

Aprimorando a saúde planetária através da Atenção Primária à Saúde: Possibilidades de implementação

Improving planetary health through Primary Health Care: Possibilities for implementation

Mejorando la salud planetaria a través de la Atención Primaria de Salud: posibilidades de implementación

Iel Marciano de Moraes Filho¹, Giovana Galvão Tavares²

Como citar: Moraes-Filho IM, Tavares GG. Aprimorando a saúde planetária através da Atenção Primária à Saúde: Possibilidades de implementação. *REVISA*.2023;12(3):439-42. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n3.p439a442>

REVISA

1. Universidade Paulista, Campus Brasília. Brasília, Distrito federal, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0798-3949>

2. Universidade Evangélica de Goiás. Anápolis, Goiás, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-5959-2897>

Recebido: 23/04/2023
Aprovado: 19/06/2023

A saúde planetária é um movimento global que objetiva desenvolver soluções, baseadas em evidências, para minimizar os problemas ambientais ocasionados pelas mudanças climáticas. Ela dedica-se ao estudo das interdependências entre a saúde dos sistemas naturais do planeta e a saúde da civilização humana, tangendo de forma interdisciplinar, com a finalidade de entender os impactos da atividade humana no meio ambiente e na saúde individual e coletiva, e de reconhecer que a saúde humana está intimamente ligada à saúde do planeta, e que a degradação ambiental pode levar a doenças e a problemas de saúde em larga escala.^{1,2}

A declaração da Organização Mundial dos Médicos da Família (WONCA)³ sobre a saúde planetária e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) destaca a importância de evidências científicas para entender os impactos da poluição ambiental e das mudanças climáticas na saúde humana.^{3,4} Essa declaração reconhece que a degradação ambiental pode levar a doenças e problemas de saúde em grande escala.³

A WONCA elencou evidências científicas dos impactos da poluição e das mudanças climáticas sobre a saúde humana. Assim a poluição do ar é a principal causa de morte e de incapacidade em todo o mundo, conforme estimativa de Floss e Barros (2019), em 2015, 52 mil pessoas morreram no Brasil devido à poluição do ar.⁴

As evidências mencionadas têm conduzido grupos de pesquisadores a produzir protocolos^{5,6} e material didático² para incentivar a discussão da temática na Atenção Primária em Saúde (APS), visto que problemas como estresse por calor, doenças infecciosas agudas não contagiosas (Dengue e Chikungunya) e doenças infectocontagiosas (Zika) ocasionadas pelos hospedeiros “*Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*” que têm a sua capacidade vetorial aumentada devido às mudanças climáticas⁷; doenças pulmonares e respiratórias (asma, sinusite) e eventos cardiovasculares (motivados por temperaturas extremas originando aumento de mortes por doenças cardiovasculares, como também o aumento da mortalidade por infarto agudo do miocárdio no inverno)^{8,9} entre outras, podem ser exemplos de problemas ocasionadas devido às mudanças climáticas e à poluição do ar e são recorrentes na população e, evidentemente, em usuários das Unidades Básicas de Saúde (UBS) operacionalizadas por equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF).^{10,11}

Tal dinâmica é regulamentada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)¹¹ que se configura como uma estratégia de cuidado que busca oferecer serviços de saúde de qualidade, acessíveis e equitativos para todos, com um enfoque na prevenção de doenças e promoção da saúde. Logo é considerada a base do sistema de saúde público do Brasil e é fundamental para garantir que as pessoas possam ter acesso aos cuidados necessários, independentemente de sua condição socioeconômica.¹² Ela se configura de forma multiprofissional, dentro de territórios de abrangência, envolvendo ações intersectoriais.¹¹

Desta forma, algumas ações podem ser adotadas pela equipe de saúde na APS para promover a saúde planetária e, evidentemente, a saúde humana:

- Promover educação e sensibilização dos profissionais de saúde, pacientes e comunidade em geral sobre os impactos das mudanças climáticas e da degradação ambiental na saúde. Isso pode ser feito por meio de campanhas de informação para, por exemplo, reduzir resíduos nas ruas ou lotes baldios e para minimizar a proliferação dos vetores da Dengue, Zika e Chikungunya.
- Incentivar práticas sustentáveis nas UBS's, como o uso eficiente de recursos, redução de resíduos, reciclagem e conservação de energia. Isso contribui para a redução do impacto ambiental e pode inspirar a conscientizar as pessoas sobre a importância da sustentabilidade e incentivá-las a adotar práticas semelhantes em suas vidas diárias.
- Priorizar a prevenção e o controle de doenças que estão diretamente relacionadas às mudanças climáticas e à degradação ambiental, como doenças respiratórias, doenças transmitidas por vetores (como dengue e malária) e doenças relacionadas à exposição a poluentes ambientais.
- Promover uma abordagem interdisciplinar na APS, envolvendo profissionais de diferentes áreas, como saúde, meio ambiente e planejamento urbano. Isso permite uma compreensão mais abrangente dos desafios da saúde planetária e facilita a implementação de estratégias integradas de promoção da saúde.
- Realizar monitoramento contínuo dos indicadores de saúde relacionados ao meio ambiente e à saúde planetária, bem como apoiar pesquisas nessa área. Isso auxilia na identificação de tendências, no desenvolvimento de intervenções eficazes e na avaliação do impacto das ações adotadas.
- Incentivar a utilização e a promoção de espaços de convivência e socialização saudáveis como parques e áreas de lazer, facilitando a interação social e o bem-estar emocional. Ao promover espaços de convivência e socialização saudáveis, estamos incentivando um estilo de vida mais sustentável e consciente do meio ambiente. Logo parques e áreas de lazer ajudam a preservar os ecossistemas naturais, fornecendo habitats para diversas espécies de plantas e animais. Além disso, essas áreas verdes ajudam a melhorar a qualidade do ar, filtrando poluentes e fornecendo oxigênio.

