico com equipes de saúde especializadas

O tratamento da depressão pós-parto é feito individualmente, conforme cada caso, com medicamentos antidepressivos combinados com psicoterapia. O aconselhamento e apoio da família, parceiro(a) e amigos é fundamental, pois ajuda a tratar e a prevenir depressão, depressão pós-parto e depressão durante a gravidez. Para o tratamento ser eficaz, é recomendado que ambos os pais participem de todo o processo.

A DPP é um quadro que requer estudos aprofundados para melhores formas de diagnóstico e tratamento, uma vez que atinge não somente a puérpera, mas também o

bebê (prejudicando o vínculo mãe-filho) e demais familiares que possuem convívio diário com a paciente, colocando em risco a saúde de todos os envolvidos. O objetivo desta revisão sistemática de literatura é analisar.

Sem o tratamento adequado, a depressão pós-parto pode interferir negativamente no vínculo entre mãe e filho, causar problemas familiares e prejudicar a amamentação. Os bebês podem ter prejuízos no desenvolvimento cognitivo, psicomotor e de linguagem, além de estarem mais vulneráveis a desenvolver problemas de comportamento, como dificuldades para dormir e comer, crises de birra e hiperatividade.

Caso esse problema não seja tratado o conflito interno da puérpera é assustador pois experimenta impulsos inesperados de prejudicar ou fazer mal ao seu bebê. Essa luta interior é um aspecto sério e delicado da depressão pós-parto e para se livrar desses pensamentos, precisa buscar ajuda imediatamente.

O primeiro impacto ocorre um processo de desligamento, quando se percebe no sorriso da mãe, nesse momento perde-se o contato visual entre ambos. O segundo, o bebê age como reanimador, fazendo com que a mãe volte a vida. O terceiro ponto é a busca por estimulação ou interesse no mundo, ao perceber que foi deixado em segundo plano.

Da mesma forma, o bebê sente-se o desejo de estar com mãe não deprimida. A partir desse momento, o mesmo tende a aceitar tudo que é oferecida pela mãe-deprimida, iniciando um processo de grandes impactos no desenvolvimento do bebê, onde apresenta mais expressões negativas do que positiva, mostram menos espontaneidade e menos níveis de atividade devido a DPP (Schwengber; Piccinini, 2003).

Por isso é muito importante a puérpera ou familiar procurar um profissional de saúde para ajudar a resolver pois ao identificar o sofrimento mental na puérpera, é importante que o profissional preste uma atenção diferenciada, oferecendo apoio necessário a mulher e sua relação psíquica, quanto ao vínculo com seu bebê e incluindo o planejamento familiar .

A literatura cita efeitos no desenvolvimento social, afetivo e cognitivo da criança, além de sequelas prolongadas na infância e adolescência. Depressão pós-parto não é uma falha de caráter ou uma fraqueza. Se você tem depressão pós-parto, o tratamento imediato pode ajudar a gerir os seus sintomas e desfrutar de seu bebê.

Não existe uma única causa conhecida para depressão pós-parto. Ela pode estar associada a fatores físicos, emocionais, estilo e qualidade de vida, além de ter ligação, também, com histórico de outros problemas e transtornos mentais. No entanto, a principal causa da depressão pós-parto é o enorme desequilíbrio de hormônios em decorrência do término da gravidez. Outros fatores que podem causar ou ajudar a provocar a depressão pós-parto:

- Privação de sono;
- Isolamento;
- Alimentação inadequada;
- Sedentarismo;

- Falta de apoio do parceiro;
- Falta de apoio da família;
- Depressão, ansiedade, estresse ou outros transtornos mentais;
- Vício em crack, álcool ou outras drogas.

No caso dos homens, a depressão pós-parto pode surgir por conta da preocupação com sua própria capacidade de educar um recém-nascido. A ansiedade em prover uma boa vida para a criança, o aumento das responsabilidades e o suporte que se deve dar ao parceiro(a) estão entre as causas do problema.

Não existe um consenso. Isso, inclusive, é negativo para se estabelecer o diagnóstico. O que se observa diante da literatura é que, três meses após o parto, é um período seguro de se avaliar a depressão pós-parto. As reações emocionais vão ser semelhantes ao *blues* pós-parto, porém, mais intensas.

Existem sintomas de uma depressão comum, mas persistente. Persiste naquele humor deprimido, naquele desinteresse, naquele desânimo. Às vezes, há uma perda de peso, uma dificuldade de concentração. E a grande característica (da depressão pós-parto) é que interfere diretamente na relação da mãe com o bebê, com menos interação. Ela (mãe) quer desistir da amamentação, sente-se desconfortável ao ter que falar com o bebê; sente-se desamparada. É algo mais intenso do ponto de vista emocional e mais duradouro.

No caso da depressão pós-parto, por se tratar de dificuldades mais intensas, o ideal é que a paciente passe por uma avaliação psiquiátrica. Quando essa mãe recebe o suporte adequado, ela vai começar a se organizar emocionalmente diante desse nascimento.

Eventualmente ela vai iniciar um processo de acompanhamento psiquiátrico, existe uma sistematicidade. Paralelo a isso, há o acompanhamento psicológico. A gente não tem como prever o tempo de tratamento, mas a gente vai saber que ela está bem da depressão quando observamos a melhora na questão do humor, do apetite, quando ela começa a retomar o interesse em atividades que tinha deixado de lado. No que se refere ao bebê, temos de observar se há interação com a criança, se ela vai conseguir atender às necessidades dela e do filho.

O puerpério é o período que abrange desde o nascimento do bebê até a volta da mãe à “vida habitual”, isto é, ao estilo de vida mais próximo do anterior ao da gestação. No entanto, com um bebê em casa, as obrigações e responsabilidades sobre a mãe redobram, sem contar as tantas transformações hormonais que todo o processo demanda.

Com isso, a falta de atenção e cuidados com a recém-mãe podem gerar drásticas consequências, como a transição de um breve momento de tristeza, conhecido como “*baby blues*” para a depressão pós-parto. De acordo com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a doença é identificada em 1 a cada 4 mães de recém-nascidos no país.

OBJETIVO GERAL

Compreender se e de que maneira a depressão pós-parto pode prejudicar a saúde física e mental das mães do estado de Pernambuco após o período da gestação.

Descrever que muitas mulheres, a chegada de um bebê é um momento de extrema felicidade e uma realização de um sonho. Diante disso, muitas mães no mundo todo sofrem com a depressão pós-parto, além disso isso pode acarretarem grandes desafios para a mãe do bebê e sua família.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Compreender os principais fatores que influenciam as mulheres do estado de Pernambuco a desenvolverem a depressão pós-parto;
- Identificar os principais sintomas adquiridos pelas mães após a gestação;
- Exemplificar melhores estratégias advindas de pesquisas científicas para minimizar tal problemática.

Evidenciar o caso sobre depressão pós-parto, buscando meios para tentar minimizar casos como esses, com o intuito de ajudar as gestantes a prepararem o psicológico

Diagnosticar Mulheres que desenvolvem depressão pós-parto logo nas primeiras semanas, possuem maiores riscos de desenvolver depressão em um outro momento da vida. Além disso podemos incluir insônia, perda de apetite, irritabilidade e dificuldade de criar um vínculo com o bebê.

Desenvolver estratégias de acompanhamento psicológico ao longo da gestação é uma medida importante para promover o equilíbrio emocional e prevenir a depressão pós-parto, assegurando um começo saudável para a jornada da maternidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Princípio a depressão pós-parto pode ser equiparada com um abismo emocional capaz de afogar uma mãe e sua família. Infelizmente, alguns casos não recebem a atenção que deveriam e a mulher sofre ativamente com essas consequências (Instituto Brasileiro de Psicanálise Clínica).

Notamos que perante os fatos citados, toda puérpera precisa ser observada não só no pós-parto e sim durante a gestação, pois a maioria já demonstra sinal durante a gravidez.

Mas, é evidente que este não é um processo que deva envolver a participação de apenas das pessoas próximas a mulher. Os profissionais de saúde como Enfermeiros e Médicos devem estar atentos e, quando necessário, relatar à família que algo que não está bem com a paciente, e vice-versa.

Assim, é necessário evidenciar a importância do pré-natal de qualidade, a realização de grupos de educação perinatal, a consulta de pós-parto e a terapia familiar para a prevenção da DPP, o diagnóstico precoce e tratamento, no intuito de empoderar a puérpera e sua rede de apoio, diminuindo a possibilidade de interferência na vida de todos os inseridos no processo de significação do puerpério.

Acreditamos que só a união de forças entre os profissionais de saúde e familiares pode transformar este momento em uma fase em que a paciente se sentirá mais firme e confiante para expressar seus sentimentos, sentindo-se acolhida e ajudada. Só assim pode-se proporcionar uma melhor superação das dificuldades que a Depressão Pós-Parto, já que seus maiores aliados são o descaso e a subestimação do sofrimento da mulher, quer pela equipe de saúde, quer pela família.

REFERÊNCIAS

- Acta Paul Enferm 36. (2023). <https://www.scielo.br/j/ape/a/pr3sQXpyVF97T49kB3Hj5dc/>
- Alt, Melissa Dos Santos; Benetti, Silvia Pereira da Cruz. (2008). Maternidade e Depressão: Impacto na Trajetória de Desenvolvimento. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 13, n. 2, p. 389-394, abr./jun. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n2/a22v13n2.pdf>>. Acesso em 19 de Set. 2017.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2018). Committee on Obstetric Practice: Committee Opinion No. 757: Screening for Perinatal Depression. *Obstet Gynecol* 130 (3): 132 (5):e208–e212. doi: 10.1097/AOG.0000000000002927
- Arrais, A. R. (2005). As configurações subjetivas da depressão pós-parto: para além da padronização patologizante. Tese de doutorado, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.
- Dantas, M. M. C. D., Araújo, P. C. B., Paulino, D. S., & Maia, E. M. C. (2012). Avaliação do apoio social e de sintomas depressivos em mães de bebês prematuros hospitalizados. *Psicologia em Revista*, 18(1), 90-106. <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2012v18n1p90>
- Diana V. (2022). Diferenças entre “baby blues” e depressão pós-parto 09 de jun. <https://www.saude.ce.gov.br/2022/06/09/entrevista-psicologa-explica-diferencas-entre-baby-blues-e-depressao-pos-parto/>
- Eduarda Sperandio (2022). Baby Blues, Depressão pós-parto, puerpério, saúde com ciência, <https://www.medicina.ufmg.br/depressao-pos-parto-25-das-maes-de-recem-nascidos-no-brasil-sao-diagnosticadas-com-o-transtorno-segundo-fiocruz/>
- Faisal-Cury, A., Tedesco, J. J. A., Kahhale, S., Menezes, P. R., & Zugaib, M. (2004). Postpartum depression: in relation to life events and patterns of coping. *Archives of Women’s Mental Health*, 7, 123-131.
- Figueira, P. G., Diniz, L. M., & Silva, H. C., Filho (2011). Características demográficas e psicossociais associadas à depressão pós-parto em uma amostra de Belo Horizonte. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 33(2), 71-75. Recuperado em 15 junho, 2013, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082011000200002&script=sci_arttext
- Frizzo G, Piccinini C. (2007). Depressão materna e a interação triádica pai-mãe-bebê. *Psicol Reflex Crít* 2007; 20:351-60.
- Greinert BRM, Milani RG. (2015). Depressão Pós-Parto: Uma Compreensão Psicossocial. *Psicol Teor Prat*. 2015;17(1):26-36. <http://dx.doi.org/10.15348/1980-6906/psicologia.v17n1p26-36>

- Greinert BRM, Milani RG. (2015). Depressão Pós-Parto: Uma Compreensão Psicossocial. *Psicol Teor Prat.* 2015;17(1):26-36. <http://dx.doi.org/10.15348/1980-6906/psicologia.v17n1p26-36>
- Guedes *et al.* (2011). Depressão pós-parto: incidência e fatores de risco associados São Paulo. 2011 jul. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/viewFile/58907/61885>> Acesso em: 02 de Set. 2017.
- Hartmann JM, Mendoza-Sassi RA, Cesar JA. (2017). Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública.* 2017;33(9):e00094016 doi:10.1590/0102-311x00094016
- Lima, Rosa Vanessa Alves *et al.* (2023) . Transtorno depressivo em mulheres no período pós-parto: análise segundo a raça/cor autorreferida. *Acta Paulista de Enfermagem [online].* v. 36 [Acessado 9 Agosto 2024], eAPE03451. Disponível em: <<https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO03451> <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO034511>>. Epub 06 Feb 2023. ISSN 1982-0194. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO03451>.
- Lopes, M. W. P; Gonçalves, J. R. (2020) . Avaliar os motivos da depressão pós-parto: uma revisão bibliográfica de literatura. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos* , Brasil, São Paulo, v. 3, n. 6, p. 82–95. DOI: 10.5281/zenodo.4292361. Disponível em: <https://www.revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/108>. Acesso em: 10 ago. 2024.
- Monteiro A. S. J.; Carvalho D. da S. F.; Silva E. R. da; Castro P. M.; Portugal R. H. da S. (2020). Depressão pós-parto: atuação do enfermeiro. *Revista Eletrônica Acervo Enfermagem*, v. 4, p. e4547, 8 out.
- Muller, Erildo Vicente, Martins, Camila Marinelli e Borges, Pollyanna Kássia de Oliveira. (2021). Prevalence of anxiety and depression disorder and associated factors during postpartum in puerperal women. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil [online].*v. 21, n. 4 [Acessado 9 Agosto 2024], pp. 995-1004. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1806-93042021000400003>>. Epub 21 Feb 2022. ISSN 1806-9304.
- O'Hara, M. W. (2009). Postpartum depression: What we know. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 1258-1269. doi:10.1002/jclp.20644
- O'Hara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 379-407. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050212-1856
- Piccinini, S. (2003). Data from Introspective Reports: Upgrading from Common Sense to Science. *Journal of Consciousness Studies*, 10(9-10), 141–156.
- Psicologia em Revista. (2012. Acessado: <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2012v18n1p90>
- Rapoport, A. & Piccinini, C. (2011). Maternidade e situações estressantes no primeiro ano de vida do bebê. *Psico-USF*, 16(2), 215-225. Doi: 10.1590/S1413-82712011000200010
- Rodanov, C. C.; Freitas, E. C. (2013). Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. Novo Hamburgo, RS: Feevale.
- Rosado, J. S. & Wagner, A. (2015). Qualidade, ajustamento e satisfação conjugal: Revisão sistemática da literatura. *Pensando Famílias*, 19(2), 21-33.

Shinohara, H. (2012) Terapia cognitiva da depressão. In: Falcone, M. de O.; Oliveira, M. da S. Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática.: Casa do Psicólogo, p.43-72.

Soares, Wellington Danilo; Santos, Caroline Gonçalves; Jesus, Mirna Ingrid Rodrigues; Soares, Raquel Schwenck de Mello Vianna; Jones, Kimberly Marie. (2022). A relação mãe-bebê na depressão pós-parto. Cadernos UniFOA, Volta Redonda, v. 17, n. 49, p. 147–156. DOI: 10.47385/cadunifoa.v17.n49.3690. Disponível em: <https://unifoa.emnuvens.com.br/cadernos/article/view/3690>. Acesso em: 9 ago. 2024.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter permitido que nós tivéssemos saúde e determinação para não desanimar durante a realização deste trabalho. Aos pais e irmãos, que nos incentivam nos momentos difíceis e compreendem a minha ausência enquanto eu me dedicava à realização deste trabalho. A professora, pelas correções e ensinamentos que nos permitiriam apresentar um melhor desempenho no meu processo para a formação de um profissional no futuro.

Avaliação dos riscos ambientais na bacia hidrográfica do Bacanga em São Luís – MA

Assessment of environmental risks in the Bacanga Water Basin in São Luís – MA

Milena Oliveira Jorge Pereira

Mestranda em Desenvolvimento e Meio Ambiente, pela Universidade Federal do Maranhão. Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão e Pós-graduada em Gestão em Saúde, pela Escola de Saúde Pública do Estado do Maranhão. Ano: 2024.

RESUMO

A Política Nacional do Meio Ambiente define um ambiente poluído pela degradação da qualidade ambiental resultante de atividades que direta ou indiretamente prejudicam a saúde, segurança e bem-estar da população. Diante da possibilidade de avaliação sistêmica da dinâmica socioambiental, o gerenciamento ambiental das bacias hidrográficas busca a redução de conflitos e o manejo ecossistêmico, tendo como fim a melhoria da qualidade de vida da população. Observa-se que na bacia hidrográfica do Bacanga as intervenções humanas sobre o ambiente têm ocasionado alterações que influenciam no nível de saúde da população residente na região. Por meio desta pesquisa, busca-se analisar os riscos ambientais na bacia hidrográfica do Bacanga, no município de São Luís – MA, identificar eventos perigosos ao ambiente, definir as causas imediatas e básicas, detectar a ocorrência desses eventos, identificar possíveis consequências danosa, a frequência e a severidade mais esperadas, definir o nível qualitativo de risco, além da sugerir medidas de prevenção e proteção. Parte-se da hipótese de que as intervenções antrópicas têm atuado diretamente na qualidade ambiental da bacia, e a poluição decorrente dessas intervenções, interfere diretamente na saúde desta população. O objetivo principal deste estudo foi aplicar a matriz de avaliação de riscos para a bacia hidrográfica do Bacanga, tendo como premissa as orientações ao Plano de Segurança da Água desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde. Na abordagem metodológica, trata-se de um estudo ecológico, de abordagem direta e sistêmica, de pesquisa descritiva, de caráter indutivo, de forma a evidenciar os principais perigos ambientais da referida bacia, por meio de uma avaliação preliminar de risco - técnica de identificação de perigos e análise de riscos para identificação de eventos perigosos, causas e consequências e estabelecimento de medidas de controle. Como resultado da observação direta e sistemática do ambiente constatou-se vários perigos por meio da matriz de risco



ambiental da bacia hidrográfica do Bacanga: a supressão de áreas verdes, a intensificação dos processos erosivos, deterioração da qualidade da água, o assoreamento dos corpos de água da bacia, além da proliferação de doenças; e através das análises estatísticas na distribuição de agravos de veiculação hídrica, a presença de dois agrupamentos, sendo um dentro da área de estudo e o outro em área de fronteira entre municípios da ilha do Maranhão.

Palavras-chave: doenças transmitidas pela água; análise espacial; saúde; risco ambiental.

ABSTRACT

The National Environmental Policy defines an environment polluted by the degradation of environmental quality resulting from activities that directly or indirectly harm the health, safety and well-being of the population. Given the possibility of systemic assessment of socio-environmental dynamics, the environmental management of river basins seeks to reduce conflicts and ecosystem management, with the aim of improving the population's quality of life. It is observed that in the Bacanga river basin, human interventions in the environment have caused changes that influence the health level of the population residing in the region. Through this research, we seek to analyze the environmental risks in the Bacanga river basin, in the municipality of São Luís – MA, identify dangerous events to the environment, define the immediate and basic causes, detect the occurrence of these events, identify possible harmful consequences, the most expected frequency and severity, define the qualitative level of risk, in addition to suggesting prevention and protection measures. It is based on the hypothesis that human interventions have acted directly on the environmental quality of the basin, and the pollution resulting from these interventions directly interferes with the health of this population. The main objective of this article was to apply the risk assessment matrix to the Bacanga river basin, based on the guidelines for the Water Safety Plan developed by the World Health Organization. In the methodological approach, it is an ecological study, of a direct and systemic approach, of descriptive research, of an inductive nature, in order to highlight the main environmental hazards of the aforementioned basin, through a preliminary risk assessment - a technique for identifying hazards and risk analysis for identifying dangerous events, causes and consequences and establishment of control measures. As a result of direct and systematic observation of the environment, several dangers were found through the environmental risk matrix of the Bacanga river basin: the suppression of green areas, the intensification of erosion processes, deterioration of water quality, the siltation of bodies of basin water, in addition to the proliferation of diseases; and through statistical analyzes in the distribution of waterborne diseases, the presence of two clusters, one within the study area and the other in the border area between municipalities on the island of Maranhão.

Keywords: waterborne diseases; spatial analysis; health; environmental hazards.

INTRODUÇÃO

A gestão sustentável das bacias hidrográficas tem por objetivo diagnosticar as condições do ambiente natural, identificar suas potencialidades e usos indicados, além de avaliar a dinâmica do uso do solo.

Inúmeros trabalhos destacam a utilização da bacia hidrográfica como área de estudo levando em consideração a diversidade de elementos a serem analisados, e ainda a preocupação com a qualidade e quantidade das águas.

A caracterização da bacia hidrográfica ressalta os condicionantes naturais e a dinâmica socioeconômica. De acordo com Rocha *et al.* (2000), trata-se de um sistema biofísico e socioeconômico, integrado e interdependente, contemplando atividades agrícolas, industriais, comunicações, serviços, facilidades recreacionais, formações vegetais, nascentes, córregos e riachos, lagoas e represas, enfim todos os habitats e unidades de paisagem.

Rebello (2010) ressalta que a intervenção do homem deve ser analisada e pode desencadear o agravamento do risco podendo ser compreendido a nível de vulnerabilidade. Salienta ainda, que diversos autores analisam risco como a conjunção de situações de perigo e a vulnerabilidade.

Na gestão do risco, ao se considerar de uma forma integrada os riscos ambientais faz-se necessário avaliar as condições naturais, além da população a eles exposta.

Dessa forma a análise dos riscos ambientais torna-se relevante, principalmente em se tratando da água como principal elemento desse sistema. Tem por objetivo hierarquizar e priorizar os riscos para auxiliar na avaliação e no gerenciamento. Inclui as etapas de Avaliação, Gestão e Comunicação de Risco (AS/NZS, 2004).

A presente pesquisa buscou realizar a análise dos riscos ambientais na bacia hidrográfica do Bacanga, no município de São Luís – MA, identificar eventos perigosos ao ambiente, definir as causas imediatas e básicas, detectar a ocorrência desses eventos, identificar possíveis consequências danosas, a frequência e a severidade mais esperadas, definir o nível qualitativo dos riscos, além da sugerir medidas de prevenção e proteção.

O objetivo principal deste artigo foi aplicar a matriz de avaliação de riscos para a bacia hidrográfica do Bacanga, tendo como premissa as orientações ao Plano de Segurança da Água desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde.

MÉTODO

Trata-se de um estudo ecológico, de abordagem direta e sistêmica, de pesquisa descritiva, de caráter indutivo, concebida em três principais etapas. A primeira consistiu no levantamento de documentos, legislações, planos de saneamento básico, relatório de situação de recursos hídricos, dissertações e outros trabalhos acadêmicos, realizado em plataforma online até o segundo semestre de 2023.

A segunda etapa consistiu na aplicação de método útil para monitoramento das bacias hidrográficas, a análise preliminar de risco, resultando em uma matriz de riscos da bacia hidrográfica do Bacanga.

A terceira etapa consistiu na análise estatística da distribuição do agravo, por meio da estimativa de densidade de Kernel (Bergamaschi, 2010).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Um ambiente poluído, segundo a Política Nacional do Meio Ambiente, apresenta degradação da qualidade ambiental resultante de atividades que direta ou indiretamente prejudiquem a saúde, segurança e bem-estar da população, afetando desfavoravelmente a biota, e lançam materiais em desacordo aos padrões estabelecidos.

De forma que o gerenciamento ambiental das bacias hidrográficas perpassa por um planejamento integrado em que haja a compreensão de indicadores de diferentes áreas, a possibilidade de avaliação sistêmica da dinâmica socioambiental, além da busca pela redução de conflitos e manejo ecossistêmico, visando sempre a melhoria da qualidade de vida da população residente na região.

De acordo com Cardella (2011), a avaliação preliminar de risco é uma técnica de identificação de perigos e análise de riscos que consiste em identificar eventos perigosos, causas e consequências e estabelecer medidas de controle. Preliminar, porque é utilizada como primeira abordagem do objeto de estudo. Num grande número de casos é suficiente para estabelecer medidas de controle de riscos. O objeto da avaliação pode ser área, sistema, procedimento, projeto ou atividade e seu foco são todos os perigos do tipo evento perigosos ou indesejável.

A avaliação dos riscos ambientais segue algumas etapas, dentre elas, a identificação de eventos perigosos, a definição de causas imediatas e básicas, meios para detectar a ocorrência de um evento perigoso, a identificação de possíveis consequências danosas aos eventos perigosos, a identificação qualitativa da frequência esperada, a identificação qualitativa da severidade mais esperada, definição do nível qualitativo de risco além da sugestão de medidas de prevenção e proteção (Cardella, 2011).

A Matriz de Risco Ambiental da Bacia Hidrográfica do Bacanga, resultante da observação direta e sistemática do ambiente, evidenciou como principais perigos a supressão de áreas verdes, a intensificação dos processos erosivos, deterioração da qualidade da água, o assoreamento dos corpos de água da bacia, além da proliferação de doenças.

A supressão de áreas verdes tem como causa o aumento do uso e ocupação do solo desordenadamente e o desmatamento, podendo serem detectados por sensoriamento remoto, monitoramento ambiental e inspeções regulares. Como efeito ocasiona danos/desequilíbrios ambientais, alteração/perda da biodiversidade, degradação do solo, alterações climáticas e diminuição da qualidade de vida da população residente na região. A frequência foi caracterizada como muito alta, severidade crítico e risco crítico. Como recomendações temos a realização de monitoramento, ações socioambientais e o planejamento ambiental integrado.

A intensificação dos processos erosivos possui suas causas alicerçadas no aumento do arruamento, além do aumento do uso e ocupação do solo de forma desordenada, podendo serem detectados por sensoriamento remoto, monitoramento ambiental e inspeções regulares. Como efeito ocasiona dano ambiental e assoreamento dos corpos d'água. A frequência foi caracterizada como alta, severidade marginal e risco moderado. Como recomendações temos a realização de monitoramento, ações socioambientais, o planejamento ambiental integrado e fiscalização periódica pela Defesa Civil.

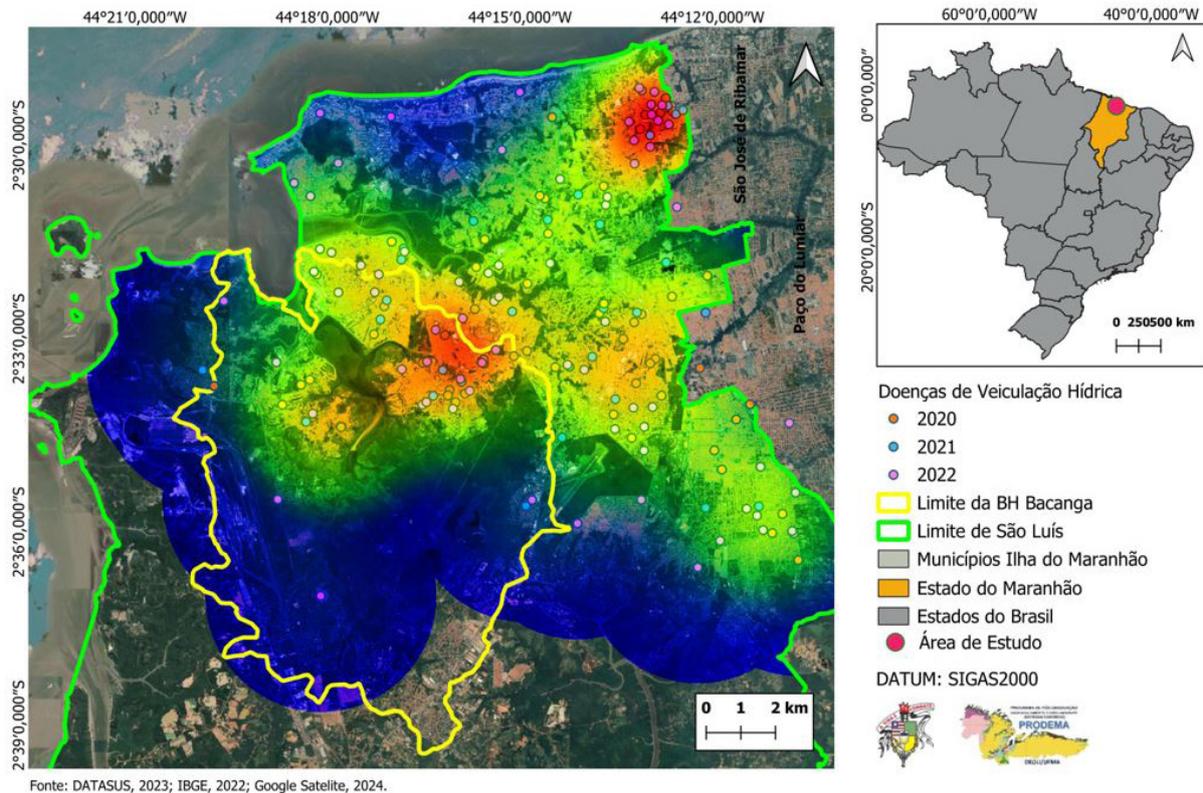
A deterioração da qualidade da água ocasionada pela contaminação dos corpos d'água da bacia, lançamento in natura dos esgotos domésticos, ausência de infraestrutura adequada de saneamento básico, descarte/acúmulo irregular de resíduos domésticos/ lixo em zonas de fraqueza (falhas), terrenos friáveis e de declividade elevada, por incineração ou enterramento. Detectados por monitoramento ambiental, inspeções e coletas de amostras para avaliações regulares. Como efeito resulta danos/desequilíbrios ambientais, alteração/perda da biodiversidade, proliferação de doenças de veiculação hídrica e ainda a diminuição da qualidade de vida da população residente na região da bacia hidrográfica. A frequência foi caracterizada como muito alta, severidade crítico e risco crítico. Como recomendações temos a realização de monitoramentos, de ações socioambientais, análise e controle da qualidade da água e o planejamento ambiental integrado.

O assoreamento dos corpos de água da bacia tem como causa o carreamento de sedimentos resultantes da ação antrópica e de resíduos oriundos de descarte irregular. Podendo ser detectado pelo monitoramento ambiental e por inspeções regulares. Tem como efeito a diminuição do volume hídrico, danos/desequilíbrios ambientais, além de alteração/perda da biodiversidade. A frequência foi caracterizada como alta, severidade marginal e risco moderado. Como recomendações temos a realização de monitoramentos, de ações socioambientais e o planejamento ambiental integrado.

A proliferação de doenças ocasionada em razão das precárias condições de infraestrutura e saneamento básico, da destinação inadequada dos resíduos domésticos, além da ingestão de água e alimentos contaminados. Detectada via monitoramento dos agentes comunitários de saúde, da gestão dos indicadores de saúde, além das notificações de agravos e internações hospitalares. Tem como efeito danos à saúde humana e também danos ambientais (poluição, contaminação). A frequência foi caracterizada como alta, severidade crítico e risco sério. Como recomendações temos a realização de monitoramentos dos indicadores de saúde, de ações socioambientais e o planejamento ambiental integrado.

Quando realizadas análises estatísticas na distribuição de agravos de veiculação hídrica na referida área de estudo (figura 1), constatou-se a presença de dois agrupamentos (clusters), sendo um dentro da área de estudo e o outro em área de fronteira entre municípios da ilha do Maranhão.

Vale ressaltar a possibilidade de conflitos relacionados às fronteiras intermunicipais, haja visto desacordo entre as malhas territoriais disponibilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e os registros de notificações de internações hospitalares por doenças de veiculação hídrica, baseados nos códigos de endereçamento postal do município de São Luís – MA.

Figura 1 - Análise Espacial das Notificações de Internações Hospitalares por DVH.

Fonte: Autoral, 2024.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inúmeras condições de precariedade observados nessa região da bacia hidrográfica do Bacanga, caracterizam-se quanto à carência de infraestrutura e de serviços essenciais. Em geral, o escoamento do esgoto é feito, quase sempre, a “céu aberto” e os dejetos humanos são destinados às fossas sépticas.

A falta de infraestrutura e serviços tem deixado essa população cada vez mais vulnerável a doenças, revelando uma profunda desigualdade social. Sendo a principal consequência da ausência do serviço de esgotamento sanitário, a contaminação dos mananciais de águas. Isso demonstra falta de investimento nos serviços básicos para a população residente nessa região e o descaso do poder público com o meio ambiente e a saúde da população.

A diminuição da qualidade de vida da população que reside na região da bacia hidrográfica do Bacanga tem sido consequência de diversos fatores de degradação ambiental, dentre eles o desmatamento e a ocupação das margens dos cursos d’água urbanos, para satisfazer o adensamento populacional e dessa forma acelerar o processo de transformação ambiental.

REFERÊNCIAS

AS/NZS. **Risk Management 4.360:2004**. Sydney: Standards Australia, Wellington: Standards New Zealand, 30p, 2004.

BERGAMASCHI, R. B. **SIG aplicado a segurança no trânsito** – estudo de caso no município de Vitória – ES. 74 f. Universidade Federal do Espírito Santo: Vitória, 2010.

BRASIL. Lei nº 6.938, de 31 de agosto de 1981. **Institui a Política Nacional do Meio Ambiente**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1981.

CARDELLA, Benedito. **Segurança no trabalho e prevenção de acidentes: uma abordagem holística**. 1ª Ed. São Paulo: Atlas, 2011.

REBELO, F. **Geografia física e riscos naturais**. Coimbra, 2010.

ROCHA, O; PIRES, J.S.; SANTOS, J.E. dos. A bacia hidrográfica como unidade de estudo e planejamento. In: **A bacia hidrográfica do córrego monjolinho**. São Carlos: RIMA, 2000.

Neurociência de gênero: o Transtorno do Espectro Autista em mulheres sob a lente da saúde coletiva

Gender neuroscience: Autism Spectrum Disorder in women through the lens of public health

Danilo Gualtieri Gomes de Abreu

Psicólogo Clínico intitulado pelo conselho como especialista em Neuropsicologia. Uces- Universidad De Ciencias Empresariales y Sociales, <https://lattes.cnpq.br/9660776413387258>.

RESUMO

Este estudo aborda a necessidade de desenvolver estratégias de intervenção em saúde coletiva adaptadas às particularidades de gênero, com foco específico nas mulheres com Transtorno do Espectro Autista (TEA). As mulheres com TEA enfrentam desafios únicos devido à sub-representação nos diagnósticos e à falta de abordagens terapêuticas que considerem as diferenças de gênero. A pesquisa destaca a importância de capacitar os profissionais de saúde para reconhecer as manifestações sutis do TEA em mulheres, promovendo diagnósticos mais precisos e intervenções mais eficazes. Além disso, enfatiza a criação de redes de apoio social e programas de inclusão no mercado de trabalho e na educação como medidas fundamentais para melhorar a qualidade de vida e a inclusão social dessas mulheres. O estudo também sugere que as políticas de saúde coletiva devem ser reformuladas para incluir uma perspectiva de gênero, assegurando que as intervenções sejam holísticas e eficazes. Conclui-se que a implementação dessas estratégias requer um esforço coordenado entre os diferentes setores da sociedade e a escuta ativa das próprias mulheres com TEA, visando a construção de um sistema de saúde mais inclusivo e equitativo.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista; saúde coletiva; gênero; inclusão social; políticas de saúde.

ABSTRACT

This study addresses the need to develop public health intervention strategies that are adapted to the gender-specific needs of women with Autism

Saúde Coletiva: conceitos, práticas e determinantes em saúde

DOI: 10.47573/aya.5379.2.352.12



Spectrum Disorder (ASD). Women with ASD face unique challenges due to underdiagnosis and a lack of therapeutic approaches that consider gender differences. The research highlights the importance of training healthcare professionals to recognize the subtle manifestations of ASD in women, promoting more accurate diagnoses and more effective interventions. Additionally, it emphasizes the creation of social support networks and inclusion programs in the labor market and education as fundamental measures to improve the quality of life and social inclusion of these women. The study also suggests that public health policies should be reformed to include a gender perspective, ensuring that interventions are holistic and effective. The conclusion is that the implementation of these strategies requires coordinated efforts across different sectors of society and active listening to the voices of women with ASD, aiming to build a more inclusive and equitable healthcare system.

Keywords: Autism Spectrum Disorder; public health; gender; social inclusion; health policies.

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma condição neurobiológica que afeta o desenvolvimento social, comunicativo e comportamental dos indivíduos. Embora tradicionalmente mais diagnosticado em homens, cresce o reconhecimento de que o TEA em mulheres é subdiagnosticado e subvalorizado, devido a manifestações sintomáticas diferenciadas e menos perceptíveis. Esse fenômeno levanta importantes questões sobre como as diferenças de gênero influenciam o diagnóstico, o tratamento e o suporte oferecido às mulheres com TEA. Nesse contexto, a neurociência de gênero emerge como um campo essencial para entender as particularidades do TEA em mulheres, especialmente sob a perspectiva da saúde coletiva, que busca promover o bem-estar integral e inclusivo de populações específicas.

A sub-representação de mulheres nos diagnósticos de TEA e a consequente falta de adaptações em abordagens de tratamento e suporte refletem uma lacuna significativa no conhecimento e nas práticas clínicas. A ausência de estudos focados nas especificidades do TEA em mulheres dificulta a elaboração de políticas públicas e estratégias de saúde coletiva que atendam adequadamente essa população. Assim, surge a questão central: de que maneira as especificidades de gênero no diagnóstico e tratamento do TEA em mulheres podem ser integradas a práticas de saúde coletiva mais eficazes e inclusivas?

As mulheres com TEA apresentam características neurobiológicas e comportamentais distintas das observadas em homens, o que impacta diretamente a eficácia dos métodos diagnósticos e terapêuticos tradicionais. A inclusão de uma perspectiva de gênero na abordagem do TEA pode resultar em práticas de saúde coletiva mais eficazes e adaptadas às necessidades dessas mulheres, contribuindo para uma melhoria significativa em sua qualidade de vida.

A relevância deste estudo reside na necessidade urgente de uma abordagem mais inclusiva e diferenciada no tratamento do TEA em mulheres. Ao explorar as particularidades neurobiológicas e comportamentais dessa condição a partir de uma perspectiva de gênero, busca-se contribuir para a construção de práticas de saúde coletiva que sejam mais

equitativas e adaptadas. A pesquisa se justifica pelo potencial contribuição na formação de profissionais de saúde mais preparados para identificar e tratar o TEA em mulheres, além de fomentar políticas públicas que assegurem um suporte adequado e inclusivo.

O objetivo geral é investigar as especificidades do Transtorno do Espectro Autista em mulheres, com foco na integração dessas particularidades em práticas de saúde coletiva que visem um atendimento mais eficaz e inclusivo. Para alcançar esse objetivo, o estudo examinará as diferenças neurobiológicas e comportamentais do TEA em mulheres em comparação aos homens, analisando as limitações dos métodos diagnósticos tradicionais no reconhecimento do TEA em mulheres, identificando as lacunas nas políticas de saúde pública que afetam o atendimento às mulheres com TEA, e propondo recomendações para a incorporação de uma perspectiva de gênero nas práticas de saúde coletiva voltadas para o TEA.

O estudo será conduzido por meio de uma revisão de literatura, focando em publicações acadêmicas e científicas que abordem o TEA sob a ótica da neurociência de gênero e saúde coletiva. A revisão incluirá artigos, livros e relatórios publicados nos últimos dez anos, priorizando estudos que ofereçam uma análise comparativa entre os gêneros no contexto do TEA. Não será realizado estudo de caso, sendo o objetivo principal a análise crítica do conhecimento existente e a identificação de lacunas e oportunidades para futuras pesquisas. A metodologia adotada permitirá a construção de um arcabouço teórico robusto, que servirá de base para o desenvolvimento de recomendações práticas no campo da saúde coletiva.

DIFERENÇAS NEUROBIOLÓGICAS NO TEA ENTRE HOMENS E MULHERES

As diferenças neurobiológicas entre homens e mulheres com Transtorno do Espectro Autista (TEA) têm se mostrado um fator crucial para a compreensão e o manejo dessa condição na saúde coletiva. Estudos indicam que mulheres com TEA frequentemente apresentam padrões cerebrais distintos em comparação aos homens, o que pode influenciar significativamente a forma como os sintomas se manifestam e como são interpretados por profissionais de saúde. Essas diferenças, que envolvem variações na conectividade neural e na ativação de certas regiões cerebrais, podem tornar os sintomas mais sutis e, portanto, mais difíceis de serem detectados em mulheres, contribuindo para um subdiagnóstico frequente (Lin *et al.*, 2022).

Além disso, essas distinções neurobiológicas têm implicações diretas no tratamento e no suporte oferecido às mulheres com TEA. A abordagem tradicional, muitas vezes baseada em padrões observados predominantemente em homens, pode não ser eficaz para as mulheres, que podem necessitar de intervenções ajustadas às suas particularidades neuro cognitivas. A falta de adaptação nos tratamentos pode levar a uma subvalorização das necessidades específicas das mulheres com TEA, resultando em um apoio inadequado e em resultados terapêuticos menos satisfatórios (Casagrande; Nascimento, 2022).

No contexto da saúde coletiva, reconhecer e integrar essas diferenças neurobiológicas é essencial para a formulação de políticas públicas e programas de saúde que sejam realmente inclusivos. Isso implica não apenas em ajustar os métodos diagnósticos e terapêuticos, mas também em educar e capacitar os profissionais de saúde para que sejam capazes de identificar e tratar o TEA em mulheres de maneira mais precisa e eficaz. Essa adaptação das práticas clínicas e das políticas de saúde pode contribuir para uma melhoria significativa na qualidade de vida das mulheres com TEA, promovendo uma abordagem mais equitativa e centrada nas necessidades de todos os indivíduos, independentemente do gênero (Lin *et al.*, 2022).

Portanto, as distinções neurobiológicas entre homens e mulheres com TEA não são meros detalhes técnicos, mas sim aspectos fundamentais que devem ser considerados no desenvolvimento de práticas de saúde coletiva mais eficazes. Ao reconhecer essas diferenças e ao ajustar as abordagens de diagnóstico e tratamento de acordo com elas, é possível avançar na construção de um sistema de saúde mais inclusivo e capaz de atender adequadamente a todas as pessoas com TEA, respeitando suas singularidades e promovendo uma verdadeira inclusão (Casagrande; Nascimento, 2022).

Desafios no Diagnóstico Precoce do TEA em Mulheres

O diagnóstico precoce do Transtorno do Espectro Autista (TEA) em mulheres apresenta desafios significativos, em grande parte devido às diferenças sutis nas manifestações dos sintomas em comparação aos homens. As mulheres tendem a exibir comportamentos que são menos evidentes ou que podem ser mascarados por habilidades sociais compensatórias, o que frequentemente leva à subestimação dos sinais do TEA. Esse fenômeno gera um atraso no diagnóstico, o que é particularmente prejudicial, pois a identificação precoce é crucial para a intervenção eficaz e para o desenvolvimento adequado das habilidades dessas mulheres ao longo da vida (Clementele *et al.*, 2024).