Essas são apenas algumas ações possíveis na APS para promover a saúde planetária. É importante destacar que a abordagem interdisciplinar, a sensibilização e a integração com outros setores são fundamentais para enfrentar os desafios complexos relacionados à saúde humana e ao meio ambiente.

Os profissionais da saúde que atuam na APS têm um papel fundamental como influenciadores sociais devido à confiança que a população deposita neles. Eles podem aproveitar essa posição para fazer recomendações e promover a saúde planetária, que impacta diretamente na saúde da sociedade e contribui para um futuro mais saudável e sustentável para todos.^{4,13,14}

É essencial que os profissionais da saúde na APS aprimorem suas práticas profissionais, indo além da capacidade técnica. Eles devem desenvolver aspectos éticos e humanísticos, permitindo a identificação, o diálogo e a preparação das populações em risco e vulnerabilidade para eventos locais que causem transtornos coletivos.^{14,15}

Nesse sentido, a saúde planetária se torna um campo imprescindível e deve ser integrado à APS, proporcionando reflexões e ações que promovam a qualidade de vida de forma individual e coletiva. Essas reflexões e ações podem abordar desde a importância da conservação do meio ambiente até a implementação de estratégias de prevenção e controle de doenças relacionadas ao meio ambiente.^{13,14}

Dessa forma, os profissionais da saúde na APS desempenham um papel crucial na promoção da saúde planetária, capacitando e orientando a população sobre os impactos da atividade humana no meio ambiente e na saúde, contribuindo para a adoção de comportamentos saudáveis e sustentáveis e promovendo a resiliência das comunidades diante dos desafios globais.

Agradecimentos

Esse estudo foi financiado pelos próprios autores.

Referências

1. Floss M, Barros EF. Estresse por calor na Atenção Primária à Saúde: uma revisão clínica. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2020;15(42):1948. doi: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)1948](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)1948)
2. Floss M, Zandavalli RB, Leão JRB, Lima CV, Vianna N, Barros EF, Saldiva PHN. Poluição do ar: uma revisão de escopo para recomendações clínicas para a medicina de família e comunidade. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2022 17(44):3038. doi: [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)3038](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)3038)
3. WONCA. Declaração do WONCA sobre Saúde Planetária e Objetivos de Desenvolvimento Sustentável; 2017. Disponível em: <https://www.wonca.net/site/DefaultSite/filesystem/documents/Groups/Environment/planetary%20health%20espanol.pdf>
4. Floss M, Barros EF. Saúde planetária: conclamação para a ação dos médicos de família de todo o mundo. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2019;14(41):1992-1992. doi: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1992](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1992).
5. Babatola, SS. Global burden of diseases attributable to air pollution. *Journal of public health in Africa*. 2018; 9(3): 813. doi: <https://doi.org/10.4081/jphia.2018.813>
6. Fuller R, Landrigan PJ, Balakrishnan K, Bathan G, Bose-O'Reilly S, Brauer M, et al. Pollution and health: a progress update. *Lancet Planet Health* 2022; 6: e535-47. doi: [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(22\)00090-0](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(22)00090-0)
7. Soek FJ, Ferreira FE, Klein MV, Bauer NC, Caikoski PS, Roseghini WFF, et al. Mudanças Climáticas e Infestação por *Aedes Aegypti* na Região Sul do Brasil. *Geo UERJ*.

2023;42:e74550. doi: <http://dx.doi.org/10.12957/geouerj.2023.74550>

8. Bricks LF, Carvalhanas TRMP, Domingues CMAS, Pereira SF, Bellei NCJ. Influenza em pacientes com doenças cardíacas crônicas: o que há de novo? *J Health Biol Sci* 2015; 3:165-71. doi: <http://dx.doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v3i3.200.p165-171.2015>
9. Weber E, Downward GS, Ebi KL, Lucas LP, Vuuren DV. The use of environmental scenarios to project future health effects: a scoping review. *Lancet Planet Health*. 2023; 7: e611-21. doi: [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(23\)00110-9](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(23)00110-9)
10. Giovanella L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? *Cad. Saúde Pública*. 2018;34(8):e00029818. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00029818>
11. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF; 2017 [citado 15 mar 2023]. Available in: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.htm
12. Moraes Filho IM, Silva AMTC, de Almeida RJ. Avaliação do estresse ocupacional de enfermeiros da estratégia saúde da família. *Rev. Gestão e Saúde (Brasília)*. 2019;9(3):335-43. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/20288>
13. Silva NC, Andrade CS. Agente comunitário de saúde: questões ambientais e promoção da saúde em comunidades ribeirinhas. *Trab educ saúde [Internet]*. 2013;11(1):113-28. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462013000100007>
14. Rocha da R A. Saúde bucal defendendo uma saúde planetária: relato reflexivo. *Rev ABENO [Internet]*. 2022;22(2):1684. Disponível em: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/1684>
15. Usevicius PMA, Tavares GG. Educação Ambiental e escolas médicas: estudo documental dos projetos pedagógicos dos cursos de medicina do Centro-Oeste brasileiro (2020). *Rev. Br. Ed. Amb. [Internet]*. 2022;17(2):491-506. doi: <https://doi.org/10.34024/revbea.2022.v17.12160>

Autor de Correspondência
Iel Marciano de Moraes Filho
Universidade Paulista, Departamento de Enfermagem.
Quadra 913, Bloco B - Asa Sul. CEP: 70390-130.
Brasília, Distrito Federal, Brasil.
ielfilho@yahoo.com.br

A importância das mulheres negras na enfermagem do Brasil e do mundo

The importance of black women in nursing in Brazil and the world

La importancia de las mujeres negras en la enfermería en Brasil y en el mundo

Valéria Joaquim de Oliveira Santos¹, Jessica Gonçalves da Costa², Fagner Alves Moreira Brandão³, Osmar Pereira dos Santos⁴, Iel Marciano de Moraes Filho⁵

Como citar: Santos VJO, Costa JG, Brandão FAM, Santos OP, Moraes Filho IM. A importância das mulheres negras na enfermagem do Brasil e do mundo. *REVISA*. 2023; 12(3): 443-62. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n3.p443a462>

REVISA

1. Universidade Paulista, Campus Brasília. Brasília, Distrito Federal, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-0509-2405>
2. Universidade Paulista, Campus Brasília. Brasília, Distrito Federal, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-1441-6827>
3. Secretaria Estadual de Educação. Goiânia, Goiás, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-9251-3625>
4. Centro Universitário Goyazes. Trindade, Goiás, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-7962-622X>
5. Universidade Paulista, Campus Brasília. Brasília, Distrito Federal, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-0798-3949>

Recebido: 08/04/2022
Aprovado: 24/06/2022

RESUMO

Objetivo: compreender a importância das mulheres negras na enfermagem e sua representatividade. **Método:** trata-se de uma revisão historiográfica realizada através de um levantamento em base de dados eletrônicos, que foram capturados por meio dos descritores em Ciência da Saúde: "História da Enfermagem", "Cuidados de Enfermagem", "Enfermagem em Saúde Comunitária", "Biografia" e "Racismo", combinados pelo operador booleano "and", nos sites da Biblioteca Virtual em Saúde, da Scientific Electronic Library Online. Também foram utilizados documentos da literatura cinzenta e sites de domínio público. **Resultados:** foram avaliados 54 documentos relevantes ao estudo e que atenderam aos critérios de inclusão, sendo possível sistematizar e categorizar 13 mulheres negras que se destacaram na enfermagem e os seus principais feitos. Elas são: Mary Jane Seacole, Mary Eliza Mahoney, Mary Elizabeth Carnegie, Clara Adams Ender, Maria José Barroso ("Maria Soldado"), Maria Barbosa Fernandes, Lydia das Dores Matta, Maria de Lourdes Almeida, Josephine de Mello, Rosalda Paim, Izabel dos Santos, Maria Estella de Azevedo dos Santos e Ivone Lara. **Conclusão:** o negro, sobretudo as mulheres negras, sempre esteve ativamente envolvido no processo de cuidar, em todas as suas formas, porém seu protagonismo foi esquecido e invisibilizado, portanto, quanto mais se resgata fatos históricos e se coloca em evidência marcos que contribuíram para a mudança de paradigmas, menos riscos se corre em reproduzir e perpetuar histórias com protagonistas únicos. **Descritores:** História da Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem em Saúde Comunitária; Biografia; Racismo..