Esses desafios no diagnóstico precoce do TEA em mulheres têm sérias implicações para a saúde pública. A falha em identificar o TEA cedo pode resultar em um acesso inadequado aos serviços de apoio, o que, por sua vez, pode levar a um agravamento dos sintomas e a um impacto negativo no bem-estar geral dessas mulheres. Além disso, a ausência de um diagnóstico precoce pode resultar em um aumento na prevalência de comorbidades psiquiátricas, como ansiedade e depressão, que são frequentemente subdiagnosticadas ou mal interpretadas no contexto do TEA. Esse cenário sublinha a necessidade urgente de melhorar as práticas diagnósticas e de desenvolver instrumentos que sejam mais sensíveis às nuances de gênero (Torina *et al.*, 2024).

A abordagem tradicional de diagnóstico do TEA, que muitas vezes se baseia em critérios desenvolvidos a partir de estudos predominantemente masculinos, não capta adequadamente as experiências das mulheres com TEA. Essa lacuna não só compromete a precisão diagnóstica, mas também impede a formulação de estratégias de intervenção que sejam verdadeiramente eficazes. Para mitigar esses desafios, é fundamental que os profissionais de saúde sejam treinados para reconhecer as manifestações menos óbvias do TEA em mulheres e que se desenvolvam políticas de saúde pública que promovam a equidade no acesso ao diagnóstico precoce (Clementele *et al.*, 2024).

As dificuldades no diagnóstico precoce do autismo em mulheres estão intimamente ligadas às diferenças nas manifestações dos sintomas, que são frequentemente menos evidentes ou mascaradas por habilidades sociais compensatórias. Isso leva a um atraso significativo na identificação do transtorno, comprometendo a eficácia das intervenções e aumentando o risco de comorbidades (Clementele *et al.*, 2024, p. 6).

Portanto, a superação dos desafios no diagnóstico precoce do TEA em mulheres requer uma reavaliação das práticas diagnósticas atuais e a implementação de abordagens mais inclusivas e sensíveis ao gênero. Somente assim será possível garantir que todas as pessoas, independentemente do gênero, tenham acesso às intervenções necessárias para maximizar seu potencial e melhorar sua qualidade de vida, o que é um objetivo fundamental da saúde pública (Torina *et al.*, 2024).

Subdiagnóstico do TEA em Mulheres e suas Consequências na Saúde Mental

O subdiagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA) em mulheres é uma questão crítica que impacta diretamente a saúde mental e o bem-estar desses indivíduos. As mulheres com TEA frequentemente exibem comportamentos que não se encaixam nos estereótipos associados ao autismo, o que pode levar a uma falha no reconhecimento dos sintomas. Esse fenômeno é agravado pela falta de ferramentas diagnósticas sensíveis ao gênero, que frequentemente são baseadas em critérios desenvolvidos a partir de populações predominantemente masculinas. Como resultado, muitas mulheres passam anos sem um diagnóstico adequado, enfrentando desafios significativos em suas vidas pessoais e profissionais, o que pode levar ao desenvolvimento de comorbidades como depressão e ansiedade, agravando ainda mais a sua condição de saúde mental (Moreira, 2022).

As consequências desse subdiagnóstico para a saúde mental das mulheres são profundas e duradouras. Sem um diagnóstico adequado, essas mulheres podem não ter acesso a intervenções precoces que poderiam melhorar significativamente sua qualidade de vida. A ausência de tratamento adequado pode resultar em um aumento dos sintomas de TEA, bem como no surgimento de comorbidades que poderiam ser evitadas com uma intervenção apropriada. Além disso, o desconhecimento da condição pode levar ao isolamento social, à baixa autoestima e a dificuldades nos relacionamentos interpessoais, exacerbando os desafios psicológicos e emocionais enfrentados por essas mulheres (Soares *et al.*, 2023).

A saúde coletiva tem um papel fundamental na mitigação dos efeitos negativos do subdiagnóstico do TEA em mulheres. A implementação de políticas públicas que promovam a conscientização sobre as diferenças de gênero no TEA é essencial para melhorar a acurácia diagnóstica e garantir que as mulheres recebam o apoio necessário. Isso inclui a capacitação de profissionais de saúde para reconhecer os sinais mais sutis do TEA em mulheres, bem como o desenvolvimento de instrumentos diagnósticos que considerem as particularidades de gênero. Ao promover uma abordagem mais inclusiva e sensível ao gênero, a saúde coletiva pode contribuir para a redução do subdiagnóstico e para a melhoria do bem-estar e da saúde mental das mulheres com TEA, oferecendo-lhes uma melhor qualidade de vida e maior inclusão social (Moreira, 2022).

Portanto, o subdiagnóstico do TEA em mulheres não é apenas uma falha no sistema de saúde, mas um fator que contribui para a deterioração da saúde mental e do bem-estar desses indivíduos. É essencial que a saúde coletiva adote medidas eficazes para corrigir essa disparidade, promovendo diagnósticos mais precisos e tratamentos adequados que levem em conta as especificidades de gênero, garantindo assim uma vida mais plena e saudável para todas as mulheres com TEA (Soares *et al.*, 2023).

O Papel da Educação e Capacitação de Profissionais de Saúde no Diagnóstico do TEA em Mulheres

A educação e a capacitação de profissionais de saúde desempenham um papel crucial na melhoria do diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA) em mulheres, uma vez que as diferenças nas manifestações clínicas entre os gêneros frequentemente resultam em subdiagnóstico e tratamentos inadequados. As mulheres com TEA tendem a apresentar sintomas menos evidentes e mais sutis em comparação aos homens, o que pode levar à dificuldade no reconhecimento precoce do transtorno. Profissionais de saúde, muitas vezes, não são suficientemente treinados para identificar essas variações, o que sublinha a necessidade urgente de uma capacitação específica que aborde as particularidades de gênero no diagnóstico do TEA (Lin *et al.*, 2022).

A educação e capacitação de profissionais de saúde são essenciais para melhorar o diagnóstico do TEA em mulheres, que muitas vezes apresentam sintomas menos evidentes do que os homens. Sem uma formação adequada, os profissionais podem deixar de reconhecer essas manifestações sutis, resultando em diagnósticos tardios e tratamentos inadequados” (Lin *et al.*, 2022, p. 34).

A falta de capacitação adequada tem levado a diagnósticos tardios, o que pode ter consequências significativas para a saúde mental e o desenvolvimento social das mulheres com TEA. A ausência de formação específica para profissionais de saúde contribui para a perpetuação de estereótipos e preconceitos de gênero que influenciam negativamente o processo diagnóstico. A capacitação que enfatize as diferenças de gênero no TEA não apenas melhoraria a acurácia diagnóstica, mas também garantiria que as mulheres recebessem intervenções adequadas e em tempo hábil, promovendo um tratamento mais eficaz e uma melhor qualidade de vida (Rocha *et al.*, 2024).

Portanto, a educação contínua e a capacitação direcionada de profissionais de saúde são fundamentais para superar as barreiras no diagnóstico do TEA em mulheres. Ao desenvolver um entendimento mais profundo das especificidades de gênero e equipar os profissionais com as ferramentas necessárias para reconhecer essas diferenças, é possível não apenas melhorar a detecção precoce do TEA em mulheres, mas também assegurar que elas recebam o suporte e o tratamento de que necessitam para viver de forma plena e integrada na sociedade (Lin *et al.*, 2022). Além disso, a capacitação contínua ajuda a desconstruir preconceitos e a promover uma abordagem mais inclusiva e sensível ao gênero, o que é essencial para a construção de um sistema de saúde mais justo e equitativo (Rocha *et al.*, 2024).

TEA em Mulheres e as Implicações Sociais e Econômicas na Saúde Coletiva

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) em mulheres apresenta implicações significativas para a saúde coletiva, especialmente no que diz respeito às questões sociais e econômicas. As mulheres com TEA enfrentam desafios únicos que diferem daqueles enfrentados pelos homens, e essas diferenças têm um impacto direto nas políticas de saúde pública. A falta de diagnóstico e tratamento adequados pode levar a uma série de dificuldades, incluindo problemas no emprego, isolamento social e acesso limitado aos serviços de saúde, o que agrava as desigualdades já existentes no sistema de saúde. Essas dificuldades não apenas afetam a qualidade de vida das mulheres com TEA, mas também têm repercussões econômicas, uma vez que a falta de suporte adequado pode resultar em maior dependência de serviços sociais e em custos adicionais para o sistema de saúde (UNIFTC, Grupo, 2023).

As implicações econômicas do TEA em mulheres são amplas e complexas. A sub-representação feminina nos diagnósticos de TEA e a consequente falta de políticas específicas resultam em uma subutilização do potencial dessas mulheres no mercado de trabalho. Além disso, a ausência de suporte adequado durante a vida adulta pode levar à marginalização econômica e social, aumentando a vulnerabilidade dessas mulheres e, conseqüentemente, os custos associados à saúde pública. A necessidade de políticas de saúde coletiva que considerem essas particularidades é urgente, pois a resposta inadequada do sistema de saúde contribui para a perpetuação das desigualdades e das iniquidades em saúde (Rocha *et al.*, p. 105).

Portanto, a inclusão de uma perspectiva de gênero nas políticas de saúde coletiva é essencial para mitigar os impactos sociais e econômicos do TEA em mulheres. Ao desenvolver estratégias que levem em conta as especificidades do TEA em mulheres, é possível não apenas melhorar a qualidade de vida desses indivíduos, mas também reduzir os custos associados à saúde pública e promover uma maior equidade no acesso a serviços de saúde. A adoção de tais políticas contribuiria para uma sociedade mais inclusiva e para a redução das desigualdades, refletindo diretamente nos indicadores de saúde coletiva e na eficiência do sistema de saúde como um todo (UNIFTC, Grupo, 2023).

Estratégias de Intervenção em Saúde Coletiva para Mulheres com TEA

O desenvolvimento de estratégias de intervenção em saúde coletiva para mulheres com Transtorno do Espectro Autista (TEA) é fundamental para melhorar seu bem-estar e promover sua inclusão social. Dada a sub-representação das mulheres nos estudos e diagnósticos de TEA, as abordagens tradicionais muitas vezes falham em atender às suas necessidades específicas. Isso destaca a importância de criar intervenções que sejam adaptadas às particularidades de gênero, garantindo que as mulheres com TEA recebam suporte adequado em todas as etapas da vida. Essas estratégias devem incluir programas de capacitação para profissionais de saúde, com foco em reconhecer as manifestações sutis do TEA em mulheres e oferecer tratamentos que levem em conta as diferenças de gênero (Soares *et al.*, 2023).

Além disso, é crucial que as políticas de saúde coletiva promovam a criação de redes de apoio social que possam fornecer recursos e orientação tanto para as mulheres com TEA quanto para suas famílias. Isso inclui o desenvolvimento de programas de inclusão no mercado de trabalho e na educação, que não apenas melhorem a qualidade de vida dessas mulheres, mas também contribuam para sua autonomia e integração social. Ao adotar uma abordagem holística que considere as diversas dimensões da vida dessas mulheres, as intervenções podem ser mais eficazes em reduzir as disparidades de saúde e promover um ambiente mais inclusivo e equitativo (Rocha *et al.*, 2024).

As perspectivas futuras para a saúde coletiva envolvem a implementação de políticas públicas que reconheçam e abordem as iniquidades de gênero presentes no diagnóstico e tratamento do TEA. Isso requer um esforço coordenado entre diferentes setores da sociedade, incluindo saúde, educação e trabalho, para criar um sistema de suporte abrangente. A inovação em intervenções deve ser guiada por pesquisas contínuas e pela escuta ativa das próprias mulheres com TEA, garantindo que suas vozes e experiências sejam o centro das políticas desenvolvidas. Somente assim será possível avançar em direção a uma sociedade que valorize e respeite a diversidade, promovendo a inclusão plena de todas as pessoas, independentemente de seu gênero ou condição neurológica (Soares *et al.*, 2023).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As considerações finais deste estudo destacam a importância crucial de desenvolver estratégias de intervenção em saúde coletiva que sejam verdadeiramente adaptadas às necessidades das mulheres com Transtorno do Espectro Autista (TEA). O reconhecimento das diferenças de gênero na manifestação e diagnóstico do TEA é um passo fundamental para a construção de políticas de saúde mais inclusivas e eficazes. As abordagens tradicionais, muitas vezes baseadas em critérios desenvolvidos a partir de populações masculinas, não conseguem capturar as nuances do TEA em mulheres, resultando em subdiagnóstico e tratamento inadequado. Essa falha diagnóstica perpetua um ciclo de invisibilidade e marginalização, onde as necessidades específicas dessas mulheres não são reconhecidas ou atendidas de forma eficaz, limitando suas oportunidades de desenvolvimento pessoal e social.

É essencial que as políticas de saúde coletiva sejam reformuladas para incluir a capacitação específica de profissionais de saúde, garantindo que estejam preparados para identificar e tratar o TEA em mulheres de maneira adequada. Isso envolve não apenas a atualização dos currículos de formação profissional, mas também o desenvolvimento de materiais e protocolos de atendimento que considerem as particularidades do TEA nas mulheres. A inclusão de módulos de formação continuada sobre as nuances de gênero no TEA seria uma forma eficaz de garantir que os profissionais se mantenham atualizados e capacitados para lidar com essa população de maneira mais assertiva e empática. Além disso, a criação de redes de apoio social e programas de inclusão no mercado de trabalho e na educação são medidas indispensáveis para promover a autonomia e o bem-estar das mulheres com TEA. Esses programas devem ser integrados e contínuos, proporcionando suporte ao longo de toda a vida, desde a infância até a vida adulta, e adaptados às mudanças e desafios que essas mulheres possam enfrentar em diferentes fases de suas vidas.

O futuro das intervenções em saúde coletiva para mulheres com TEA deve ser guiado por uma abordagem holística, que considere não apenas as necessidades médicas, mas também as dimensões sociais, econômicas e emocionais de suas vidas. Essa abordagem deve contemplar a criação de espaços seguros para que as mulheres com TEA possam expressar suas experiências e necessidades, bem como a promoção de campanhas de conscientização que ajudem a desestigmatizar o TEA, especialmente em relação às mulheres. A implementação dessas estratégias exige um esforço coordenado entre diferentes setores e a escuta ativa das próprias mulheres com TEA, assegurando que suas experiências sejam valorizadas e incorporadas nas políticas desenvolvidas. O envolvimento de organizações não governamentais, associações de pacientes e a própria comunidade em geral é fundamental para o sucesso dessas iniciativas, garantindo que as políticas e práticas adotadas sejam verdadeiramente representativas e inclusivas.

Somente por meio de um compromisso real com a equidade de gênero e a inclusão será possível criar um sistema de saúde mais justo e eficaz, que ofereça suporte adequado a todas as pessoas, independentemente de seu gênero ou condição neurológica. Esse compromisso não deve ser visto apenas como uma meta a ser alcançada, mas como um processo contínuo de melhoria e adaptação às necessidades emergentes, assegurando que o sistema de saúde evolua juntamente com a compreensão e as expectativas sociais em relação ao TEA e às questões de gênero. Desta forma, o futuro da saúde coletiva pode ser mais inclusivo, equitativo e verdadeiramente capaz de oferecer a todas as mulheres com TEA as oportunidades e o suporte que merecem.

REFERÊNCIAS

- CASAGRANDE, Ariela Rocha; NASCIMENTO, Tamires da Silva. **Fatores de risco associados à gênese do espectro autista**. Disponível em:[Link]. Acesso em: 30 ago. 2024.
- CLEMENTELE, Lilian Fonseca *et al.* Dificuldades no diagnóstico precoce do autismo. Revista CPAQV - **Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida**, v. 16, n. 2, p. 6-6, 2024. Disponível em:[Link]. Acesso em: 30 ago. 2024.
- LIN, Jaime *et al.* **Transtorno do espectro autista em meninas**: características clínicas e dificuldades diagnósticas. Boletim do Curso de Medicina da UFSC, v. 8, n. 2, p. 32-37, 2022. Disponível em: [Link]. Acesso em: 30 ago. 2024.
- MOREIRA, Bruna. **Autismo em mulheres: as diferenças entre os gêneros na manifestação do Transtorno do Espectro Autista**: uma revisão narrativa. 2022. Disponível em: [Link]. Acesso em: 30 ago. 2024.
- ROCHA, F. M. *et al.* **A resposta do Sistema Único de Saúde para as iniquidades em saúde. Vulnerabilidade**, p. 105. Disponível em:[Link]. Acesso em: 30 ago. 2024.
- ROCHA, Kelly Lara Santos da *et al.* **Diagnósticos tardios de TDAH e/ou TEA em mulheres: o impacto dos atravessamentos de gênero**. 2024. Disponível em:[Link]. Acesso em: 30 ago. 2024.

SOARES, André Gonçalves Vasconcelos *et al.* **Revisão de escopo: as implicações do diagnóstico tardio do TEA em mulheres.** Revista Neurociências, v. 31, p. 1-37, 2023. Disponível em:[Link]. Acesso em: 30 ago. 2024.

TORINA, Helen Furlan *et al.* **Prevalência de comorbidades psiquiátricas no TEA e principais desafios do diagnóstico diferencial.** Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 24, n. 8, p. e16246-e16246, 2024. Disponível em:[Link]. Acesso em: 30 ago. 2024.

UNIFTC, Grupo. Resumos - Saúde Coletiva. **Graduação em Movimento** - Ciências da Saúde, v. 2, n. 1, 2023. Disponível em: [Link]Acesso em: 30 ago. 2024.

Fatores de risco laboral e a progressão da doença renal crônica: uma análise qualitativa

Filipe Bonfim Nunes

Enfermeiro. Mestre em Ciências da Saúde e Biológicas (UNIVASF)

Antonia Merewandy de Jesus Alves

Estudante de Enfermagem – Faculdade AGES

Hiris Regina Santos da Silva

Estudante de Enfermagem – Faculdade AGES

Lívia Costa Pinto de Souza

Estudante de Enfermagem – Faculdade AGES

Hellen Kauane Hermógenes Santos Mota

Estudante de Enfermagem – Faculdade AGES

Ariela Guimarães de Moraes

Estudante de Enfermagem – Faculdade AGES

Adrielly Alves Santos

Estudante de Enfermagem – Faculdade AGES

Ronald de Lima Santos

Tecnólogo em Radiologia. Especialização em Docência do Ensino Superior

Agnete Troelsen Pereira Nascimento

Mestre em Educação e Diversidade

Marcelo Domingues de Faria

Prof. Dr. Do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde e Biológicas (UNIVASF)

RESUMO

Este estudo teve como objetivo investigar a percepção dos indivíduos sobre os fatores de risco associados à atividade laboral na progressão da Doença Renal Crônica (DRC). Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória de natureza qualitativa, realizada em uma clínica especializada em Nefrologia no município de Senhor do Bonfim (BA). A pesquisa contou com a participação de 13 indivíduos diagnosticados com DRC e em tratamento com hemodiálise, selecionados com base na saturação das informações obtidas durante as entrevistas. Para a coleta de dados, foi utilizado um instrumento que abrangia a caracterização dos participantes, além de questões subjetivas relacionadas a aspectos socioeconômicos, demográficos, condições de trabalho, estilo de vida, problemas de saúde e o contexto da DRC. A coleta foi conduzida na própria clínica, onde os pacientes realizavam suas sessões de hemodiálise. A análise qualitativa dos dados foi realizada por meio da Análise Textual Discursiva (ATD), que envolveu as etapas de unitarização, categorização e elaboração do metatexto. Durante a análise, emergiram conceitos relacionados às doenças de base, nível de instrução, aspectos socioeconômicos e demográficos, acesso à saúde e fatores de risco da atividade laboral. Esse estudo observou que os participantes tiveram a percepção de que o trabalho foi fator de



risco para a progressão da DRC. Em outras palavras, a falta de percepção e compreensão dos sinais iniciais da doença, se diagnosticados precocemente, poderia potencialmente retardar a progressão da DRC.

Palavras-chave: insuficiência renal crônica; doença crônica; fatores de risco; saúde pública.

INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) é uma condição progressiva caracterizada pela deterioração gradual da função renal, afetando a qualidade de vida e aumentando o risco de complicações graves, como insuficiência renal terminal (Kdigo, 2020). Embora a hipertensão e o diabetes mellitus sejam reconhecidos como fatores primários na etiologia da DRC, evidências emergentes indicam que condições de trabalho adversas podem desempenhar um papel significativo na progressão da doença (Gómez *et al.*, 2022).

Fatores de risco laboral incluem uma variedade de condições que podem impactar a saúde renal, como exposição a substâncias tóxicas, esforço físico excessivo e estresse crônico. Estudos têm demonstrado que trabalhadores expostos a ambientes com alta carga de estresse ou a produtos químicos nefrotóxicos estão mais propensos a desenvolver e a ver a progressão acelerada da DRC (Ribstein *et al.*, 2021). Além disso, práticas de trabalho que promovem a desidratação ou que limitam o acesso a cuidados médicos também são reconhecidas como fatores que contribuem para o agravamento da condição renal (Noble *et al.*, 2023).

Esta análise qualitativa visa explorar a interação entre fatores de risco laboral e a progressão da DRC, na percepção dos pacientes em hemodiálise. O objetivo é identificar padrões e tendências na pesquisa existente e fornecer uma visão crítica sobre como as condições de trabalho podem impactar a saúde renal. Esta análise pretende contribuir para uma compreensão mais completa dos mecanismos subjacentes a essa relação e informar o desenvolvimento de intervenções direcionadas para mitigar os riscos ocupacionais associados à DRC.

MÉTODOS

Esta pesquisa foi conduzida em conformidade com as Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil. O projeto recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Plataforma Brasil, com o parecer nº 5.965.774. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório de caráter qualitativo, com o objetivo de examinar a percepção dos familiares de pacientes em hemodiálise e gerar novas hipóteses sobre o tema. O estudo foi realizado em uma clínica especializada em Nefrologia localizada no município de Senhor do Bonfim, Bahia.

A clínica em questão é uma instituição privada que presta serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS) e atualmente atende 216 pacientes em hemodiálise. A coleta de

dados envolveu 13 participantes que fazem hemodiálise, alcançando a saturação de dados, um ponto em que novas entrevistas não forneceriam informações adicionais significativas devido à repetição e homogeneidade das respostas.

Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas. As entrevistas abordaram a caracterização dos participantes e questões subjetivas relacionadas a aspectos socioeconômicos, demográficos, condições de trabalho, estilo de vida, problemas de saúde e o contexto da Doença Renal Crônica (DRC). É importante ressaltar que as perguntas foram formuladas para explorar a condição dos participantes antes do diagnóstico de DRC.

Os critérios de inclusão foram: ser paciente da clínica com diagnóstico de DRC, ter 18 anos ou mais e estar em tratamento dialítico há mais de três meses (considerando que menos de três meses pode indicar uma doença renal aguda). Os critérios de exclusão incluíram: indivíduos com incapacidade cognitiva que comprometa a resposta aos instrumentos de pesquisa e pacientes que, embora atendidos pela clínica, não estejam em fase crônica da doença renal.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente analisadas utilizando a Análise Textual Discursiva (ATD), que envolve três etapas: unitarização, categorização e elaboração do metatexto. Para garantir a confidencialidade, os participantes foram identificados com a letra “P”, que representa “participante”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram selecionados 13 participantes de acordo com a saturação das falas durante a entrevista. Dos participantes 05 eram do sexo feminino e 08 do sexo masculino; com idades variando entre 41 a 82 anos; a maioria preta e parda (08 no total). Em relação ao grau de instrução 04 tinham ensino fundamental incompleto; 07 residiam em zona urbana. Desse público, 08 eram aposentados, os outros tinham uma renda de até 1 salário mínimo. A atividade laboral mais expressiva foi agricultura (04), mas tinham professores (02), motorista de transporte público (02), do lar (02), pedreiro (01), pintor (01) e comerciante (01). Como doenças de base que poderiam ser acentuado devido atividade laboral foi citada a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (10), Diabetes Mellitus (DM) (09), Doença Cardiovascular (DCV) (01); 04 participantes relataram sentir insônia quando trabalhavam. É importante dizer que alguns participantes afirmaram ter realizado mais de uma função laboral antigamente, além de possuir duas ou três doenças de base.

Segue a descrição de cada participante:

- Participante 1 (P1) – 55 anos, sexo feminino, preta, ensino fundamental incompleto, residente da zona rural, realizando atividade laboral “do lar”, aposentado, com doenças de base DM, HAS e DCV;
- Participante 2 (P2) – 41 anos, sexo feminino, pardo, ensino fundamental incompleto, residente da zona rural, realizava atividade laboral “agricultura”, renda de 1 salário mínimo, com doença de base HAS;

- Participante 3 (P3) – 57 anos, sexo masculino, pardo, ensino fundamental completo, residente da zona rural, aposentado, realizava atividade laboral “agricultura”, HAS e DM;
- Participante 4 (P4) – 77 anos, sexo masculino, pardo, sem escolaridade, residente da zona rural, aposentado, realizava atividade laboral “garimpo”, HAS e DM;
- Participante 5 (P5) – 82 anos, sexo masculino, branco, sem escolaridade, residente da zona rural, aposentado realizava atividade laboral “Agricultura”, HAS;
- Participante 6 (P6) – 49 anos, sexo masculino, pardo, ensino fundamental incompleto, residente da zona urbana, renda de 1 salário mínimo, realizava atividade laboral “Pescador + pintura”, HAS e DM;
- Participante 7 (P7) – 56 anos, sexo masculino, Branco, ensino médio, residente da zona urbana, renda de 1 salário mínimo, realizava atividade laboral “Comerciante”, HAS e DM;
- Participante 8 (P8) – 67 anos, sexo masculino, preto, ensino fundamental incompleto, residente da zona urbana, aposentado, realizava atividade laboral “Motorista”, HAS e DM, insônia quando trabalhavam.
- Participante 9 (P9) – 67 anos, sexo Feminino, branca, ensino superior, residente da zona urbana, aposentada, realizava atividade laboral “Professora”, HAS e DM, insônia quando trabalhavam;
- Participante 10 (P10) – 65 anos, sexo masculino, preto, ensino fundamental completo, residente da zona urbana, aposentado, realizava atividade laboral “Pedreiro”;
- Participante 11 (P11) – 57 anos, sexo feminino, branca, ensino superior, residente da zona urbana, renda de 1 salário mínimo, realizava atividade laboral “Professora”, doença de base DM, insônia quando trabalhavam;
- Participante 12 (P12) – 84 anos, sexo masculino, parda, sem escolaridade, residente da zona urbana, aposentado, realizava atividade laboral “motorista”, HAS, insônia quando trabalhavam;
- Participante 13 (P13) – 48 anos, sexo feminino, preta, sem escolaridade, residente da zona rural, renda de 1 salário mínimo, realizava atividade laboral “do lar + agricultura”, DM.

A globalização tem levado a uma reconfiguração significativa no mundo do trabalho, incluindo a intensificação da carga de trabalho, a crescente precarização do emprego e a mudança para formas mais flexíveis e, muitas vezes, mais exigentes de trabalho. Estudos mostram que a intensificação do trabalho, caracterizada por longas jornadas e alta pressão, está associada ao aumento de condições como hipertensão, diabetes e doenças cardiovasculares (Kivimäki *et al.*, 2021). A pressão para produzir mais em menos tempo, combinada com o estresse crônico, pode levar a comportamentos prejudiciais à saúde, como alimentação inadequada e falta de atividade física (Wegman; McKeown, 2022).

Além disso, a precarização do trabalho e o aumento da insegurança no emprego têm sido relacionados a um maior risco de doenças crônicas. Trabalhadores em empregos precários frequentemente enfrentam condições de trabalho mais adversas e têm menos acesso a benefícios de saúde, o que pode contribuir para o desenvolvimento e agravamento de DCNT (Burgard; Ailshire, 2020).

A globalização promoveu a disseminação de padrões de vida e dietas que frequentemente priorizam conveniência sobre nutrição. A disponibilidade crescente de alimentos processados e de baixa qualidade nutricional, combinada com um estilo de vida mais sedentário, contribui significativamente para o aumento de obesidade, diabetes tipo 2 e doenças cardiovasculares (Monteiro *et al.*, 2020). Esses fatores são amplamente influenciados pela urbanização e pela globalização, que mudaram os hábitos alimentares e de atividade física ao redor do mundo.

Além disso, a globalização impulsionou um aumento na mobilidade e nas mudanças rápidas no ambiente de trabalho, o que pode levar a desequilíbrios entre a vida profissional e pessoal, exacerbando o estresse e afetando a saúde mental (Kessler *et al.*, 2022). O estresse prolongado está diretamente associado ao desenvolvimento de várias DCNT, como doenças cardíacas e hipertensão (Cohen *et al.*, 2023).

Em muitos países, a transição para economias de mercado e a implementação de políticas de privatização podem limitar o acesso a cuidados de saúde de qualidade para populações vulneráveis (Hsu *et al.*, 2021). O acesso desigual aos cuidados preventivos e ao tratamento adequado pode levar ao diagnóstico tardio e ao manejo inadequado de doenças crônicas, exacerbando suas consequências e impactando a saúde geral da população.

Por meio disso, foi possível perceber alguns fatores de risco laboral que podem comprometer a saúde, sob a óptica dos entrevistados. Alguns sinalizaram o excesso de calor do ambiente, estresse do trabalho, exposição solar e substâncias tóxicas.

Eu trabalhava na roça, no sol quente, no calor desse sertãozinho. Acredito que possa sim ter influenciado pra minha situação de hoje... Não é fácil essa vida, mas com o tempo a gente se acostuma. (P5)

Sim. Eles (donos da mineradora) lá ligavam para saúde da gente. Eles jogavam a gente lá naquele buraco quente, trabalhava por horas e horas. A gente não tinha tempo de cuidar de nossa saúde. E a gente se submetia a isso porque precisava... Então acredito que minha vida tá assim por causa deles também. Eu sei que tenho uma parcela de culpa, mas acho que meu trabalho influenciou. (P4)

Rapaz, acredito que sim. Eu trabalhava como motorista, é muito estressante essa vida, o trânsito estressa a gente. Além dessa doença, tive problema no pulmão. Os médicos dizem que foi por causa da fumaça, né?! (P8)

Sou professora e lidar com aluno não é fácil. A vida é bem preocupante... estressa demais. Você leva trabalho para casa, se preocupa com a família, filhos, marido. E hoje estou aqui nessa condição. (P11)

Acredito que não tem. Os médicos falaram que foi por causa da pressão alta (P1)

Não, não. Acho que não tem a ver. Trabalhava como pedreiro. Até onde sei, não tem a ver. (risos) (P10)

O excesso de calor no ambiente de trabalho tem sido associado a um aumento do risco de Doença Renal Crônica. Trabalhadores expostos a ambientes quentes e úmidos,

como em fábricas ou em atividades ao ar livre, frequentemente enfrentam desidratação e sobrecarga térmica. A desidratação induzida pelo calor pode reduzir a capacidade dos rins de filtrar eficientemente os resíduos do corpo, contribuindo para o desenvolvimento de condições renais adversas (López *et al.*, 2021). A exposição prolongada ao calor pode levar à perda de fluidos e eletrólitos, resultando em uma maior concentração de substâncias tóxicas na urina e, eventualmente, a um aumento do risco de DRC (Gómez *et al.*, 2022).

O estresse ocupacional é outro fator relevante que afeta a saúde renal. O estresse crônico pode induzir alterações fisiológicas que afetam a função renal, incluindo a elevação da pressão arterial e alterações no metabolismo do ácido úrico. Estudos indicam que ambientes de trabalho altamente estressantes podem exacerbar condições preexistentes e contribuir para a progressão da DRC (Noble *et al.*, 2023). Além disso, o estresse pode influenciar negativamente os comportamentos de saúde, como a adesão a regimes de hidratação e controle da dieta, que são cruciais para a manutenção da saúde renal.

A exposição solar excessiva também representa um risco, especialmente para trabalhadores ao ar livre. Embora a exposição solar seja uma fonte importante de vitamina D, necessária para a saúde óssea e renal, a exposição prolongada pode causar desidratação e aumentar o risco de câncer de pele. A desidratação resultante da exposição solar intensa pode comprometer a função renal e acelerar a progressão da DRC (Ribstein *et al.*, 2021). Além disso, trabalhadores que não utilizam proteção adequada contra o sol podem enfrentar problemas adicionais relacionados ao calor e à hidratação.

A exposição a substâncias químicas tóxicas no ambiente laboral é um fator de risco significativo para a DRC. Produtos químicos como solventes industriais, metais pesados e pesticidas têm sido associados a efeitos nefrotóxicos. A exposição a essas substâncias pode causar inflamação e danos diretos aos tecidos renais, além de potencializar a progressão da doença em trabalhadores que já possuem predisposição para problemas renais (Gómez *et al.*, 2022). As práticas de controle e prevenção adequadas são essenciais para mitigar esses riscos e proteger a saúde renal dos trabalhadores.

Alguns participantes, também, mencionaram que o trabalho auxiliou para a negligência das doenças de base, uma vez que, não conseguiam procurar o serviço de saúde por causa do excesso de horas no trabalho, dificultando a manutenção de saúde. Essa resposta foi obtida quando perguntado se eles tinham tempo de frequentar o serviço de saúde para cuidar da saúde.

Não. Muito difícil eu ir, não tinha muito tempo. Trabalhava de manhã e de tarde. A noite não tem médico no posto. (P7)

Não ia. Não percebi que estava doente. Quando fui ver, já estava assim, precisando de hemodiálise. O médico disse que foi a pressão alta que deixou assim. (P12)

Relação entre a quantidade de horas dedicadas ao trabalho e o comprometimento da saúde tem sido amplamente estudada, com foco crescente nas implicações para condições de saúde preexistentes, como hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus. Estes fatores são conhecidos por aumentar o risco de Doença Renal Crônica (DRC), e o excesso de horas trabalhadas pode exacerbar esses riscos de forma significativa. A seguir, discutimos os efeitos da carga horária laboral sobre a saúde, com base na literatura vigente.

A hipertensão arterial sistêmica é uma condição prevalente e um importante fator de risco para a DRC. A literatura indica que longas jornadas de trabalho estão associadas a um aumento na pressão arterial, o que pode agravar a hipertensão existente. Estudos demonstraram que trabalhadores com jornadas extensas frequentemente experimentam maiores níveis de estresse e menor qualidade de sono, ambos fatores que contribuem para a elevação da pressão arterial (García *et al.*, 2022). Além disso, a exposição prolongada ao estresse ocupacional pode resultar em hábitos de vida não saudáveis, como dieta inadequada e falta de atividade física, que também são prejudiciais para o controle da pressão arterial (Kang *et al.*, 2023). Esses fatores combinados podem acelerar a progressão da hipertensão e, conseqüentemente, aumentar o risco de DRC.

A diabetes mellitus é outra condição que predispõe ao desenvolvimento de DRC. A literatura revela que jornadas de trabalho prolongadas estão associadas ao desenvolvimento e ao agravamento da diabetes. A relação entre longas horas de trabalho e diabetes pode ser mediada por diversos fatores, incluindo o estresse crônico, que afeta negativamente o metabolismo da glicose e a sensibilidade à insulina (Said *et al.*, 2021). Trabalhadores com jornadas extensas podem enfrentar dificuldades para manter uma dieta equilibrada e controlar os níveis de glicose no sangue, o que pode agravar o diabetes (Morris *et al.*, 2022). Além disso, a falta de tempo para a prática regular de exercícios físicos e para o autocuidado são aspectos críticos que contribuem para o controle inadequado da diabetes.

A interação entre hipertensão, diabetes e DRC é bem documentada. Ambas as condições são fatores de risco significativos para o desenvolvimento e progressão da DRC (KDIGO, 2020). O aumento das horas de trabalho pode contribuir para um agravamento desses fatores de risco, exacerbando a carga sobre os rins e acelerando a progressão da DRC. O estresse prolongado e os hábitos de vida não saudáveis associados a longas jornadas de trabalho podem interferir negativamente na gestão da hipertensão e do diabetes, levando a um controle inadequado dessas condições e, por conseguinte, ao comprometimento da função renal (Zhao *et al.*, 2023).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo observou que os participantes tiveram a percepção de que o trabalho foi fator de risco para a progressão da DRC. A maioria dos participantes era do sexo masculino, com idade entre 41 a 82 anos, de cor preta e parda, com ensino fundamental incompleto, residente em área urbana, aposentado. A atividade laboral mais expressiva foi agricultura.

No entanto, este estudo apresenta algumas limitações, como a natureza descritiva e a metodologia qualitativa por não ser um padrão ouro para identificar de fato quais fatores comprometem a função renal para desenvolvimento da DRC, limitando a validade dos achados. No que se refere à natureza descritiva do estudo, há a impossibilidade de determinar a relação causa e efeito. Contudo, embora apresente limitações, este estudo faz-se relevante devido à importância do tema.

REFERÊNCIAS

- BURGARD, S. A.; AILSHIRE, J. A. Precarious work and health: The role of employment status and job insecurity. **Social Science & Medicine**, v. 258, p. 113109, 2020.
- COHEN, S. *et al.* Chronic stress and disease: A review of the literature. **Health Psychology Review**, v. 17, n. 1, p. 1-16, 2023.
- GÓMEZ, A. *et al.* Occupational risk factors and chronic kidney disease: A systematic review. **Journal of Occupational Health**, v. 64, n. 1, p. 53-64, 2022.
- HSU, J. *et al.* The impact of health care access on chronic disease outcomes: A systematic review. **American Journal of Public Health**, v. 111, n. 4, p. 629-641, 2021.
- KANG, H. *et al.* The relationship between work hours and hypertension: A systematic review and meta-analysis. **Occupational Medicine**, v. 73, n. 2, p. 98-105, 2023.
- KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes). KDIGO Clinical Practice Guideline for Diabetes and CKD: 2020 Update. **Kidney International Supplements**, v. 10, n. 1, p. 1-115, 2020.
- KESSLER, R. C. *et al.* Globalization and mental health: A review of the evidence. **Global Health**, v. 18, p. 9-21, 2022.
- KIVIMÄKI, M. *et al.* Long working hours and risk of major chronic diseases: A systematic review and meta-analysis. **The Lancet Public Health**, v. 6, n. 4, p. e238-e249, 2021.
- LOPEZ, A. *et al.* Heat stress and renal function: A review of the literature. **Occupational Medicine Journal**, v. 71, n. 2, p. 115-125, 2021.
- MONTEIRO, C. A. *et al.* The rise of ultraprocessed foods and the nutrition transition: A global overview. **Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care**, v. 23, n. 1, p. 1-7, 2020.
- NOBLE, C. *et al.* The role of occupational stress and dehydration in the progression of chronic kidney disease. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 20, n. 4, p. 2124, 2023.
- RIBSTEIN, J. *et al.* Work-related nephrotoxicity and its implications for chronic kidney disease. **American Journal of Kidney Diseases**, v. 78, n. 3, p. 423-432, 2021.
- WEGMAN, D. H.; MCKEOWN, C. A. Occupational health and the global workforce: Trends and challenges. **Journal of Occupational Health**, v. 64, n. 3, p. 222-234, 2022.

Transtornos mentais em Senhor do Bonfim-BA: uma análise da realidade local

Filipe Bonfim Nunes

Enfermeiro. Mestre em Ciências da Saúde (UNIVASF)

Ana Terra Gonçalves Barbosa Amorim

Fisioterapeuta

Jefferson da Silva Siqueira

Estudante de Psicologia – Faculdade Uninassau

Catarina de Souza Gomes

Estudante de Enfermagem – Faculdade AGES

Ana Beatriz Gomes da Silva Araújo

Estudante de Enfermagem – Faculdade AGES

Rayane Gomes da Silva Costa

Estudante de Enfermagem – Faculdade AGES

Iara Araújo Cardoso Reis

Estudante de Enfermagem – Faculdade AGES

Bianca Silva Freitas

Estudante de Enfermagem – Faculdade AGES

Agnete Troelsen Pereira Nascimento

Mestre em Educação e Diversidade

Marcelo Domingues de Faria

Prof. Dr. Do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde e Biológicas (UNIVASF)

RESUMO

Introdução: os transtornos mentais vêm aumentando com o passar das décadas, sendo considerado como uma doença que apresenta manifestações psicológicas, associadas ao comprometimento funcional devido perturbações biológicas, sociais, genéticas, físicas ou químicas, o que pode prejudicar, de forma ampla, o contexto o qual esse indivíduo está inserido. **Objetivo:** analisar o perfil epidemiológico dos pacientes acompanhados numa unidade CAPS I no município de Senhor do Bonfim - Bahia. **Materiais e métodos:** trata-se de um estudo documental, de corte transversal, com abordagem quantitativa, a partir de dados secundários de prontuários de pacientes, no período de 2005 a 2019. **Resultados:** foram analisados 290 prontuários de pacientes acompanhados no CAPS, predominando um perfil de pessoas do sexo masculino, com média de idade 45,2 anos, ensino fundamental completo, residentes na zona urbana, não tem emprego formal e compartilham o convívio familiar. No histórico do usuário, é marcante o histórico de tentativas de suicídio em algum momento da vida, sendo os transtornos delirantes, retardo mental e esquizofrênico os mais prevalentes em homens e os depressivos em mulheres. Os principais sintomas foram agressividade, delírios e alucinações, sendo os anticonvulsivantes, antipsicóticos e benzodiazepínicos as classes medicamentosas



mais utilizadas. Conclusão: Dessa forma, o estudo possibilitou conhecer um panorama epidemiológico dos usuários cadastrados num serviço especializado em saúde mental.

Palavras-chave: saúde mental; epidemiologia; perfil de saúde; psiquiatria.

ABSTRACT

Introduction: mental disorders have been increasing over the decades, being considered as a disease that presents psychological manifestations, associated with functional impairment due to biological, social, genetic, physical or chemical disturbances, which can broadly harm the context which this individual is inserted. **Objective:** to analyze the epidemiological profile of patients monitored in a CAPS I unit in the municipality of Senhor do Bonfim - Bahia. **Materials and methods:** this is a documentary, cross-sectional study, with a quantitative approach, based on secondary data from patient records, from 2005 to 2019. **Results:** 290 records of patients followed up at CAPS were analyzed, predominantly a profile of male people, with an average age of 45.2 years, complete primary education, living in urban areas, without formal employment and sharing family life. In the user's history, the history of suicide attempts at some point in life is notable, with delusional, mental retardation and schizophrenic disorders being the most prevalent in men and depressive disorders in women. The main symptoms were aggression, delusions and hallucinations, with anticonvulsants, antipsychotics and benzodiazepines being the most used drug classes. **Conclusion:** In this way, the study made it possible to understand an epidemiological panorama of users registered in a specialized mental health service.