ABSTRACT

Objective: to understand the importance of black women in nursing and its representativeness. **Method:** this is a historiographical review carried out through a survey based on electronic databases, which were captured through the descriptors in Health Science: "History of Nursing", "Nursing Care", "Community Health Nursing", "Biography" and "Racism", combined by the Boolean operator "and", on the websites of the Virtual Health Library, of the Scientific Electronic Library Online. Documents from grey literature and public domain sites were also used. **Results:** 54 documents relevant to the study were evaluated and met the inclusion criteria, being possible to systematize and categorize 13 black women who stood out in nursing and their main achievements. They are: Mary Jane Seacole, Mary Eliza Mahoney, Mary Elizabeth Carnegie, Clara Adams Ender, Maria José Barroso ("Maria Soldado"), Maria Barbosa Fernandes, Lydia das Dores Matta, Maria de Lourdes Almeida, Josephine de Mello, Rosalda Paim, Izabel dos Santos, Maria Estella de Azevedo dos Santos and Ivone Lara. **Conclusion:** black people, especially black women, have always been actively involved in the care process, in all its forms, but its protagonism has been forgotten and invisible, therefore, the more historical facts are rescued and milestones that have contributed to the paradigm shift are highlighted, the less risks are in reproducing and perpetuating stories with unique protagonists. **Descriptors:** History of Nursing; Nursing Care; Community Health Nursing; Biography; Racism.

RESUMEN

Objetivo: comprender la importancia de las mujeres negras en enfermería y su representatividad. **Método:** se trata de una revisión historiográfica realizado a través de una encuesta basada en bases de datos electrónicas, que fueron capturadas a través de los descriptores en Ciencias de la Salud: "Historia de la Enfermería", "Atención de Enfermería", "Enfermería en Salud Comunitaria", "Biografía" y "Racismo", combinados por el operador Booleano "y", en los sitios web de la Biblioteca Virtual en Salud, de la Biblioteca Electrónica Científica en Línea. También se utilizaron documentos de literatura gris y sitios de dominio público. **Resultados:** 54 documentos relevantes para el estudio fueron evaluados y cumplieron con los criterios de inclusión, siendo posible sistematizar y categorizar a 13 mujeres negras que se destacaron en enfermería y sus principales logros. Ellos son: Mary Jane Seacole, Mary Eliza Mahoney, Mary Elizabeth Carnegie, Clara Adams Ender, Maria José Barroso ("Maria Soldado"), Maria Barbosa Fernandes, Lydia das Dores Matta, Maria de Lourdes Almeida, Josephine de Mello, Rosalda Paim, Izabel dos Santos, Maria Estella de Azevedo dos Santos e Ivone Lara. **Conclusión:** las personas negras, especialmente las mujeres negras, siempre han participado activamente en el proceso de cuidado, en todas sus formas, pero su protagonismo ha sido olvidado e invisible, por lo tanto, mientras más hechos históricos se rescatan y se destacan los hitos que han contribuido al cambio de paradigma, menos riesgos hay en reproducir y perpetuar historias con protagonistas únicos. **Descritores:** Historia de la Enfermería; Atención de Enfermería; Enfermería en Salud Comunitaria; Biografía; Racismo

Introdução

Dentro do contexto da ciência, a enfermagem é definida como a arte do cuidar, particularidade de prestar assistência, não existindo um conceito único para defini-la, apenas algumas especificidades inerentes ao contexto vivencial que se complementam. Cada qual atende às necessidades de sua época e, assim, conforme o desenvolvimento da sociedade, surgem novas versões de conceituação, podendo ser mais complexas e com maior compatibilidade ao exercício profissional.^{1,2}

Historicamente o cuidado é peculiarmente vinculado ao cosmo feminino.³ Apesar dessa evidência, apenas de forma esporádica mulheres eram referidas nas narrativas históricas, principalmente as negras^{4,5}. Além disso, apesar de pouco difundidos, os cuidados e as práticas de cuidar sempre estiveram relacionadas aos costumes dos negros, pois, desde a era escravagista, as mulheres negras desempenhavam papéis, como mães pretas, amas de leite, parteiras, curandeiras, que tratavam das moléstias e de uma infinidade de outros afazeres dos quais eram incumbidas.⁶

Nesse sentido, a enfermagem ainda não era considerada uma profissão, e sim um ofício, principalmente caseiro, exercido por homens e mulheres de classes mais baixas, como também os escravizados. O conhecimento era baseado na medicina alternativa, mais instintivo e cultural, repassado e perpetuado de geração para geração. Posteriormente, por volta do século XVI, na Europa, o ofício já era visto como profissão, sobretudo pós-revolução industrial, e ganhou força no século XIX, devido à notoriedade de uma personalidade chamada Florence Nightingale.^{7,8}

No que tange o Brasil, foi somente na primeira metade do século XX que se iniciou o processo de institucionalização, mediado pela Cruz Vermelha Brasileira (Associação de Socorro Voluntário). Assim, a sessão feminina se deu pela criação de uma comitativa de mulheres da sociedade carioca que se voluntariaram como enfermeiras, ficando conhecidas como Damas da Cruz Vermelha Brasileira, que teriam, como primeira tarefa, a formação do corpo de enfermeiras voluntárias, no entanto a formação técnica científica só aconteceu por volta de 1930. Nesse contexto, subordinada ao Departamento Nacional de Saúde Pública, a Escola de Enfermeiras Ana Nery, no Rio de Janeiro, foi considerada a escola oficial padrão.^{7,8}