Keywords: mental health; epidemiology; health profile; psychiatry.

INTRODUÇÃO

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), os transtornos mentais vêm aumentando com o passar das décadas, o que pode desta forma, somatizar um quantitativo de, aproximadamente 650 milhões de pessoas diagnosticadas por esse mal do século.⁽¹⁾ Atrelado a isso, caracterizam-se os transtornos mentais como uma doença que apresenta manifestações psicológicas, associadas ao comprometimento funcional devido a perturbações biológicas, sociais, genéticas, físicas ou químicas, o que pode prejudicar, de forma ampla, o contexto o qual esse indivíduo está inserido.⁽²⁾

Paralelamente, pode-se dizer que a maneira de compreender e lidar com os transtornos mentais foram modificando com o passar do tempo, devido ao surgimento, principalmente da Reforma Psiquiátrica brasileira.⁽³⁾ Esse surgimento aconteceu devido ao tratamento desumano e as formas crônicas que hospitais psiquiátricos ou manicômios detinham, ocasionando assim, o isolamento e retrocesso no cuidado do paciente, acarretando críticas sobre a eficácia do tratamento em saúde mental deste modelo.^(1;4) Desse modo, a reforma por sua vez, vem com o propósito de apresentar formas de substituir o modelo hospitalar manicomial, por uma atenção centrada no cuidado integral, visando à permanência dos indivíduos em seu contexto social e familiar, garantindo assim, seus direitos sociais.⁽⁴⁾

É importante salientar que todo esse processo diante de tal contexto, impulsionou a criação de novos arranjos terapêuticos com práticas de cuidado em saúde mental, favorecendo assim, o surgimento e a implementação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com intuito de substituir os modelos manicomiais. ⁽¹⁾ Vale dizer, que esses serviços têm um papel importante frente ao tratamento do paciente/usuário que sofre com transtornos mentais severos e persistentes, em tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo, e funcionando segundo a lógica de cada território.⁽⁵⁾

Entretanto, o CAPS não detém de uma boa funcionalidade atuando sozinho, pois necessita do conjunto da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como os serviços de atenção básica, especializada e de urgência/emergência, para que juntos promovam ações e serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade que permitam o cuidado na perspectiva da desinstitucionalização e da inserção do indivíduo no trabalho.⁽⁶⁻⁷⁾

Essas instituições são classificadas em diferentes tipos de acordo com sua complexidade, público-alvo e população da área. Dessa forma, pode-se estratificar o serviço em alguns grupos, como: CAPS I, CAPS II, CAPS III e, por fim, tem-se o CAPS ad (Álcool e Drogas) e CAPS i. ⁽⁵⁾ Vale destacar que, de acordo com os dados do IBGE (2019), o município de Senhor do Bonfim, localizado no Centro Norte baiano, possuía uma população de 79.015 habitantes, concordante com a Política de Saúde Mental para inserção do CAPS II e CAPS i, no entanto, o território detém apenas o CAPS ad e CAPS I, sendo o último lócus do estudo.

Por sua vez, apesar do SUS, através de estratégias, buscar melhorias por meio de ações e serviços a fim de garantir à integralidade do cuidado a pessoa com transtornos, é relevante intensificar estudos que busque a caracterização do perfil de pessoas com transtornos mentais, e especificamente, no município de Senhor do Bonfim-BA, sendo importante para melhoria e aperfeiçoamento da assistência.

Logo, torna-se relevante esta investigação, tendo em vista uma elevada e crescente prevalência de transtornos mentais. Desse modo, surge a pergunta norteadora dessa pesquisa: Qual é o perfil dos pacientes cadastrados no CAPS I do município de Senhor do Bonfim/BA? Em vista disso, o objetivo do estudo é analisar o perfil epidemiológico dos pacientes acompanhados numa unidade CAPS I no município de Senhor do Bonfim – Bahia.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo documental de corte transversal, com abordagem quantitativa, utilizando-se de um levantamento de dados secundários, a partir de prontuários clínicos de pacientes assistido no CAPS I “Renascença”, no município de Senhor do Bonfim, localizado no Piemonte Norte do Itapicuru no estado da Bahia.

Este serviço foi escolhido, pois atende toda a área de abrangência do município em questão, sendo mais consolidado no contexto de assistência à saúde mental do local. A amostra constituiu-se de 290 prontuários cadastrados no sistema do CAPS I – Renascença desde a sua implementação até o ano de 2019, sob a forma de cuidados intensivos, semi-intensivos e não-intensivos. Devido a essa rescisão, os usuários que se inscreveram no serviço após esse período foram excluídos.

Para compor o instrumento de pesquisa, foi desenvolvido questionário contendo as seguintes variáveis: sociodemográficos (idade, sexo, escolaridade, moradia, modo de moradia e ocupação), tipos de transtornos mentais, tentativa de suicídio, sintomas iniciais e classe medicamentosa. Vale salientar que o diagnóstico médico de transtornos mentais foi categorizado de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID-10 F) e Problemas Relacionados com a Saúde.

Ressalta-se que a principal função da CID, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), é monitorar a ocorrência e disseminação de doenças, além de sistematizar o padrão de doenças, problemas de saúde pública, sinais e sintomas, queixas, causas externas de lesões e condições sociais, apresentando uma visão abrangente do estado de saúde dos países e seus povos.⁽⁸⁾

As informações coletadas nos prontuários foram convertidas utilizando o Software Epi Info 3.5.2, que permite agrupar os dados em planilhas, tabelas e gráficos, o que facilita a visualização dos resultados. A análise foi efetuada, através dos resultados obtidos, sendo expostos e identificados os resultados de maior relevância para a pesquisa, permitindo assim a descrição do perfil clínico e sociodemográfico dos usuários do CAPS I. No segundo momento, os resultados foram discutidos à luz do referencial teórico da Psiquiatria.

O estudo obedeceu aos princípios éticos da pesquisa e seguindo a orientação da resolução do CNS nº 466/12. O projeto encontra-se aprovado pelo CEP/UNEB, sobre parecer consubstanciado nº 2.974.612/2018.

RESULTADOS

Foram analisados os prontuários dos 290 usuários ativos do CAPS I do município de Senhor do Bonfim/BA. A amostra estudada apresentou maior proporção de indivíduos na faixa etária entre 31 e 47 anos (41%), com predomínio do sexo masculino (53%). Com relação à escolaridade, 135 (47%) não possuíam dados preenchidos a respeito dessa variável. Entre os que tinham conhecimento deste aspecto, a maioria (80/28%) tinha completado o ensino fundamental. Boa parte da população do estudo morava em zona urbana (65%), com seu familiar (89%). No que tange a ocupação (16%) estão desempregados.

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos pacientes com transtornos mentais atendidos de 2005 a 2019, no CAPS I. Senhor do Bonfim, Bahia, Brasil, 2020.

Variáveis	Freq. Absoluta (n)	Freq. Relativa (%)
Sexo		
Masculino	153	53%
Feminino	137	47%
Faixas etárias		
16-30 anos	51	18%
31-47 anos	119	41%
48-63 anos	94	32%
Acima de 64 anos	21	7%
Desconhecido*	5	2%
Escolaridade**		
Analfabeto	27	9%
Ensino Fundamental	80	28%
Ensino Médio	46	16%
Ensino Superior	2	1%
Desconhecido*	135	47%
Moradia		
Zona Rural	95	33%
Zona Urbana	188	65%
Desconhecido*	7	2%
Modo de moradia		
Mora sozinho	15	5%
Mora com familiar	259	89%
Outros	12	4%
Desconhecido*	4	1%
Ocupação		
Desempregado	47	16%
Trabalho formal	19	7%
Trabalho informal	18	6%
Desconhecido*	206	71%
Total	290	100%

Fonte: Dados dos prontuários do CAPS I
***Valores não registrados nos prontuários dos pacientes.**

Na variável suicídio (18%), pode-se observar que havia registros apontando tentativa de suicídio pelo indivíduo em algum momento da vida, seguindo de negação pelo ato (5%).

O paciente diagnosticado com transtornos mentais pode apresentar diversos sintomas, assim como, utilizar várias medicações de acordo com necessidade e avaliação médica. Nessa lógica, de forma didática e para facilitar a compreensão, colocaram-se os participantes em duas ou mais variáveis. Dentre os sintomas iniciais, alucinações (53%) teve destaque, seguindo de agressividade (48%) e delírios (46%). Em relação à classe medicamentosa, os antipsicóticos (71%), benzodiazepínicos (68%) e anticonvulsivantes (60%) foram os mais utilizados.

Tabela 2 - Dados referentes ao histórico de transtorno mental de pacientes atendidos de 2005 e 2019 no Centro de Atenção Psicossocial I, Senhor do Bonfim, Bahia, Brasil, 2020.

Variáveis	(n)	(%)
Ideação suicida		
Não	14	5%
Sim	53	18%
Desconhecido*	223	77%
Sintomas iniciais na admissão do paciente		
Delírios	133	46%
Agitação	127	44%
Alucinações	153	53%
Choro fácil	39	13%
Isolamento	20	7%
Agressividade	139	48%
Discurso incoerente	20	7%
Fobia	21	7%
Desconhecido*	36	12%
Outros**	22	8%
Classe medicamentosa		
Anticonvulsivantes	175	60%
Antipsicóticos	205	71%
Benzodiazepínicos	196	68%
Antidepressivos	25	9%
Barbitúricos	14	5%
Anti-histamínicos	81	28%
Anticolinérgicos	86	30%
Estabilizadores de humor	82	28%
Desconhecido*	7	2%

Fonte: Dados dos prontuários do CAPS I // *Valores não registrados nos prontuários clínicos // **Sintomas não relacionados ao transtorno, como: cefaleia, insônia e etc.

Prevaleram na população do estudo, de acordo com o CID-10, os diagnósticos Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (48%), transtornos afetivo bipolar (19%) e transtorno depressivo (10%). Vale ressaltar, que o estudo apresentou usuários no CAPS I com CID F10-F19 (3%) (Tabela 3) mesmo existindo outro serviço de referência, o CAPS AD.

Tabela 3 - Distribuição do número de diagnóstico de Transtorno Mental cadastrado no CAPS I, Senhor do Bonfim, Bahia, Brasil, 2020.

Diagnóstico CID-10	Nº de casos	%
F20-F29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes	138	48
F31 Transtorno afetivo bipolar	54	19
F32 Transtorno depressivo	30	10
F10-F19 Transtorno devido ao uso e abuso de álcool e outras drogas	9	3
F70-F79 Retardo mental	19	6
Outros*	40	14
Total	290	100

Fonte: Dados dos prontuários do CAPS I / Na tabela 3 a categoria Outros significa: Sem CID-10, I10-I15 Doenças Hipertensivas, F80-F89 Transtornos do Desenvolvimento Psicológico, E14 Diabetes mellitus e pacientes com mais de um diagnóstico.**

Na tabela 4 apresenta os diagnósticos de acordo com o sexo. Com relação ao sexo masculino, tem-se a predominância por número de casos, a esquizofrenia, transtornos equizotípicos e delirantes (F20-F29) com 78 (50%), seguido pelo transtorno bipolar (afetivo) (F31) (13%) e retardo mental (F70-F79) (10%). Enquanto que o transtorno afetivo bipolar (25%) e depressivo (15%) no sexo feminino.

Tabela 4 – Distribuição dos diagnósticos médicos dos usuários do CAPS I, segundo o sexo, Senhor do Bonfim, Bahia, Brasil, 2020.

Diagnóstico CID-10		Nº de casos Feminino	%	Nº de casos Masculino	%
F20-F29	Esquizofrenia, transtornos equizotípicos e delirantes	60	44	78	50
F31	Transtorno afetivo bipolar	34	25	20	13
F32	Transtorno depressivo	20	15	10	7
F10-F19	Transtorno devido ao uso e abuso de álcool e outras drogas	3	2	6	4
F70-F79	Retardo mental	4	3	15	10
	Outros*	16	12	24	16
Total		137	100	153	100

Fonte: Dados dos prontuários do CAPS I // Na tabela 3 a categoria Outros significa: Sem CID-10, I10-I15 Doenças Hipertensivas, F80-F89 Transtornos do Desenvolvimento Psicológico, E14 Diabetes mellitus e paciente com mais de um diagnóstico.**

DISCUSSÃO

Indubitavelmente, pode-se perceber, por meio do estudo, que o contexto de saúde mental afeta indivíduos de determinada faixa etária, consideravelmente, produtiva ou economicamente ativa. Os transtornos mentais acometem grupos etários caracterizados como População Economicamente Ativa (PEA), representando, assim, os indivíduos inseridos no mercado de trabalho ou que estão à procura deles.⁽⁹⁾

Diante disso, na perspectiva que o PEA movimentada economicamente o país, é imprescindível que o sistema terapêutico do CAPS adote, por meio do processo de acompanhamento e reabilitação, medidas para inserir os usuários no ambiente de trabalho, buscando o empoderamento das pessoas com transtornos mentais e à geração de renda, de modo a qualificar as condições de vida e de cidadania.⁽¹⁰⁾

De forma complementar, estudos acrescentam que pacientes cadastrados no CAPS são, predominantemente, do sexo feminino.^(1;11) No entanto, este estudo diverge com a literatura, apresentando uma maior prevalência do sexo masculino. Pode-se justificar essa diferença, pois, as mulheres, culturalmente, procuram os serviços de atenção primária de saúde e menos os serviços especializados em saúde mental.⁽⁷⁾

Na questão que envolve a escolaridade dos usuários, a maior frequência foi em relação à alfabetização, que somando o ensino fundamental e médio, apresentou-se quase a metade (45%) dos indivíduos cadastrados. Segundo os dados sociodemográficos divulgados pelo IBGE, no censo de 2010, constatou-se que, diante de tal perspectiva, a população de Senhor do Bonfim totalizava 62.289 pessoas residentes alfabetizadas, o que

perfaz 98% dos habitantes.⁽¹²⁾ No entanto, a ausência de informações encontradas nos prontuários, prejudicou a pesquisa e até mesmo a gestão de saúde do município, haja vista que, esses dados informativos podem apresentar elementos importantes para uma boa compreensão sobre os pacientes que frequentam o serviço.

Esse resultado já era esperado, pelo fato da população estar concentrada na área urbana e, principalmente, porque as pessoas que moram em cidade enfrentam grandes pressões econômicas e financeiras para viver com dignidade, o que pode afetar diretamente a saúde mental.⁽¹³⁾ No entanto, vale destacar o número de usuários da zona rural que procuram atendimento relacionado à sua saúde mental, o que pode mostrar que o estresse mental afeta as comunidades independentemente do local e que outras variáveis podem ser analisadas nessas diferentes comunidades.

Ademais, sobre o modo de moradia, 89% convivem com familiares, demonstrando assim um reflexo pertinente das ações promovidas pelas políticas públicas de saúde mental, como a desinstitucionalização, que buscam dar suporte psicossocial aos pacientes e seus familiares com a finalidade de que estes retornem ao ambiente familiar e à sociedade.⁽¹⁴⁾ Por meio disso, pode-se dizer que a família assume um papel importante nesse processo, que envolve desde as demandas decorrentes às atividades do cuidar, até a ressocialização do sujeito com transtorno mental.⁽¹⁵⁻¹⁶⁾

Apesar dos prontuários apresentarem lacunas no preenchimento das informações referentes à ocupação, obteve-se um percentual (18%) de desempregados. O desemprego ou subemprego podem ser considerados determinantes sociais da saúde, pois tais condições podem afetar diferentes vias da vida dos indivíduos. Vale salientar, que os transtornos mentais podem ser considerados incapacitantes, de forma temporária ou definitiva, o que, no que tange a ocorrência, se for precoce, pode comprometer as chances de iniciar, prosseguir ou de se manter ativo numa profissão, haja vista que os déficits de formação devido às perturbações comprometem a fase escolar.⁽¹⁷⁾ Em contrapartida, há um estigma social forte frente ao paciente com transtornos mentais, pois a sociedade tem preconceito em inserir este indivíduo no mercado de trabalho.⁽¹⁸⁾ Dessa forma, essa conduta de exclusão só dificulta o processo de inserção social.

Em relação à ideação suicida, 53 pacientes relataram ter cometido algo contra a própria vida. Isso pode estar associado ao tipo de transtorno do usuário, uma vez que, segundo algumas literaturas, há uma prevalência entre os transtornos do humor, transtornos psicóticos e transtornos de ansiedade, sendo assim, considerados como um dos fatores de risco para o indivíduo cometerem suicídio^(11;19-20), o que corrobora com os dados encontrados no estudo.

Em relação à prevalência de sintomas iniciais, pode-se dizer que estão proporcionalmente ligados ao tipo de transtorno que o usuário possui, alinhando-se, dessa forma, à classe medicamentosa utilizada no processo, pois, se tratando da mesma, tem-se a funcionalidade de minimizar os sintomas provenientes das perturbações psíquicas.⁽²¹⁾ Vale salientar que, as medicações prevalentes neste estudo corroboram com algumas literaturas, onde mostram os fármacos utilizados de acordo com as necessidades do paciente^(19; 22-23), dentre eles, pode-se destacar os antipsicóticos voltado para transtornos psicóticos, os benzodiazepínicos, antidepressivos, assim como os anticonvulsivantes que auxiliam no equilíbrio mental dos pacientes portadores de transtornos depressivos e de humor.⁽²⁴⁻²⁵⁾

Ademais, é importante evidenciar, que no tratamento de transtorno mental é recorrente o uso de diversos fármacos ao mesmo tempo, a fim de, potencializar o efeito da terapêutica, entretanto, é de suma importância avaliação médica para cada situação. ⁽²⁶⁻²⁷⁾ Em contrapartida, o CAPS necessita oferecer outras terapêuticas frente à saúde mental, não se concentrando apenas na figura do profissional médico e nos psicofármacos, haja vista que este espaço é um ambiente que busca promover, por meio da tríade, o acolhimento, a emancipação e a inserção social do usuário. ⁽¹⁰⁾ Assim, é de extrema importância o elo da equipe multiprofissional para o desenvolvimento de atividades para o bom funcionamento do serviço, sendo essas, as oficinas terapêuticas ocupacionais com o objetivo de fomentar integração social e familiar dos usuários. ⁽²⁸⁾

Em se tratando dos diagnósticos de transtornos mentais, o sexo masculino, de acordo com este manuscrito que corrobora com algumas literaturas, apresenta uma prevalência de transtornos de personalidade, esquizofrenia e transtorno delirante persistente. ^(10; 29-30) No entanto, o sexo feminino teve um quantitativo maior em relação aos transtornos depressivos e de humor, o que mostra diferença entre o sexo de acordo com o tipo de transtorno ⁽¹⁹⁾

É importante destacar também, a presença de transtorno decorrente o uso e abuso de álcool e outras drogas entre os sexos neste espaço, mesmo existindo o CAPSad (álcool e drogas) na microrregião. Isso pode ser justificado pelo fato de alguns pacientes com esquizofrenia usarem substâncias psicoativas como forma de diminuir a ansiedade, euforia e outras sensações devido ao transtorno psíquico. ^(19;31)

Por meio de todo esse contexto, faz-se mister, ainda, dizer que os usuários do CAPS I podem apresentar dois ou mais diagnósticos, o que corrobora com este estudo, pois na psiquiatria é uma tarefa difícil diagnosticar com exatidão, até porque o que difere basicamente são alguns sintomas característicos de cada transtorno, e em alguns casos a semelhança entre eles, como ocorre nos transtornos psicóticos e seus variados tipos, dificultando assim, a diferenciação. ⁽³²⁾

Por isso, é de extrema importância a capacitação dos profissionais frente aos sinais e sintomas apresentados pelos usuários, para que possam diagnosticar e formular uma terapêutica de acordo com as devidas necessidades dos mesmos. ⁽¹⁹⁾

A ausência de informações nos prontuários dos pacientes trouxe limitações ao estudo. Outra limitação que deve ser destacada é que as variáveis passíveis de alteração ao longo do tempo - escolaridade, trabalho e estado civil - aparecem apenas uma vez no prontuário, ou seja, refletem a condição da pessoa quando foi admitida serviço, o que não corresponde à realidade atual. É importante a conscientização dos profissionais para o preenchimento destes espaços, pois contribuem de forma significativa para conhecer melhor o perfil dos pacientes, e dessa forma, fomentar a promoção de saúde para esses indivíduos, além de evidenciar aos órgãos públicos locais, a população mais propensa ao adoecimento psíquico, como também os transtornos prevalentes no serviço.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu a caracterização dos usuários cadastrados no CAPS I do município de Senhor do Bonfim/BA, sendo predominantes indivíduos do sexo masculino, com faixa etária entre 31 e 47 anos, possuindo o ensino fundamental completo, morando em zona urbana, e em convívio familiar, na condição desempregado. Quando analisado o histórico do paciente, percebe-se que já tentou suicídio em algum momento da vida, apresentando sintomas agressividade, delírios e alucinações. Os medicamentos utilizados foram anticonvulsivantes, antipsicóticos e benzodiazepínicos. Vale ressaltar também que dos transtornos mentais mais prevalentes em homens foram transtornos delirantes, retardo mental e transtorno esquizofrênico, enquanto que nas mulheres prevaleceram os transtornos depressivos.

Nesse sentido, considerando que os serviços de saúde mental se encontram em processo de aprimoramento, espera-se que este trabalho, pioneiro no CAPS I de Senhor do Bonfim/BA, seja utilizado como subsídio para o planejamento de intervenções direcionadas a certos grupos e para a elaboração de estratégias de melhorias, além de fomentar novas pesquisas nesse cenário.

REFERÊNCIA

1. Bogo MSJ, Chapadeiro CA. Perfil e formação do profissional do CAPS e sua compreensão do transtorno mental. *Aletheia* 2019;52(2):21-35.
2. Hiany N. Perfil Epidemiológico dos Transtornos Mentais na População Adulta no Brasil: uma revisão integrativa. *Revista enfermagem atual* 2018;86(24).
3. Barbosa CG, Camila GM, Paulo RM, Nery JS, Gondim BB. Perfil epidemiológico dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 2016; 16(1), 01-08.
4. Serafim RCNS, Bú EA, Maciel SC, Santiago TRS, Alexandre MÊS. Representações sociais da reforma psiquiátrica e doença mental em universitários brasileiros. *Psic., Saúde & Doenças* 2017;18(1).
5. Saragozo R, Luft S. Formação do profissional no SUS: desafios da rede psicossocial de saúde mental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health* 2016;8.
6. Rodovalho ALP, Pegoraro RF. O Centro de Atenção Psicossocial segundo familiares de usuários: um estudo a partir dos itinerários terapêuticos. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog* 2020;16(1):1-8.
7. Medeiros NFJ, Melo LM, Pereira AR, Souza PDASR, Rocha SPDN. Perfil epidemiológico dos usuários atendidos em centro de atenção psicossocial, álcool e drogas, em uma capital do nordeste brasileiro. *Rev. Ciênc. Plural [Internet]*. 31º de agosto de 2021 [citado 23º de setembro de 2023];7(3):341-57.
8. Coren BA - Conselho Regional de Enfermagem da Bahia. Informa sobre nova classificação internacional de doenças. Brasília, 2018.

9. Oliveira VF, Alves JS, Moraes ACS, Silva JC, Silva CSS, Barros Nepomuceno FWA, Junior HLR. Caracterização de pacientes com transtornos mentais atendidos no centro de atenção psicossocial em São Francisco do Conde – Bahia. *cmbio* [Internet]. 5º de janeiro de 2014 [citado 23º de setembro de 2023];13(2):204-11.
10. Cruz LP da, Vedana KGG, Mercedes BP do C, Miasso AI. Dificuldades relacionadas à terapêutica medicamentosa no transtorno de ansiedade. *Rev. Eletr. Enferm.* [Internet]. 31º de março de 2016 [citado 23º de setembro de 2023];18:e1155.
11. Lima LGB, Santos AE, Cardoso BL, Pedrão LJ. Características de usuários com diagnóstico de Transtorno Depressivo atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas* 2020;16(1):1-9.
12. IBGE – Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de população e indicadores sociais. Bahia, Senhor do Bonfim. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.
13. LimaTM, Rossi ESJG, Batista EC. Perfil epidemiológico de pacientes com esquizofrenia em uso de antipsicóticos de ação prolongada. *Epidemiologia: Saúde e Sociedade* 2017;17(33).
14. Brasil. Ministério Da Saúde. Portaria nº 1.121, de 21 de outubro de 2015. Desabilita Hospitais Psiquiátricos. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2017.*
15. Nascimento KC, Mella MKS, Berra S, Olschowsky A, Guimarães AN. O desafio familiar no cuidado às pessoas acometidas por transtorno mental. *Revenferm UFPE online* 2016;10(3):-8, 2016.
16. Almeida MHS, Mendonça ÉS. Um olhar à família: ressonâncias psicossociais em familiares que convivem com uma pessoa em situação de transtorno mental. *barbaroi* [Internet]. 12º de dezembro de 2017 [citado 22º de setembro de 2023];0(49):01 - 24.
17. Assunção AA, Lima EP, Guimarães MDC. Transtornos mentais e inserção no mercado de trabalho no Brasil: um estudo multicêntrico nacional. *Caderno Saúde Pública* 2017;33(3).
18. Nascimento LA, Leão A. Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, 2019;26(1).
19. Paes MR, Maftum MA, Felix JVC, Mantovani MF, Mathias TAF. Caracterização de pacientes com transtornos mentais de um Hospital geral e de ensino. *CogitareEnferm* 2018;23(2):01-10.
20. Cardoso AS, Ceconello AM. Fatores de risco e proteção para o suicídio na adolescência: uma revisão de literatura. *Perspectiva: Ciência e Saúde* 2019;4(2):101-117.
21. Alcântara CB, Capistrano FC, Czarnobay J, Ferreira ACZ, Brusamarello T, Maftum MA. A terapêutica medicamentosa às pessoas com transtorno mental na visão de profissionais da enfermagem. *Esc Anna Nery* 2018;22(2):e20170294.
22. Zanetti LL, Stumm E, Bosse FG, Oliveira R, Bandeira VAC, Colet C de F. Tratamento medicamentoso e não medicamentoso de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Sci Med* [Internet]. 18º de dezembro de 2017 [citado 23º de setembro de 2023];27(4):ID28277.
23. Zorzaneli RT, Giordani F, Guaraldo L, Matos GC de, Brito AG de, Oliveira MG de, *et al.*. Consumo do benzodiazepínico clonazepam (Rivotril®) no estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2009-2013: estudo ecológico. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2019Aug;24(8):3129–40.

24. Cruz LSD, Carmo DCD, Sacramento DMSD, Almeida MSPD, Silveira HFD, Ribeiro JHL. Perfil de pacientes com transtornos mentais atendidos no centro de atenção psicossocial do município de candeias - Bahia. *Revista Brasileira De Ciências Da Saúde* 2016;20(2):93–98.
25. Gregoleti V, Scortegagna SA, Portella MR. Rastreamento sociodemográfico e clínico de indivíduos com depressão. *Estud. interdiscipl. envelhec.*, Porto Alegre 2016;21(1):187-204.
26. Costa RC, Coelho MO, Rodrigues Neto EM, Marques LARVM, Lotif MAL. Perfil epidemiológico de usuários intensivos de um centro de atenção psicossocial. *Revenferm UFPE online*. Recife 2015;9(2):820-9.
27. Nunes PP, Amorim L, Delben PB, Gusso HL, Cruz RM. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com esquizofrenia atendidos em ambulatório de um hospital público. *RIES [Internet]*. 29º de novembro de 2018 [citado 23º de setembro de 2023];7(1):12-24.
28. Pereira OP, Palma ACR. Sentidos das oficinas terapêuticas ocupacionais do CAPS no cotidiano dos usuários: uma descrição fenomenológica. *Rev. abordagem gestalt*. Goiânia 2018;24(1).
29. Araújo LM, Godoy EFM, Botti NCL. Situações presentes na crise de pacientes psicóticos. *Arquivos Brasileiros de Psicologia Rio de Janeiro*,2017; 69(2):138-152.
30. Esmério ICB, Duarte RCO, Oliveira BSB, Miranda WD, Miranda EF de, Tonello L. Pacientes com transtornos mentais que buscam atendimento em centro de saúde psicossocial – um estudo de revisão. *Rev. Cereus [Internet]*. 13º de novembro de 2019 [citado 23º de setembro de 2023];11(3):2-12.
31. Costa JBC, Olímpio AC dos S, Oliveira EN, Moreira RMM, Oliveira L da S, Silva RW de S. Consumo de crack Característica de usuários em tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool-Drogas. *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog [Internet]*. 5 de fevereiro de 2020 [citado 23 de setembro de 2023];15(4).
32. Mazer AK, Macedo BBD, Juruena MF. Transtornos da personalidade. *Medicina, Ribeirão Preto, Online* 2017;50(1):85-97.

Estadiamento do câncer do colo do útero: uma revisão de literatura

Cervical cancer staging: a literature review

Samanta Calisto da Silva

Faculdade CET. <http://lattes.cnpq.br/7956136995045906>

Keylla da Conceição Machado

Faculdade CET. <http://lattes.cnpq.br/9900368331881205>

Ana Karolinne da Silva Brito

Faculdade CET. <http://lattes.cnpq.br/6004719292446370>

RESUMO

Este estudo tem como objetivo revisar a literatura a cerca das características clínicas do câncer do colo do útero e suas anormalidades citológicas associadas. Trata-se de um estudo narrativo na qual realizou-se uma busca nas bases de dados: Google acadêmico, *Scientific Eletronic Library Online* (SciElo), U. S. *National Library of Medicine* (PubMed). Para a pesquisa utilizou-se os termos “câncer do colo do útero”, “Papanicolau” “Alterações citopatológicas” e “lesões cervicais”. Foram incluídos artigos de revisão, revisões sistemáticas, metanálises e estudos clínicos publicados em português nos últimos 10 anos, além de Manuais, Cadernos de Atenção Básica e Protocolos do Ministério da Saúde. Conclui-se que o câncer de colo do útero ainda é uma realidade no Brasil e no mundo a qual tem uma alta taxa de mortalidade, porém existem medidas e estratégias gratuitas, como o exame Papanicolau que auxiliam no diagnóstico precoce, oportunizando um tratamento adequado aumentando as chances de cura.

Palavras-chave: câncer do colo do útero; Papanicolau; anormalidades citológicas; lesões cervicais.

ABSTRACT

This study aims to review the literature on the clinical characteristics of cervical cancer and its associated cytological abnormalities. This is a narrative study in which a search was carried out in the following databases: Google Scholar, Scientific Electronic Library Online (SciElo), U.S. National Library of Medicine (PubMed). For the research, the terms “cervical cancer”, “Pap smear”, “Cytopathological changes” and “cervical lesions” were



used. Review articles, systematic reviews, meta-analyses and clinical studies published in Portuguese in the last 10 years were included, in addition to Manuals, Basic Care Cardenos and Protocols from the Ministry of Health. It is concluded that cervical cancer is still a reality in Brazil and around the world, which has a high mortality rate, but there are free measures and strategies, such as the Pap smear that help with early diagnosis, providing adequate treatment and increasing the chances of a cure.

Keywords: cervical cancer; pap smear; cytological abnormalities; cervical lesions.

INTRODUÇÃO

O estudo sobre a citologia cervicovaginal teve início na década de 1920, com o médico patologista George Papanicolaou, pioneiro nas pesquisas da citologia e criador do Teste de Papanicolaou, que levou seu nome no exame. Dessa forma, é um exame que vem sendo utilizado nos últimos 50 anos e tem recomendações da Organização Mundial da Saúde sendo o elo central na prevenção e no controle do câncer do colo do útero no Brasil e no mundo (Melo, 2018).

De acordo com Brasil (2012) o exame citopatológico é definido como um exame que tem a finalidade de detectar lesões pré-malignas e malignas do colo do útero, denominado também de exame Papanicolaou ou preventivo. Este exame tem grande importância, pois atua como método de rastreamento para a promoção da saúde e bem-estar das mulheres (Brasil, 2012; Febrasgo, 2019).

Segundo o Instituto Nacional do câncer (INCA) é um método de rastreamento para mulheres na faixa etária a partir dos 25 anos de idade, tendo como objetivo a detecção precoce de alterações cervicais e redução das taxas de mortalidade do câncer de colo do útero (INCA, 2016). Além disso, é um exame simples, rápido e bem aceito pela população feminina, podendo ser feito nas unidades básicas de saúde por profissionais capacitados (Barad, 2019).

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS) a infecção pelo papiloma vírus humano (HPV), persistente ou crônica, é a causa primária das neoplasias do colo do útero. A infecção por esse vírus pode causar transformações intraepiteliais progressivas precursoras do câncer do colo uterino. As lesões cervicais precursoras têm diferentes graus evolutivos nos exames citopatológicos (classificadas em lesões intraepiteliais) e histológico (classificados em neoplasias intraepiteliais (Tsuchya *et al.*, 2017).

Este estudo teve por objetivo revisar a literatura a cerca das características clínicas do câncer do colo do útero e suas anormalidades citológicas associadas.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa com a proposta de identificar as características do câncer do colo do útero, a sua abrangência em número de casos, fatores de risco para seu desenvolvimento, métodos diagnósticos e as principais anormalidades rastreadas em exames de rastreamento.

A busca foi realizada nas bases de dados Google Acadêmico, SciELO e PUBMED utilizando os termos “câncer do colo do útero”, “Papanicolau” “Alterações citopatológicas” e “lesões cervicais”. Foram incluídos artigos de revisão, revisões sistemáticas, metanálises e estudos clínicos publicados em português nos últimos 10 anos. Foram excluídos estudos em células e animais de laboratório e aqueles que não avaliaram os aspectos relacionados ao estadiamento câncer do colo do útero.

Após a leitura dos títulos e resumos dos estudos disponíveis, incluiu-se aqueles considerados relevantes para a proposta do estudo. Adicionalmente, as listas de referências dos artigos encontrados também foram revisadas para identificar estudos adicionais elegíveis como manuais, cadernos de atenção básica e protocolos disponíveis do Ministério da Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Câncer do Colo do Útero

O câncer do colo do útero é uma neoplasia definida pela replicação desordenada de células que revestem a cérvix uterina. Inicialmente, essas alterações celulares ocorrem de forma local no epitélio progredindo para uma lesão invasora comprometendo os tecidos e estruturas subjacentes ou até mesmo os órgãos a distância, quando em alto grau de disseminação (Tsuchiya *et al.*, 2017; INCA, 2022).

Segundo dados do INCA (2022) é o quarto tipo de câncer mais letal que afeta a população feminina no mundo, e o terceiro mais frequente entre as mulheres brasileiras, ficando atrás apenas do câncer de mama e colorretal. Devido à alta incidência e mortalidade, é considerado um problema de saúde pública devendo ser controlado com exames de rastreamento oferecidos de maneira gratuita pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na Atenção Básica.

O câncer do colo do útero é uma malignidade evitável que é responsável por mais de 300.000 mortes em todo o mundo, com mais de meio milhão de mulheres diagnosticadas a cada ano. Aproximadamente 85% dos casos de câncer e 90% das mortes relacionadas ocorrem em países subdesenvolvidos que representam como característica econômica baixa e média renda. Assim, a doença possui implicações globais e de saúde pública, uma vez que a maioria desses países geralmente não tem vacinação formalizada contra o HPV e rastreamento adequado (Yang *et al.*, 2020; Zhang *et al.*, 2022; Bruggmann *et al.*, 2022).

Dados do INCA (2022) apontam que no Brasil, em 2021, excluídos os tumores de pele não melanoma, o câncer do colo do útero é o terceiro tipo de câncer mais incidente entre mulheres. No ano de 2022 foram estimados 16.710 casos novos, representando um risco considerado de 15,38 casos a cada 100 mil mulheres. Na mortalidade proporcional por câncer em mulheres, em 2020, os óbitos por câncer do colo do útero ocupam o terceiro lugar no país, representando 6,1% do total, tendo uma taxa de mortalidade de 4,60 óbitos/100 mil mulheres.

A transmissão do vírus ocorre principalmente por via sexual sem proteção infectando regiões da pele e da mucosa, podendo ser facilitada quando há a presença de lesões clínicas. A transmissão ocorre por contato oral-genital, genital-genital e/ou manual-genital. Assim, mesmo que haja ausência de penetração vaginal ou anal durante o ato sexual, pode ocorrer a transmissão do vírus (Carvalho *et al.*, 2019).

Os fatores de risco relacionados ao desenvolvimento do câncer do colo do útero além da infecção pelo papilomavirus humano (HPV) outros comportamentos como atividades sexuais desprotegidas, tabagismo, uso de pílulas anticoncepcionais por mais de cinco anos, diferentes parceiros sexuais, início precoce e tardio da atividade sexual podem contribuir para a infecção e progressão do câncer cervical (Barbosa; Lima, 2016).

O diagnóstico baseia-se na identificação de morfologias celulares atípicas por ação do vírus do HPV que envolve estudos citológicos, o exame clínico, a colposcopia e a histologia. Uma das formas de prevenção do câncer cervical é a técnica do Papanicolau ou citologia cervicovaginal, embora não detecte o agente viral, é capaz de identificar as alterações nos tecidos causados pelo HPV, dessa forma é o exame importante na vida das mulheres com vida sexualmente ativas com relevância no diagnóstico precoce de câncer cervical intraepitelial ou invasor (Nunes, 2020).

Outras medidas de prevenção, além do exame citopatológico, incluem o uso de preservativos e a vacinação contra o HPV. A vacinação é a medida mais eficaz para a prevenção contra a infecção, é distribuída gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), é indicada para meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos, e em pessoas que vivem com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e pessoas transplantadas na faixa etária de 9 a 26 anos (Brasil, 2019).

O tratamento para aqueles exames citopatológicos que estiverem alterados e houver o diagnóstico confirmado do câncer do colo do útero, incluem cirurgias, radioterapia, quimioterapia, a terapia alvo e a imunoterapia, podendo ser realizada isoladamente ou em combinação dependendo do estágio da doença. Assim, o tratamento envolve ação multiprofissional visando à estabilidade especialmente emocional das pacientes (INCA, 2017).

Procedimento e Método de Coleta do Papanicolau

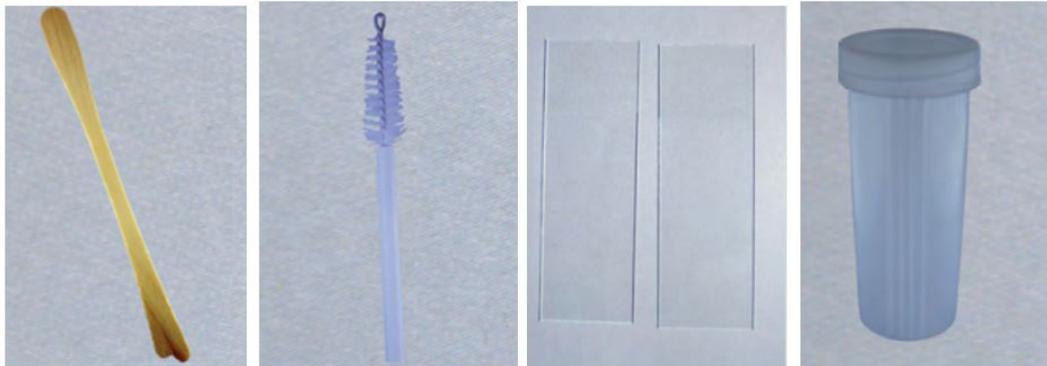
De acordo com o Ministério da Saúde (MS) do Brasil, a faixa etária preconizada para a realização do exame citopatológico é de 25 a 64 anos, indicado para mulheres que possuem vida sexual ativa, e estejam dentro da faixa etária, pois é a idade que tem maior índice de detecção de lesões (Brasil, 2017).

Para o procedimento de coleta, devem ser considerados alguns cuidados que antecedem a coleta. Antes da realização do exame, a paciente deve ser orientada sobre os possíveis fatores que podem interferir na amostra e torna-la inadequada, como a presença de sangramento vaginal, medicamentos tópicos ou sêmen. Além desses cuidados, ela deve ser instruída também sobre a abstinência sexual e não utilizar medicamentos intravaginais por 72 horas que antecedem o exame (Febrasgo, 2019).

Para a coleta do exame, é importante que o profissional explique o procedimento para a paciente mostrando o material e para qual finalidade cada instrumento será utilizado, demonstrando segurança e passando confiança e tranquilidade para a paciente (Fiocruz, 2023).

Os materiais para a realização do exame são além dos Equipamentos de Proteção Individual – EPI, espéculo, lâmina de vidro apropriada (com uma extremidade fosca), espátula de ayre, escova endocervical, solução fixadora, frasco porta lâmina. A figura 01 abaixo mostra os materiais utilizados durante a coleta:

Figura 1 - Materiais para coleta de amostras citológicas do colo uterino.



Fonte: Brasil, 2012.

A posição ideal para a mulher é a litotômica onde a mesma deve estar em decúbito dorsal horizontal com as pernas fletidas, os joelhos afastados e as nádegas o mais perto possível das bordas da mesa ginecológica para facilitar a visualização do colo e a coleta do exame (Lopes, 2021).

A técnica da coleta recomendada pelo SUS é a coleta dupla pela ectocérvice e da endocérvice. A coleta do esfregaço ectocervical é feita com a espátula de ayre na extremidade com duas curvaturas, onde deve ser encaixada com a ponta mais longa no orifício externo do colo e girada em 360° para a raspagem de toda a região. Após a coleta, a extremidade da espátula deve ser passada uma única vez, no sentido transversal. Para a coleta da endocérvice é necessário utilizar a escova endocervical, na qual deve ser inserida na região e realizada 3 a 5 giros de 360°, em seguida deve-se depositar o material colhido em movimentos de rolamento sobre a lâmina. Após a coleta do material, geralmente realiza-se a fixação com álcool etílico a 95% (Fiocruz, 2019).

As lâminas contendo o material são encaminhadas para o laboratório de citologia em um frasco fechado, para processamento e análise técnica, na qual os citopatologistas interpretam as células dispostas no esfregaço (Eurocitology, 2021). Dessa forma, a fixação é um das etapas fundamentais, pois permite que as células estejam bem nítidas e visíveis na análise microscópica do esfregaço (Silva *et al.*, 2020).

Anormalidades e Alterações nas Amostras Citológicas

Os resultados do exame podem ser classificados em: negativo para lesão intraepitelial ou malignidade e anormalidades em células epiteliais. Em relação aos achados celulares normais, de acordo com o padrão de normalidade, estão presentes células do epitélio normal do colo, como as células escamosas e glandulares (Lopes, 2021).

As alterações de normalidade não neoplásicas envolvem a presença de organismos patogênicos, como *Trichomonas vaginalis*, protozoário responsável pela Tricomoníase, uma infecção sexualmente transmissível que necessita de tratamento, como também *Cândida spp.*, fungo causador de doenças infecciosas como a candidíase. Ainda pode-se encontrar microbiota sugestiva de bacteriose vaginal, e modificações consistentes com infecção por Herpes vírus simples e citomegalovírus (Neto *et al.*, 2018).

As anormalidades em células epiteliais seguem os critérios definidos pelo Sistema Bethesda de terminologias (TBS), na qual tem o propósito de estabelecer uma descrição dos achados citopatológicos de maneira clara e objetiva. Dessa maneira, as lesões são divididas em lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL) e lesão intraepitelial de alto grau (HSIL) e carcinoma invasor. AS LSIL compreendem os achados citopatológicos sugestivos de infecção pelo HPV e as neoplasias intraepiteliais de grau leve (NIC I) e as HSIL incluem neoplasias de grau moderado (NIC II) e grau acentuado (NIC III) (Miranda *et al.*, 2020).

De acordo com Calumby *et al.* (2020), o conceito de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) é o conceito determinado para lesões precursoras do carcinoma escamoso invasor do colo uterino, considerando um fenômeno único, contínuo e progressivo, caracterizadas por graus de atipias celulares compreendendo parte ou toda a espessura do epitélio cervical.

Em NIC I as alterações displásicas no terço inferior do epitélio escamoso e promove alterações coilocitóticas nas camadas superficiais do epitélio. Em NIC II, a displasia estende-se para o terço médio do epitélio e toma forma de maturação retardada dos queratinócitos. Em NIC III é marcada pela perda quase completa de maturação, variação ainda maior na célula e tamanho nuclear, heterogeneidade da cromatina, orientação desordenada das células e mitoses normais ou anormais atingindo todas as camadas do epitélio (Kumar *et al.*, 2013).

No carcinoma escamoso apresenta regiões com densidade celular aumentada e pode ser classificado em Carcinoma In Situ (CIS) se restrito apenas ao epitélio de revestimento ou Carcinoma Invasor (CI) se infiltrando o estroma adjacente comprometendo a ectocérvice e a endocérvice (Lopes, 2021).

Outras anormalidades em células epiteliais escamosas encontradas e classificadas pelo Sistema Bethesda são as atipias escamosas de significado indeterminado – ASC-US. Foi uma categoria recentemente criada para determinar a presença de alterações celulares insuficientes para o diagnóstico de lesão intraepitelial, mas não podem ser classificadas como reativas ou neoplásicas (Lopes, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer do colo do útero ainda é uma realidade no Brasil e no mundo a qual tem uma alta taxa de mortalidade, porém existem medidas e estratégias gratuitas, como o exame Papanicolau que auxiliam no diagnóstico precoce, oportunizando um tratamento adequado aumentando as chances de cura. O principal fator desencadeante do câncer cervical é a infecção persistente pelo HPV que causa uma série de manifestações importantes, entre elas as alterações intraepiteliais progressivas precursoras do câncer cervical.

REFERÊNCIAS

BARAD, David H. **Avaliação ginecológica geral. Manual MSD - Versão para Profissionais.** Última modificação do conteúdo: maio 2019.

BARBOSA DC, LIMA EC. **Compreensão das mulheres sobre o câncer de colo do útero e suas formas de prevenção em um município do interior da Bahia, Brasil.** Rev. APS [Internet], v. 19, n. 4, p. 546-55, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15734> .

BRASIL. Técnico em Citopatologia; Caderno de Referência 1: **Citopatologia ginecológica.** Ministério da Saúde, Brasília - DF; 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tecnico_citopatologia_caderno_referencia_1.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Ministério da Saúde propõe avanços na Política Nacional de Atenção Básica.** Publicado em 10/08/2017. Disponível em: <http://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/ministerio-da-saude-propoe-avancos-na-politica-nacional-de-atencao-basica>

BRÜGGMANN, Dorthe, *et al.* **Global cervical cancer research: A scient metric density equalizing mapping and socioeconomic analysis.** Public. Library of Science One, v. 17, n. 1, e0261503, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261503>

CALUMBY, Rodrigo José Nunes. **Papiloma Vírus Humano (HPV) e neoplasia cervical: importância da vacinação.** Braz. J. Hea. Rev., Curitiba, v. 3, n. 2, p.1610-1628mar./apr. 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/7486/6517>

CARVALHO, Karine Faria, *et al.* **A relação entre HPV e câncer de colo do útero: um panorama a partir da produção bibliográfica da área.** Revista Saúde em Foco – Edição nº 11 – Ano: 2019.

EUROCYTOLOGY. **Cervical cytology: Collecting and processing cellular samples from the cervix.** 2021. Disponível em: <https://www.eurocytology.eu/en/course/1119>

FEBRASGO. **Tratado de Ginecologia. Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO).** Elsevier, 1. ed., p. 342-346, 2019.

FIOCRUZ - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: **Coleta e Indicações para o Exame Citopatológico do Colo Uterino.** Rio de Janeiro, 25 mai. 2023. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/coleta-e-indicacoes-para-o-exame-citopatologico-do-colo-uterino/>

INCA. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero.** 2. ed. rev. atual. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). 2016.

INCA. **Dados e números sobre câncer do colo do útero.** Relatório anual 2022. Rio de Janeiro, setembro de 2022. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/dados_e_numeros_colo_22setembro2022.pdf

INSTITUTO Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2023:** incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa>.

KUMAR, Vinay; ABBAS, AbulK.; ASTER, JonC. **Patologia Básica.** 9. ed. [S.L.]: Elsevier Editora Ltda, 2013. 927p.

LOPES, Andrezza Vilaça Belo. **Manual técnico de citologia.**/ Andrezza Vilaça Belo Lopes (org.); Caio Freitas de Lima (org.); Eduardo Batista Cândido (org.). – Belo Horizonte: FAMINAS, 2021. 77 p.

MIRANDA, Wanúzia, *et al.* **Atualização da nomenclatura brasileira para laudos citopatológicos do colo uterino e áreas ano-genitais.** Sociedade Brasileira de citopatologia, julho, 2020. Disponível em: https://colposcopia.org.br/wp-content/uploads/2020/08/E-BOOK-SOCIEDADE-BRASILEIRA-DE-CITOPATOLOGIA_SBC-1-1.pdf

MELO, Patrícia da Silva. **Citologia oncótica.** Londrina: Editora e Distribuidora Educacional S. A, 2018.

NETO, J. B. L. Capítulo 5: **Colpocitologia Oncótica - Uma visão Prática do Método.** Em: SILVA, Carlos Henrique Mascarenhas, *et al.* Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia. Ed Medbook. SOGIMIG. p.29:38. 1ª edição. Belo Horizonte - MG, 2018.

NUNES, Emily Montosa. **Propriedades biológicas e bioquímicas de variantes. naturais de HPV-18.** Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, 2020.

SILVA, G.P.F., CRISTOVAM, P.C., VIDOTTI, D.B. **O impacto da fase pré-analítica na qualidade dos esfregaços cervicovaginais.** EDIÇÃO ATUAL – Revista Brasileira de Análises Clínicas. São Paulo: RBAC; v. 4, p. 135-40; 2020.

TSUCHIYA, Carolina Terumi, *et al.* O câncer de colo do útero no Brasil: uma retrospectiva sobre as políticas públicas voltadas à saúde da mulher. JBES: **Brazilian Journal of Health Economics/ Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, v. 9, n. 1, 2017.

Yang, C. M., Sung, F. C., Hsue, C. S., Muo, C. H., Wang, S. W., & Shieh, S. H. (2020). Comparisons of Papanicolaou Utilization and Cervical Cancer Detection between Rural and Urban Women in Taiwan. **International journal of environmental research and public health**, 18(1), 149. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph18010149> .

Zhang, S., Xu, H., Zhang, L., & Qiao, Y. (2020). **Cervical cancer: Epidemiology, risk factors and screening.** Chinese journal of cancer research = Chung-kuo yen cheng yen chiu, 32(6), 720–728. Disponível em: <https://doi.org/10.21147/j.issn.1000-9604.2020.06.05>

Desenvolvimento profissional e impacto social: a experiência de acadêmicos de enfermagem em ações educativas sobre o TEA na ESF

Filipe Bonfim Nunes

Enfermeiro. Mestre em Ciências da Saúde e Biológicas (UNIVASF)

Quezia Brito dos Santos Reis

Estudante de Enfermagem – Faculdade AGES

Ana Maria Silva Evangelista Almeida

Estudante de Enfermagem – Faculdade AGES

Agnete Troelsen Pereira Nascimento

Mestre em Educação e Diversidade

Ially de Sousa Gomes

Estudante de Psicologia

Diogo de Oliveira Silva

Enfermeiro. Especialista em Saúde Pública

Igor de Sousa Gomes

Enfermeiro Obstetra

Paula Hacainy Borges Oliveira

Profª do Curso de Fisioterapia – Faculdade AGES

Ana Terra Gonçalves Barbosa Amorim

Fisioterapeuta

Fabiana Chagas Oliveira de França

Profª Drª da Faculdade AGES de Jacobina

RESUMO

Este estudo tem como objetivo explorar e analisar a experiência dos acadêmicos de enfermagem envolvidos em ações educativas sobre o Transtorno do Espectro Autista (TEA) na Estratégia de Saúde da Família (ESF), focando no desenvolvimento profissional dos estudantes e no impacto social das atividades realizadas. Trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo relato de experiência, realizada por acadêmicos de enfermagem durante a disciplina Estágio Supervisionado I em uma instituição privada, no município de Senhor do Bonfim – BA. Os resultados evidenciam dois aspectos principais: 1) Preparação e Apresentação: desenvolvimento profissional dos acadêmicos, desafios e aprendizagem; 2) Interação e Feedback: engajamento com a comunidade, impacto social, e conscientização sobre o TEA. Destaca-se a importância da educação em saúde e da interação direta com a comunidade para o crescimento profissional dos estudantes e o impacto social positivo. A combinação de conhecimento teórico com aplicação prática não apenas fortaleceu as competências dos acadêmi-



cos, mas também promoveu um ambiente mais informado e inclusivo para indivíduos com TEA e suas famílias. O sucesso do evento reforça o valor das ações educativas na ESF e seu potencial para transformar a prática profissional e a experiência comunitária em torno do Transtorno do Espectro Autista.

Palavras-chave: desenvolvimento profissional; impacto social; educação em saúde; Transtorno do Espectro Autista (TEA); Estratégia de Saúde da Família (ESF).

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento profissional dos acadêmicos de enfermagem é fundamental para sua formação, especialmente quando associado a ações que promovem impacto social. As atividades educativas realizadas no contexto da Estratégia de Saúde da Família (ESF) permitem que esses futuros profissionais adquiram competências não apenas técnicas, mas também comunicativas e sociais (Santos *et al.*, 2018). Nesse sentido, ações educativas voltadas ao Transtorno do Espectro Autista (TEA) representam uma importante oportunidade para os acadêmicos contribuírem para a conscientização e inclusão social de pessoas com TEA e suas famílias (Silva; Menezes; Almeida, 2020).

A experiência de envolver estudantes em atividades práticas de educação em saúde, especialmente sobre temas como o TEA, favorece o desenvolvimento de habilidades essenciais para a prática da Enfermagem, como a empatia, a comunicação clara e a abordagem integral do paciente (Gonçalves; Pereira, 2019). Além disso, essas ações impactam diretamente a comunidade, promovendo maior conscientização sobre o TEA, diminuindo o estigma social e fortalecendo a rede de suporte às famílias (Silva *et al.*, 2021).

Dessa forma, integrar os acadêmicos de Enfermagem em atividades educativas na ESF sobre o TEA não apenas aprimora o desenvolvimento profissional, mas também fortalece o papel social da Enfermagem como agente de transformação na saúde pública (Almeida; Souza; Rezende, 2019). Dessa forma, o estudo apresenta o objetivo de explorar e analisar a experiência dos acadêmicos de enfermagem envolvidos em ações educativas sobre o Transtorno do Espectro Autista (TEA) na Estratégia de Saúde da Família (ESF), com foco no desenvolvimento profissional dos estudantes e no impacto social das atividades realizadas.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa do tipo relato de experiência com caráter descritivo, realizado por acadêmicos de enfermagem no contexto da disciplina Estágio Supervisionado I, de uma instituição privada, no município de Senhor do Bonfim – BA, tendo como objetivo a intervenção de enfermagem em serviços de saúde, a partir do desenvolvimento de ações de educação em saúde na rede básica de saúde, abordando temas transversais relacionados à Saúde (Azevedo *et al.*, 2014).

O dia 02 de Abril é considerado o Dia Mundial de Conscientização do Autismo, sendo a justificativa para o desenvolvimento da ação na unidade de Saúde. Ação educativa

aconteceu no serviço de Estratégia de Saúde de Família (ESF) – Santos Dumont, localizado no município de Senhor do Bonfim – BA.

Para a construção do material a ser utilizado na ação, realizou-se uma busca na literatura sobre Transtorno do Espectro Autista. Utilizaram-se os descritores “Transtorno do Espectro Autista”, “educação em saúde” na Biblioteca Virtual de Saúde por meio das bases de dados indexadas MEDLINE, LILACS, BDEFN-Enfermagem, associando os descritores ao operador booleano “AND”. Dessa forma, a partir desse levantamento, elencaram-se os principais tópicos que seriam abordados na atividade.

O público-alvo foi mães ou responsáveis de crianças menores de três anos em domicílio de abrangência da unidade. A intenção era justamente ensinar os responsáveis a identificar os sinais e sintomas da criança autista nos primeiros anos de vida, como forma de orientá-los a buscar ajuda ao serviço de saúde. Dessa forma, os acadêmicos de enfermagem confeccionaram um convite comunicando o dia e hora do evento. O mesmo foi entregue aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que realizaram a entrega na casa dos familiares (figura 1).

Figura 1 - Convite confeccionado pelos estudantes de Enfermagem.



Fonte: produzido pelos estudantes

O evento aconteceu na sala de reuniões da unidade de saúde, dessa forma, os estudantes ornamentaram de acordo com a temática que seria abordada. Utilizaram-se para confecção bolas de assopro nas cores amarelo, verde, vermelho, emborrachado de Etileno Acetato de Vinila (EVA), folha de ofício A4, cola de papel, canetas e tesouras (figura 2).

Figura 2 - Ornamentação da sala de reuniões para o evento.

Fonte: produzido pelos estudantes

Participantes e Contexto

O evento educativo sobre o Transtorno do Espectro Autista (TEA) na Estratégia de Saúde da Família (ESF) contou com a participação de 20 pessoas, incluindo seis estudantes do curso de Enfermagem, quatro agentes comunitários de saúde, o professor preceptor de estágio, a enfermeira da unidade e oito usuárias. Este evento visou promover a conscientização e educar a comunidade sobre o TEA através de uma abordagem prática e interativa (Figura 3).

Figura 3 - Apresentação dos alunos sobre Autismo.

Fonte: acervo dos estudantes

Desenvolvimento e Aplicação do Conhecimento

Os estudantes de enfermagem, liderados pelo professor preceptor, prepararam e apresentaram conteúdos relevantes sobre o TEA, abordando temas como “O que é autismo”, “Dados epidemiológicos”, “Possíveis causas”, “Características iniciais na criança”, “Avaliação diagnóstica”, “Tratamento” e “Síndrome de Asperger”. A estrutura do evento foi dividida em duas partes: uma explanação detalhada do conteúdo e uma sessão interativa para esclarecimento de dúvidas e interação com o público.

Experiências Vivenciadas

1. Preparação e Apresentação:

- **Desenvolvimento Profissional:** os estudantes de enfermagem tiveram a oportunidade de aprofundar seus conhecimentos sobre o TEA e desenvolver habilidades de apresentação e comunicação. A preparação do material e a prática de apresentações públicas contribuíram para um melhor entendimento das necessidades educacionais e de comunicação com diferentes audiências.
- **Desafios e Aprendizado:** durante a preparação e a execução das apresentações, os estudantes enfrentaram o desafio de simplificar conceitos complexos e tornar a informação acessível e compreensível para todos os participantes. Essa experiência aprimorou suas habilidades de ensino e adaptabilidade.

2. Interação e Feedback:

- **Engajamento com a Comunidade:** a segunda parte do evento, dedicada a sanar dúvidas e ouvir o público, proporcionou um valioso feedback dos participantes. A interação com as usuárias e os agentes comunitários permitiu aos estudantes compreender melhor as preocupações e necessidades reais da comunidade, e ajustar suas abordagens conforme necessário.
- **Impacto Social:** a sessão interativa foi bem recebida, com participantes expressando satisfação com a clareza das informações e a abordagem inclusiva. O evento facilitou a discussão aberta sobre o TEA e ajudou a reduzir o estigma associado ao transtorno.

Impacto Real sobre a Comunidade e Desenvolvimento dos Acadêmicos

1. Impacto na Comunidade:

- **Conscientização e Educação:** o evento contribuiu significativamente para a conscientização sobre o TEA, oferecendo informações atualizadas e relevantes. As usuárias, ao receberem esclarecimentos sobre o transtorno, foram mais capacitadas para identificar sinais iniciais e buscar diagnóstico e tratamento adequados.
- **Empoderamento dos Agentes Comunitários:** os agentes comunitários de saúde adquiriram novas ferramentas e conhecimentos para apoiar as famílias e indivíduos com TEA em suas comunidades, ampliando a capacidade de resposta da ESF às necessidades específicas desses pacientes.

2. Desenvolvimento dos Acadêmicos:

- **Crescimento Profissional:** a experiência prática de educar e interagir com a comunidade permitiu aos estudantes de enfermagem aplicar e expandir seus conhecimentos teóricos. A habilidade de comunicar informações complexas de forma acessível e a experiência de receber e responder a feedback foram particularmente valiosas para seu desenvolvimento profissional.
- **Preparação para a Prática:** o evento proporcionou aos acadêmicos uma visão mais clara dos desafios enfrentados por profissionais de saúde na educação e apoio a indivíduos com TEA, preparando-os melhor para enfrentar essas questões em sua futura prática profissional.

DISCUSSÃO

O processo de preparação e apresentação dos conteúdos sobre o TEA permitiu aos estudantes de enfermagem aprofundar seus conhecimentos teóricos e desenvolver habilidades práticas essenciais. A literatura destaca que a experiência prática, como a realizada durante este evento, é fundamental para a formação de futuros profissionais de saúde. O envolvimento direto na criação e apresentação de materiais educativos proporciona uma compreensão mais robusta dos conceitos e melhora a capacidade dos acadêmicos de aplicar o conhecimento em contextos reais (Murray *et al.*, 2017).

Os desafios encontrados pelos estudantes ao simplificar conceitos complexos refletem a necessidade de habilidades de comunicação eficazes na prática de enfermagem. De acordo com a pesquisa de Hargie (2011), a comunicação clara e acessível é crucial para a educação em saúde, especialmente quando se trata de condições complexas como o TEA. A capacidade de adaptar a informação ao nível de compreensão do público é uma habilidade essencial que contribui para um ensino mais eficaz e para a melhoria dos resultados de saúde.

O feedback obtido durante a sessão interativa do evento destaca a importância da comunicação bidirecional na educação em saúde. Estudos sugerem que a interação com a comunidade e a coleta de feedback são práticas valiosas que ajudam a adaptar as estratégias de ensino às necessidades reais dos participantes (Schmidt; Reddy, 2017). Esse engajamento não só melhora a eficácia das ações educativas, mas também fortalece a relação entre os profissionais de saúde e a comunidade, promovendo um ambiente de aprendizado colaborativo.

A recepção positiva do evento e a redução do estigma associado ao TEA são corroboradas pela literatura sobre a eficácia das intervenções educativas na mudança de percepções e comportamentos (Moore *et al.*, 2018). A educação sobre o TEA pode contribuir para uma maior compreensão e aceitação do transtorno, o que, por sua vez, pode melhorar a qualidade de vida dos indivíduos afetados e suas famílias.

O impacto do evento na conscientização sobre o TEA é significativo. A literatura enfatiza que a educação sobre condições como o TEA é crucial para melhorar o diagnóstico precoce e o acesso a tratamentos adequados (Falkov, 2017). Ao fornecer informações

atualizadas e relevantes, o evento ajudou as usuárias a identificar sinais iniciais e buscar apoio apropriado, promovendo assim uma intervenção precoce que pode melhorar os resultados a longo prazo.

O empoderamento dos agentes comunitários de saúde é um aspecto crítico na ampliação da capacidade de resposta da ESF às necessidades das pessoas com TEA. A formação e a capacitação contínua desses profissionais são reconhecidas como práticas essenciais para melhorar a eficácia dos serviços de saúde comunitários (Kawachi; Subramanian, 2018). Ao adquirir novos conhecimentos e ferramentas, os agentes comunitários estão mais preparados para oferecer suporte adequado e informar as famílias sobre recursos disponíveis.

A experiência prática adquirida pelos acadêmicos durante o evento contribui significativamente para seu crescimento profissional. A literatura aponta que a integração de experiências práticas com o ensino teórico ajuda a preparar os estudantes para os desafios da prática profissional (Schneider; Pereira; Ferraz, 2020). A habilidade de comunicar informações de forma eficaz e de lidar com feedback é crucial para o desenvolvimento profissional e para a adaptação às demandas do campo da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência relatada destacou a importância da educação em saúde e da interação direta com a comunidade para o desenvolvimento profissional dos acadêmicos e o impacto social positivo. A combinação de conhecimento teórico e aplicação prática não apenas fortaleceu as competências dos estudantes de enfermagem, mas também promoveu um ambiente mais informado e inclusivo para os indivíduos com TEA e suas famílias. O sucesso do evento demonstra o valor das ações educativas na ESF e o potencial de transformar tanto a prática profissional quanto a experiência comunitária em torno do Transtorno do Espectro Autista.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M.; SOUZA, R.; REZENDE, L. **A formação de enfermeiros na prática educativa: uma análise das competências desenvolvidas**. Revista Brasileira de Educação em Saúde, v. 15, n. 3, p. 237-249, 2019.
- FALKOV, A. **Early diagnosis and treatment of autism spectrum disorder: a comprehensive review**. Journal of Autism and Developmental Disorders, v. 47, n. 8, p. 2482-2495, 2017.
- GONÇALVES, C.; PEREIRA, A. **Habilidades comunicativas e desenvolvimento da empatia em estudantes de Enfermagem**. Enfermagem em Foco, v. 10, n. 4, p. 44-50, 2019.
- HARGIE, O. **Comunicação interpessoal qualificada: pesquisa, teoria e prática**. 6. ed. Londres: Routledge, 2011.
- KAWACHI, I.; SUBRAMANIAN, S. V. **Community health worker training and capacity building: enhancing the effectiveness of health services for autism spectrum disorder**. In: BERKMAN, L. F.; KAWACHI, I.; GLYNN, L. (Org.). Social Epidemiology. 2. ed. Oxford: Oxford University Press, 2018. p. 233-259.

MOORE, D. A.; JOHNSON, K. D. **Education and awareness programs for autism spectrum disorder: outcomes and challenges.** Autism Research, v. 11, n. 6, p. 843-852, 2018.

MURRAY, C. *et al.* **Melhorar a aprendizagem dos estudantes de enfermagem através de experiências práticas com transtorno do espectro do autismo.** Educação de Enfermeiros Hoje, v. 2, p. 33-37, 2017.

SANTOS, L. *et al.* **Desenvolvimento de competências profissionais em ações educativas no contexto da saúde pública.** Cadernos de Saúde Coletiva, v. 26, n. 2, p. 177-186, 2018.

SCHMIDT, K.; REDDY, P. **A importância da comunicação bidirecional na educação em saúde: engajamento comunitário e coleta de feedback como ferramentas para melhorar estratégias educacionais.** Journal of Community Health Education, v. 42, n. 2, p. 150-159, 2017.

SCHNEIDER, Luana Roberta; PEREIRA, Rui Pedro Gomes; FERRAZ, L. **Prática Baseada em Evidências e a análise sociocultural na Atenção Primária.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 30(2), e300232, 2020.

SCHNEIDER, M.; PEREIRA, J.; FERRAZ, L. **O papel da experiência prática no crescimento profissional: integrando treinamento prático com educação teórica.** Journal of Health Education Research & Development, v. 38, n. 4, p. 455-463, 2020.

SILVA, D.; MENEZES, A.; ALMEIDA, F. **Ações educativas sobre o TEA: conscientização e inclusão social no âmbito da ESF.** Saúde e Sociedade, v. 29, n. 1, p. 109-122, 2020.

SILVA, M. *et al.* **Impacto das ações educativas sobre o TEA em comunidades vulneráveis: o papel da enfermagem.** Revista de Enfermagem Comunitária, v. 12, n. 2, p. 98-107, 2021.

Dengue na Região Norte do Brasil: uma análise sobre os determinantes em saúde

Dengue in the North of Brazil: an analysis of health determinants

Yamila Audrey Santos Costa

Luana de Andrade Oliveira

Ranielly Mendes Amorim

Rafaela Reusing Benedeti

RESUMO

A dengue é uma das principais doenças transmitidas por vetores no Brasil, com impacto significativo na saúde pública, especialmente na região Norte, onde condições climáticas, ambientais e socioeconômicas favorecem a proliferação do *Aedes aegypti*, o mosquito transmissor. A interação entre esses fatores reflete um cenário epidemiológico complexo, marcado pela elevada incidência de casos, sazonalidade das epidemias e vulnerabilidade das populações locais. O fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica, o investimento em infraestrutura básica e a promoção de educação em saúde são elementos centrais para mitigar os impactos dessa doença e melhorar a saúde coletiva na região. Assim, trata-se de uma revisão sistemática da literatura que promoveu uma busca de dados nas plataformas PubMed, CAPES, EMBASE, LILACS e SciElo. Foram escolhidos artigos em inglês, português e espanhol, publicados nos últimos 10 anos, que abordassem sobre os determinantes em saúde da dengue na região Norte. Sendo assim, diante da complexidade dos determinantes envolvidos na disseminação da dengue, conclui-se que a implementação de políticas públicas eficazes deve levar em consideração o contexto socioeconômico e ambiental das áreas mais afetadas. A gestão urbana, o saneamento básico e o controle do vetor são essenciais para a mitigação dos casos de dengue. No entanto, os achados deste estudo sugerem a necessidade de mais pesquisas que explorem com maior profundidade a interação entre variáveis climáticas, condições de infraestrutura e comportamentos sociais, a fim de fornecer uma base sólida para intervenções preventivas e para o desenvolvimento de novas abordagens no controle dessas doenças.

Palavras-chave: saúde coletiva; dengue; determinantes em saúde.



ABSTRACT

Dengue is one of the main vector-borne diseases in Brazil, with a significant impact on public health, especially in the North region, where climatic, environmental and socioeconomic conditions favor the proliferation of *Aedes aegypti*, the transmitting mosquito. The interaction between these factors reflects a complex epidemiological scenario, marked by the high incidence of cases, seasonality of epidemics and vulnerability of local populations. Strengthening epidemiological surveillance actions, investing in basic infrastructure and promoting health education are central elements to mitigate the impacts of this disease and improve collective health in the region. Thus, this is a systematic review of the literature that promoted a search for data on the PubMed, CAPES, EMBASE, LILACS and SciElo platforms. Articles were chosen in English, Portuguese and Spanish, published in the last 10 years, that addressed the health determinants of dengue in the North region. Therefore, given the complexity of the determinants involved in the spread of dengue, it is concluded that the implementation of effective public policies must take into account the socioeconomic and environmental context of the most affected areas. Urban management, basic sanitation and vector control are essential for mitigating dengue cases. However, the findings of this study suggest the need for further research that explores in greater depth the interaction between climate variables, infrastructure conditions and social behaviors in order to provide a solid basis for preventive interventions and the development of new approaches to control of these diseases.

Keywords: public health; dengue; health determinants.

INTRODUÇÃO

A dengue é uma das principais doenças transmitidas por vetores no Brasil, com impacto significativo na saúde pública, especialmente na região Norte, onde condições climáticas, ambientais e socioeconômicas favorecem a proliferação do *Aedes aegypti*, o mosquito transmissor. A interação entre esses fatores reflete um cenário epidemiológico complexo, marcado pela elevada incidência de casos, sazonalidade das epidemias e vulnerabilidade das populações locais (Fernandes *et al.*, 2021).

A região Norte, caracterizada por vastas áreas de floresta tropical, alta pluviosidade e temperaturas elevadas, oferece condições ideais para o ciclo reprodutivo do vetor, exacerbando a endemidade da dengue. Além dos fatores ambientais, os determinantes sociais em saúde desempenham papel crucial na disseminação da doença. A urbanização desordenada, o acesso limitado a serviços de saúde, saneamento básico inadequado e desigualdades sociais contribuem para a perpetuação das epidemias. Populações marginalizadas e de baixa renda enfrentam maior exposição ao vetor, devido à falta de infraestrutura para controle de criadouros e ao difícil acesso a intervenções preventivas (Salgado *et al.*, 2022).

A dengue na região Norte também ilustra a relevância das questões culturais e educacionais no enfrentamento da doença. A adesão da comunidade às estratégias de controle, como eliminação de focos de água parada e uso de repelentes, depende do nível de conscientização e educação em saúde. Adicionalmente, a dificuldade de acesso

a tratamentos e o subdiagnóstico, especialmente em áreas remotas e ribeirinhas, são desafios para o controle efetivo da doença (Salgado *et al.*, 2022).

Portanto, ao considerar os determinantes em saúde na análise da dengue na região Norte do Brasil, é essencial adotar uma abordagem integrada, que inclua fatores ambientais, sociais e culturais, promovendo intervenções que atendam às necessidades específicas dessa população. O fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica, o investimento em infraestrutura básica e a promoção de educação em saúde são elementos centrais para mitigar os impactos dessa doença e melhorar a saúde coletiva na região.

REFERENCIAL TEÓRICO

A dengue, uma arbovirose causada por quatro sorotipos distintos do vírus da dengue (DENV 1-4), é endêmica no Brasil e representa um desafio significativo para a saúde pública do país. O vetor principal, o mosquito *Aedes aegypti*, encontra condições favoráveis de reprodução em áreas urbanas e periurbanas, caracterizadas pela presença de água parada e clima tropical. Desde sua reintrodução no Brasil na década de 1980, a dengue tem se disseminado amplamente, com epidemias recorrentes e elevado número de casos, especialmente em períodos de maior pluviosidade e temperaturas elevadas (Huang *et al.*, 2021).

O padrão epidemiológico da dengue no Brasil revela um crescimento expressivo no número de casos notificados ao longo das últimas décadas, com aumento tanto em áreas urbanas quanto rurais. Essa expansão geográfica e a complexidade do controle estão associadas a múltiplos determinantes, como a urbanização desordenada, o crescimento populacional, a falta de infraestrutura de saneamento básico e a vulnerabilidade socioeconômica. Além disso, a circulação simultânea de múltiplos sorotipos do vírus tem contribuído para a ocorrência de formas graves da doença, como a dengue hemorrágica, e para a sobrecarga dos sistemas de saúde (Leite *et al.*, 2019).

O controle da dengue no Brasil enfrenta desafios diversos, que vão desde a dificuldade de eliminação de criadouros até a adesão limitada da população a medidas preventivas. As campanhas de controle do vetor, frequentemente baseadas na eliminação de focos de reprodução e no uso de inseticidas, são impactadas pela resistência do mosquito a produtos químicos e pela dificuldade em manter ações contínuas e abrangentes. Além disso, os determinantes sociais da saúde, como as condições de moradia e a desigualdade no acesso aos serviços de saúde, agravam a situação em diversas regiões do país (Nunes *et al.*, 2022).

Em nível nacional, o Ministério da Saúde adota uma abordagem integrada para o combate à dengue, que inclui a vigilância epidemiológica, a promoção de campanhas educativas e o fortalecimento das capacidades dos sistemas de saúde para diagnóstico e manejo clínico dos casos. Entretanto, a heterogeneidade regional exige adaptações nas estratégias de controle, considerando as especificidades locais, como ocorre na região Norte, onde fatores climáticos, ambientais e sociais intensificam o risco de transmissão (Nunes *et al.*, 2022).

Dessa forma, a compreensão dos determinantes em saúde relacionados à dengue no Brasil é essencial para o desenvolvimento de políticas de saúde pública eficazes, que levem em conta a interação entre os fatores biológicos, ambientais, sociais e econômicos que influenciam a transmissão do vírus e a gravidade das epidemias.

A dengue na região Norte do Brasil apresenta um cenário epidemiológico peculiar, influenciado por fatores ambientais, sociais e econômicos, que ampliam a vulnerabilidade das populações locais. A região, caracterizada por clima tropical úmido, alta pluviosidade e elevadas temperaturas durante todo o ano, oferece condições ideais para o ciclo de vida do *Aedes aegypti*, vetor principal da dengue. As chuvas intensas e a consequente formação de ambientes propícios à reprodução do mosquito, como reservatórios de água parada em áreas urbanas e rurais, intensificam a transmissão do vírus na região (Salgado *et al.*, 2022).

Os determinantes sociais da saúde na região Norte também desempenham papel crucial na manutenção de condições endêmicas para a dengue. A urbanização desordenada, com crescimento populacional em áreas sem infraestrutura adequada de saneamento básico e coleta de resíduos, cria um ambiente favorável à proliferação do vetor. O acúmulo de lixo, a existência de habitações precárias e o armazenamento inadequado de água são fatores que contribuem diretamente para o aumento da densidade populacional do *Aedes aegypti* e, conseqüentemente, para a disseminação do vírus da dengue (Jacob, Baldo, 2019).

Além das questões ambientais e infraestruturais, aspectos socioeconômicos e culturais influenciam a resposta da população frente às ações de prevenção e controle da doença. Comunidades mais isoladas e com menor acesso a informações de saúde podem apresentar baixa adesão a medidas preventivas, como eliminação de criadouros e uso de repelentes. A deficiência no acesso a serviços de saúde, comum em regiões remotas da Amazônia, agrava a situação, dificultando o diagnóstico precoce e o tratamento adequado dos casos de dengue, o que pode levar ao aumento das formas graves da doença, como a dengue hemorrágica e a síndrome do choque da dengue (Srisawat *et al.*, 2022).

O manejo da dengue na região Norte também requer uma abordagem diferenciada em função das dificuldades logísticas e geográficas da área. A vastidão da floresta amazônica e a dispersão populacional em áreas ribeirinhas e de difícil acesso tornam complexas as ações de vigilância epidemiológica e controle vetorial. Muitas dessas áreas dependem de transporte fluvial para o fornecimento de insumos de saúde e para a realização de campanhas de controle, o que limita a efetividade de medidas de combate ao vetor e de monitoramento constante da doença (Leite *et al.*, 2019).

Conceitualmente, a dengue na região Norte do Brasil reflete um fenômeno multi-causal, em que a transmissão do vírus está intimamente ligada à interação entre fatores ambientais, como o clima e o ecossistema local, e determinantes sociais, como as condições de vida e as desigualdades socioeconômicas. Essa perspectiva multidimensional demanda a integração de diferentes setores na formulação de políticas de saúde pública, incluindo ações que promovam o saneamento básico, a educação em saúde e a melhoria do acesso aos serviços de saúde (Leite *et al.*, 2019).

Assim, o estudo da dengue na região Norte, sob a ótica dos determinantes em saúde, revela a necessidade de estratégias adaptadas às especificidades regionais, que considerem tanto os fatores ambientais quanto às condições sociais que permeiam o processo de adoecimento e vulnerabilidade das populações amazônicas.

METODOLOGIA

O presente capítulo realiza uma revisão sistemática da literatura com o objetivo de oferecer uma análise abrangente dos determinantes em saúde relacionados à dengue na região Norte do Brasil. A revisão enfoca as práticas, políticas e intervenções aplicadas no controle da dengue, com destaque para os fatores ambientais, sociais e econômicos que influenciam a transmissão e o manejo da doença. A análise baseia-se nas evidências mais recentes, buscando fornecer uma visão atualizada sobre os desafios e as estratégias utilizadas na região.

Para atingir esse objetivo, foi conduzida uma revisão sistemática da literatura, cobrindo o período de 2014 a 2024, a fim de garantir a inclusão das evidências mais recentes e relevantes sobre os determinantes da dengue. Os critérios de inclusão foram estabelecidos de maneira a considerar estudos empíricos que abordassem diretamente os fatores que influenciam a proliferação do *Aedes aegypti*, a dinâmica da transmissão viral e as condições socioeconômicas que afetam a capacidade de resposta das populações. Artigos que exploraram intervenções de controle vetorial, programas de educação em saúde, infraestrutura de saneamento e vigilância epidemiológica foram incluídos. A revisão focou em publicações recentes, para assegurar a relevância temporal das evidências. Além disso, foram incluídos estudos publicados em português, inglês e espanhol, com o objetivo de maximizar a diversidade e a abrangência da literatura revisada, garantindo uma análise representativa das diferentes abordagens e estratégias aplicadas.

Os critérios de exclusão foram definidos para manter a precisão e a relevância da revisão. Estudos publicados antes de 2014 foram excluídos para garantir a atualização das evidências. Também foram descartados artigos que não tratassem diretamente da relação entre os determinantes em saúde e a dengue na região Norte do Brasil ou que não apresentassem diretrizes práticas aplicáveis para o controle da doença. Trabalhos teóricos sem aplicação prática no controle da dengue e estudos duplicados em diferentes bases de dados foram igualmente excluídos, com o objetivo de evitar redundância e sobrecarga de informações.

A coleta de dados foi realizada em bases de dados eletrônicas como PubMed, Periódicos CAPES, EMBASE, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e SciElo. Os descritores utilizados na busca incluíram “Dengue”, “Determinantes em Saúde”, “Controle Vetorial”, “Saneamento” e “Educação em Saúde”, ajustados conforme as especificidades de cada base de dados.

A pesquisa inicial resultou em 540 artigos. Cada um foi submetido a uma triagem preliminar, onde os resumos foram avaliados para verificar a conformidade com os critérios de inclusão. Dentre esses, 356 artigos foram excluídos por não atenderem aos critérios estabelecidos. Os artigos restantes foram lidos na íntegra para confirmar sua adequação à revisão e sua relevância para a questão de pesquisa.

Foram selecionados 11 estudos que abordaram de maneira direta e detalhada os determinantes em saúde da dengue na região Norte do Brasil. Esses estudos foram analisados criticamente quanto à qualidade metodológica, tipos de intervenções investigadas, características das populações estudadas e metodologias de avaliação de impacto sobre a transmissão da dengue.

Os dados foram sistematicamente extraídos e organizados em categorias temáticas, com foco nos determinantes sociais, econômicos e ambientais que influenciam a dengue. A análise incluiu a comparação de diferentes estratégias de controle, como melhorias no saneamento básico, campanhas de conscientização, vigilância epidemiológica e intervenções focadas em populações vulneráveis. Além disso, foram avaliadas as relações entre esses determinantes e a incidência de casos, a gravidade da doença e as capacidades de resposta das autoridades de saúde.

A síntese dos achados forneceu uma visão geral abrangente das práticas e diretrizes aplicadas no controle da dengue na região Norte, identificando padrões comuns, discrepâncias e lacunas na pesquisa existente. Também foram oferecidas recomendações para futuras investigações e implicações para políticas públicas e práticas de saúde coletiva.

Este processo metodológico assegura a robustez e a precisão da revisão sistemática, permitindo uma compreensão clara e fundamentada dos determinantes em saúde que influenciam a dinâmica da dengue na região Norte do Brasil.

RESULTADOS

Os artigos avaliados trouxeram perspectivas de análise de estudos produzidos nos últimos 10 anos, apresentando descrições sobre os determinantes em saúde relacionados com a dengue na região Norte do Brasil.

O estudo de Cleilton Sampaio de Farias e Jamille dos Santos Souza explora os determinantes da dengue no Acre, considerando fatores geográficos, socioeconômicos e ambientais que influenciam a disseminação da doença. A análise dos gráficos apresentados ao longo do texto oferece uma visão detalhada sobre infraestrutura urbana, saneamento, densidade populacional e outros aspectos que afetam a proliferação do *Aedes aegypti*, vetor do vírus da dengue. Os gráficos revelam desigualdades entre os municípios do Acre em relação ao acesso à água potável, coleta de lixo e saneamento básico. A ausência de coleta de lixo e abastecimento de água, por exemplo, favorece a criação de criadouros do mosquito, uma vez que a população armazena água em recipientes abertos. As condições de urbanização também são relevantes, com Rio Branco, capital do estado, apresentando as maiores taxas de urbanização, densidade demográfica e infraestrutura, mas também maior potencial para disseminação rápida do vírus devido à alta concentração populacional.

A altitude é outro fator discutido, influenciando de forma intermediária a proliferação do mosquito, já que altitudes mais elevadas tendem a inibir a reprodução. No entanto, as temperaturas médias constantes (24-26°C) e a alta pluviosidade da região Amazônica proporcionam condições favoráveis à proliferação do vetor. A análise conclui que os municípios de Rio Branco e Cruzeiro do Sul apresentam os maiores índices de risco para

a dengue, enquanto municípios mais isolados e com menor infraestrutura, como Porto Walter e Jordão, têm menor risco. A urbanização desordenada, crescimento populacional inadequado e manejo de resíduos sólidos são fatores críticos para o aumento dos casos de dengue.

O estudo, desenvolvido por Mendes *et al.* (2022), teve como objetivo analisar os fatores determinantes da prevalência da dengue na microrregião de Altamira, Pará, entre 2014 e 2020, utilizando uma abordagem epidemiológica descritiva, analítica e retrospectiva. Os dados foram coletados por meio do aplicativo TabNet do DATASUS, abrangendo notificações de casos de dengue e correlacionando-os com a precipitação pluvial média mensal obtida da plataforma Climate-Data. A análise revelou que foram notificados 5.497 casos de dengue, com predominância na faixa etária de 20 a 39 anos, especialmente entre mulheres e indivíduos de raça parda, com escolaridade predominantemente entre a 5ª e 8ª série do ensino fundamental. A avaliação clínico-epidemiológica foi o critério diagnóstico mais utilizado, apresentando uma taxa de cura de 67,89%. Os resultados indicaram uma correlação positiva significativa entre os índices pluviométricos e a incidência de dengue, prevendo 61,83% da variabilidade dos dados. Este estudo destaca a necessidade de estratégias de prevenção e controle da dengue, considerando as variáveis climáticas e demográficas que influenciam a epidemiologia da doença na região.