Logo, ao introduzir o cuidar no sentido de profissionalização na história da enfermagem, as mulheres negras não obtiveram notoriedade como protagonistas do cuidado. As primeiras escolas de enfermagem seguiam o modelo profissional anglo-americano, proposto originalmente por Florence Nightingale (1820-1910), que procurava transformar o termo, que outrora, nas abordagens clássicas, tinha sinônimo estereotipado, desabonador. Então, procurava-se dar nova expressão ao sentido da palavra, ampliando o *status* do cuidado.^{9,10}

Nessa perspectiva, selecionavam mulheres religiosas, de caráter ilibado, com formação educacional e vocacionadas para o cuidado, atributos que eram vinculados às mulheres brancas, essa era a figura da enfermeira retratada pelo modelo profissional anglo-americano. As mulheres negras, por sua vez, eram tipificadas como sinônimo de doença, incapacidade, fora dos padrões.^{9,10} Dessa

maneira, mulheres negras não eram bem-quistas nas primeiras Escolas de Enfermagem.¹¹

Em contrapartida, é importante salientar que qualquer sistema de desigualdade baseado na raça, que ocorra em repartições, corporações ou instituições, é conceituado como racismo institucional, o qual é formado quando a segregação étnico-racial é fomentada de forma sistemática nos seguimentos organizacionais. Ele pode vir caracterizado de várias formas, entre elas, práticas ou ações discriminatórias, preconceção racista e até mesmo desconsideração de marcos ou pessoas importantes de um contexto cultural.¹²

Nesse quesito, a Constituição Federal enfatiza a igualdade como direito, pois prevê, em seu artigo 5º, que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza. Também reitera, em seus objetivos fundamentais, que consta no artigo 3º, inciso IV, o “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação”. Somado a isso, no Brasil, ainda há uma lei de número 7.716, de 5 de janeiro 1989, que define os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor, ajudando no combate ao racismo e corroborando os direitos dos negros, o que consequentemente influencia de forma positiva no aspecto da profissionalização da mulher negra na enfermagem.^{13,14}

Ademais, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) designaram 2020 como o ano internacional dos profissionais da Enfermagem e das Parteiras, tanto promovendo o trabalho desenvolvido por enfermeiros quanto salientando as condições desafiadoras da categoria.¹⁵

Sendo assim, diante desse marco comemorativo e de inúmeras citações referentes a Florence Nigthingale (1820-1910), fundadora da Enfermagem Moderna, torna-se pertinente destacar a importância das mulheres negras, as quais também fizeram parte da história e que, apesar de serem muitas vezes esquecidas e negligenciadas, sobressaíram-se de forma grandiosa, corroborando a trajetória histórica da profissão.¹⁵

Dessa forma, surgiu o interesse em identificar quais foram as enfermeiras negras que se destacaram historicamente na enfermagem, objetivando compreender a relevância dessas mulheres e sua representatividade, uma vez que é de fundamental importância o fomento desse protagonismo.

Portanto, trazer essa reflexão para a área acadêmica possibilita ressignificar a própria história profissional da enfermagem, reconhecendo e contribuindo para que feitos tão admiráveis sejam propagados nas salas de aula, bem como tantas outras figuras memoráveis.

Método

Trata-se de uma revisão historiográfica, pois o método adotado para a pesquisa consiste na historiografia, que contempla o estudo dos fatos e dos eventos, em uma perspectiva temporal. Nesse contexto, são considerados: as fontes de informação, através de relatos escritos; os textos de qualquer gênero, documentos administrativos; a perspectiva temporal, analisando não somente os acontecimentos passados que estavam esquecidos, mas também observando como as coletividades e as comunidades procedem e se transformam com o

tempo; a perspectiva global, em que as narrativas de uma sociedade são a junção dos acontecimentos diários de cada indivíduo, ou seja, as histórias estão enlaçadas de forma que não podem se desligar, ou pelo menos estão propensas a isso.^{16,17}

Logo, a pesquisa dos artigos e periódicos foi realizada, inicialmente, através de uma busca sistemática, em bases de dados virtuais, de artigos publicados em periódicos científicos, que foram capturados por meio dos seguintes descritores em Ciência da Saúde: "História da Enfermagem", "Cuidados de Enfermagem", "Enfermagem em Saúde Comunitária", "Biografia" e "Racismo". Para tanto, foram utilizados os *sites* da Biblioteca Virtual em Saúde e da *Scientific Electronic Library Online*, mediados pelo operador booleano *and*.

Em seguida, outras referências, tangendo a literatura cinzenta, foram inseridas na revisão, obtidas através da busca em *sites* como: Periódicos da Universidade Estadual de Maringá, Caderno de Pesquisa da Fundação Carlos Chagas, Biblioteca Digital da USP (Teses e Dissertações) e Biblioteca Nacional, além de consultas a dissertações, teses e livros digitais.