No estado do Amazonas, foram registrados 5.440 casos suspeitos de dengue no último ano, conforme o boletim epidemiológico do Ministério da Saúde. Além da dengue, também foram relatados 180 casos de chikungunya e 259 de zika, todas doenças transmitidas pelo mosquito *Aedes aegypti*, cujas condições de proliferação são favorecidas pelo clima quente e chuvoso da região Norte. O controle dessas arboviroses depende principalmente da eliminação de criadouros do mosquito, uma vez que não há medicamentos ou vacinas disponíveis para essas doenças (Brasil, 2023).

O Tocantins apresentou um dos piores cenários de dengue no Brasil em 2022, registrando mais de 21 mil casos, com uma taxa de 1,3 mil casos para cada 100 mil habitantes, o dobro da média nacional. Além disso, foram relatados 4.038 casos de chikungunya e 221 de zika. A sazonalidade da doença, com aumento dos casos a partir de novembro, intensifica a gravidade da situação. Apesar dos esforços do Ministério da Saúde em distribuir larvicidas e inseticidas, o controle da dengue depende fortemente da adesão popular, com a eliminação de criadouros do mosquito *Aedes aegypti* sendo fundamental (Brasil, 2022).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo trouxe à tona uma análise abrangente dos principais determinantes em saúde relacionados à disseminação da dengue na região Norte do Brasil, com foco em diferentes estados e suas características específicas. A revisão de literatura destacou a influência de fatores geográficos, socioeconômicos, ambientais e climáticos, como a urbanização desordenada, saneamento precário, densidade populacional elevada e condições climáticas favoráveis à proliferação do *Aedes aegypti*.

O estudo de Farias e Souza sobre o estado do Acre apresentou uma relação clara entre a infraestrutura urbana deficiente e o aumento da incidência de dengue, ressaltando a importância do saneamento básico, coleta de lixo e abastecimento de água adequados para a redução dos criadouros do mosquito. A pesquisa evidenciou que municípios com melhor infraestrutura, como Rio Branco, estão mais suscetíveis à disseminação rápida do vírus devido à alta densidade populacional, ao passo que áreas mais isoladas e com menor infraestrutura apresentam menor risco, mas ainda sofrem com as condições precárias de urbanização e manejo de resíduos.

Mendes *et al.* (2022), em seu estudo sobre a microrregião de Altamira, Pará, identificaram uma correlação significativa entre índices pluviométricos e a incidência de dengue, destacando a importância das variáveis climáticas, como a precipitação pluvial, no comportamento epidemiológico da doença. Esse estudo também ressaltou a vulnerabilidade de grupos sociais específicos, como mulheres, indivíduos de raça parda e com baixa escolaridade, corroborando a necessidade de estratégias de prevenção e controle direcionadas a essas populações.

Adicionalmente, o cenário alarmante nos estados do Amazonas e Tocantins reforça a gravidade da situação na região Norte. O Amazonas, com 5.440 casos suspeitos de dengue em 2022, e o Tocantins, com mais de 21 mil casos no mesmo ano, enfrentam desafios significativos, exacerbados pela sazonalidade das chuvas e pela falta de medidas efetivas de controle populacional do vetor. Embora o Ministério da Saúde tenha implementado ações de combate, como a distribuição de larvicidas e inseticidas, a eliminação de criadouros do *Aedes aegypti* ainda depende fortemente da adesão da população.

Diante da complexidade dos determinantes envolvidos na disseminação da dengue, conclui-se que a implementação de políticas públicas eficazes deve levar em consideração o contexto socioeconômico e ambiental das áreas mais afetadas. A gestão urbana, o saneamento básico e o controle do vetor são essenciais para a mitigação dos casos de dengue e outras arboviroses. No entanto, os achados deste estudo sugerem a necessidade de mais pesquisas que explorem com maior profundidade a interação entre variáveis climáticas, condições de infraestrutura e comportamentos sociais, a fim de fornecer uma base sólida para intervenções preventivas e para o desenvolvimento de novas abordagens no controle dessas doenças. A continuidade de investigações científicas nessa área é fundamental para promover um maior entendimento sobre os fatores que contribuem para a alta prevalência da dengue na região Norte e para a formulação de estratégias mais eficazes de combate ao *Aedes aegypti* e suas arboviroses associadas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Amazonas registrou mais de 5,4 mil casos de dengue em 2022.** Portal Gov.br, 20 jan. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias-para-os-estados/amazonas/2023/janeiro/amazonas-registrou-mais-de-5-4-mil-casos-de-dengue-em-2022>. Acesso em: 12 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Tocantins tem o maior número de casos de dengue da região Norte.** Portal Gov.br, 20 out. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/>

noticias-para-os-estados/tocantins/2022/outubro/tocantins-tem-o-maior-numero-de-casos-de-dengue-da-regiao-norte. Acesso em: 12 set. 2024.

FARIAS, C. S.; SOUZA, J. dos S. **Os determinantes do dengue no contexto amazônico: uma visão geográfica do ambiente da doença no Acre**. Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde Universidade Federal de Uberlândia; Vol. 12, 2016.

FERNANDES, D. *et al.* **A prospective, multicentre, cohort study to assess the incidence of dengue illness in households from selected communities in Brazil (2014–2018)**. International Journal of Infectious Diseases, v. 108, p. 443–453, 2021.

HUANG, C.-H. *et al.* **Dengue vaccine: an update**. Expert Review of Anti-infective Therapy, v. 19, n. 12, p. 1495–1502, 13 jul. 2021.

JACOB, B. de C. da S. J. .; BALDO, M. A. **Produtos naturais utilizados no combate à dengue**. Revista Saúde & Diversidade, v. 3, n. 1, p. 27–31, 2019.

LEITE, L. C. *et al.* **Dengue: um estudo sobre educação popular das campanhas do Ministério da Saúde**. DOAJ (DOAJ: Directory of Open Access Journals), 2019.

MENDES, E. A. R. *et al.* **Fatores determinantes do perfil epidemiológico da dengue na população da microrregião de notificação de Altamira no período de 2014 a 2020**. Research, Society and Development, v. 11, n. 3, e32811326635, 2022.

NUNES, L. *et al.* **Capacitação de equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família para o combate à dengue por meio da mobilização social**. Revista Brasileira de Extensão Universitária, v. 13, n. 1, p. 41-51, 2022.

SALGADO, J. M.; *et al.* **Perfil e custos das internações por dengue no Sudeste do Pará na perspectiva do SUS (2000-2015)**. Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção, v. 12, n. 1, 2022.

SRISAWAT, N. *et al.* **World Dengue Day: A call for action**. PLOS Neglected Tropical Diseases, v. 16, n. 8, p. e0010586–e0010586, 2022.

Saúde mental como componente essencial na saúde coletiva

Mental health as an essential component in public health

Arthur Freitas Almeida
Mario de Paula Ferreira Neto
Janáina do Vale Lopes
Luís Felipe Rocha

RESUMO

A saúde mental, enquanto parte integrante da saúde coletiva, tem ganhado crescente relevância no debate sobre políticas públicas e estratégias de promoção da saúde. O conceito de saúde coletiva, que compreende a saúde em suas múltiplas dimensões, reforça a importância de se considerar a saúde mental como um componente essencial e indissociável do bem-estar global. Como resultado, a saúde coletiva não apenas promove a inclusão de serviços de saúde mental na rede pública, mas também fortalece a articulação entre diferentes setores para o enfrentamento dos fatores que afetam a saúde mental das populações, sendo um eixo central para a construção de uma sociedade mais saudável e equitativa. Assim, trata-se de uma revisão sistemática da literatura que promoveu uma busca de dados nas plataformas PubMed, CAPES, EMBASE, LILACS e SciELO. Foram escolhidos artigos em inglês, português e espanhol, publicados nos últimos 10 anos, que abordassem sobre a saúde mental como componente essencial na saúde coletiva no Brasil. Sendo assim, a integração da saúde mental na APS apresenta um potencial substancial para promover uma abordagem holística e centrada no paciente, apesar dos desafios identificados. A continuidade do cuidado e a capacitação profissional são fundamentais para a efetividade das ações de saúde mental na APS. É crucial que novas pesquisas explorem em maior profundidade os mecanismos de integração da saúde mental na APS, especialmente em contextos regionais distintos e com amostras mais amplas, para compreender melhor as dinâmicas envolvidas e aprimorar as estratégias e políticas públicas voltadas à promoção do bem-estar mental.

Palavras-chave: saúde coletiva; saúde mental; atenção primária à saúde.



ABSTRACT

Mental health, as an integral part of collective health, has gained increasing relevance in the debate on public policies and health promotion strategies. The concept of collective health, which encompasses health in its multiple dimensions, reinforces the importance of considering mental health as an essential and inseparable component of global well-being. As a result, collective health not only promotes the inclusion of mental health services in the public network, but also strengthens the articulation between different sectors to face the factors that affect the mental health of populations, being a central axis for the construction of a healthier and more equitable society. Thus, this is a systematic review of the literature that promoted a search for data on the PubMed, CAPES, EMBASE, LILACS and SciELO platforms. Articles were chosen in English, Portuguese and Spanish, published in the last 10 years, that addressed mental health as an essential component of public health in Brazil. Therefore, the integration of mental health in PHC has substantial potential to promote a holistic and patient-centered approach, despite the challenges identified. Continuity of care and professional training are fundamental to the effectiveness of mental health actions in PHC. It is crucial that new research explores in greater depth the mechanisms of integration of mental health in PHC, especially in different regional contexts and with broader samples, to better understand the dynamics involved and improve strategies and public policies aimed at promoting well-being mental.

Keywords: public health; mental health; primary health care.

INTRODUÇÃO

A saúde mental, enquanto parte integrante da saúde coletiva, tem ganhado crescente relevância no debate sobre políticas públicas e estratégias de promoção da saúde. O conceito de saúde coletiva, que compreende a saúde em suas múltiplas dimensões — biológica, social, psicológica e ambiental —, reforça a importância de se considerar a saúde mental como um componente essencial e indissociável do bem-estar global dos indivíduos e das populações. Distúrbios mentais, como depressão, ansiedade, transtornos de humor e esquizofrenia, representam uma parcela significativa da carga global de doenças, com implicações diretas não apenas para o indivíduo afetado, mas também para os sistemas de saúde e a sociedade em geral (Melnyk *et al.*, 2020).

No contexto da saúde coletiva, a saúde mental transcende a esfera individual, influenciando o ambiente social e as dinâmicas comunitárias. Fatores determinantes sociais da saúde, como desigualdade socioeconômica, desemprego, discriminação e falta de acesso a serviços de saúde de qualidade, desempenham um papel central no agravamento de quadros psiquiátricos e na emergência de novos transtornos mentais. Assim, o enfrentamento das questões relacionadas à saúde mental requer uma abordagem integral, multidisciplinar e intersetorial, que abranja desde a promoção do bem-estar psicológico até a prevenção, tratamento e reabilitação das condições mentais em níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde (Sheldon *et al.*, 2021).

Além disso, o impacto de condições crônicas e não transmissíveis sobre a saúde mental, como doenças cardiovasculares e diabetes, reflete a interconexão entre saúde física

e mental. A negligência no manejo dos transtornos mentais não só exacerba os quadros clínicos, mas também gera aumento na procura por serviços de emergência e uma maior sobrecarga dos sistemas de saúde pública. Portanto, incorporar a saúde mental como parte fundamental da saúde coletiva demanda estratégias políticas e sociais robustas, bem como o desenvolvimento de intervenções baseadas em evidências que garantam a equidade no cuidado e o fortalecimento das redes de apoio social e familiar (Tang *et al.*, 2021).

Diante desse cenário, torna-se imperativo o investimento em políticas públicas que promovam ambientes saudáveis, a redução do estigma associado às doenças mentais e a ampliação do acesso aos serviços de saúde mental. O foco em uma perspectiva de saúde coletiva permite o reconhecimento da saúde mental como um direito humano essencial, estabelecendo-a como um dos pilares para o desenvolvimento de sociedades mais justas e saudáveis.

REFERENCIAL TEÓRICO

A saúde mental no Brasil tem se consolidado como uma prioridade no âmbito da saúde coletiva, especialmente devido ao aumento significativo dos transtornos mentais e suas repercussões no contexto social e econômico. A partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira, formalizada pela Lei nº 10.216/2001, houve uma mudança de paradigma na atenção à saúde mental, com a transição do modelo hospitalocêntrico para uma abordagem comunitária e centrada na reabilitação psicossocial. Esse processo buscou a desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos, promovendo sua reinserção na sociedade por meio de uma rede de cuidados substitutivos (Smith *et al.*, 2022).

O sistema de saúde mental no Brasil é estruturado pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS), que visa oferecer uma atenção integral e contínua às pessoas com transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas. Entre os principais componentes dessa rede estão os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que desempenham papel fundamental na oferta de serviços especializados e na promoção de estratégias de cuidado multidisciplinar. No entanto, apesar dos avanços, desafios persistem, como a insuficiência de recursos financeiros e humanos, a carência de leitos em hospitais gerais para emergências psiquiátricas e o estigma ainda associado às doenças mentais (Ahmed *et al.*, 2023).

A relevância da saúde mental no contexto da saúde coletiva se acentua diante do aumento da prevalência de transtornos como a depressão, ansiedade e suicídio, fatores que afetam não apenas a qualidade de vida dos indivíduos, mas também sobrecarregam o sistema de saúde e influenciam negativamente na produtividade econômica do país. Estudos recentes indicam que o Brasil é um dos países com maiores taxas de transtornos de ansiedade no mundo, e as estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que os transtornos mentais serão a principal causa de incapacidade até 2030, o que evidencia a necessidade de políticas públicas mais robustas e acessíveis (Zhang *et al.*, 2021).

A inclusão da saúde mental como componente essencial na saúde coletiva exige uma abordagem multidimensional que considere os determinantes sociais, como desigualdade

socioeconômica, violência, desemprego e exclusão social, que amplificam o risco de desenvolvimento de transtornos mentais. A atenção à saúde mental deve ser intersetorial, envolvendo não apenas o setor da saúde, mas também áreas como educação, assistência social e trabalho, de modo a proporcionar um suporte integral e eficaz à população (Mughal *et al.*, 2023).

Em suma, a saúde mental no Brasil, enquanto campo essencial da saúde coletiva, precisa de investimentos contínuos para enfrentar os desafios presentes e futuros. A ampliação do acesso aos serviços de saúde mental, a redução do estigma e o fortalecimento das políticas de prevenção e promoção de saúde mental são aspectos cruciais para o desenvolvimento de um sistema de saúde equitativo e eficiente.

A saúde coletiva é um campo fundamental no contexto da saúde pública, englobando o estudo e a intervenção sobre os determinantes sociais, econômicos, ambientais e comportamentais que influenciam a saúde das populações. Sua importância reside na capacidade de abordar a saúde de maneira integrada, levando em consideração não apenas a ausência de doenças, mas a promoção de condições que favoreçam o bem-estar integral das pessoas. Ao focar nas necessidades coletivas, a saúde pública desenvolve políticas, estratégias e programas de vigilância, prevenção e promoção da saúde, contribuindo para a redução das desigualdades e o fortalecimento do sistema de saúde (Richardson *et al.*, 2023).

A interseção entre saúde mental e saúde coletiva é cada vez mais relevante. A saúde mental, considerada componente essencial da saúde integral, abrange o equilíbrio emocional e psicológico dos indivíduos, sendo influenciada por uma série de fatores sociais, econômicos e culturais. No Brasil, as questões de saúde mental estão profundamente conectadas ao contexto social, como pobreza, desemprego, violência, discriminação e acesso a serviços de saúde. Quando não tratadas adequadamente, as condições de saúde mental podem levar a consequências severas para o indivíduo e a sociedade, como incapacidades crônicas, aumento da morbimortalidade e impacto nos sistemas de saúde (Renwick *et al.*, 2021).

Nesse cenário, a incorporação da saúde mental na saúde coletiva permite uma visão ampliada sobre as necessidades de intervenção, destacando o papel das políticas públicas no enfrentamento das doenças mentais e na promoção da saúde mental. O reconhecimento da importância da saúde mental em programas de atenção básica, de reabilitação psicossocial e de cuidado integral reforça a perspectiva de que não se pode separar a saúde mental da saúde física. Como resultado, a saúde coletiva não apenas promove a inclusão de serviços de saúde mental na rede pública, mas também fortalece a articulação entre diferentes setores para o enfrentamento dos fatores que afetam a saúde mental das populações, sendo um eixo central para a construção de uma sociedade mais saudável e equitativa.

METODOLOGIA

O presente capítulo realiza uma revisão sistemática da literatura com o objetivo de oferecer uma análise abrangente da saúde mental como componente essencial na

saúde coletiva no Brasil. A revisão enfoca as práticas, políticas e intervenções aplicadas na promoção da saúde mental, destacando os fatores sociais, econômicos e culturais que influenciam a prevalência de transtornos mentais, bem como o impacto das políticas públicas no manejo e prevenção dessas condições. A análise baseia-se nas evidências mais recentes, com o intuito de fornecer uma visão atualizada sobre os desafios e as estratégias de integração da saúde mental nos serviços de saúde coletiva.

Para atingir esse objetivo, foi conduzida uma revisão sistemática da literatura, cobrindo o período de 2014 a 2024, com o intuito de incluir as evidências mais atuais e relevantes sobre o tema. Os critérios de inclusão foram estabelecidos para considerar estudos empíricos que abordassem diretamente a correlação entre saúde mental e saúde coletiva, as políticas públicas voltadas para a promoção da saúde mental e as estratégias de cuidado e prevenção no contexto da saúde coletiva. Artigos que exploraram intervenções no nível da atenção primária, programas comunitários de saúde mental, estratégias de reabilitação psicossocial e iniciativas de prevenção de transtornos mentais foram incluídos. A revisão focou em publicações recentes, assegurando a temporalidade das evidências e sua aplicabilidade nas políticas de saúde coletiva. Foram incluídos estudos em português, inglês e espanhol para maximizar a abrangência e a diversidade da literatura revisada.

Os critérios de exclusão foram definidos de forma a garantir a precisão da análise. Estudos publicados antes de 2014 foram excluídos, a fim de manter a atualidade das evidências. Também foram descartados artigos que não abordassem diretamente a saúde mental no contexto da saúde coletiva ou que apresentassem abordagens teóricas sem aplicação prática. Trabalhos duplicados em diferentes bases de dados e revisões literárias sem foco na implementação de políticas de saúde mental foram igualmente excluídos para evitar redundância.

A coleta de dados foi realizada em bases de dados eletrônicas, como PubMed, SciElo, LILACS, EMBASE e Periódicos CAPES. Os descritores utilizados incluíram “Saúde Mental”, “Saúde Coletiva”, “Determinantes Sociais da Saúde”, “Atenção Psicossocial” e “Promoção da Saúde Mental”, ajustados conforme as particularidades de cada base de dados.

A pesquisa inicial resultou em 620 artigos, dos quais 425 foram excluídos por não atenderem aos critérios estabelecidos. Os resumos dos artigos restantes foram submetidos a uma triagem preliminar, e aqueles que se alinharam aos critérios de inclusão foram lidos na íntegra para confirmar sua relevância para o tema em análise.

Ao final, foram selecionados 12 estudos que abordaram de forma direta e detalhada a saúde mental como componente da saúde coletiva no Brasil. Esses estudos foram avaliados criticamente quanto à qualidade metodológica, tipos de intervenções analisadas, características das populações estudadas e os resultados sobre a implementação das políticas de saúde mental no contexto da saúde coletiva. A análise incluiu a comparação entre diferentes estratégias, como programas de saúde mental em comunidades vulneráveis, integração da saúde mental nos serviços de atenção básica e iniciativas de capacitação profissional.

Os dados extraídos foram organizados em categorias temáticas, com foco nas políticas públicas, práticas de promoção da saúde mental e os determinantes sociais que influenciam a prevalência de transtornos mentais. A síntese dos achados permitiu uma visão geral das práticas e diretrizes adotadas no Brasil, identificando avanços, desafios e lacunas na pesquisa existente. Foram feitas recomendações para futuras investigações e implicações para o fortalecimento das políticas públicas de saúde mental no Brasil.

Esse processo metodológico assegura a robustez da revisão sistemática, oferecendo uma compreensão clara e detalhada da relevância da saúde mental na saúde coletiva, contribuindo para o desenvolvimento de estratégias mais eficazes no manejo e prevenção de transtornos mentais no país.

RESULTADOS

Os artigos avaliados trouxeram perspectivas de análise de estudos produzidos nos últimos 10 anos, apresentando descrições sobre os determinantes em saúde relacionados com a saúde mental no Brasil.

O artigo de Wenceslau e Ortega analisa a integração da saúde mental na atenção primária à saúde (APS) como uma estratégia fundamental para o alcance dos objetivos da Saúde Mental Global. A metodologia empregada inclui uma revisão narrativa da literatura, abrangendo estudos internacionais e publicações normativas brasileiras, além de etnografia em unidades de saúde da família, grupos focais e entrevistas com profissionais. Os resultados evidenciam que, apesar do reconhecimento teórico da importância da saúde mental na APS, a prática ainda é escassa, com a maioria das equipes não implementando ações efetivas. Os principais obstáculos identificados incluem o desconhecimento da reforma psiquiátrica, a falta de capacitação dos profissionais, a não priorização de problemas de saúde mental pela população e a ausência de uma rede de suporte adequada. O estudo conclui que a continuidade do cuidado e a qualificação profissional são essenciais para a efetividade das ações de saúde mental na APS, ressaltando a necessidade de uma definição mais clara dos objetivos e formas de operacionalização dessa integração no contexto brasileiro.

O estudo de Barbosa *et al.* (2023) analisou a integração da saúde mental na atenção básica, destacando os desafios e oportunidades desse processo no contexto da saúde pública. Utilizando bases de dados como SciElo e Google Acadêmico, foram selecionados estudos originais, revisões e relatórios governamentais pertinentes ao tema. A metodologia incluiu a análise de diferentes modelos de atenção, com ênfase no modelo de cuidados colaborativos, atendimento psicológico e triagem sistemática. Os principais desafios identificados incluem o estigma em torno dos transtornos mentais, a escassez de recursos financeiros, a resistência cultural à busca de ajuda, à falta de capacitação dos profissionais de saúde na atenção básica e a deficiência na coordenação entre atenção básica e serviços especializados. Contudo, as oportunidades dessa integração, como a promoção da saúde mental, a prevenção de transtornos, a detecção precoce e a melhor articulação com serviços especializados, representam avanços significativos. O estudo conclui que, apesar dos obstáculos, a integração da saúde mental na atenção básica oferece potencial substancial para promover uma abordagem mais holística e centrada no paciente, enfatizando a necessidade contínua de pesquisa e aprimoramento na prática clínica.

O estudo de Barbosa *et al.* (2024) revisou as políticas de saúde mental em contextos nacionais e internacionais, destacando tendências, desafios e oportunidades. Utilizou uma revisão narrativa com dados extraídos de bases como Google Acadêmico, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SciELO e sites governamentais, com critérios de inclusão baseados em publicações entre 2012 e 2024. Os resultados identificaram que a integração da saúde mental com outros setores sociais é crucial para aumentar a eficácia das políticas, evitando tratamentos fragmentados e maximizando recursos. Além disso, a customização dos serviços para atender às necessidades específicas de diferentes grupos populacionais foi essencial para garantir acesso equitativo e cuidados adequados. O estudo ressaltou a importância de combater o estigma e aprimorar a educação e o treinamento em saúde mental, enfatizando a necessidade de uma abordagem coordenada e colaborativa para promover saúde mental eficazmente.

O estudo Nogueira *et al.* (2024) destaca a relevância da Atenção Primária à Saúde (APS) como espaço estratégico para a promoção da Saúde Mental, ressaltando a importância de reconhecer ações já realizadas, como momentos de escuta e participação em grupos locais, mesmo que não sejam identificadas pelos profissionais como intervenções diretas de Saúde Mental. Por meio de entrevistas semiestruturadas com profissionais e usuários do SUS, foi possível obter uma visão aprofundada sobre a eficácia dos grupos de saúde na promoção do bem-estar mental, demonstrando que essa estratégia é de baixo custo e pode ser integrada à rotina da APS. A análise qualitativa, apoiada na triangulação de informações e análise dos relatos, garantiu a profundidade e confiabilidade dos resultados, embora a amostra limitada e o possível viés de interpretação dos pesquisadores sejam reconhecidos como limitações. O estudo reforça a necessidade de ampliar iniciativas extramuros e promover políticas públicas que incorporem esses grupos como componentes essenciais das estratégias de Saúde Mental, contribuindo para o bem-estar físico e mental da população e para a prevenção de transtornos mentais

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos artigos revisados revela uma perspectiva abrangente sobre a integração da saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, destacando tanto os desafios quanto às oportunidades existentes. O estudo de Wenceslau e Ortega sublinha a discrepância entre o reconhecimento teórico da importância da saúde mental na APS e sua implementação prática limitada. Os obstáculos identificados, como o desconhecimento da reforma psiquiátrica, a falta de capacitação dos profissionais e a ausência de uma rede de suporte adequada, evidenciam a necessidade de uma definição mais clara dos objetivos e estratégias de integração da saúde mental na APS.

A pesquisa de Barbosa *et al.* (2023) complementa essa visão ao analisar o modelo de cuidados colaborativos e a triagem sistemática, destacando o estigma associado aos transtornos mentais, a escassez de recursos financeiros e a resistência cultural como principais desafios. No entanto, as oportunidades para promover a saúde mental e melhorar a articulação com serviços especializados são reconhecidas como avanços significativos.

Além disso, a revisão de Barbosa *et al.* (2024) enfatiza a importância de integrar a saúde mental com outros setores sociais para evitar tratamentos fragmentados e maximizar recursos. A customização dos serviços para atender às necessidades específicas de diferentes grupos populacionais é crucial para garantir acesso equitativo e cuidados adequados, enquanto o combate ao estigma e o aprimoramento da educação em saúde mental são essenciais para o sucesso das políticas.

O estudo de Nogueira *et al.* (2024) reforça o papel da APS como um espaço estratégico para a promoção da saúde mental, evidenciando a eficácia dos grupos de saúde e momentos de escuta na promoção do bem-estar mental. A análise qualitativa forneceu *insights* valiosos sobre a integração dessas estratégias à rotina da APS, embora limitações como a amostra restrita e o possível viés interpretativo sejam reconhecidas.

Em conclusão, a integração da saúde mental na APS apresenta um potencial substancial para promover uma abordagem holística e centrada no paciente, apesar dos desafios identificados. A continuidade do cuidado e a capacitação profissional são fundamentais para a efetividade das ações de saúde mental na APS. É crucial que novas pesquisas explorem em maior profundidade os mecanismos de integração da saúde mental na APS, especialmente em contextos regionais distintos e com amostras mais amplas, para compreender melhor as dinâmicas envolvidas e aprimorar as estratégias e políticas públicas voltadas à promoção do bem-estar mental.

REFERÊNCIAS

- AHMED, N. *et al.* **Mental health in Europe during the covid-19 pandemic: a systematic review.** *The Lancet Psychiatry*, v. 10, n. 7, p. 537–556, 1 jul. 2023.
- BARBOSA, T. M. S. *et al.* **A implementação da abordagem de saúde mental na atenção básica: desafios e oportunidades.** *Revista Contemporânea*, v. 3, n. 11, p. 20367–20377, 3 nov. 2023.
- BARBOSA, C. J. S. *et al.* **Implementação das políticas públicas de saúde mental para a promoção da saúde.** *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, v. 17, n. 5, p. e6730–e6730, 8 maio 2024.
- MELNYK, B. M. *et al.* **Interventions to Improve Mental Health, Well-Being, Physical Health, and Lifestyle Behaviors in Physicians and Nurses: A Systematic Review.** *American Journal of Health Promotion*, v. 34, n. 8, p. 929–941, 27 abr. 2020.
- MUGHAL, R. *et al.* **Public Mental Health Approaches to Online Radicalisation: An Empty Systematic Review.** *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 20, n. 16, p. 6586–6586, 16 ago. 2023.
- NOGUEIRA, V. *et al.* **Promoção de Saúde Mental na atenção primária: o papel dos grupos de saúde na perspectiva de usuários e profissionais.** *Interface - Comunicação Saúde Educação*, v. 28, 1 jan. 2024.
- RENWICK, L. *et al.* **Conceptualisations of positive mental health and wellbeing among children and adolescents in low- and middle-income countries: A systematic review and narrative synthesis.** *Health Expectations*, v. 25, n. 1, p. 61–79, 14 dez. 2021.

SHELDON, E. *et al.* **Prevalence and risk factors for mental health problems in university undergraduate students: A systematic review with meta-analysis.** *Journal of Affective Disorders*, v. 287, p. 282–292, 1 maio 2021.

SMITH, J. C. *et al.* **Mental Health and Mental Wellbeing Impact Assessment Frameworks—A Systematic Review.** *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 19, n. 21, p. 13985–13985, 27 out. 2022.

TANG, S. *et al.* **The relationship between screen time and mental health in young people: A systematic review of longitudinal studies.** *Clinical Psychology Review*, v. 86, p. 102021–102021, 1 jun. 2021.

WENCESLAU, L. D.; ORTEGA, F. **Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro.** *Comunicação Saúde Educação*, v. 19, n. 55, p. 1121-1132, 2015.

ZHANG, X. *et al.* **Digital mental health in China: a systematic review.** *Psychological Medicine*, v. 51, n. 15, p. 2552–2570, 28 set. 2021.

O acolhimento na atenção primária à saúde: uma revisão crítica sob a perspectiva do profissional e do usuário

Betina Luiza Abreu França
Antonielly Rocha de Souza Pereira
Sabrina Pinheiro Tsopanoglou
Yasmin França Eliziário
Sofia Fróis Fernandes de Oliveira
Vivian Camargo Chaves
Jordana Minelli de Lima Souza
Iane Renata Carvalhais Mesquita
Débora Fernandes de Melo Vitorino
Henrique Silveira Costa

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde, sendo capaz de solucionar problemas e, quando necessário, é responsável por encaminhá-lo para os demais níveis de atenção. Com o objetivo de facilitar o acesso do usuário, o acolhimento à APS foi estabelecido pelo Ministério da Saúde (MS). O acolhimento estabelece o fluxo do usuário dentro do serviço, podendo variar de diferentes formas e com diversos profissionais. Assim, este estudo objetivou analisar de forma crítica a literatura científica a respeito do acolhimento, enfocando no usuário quanto no profissional. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, com busca nas bases de dados LILACS, Medline, SciELO e materiais do MS, resultando na análise de 39 artigos, revisões bibliográficas e materiais do MS. Muitos artigos reconhecem a importância do acolhimento na APS e do vínculo usuário-profissional de forma ética e humanizada, mas destacam falhas, como o não entendimento do objetivo do acolhimento; baixo investimento na estrutura física da Unidade Básica de Saúde (UBS); baixo número de profissionais nas unidades; sobrecarga de serviço; escuta clínica pouco resolutiva e acessibilidade limitada para pessoas com deficiência. Entre os facilitadores, destaca-se a valorização da humanização do acolhimento; aumento do vínculo usuário-profissional; melhoria do acesso à UBS; redução do tempo de espera das consultas; melhor organização da UBS e integração com outros serviços da unidade. Este estudo demonstrou a relevância do acolhimento na APS, apesar das barreiras enfrentadas para sua implementação, desde questões estruturais até organizacionais da equipe.

Palavras-chave: acolhimento; atenção primária à saúde; primeiro contato.



ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) serves as the first point of contact for users seeking healthcare services and is responsible for addressing their needs or referring them to other healthcare providers, if necessary. To enhance user accessibility, the Ministry of Health (MoH) established PHC reception, which determines the user's flow within the healthcare system and involves various professionals. This study aimed to conduct a comprehensive review of scientific literature on reception, focusing on both users and professionals. The review involved a narrative literature search of the LILACS, Medline, SciELO databases, and materials from the MoH, resulting in the analysis of 39 articles, bibliographic reviews, and materials from the MoH. Most articles acknowledge the importance of reception in PHC and emphasize the ethical and humanized user-professional relationship. However, they also highlight shortcomings such as a lack of understanding of the purpose of reception, low investment in the physical structure of Basic Health Units (UBS), a shortage of professionals in the units, service overload, clinically unproductive listening, and limited accessibility for people with disabilities. Some of the facilitators include the valorization of the humanization of reception, the enhancement of the user-professional relationship, improved access to UBS, reduced waiting time for appointments, better organization of UBS, and integration with other unit services. This study demonstrates the relevance of reception in PHC, despite the barriers faced in its implementation, including structural and organizational issues within the team.

Keywords: user embracement; primary health care; initial contact.

INTRODUÇÃO

A instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) foi fundamentada nas disposições da Lei nº 8.080 e na Lei Orgânica da Saúde, ambas promulgadas em 1990. A partir destas leis, o SUS estabelece suas diretrizes pautadas na promoção, proteção e recuperação da saúde¹. O SUS é um dos maiores exemplos de política pública no mundo², enfatizando que cada usuário é único e necessita ser atendido de forma integral, atuando em conformidade com as diretrizes fundamentais¹. A hierarquização no SUS é estabelecida por níveis de complexidade do sistema, sendo identificados três níveis: Atenção Primária, Secundária e Terciária à saúde³.

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) surgiu em 1920 com a criação do Centro de Saúde Escola, com o objetivo de promover ações com foco em educação sanitária e promoção à saúde⁴. Na literatura brasileira, é amplamente reconhecido que a APS é a porta de entrada dos usuários no SUS, por ser um sistema que possui capacidade resolutiva para a maioria dos problemas apresentados pelo usuário, além de encaminhar os casos para os outros níveis de saúde, quando necessário⁵.

A APS é caracterizada pelos seguintes atributos: primeiro contato (acessibilidade do serviço), longitudinalidade (cuidado continuado), integralidade (capacidade da UBS em atender a demanda do usuário) e coordenação⁵. Nesse contexto, é expectável que APS tenha capacidade de prover respostas as queixas do usuário, não se tornando apenas um serviço burocrático. Ademais, o atendimento centrado no usuário necessita da integração de tecnologia leve para que os profissionais desenvolvam a capacidade de acolher e

estabelecer um vínculo com o usuário⁶⁻⁸. À vista disso, uma das formas mais utilizadas para unir a queixa do paciente com a recepção humanizada é o acolhimento.

O acolhimento na APS se estabelece na década de 90, com o objetivo de aumentar a inclusão social, estimular reflexões em relação a organização do SUS e colocar em cena a equipe multiprofissional para que estes profissionais fortaleça o vínculo com o usuário⁹. Embora tenha surgido na década de 90, foi em 2003, com a criação da Política Nacional de Humanização (PNH) que ocorre a inserção do acolhimento à demanda espontânea na APS¹⁰. É neste cenário, que o Ministério da Saúde (MS) estabelece que o acolhimento é uma das diretrizes de maior relevância na PNH e contribui na operacionalização do SUS⁹. A PNH preconiza que o acolhimento é resultante das práticas de saúde, juntamente com a relação estabelecida entre o profissional e o usuário, promovendo uma relação respeitosa e humanizada¹⁰.

O acolhimento à demanda espontânea na APS é delineado pela relação e vínculo estabelecido entre o usuário e o profissional de saúde dentro desse nível de atenção à saúde. Uma característica saliente é a escuta inicial do usuário, visto que, na maioria das vezes, ele é capaz de relatar qual é a sua necessidade de saúde¹¹. Nesse mesmo contexto, o MS, por meio do “Caderno de Acolhimento a Demanda Espontânea” (2011)¹¹, propõe que o acolhimento se torne um meio de organização do trabalho. É por meio do acolhimento que se redistribui a demanda médica, minimizando a necessidade dos pacientes aguardarem fila para pegar senha, de forma desnecessária. É crucial que o acolhimento não se torne mais uma burocracia para o usuário ou em um empecilho para o fluxo da UBS, ao contrário, este momento precisa ser otimizado para fortalecer o cuidado oferecido pela equipe ao usuário, permitindo uma melhor resolutividade¹¹.

O acolhimento à demanda espontânea requer um espaço aconchegante e restrito, no qual o usuário se sinta seguro e à vontade ao interagir com o profissional de saúde. O profissional responsável pelo acolhimento deve ser capaz de orientar o usuário quanto ao fluxo a ser seguido, com base na gravidade da condição apresentada por ele, seja ela aguda ou não aguda. Em condições agudas, o usuário pode receber atendimento imediato, prioritário ou ser agendado para o mesmo dia. Se não aguda, o usuário deverá ser encaminhado para agendamento em outro dia. Determinados usuários podem apresentar uma situação que, mesmo não se enquadrando como aguda, ainda os coloquem em uma posição de maior vulnerabilidade. Nesses casos, o usuário pode ser encaminhado para atendimento no mesmo dia, fazendo jus ao critério de equidade preconizado pelo SUS^{11,12}.

O MS propõe algumas modalidades de acolhimento à demanda espontânea, que incluem: 1) o acolhimento realizado pela equipe de referência do usuário; 2) acolhimento feito por uma equipe pré-estabelecida para aquele dia; 3) o acolhimento misto, que envolve tanto a equipe do usuário quanto outra equipe pré-determinada para aquele dia; e 4) o acolhimento coletivo. O acolhimento realizado pela própria equipe do usuário fortalece o vínculo entre a equipe de saúde e a população que ela é responsável. Entretanto, como desvantagem, a UBS que opta por este modelo pode sobrecarregar a equipe, uma vez que além de acolher os usuários, a equipe também é incumbida de realizar outras atividades diariamente. No que tange ao acolhimento por uma equipe pré-estabelecida, uma vantagem é que as demais equipes podem realizar suas atividades sem sobrecarga

de tarefas. Porém, como ponto negativo, o paciente não desenvolve um vínculo contínuo com sua própria equipe de saúde. O acolhimento misto requer dos profissionais uma relação interprofissional mais estreita, uma vez que as equipes devem estar alinhadas para organizar o fluxo da UBS e das agendas pré-programadas. Por fim, o acolhimento coletivo é benéfico ao usuário, pois durante essa modalidade, diversos profissionais estão presentes para uma escuta ativa. No entanto, sua principal dificuldade reside no fato de que o usuário pode não se expressar verdadeiramente por estar constrangido na presença de outros pacientes. É importante ressaltar que tais modalidades não são regras absolutas, uma vez que o acolhimento precisa ser contextualizado de acordo com cada UBS, sua equipe, profissionais disponíveis, e a individualidade de cada usuário¹¹.

Diante da relevância do acolhimento na APS, o presente estudo tem como objetivo realizar uma análise crítica da literatura científica a respeito deste tema, com enfoque tanto no usuário quanto no profissional de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura que objetivou realizar uma análise crítica sobre o acolhimento na APS. A busca eletrônica foi realizada nos seguintes bancos de dados, Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline)* e *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, além de materiais publicados pelo MS. Foram utilizados os seguintes descritores: Acolhimento; Atenção Primária à Saúde; Primeiro contato e seus respectivos termos em espanhol e inglês.

A busca foi realizada em novembro de 2023 abrangendo artigos publicados até esta data. No estudo foram incluídos os artigos publicados em português, inglês e espanhol. Por tratar-se de uma revisão narrativa, não foram adotados critérios de inclusão e exclusão. A seleção dos estudos foi realizada por conveniência, incluindo aqueles que contribuíram para a compreensão do tema em questão.

Percepção do Acolhimento sob a Perspectiva do Usuário

No que tange a percepção do usuário sobre o acolhimento, foram incluídos 9 artigos. Os resultados estão sumarizados na Tabela 1. Os principais achados foram: 1) os idosos valorizam o acolhimento pelo cuidado e carinho, enfatizando o papel do agente de saúde; 2) o acolhimento com crianças apresentou resultados divergentes, sendo que os responsáveis pelas crianças tendem a direcionar o cuidado para serviços de média e alta complexidade; 3) a população masculina tende a considerar o sistema mal orientado, não considerando a APS como primeiro contato e considerando-a como um local para consulta médica; 4) o acolhimento muitas vezes é entendido como triagem médica; e 5) há baixo investimento na estrutura física da APS, o que dificulta as ações acerca do acolhimento.

Tabela 1 - Achados acerca do manejo do acolhimento com foco no usuário (n=9).

Artigo / Autor (es) / Ano	Principais achados
A perspectiva do usuário na atenção básica sobre o acolhimento ao idoso Medeiros <i>et al.</i> 2019 ¹³	Foram identificadas muitas fragilidades na perspectiva do acolhimento, no que tange a pessoa idosa, dentro do âmbito da Atenção Básica, destacando-se as contradições na humanização das ações em saúde
A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento Gomide <i>et al.</i> 2018 ¹⁴	As dificuldades no acesso aos serviços oferecidos na APS, representam um desafio para que os usuários recebam o atendimento, o que consequentemente afeta na satisfação e no aumento da procura de serviços no pronto atendimento.
Acesso de primeiro contato na atenção primária à saúde para crianças de 0 a 9 anos Oliveira <i>et al.</i> 2017 ¹⁵	Para proporcionar com qualidade o que foi proposto desde a criação da APS, é necessário implementar mudanças em elementos estruturais, quanto em processuais.
Acesso de primeiro contato na atenção primária: uma avaliação pela população masculina Alves <i>et al.</i> , 2020 ¹⁶	É primordial a implementação de esforços para garantir o contato inicial do usuário na APS, visto que eles não reconhecem a APS como porta de entrada para o acesso ao SUS.
Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família Ribeiro <i>et al.</i> 2010 ¹⁷	O acolhimento na APS tem propiciado uma interação usuário profissional de forma aceitável, uma vez que se revela essencial para a prestação de um serviço de saúde qualificado.
Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco Medeiros <i>et al.</i> 2010 ¹⁸	Embora existam queixas existentes relatadas pelos usuários e que devem ser levadas em conta para um acolhimento eficaz, existe uma relação de escuta e respeito entre profissionais de saúde e os usuários, o que é de suma importância para a melhoria da qualidade dos serviços ofertados. Além disso, é necessário a melhoria das instalações físicas da UBS, o que proporcionará um melhor ambiente de trabalho aos profissionais de saúde e comodidade aos usuários.
Acolhimento: quando o usuário bate à porta Lopes <i>et al.</i> 2014 ¹⁰	O acolhimento encontra-se em evolução contínua, além de haver um empenho constante para sua implementação efetiva nas práticas de saúde.
Estudo do acolhimento de uma unidade básica de saúde na cidade de São Paulo Maia <i>et al.</i> 2012 ¹⁹	A avaliação médica e o tratamento medicamentoso foram as condutas mais frequentes entre os usuários. Porém, constatou-se que o acolhimento não contribuiu adequadamente para a melhoria assistencial, como esperado.
Os sentidos do Acolhimento: um estudo sobre o acesso à atenção básica em saúde no Rio de Janeiro Speroni e Menezes, 2014 ²⁰	A análise do material de campo mostrou que o acolhimento é uma categoria multifacetada, caracterizada pela interação entre racionalidade e vivência, controle e cuidado.

Fonte: Elaborada pelo autor

Percepção do Acolhimento sob a Perspectiva do Profissional de Saúde

Dezoito estudos adicionais abordaram a prática do acolhimento sob a perspectiva do profissional de saúde, conforme indicado na Tabela 2. Os principais achados dos estudos incluídos foram: 1) Há proatividade do auxiliar de enfermagem em realizar o acolhimento, entretanto, há demanda para mais profissionais; 2) Profissionais de Enfermagem relatam sobrecarga do serviço, sendo uma barreira para o acolhimento; 3) Apesar de não unanimidade, muitos relatam desconhecimento das diretrizes sugeridas pelo MS; 4) Profissionais relatam que a escuta clínica, da forma como é abordada, é pouco resolutive; 5) Muitos profissionais consideram que o acolhimento facilita o acesso do usuário à UBS; 6) O acolhimento reduz o tempo de espera das consultas e auxilia na organização da UBS.

Tabela 2 - Achados acerca do manejo do acolhimento com foco no profissional (n=18).

Artigo / Autor (es) / Ano	Principais achados
A vivência de profissionais do acolhimento em unidades básicas de saúde: Uma acolhida desamparada Affonso e Bernardo, 2015 ²¹	Os profissionais de saúde lidam com condições laborais precárias, o que pode gerar sofrimento e adoecimento.
Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil Takemoto e Silva, 2007 ²²	O acolhimento proporciona o atendimento da demanda espontânea, assemelhando-se mais a um serviço de pronto-atendimento para queixas agudas do que a um catalisador de mudanças no processo laboral ou na construção de relações entre trabalhadores e usuários.
Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família Schimith e Lima, 2004 ²³	A formação do vínculo na equipe está intrinsecamente correlacionada com a execução de atividades clínicas, enquanto os profissionais oscilam entre conceber o usuário do serviço como sujeito e, em momentos distintos, como objeto.
Acolhimento na atenção primária à saúde na ótica de enfermeiros Camelo <i>et al.</i> 2016 ²⁴	Nas UBS da Regional do Distrito Federal, o acolhimento encontra-se implementado, entretanto, sua execução não se encontra em conformidade com as diretrizes estabelecidas pelo MS.
Acolhimento na atenção primária à saúde na percepção da equipe multiprofissional Maia Gusmão <i>et al.</i> 2021 ²⁵	A maioria dos profissionais apresentam uma compreensão limitada ou desconhecida das diretrizes da PNH, o que leva a diversos desafios que precisam ser enfrentados pela equipe multiprofissional.
Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: análise de sua implantação em município de grande porte do nordeste brasileiro Melo <i>et al.</i> 2022 ²⁶	O acolhimento facilita o acesso à Unidade de Saúde da Família (USF), aumentando a eficácia, o processo de desempenho otimizado e na humanização. A implementação do acolhimento resultou em transformações substanciais, o que impactou de forma significativa na gestão, quanto no cuidado ofertado pela APS.
Acolhimento na visão complexa: ação coletiva emergente na Equipe de Saúde da Família Rocha e Spagnuolo, 2015 ²⁷	O fortalecimento das relações proporciona abordagens diferentes em relação aos padrões de comportamento e ações do modelo newtoniano-mecanicista.
Ampliando o acesso: o Acolhimento por Equipe como estratégia de gestão da demanda na Atenção Primária à Saúde (APS) Camargo e Castanheira, 2020 ²⁸	O processo de acolhimento resulta na diminuição do tempo de espera para as consultas, além de promover uma maior satisfação entre todos os envolvidos.
Análise do acolhimento a partir das relações na Atenção Básica no município do Rio de Janeiro Feijó <i>et al.</i> 2020 ²⁹	O acolhimento desempenha um papel fundamental ao estabelecer as formas de organização e funcionamento.
Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família Fracolli e Zoboli, 2004 ³⁰	Para que o acolhimento possa se consolidar com uma prática apta a estabelecer um modelo de saúde de “porta aberta”, em conformidade com as diretrizes do SUS, é primordial reavaliar o acolhimento em seus aspectos teóricos e práticos.
Fatores associados à realização de acolhimento pelas equipes da Atenção Básica à Saúde no Brasil, 2012: um estudo transversal Giordani <i>et al.</i> 2020 ⁶	Existem disparidades na distribuição de equipes da Atenção Básica responsáveis pelo acolhimento no país, o que provavelmente, está relacionada às desigualdades regionais.
Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a transformação do acolhimento na atenção básica Duarte <i>et al.</i> 2017 ³¹	O acolhimento enfrenta desafios, porém existem meio de superação, podendo citar o diálogo, compartilhamento de conhecimento e análise. Urge uma reflexão sobre o acolhimento na Atenção Básica.
O acolhimento na atenção primária à saúde: Dispositivo disparador de mudanças na organização do processo de trabalho? Barra e Oliveira, 2012 ³²	A reestruturação do processo laboral continua sendo um desafio que abarca aspectos da micropolítica quanto da macropolítica da saúde.

Artigo / Autor (es) / Ano	Principais achados
Acolhimento no cotidiano dos auxiliares de enfermagem nas Unidades de Saúde da Família, Londrina (PR) Nery <i>et al.</i> 2009 ³³	Os auxiliares de enfermagem demonstram disposição para incorporar o acolhimento em suas rotinas diárias, porém é primordial realizar reflexões e ajustes no processo laboral. Sendo necessário incluir uma avaliação sobre a adequação do número de auxiliares de enfermagem nas USF, visando viabilizar a implementação eficaz do acolhimento.
Percepção dos enfermeiros sobre o acolhimento e classificação de risco na Atenção Primária à Saúde (APS) Costa <i>et al.</i> 2018 ³⁴	Apesar da relevância do acolhimento e sua eficácia na resolução de problemas, reitera-se a necessidade de capacitação e desenvolvimento de protocolos de encaminhamento adequados.
Sobre o acolhimento: discurso e prática em Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro Silva e Romano, 2015 ³⁵	Existe uma dificuldade na implementação prática de longitudinalidade e coordenação do cuidado, o que está relacionado à atitude e ao engajamento dos profissionais com o acolhimento.
Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? Scholze <i>et al.</i> 2009 ³⁶	O acolhimento cria oportunidades para lidar com as situações cotidianas nos serviços de saúde, permitindo que os profissionais de saúde realizem seu trabalho além da abordagem biomédica, ao mesmo tempo em que preservam a própria saúde.
Usuários hipertensos na atenção primária à saúde: acesso, vínculo e acolhimento à demanda espontânea Girão e Freitas, 2016 ³⁷	Enfrenta-se desafios na implementação do acolhimento conforme preconizado pelas políticas de saúde, afetando negativamente no cuidado ao paciente hipertenso na APS.

Fonte: Elaborada pelo autor

Percepção do Acolhimento sob Perceptiva do Profissional Quanto do Usuário

Seis estudos reportaram o acolhimento sob a perspectiva tanto do profissional quanto do usuário, reportados na Tabela 3. Esses estudos reafirmam os achados anteriores, destacando principalmente a predominância do acolhimento centrado no médico e a deficiência estrutural da UBS. Além disso, apontaram o sucesso do acolhimento coletivo, embora os usuários possam experimentar algum constrangimento devido ao compartilhamento de informações com outros usuários.

Tabela 3 - Achados acerca do manejo do acolhimento com foco no usuário e profissional (n=6).

Artigo / Autor (es) / Ano	Principais achados
Acesso e acolhimento na Atenção Básica da região Oeste do Pará Silva <i>et al.</i> 2019 ³⁸	Parte considerável das equipes implementou o acolhimento como parte integrante de suas rotinas diárias de trabalho. No entanto, de maneira geral, ainda subsistem obstáculos no processo de escuta e na capacidade de resolver as necessidades de saúde dos usuários.
Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde Souza <i>et al.</i> 2008 ⁸	O acolhimento continua a representar um desafio na busca pela construção do cuidado integral e na gestão e avaliação dos serviços de saúde.
Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários Brehmer e Verdi, 2010 ³⁹	A implementação do acolhimento encontra dificuldades em alinhar-se aos princípios da universalidade, integralidade e garantia do direito à saúde.
Acolhimento coletivo: um desafio insuperável de novas formas de produzir o cuidado Cavalcante <i>et al.</i> 2009 ⁴⁰	O acolhimento na modalidade coletivo, há uma busca de equilíbrio metaestável, no qual o trabalho se adapta diante de cada novo desafio, propiciando o estabelecimento de vínculos mais solidários, além de possibilitar a aprendizagem de novas formas de prestação de cuidados.

Artigo / Autor (es) / Ano	Principais achados
O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários Lopes <i>et al.</i> 2015 ⁴¹	Embora o acolhimento seja benéfico, ainda existem diversos desafios, podendo considerar a infraestrutura inadequada, alta demanda, fragilidades na rede de referência, abordagem centrada no médico e vulnerabilidade da população, o que têm prejudicado as relações mútuas entre os sujeitos.
Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo Coelho e Jorge, 2009 ⁴²	Se faz premente, a necessidade de respeito mútuo, estabelecimento de relações eficazes no ambiente laboral, busca pela resolutividade no atendimento ao usuário, além da facilitação do acesso às informações entre os membros da equipe.

Fonte: Elaborada pelo autor

Outras Demandas Abordadas Acerca do Acolhimento

Por fim, outros 6 estudos foram dedicados a investigar aspectos para além da perspectiva do profissional e do usuário, conforme detalhado na tabela 4. Tais estudos abordaram: 1) A conexão entre o acolhimento e outros serviços da UBS; 2) Melhora progressiva do acesso, mas com barreiras importantes; e 3) Barreiras físicas e organizacionais limitam o acesso de pessoas com deficiência.

Tabela 4 - Outras demandas acerca do manejo do acolhimento (n=6).

Artigo / Autor (es) / Ano	Principais achados
Acessibilidade física na atenção primária à saúde: um passo para o acolhimento Marques <i>et al.</i> 2018 ⁴³	Existem desafios no que tange a acessibilidade de pessoas com deficiência a APS, podendo ser citado, barreiras físicas, arquitetônicas e mobiliárias, que estão afetam negativamente no acolhimento desse usuário.
Acolhimento na Estratégia Saúde da Família em uma cidade do norte de Minas Gerais: um estudo descritivo, 2019-2020 Barbosa <i>et al.</i> 2022 ⁴⁴	Intervenções que visem grupos prevalentes, são de suma relevância, visto que proporcionam uma maior estruturação do cuidado.
Barreiras e facilitadores à comunicação no atendimento de pessoas com deficiência sensorial na atenção primária à saúde: estudo multinível Condessa <i>et al.</i> 2020 ⁴⁵	Profissionais capacitados para o acolhimento é um promotor para o acesso e deve ser uma prioridade em iniciativas voltadas para aprimorar a atenção à saúde das pessoas com deficiência. Além disso, é primordial a promoção relacionada ao acesso universal, adaptando os serviços, eliminando obstáculos à comunicação e incentivando o acolhimento do usuário.
Como os brasileiros acessam a Atenção Básica em Saúde: evolução e adversidades no período recente (2012-2018) Sousa <i>et al.</i> 2021 ⁷	Existem problemas que ainda são recorrentes e que precisam ser solucionados para que se tenha o aprimoramento do acesso à Atenção Básica.
Desafios da prática do acolhimento de surdos na atenção primária Tedesco e Junges, 2013 ⁴⁶	Afim de minimizar as dificuldades, no que tange a comunicação com os surdos, os profissionais procuram diversas estratégias, porém, de maneira geral, tem-se desconforto e falta de preparo para atender as necessidades desse público.
O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil Franco <i>et al.</i> 1999 ⁴⁷	Houve um aumento significativo no desempenho profissional de servidores não médicos, que iniciaram um envolvimento maior na prestação dos cuidados. Esse aumento, resultou em uma maior disponibilidade e aumento da acessibilidade aos serviços de saúde.

Fonte: Elaborada pelo autor

DISCUSSÃO

Durante a busca nas bases de dados foram encontrados 39 artigos, além de revisões e diretrizes do MS. Os artigos selecionados abrangem o período de publicação de 1999 e 2022, e durante os anos de 2000 a 2003, não foram encontradas publicações relevantes para o tema em questão. É válido ressaltar que houve um aumento gradual nas publicações a partir de 2004, sendo que 2015 e 2020 tiveram picos marcantes de publicação. É importante salientar que a busca de artigos foi realizada em novembro de 2023, sem objeção de quaisquer períodos de publicação.

O presente estudo apresenta os principais aspectos e reflexões de elementos centrais e relevantes acerca do acolhimento na APS. A literatura sobre esse tema, no que tange ao número de publicações, revelou um aumento significativo a partir de 2004, coincidindo com a implementação do PNH. Parte superior do formulárioO estudo conduzido por Lopes *et al.*¹⁰ (2014) reporta que o acolhimento, preconizado pelas diretrizes do PNH, desencadeou uma reestruturação do modelo assistencial e gerencial. Essas alterações podem estar relacionadas com o aumento na produção de novos artigos científicos sobre o tema.

Entre os anos de 2013 e 2015, foi registrado um aumento no número de publicações científicas, que pode estar relacionado com a divulgação de obras elaboradas pelo MS, sendo o primeiro volume do Caderno de Atenção Básica intitulado “Acolhimento à Demanda Espontânea”, lançado em 2011, seguido pelo segundo volume deste compêndio no ano subsequente. A redução de publicações de artigos e literatura científica a partir de 2021 pode ser atribuída, em grande parte, à pandemia da Covid-19, que teve duração de janeiro de 2020 a maio de 2023, conforme relatado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Segundo um estudo publicado por Sousa, Costa e Lago⁴⁸ (2021), a pandemia exacerbou as disparidades de gênero na produção científica, com as mulheres publicando menos devido ao aumento das demandas em outras áreas da vida.

O Acolhimento na APS com Foco no Usuário

Segundo o estudo de Medeiros *et al.*¹³ (2019), a maioria dos idosos consideram que o cuidado e o carinho como elementos essenciais do acolhimento oferecido na APS, alinhando-se, assim, com as diretrizes do PNH e a caderneta do idoso. No entanto, muitos idosos relatam que o sucesso do acolhimento se deve ao trabalho e ao vínculo estabelecido com o agente de saúde¹³. O estudo em questão relata a fragilidade do acolhimento quando este se mantém em um viés tradicionalista, priorizando o número de consultas médicas e negligenciando a humanização nos serviços de saúde prestados. Considerando um atendimento humanizado e levando em consideração o vínculo que os pacientes idosos afirmam ter estabelecido com os agentes de saúde, é justificável e necessário que tais profissionais tenham um papel mais proeminente no acolhimento da APS. É evidente na literatura que o trabalho exercido pelos agentes de saúde favorece a adesão e continuidade do tratamento dos usuários, aproximando-os de seu processo de tratamento⁴⁹.

A análise do acolhimento das crianças é divergente. Enquanto Ribeiro, Rocha e Ramos¹⁷ (2010) destacam pontos essencialmente positivos em relação ao acolhimento das

crianças e às interações entre o profissional e o usuário responsável pela criança, o artigo de Oliveira, Morais e Santiago¹⁵ (2017) ressalta a necessidade de melhorias processuais e estruturais. Parte superior do formulário Segundo a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança (PNAISC), a criança tem seu direito garantido em relação ao acesso universal a saúde, equidade, integralidade do cuidado e a humanização da atenção e gestão participativa. Uma revisão integrativa feita por Damasceno *et al.*⁵⁰ (2016) vai de oposto ao proposto pela PNAISC, uma vez que o estudo conclui que a integralidade da criança na APS ainda está em construção e que na maioria das vezes o acesso à APS é restrito e os responsáveis pela criança preferem se direcionar para serviços de saúde de média e alta complexidade.

A percepção do usuário sobre o acolhimento também pode variar quanto ao sexo. Um estudo revelou que a maioria dos entrevistados do sexo masculino relata não perceber o serviço de saúde como bem orientado a ponto de ser o primeiro contato, e que, em sua maioria, ao procurar a APS, o faz com o objetivo específico de obter uma consulta médica¹⁶. Ambos os achados deste estudo evidenciam o desconhecimento por parte dos homens sobre o papel fundamental da APS como porta de entrada do SUS e sua missão central de promoção e prevenção à saúde como foco principal de atuação^{6,51}.

Os demais artigos apresentam barreiras em relação ao acolhimento do ponto de vista do usuário. Cabral *et al.*⁵² (2012) alertam que a conduta médica tem sido o desfecho predominante, sugerindo que o acolhimento possivelmente está se limitando a uma triagem médica, reduzindo assim a capacidade clínica de cuidados da APS a um único profissional de saúde. Entre os aspectos negativos citados encontram-se a dificuldade de acesso dos usuários aos serviços de saúde ofertados, baixo investimento na estrutura física da APS e a centralização do acolhimento no atendimento médico e conduta medicamentosa^{10,14,18,19}. Por fim, os estudos de Medeiros *et al.*¹⁸ (2010) e Lopes *et al.*¹⁰ (2014) elucidam uma outra barreira do acolhimento que reside na dependência da subjetividade dos profissionais.

O Acolhimento na APS com Foco no Profissional

Dentre os estudos incluídos, o enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem foram identificados como algumas das profissões mais frequentemente associadas ao acolhimento. Segundo o estudo de Nery *et al.*³³ (2009), os auxiliares de enfermagem demonstram proatividade no desempenho do acolhimento na UBS. Entretanto, é crucial que a UBS adeque o número de profissionais disponíveis, pois, como evidenciado no mesmo estudo, alguns profissionais não se envolviam em atividades externas à UBS, o que desfavorece a construção do vínculo com os usuários³³. Sabe-se que o profissional enfermeiro no contexto da APS têm diversas atribuições específicas⁵³ e apesar dessa gama de responsabilidades, é notável que, na maioria das vezes, o acolhimento é realizado por um enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, evidenciando um conhecimento limitado dos demais profissionais sobre essa prática na APS e, conseqüentemente, a baixa adesão por parte desses profissionais.

De acordo com Affonso e Bernardo²¹ (2015), os profissionais entrevistados afirmam ter conhecimento das diretrizes sugeridas pelo MS para realização do acolhimento humanizado. No entanto, esses mesmos profissionais relatam que a sobrecarga do trabalho dificulta a implementação efetiva do acolhimento, além de contribuir para o adoecimento

mental da equipe. Em contrapartida, Maia Gusmão *et al.*²⁵ (2021) relatam que muitos profissionais possuíam um entendimento limitado ou desconheciam diretrizes da PNH e a concepção ampliada do acolhimento. Além disso, Costa *et al.*³⁴ (2018) ressaltam que, apesar do acolhimento ter a importância reconhecida, a realização de capacitações e protocolos são necessárias^{25,34}.

É possível destacar as principais barreiras que limitam ou dificultam a efetivação do acolhimento na APS sob ótica dos profissionais. Estas incluem a ausência do vínculo entre o usuário e profissional; carência de estruturação do acolhimento; falta de conhecimento dos profissionais em relação as diretrizes preconizadas pelo MS para o acolhimento; escuta clínica pouco resolutiva; distribuição desigual da equipe da APS; dificuldade de apoio da equipe de saúde da família; e, por fim, os desafios enfrentados tanto no âmbito macro quanto da micropolítica de saúde^{6,22-25,30-33,35,37}. As barreiras enfrentadas pelos profissionais na implementação do acolhimento vão de encontro com os resultados do estudo conduzido por Carrapato, Castanheira e Placideli⁵⁴ (2018). Embora os profissionais tenham incorporado as práticas assistenciais, ainda persiste uma lacuna entre a teoria e sua efetiva aplicação prática no acolhimento⁵⁴. Takemoto e Silva³⁹ (2007) corroboram essas observações, indicando que o acolhimento, tal como praticado, parece favorecer somente o atendimento da demanda espontânea, configurando-se mais como um serviço de pronto-atendimento para queixas agudas do que como um fator desencadeador de transformações no processo de trabalho.

Além das barreiras identificadas, alguns facilitadores têm sido apontados na literatura. O estudo de Melo *et al.*²⁶ (2022), reportou a implementação bem sucedida do acolhimento na Estratégia de Saúde da Família (ESF) em um município de grande porte do Nordeste. Os autores concluíram que este processo facilitou o acesso do usuário à UBS, resultando em uma maior resolutividade nos atendimentos, com um processo de trabalho mais otimizado e humanizado²⁶. Outros aspectos positivos mencionados pelos profissionais em relação ao acolhimento na APS incluem a melhora no estabelecimento de vínculos, redução no tempo de espera a consultas e uma melhor organização dos serviços na APS^{27,28,36}.

O Acolhimento na APS com Foco no Usuário e Profissional

O estudo de Silva *et al.*³⁸ (2019) enfatiza a distinção entre acolhimento e triagem médica, destacando que o acolhimento não demanda apenas de sua implementação, mas também de uma monitorização para assegurar que suas diretrizes sejam estabelecidas. O referido estudo constata que existe uma lacuna na comunicação entre o usuário e o profissional, corroborando com o achado de outros estudos^{38,41,42}. A literatura científica já consolidou a importância do vínculo entre o profissional e usuário, visto que é por meio desse vínculo estabelecido que o profissional é capaz de compreender melhor o paciente, permitindo que ambos colaborem na formulação de intervenções mais adequadas a respeito de sua saúde⁵⁵.

A maioria dos artigos que abordaram o acolhimento, tanto do ponto de vista do usuário quanto do profissional, destacaram a sua importância e os benefícios associados. No entanto, o estudo de Lopes *et al.*⁴¹ (2015) identificou áreas nas quais precisa ser

reestruturado, tais como demanda excessiva aos profissionais, precariedade das redes de atenção, visão ainda centrada no médico e estrutura física da UBS deficiente.

Dentre os artigos que abordaram a interação entre profissional e usuário, apenas um deles investigou o acolhimento de forma coletiva, direcionando a atenção tanto ao usuário quanto ao profissional. Este estudo destacou como ponto positivo deste tipo de abordagem a inserção de mais profissionais no processo de acolhimento, menor tensão no dia a dia da UBS e um fortalecimento do vínculo entre usuário e profissional. Embora possa surgir um eventual constrangimento associado ao acolhimento coletivo, o estudo aponta que, após este acolhimento o usuário tem a oportunidade de um momento individual com o profissional mais adequado para buscar a resolução do problema apresentado⁴⁰.

O Acolhimento na APS: Outras Demandas

Para compreender os motivos pelos quais os usuários buscam acolhimento em uma determinada UBS, é crucial analisar a natureza do acolhimento presente nesse contexto⁴⁴. O acolhimento pode ser uma porta de entrada para outros serviços de promoção à saúde, como os grupos operativos. É amplamente reconhecido que os grupos operativos tem o potencial de empoderar o usuário sobre o controle de seu autocuidado em relação a sua saúde, ao mesmo tempo em que facilitam o acesso dos indivíduos à APS⁵⁶.

O estudo de Sousa e Shimizu⁷ (2021) demonstra os dados acerca da acessibilidade dos usuários a APS no Brasil entre os anos de 2012 e 2018, utilizando informações provenientes do MS referentes a um total de 15.378 equipes. Este estudo revela uma melhora progressiva no acesso ao SUS; no entanto, também identifica algumas barreiras persistentes na APS, tais como a dificuldade de acesso devido o horário de funcionamento na UBS, dificuldade em agendar consultas ou procedimentos, necessidade de melhoria na estrutura física e arquitetônica, e limitações na cobertura em determinadas UBS. No que diz respeito ao acolhimento, os resultados desse estudo estão com as diretrizes propostas pelo MS, uma vez que evidenciam que a implementação do acolhimento contribuiu para uma melhor organização da APS⁷.

Os artigos que abordaram a experiência de pessoas com deficiência na APS destacaram vários desafios em relação ao acesso e ao acolhimento. Usuários com deficiência visual declararam que a comunicação é a principal entrave para se estabelecer o vínculo com o profissional e para obter informações sobre a APS⁴⁵. Por outro lado, Tedesco e Junge⁴⁶ (2013) observam que as pessoas com deficiência auditiva possuem níveis mais baixos de instrução do que a população em geral, requerendo maior atenção e cuidado. No entanto, infelizmente, a maioria dos profissionais demonstrou despreparo para o atendimento desta população⁴⁶.

Outro aspecto abordado é a acessibilidade das UBS do ponto de vista físico, o estudo de Marques *et al.*⁴³ (2018) deflagra que o acesso a APS é limitado por barreiras físicas arquitetônicas e mobiliárias, o que resulta em uma restrição adicional ao acesso das pessoas com deficiência a APS. A dificuldade em acessar o serviço de saúde, conforme evidenciado pelos artigos mencionados, contraria as diretrizes e leis que regem o SUS, uma vez que o SUS defende a equidade e o princípio de que todos os indivíduos devem ter igualdade de oportunidades no acesso aos serviços de saúde⁵⁷.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo ressalta, sob a perspectiva tanto do usuário quanto do profissional, as diversas barreiras e facilitadores associados ao acolhimento na APS. Entre as barreiras identificadas, destacam-se o desconhecimento do objetivo do acolhimento, tanto por parte dos profissionais quanto dos usuários; a necessidade de capacitações; baixo investimento na estrutura física da UBS; baixo número de profissionais nas unidades; sobrecarga de serviço; escuta clínica pouco resolutiva; e a falta de acessibilidade para pessoas com deficiência. Por outro lado, entre os facilitadores, estão a valorização da humanização no acolhimento; aumento do vínculo entre usuário e profissional de saúde; aumento da facilidade para acesso à UBS; redução do tempo de espera das consultas; melhor organização da UBS; e maior conexão com outros serviços disponíveis na UBS.

REFERÊNCIAS

1. Souza GC de A, Costa I do CC. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. *Saúde soc.* [Internet]. 2010Jul [acesso em 2024 mai. 2];19 (3): 509-17. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000300004>
2. Rodrigues JSF, Nascimento RDCDS. Acolhimento na Atenção Básica: uma revisão da literatura. 2019;43. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3223/2631>
3. Bleicher, I., and Bleicher, T. *Saúde para todos, já!* [online]. 3rd ed. Salvador: EDUFBA, 2016[acesso em 2024 mai. 2]; 137 p. ISBN 978-85-232-2005-1. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788523220051>.
4. Paiva CHA, Teixeira LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *Hist cienc saúde-Manguinhos* [Internet]. 2014Jan [acesso em 2024 mai. 2];21(1):15–36. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>
5. Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saude soc.* [Internet]. 2011Oct[acesso em 2024 mai. 2];20(4):867–74. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>
6. Vieira TVP, Vianna TA, Batista ACM, Araujo JC, Conceição TO, Fernandes US. Role of the Nurse Facing Accessibility in Primary Health Care in Brazil. *RSD.* 2022Oct [acesso em 2024 mai. 2]; 25;11(14):e246111436341. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/36341>
7. Sousa ANA, Shimizu HE. Como os brasileiros acessam a Atenção Básica em Saúde: evolução e adversidades no período recente (2012-2018). *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2021Aug[acesso em 2024 mai. 2];26(8):2981–95. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/141381232021268.08972020>
8. Souza ECF de, Vilar RLA de, Rocha N de SPD, Uchoa A da C, Rocha P de M. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2008[acesso em 2024 mai. 2];24(suppl 1):s100–10. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300015>

9. Mitre SM, Andrade EIG, Cotta RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012 Aug[acesso em 2024 mai. 2];17(8):2071–85. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800018>
10. Lopes GVDO, Menezes TM de O, Miranda AC, Araújo KL de, Guimarães ELP. Acolhimento: quando o usuário bate à porta. *Rev. Brás Enferm.* [Internet]. 2014Jan[acesso em 2024 mai. 2];67(1):104–10. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140014>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea. Cadernos de Atenção Básica. Série A, Normas e Manuais Técnicos, n. 28, vol. I, p. 32-35, 2011. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_28.pdf
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume II. Brasília: 2012. Disponível em:
13. Medeiros CB, Alves M do SCF, Moura LKB, Souza RK, da Silva EM. A perspectiva do usuário na atenção básica sobre o acolhimento ao idoso. *Rev. Ciênc. Plural* [Internet]. 2019Abr [acesso em 2024 mai. 2]; 4(3):43-56. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/17290>
14. Gomide MFS, Pinto IC, Bulgarelli AF, Santos ALP dos, Serrano Gallardo M del P. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2018Apr [acesso em 2024 mai. 2];22(65):387–98. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0633>
15. Oliveira Morais JM, Morais FRR, Santiago CMC. Acesso de primeiro contato na atenção primária à saúde para crianças de 0 a 9 anos First contact access in primary health care for children from 0 to 9 years old. *Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)* [Internet]. 2017Jul[acesso em 2024 mai. 2];9(3):848-56. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/5575>
16. Alves A do N, Coura AS, França ISX de, Magalhães IM de O, Rocha MA, Araújo R da S. Acesso de primeiro contato na atenção primária: uma avaliação pela população masculina. *Rev bras epidemiol* [Internet]. 2020[acesso em 2024 mai. 2];23:e200072. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200072>
17. Ribeiro L da CC, Rocha RL, Ramos-Jorge ML. Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2010Dec[acesso em 2024 mai. 2];26(12):2316–22. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010001200010>
18. Medeiros FA, de Araújo-Souza GC, Albuquerque-Barbosa AA, Clara-Costa IDC. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. *Revista de Salud Pública*. 2010[acesso em 2024 mai. 2];12:402-413. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rsap/2010.v12n3/402-413/>
19. Maia D, Cabral C, Henrique AM, Sawaya E, *et al.* Estudo do acolhimento de uma unidade básica de saúde na cidade de São Paulo. *Revista APS*. 2012 jul/set[acesso em 2024 mai. 2]; 15(3): 238-244. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14994/7948>

20. Speroni AV, Menezes RA. Os sentidos do Acolhimento: um estudo sobre o acesso à atenção básica em saúde no Rio de Janeiro. *Cad saúde colet* [Internet]. 2014Oct[acesso em 2024 mai. 2];22(4):380–5. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201400040011>
21. Affonso PHB, Bernardo MH. A vivência de profissionais do acolhimento em unidades básicas de saúde: uma acolhida desamparada. *Trab educ saúde* [Internet]. 2015;13:23–43. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00041>
22. Takemoto MLS, Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2007Feb[acesso em 2024 mai. 2];23(2):331–40. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200009>
23. Schimith MD, Lima MAD da S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2004Nov [acesso em 2024 mai. 2];20(6):1487–94. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000600005>
24. Camelo MS, Lima LR de, Volpe CRG, Santos WS, Rehem TCMSB. Acolhimento na atenção primária à saúde na ótica de enfermeiros. *Acta paul enferm* [Internet]. 2016Jul[acesso em 2024 mai. 2];29(4):463–8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600063>
25. Maia Gusmão RO, Cordeiro Casimiro FC, da Fontoura Winters JR, Maciel R, Luiz DC, Silva Junior RF da. Welcoming in primary health care in the perception of the multidisciplinary team / Acolhimento na atenção primária a saúde na percepção da equipe multiprofissional. *Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)* [Internet]. 2021Out [acesso em 2024 mai. 2];13:1590-1595. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/10533>
26. Melo MV da S, Forte FDS, Brito GEG, Pontes M de L de F, Pessoa TRRF. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: análise de sua implantação em município de grande porte do nordeste brasileiro. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2022[acesso em 2024 mai. 2];26:e220358. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.220358>
27. Rocha SA, Spagnuolo RS. Acolhimento na visão complexa: ação coletiva emergente na Equipe de Saúde da Família. *Saúde debate* [Internet]. 2015Jan[acesso em 2024 mai. 2];39(104):124–35. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040394>
28. Camargo DS, Castanheira ERL. Ampliando o acesso: o Acolhimento por Equipe como estratégia de gestão da demanda na Atenção Primária à Saúde (APS). *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2020[acesso em 2024 mai. 2];24:e190600. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190600>
29. Feijó da Silva T, Maria Scherlowski Leal David H, Romano VF. Análise do acolhimento a partir das relações na Atenção Básica no município do Rio de Janeiro. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2020Ago[acesso em 2024 mai. 2];15(42):2326. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2326>
30. Fracolli LA, Zoboli ELCP. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o Programa de Saúde da Família. *Rev esc enferm USP* [Internet]. 2004Jun[acesso em 2024 mai. 2];38(2):143–51. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342004000200004>
31. Duarte WBA, Falcão TML, Beltrão AB. Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a transformação do acolhimento na atenção básica. *Saúde debate* [Internet]. 2017Oct[acesso em 2024 mai. 2];41(115):1061–74. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711506>

32. Barra SAR, Oliveira LMLDO. O acolhimento na Atenção Primária à Saúde: dispositivo disparador de mudanças na organização do processo de trabalho? *Revista de APS*. 2012[acesso em 2024 mai. 2];15(2):04/02. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14940/7926>
33. Nery SR, Nunes E de FP de A, Carvalho BG de, Melchior R, Baduy RS, Lima JVC de. Acolhimento no cotidiano dos auxiliares de enfermagem nas Unidades de Saúde da Família, Londrina (PR). *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2009Sep[acesso em 2024 mai. 2];14:1411–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000800014>
34. Costa AB, Gouvea PB, Rangel R de CT, Schneider P, Alves TF, Acosta AS. Percepción de los enfermeros sobre la acogida y clasificación de riesgo en la atención primaria a la salud. *Enferm. Actual Costa Rica (en línea)* [Internet]. 2018[acesso em 2024 mai. 2];(35). Disponível em: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/32113>
35. Silva TF da, Romano VF. Sobre o acolhimento: discurso e prática em Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro. *Saúde debate* [Internet]. 2015Apr[acesso em 2024 mai. 2];39(105):363–74. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103110420151050002005>
36. Scholze A da S, Duarte Junior CF, Silva YF e. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade?. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2009Oct[acesso em 2024 mai. 2];13(31):303–14. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000400006>
37. Girão ALA, Freitas CHA de. Usuários hipertensos na atenção primária à saúde: acesso, vínculo e acolhimento à demanda espontânea. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2016[acesso em 2024 mai. 2];37(2):e60015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.60015>
38. Silva LÂN, Harayama RM, Fernandes F de P, Lima JG. Acesso e acolhimento na Atenção Básica da região Oeste do Pará. *Saúde debate* [Internet]. 2019Jul[acesso em 2024 mai. 2];43(122):742–54. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912207>
39. Brehmer LC de F, Verdi M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2010Nov[acesso em 2024 mai. 2];15:3569–78. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000900032>
40. Cavalcante Filho JB, Vasconcelos EM da S, Ceccim RB, Gomes LB. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2009Oct[acesso em 2024 mai. 2];13(31):315–28. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000400007>
41. Lopes AS, Vilar RLA de, Melo RHV de, França RC da S. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. *Saúde debate* [Internet]. 2015Jan[acesso em 2024 mai. 2];39(104):114–23. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040563>
42. Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2009Sep[acesso em 2024 mai. 2];14:1523–31. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000800026>

43. Marques JF, Áfio ACE, Carvalho LV de, Leite S de S, Almeida PC de, Pagliuca LMF. Acessibilidade física na atenção primária à saúde: um passo para o acolhimento. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2018[acesso em 2024 mai. 2];39:e2017-0009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0009>
44. Barbosa SFA, Calixto PR, Silva RPF da, Almeida ER. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família em uma cidade do norte de Minas Gerais: um estudo descritivo, 2019-2020. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2022[acesso em 2024 mai. 2];31(2):e20211162. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222022000200019>
45. Condessa AM, Giordani JM do A, Neves M, Hugo FN, Hilgert JB. Barreiras e facilitadores à comunicação no atendimento de pessoas com deficiência sensorial na atenção primária à saúde: estudo multinível. *Rev bras epidemiol* [Internet]. 2020[acesso em 2024 mai. 2];23:e200074. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200074>
46. Tedesco J dos R, Junges JR. Desafios da prática do acolhimento de surdos na atenção primária. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2013Aug[acesso em 2024 mai. 2];29(8):1685-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00166212>
47. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 1999Apr[acesso em 2024 mai. 2];15(2):345-53. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000200019>
48. Sousa ACA de, Costa DM, Pereira SR, Lago RF do. Gênero e a pandemia Covid-19: revisão da produção científica nas ciências da saúde no Brasil. *Saúde debate* [Internet]. 2021Dec[acesso em 2024 mai. 2];45(spe2):171-86. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042021E212>
49. Oliveira FFD, Almeida MTPD, Ferreira MG, Pinto IC, *et al.* Importância do agente comunitário de saúde nas ações da Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. *Rev baiana saúde pública*. 2022 Sep[acesso em 2024 mai. 2];46(43):291-313. Disponível em: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2022.v46.n3.a3771>
50. Damasceno SS, Nóbrega VM da, Coutinho SED, Reichert AP da S, Toso BRG de O, Collet N. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2016Sep[acesso em 2024 mai. 2];21(9):2961-73. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.25002015>
51. Prado NM de BL, Santos AM dos. Promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde: sistematização de desafios e estratégias intersetoriais. *Saúde debate* [Internet]. 2018Sep[acesso em 2024 mai. 2];42(spe1):379-95. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S126>
52. Cabral D, Henrique A, Bracher E, de Mello Brandao JR. Study of Patient Partnership at a Primary Health Care Unit in São Paulo City. *Rev APS*. 2012[acesso em 2024 mai. 2];15:238-244. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/261287734_Rev_APS_Study_of_Patient_Partnership_at_a_Primary_Health_Care_Unit_in_Sao_Paulo_City
53. Ferreira SRS, Périco LAD, Dias VRFG. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018[acesso em 2024 mai. 2];71:704-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471>
54. Carrapato JFL, Castanheira ERL, Placideli N. Percepções dos profissionais de saúde da atenção primária sobre qualidade no processo de trabalho. *Saude soc* [Internet]. 2018Apr[acesso em 2024 mai. 2];27(2):518-30. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170012>

55. Brunello MEF, Ponce MAZ, Assis EG de, Andrade RL de P, Scatena LM, Palha PF, *et al.*. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). *Acta paul enferm* [Internet]. 2010[acesso em 2024 mai. 2];23(1):131–5. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000100021>

56. Sá DLD, Souza PDJ, Sales MRD, Queiroz MP, *et al.* A importância dos grupos operativos na Atenção Primária à Saúde. *Rev APS*. 2021[acesso em 2024 mai. 2];23:06/01. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/33841>

57. Castro SS, Lefèvre F, Lefèvre AMC, Cesar CLG. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2011Feb[acesso em 2024 mai. 2];45(1):99–105. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010005000048>

Violência obstétrica: um estudo analítico da legislação brasileira

Brenda Eduarda Santiago Roos

Fernanda Mendes Botelho

Paulo Alexandre Stroparo Dyniewicz

Grasiela Ferrazza

RESUMO

Parto, pré-natal, puerpério; momentos de extrema relevância da vida da mulher, mas em alguns casos o que parecia ser um sonho pode acabar virando um pesadelo. Este trabalho irá tratar da violência obstétrica, ainda pouco reconhecida pela sociedade. Assim o fará com vistas a introduzir a perspectiva legal que ampara a mulher exibindo como a violência obstétrica surge das raízes patriarcais da sociedade. O presente trabalho, tem como objetivo geral analisar a violência obstétrica sob a ótica jurídica, estabelecendo um paralelo entre a dogmática legal e a violência obstétrica no sistema de saúde brasileiro. Para tanto, este trabalho busca reunir conhecimentos teóricos e empíricos, isso ao passo que dá uma perspectiva histórica, comparativa e também baseada em relatos de casos práticos. Portanto, trata-se de uma conjuntura que carece de modificações acerca da assistência prestada à mulher no parto e puerpério, sobretudo no contexto das organizações de saúde, que precisam coibir as práticas que figuram na violência obstétrica, bem como sejam estruturadas as vias legais que permitam maior amparo à vítima, especialmente em como denunciar o tipo de problemática evidenciada.

Palavras-chave: violência obstétrica; direito da mulher; saúde; consequências jurídicas.

ABSTRACT

Childbirth, prenatal care, postpartum; moments of extreme relevance in a woman's life, but in some cases what seemed like a dream can turn into a nightmare. This work will address obstetric violence, still little recognized by society. It will do so with a view to introducing the legal perspective that supports women, showing how obstetric violence arises from the patriarchal roots of society. The present work has the general objective of analyzing obstetric violence from a legal perspective, establishing a parallel between legal dogmatics and obstetric violence in the Brazilian healthcare system. To this end, this work seeks to gather theoretical and empirical knowledge, while providing a historical, comparative perspective and also based on practical case reports. Therefore, it is a situation that requires changes in the care provided to women during childbirth and postpartum, especially in the context of healthcare organizations, which need to curb practices that constitute obstetric violence, as well as structuring legal avenues that



provide greater support to the victim, particularly in how to report the type of problem highlighted.

Keywords: obstetric violence; women's rights; health; legal consequences.

INTRODUÇÃO

Verifica-se, inegavelmente, a vulnerabilidade da mulher no contexto social, fato evidenciado pela desbalanceada dialética de gênero secular. Embora, na contemporaneidade, a mulher tenha, notadamente, conseguido espaço nas posições de poder, nem sempre foi assim.

O livro *“A história da mulher no Brasil”*, organizado por Mary Del Priore, deflagra o papel secundário da mulher na sociedade, este que na maioria das vezes era reduzido a capacidade biológica de procriar, como também realizar funções domésticas e servir ao poder patriarcal¹. Samara *apud* Piscitelli (2009, p.89), fundamenta esta perspectiva uma vez que expõe o seguinte:

Desde os tempos coloniais, mulheres das camadas populares, vivendo na escravidão ou em liberdade, negra, mulatas e brancas pobres estavam nas ruas trabalhando [...]. Assim, as suas memórias e histórias de vida podem ser resgatadas através das atividades cotidianas e dos papéis informais, onde instalavam-se conflito e confrontação com os poderes instituídos. [...] principalmente nas áreas urbanas, fizeram com que os estudiosos repensassem o sistema patriarcal e a rígida divisão de tarefas e incumbências entre os sexos. Essas “mulheres sem história”, cujas memórias estão nos documentos de seu tempo, frequentemente penetraram nos considerados espaços masculinos por convenção. Sendo assim, servem para exemplificar as distâncias que existiam entre as práticas e a norma social.

Frente a esse cenário, desencadeou-se a conjuntura patriarcal que vemos hoje. Nesse mesmo sentido, seguindo a linha de raciocínio traçada até o momento, é possível afirmar que diversos tipos de violências contra a mulher foram derivados do sistema patriarcal; dentre esses a violência obstétrica.