Posteriormente, foi necessário abranger as buscas em *sites* dos Conselhos de Classe, como o do Conselho Federal de Enfermagem, e das seções do Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal, de São Paulo e do Rio Janeiro, além de *sites* como os da Fundação Oswaldo Cruz, da Fundação Nacional de Saúde, do *African American Registry* e do *The History Makers*. Além desses sítios, foram consultadas algumas matérias no portal da TabUOL, no Sou Enfermagem, no Pensar a Educação e no Correio Bahia, dos quais foram extraídos dados complementares e relevantes à pesquisa.

Os critérios de inclusão utilizados para esta pesquisa foram: documentos que versavam sobre mulheres negras na enfermagem, incluindo biografias que relatassem a história sobre a vida e a carreira dessas mulheres; e data de publicação (escolhido um levantamento histórico com período compreendido desde os primórdios até os dias atuais). Já os critérios de exclusão foram: artigos ou materiais que não contemplavam a temática proposta ou que não estivessem disponíveis integralmente.

Em seguida, os textos que atenderam aos critérios de inclusão foram recuperados e analisados na íntegra, observando os devidos aspectos (temporal, fontes de informação e perspectiva global) para o objeto de estudo e temática pesquisada. Sendo assim, foram identificados um total de 63 documentos, dos quais 9 foram excluídos por não atender à temática, pois traziam aspectos relacionados ao tema, porém com outra abordagem.

Dessa forma, foi avaliado um total de 54 documentos, assim distribuídos: 28 documentos que incluíam artigos, periódicos e dissertação de mestrado; 23 matérias de *sites*, como os de conselhos de classe e de bibliotecas virtuais, *sites* do Ministério da Saúde, *sites* governamentais e de informação popular; 1 documento referente à Política Nacional de Saúde Integral da População Negra; 1 documento referente ao Projeto de Lei; e 1 Livro virtual. Devido a dificuldades de aquisição, não foi possível ter acesso a todas as referências publicadas no formato livro.

Resultados e Discussão

O Quadro 1 descreve o resumo dos principais feitos de 13 mulheres que desbravaram os primórdios da enfermagem e deixaram sua marca na história. No entanto, há de se ressaltar uma limitação para a pesquisa, pois dos 54 documentos analisados ou abordavam um aspecto histórico geral ou referenciavam apenas uma mulher e, em raras exceções, duas ou mais mulheres em seu contexto, tornando difícil o acesso a esses dados históricos, o que dificultou a análise quanto às enfermeiras negras estrangeiras.

Como resultado, o trabalho foi alinhado dando uma ênfase maior às enfermeiras negras brasileiras, em razão da acessibilidade de documentos históricos. Portanto, a representatividade da maioria que foi listada é do Brasil, seguida dos Estados Unidos e de uma representante da Jamaica.

Os feitos consoantes a essas mulheres são com relação a funções importantes que ocuparam na construção da história da enfermagem, como a participação em guerras, e também ao exercício de cargos de destaque, tais como: a representatividade em conselhos e associações; a atuação em diversas instâncias, desde o cuidado assistencial à educação; a preceptoria de estágios e representações de categorias profissionais e a mudança de paradigmas que realizaram. Nesse contexto, destaca-se o fato de conquistarem não só o registro de enfermagem, mas receberem títulos e homenagens.

Quadro 1- Resumo das enfermeiras negras e seus principais feitos.(n=13). 2022.

Nome/País	Data	Universidade/ Área de formação	Feitos históricos
Mary Jane Seacole (Jamaica)	1850	Prática Empírica/Estudos de aprimoramento Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • Atuou com médicos no atendimento aos doentes durante uma epidemia de cólera na Jamaica, em 1850; • Custeou, com recursos próprios, sua estadia na guerra da Crimeia em 1854; • Atendeu e cuidou de vários soldados feridos; • Reconhecida e honrada em seu país em 1991.
Mary Eliza Mahoney (EUA)	1879	<i>New England Hospital For Women and Children</i> Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • Primeira negra a obter registro de enfermagem nos EUA; • Primeira afro-americana a ser diplomada pela <i>New England Hospital for Women and Children</i>; • Cofundadora da Associação Nacional de Enfermeiros Graduados Em Cor; • Uma das primeiras mulheres a se registrar para votar em Boston.
Mary Elizabeth Carnegie (EUA)	1943	<i>Hampton University</i> Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • Participou efetivamente da <i>American Association for the History of Nursing</i>; • Defendeu a causa das enfermeiras afro-americanas; • Escreveu três edições do <i>The Path we Tread: Blacks in Nursing Worldwide</i>; • Recebeu oito títulos de Doutor <i>Honoris</i>, título mais importante concedido pelas universidades; • Foi nomeada lenda viva em 1994.
Clara Adams Ender (EUA)	1961	<i>North Carolina A&T State University</i> Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • Ingressou como segunda tenente no corpo de enfermeiras do Exército dos EUA; • Tornou-se a primeira oficial do sexo feminino a receber distintivo de especialista em campo médico; • Foi designada como uma das 350 mulheres que mudaram o mundo pela <i>Working Women Magazine</i>;