Enraizada a intervenção médica na gravidez, dar à luz virou também um mercado. Ainda segundo o levantamento feito por Maria Lúcia Mott, em 1945 o Dr. Paulo Schmith Goffi documentou os nascidos vivos e mortos em duas situações, sendo estas domicílio e hospital. Nos casos em que os partos foram feitos em casa apenas aproximadamente 3,4% (três vírgula quatro por cento) dos nascidos não resistiam e chegavam a falecer, já nos casos de partos feitos em hospital esse percentual cresce, sendo o correspondente aproximadamente a 8,6% (oito vírgula seis por cento).

Visto os dados supracitados, assim como diversos outros fatores, é possível afirmar que o parto, assim como a gravidez, é algo natural, ou seja, não é conveniente manipular medicamentos ou utilizar técnicas desnecessariamente. No cenário destacado, contudo, sobretudo em instituições públicas de saúde, cerceadas por lacunas históricas no que tange a assistência obstétrica, a violência obstétrica pode ser encarada como uma realidade cada vez mais abordada na comunidade científica global.

¹ Segundo a Dra. Marlise Matos, em entrevista com o site “Politize!”, o sistema patriarcal é aquele que tem como base o exercício do poder, autoridade e controle do homem, sendo este quem ordena as relações sociais, políticas e econômicas. Nesse sentido, segundo a pesquisadora, aqueles que estão fora da identidade hegemônica de são considerados objetos do sistema.

A violência obstétrica, cada vez mais, é um tema discutido pela sociedade, isto uma vez que a exposição e denúncia de tal prática é cada vez mais comum. Sobre a temática proposta, dá-se que a “violência obstétrica”, assim denominada, é um conceito novo de violência criado e definido pelo Dr. Rogelio Pérez D’ Gregóri, presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela. Conceitualmente, um Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, estabeleceu que são passíveis praticar atos de violência desse tipo apenas profissionais da saúde atuantes na área da obstétrica e obstetrícia².

O presente estudo evidencia as ações de violência física ou psicológica com a gestante no momento da gravidez, durante a prática obstétrica profissional, podendo vir a acontecer desde o momento da realização do pré-natal, no parto, no pós-parto, até mesmo no atendimento ao abortamento, violando assim diretamente a dignidade e respeito a ambos. Incluindo essas violências maus tratos físicos, psicológicos, e verbais, como também procedimentos desnecessários que ambos os vulneráveis (bebê e mãe) sofrem, como por exemplo, a episiotomias³, administrar ocitocina⁴ desnecessariamente, amarrar a mulher durante o parto, a restrição ao leito no pré-parto, dentre outros.

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: O ESTUDO COMPARATIVO NAS REDES DE SAÚDE DO BRASIL

Considerando o tema da violência obstétrica, buscou-se compreender a contextualização da pauta por intermédio de uma observação histórica, bem como de seus aspectos legais e casos de ampla repercussão nacional, corroborando-se para compreender a conjuntura social que versa sobre a problemática abordada.

Contextualização Histórica do Parto

Pré-natal, parto, puerpério. Estes são momentos idealizados por umas, temido por outras; porém nem sempre foi assim. Maria Lúcia Mott, em “*Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960)*”, elucida a questão. Em seu estudo a autora analisa a mudança de comportamento social a respeito do parto, visto que até o final do século XIX aqueles aconteciam no domicílio da parturiente, assistido por mulheres, e realizados por parteira leiga.

Ainda de acordo com o estudo supracitado, com o início da década de 1930 o procedimento caseiro, realizado entre mulheres, passou a ser visado pelos hospitais, visto a alta demanda, a partir desse momento as intervenções cirúrgicas e medicamentos desnecessários foram “vendidos” como imprescindíveis para um parto seguro (Mott, 2002).

As pesquisadoras Dra. Nathalie Leister e livre-docente Maria Luiza Gonzale Riesco, em seu artigo “*Assistência ao parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980*”, afirmam o seguinte:

² Médicos(as), enfermeiros(as), técnicos(as) de enfermagem, parteiras, obstetrizes, ou qualquer outro profissional que em algum momento preste assistência obstétrica e ginecológica.

³ A episiotomia é o procedimento de incisão no perineo, entre a vulva e o ânus, a fim de alargar o canal para saída do bebê.

⁴ Mais conhecido como o famoso “soninho”, este que muitas vezes é ministrado sem permissão da gestante, funciona como um indutor artificial do parto, visto que estimula as contrações uterinas.

Entre 1968 e os primeiros anos de funcionamento do INPS em São Paulo, houve um aumento de 22% de partos hospitalares, de 54% para 76%. Pode-se então dizer que o modelo oficial de assistência ao parto que conhecemos hoje estava pronto e foi amplamente praticado a partir dos anos de 1970.5 Nesse período, médicos e hospitais de seguridade social recebiam mais pelo parto cirúrgico do que pelo parto vaginal, que foi uma das origens da epidemia de cesarianas. Para parar a tendência de aumento à escolha por esse tipo parto, em 1980, todos os partos passaram a receber igual forma de pagamento. Porém, essa taxa continuou subindo e, em 1992, 40,5% dos partos no Estado atendidos na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) correspondiam a cesarianas (Riesco *et al.*, p. 167).

Por acreditar em uma “função atual”, onde o parto se desenrolaria de maneira natural, e conseqüentemente variável, o médico argentino Josué Beruti (1941), chegou a ponderar se seria válido deixar o parto acontecer de maneira inteiramente natural, ou seja, sem auxílio de artifícios, manipulações ou medicamentos.

Contudo, Beruti considerou também os parâmetros basilares da obstetrícia e percebeu que com os recursos médicos disponíveis à época não seria conveniente deixar uma mulher dar à luz “totalmente abandonada a suas próprias forças como o faziam e o fazem com algumas parturientes de certos povos primitivos” (Beruti, 1941, p. 142).

Feita essa retomada, é fundamental salientar que a construção da cultura é de suma importância para chegarmos ao que classificamos atualmente como violência obstétrica. Silvia Badim Marques (2020), mestre e doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo, define violência obstétrica como o seguinte: “violência física, moral, patrimonial ou psicológica praticada contra as mulheres no momento do parto, pós-parto e puerpério, sendo constatada em diversas práticas que ocorrem nos sistemas de saúde, tanto público quanto privado” (Marques, 2020).

A Venezuela, país latino avançado nos estudos sobre a temática, busca inibir práticas abusivas por meio de lei específica, esta conhecida como “*Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*”. Nesta, o legislador define as práticas realizadas por profissionais da saúde que se encaixam dentro da violência obstétrica, essas são: não atender às emergências obstétricas, alterar o processo natural do parto através do uso de técnicas de aceleração sem consentimento voluntário da mãe, obrigar a mulher a parir em posição de litotomia⁵, praticar o parto por via cesárea quando há condições para o parto natural, assim como impedir o apego inicial da criança sem causa justificada (Venezuela, 2007).

Como já mencionado, o parto, que antes era um fenômeno natural entre mulheres, por meio de parteiras, passou a ser realizado por médicos. Com o avanço na medicina, implicou uma drástica mudança na concepção do nascimento. Segundo Maria Lúcia Mott, em função da congruência médica, com a inserção nos ambientes hospitalizados, as mães passaram a ser separadas de seus filhos após o nascimento, muitas vezes de imediato, não respeitando o primeiro contato afetivo entre mãe e filho (Mott, 2002, p. 197-219).

Deste modo, conforme os autores supracitados, essa inversão histórica de um ato que foi criado para ser realizado de forma natural, passou a ser algo tecnológico, científico e criado por humanos. É decerto que houve conseqüências visto aquela inversão; as modificações na forma de realização do parto ocasionaram vários outros procedimentos para corrigir, designando a mulher uma suposta incapacidade de parir.

5 A Organização Mundial de Saúde define “posição de litotomia” como aquela na qual a mulher fica deitada com a face para cima e as pernas afastadas, apoiadas ou não em estribos, durante o trabalho de parto.

Para esses estudiosos, a realização do parto em hospitais passou a ser recorrente no Brasil, ocasionando assim a normatização e a imposição de uma necessidade infundada de realizar o parto nesses ambientes. Pode-se dizer que com isso, cresceu a incidência de partos cesáreos, além de diversos fatores. Inicialmente a realização do procedimento da cesárea tinha como propósito a prática em último caso, em que a mulher ou a criança estavam com algum risco de vida.

Entretanto com a rotina de procedimentos, observaram que esse procedimento otimiza o tempo do parto, correspondendo assim uma lógica industrial de produção feito pelos profissionais, necessitando de prazos a serem atingidos, tendo que ser feito no tempo determinado. Refletindo assim, diretamente no parto normal, que com a demora do nascimento por meio do parto normal em tempo esperado, muitos profissionais induzem as gestantes a realizar o procedimento hospitalar com alguma alegação infundada, que muitas vezes as mulheres não têm o conhecimento técnico necessário e confiam no seu médico que a acompanhou durante o período todo da gravidez (Marques, 2020).

No âmbito do direito e da ciência jurídica, o reconhecimento das desigualdades e violências de gênero nos traz o desafio de inserir elementos normativos nos ordenamentos jurídicos pátrios, capazes de conferir direitos, políticas e serviços específicos às mulheres. O reconhecimento dessas especificidades traz consequências inevitáveis para a garantia do direito à saúde numa perspectiva de gênero, buscando alcançar uma interpretação igualitária desse direito no que tange a sua aplicabilidade para homens e mulheres, tomando por base, inclusive, as desigualdades e as violências de gênero praticadas na sociedade (Marques, p. 101).

Não obstante aos freios colocados pela sociedade majoritariamente patriarcal, a luta das mulheres vem ficando cada vez mais evidente. No decorrer da história as mulheres tiveram que se organizar e conquistar lugares e direitos, estes que muitas vezes eram indispensáveis.

Ademais, ainda no século atual, é observado nas menções anteriores que os direitos fundamentais ainda são contrariados, em consequência da ausência de amparo legal em relação à proteção das mulheres. Nesse sentido, o presente trabalho pretende demonstrar quais os aparatos legais alcançam a proteção da mulher dentro do nicho temático proposto, e fundamentar sobre a ausência de legislação específica já apontada. Isso, visto que mesmo com o avanço considerável no decorrer dos últimos anos o subjugamento social ainda é um fator que freia os avanços na garantia dos direitos femininos.

Legislações e Seus Aparatos

Acerca das legislações e seus dispositivos legais, destacam-se os tópicos subsequentes sobre o aspecto constitucional, a legislação infraconstitucional, o Código Penal e o posicionamento da Administração Pública no direcionamento de questões correlacionadas.

Aspecto Constitucional

Para abordar a temática da violência obstétrica faz-se necessário observar o respaldo jurídico que protege esse direito essencial da mulher de ter um parto humanizado. Sob esse viés, é conhecido que a Carta Magna de 1988 resguardou as dimensões constitucionais, que é mencionada pelo Professor de Direito Constitucional e Jurista Paulo Bonavides, quando

aduz a cerca Constitucionalismo. Neste sentido, a primeira dimensão, aponta os direitos de liberdade dos cidadãos, são os conhecidos como direitos individuais, a liberdade, a propriedade, colocando um limite no Estado de intervenção nesses direitos, uma prestação negativa por parte do Estado, abstendo de agir em determinadas situações, são os primeiros direitos reconhecidos e resguardados no ordenamento histórico constitucional.

A segunda dimensão, Bonavides aduz que direitos sociais são aqueles voltados para a sociedade como um todo, no caso as necessidades decorridas da vivência como grupo social, necessitando do Estado uma atuação positiva para regularizar, com o objetivo de proporcionar um bem-estar social. Com o conhecimento dessa dimensão, foi observado que a assistência a diversos grupos ou categorias minoritárias, gerou um reconhecimento jurídico dos interesses dessas classes, pois foi observado que com lesões e ameaças aos mencionados grupos, pode afetar toda a comunidade.

A denominada terceira dimensão, está relacionada aos direitos difusos, sendo prestações positivas e negativas do estado, que visa a universalidade dos direitos. Por conseguintes, com essa neoconstitucionalismo, uma nova interpretação foi constituída, abrindo espaço a uma análise dos valores universais, com a proteção e criação dos Direitos Fundamentais (Andrade; Masson; Andrade, 2019).

Destarte, é necessário elucidar que os Direitos Fundamentais, possuem como base os princípios dos direitos humanos, sendo eles cláusulas pétreas que não podem ser renunciados, somente expandidos. Um direito básico fundamental que é importante mencionar é a dignidade da pessoa humana, que é a garantia das necessidades vitais de cada indivíduo. É neste momento que relaciona as transgressões que ocorrem em relação a ferimento dessa dignidade fundamental dentro de um parto, cuja tenha havido a violência obstétrica.

No âmbito constitucional dos direitos e conquistas das mulheres, é válido mencionar o art. 5º da Constituição Federal de 1988, que aduz:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

I - Homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição; (Brasil, 1988).

Com isso, A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, o movimento social que busca igualdade de gênero entre homens e mulheres experimento uma grande evolução por parte das mulheres em relação à igualdade perante aos homens, trazendo uma igualdade material, que antes não era obtida, igualando tanto no aspecto da vida civil quanto em outros. Sabendo que as mulheres mesmo com essa igualdade formal positivada, não é somente por ela que vai chegar efetivamente em uma igualdade material, necessitando essa parte mais frágil em legado histórico, de um tratamento especial, trata disso Lenza (*apud* Araújo e Nunes Júnior, 2002, p.93) ensina que:

O constituinte tratou de proteger certos grupos que, a seu entender, mereceriam tratamento diverso. Enfocando-os a partir de uma realidade histórica de marginalização social ou de hipossuficiência decorrente de outros fatores, cuidou de estabelecer medidas de

compensação, buscando concretizar, ao menos em parte, uma igualdade de oportunidades com os demais indivíduos, que não sofreram as mesmas espécies de restrições.

De acordo com isso, o legislador constituinte ao longo do tempo vai necessitar de tratar as mulheres de formas desiguais nas medidas de suas desigualdades para buscar uma efetiva igualdade.

Por conseguinte, no mesmo art.5º, assegura sobre os direitos das presidiárias para permanecer com seus filhos no período da amamentação, aduz o seguinte: “L - às presidiárias serão asseguradas condições para que possam permanecer com seus filhos durante o período de amamentação;”. Nesta proposição, é observado o direito tanto do filho em ter sua mãe por perto em um período necessário para seu desenvolvimento, alimentação e crescimento com os devidos cuidados, quanto para a mãe, de estar perto do seu filho.

Uma conquista notável, foi no art.7º da Constituição Federal de 1988, na parte de direitos sociais o legislador constituinte denota que:

Art. 7º São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social:

XX - Proteção do mercado de trabalho da mulher, mediante incentivos específicos, nos termos da lei; (Brasil, 1988).

É indiscutível a importância deste inciso nas relações de trabalhistas para as mulheres, explicita assim, o reconhecimento da mulher como trabalhadora, traz assim uma segurança da mulher no mercado de trabalho, igualando salários, equiparando as funções e vedando qualquer discriminação em razão de sexo.

Destarte, com essa gama e construção de direitos básicos, sociais e fundamentais, ao se relacionar, não foi somente no Brasil que estava havendo essa constante luta e evolução quando se menciona em direitos sociais. Observa que, ao redor do mundo e ao longo do tempo com determinados esforços, as mulheres foram conseguindo aos poucos conquistar seu espaço (Tardin; Barbosa; Leal, 2015).

Antes da denominada Carta magna, as mulheres obtiveram, ainda durante o século XIX, no Império, concedendo às mulheres o direito de se matricular nos cursos superiores, através do decreto de lei nº 7.247 de 19 de abril de 1879. Em sequência em meio ainda a diversos preconceitos, uma autora chamada Nísia Floresta, nascida no Rio Grande do Norte, publicou seu livro “Direito das Mulheres e Injustiça dos Homens”, em 1832, onde falava em seu livro sobre ideais feministas.

Já em 1910 foi criado o primeiro partido político feminino, e em 1932, foi dado o direito ao voto, só sendo possível por movimentos feministas que lutaram incansavelmente para a conquista desse direito nada mais legítimo do que sinalizar os aspectos constitucionais.

Legislações Infraconstitucionais

Uma vez que o ordenamento jurídico pátrio se preocupou, durante a evolução histórica, com a proteção de direitos básicos e garantia da isonomia, as legislações infraconstitucionais precisaram se adequar às mudanças sociais. O Brasil República, por sua vez, instaurou o primeiro Código Civil (1916) verdadeiramente brasileiro, também conhecido como Código de Beviláqua.

De acordo com o Código de 1916, a mulher era considerada relativamente incapaz quando casada, ou seja, todos os atos por ela praticados deveriam ser devidamente autorizados pelos seus maridos. Porém, essa estrutura não se sustentou por muito tempo, e em 1962 uma alteração feita no Código retirou o status de incapacidade relativa da mulher. Bem como, poucos anos depois, em 1977 a Lei nº 6.515 incluiu o inciso IV no art. 267, este a fim de incluir o divórcio como uma das possibilidades para a dissolução do casamento.

Ademais, a necessidade feminina de ter seus direitos garantidos de maneira plena não se restringiu ao Código Civil de 1916, outras leis de caráter infraconstitucional, como a Consolidação da lei de previdência social, Código Eleitoral, e a Legislação Trabalhista, também foram fundamentais para o avanço do papel da mulher na sociedade.

Nos dias de hoje, mesmo com as inovações legislativas, nenhum código, ou estatuto, centraliza as proteções que assegurem a mulher de possíveis tipos de violência obstétrica. Apesar de não existir legislação, o entendimento dos Tribunais tem sido de que a violência obstétrica se enquadra perfeitamente nas hipóteses de indenização por danos morais, materiais e estéticos, como previsto no art. 927⁶ do Código Civil de 2002. Isto, posto que a violência obstétrica pode causar prejuízo financeiro⁷, ferir a moral da ofendida e até deixar cicatrizes indesejadas.

Além do supracitado, a Lei nº 11.108/2005 garante à parturiente o direito de estar acompanhada — por um acompanhante — durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, inclusive no Sistema Único de Saúde. Não apenas a lei mencionada aborda a assistência à mulher grávida, mas também o Estatuto da Criança e do Adolescente trata dessa temática, ainda que de forma superficial, ao garantir, no rol de direitos à vida e à saúde, os direitos fundamentais para a saúde da criança e de quem a está gerando.

Código Penal

No que tange a violência obstétrica no âmbito penal, Tesser, Knobel, Adrezzo (2015), revelam que são diversas as situações vivenciadas pelas gestantes, como abuso físico e abuso verbal, parturientes ou puérperas que, ao invés de ser um avanço medicinal de acordo com as necessidades e evolução da sociedade, se revela um grande retrocesso, de modo que ainda atualmente, essas mulheres sofrem violência antes, durante e depois do seu parto no que diz respeito à garantia de seus direitos sexuais e reprodutivos (Tesser, Knobel, Adrezzo, p.1-12, 2015). Com isso, a desastrosa maneira que os profissionais da área da saúde tratam suas pacientes já vulneráveis, pela situação gestacional em que se encontram, acaba - às vezes de forma irreversível - prejudicando a sua saúde tanto psicológica quanto física através de condutas descabidas.

Atitudes como a episiotomia, sendo esse um corte cirúrgico feito no períneo (conjunto de músculos próximos à vulva e ânus) ao final do parto, no período expulsivo, já quando a cabeça do bebê começa a sair (Jiang *et al.*, 2017; Corrêa; Passini, 2016; Febrasgo, 2018), caso não seja concedido pela gestante, se configura como agressão física, ou seja, lesão corporal - crime tipificado no art. 129 do Código Penal que diz: “ofender a integridade

⁶ Art. 927. *Aquele que, por ato ilícito (arts. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo. (Código Civil de 2002)*

⁷ *A reparação material pode ser realizada quando houver comprovação do dano patrimonial. No caso da violência obstétrica, em alguns casos a mulher acaba precisando realizar procedimentos médicos para reparar os danos físicos causados.*

corporal ou a saúde de outrem: pena - detenção, de três meses a um ano [...]”.

Diante do exposto, convém evidenciar que ainda tratando-se do caso da episiotomia mal executada, poderá vir a ocorrer à morte da paciente ou do nascituro. Neste caso, configurando-se outro crime, pois se comprovado a não autorização da parturiente para esse procedimento é atestado que o óbito ocorreu devido a negligência dessa habilidade técnica, o médico responsável responderá pelo crime de homicídio culposo, sendo ainda, aplicado o aumento de pena de acordo com o art. 121 § 3º do Código penal. A seguir, exemplifica-se isso de acordo com a jurisprudência:

APELAÇÃO CRIMINAL. HOMICÍDIO CULPOSO. PARTO NORMAL COM EPISIOTOMIA. ART. 121, § 3º, DO CP. INCIDÊNCIA DA MAJORANTE DO § 4º DO MESMO DISPOSITIVO LEGAL. (INOBSERVÂNCIA DE REGRA TÉCNICA DE PROFISSÃO). PENA QUE NÃO MERECE REDIMENSIONAMENTO (TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO RIO GRANDE DO SUL). Apelação Crime Nº 70053392767, Segunda Câmara Criminal, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Lizete Andreis Sebben, Julgado em 14/11/2013.

Demonstrado que o réu agiu com negligência, imprudência e imperícia, e que dita conduta levou a paciente a óbito, pois, após o parto com Episiotomia, deixou de realizar procedimento de revisão do reto, o que propiciou a comunicação do conteúdo fecal com o canal vaginal, culminando com infecção generalizada, que evoluiu com a morte da vítima, mostra-se correta a sua condenação pela prática do delito de homicídio culposo. A aplicabilidade da causa de aumento de pena prevista no §4º do art. 121 do Código Penal, por inobservância de regra técnica de profissão. Pena definitiva de dois anos de detenção, substituída por duas restritivas de direito, consistentes na prestação de serviços à comunidade e prestação pecuniária, que se mostra adequada ao caso, não ensejando redimensionamento. Apelação desprovida⁸.

Destarte disso, outro exemplo considerado perigoso para a gestante e o seu bebê, em consonância com a OMS⁹, é a intervenção chamada - “Manobra de Kristeller”, manejo esse classificado como uma técnica utilizada com o intuito de tornar o trabalho de parto mais célere, onde é feita pressão sobre o útero da gestante, com o objetivo de diminuir o período expulsivo (Carvalho, 2014).

Essa manobra já foi comprovada cientificamente que pode causar lesões graves, como por exemplo: deslocamento da placenta, fratura na costela, aumento do risco de hemorragias, lacerações graves no períneo (região que sustenta os órgãos pélvicos), dor abdominal após o parto, possibilidade de ruptura de alguns órgãos como baço, fígado e útero. Nesse ínterim, é válido mencionar que a Venezuela foi um dos países que proibiu essa técnica diante da acreditação do fator de periculosidade à vida (República Bolivariana de Venezuela, 2007 *apud* Souza *et al.*, 2018).

Vale salientar que, segundo a pesquisa da Fundação Perseu Abramo (2019), 25% das gestantes brasileiras, relatam ter sofrido violência obstétrica - parte delas devido à Manobra de Kristeller, que já foi banida pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial de Saúde em 2017. Comprovado o dano causado a paciente/nascituro, adota-se na esfera criminal o art. 129, § 6º do código penal de acordo com o tipo de lesão que seja

⁸ Apelação Crime Nº 70053392767, Segunda Câmara Criminal, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Lizete Andreis Sebben, Julgado em 14/11/2013.

⁹ Organização Mundial de Saúde.

configurado e a intenção do culpado.

A resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) de nº 1931, de 17 de setembro 2009, publica as instruções pelos quais os médicos devem se guiar no exercício de sua profissão, a saber que:

É vedado ao médico:

Art. 1º Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência. Parágrafo único. A responsabilidade médica é sempre pessoal e não pode ser presumida (CFM, 2009).

De acordo com o exposto, torna-se evidente a responsabilidade dos profissionais que acompanham a parturiente da violência obstétrica. E tendo isso em vista, é imprescindível a culpabilização no âmbito penal.

Apesar de não haver uma normatização específica na esfera penal, ou seja, não há em seu ordenamento uma lei que trate sobre a violência obstétrica, não deixa de existir uma sanção na área criminal para os causadores desse crime. A nossa legislação é composta por diversos artigos e leis como já supracitados que adentram nesse tipo de conduta, principalmente o código penal.

Além dos crimes já citados, somam-se outros delitos que também são previstos no código em questão, tais como Oliveira (2020, p. 13) aprese:

Injúria: ofensas que geralmente a mulher grávida escuta, como: “isso é frescura” desrespeitando a sua dignidade. A pena para esse crime é de pena de 1 (um) a 6 (seis) meses de detenção e multa. **Maus-tratos:** trata-se da falta de acompanhamento necessário e humano que a gestante tem direito. A pena é de até 1 (um) ano de detenção.

Ameaça: quando é dito pelo profissional de saúde palavras de cunho ameaçador, dando a entender que a mulher grávida será prejudicada caso não o obedeça. A pena prevista é de 1 (um) a 8 (seis) meses de detenção.

Constrangimento ilegal: configura-se com a exposição das partes íntimas das mulheres grávidas, além da prática de procedimentos desnecessários ou não autorizados por ela. Neste caso, a pena prevista é de 3 (três) meses a 1 (um) ano de detenção, ou multa (Grifo nosso).

Em suma, urge a necessidade de uma legislação específica no campo penal, com o intento de enrijecer e estreitar a letra da lei para essa tipologia de ação criminosa, devido que, a falta dessa normatização causa um desleixo bem como também certa displicência, por parte do atuante. Logo, é nítido que a carência desta transmite a banalização e a falta de interesse por parte do poder público para com esse crime tão recorrente hodiernamente no Brasil.

Direcionamentos de Órgão da Administração pública

No que tange a medidas administrativas, alguns órgãos do poder administrativo dão direcionamentos, a fim de estabelecer parâmetros para o funcionamento eficaz do serviço de saúde, o que inclui diretamente a necessidade do trato de maneira humanizada.

Na RDC 36/2008 proposta pela ANVISA¹⁰, isto é. Um tipo de regulamentação técnica, a agência reguladora de saúde incluiu parâmetros para o funcionamento de serviços de

¹⁰ Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

atenção obstétrica e neonatal. Tais como: acolhimento¹¹, ambiência¹², humanização¹³, entre outros. Isso, a fim de preservar a saúde física e mental da paciente, uma vez que esta está em uma condição de vulnerabilidade e precisa ser assistida da melhor maneira possível.

Ademais, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) seguindo a mesma linha de raciocínio, estabeleceu, por meio das Resoluções Normativas 211 e 262, as normativas que garantem assistência médica, salubridade, orientação familiar, entre outras medidas de segurança social.

Ministério da Saúde uma nova versão da Caderneta da Gestante, está já está em sua sexta versão. Mesmo com todas as garantias normativamente supracitadas, os direcionamentos da nova caderneta apontam para um retrocesso no sistema de saúde brasileiro. Isso, visto que a nova caderneta coloca a episiotomia como técnica a ser utilizada em casos específicos, o que em outras nações como a Venezuela, país com legislação específica, é considerado crime. Ademais, a caderneta ainda trabalha indo contra o incentivo a humanização do parto, uma vez que incentiva a cesariana a pedido.

Casos de Repercussão Nacional

Tendo em vista os casos de repercussão nacional, salienta-se a relevância na difusão da temática por parte do público consumidor, contribuindo como um importante alerta ao tema em destaque, sobretudo, na identificação de casos suspeitos.

Caso Shantal

Um dos casos de violência obstétrica que teve grande repercussão foi o caso da influenciadora digital Shantal Verdelho, de 32 anos, que, durante o parto da sua segunda filha Domenica, realizado pelo médico Renato Kalil, sofreu diversos traumas que caracteriza a violência obstétrica. Além de humilhações e xingamentos, a influenciadora relata ter sido tratada de uma forma repugnante pelo profissional e a sua equipe em um momento que deveria ser tranquilo e acolhedor tanto para ela, quanto para a sua filha.

A influenciadora digital, em uma entrevista para a Globonews, relatou o que realmente aconteceu no momento do seu parto. Shantal comenta que não se deu conta que estava passando por violência obstétrica, até, após o seu puerpério (onde se dedicou totalmente a amamentação), ver o vídeo do seu parto que foi produzido pelo seu esposo. Após assistir o clipe, Shantal observou a conduta imoral do médico, e viu que, de fato, sofreu violência durante o momento do seu parto, e diante disso, resolveu registrar um boletim de ocorrência no 27º Distrito Policial na Zona Sul de São Paulo, contra o médico responsável (Globonews,2014).

Na reportagem, a vítima conta algumas frases mencionadas pelo médico: “Quando a gente assistia ao vídeo do parto, ele me xinga o trabalho de parto inteiro. Ele fala ‘Porra,

11 Acolhimento segundo a ANVISA é: “modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários”.

12 Segundo a ANVISA, ambiência é são “ambientes físico, social, profissional e de relações interpessoais que devem estar relacionados a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana”.

13 A ANVISA considera humanização o seguinte: “valorização da dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão da saúde, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas, garantindo o acesso dos usuários às informações sobre saúde, inclusive sobre os profissionais que cuidam de sua saúde, respeitando o direito a acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha), e a valorização do trabalho e dos trabalhadores”.

faz força. Filha da mãe, ela não faz força direito. Viadinha. Que ódio. Não se mexe, porra'... depois que revi tudo, foi horrível”, além disso, a influencer completa: “Ele chamou meu marido e falou: ‘Olha aqui, toda arrebetada. Vou ter que dar um monte de pontos na perereca dela’. Ele falava de um jeito como ‘olha aí, onde você faz sexo, tá tudo fodido’. Ele não tinha que fazer isso. Ele nem sabe se eu tenho tamanha intimidade com meu marido” (Globonews,2014).

Além disso, Shantal acusa o profissional de ter revelado o sexo da sua filha caçula nas suas redes sociais sem o seu consentimento, tirando o seu privilégio de revelar a sua família que esperavam tão ansiosos para saber, finalmente, o sexo do bebê, “esperei meses pra saber o sexo da minha bebê e ele me tirou o direito de contar isso pra minha família. Minha irmã ficou sabendo antes pelo Instagram dele e, na hora, disfarçou uma reação”. Além disso, a influencer relatou ter passado por dois procedimentos que não tiveram a sua concepção, tais como: a episiotomia e a manobra de Kristeller (Globonews, 2014).

O advogado de Shantal, Sergei Cobra Arbex em entrevista para o portal de notícias jurídicas Migalhas comenta sobre o fato de a violência obstétrica não ser tipificada criminalmente, porém, esse fato não impede que o profissional que cometa esse delito responda penalmente, devido que, a violência obstétrica tem consequências penais como: lesão corporal, violência verbal, humilhação ou constrangimento. Pontua ainda, a vulnerabilidade em que a parturiente se encontra naquele determinado momento: “A pessoa está lá exposta, muitas vezes em posição ginecológica, e sob a administração de um médico que tem um poder natural. Ela não tem condição de reagir, de avaliar. A mulher está ali para ter um filho, com as pernas abertas, e tendo que se defender” (Migalhas Quentes).

O anestesista do Hospital da Mulher Heloneida Studart

O caso do anestesista Giovanni Quintella Bezerra, que foi filmado às escondidas por um grupo de enfermeira, enquanto estuprava uma mulher no momento de seu trabalho de parto, as enfermeiras haviam desconfiado da quantidade de medicamento que ele teria ministrado em duas outras pacientes anteriores, com isso colocaram uma câmera escondida, que gravou todo o ato. Neste momento, ao adentrarmos para analisar o caso em questão em comparativo ao estudo demonstrado em nosso trabalho, consegue perceber o quanto expôs a vulnerabilidade que afeta diretamente a vida das mulheres no momento do parto.

É importante observar, neste caso concreto, a consequência, que é explícito que houve diversas formas de violência obstétrica no caso, entretanto, não o denunciando por violência obstétrica pois não é tipificado no ordenamento brasileiro. É válido observar também se as doses de anestesia alteradas poderão trazer algum risco à mãe e ao bebê ou se trouxe perigo no momento do cometimento do crime, para que ele possa ser responsabilizado também por isso.

Desta forma, tanto no primeiro caso quanto no segundo, é explícito que essa inversão histórica do parto, que de forma natural passou a ser ministrada pelo homem, houve assim consequências, havendo uma discrepância, pois a equipe médica passa a ter um controle sobre o corpo da mulher, assumindo uma posição de poder sobre ele, que no momento está passando por algo importante, que deveria ser mágico, tendo sua vida e integridade física nas mãos da equipe médica. Diante disto, como no caso de ser uma soberania nas

mãos de humanos, não sabemos até onde pode-se garantir essa integridade física e saúde garantida. Em entrevista ao site Portal Catarinas, a promotora Fabiana Dalmas Paes, fala sobre o caso, que nos termos do protocolo do Congresso Nacional de Justiça (CNJ, 2024), diz que:

Ainda que o Brasil não tipifique como crime autônomo a violência obstétrica, além de tratados e documentos internacionais, a Constituição Federal, a legislação infraconstitucional e os regulamentos técnicos funcionam para os devidos fins de responsabilização criminal, inclusive quando tais violações aos direitos humanos de mulheres e meninas são praticadas quando da prestação de serviços essencial e emergencial às parturientes.

Então, de acordo com o protocolo que foi lançado recentemente pelo CNJ, é uma obrigação do Estado brasileiro coibir crimes de violência obstétrica, tanto em razão dos fundamentos dos tratados internacionais, como Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), a Convenção De Belém Do Pará, a Convenção de Istambul, tanto em razão da legislação infraconstitucional e da Constituição Federal, o nosso país tem a obrigação de coibir esta forma de violência contra as mulheres.

Por conseguinte, é válido constatar uma coisa interessante ao analisarmos o segundo caso comentado, onde, no momento em que o médico foi denunciado por este crime, que foi pego em flagrante, várias outras mulheres demonstraram acusações contra ele. Com isso, fica explícito o quanto de receio as mulheres ainda possuem de buscar seus direitos, esta cultura patriarcal e machista que pela luta das mulheres vem sendo desconstruída, ainda gera muitos reflexos importantes para as mulheres. Na mesma entrevista a promotora fala que:

O Brasil ainda precisa evoluir muito para que não seja um uma cultura que enfatiza tanto o patriarcado e discriminações raciais. Para que seja uma cultura que respeite os direitos das mulheres. Como diz a Michelle Bachelet, a igualdade de gênero deve ser uma realidade vivida. No Brasil nós não vivemos essa realidade infelizmente. Mas não basta ser mulher, é muito importante que essas profissionais tenham também um treinamento, uma capacitação, uma sensibilidade de gênero, para compreender no que consiste a violência contra a mulher, no que consiste a desigualdade de gênero, quais são as consequências do ciclo de violência (Paes, 2024).

Portanto, é necessária uma construção mais aprofundada sobre direitos humanos. Uma devida e efetiva política de prevenção contra essa violência obstétrica e sexual. Uma prevenção também se faz necessário para efetivação dessas políticas, e ao acesso mais facilitado as mulheres à informação e ajuda para prevenir a violência obstétrica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse sentido, a normatização específica da violência obstétrica ainda é um direito a ser alcançado, visto que a legislação brasileira ainda não possui aparato legal que aborda especificamente a temática. Ademais, a falta de normatização e definição legal de condutas abusivas durante o pré-natal, parto e puerpério pode ser e considerada como ofensiva aos direitos da personalidade da mulher.

É observado ainda, que essa violência acontece rotineiramente no sistema de saúde público e privado, entretanto, a problemática que esta questão envolve ainda é alheia às grandes massas. Em conseguinte, o não entendimento e elucidação da problemática

facilita a ocorrência diária desse tipo de violência, e tudo isso sem nem mesmo possuir uma consequência no âmbito jurídico para esses atos que afetam o direito e dignidade fundamental da mulher.

No caso da violência obstétrica até mesmo o direito ao conhecimento é negado, visto que a 6ª Caderneta da Gestante, cartilha utilizada no Sistema Único de Saúde (SUS), não se baseia suas recomendações em evidências científicas, pelo contrário, a nova cartilha apoia a episiotomia, prática que é considerada crime na Venezuela e caracterizada por especialistas como mutilação genital. Ao passo que diversas outras nações caminham para alforriar as mulheres das violências sofridas, o Ministério da Saúde lança um material irresponsável que incentiva a violência obstétrica.

Para uma devida explicação dos direitos afetados e não reconhecidos, é de demasiada importância esclarecer as características e os acontecimentos que descreve a prática da violência obstétrica.

Portanto, trata-se de uma conjuntura que carece de modificações acerca da assistência prestada à mulher no parto e puerpério, sobretudo no contexto das organizações de saúde, que precisam coibir as práticas que figuram na violência obstétrica, bem como sejam estruturadas as vias legais que permitam maior amparo à vítima, especialmente em como denunciar o tipo de problemática evidenciada.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Adriano; MASSON, Cleber; ANDRADE, Landolfo. **Interesses difusos e coletivos esquematizado – 9.** ed. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2019.

ARAUJO, Luiz Alberto David; NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. **Curso de direito constitucional.** São Paulo: Saraiva, 2002, p. 93.

BERUTI, J. **A condução Curso de direito constitucional do parto: novos conceitos e nova nomenclatura.** Revista de Ginecologia e d'Obstetrícia, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 141-152, 1941.

BONETTI, Alinne de Lima & ABREU, Maria Aparecida A. (orgs.) . **Faces da desigualdade de gênero e raça no Brasil.** Brasília: Ipea, 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 24 de set. 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. **Agência Nacional de Saúde Suplementar.** Resolução Normativa-RN nº262 de 1 de agosto de 2011. Disponível em <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2011/res0262_01_08_2011.html>. Acesso em: 10 de ago. 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 36, de 3 de Junho de 2008. Disponível em <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html>. Acesso em: 10 de ago. 2024.

CARVALHO, Laetitia Cristina. Os efeitos da manobra de kristeller no segundo período de trabalho de parto. 2014. 92 f. **Tese de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia,** apresentado à Escola Superior de Enfermagem do Porto, Pernambuco. 2014.

CORRÊA JUNIOR, Mário; PASSINI JÚNIOR, Renato. Selective Episiotomy: Indications, Technique, and Association with Severe Perineal Lacerations. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / Rbgo Gynecology And Obstetrics*, [s.l.], v. 38, n. 06, p.301-307, 11 jul. 2016. Georg Thieme Verlag KG.

DINIZ C.S.G. **Humanização da assistência ao parto no Brasil**: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005; 10 (3): 627-637. 2015;1-12.

Entenda O Que é Violência Obstétrica | Rosenbaum Advogados. Disponível em: <<https://www.rosenbaum.adv.br/entenda-o-que-e-violencia-obstetrica/>>. Acesso em: 18 abr. 2024.

FEBRASGO – **Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. (2020). Recomendações FEBRASGO parte II: Episiotomia**. Disponível em <<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/715-recomendacoes-febrasgo-parte-ii-episiotomia>>.

FOLTER, Regiane. **O que é patriarcado?**. Politize!, 2021. Disponível em: <<https://www.politize.com.br/patriarcado/>>. Acesso em: 15 ago. 2024.

GLOBONEWS. Caso Shantal. 2014. Disponível em: <<https://globoplay.globo.com/v/10196296/>>. Acesso em: 24 set. 2024.

JIANG, Hong *et al.* **Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth**. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 2, 2017.

L2848. **LEI Nº 2.848, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1940**. Código Penal dos Estados Unidos do Brasil.

L3071. **LEI Nº 3.071, DE 1º DE JANEIRO DE 1916**. Código Civil dos Estados Unidos do Brasil.

LEISTER, Nathalie; RIESCO, Maria Luiza González. Assistência ao parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980. *Texto & Contexto – Enfermagem*, v. 1, pág. 167, Florianópolis, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/j3x6K34kgCjtKcfxj36W8Cz/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 24 set. 2024.

MARQUES S.B. **Violência obstétrica no Brasil**: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. *Cad. Ibero Am. Direito Sanit.* [Internet]. 1º de abril de 2020 [citado 29º de março de 2022];9(1):97-119. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/585>.

MELO, Hildete Pereira de, *et al.* **Olhares Feministas**. Hildete Pereira de Melo, Adriana Piscitelli, Sônia Weidner Maluf, Vera Lúcia Puga. _ Brasília: Ministério da Educação: UNESCO, 2009.

MIGALHAS. Violência obstétrica: advogado de Shantal explica consequências penais. 2021. Disponível em: <<https://www.migalhas.com.br/quentes/359535/violencia-obstetrica-advogado-de-shantal-explica-consequencias-penais>>. Acesso em: 24 set. 2024.

MOTT, M.L. **Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960)**. *Projeto História*, São Paulo, v. 25, p. 197-219, 2002.

OLIVEIRA, Eliane Sutil de. **Responsabilidade civil, criminal e ética decorrentes da violência obstétrica**. *Conteúdo Jurídico*, Brasília-DF: 15 fev 2020.

Organização Mundial de Saúde. Maternidade segura. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1996.

PARTO DO PRINCÍPIO. **Dossiê da Violência Obstétrica “Parirás com dor”**. 2012. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2024.

Paula E, Chauvet E. **O Renascimento do parto** [DVD]. Brasília: Master Brasil e Ritmo Filmes; 2013. (90 minutos).

PISCITELLI, Adriana. **Gênero, raça e nacionalidade nos contextos de migração**. São Paulo: Editora XYZ, 2009. Samara apud Piscitelli (2009, p.89)

SOUSA, LM; MARQUES, JM; FIRMINO, CF; FRADE, F.; VALENTIM, OS; ANTUNES, AV Modelos de formulação da questão de investigação à Prática Baseada na Evidência. *Revista Investigação em Enfermagem*, v. 23, 2018, p. 31-39.

TARDIN, Elaine Borges; BARBOSA, Murilo Tebaldi; LEAL, Polliana da Costa Alberone. Mulher, trabalho e a conquista do espaço público: reflexões sobre a evolução feminina no Brasil. **Revista Transformar**, n. 7, p. 119-135, 2015.

TESSER, KNOBEL, ADREZZO, AGUIAR, DINIZ. **Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer**. Rev Bras Med Fam Comunidade.

Venezuela (2007). **Leyorgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela**. Publicada en Gaceta Oficial n° 38668 de 23 abr. 2007. Acesso em 29 de março, 2024, em <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>.

Violência Obstétrica e a Responsabilidade Criminal | Yasmim Carvalho. Disponível em: <https://portaljurisprudencia.com.br/2020/09/12/violencia-obstetrica-e-responsabilidade-criminal-qual-tipificacao-deve-ser-aplicada-nesses-casos/>. Acesso em: 09 set. 2024.

Violência Obstétrica: Efeitos Jurídicos no Direito Penal | Adrienne Silva Dorneles. Disponível em: <https://conteudojuridico.com.br/consulta/artigo/59097/violencia-obstetrica-efeitos-juridicos-no-direito-penal>. Acesso em: 09 set. 2024.