			<ul style="list-style-type: none"> • Publicou sua autobiografia, intitulada “<i>My Rise to the Stars: How a Sharecropper’s Daughter Became</i>”.
<p>Maria José Barroso (“Maria Soldado”)</p> <p>(Brasil)</p>	1932	<p>Prática Empírica</p> <p>Atuação na Enfermagem</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atuou como enfermeira na Revolução de 1932; • Recebeu título de “Mulher Símbolo” no jubileu de prata da Revolução de 1932; • Contribuiu para a consolidação da atuação negra na enfermagem.
<p>Maria Barbosa Fernandes</p> <p>(Brasil)</p>	1938	<p>Escola de Enfermagem Carlos Chagas</p> <p>Enfermagem</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Primeira mulher negra a graduar-se na Escola de Enfermagem Carlos Chagas; • Atuou como preceptora de estágio; • Fez parte, de forma atuante, da Associação Brasileira de Enfermagem de Minas Gerais (ABEn-MG).
<p>Lydia das Dores Matta</p> <p>(Brasil)</p>	1947	<p>Escola de Enfermagem da USP</p> <p>Enfermagem</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atuou junto à Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); • Ocupou cargos de destaque e liderança no campo da educação e formação da Enfermagem no Pará; • Assumiu a direção da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, no Rio de Janeiro; • Ajudou na transferência da capital do Rio de Janeiro para o Distrito Federal; • Foi nomeada para o Senado Federal.
<p>Maria de Lourdes Almeida</p> <p>(Brasil)</p>	1947	<p>Escola de Enfermagem da USP</p> <p>Enfermagem</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Foi docente de enfermagem em doenças transmissíveis, nas regiões de Manaus – AM, Belém e Santarém – PA; • Assumiu o cargo de chefe de enfermagem do Serviço Especial de Araraquara (SESA); • Teve um dos seus artigos publicados na Revista Anais de Enfermagem hoje atual Revista Brasileira de Enfermagem; • Homenageada pelos expressivos trabalhos desenvolvidos na área da saúde/enfermagem; • Uma escola de sua cidade recebeu seu nome.
<p>Josephine de Mello</p> <p>(Brasil)</p>	1947	<p>Escola de Enfermagem da USP</p> <p>Enfermagem</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conquistou bolsa de estudos em Minnesota, EUA; • Ocupou cargos como provedora da Santa Casa de Misericórdia, em Manaus – AM; • Professora da Escola de Enfermagem do Amazonas e, após, instituída vice-diretora; • Precursora da Associação Brasileira de Paralisia Cerebral e vice-presidente do Conselho Regional de Enfermagem do Amazonas (Coren-AM).
<p>Rosalda Paim</p> <p>(Brasil)</p>	1947	<p>Escola de Enfermagem do Estado do Rio de Janeiro</p> <p>Enfermagem</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Teve importante papel na consolidação da modernização da enfermagem brasileira; • Especializou-se nas áreas de administração hospitalar, saúde pública e pediatria; • Fez Mestrado na área de educação e doutorado em enfermagem materno infantil; • Eleita deputada, tornando-se a primeira enfermeira parlamentar e negra no Brasil.
<p>Izabel dos Santos</p> <p>(Brasil)</p>	1950	<p>Escola de Enfermagem Hugo Werneck</p> <p>Enfermagem</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atuou em diferentes regiões do Brasil, trabalhando pelo Serviço Especial de Saúde Pública; • Foi professora na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco; • Consultora da OPAS, no período de 1976 a 1997; • Idealizadora do Programa Larga Escala.

Maria Estella de Azevedo dos Santos (Brasil)	1945	Escola de Enfermagem e Saúde Pública – BA (UFBA) Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • Foi visitadora sanitária por mais de 30 anos; • Assumiu a cadeira 33 na Academia de Letras da Bahia.
Ivone Lara (Brasil)	1939	Faculdade de Enfermagem do Rio (UNIRIO) Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • Aprovada em concurso público para o Ministério da Saúde; • Atuou no Serviço Nacional de Doenças Mentais; • Usava a música para ajudar seus pacientes, juntamente com conhecimento em Enfermagem; • Uma das primeiras assistentes sociais brasileiras.