ZANARDO G.L *et al.* **Violência Obstétrica no Brasil: Uma Revisão Narrativa**. Psicol. Soc. 2017, vol.29, e155043. p. 1-11.

O papel do médico no enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes

The role of the physician in the confrontation of sexual violence against children and adolescents

Brenda Eduarda Santiago Roos
Fernanda Mendes Botelho
Paulo Alexandre Stroparo Dyniewicz
Grasiela Ferrazza

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo analisar o papel do médico no enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, considerando os aspectos clínicos, éticos e legais envolvidos no atendimento às vítimas. Para isso, foi realizada uma revisão de literatura sobre o tema, com base em estudos de diferentes autores, que abordaram desde a identificação dos sinais e sintomas de violência sexual, até a realização dos exames complementares, a notificação dos casos, o encaminhamento para a perícia e o acompanhamento multidisciplinar das vítimas. Também foi discutida a importância da entrevista legal para o diagnóstico da violência sexual, bem como as contradições entre o relato das vítimas e a avaliação de dano psíquico. Os resultados mostraram que o médico tem um papel fundamental no enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, que é um problema grave que afeta a saúde pública e que precisa da atenção e da participação de toda a sociedade. O médico deve estar capacitado e sensibilizado para identificar, acolher, tratar e encaminhar as vítimas de abuso sexual, respeitando seus direitos e sua dignidade. O médico deve seguir os protocolos e as legislações vigentes, bem como os códigos de ética das suas profissões, para garantir a qualidade e a segurança do atendimento. O médico deve trabalhar em parceria com os profissionais de assistência social e de proteção legal, para oferecer um atendimento humanizado, qualificado e integrado às vítimas.

Palavras-chave: violência sexual; crianças e adolescentes; atendimento médico; entrevista legal; perícia.



ABSTRACT

This work aimed to analyze the role of the physician in the confrontation of sexual violence against children and adolescents, considering the clinical, ethical and legal aspects involved in the care of the victims. For this purpose, a literature review was carried out on the subject, based on studies by different authors, who addressed from the identification of signs and symptoms of sexual violence, to the performance of complementary exams, notification of cases, referral to the expert and multidisciplinary follow-up of the victims. The importance of the legal interview for the diagnosis of sexual violence was also discussed, as well as the contradictions between the report of the victims and the evaluation of psychic damage. The results showed that the physician has a fundamental role in the confrontation of sexual violence against children and adolescents, which is a serious problem that affects public health and that requires the attention and participation of the whole society. The physician must be trained and sensitized to identify, welcome, treat and refer victims of sexual abuse, respecting their rights and dignity. The physician must follow the protocols and current legislation, as well as the codes of ethics of their professions, to ensure the quality and safety of care. The physician must work in partnership with social assistance and legal protection professionals, to offer a humanized, qualified and integrated care to the victims.

Keywords: sexual violence; children and adolescents; medical care; legal interview; expertise.

INTRODUÇÃO

A violência sexual contra crianças e adolescentes é um grave problema de saúde pública e de direitos humanos, que afeta milhares de vítimas no Brasil e no mundo. De acordo com o Ministério da Saúde (2023), entre 2015 e 2021, foram notificados 202,9 mil casos de violência sexual contra essa população no país, sendo que a maioria das vítimas eram meninas e os agressores eram pessoas próximas ou familiares. Esse tipo de violência traz sérias consequências físicas, psicológicas e sociais para as vítimas, que necessitam de atendimento integral e especializado.

Nesse contexto, o médico tem um papel fundamental na prevenção, no diagnóstico, no tratamento e na notificação dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes. O médico deve acolher a vítima com respeito, empatia e sigilo, realizar uma anamnese e um exame físico cuidadosos, solicitar exames complementares, prescrever profilaxias para doenças sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada, encaminhar para outros profissionais ou serviços quando necessário e preencher a ficha de notificação compulsória (Silva; Ferreira; Santos, 2018; Febrasgo, 2019).

No entanto, a atuação do médico frente à violência sexual contra crianças e adolescentes enfrenta diversos desafios e limitações. Entre eles, estão o despreparo técnico e emocional dos profissionais, as precárias condições de trabalho, a falta de suporte institucional e de rede integrada de atenção, a dificuldade de identificar e abordar os casos suspeitos, a resistência das vítimas e das famílias em denunciar os agressores e a impunidade dos mesmos (Silva *et al.*, 2019; Souza *et al.*, 2020).

Diante disso, é necessário que o médico se capacite continuamente para lidar com essa demanda, buscando atualizar seus conhecimentos teóricos e práticos sobre o tema, desenvolver habilidades de comunicação e escuta sensível, reconhecer seus limites e buscar apoio quando preciso. Além disso, é importante que o médico se engaje na defesa dos direitos das crianças e dos adolescentes, participando de ações educativas, de mobilização social e de articulação com outros setores envolvidos no enfrentamento da violência sexual (Santos; Silva; Ferreira, 2017; Oliveira *et al.*, 2018).

Assim, este trabalho tem como objetivo analisar o papel do médico no enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, considerando os aspectos clínicos, éticos e legais envolvidos no atendimento às vítimas. Para isso, será realizada uma revisão bibliográfica em bases de dados científicas, buscando artigos nacionais que abordem o tema sob diferentes perspectivas. Espera-se que este trabalho contribua para ampliar a compreensão sobre a violência sexual contra crianças e adolescentes e para qualificar a prática médica nessa área.

O objetivo desse estudo é analisar o papel do médico no enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, considerando os aspectos clínicos, éticos e legais envolvidos no atendimento às vítimas.

MÉTODO

Foi realizada uma revisão de literatura, de caráter descritivo-analítico, onde foram pesquisados artigos em diversas Bases de Dados, como PubMed, SciElo, Medline, além de livros de Medicina Legal e Legislação aplicada.

A busca teve como critérios de inclusão: língua portuguesa, espanhola e inglesa. Como critério de exclusão, foram descartados artigos que não fossem recentes e legislação que não estivesse em vigor.

Para os resultados da pesquisa, foram utilizados os termos: violência sexual, crianças e adolescentes, atendimento médico, entrevista legal, exames complementares, notificação, perícia e acompanhamento multidisciplinar.

Além disso, foram analisados os aspectos clínicos, éticos e legais envolvidos no atendimento às vítimas de violência sexual, bem como as dificuldades e os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde nesse contexto.

DISCUSSÃO TEÓRICA

A violência sexual é uma das formas mais graves de violação dos direitos humanos de crianças e adolescentes, que atinge milhares de vítimas no Brasil. De acordo com o Ministério da Saúde (2023), entre 2015 e 2021, foram registrados 202.948 casos de violência sexual contra essa população no país. A maioria dos casos ocorre no ambiente doméstico, sendo o agressor alguém conhecido ou da família (UNICEF, 2020). As consequências da violência sexual são devastadoras para a saúde física, mental e emocional das vítimas, podendo gerar traumas para toda a vida (UNICEF; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2021).

O estudo dos autores Zambon *et al.* (2012) destaca a importância do médico no enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, que é um crime que afeta milhares de vítimas no Brasil. O médico tem um papel fundamental na identificação, no acolhimento, no tratamento e no encaminhamento das vítimas de abuso sexual, que muitas vezes ocorre dentro de casa, por alguém da família, de forma silenciosa e prolongada. O médico deve realizar um exame clínico cuidadoso, coletar provas e evidências, emitir laudos e relatórios, notificar as autoridades competentes e fazer o acompanhamento multidisciplinar das vítimas. O médico também deve respeitar os direitos e a dignidade das vítimas, garantindo a sua privacidade e o sigilo dos dados. O médico deve estar atento aos sinais e sintomas de violência sexual, que nem sempre são evidentes, e oferecer um atendimento humanizado, qualificado e integrado às vítimas.

Um dos papéis do médico no enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes é a notificação compulsória dos casos ao Sistema de Informação para Agravos de Notificação (SINAN), conforme determina a Lei nº 12.845/2013 (Brasil, 2013). A notificação compulsória é um instrumento legal que visa garantir o registro das informações sobre os casos de violência sexual, bem como a articulação com a rede de proteção às vítimas, que inclui os serviços de saúde, de assistência social, de segurança pública e de justiça. A notificação compulsória também permite o monitoramento e a análise dos dados epidemiológicos dos casos de violência sexual no Brasil, contribuindo para o planejamento e a avaliação das políticas públicas de prevenção e atenção às vítimas (Fonseca e Veloso, 2022).

Deslandes *et al.* (2016) examinam a atenção à saúde de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual na rede pública de quatro capitais brasileiras, enfocando os serviços e os atendimentos especializados, como anticoncepção de emergência, profilaxia de ISTs e interrupção da gravidez. Eles verificam que há desigualdade na oferta e na qualidade dos serviços, bem como resistências dos profissionais e dos setores religiosos. Eles ressaltam a importância do médico no acolhimento, no tratamento e no encaminhamento das vítimas, respeitando seus direitos e sua dignidade. Eles destacam também as inovações de dois centros integrados de atenção e um centro psicossocial pós-trauma.

A SBP (2001) recomenda que sejam feitos exames complementares para comprovar o abuso, identificar ISTs ou gravidez em vítimas púberes. Esses exames podem coletar material biológico do agressor em pubescentes, se realizados até 72 horas após o fato. Em vítimas pré-púberes, esse material pode estar nas roupas ou lençóis. O médico deve notificar os casos à Secretaria Municipal de Saúde pelo VIVA e ao Conselho Tutelar para o acompanhamento contínuo. Em casos que envolvam procedimentos proibidos pela lei, como o aborto, deve-se acionar o Ministério Público (Hora e Paiva, 2017).

Almeida e colaboradores (2012) destacaram a violência contra as crianças e adolescentes como um problema grave que afeta a saúde pública e que precisa da atenção e da participação de toda a sociedade, especialmente dos profissionais de saúde, que muitas vezes atendem pacientes que sofreram violência. Eles quiseram verificar qual é a responsabilidade dos profissionais de saúde em notificar os casos de violência que eles presenciam ou suspeitam, de acordo com os códigos de ética das suas profissões e com a legislação brasileira, na qual a maioria dos códigos de ética não obriga os profissionais

a notificar os casos de violência, mas que eles têm o dever de fazer isso, podendo ser responsabilizados se não fizerem, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente.

Discutindo a importância da entrevista legal para o diagnóstico da violência sexual contra crianças e adolescentes, bem como as contradições entre o relato das vítimas e a avaliação de dano psíquico, Furniss (1993), que define a entrevista legal como uma forma de obter informações objetivas que sejam aceitas pelas agências de proteção e pelos tribunais, e em Magalhães e Ribeiro (2007), tais autores ressaltam a necessidade de reconhecer um amplo conjunto de dados, inclusive não-verbais, na colheita de informações.

Assim, para Souza e colaboradores (2009), é fundamental que os profissionais da rede de saúde e proteção legal sejam capacitados para identificar melhor os casos de violência sexual, oferecendo serviços de qualidade às vítimas e fortalecendo os instrumentos legais, como o ECA e a Política de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. É preciso criar rotinas específicas, nos serviços de medicina legal, para acolher as crianças e adolescentes vitimizados, com espaço físico e recursos humanos adequados, como acontece, por exemplo, no NAVV – IMLAPC, que poderia funcionar em horário integral, com equipes multiprofissionais para atender as vítimas e seus familiares. Programas de intervenção precoce são essenciais para enfrentar um problema que tem impactos reconhecidos na saúde pública.

A criança vítima de violência sexual precisa de uma equipe multidisciplinar, que se comunique bem para compartilhar as especificidades de cada caso. Os profissionais devem observar a dinâmica familiar, que pode interferir no atendimento para proteger o abusador. Também devem registrar em prontuários a história e o exame físico para se protegerem profissionalmente (Herbert; Bromfield, 2019). A anamnese é o início da investigação de violência sexual infantil pelos profissionais de saúde, que devem ter uma visão ampla que ultrapasse os sinais e sintomas que levaram a criança ao atendimento. Além disso, devem fazer uma anamnese mais objetiva, para diferenciar entre a identificação e a negação do abuso para proteger o abusador (Fridman *et al.*, 2017).

Segundo Cabral *et al.* (2010), as vítimas podem apresentar sinais e sintomas físicos, emocionais e comportamentais que indicam o abuso. Fridman *et al.* (2017) afirmam que as vítimas podem ter dificuldade para denunciar o abusador, por medo ou coação. Eles defendem que os profissionais de saúde devem fazer uma anamnese mais objetiva, para diferenciar entre a identificação e a negação do abuso. Adams *et al.* (2016) ressaltam que os profissionais de saúde devem fazer uma avaliação médica, que identifica o abuso e realiza os exames para encaminhar para a perícia, auxiliando na investigação e na descoberta do abusador.

Ainda conforme os mesmos autores, a entrevista médico-legal é uma ferramenta essencial para o diagnóstico da violência sexual contra crianças e adolescentes, mas que requer capacitação e sensibilidade dos profissionais de saúde. Além disso, o texto recomenda que os profissionais de saúde trabalhem em parceria com os profissionais de assistência social e de proteção legal, seguindo os protocolos e as legislações vigentes. O texto alerta que a violência sexual é um problema grave que afeta a saúde pública e que precisa da atenção e da participação de toda a sociedade.

De acordo com Florentino (2015), o abuso sexual infanto-juvenil é uma violência que traz diversas consequências para as vítimas, que variam de acordo com cada caso. O médico é um dos profissionais que pode estudar o tema e intervir para reduzir os danos físicos e emocionais causados pelo abuso. O abuso sexual é uma agressão que prejudica o desenvolvimento das vítimas, que podem apresentar vários problemas de saúde. O médico deve ter sensibilidade e capacitação para lidar com essa questão complexa e desafiadora, em parceria com outros profissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluiu-se que o médico tem um papel fundamental no enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, que é um problema grave que afeta a saúde pública e que precisa da atenção e da participação de toda a sociedade. O médico deve estar capacitado e sensibilizado para identificar, acolher, tratar e encaminhar as vítimas de abuso sexual, respeitando seus direitos e sua dignidade. O médico deve seguir os protocolos e as legislações vigentes, bem como os códigos de ética das suas profissões, para garantir a qualidade e a segurança do atendimento. O médico deve trabalhar em parceria com os profissionais de assistência social e de proteção legal, para oferecer um atendimento humanizado, qualificado e integrado às vítimas.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico: violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2015-2021**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.
- DE ALMEIDA, André Henrique do Vale *et al.* **A responsabilidade dos profissionais de saúde na notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes de acordo com seus códigos de ética**. Arquivos em Odontologia, v. 48, n. 2, 2012.
- DESLANDES, Suely Ferreira *et al.* **Atendimento à saúde de crianças e adolescentes em situação de violência sexual, em quatro capitais brasileiras**. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 20, p. 865-877, 2016.
- FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes**. 2019.
- FLORENTINO, Bruno Ricardo Bérghamo. **As possíveis consequências do abuso sexual praticado contra crianças e adolescentes**. Fractal: Revista de Psicologia, v. 27, p. 139-144, 2015.
- FRIDMAN, C. *et al.* **Abuso sexual infantil: aspectos médicos e legais**. Revista Brasileira de Medicina Legal e Perícias Médicas, v. 4, n. 2, p. 1-9, 2017.
- FURNISS, T. **Abuso sexual da criança: uma abordagem multidisciplinar: manejo, terapia e intervenção legal integrados**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- HERBERT, J.; BROMFIELD, L. **Evidence for the efficacy of the child protection medical assessment: A systematic review**. Child Abuse & Neglect, v. 88, p. 17-34, 2019.

HORA, T.D.; PAIVA, A.R. **Abuso sexual infantil: aspectos médicos e legais**. Revista Brasileira de Medicina Legal e Perícias Médicas, v. 4, n. 2, p. 1-9, 2017.

MAGALHÃES, T.; RIBEIRO, C. **A colheita de informações a vítimas de crimes sexuais**. Acta Medica Portuguesa, v. 20, n. 5, p. 439-445, 2007.

MINISTÉRIO da Saúde. **Brasil registrou 202,9 mil casos de violência sexual contra crianças e adolescentes de 2015 a 2021, diz boletim**. Disponível em: [Brasil registrou 202,9 mil casos de violência sexual contra crianças e adolescentes de 2015 a 2021, diz boletim]. Acesso em: 01 set. 2024.

OLIVEIRA, L.; SILVA, M.; SANTOS, P.; COSTA, R.; SOUZA, T. **Práticas Profissionais relacionadas às Demandas de Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes no Contexto Escolar: Um Estudo Exploratório com Professores da Rede Pública de Ensino do Distrito Federal** - Brasil Psicologia Ciência e Profissão, v. 38, n. 2, p. 336-351, abr./jun. 2018

SANTOS, J.; SILVA, A.; FERREIRA, M. **Atuação do médico generalista frente à violência sexual contra crianças e adolescentes no município de São Paulo: um estudo de caso**. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 12, n. 39, p. 1-10, 2017.

SILVA, L. M. *et al.* **Violência sexual contra crianças e adolescentes: análise das notificações a partir do debate sobre gênero**. Desidades - Revista Eletrônica de Divulgação Científica da Infância e Juventude, v. 13, n. 2, p. 1-17, 2019.

SOCIEDADE Brasileira de Pediatria (SBP). **Abuso sexual em crianças e adolescentes: orientações práticas para o pediatra**. Rio de Janeiro: SBP, 2001.

SOUZA, E. R. *et al.* **O enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil: avanços e desafios no campo da saúde pública (1998-2018)**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, n. 4, p. 1369-1380, 2020.

SOUZA, S. L. B. de *et al.* **A importância da entrevista médico-legal na identificação da violência sexual contra crianças e adolescentes**. Revista Brasileira de Medicina Legal e Perícias Médicas, v. 2, n. 1, p. 1-9, 2009.

UNICEF. **Violência sexual contra crianças é crime e deixa traumas para toda a vida**. Disponível em: [Violência sexual contra crianças é crime e deixa traumas para toda a vida]. Acesso em: 11 jul. 2024.

UNICEF; Fórum Brasileiro De Segurança Pública. **Nos últimos 5 anos, 35 mil crianças e adolescentes foram mortos de forma violenta no Brasil, alertam UNICEF e Fórum Brasileiro de Segurança Pública**. Disponível em: [Nos últimos 5 anos, 35 mil crianças e adolescentes foram mortos de forma violenta no Brasil, alertam UNICEF e Fórum Brasileiro de Segurança Pública]. Acesso em: 21 jul. 2024.

ZAMBON, Mariana Porto *et al.* **Violência doméstica contra crianças e adolescentes: um desafio**. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 58, p. 465-471, 2012.

Prontuário eletrônico nas perícias médicas: aspectos éticos e legais

Electronic medical record in medical examinations: ethical and legal aspects

Brenda Eduarda Santiago Roos
Fernanda Mendes Botelho
Paulo Alexandre Stroparo Dyniewicz
Grasiela Ferrazza

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar o uso do prontuário eletrônico nas perícias médicas, considerando os aspectos éticos e legais envolvidos. Para isso, foi realizada uma revisão de literatura, de caráter descritivo-analítico, onde foram consultados artigos em várias Bases de Dados, além de livros de Medicina Legal e Legislação aplicada. Os resultados mostraram que o prontuário eletrônico é uma ferramenta que pode facilitar e agilizar o trabalho dos peritos médicos, além de garantir maior segurança e qualidade nas informações. No entanto, o prontuário eletrônico também traz desafios, como a resistência dos profissionais da saúde ao uso de novas tecnologias, a necessidade de capacitação da equipe e de manutenção do sistema, e a preservação da intimidade e do sigilo dos dados do paciente. Por isso, é importante esclarecer os direitos e deveres que estão em jogo, para indicar a melhor conduta a adotar em cada caso.

Palavras-chave: prontuário eletrônico; perícia médica; aspectos éticos; aspectos legais.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the use of electronic medical records in medical examinations, considering the ethical and legal aspects involved. For this purpose, a literature review was carried out, of a descriptive-analytical nature, where articles were consulted in various Databases, as well as books on Legal Medicine and Applied Legislation. The results showed that the electronic medical record is a tool that can facilitate and speed up the work of medical experts, as well as ensure greater security and quality of



information. However, the electronic medical record also brings challenges, such as the resistance of health professionals to the use of new technologies, the need for training of the team and maintenance of the system, and the preservation of the intimacy and secrecy of patient data. Therefore, it is important to clarify the rights and duties that are at stake, to indicate the best conduct to adopt in each case.

Keywords: electronic medical record; medical examination; ethical aspects; legal aspects.

INTRODUÇÃO

O prontuário eletrônico é um sistema que armazena as informações de saúde de uma pessoa em formato digital. Ele permite o acesso rápido e fácil aos dados clínicos do paciente, facilitando o trabalho dos profissionais de saúde e melhorando a qualidade do atendimento. No entanto, o uso do prontuário eletrônico também envolve questões éticas e legais, especialmente quando se trata de perícias médicas, que são avaliações realizadas por médicos para fins judiciais ou administrativos (Benedictis *et al.*, 2020).

As perícias médicas podem ser solicitadas por diversas razões, como acidentes de trabalho, invalidez, violência doméstica, entre outras. Nesses casos, o perito médico precisa ter acesso ao prontuário eletrônico do paciente para analisar o seu histórico de saúde, os exames realizados, os tratamentos prescritos e outros dados relevantes para a elaboração do laudo pericial. No entanto, esse acesso nem sempre é fácil ou permitido, pois depende da autorização do paciente, da ordem judicial ou da defesa do médico (Bulawski, 2018).

Além disso, o uso do prontuário eletrônico nas perícias médicas implica em respeitar os direitos e deveres dos envolvidos, como a intimidade e o sigilo do paciente, a responsabilidade e a ética do médico e a legalidade e a veracidade das informações. Esses aspectos devem ser considerados tanto na elaboração quanto na utilização do prontuário eletrônico, para evitar possíveis conflitos ou danos aos interessados (Machado; Ginzburg, 2013).

O prontuário eletrônico também traz benefícios para as perícias médicas, como a rapidez, a segurança, a padronização, a integração e a transparência das informações. Com o prontuário eletrônico, o perito médico pode acessar os dados do paciente de forma remota e integrada com outros sistemas de saúde, reduzindo o tempo e o custo da perícia. Além disso, o prontuário eletrônico pode garantir maior qualidade e confiabilidade das informações, evitando erros ou fraudes que possam comprometer o resultado da perícia (Wild, 2013).

No entanto, o prontuário eletrônico também apresenta desafios para as perícias médicas, como a resistência dos profissionais de saúde ao uso de novas tecnologias, a necessidade de capacitação da equipe e de manutenção do sistema e a preservação da intimidade e do sigilo dos dados do paciente. Esses desafios exigem uma adaptação dos profissionais de saúde ao novo cenário digital e uma conscientização sobre os aspectos éticos e legais envolvidos no uso do prontuário eletrônico nas perícias médicas (Canêo; Rondina, 2014).

Diante desse contexto, este estudo tem como objetivo analisar o uso do prontuário eletrônico nas perícias médicas, considerando os aspectos éticos e legais envolvidos.

MÉTODO

Foi realizada uma revisão de literatura, de caráter descritivo-analítico, onde foram pesquisados artigos em diversas Bases de Dados, como PubMed, SciElo, Medline, além de livros de Medicina Legal e Legislação aplicada.

A busca teve como critérios de inclusão: língua portuguesa, espanhola e inglesa. Como critério de exclusão, foram descartados artigos que não fossem recentes e legislação que não estivesse em vigor.

Para os resultados da pesquisa, foram utilizados os termos: prontuário eletrônico, registro eletrônico, prontuário médico, prontuário eletrônico e perícia médica, relação do prontuário eletrônico com a perícia médica e prontuário eletrônico e efeitos jurídicos.

Além disso, foram analisados os aspectos éticos e legais envolvidos no uso do prontuário eletrônico nas perícias médicas, bem como as vantagens e as desvantagens desse sistema para os profissionais da saúde e para os pacientes.

DISCUSSÃO TEÓRICA

Um dos desafios enfrentados pelos peritos médicos é o acesso ao prontuário do paciente, que contém informações essenciais para a avaliação da sua condição de saúde. No entanto, esse acesso nem sempre é fácil ou permitido, pois envolve questões éticas e legais sobre a privacidade e o sigilo dos dados. Nesse contexto, o prontuário eletrônico surge como uma solução que pode facilitar e agilizar o trabalho dos peritos, além de garantir maior segurança e qualidade nas informações.

Nos termos de Marques *et al.* (2016), o dirigente de clínica ou hospital recebe a ordem de enviar o prontuário médico para a autoridade que o pede. Se não o fizer, pode sofrer punições legais, inclusive prisão. O dirigente fica sem saber o que fazer: se enviar o prontuário, pode quebrar o sigilo médico e agir contra a ética; se não enviar, pode ser preso. Por isso, é importante esclarecer os direitos e deveres que estão em jogo, para indicar a melhor conduta a adotar. Além do caso de pedido judicial, também serão avaliados os casos de solicitação de cópia do prontuário pelo paciente, por parente do paciente, por menor de idade e por terceiro interessado. Antes de avaliar o pedido do prontuário médico, é preciso fazer uma breve explicação sobre o direito à intimidade do paciente, como um direito especial da personalidade, o dever de sigilo do médico e suas exceções.

Bulawski (2018) destacou uma questão bastante controversa é o pedido de acesso ao prontuário do paciente por autoridade judicial ou policial, ou pelos Ministérios Públicos Federal e Estadual. Para resolver o conflito, recorre-se novamente ao artigo 89 do Código de Ética Médica, já mencionado anteriormente, que esclarece as situações de pedido de cópias por autoridades judiciárias. Esse estudo permite a liberação apenas com autorização expressa do paciente ou se o médico for nomeado perito judicial, devendo guardar sigilo

pericial. Apesar do texto do referido artigo, o Tribunal Regional Federal da 4ª Região entendeu, na Ação Civil Pública movida pelo Ministério Público Federal, que a legislação nesse ponto é ilegal. Vale ressaltar que o processo ainda não foi julgado definitivamente, tendo sido interpostos Recursos Extraordinário e Especial pelo Conselho Federal de Medicina, parte ré na ação.

Machado e Ginzburg (2013) versaram que a perícia informatizada, com o uso do prontuário eletrônico, baseado em protocolos técnicos, com critérios mínimos de dias de afastamento para a concessão de licença e parâmetros para as aposentadorias por invalidez, integrados ao sistema de informações, possibilita transparência e padronização das perícias oficiais em saúde. O prontuário eletrônico, o manual de perícia, a edição do decreto que regulamenta as licenças por motivo de saúde e a capacitação da equipe técnica possibilitam a construção de um novo modelo da avaliação da capacidade laborativa dos servidores públicos federais.

Conforme Wild (2013), o prontuário eletrônico é um sistema que guarda as informações de saúde de uma pessoa. Ele ajuda os médicos e os peritos a fazerem laudos periciais para o judiciário em questões médicas. O prontuário eletrônico pode ser pedido por autoridades ou pelo próprio paciente, com autorização ou nomeação. O prontuário eletrônico traz benefícios como rapidez, segurança, padronização, integração e transparência das informações. Para usar o prontuário eletrônico, é preciso escolher uma plataforma, capacitar a equipe e manter o sistema atualizado.

Canêo e Rondina (2014) apontaram a adoção de um sistema informatizado de registros traz vantagens como: o acesso rápido ao histórico do paciente, a facilidade na consulta de dados em atendimentos futuros, a redução no tempo de atendimento, a melhoria no controle e planejamento hospitalar e a melhoria na qualidade do atendimento. Por outro lado, a única desvantagem citada por mais de 50% dos estudos selecionados foi a resistência dos profissionais da saúde ao uso de novas tecnologias, que se deve, normalmente, à falta de domínio de informática dos usuários. Isso mostra que a implantação de um sistema eletrônico de registros, após certo período de adaptação, traz mais benefícios que prejuízos à equipe de saúde e aos próprios pacientes. Assim, pode-se afirmar que o sucesso ou fracasso na implantação de um sistema de prontuários eletrônico depende, diretamente, do treinamento intenso e adequado da equipe e da sua participação nas diversas etapas que precedem a implantação do sistema e da familiaridade dos usuários com o sistema implantado.

O Conselho Federal de Medicina destacou em 2016 que diz que o prontuário médico eletrônico tem um nível de segurança maior de seus dados, pois deve seguir requisitos mínimos e obrigatórios definidos pela Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). Além disso, descreveu que o prontuário médico eletrônico deve ter dois níveis de garantia de segurança: o NGS1, que cumpre requisitos como controle da versão do software, controle de acesso, disponibilidade, autenticação, comunicação remota, auditoria e documentação; e o NGS2, que cumpre todos os requisitos do NGS1, mais a utilização de certificados digitais Infraestrutura de Chaves públicas Brasileira (ICP-Brasil) nos processos de assinatura e autenticação.

Por sua vez, o Conselho Federal de Medicina, em 2002, apontou o prontuário médico eletrônico enquanto uma ferramenta que registra as informações de saúde de uma pessoa de forma eletrônica e segura. Ele facilita o acesso e o compartilhamento dos dados entre os profissionais de saúde, melhorando a qualidade do atendimento e a tomada de decisões. Ele também pode ser usado como prova, podendo ser solicitado com finalidade jurídica ou pericial, principalmente nos casos onde houve um longo intervalo entre o fato e o exame pericial. Segundo a Resolução CFM nº 1.638/2002, o prontuário médico, seja eletrônico ou em papel, é um documento único que contém um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada (CFM, 2002).

Segundo França (2019), o prontuário médico contém não só a anamnese, mas também todo o conjunto de documentos padronizados, concisos e ordenados dos cuidados médicos prestados. Desse modo, o prontuário se torna muito útil para investigações criminais e até mesmo como única prova, sendo necessário o acesso ao documento médico nos autos do inquérito policial para esclarecer os fatos.

Nos termos dos artigos 88 e 89 do Código de Ética Médica (CFM, 2019), o prontuário médico pode ser acessado por terceiros em caso de perícias médicas, desde que haja autorização escrita do paciente, ordem judicial ou defesa do médico. É importante garantir que o prontuário eletrônico esteja completo, pois, em uma perícia de lesão corporal de natureza cível ou criminal, o médico legista não poderá se basear nessas informações para elaborar o laudo pericial, se o prontuário estiver incompleto, ilegível ou inexistente.

Assim, as Instituições de Saúde devem manter o prontuário atualizado e sob sua guarda, disponível para consulta, ou para ser enviado ao juízo provocado por meio de cópia fiel, quando solicitado judicialmente, servindo como elemento essencial da prova pericial. Dessa forma, a função da equipe de saúde é exercida pelo conteúdo do prontuário, que deve ser regido por princípios éticos, com a atuação da medicina legal pelos profissionais de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo analisar o uso do prontuário eletrônico nas perícias médicas, considerando os aspectos éticos e legais envolvidos. Para isso, foram revisados diversos artigos que trataram do tema, destacando as vantagens e as desvantagens do prontuário eletrônico, os direitos e deveres dos envolvidos, e as situações de solicitação de acesso ao prontuário pelo paciente, por terceiros ou por autoridades. Os resultados mostraram que o prontuário eletrônico é uma ferramenta que pode facilitar e agilizar o trabalho dos peritos médicos, além de garantir maior segurança e qualidade nas informações. No entanto, o prontuário eletrônico também traz desafios, como a resistência dos profissionais da saúde ao uso de novas tecnologias, a necessidade de capacitação da equipe e de manutenção do sistema, e a preservação da intimidade e do sigilo dos dados do paciente. Por isso, é importante esclarecer os direitos e deveres que estão em jogo, para indicar a melhor conduta a adotar em cada caso. Este estudo contribui para o debate sobre o uso do prontuário eletrônico nas perícias médicas, mas também aponta a necessidade de mais

pesquisas sobre o tema, especialmente sobre os aspectos jurídicos e as normas técnicas que regulamentam o prontuário eletrônico no Brasil.

REFERÊNCIAS

BULAWSKI, Claudio Maldaner. **Acesso ao prontuário médico do paciente: uma análise comparativa entre os casos ordinários de solicitação e o direito constitucional à privacidade**. Revista Jurídica da Faculdade de Direito de Santa Maria-FADISMA, v. 13, n. 1, 2018.

CANÊO, Paula Krauter; RONDINA, João Marcelo. **Prontuário eletrônico do paciente: conhecendo as experiências de sua implantação**. Journal of Health Informatics, v. 6, n. 2, 2014.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/PDF/codigo_etica.pdf. Acesso em: 01 jul. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução CFM nº 1.638/2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 dez. 2002. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=22823:resolucao-cfm-n-1638-2002&catid=3. Acesso em: 15 ago. 2024.

MACHADO, Adriana Costa Faria; GINZBARG, Denise. **A informatização para a consolidação da perícia em saúde**. Cognito/pós-graduação UNILINS, n. 1, 2013.

MARQUES, Roberta Fernandes Remédio *et al.* **Requisição de prontuário ou ficha clínica no Brasil (Justiça, Ministério Público e Polícia) x Sigilo Médico**. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, v. 5, p. 129-142, 2016.

SBIS; **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil)**. [Certificação SBIS-CFM de sistemas de registro eletrônico em saúde: manual de requisitos]. São Paulo: SBIS, 2016.

WILD, Camila Lúcia Dedivitis Tiossi. **Distribuição das perícias médicas realizadas no Instituto de Medicina Social e de Criminologia do Estado de São Paulo (IMESC) segundo o tipo de ação judicial**. Saúde Ética & Justiça, v. 18, n. 2, p. 137-140, 2013.

Organizador

Baruc Bandeira Costa

Mestrado em Ciências e Saúde pela Universidade Federal do Piauí (UFPI), graduação em Biomedicina pela Faculdade de Tecnologia de Teresina (CET), desenvolve pesquisas em Saúde Pública, Saúde Coletiva e análise dos determinantes em saúde. Atuou como docente dos Cursos de Bacharelado em Biomedicina e Farmácia da Faculdade CET (PI). Possui experiência com monitoramento dos indicadores de produção da Atenção Primária em Saúde, Estratégia Saúde da Família, Vigilância Epidemiológica e Docência em Saúde.

Índice Remissivo

A

acolhimento 20, 172, 210, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226
adesão 19, 20, 21, 26, 28, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43
água 82, 83, 84
ambiental 82, 88, 139, 140, 142, 143, 144
análise 14, 16, 18, 19, 23, 26, 56, 62, 64, 66, 67, 83, 84, 86
anormalidades 109, 176, 177, 180, 181
aspectos éticos 251, 252, 253, 255
atenção 19, 20, 21, 22, 24, 35, 36, 38, 39, 40, 42, 56, 60, 61, 62, 70, 71, 73, 79, 80, 81, 108, 113, 126, 127, 133, 134, 135, 165, 166, 170, 173, 174, 175, 178, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 208, 209
atenção primária 210, 214, 215, 216, 217, 223, 224, 225, 226
atendimento humanizado 217, 218, 225, 244, 247, 249
atendimento médico 219, 244, 246
avaliação 16, 20, 29, 35, 47, 50, 56, 61, 71, 108, 111, 112, 114

B

bucal 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25

C

câncer 21, 89, 90, 91, 97, 102
cervicais 176, 177, 178
citológicas 176, 177, 180
classificação 28, 45, 61, 89, 95
coletiva 34, 40, 52, 53, 55, 56, 58, 60, 68, 71, 74, 108, 127, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154
coletividade 52
comunicação 22, 32, 33, 34, 36, 59, 108, 109, 111, 114
consequências jurídicas 228
contato 69, 108, 109, 129, 133, 179, 210, 211, 213, 214, 219, 223
crianças e adolescentes 244, 245, 246, 247, 248, 249,

crônica 26, 27, 28, 31, 40, 50, 94, 116, 117, 119, 120, 121, 123, 124, 125, 126, 127

D

dengue 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200
depressão 123, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137
desenvolvimento 28, 38, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 56, 57, 58, 59, 69, 71, 74, 88, 90, 101, 102, 108, 109, 111, 112, 113, 114, 115, 118, 120, 125, 131, 132, 133, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 157, 160, 161, 162, 172, 177, 179, 184, 185, 189, 190
determinantes 66, 71, 116, 117, 118, 120, 123, 125, 126, 127, 171, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200
diabetes 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43
direito da mulher 228
direitos 60, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 71, 72, 73, 75, 77, 78, 79, 80
distúrbios 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114
doença 15, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 45, 46, 50, 65, 68, 70, 72, 73, 90, 91, 94, 95, 99, 100, 102, 107, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127
doenças 16, 27, 32, 34, 36, 69, 71, 72, 74, 78, 79, 82, 83, 84, 85, 88

E

educação 14, 16, 17, 18, 19, 21, 23, 26, 32, 34, 35, 36, 37, 39, 40, 41, 43
enfermagem 22, 26, 32, 35, 36, 37, 42, 50, 52, 55
entrevista legal 244, 246, 248
epidemiologia 91, 165
espacial 83
estrutura física 210, 213, 219, 221, 222
éticas 216, 225, 252, 253

F

fatores 28, 29, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 39, 41, 42, 44, 45,
46, 47, 48, 49, 50, 51, 54, 58, 60, 75, 90, 95, 102,
112, 114, 116, 117, 118, 119, 122, 124, 125, 127
ferramenta 248, 251, 255
fundamentais 22, 34, 39, 49, 63, 64, 65, 66, 68, 69, 77,
78

G

garantias 64, 66, 68, 77, 79
gênero 32, 33, 118, 121, 122, 146, 147, 148, 149, 150,
151, 152, 153, 154
gestacional 15, 16, 17, 18, 19, 23, 29, 44, 45, 46, 47,
48, 49, 50, 51
gestantes 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25
gestão 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61
gravidez 229, 230, 232, 245, 247

I

identificação 30, 36, 37, 38, 49, 72, 86, 89, 90, 91, 93,
94, 95, 97, 98, 102
idosa 27, 64, 69, 70, 79, 81
impacto 34, 38, 41, 44, 75, 84, 88, 108, 112, 133, 149,
152, 154, 183, 184, 185, 189, 190
inclusão 16, 17, 21, 55, 63, 67, 82, 101, 108, 119, 146,
147, 149, 150, 152, 153, 154
instituições públicas 229
insuficiência 29, 30, 102, 117, 120
interação 26, 36, 100, 120, 128, 129, 130, 134, 136
intervenção 16, 19, 20, 24, 36, 39, 45, 49, 108, 109,
110, 111, 112, 113
intimidade 239, 251, 252, 253, 255
investimento 210, 213, 219, 222

L

lesões 31, 47, 167, 176, 177, 178, 179, 181
leucemia 89, 91, 98, 102, 103, 105, 106, 107

M

mãe-bebe 128
marcadores 29, 89, 91, 92, 93, 94, 97, 98, 102
médica 212, 213, 214, 219, 220, 229, 231, 237, 238,
239, 240, 246, 248, 251, 253
médico 216, 217, 219, 221, 231, 232, 236, 237, 238,
239, 240, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 252,
253, 254, 255, 256
mellitus 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 37, 38, 39, 40, 41, 42
mental 120, 129, 130, 132, 133, 134, 150, 151, 160,
163, 164, 165, 166, 169, 170, 171, 172, 173, 174,
201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209
mulher 15, 21, 44, 46, 49, 228, 229, 230, 231, 232, 234,
235, 237, 239, 240, 241

N

neoplasia 89, 90, 91, 105

O

ordem judicial 252, 255
organizacionais 210, 217

P

parto 6, 10, 13, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 235, 236,
238, 239, 240, 241, 242, 243
perfil 39, 45, 71, 111, 126, 164, 165, 166, 167, 172
perícia 244, 246, 248, 251, 252, 253, 254, 255, 256
perícias 251, 252, 253, 254, 255, 256
peritos médicos 251, 253, 255
pessoa 40, 50, 57, 64, 65, 66, 69, 70, 79, 81
política pública 211
políticas 21, 35, 53, 56, 65, 66, 68, 69, 70, 71, 72, 75,
77, 78, 81, 87, 121, 146, 147, 148, 149, 150, 152,
153, 154
pós-parto 48, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135,
136, 137
precoce 21, 27, 30, 31, 37, 41, 45, 49, 50, 72, 108, 109,
110, 111, 112, 113

pré-natal 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25
prevenção 21, 23, 34, 35, 36, 37, 44, 45, 46, 48, 49,
50, 51
primária 24, 36, 37, 42, 61, 76, 79, 80, 81, 125, 126,
127, 170, 177, 201, 205, 206, 208, 209
primeiro 22, 46, 64, 65, 69, 76, 90, 133, 136, 210, 211,
213, 214, 218, 219, 223
profissional 15, 22, 28, 32, 34, 36, 37, 48, 49, 121, 133,
138, 153, 160, 172, 173, 180, 184, 185, 189, 190,
191
prontuário eletrônico 251, 252, 253, 254, 255, 256
psiquiatria 114, 165, 172
pública 26, 27, 28, 44, 52, 53, 54, 56, 57, 60, 61, 65,
68, 73, 75, 76, 77, 78, 79, 81, 82, 83, 84, 88, 116,
117, 123, 124
puerpério 128, 129, 130, 134, 135, 136, 228, 230, 231,
238, 240, 241

R

renal 29, 30, 116, 117, 119, 120, 121, 122, 123, 124,
126, 127
risco 15, 34, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 48,
49, 50, 54, 58, 66, 101, 102, 112, 117, 118, 120,
123, 126, 127

S

saúde 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20,
21, 22, 23, 24, 25, 210, 211, 212, 213, 214, 215,
216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225,
226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 235, 236, 237,
238, 240, 241, 242, 244, 245, 246, 247, 248, 249,
250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257
segurança 233, 234, 238, 244, 247, 249, 251, 252, 253,
254, 255
serviço 210, 211, 214, 215, 219, 220, 221, 222
sistema 6
social 21, 28, 34, 42, 60, 61, 66, 69, 70, 76, 77, 78, 87,
111, 117, 118, 120, 123, 131, 133, 137, 144, 146,
147, 150, 151, 152, 153
sociedade 228, 229, 230, 232, 233, 235, 244, 247, 248,
249

T

transmitidas 83

tratamento 14, 19, 21, 23, 25, 26, 28, 30, 31, 32, 33,
34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43

V

violência doméstica 252

violência obstétrica 228, 229, 230, 231, 232, 233, 235,
236, 237, 238, 239, 240, 241, 243

violência obstétrica 228, 229, 241

violência sexual 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250

vítima 228, 236, 239, 241, 245, 248

vítimas 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250

vulnerabilidade 83, 212, 217, 229, 238, 239



AYA EDITORA
2024