Ao analisar as enfermeiras supracitadas, foi possível constatar que, no cenário internacional, um dos nomes de maior evidência foi o de Mary Jane Seacole, denominada, por muitos combatentes de guerra, como "Mãe Seacole". Nascida em 23 de novembro de 1805, em *Kingston*, na Jamaica, quando esta ainda fazia parte da colônia inglesa. Filha de uma negra jamaicana livre e de um oficial escocês, teve sua mãe como preceptora nos ensinamentos da medicina alternativa e, desde tenra idade, acompanhava os cuidados prestados aos doentes acometidos por várias moléstias, não somente em seu país, mas em nações vizinhas. Era considerada crioula, obteve educação de qualidade e fazia parte da aristocracia jamaicana, porém com direitos políticos limitados.^{18,19}

Na sua juventude, em Londres, onde estava para aperfeiçoar seus conhecimentos, refutando mais uma vez a ideia de que negros não detinham capacidade intelectual, voluntariou-se para a comitiva de enfermeiras que seriam recrutadas para o atendimento de soldados na Guerra da Crimeia, sob coordenação de Florence Nigthingale. Devido à recusa sofrida, utilizou-se de recursos próprios para viajar e custear sua estadia.^{18,19}

Assim, atendeu e cuidou de vários soldados feridos, independente do lado no qual estivessem lutando, e foi admirada por eles. Todavia, foram arrecadados fundos para seu sustento após o término da guerra, devido a dificuldades financeiras. Posteriormente, ao ter sua trajetória revelada por uma enfermeira inglesa, chamada Elsie Gordon, em 1973, através do resgate de sua autobiografia, Seacole, em 1991, foi reconhecida e honrada em seu país.^{18,19}

Outro grande nome foi de Mary Eliza Mahoney, primeira afro-americana a ser diplomada pela *New England Hospital for Women and Children*, em Boston, hoje denominado *The Dimock Center*. Nascida em 7 de maio de 1845, em *Dorchester, Massachusetts*, era a filha mais velha de 4 irmãos. Desde pequena, frequentava a igreja Batista, e seu interesse precoce pela arte do cuidado pode ter sido advindo de sua passagem, aos 10 anos, pela *Phillips Scholl*, que era reconhecida por ensinar, além de conhecimentos curriculares gerais, sobre humanidade e valores morais.²⁰

Ela ingressou em 1878 no programa da *New England*, em Boston, pioneiro em oferecer formação às mulheres para se profissionalizarem na área de saúde, campo que era predominantemente masculino. A formação de Mahoney exigia passar por critérios rígidos e intensos, envolvendo ensinamentos fornecidos por médicos, através de explanação nas alas de enfermagem e procedimentos beira leito, visando dessa forma obter conhecimento geral sobre a enfermagem.

Graduou-se em 1879 como enfermeira, primeira mulher negra com registro de enfermeira nos Estados Unidos.²⁰

Dessa forma, conquistou reputação trabalhando como enfermeira particular e, com suas habilidades pautadas em princípios éticos, lutou e desbravou cenários que outrora ainda vinculavam o trabalho da enfermagem a trabalhos domésticos, ajudando a aumentar o padrão e a valorização dos enfermeiros.²⁰ Dentre as inúmeras conquistas, destaca-se o fato de ela ter sido uma das primeiras integrantes negras a se juntar a *Nurses Associated Alumnae* dos Estados Unidos e Canadá (NAAUSC), que se tornou posteriormente a *American Nurses Association* (ANA), ainda hoje atuante. Uma associação que era composta predominantemente por membros brancos e que inicialmente não aceitava as enfermeiras afro-americanas.²¹

Então, foi na tentativa de banir do cenário da enfermagem a intolerância e preconceitos de raça/cor, que Mary Eliza Mahoney atuou como cofundadora da Associação Nacional de Enfermeiros Graduados em Cor (*National Association of Graduate Nurses of Color* – NACGN), que teve o importante papel de apoiar outros profissionais negros da área, promovendo o bem-estar e exercendo influência para que houvesse integração dos negros nessas associações que os excluía.^{22,23} Caminho este que não foi percorrido em vão, pois, no fim da Segunda Guerra Mundial, quase todas as associações estaduais de enfermeiras admitiram negros como membros e, em 1951, houve uma integração, incorporando a NACGN à ANA, que assumiu todas as funções da NACGN, e seus membros votaram pela extinção dela.^{22,23}

Em suma, após décadas atuando como enfermeira particular, tornou-se diretora do *Howard Orphanage Asylum* para crianças negras em *Kings Park, Long Island*, na cidade de *Nova York*. Foi umas das primeiras mulheres a se registrar para votar em Boston, além de obter êxito em sua profissão, pois foi reconhecida com inúmeros prêmios e memoriais, como o prêmio *Mary Mahoney*, que é uma medalha para aqueles que promovem as relações interpessoais na sua área, prêmio este que a ANA continua atribuindo até os dias atuais. Foi também inserida no *National Women's Hall of Fame em Seneca Falls, Nova York*, organização que reconhece conquistas de mulheres estadunidenses, e seu túmulo se tornou um memorial.²¹

Assim como tantos outros nomes afro-americanos, destaca-se o nome de Mary Elizabeth Carnegie, a qual iniciou seu bacharelado em *Hampton University*, na Virgínia, Estados Unidos. Universidade tradicionalmente negra que foi fundada em 1878 por líderes negros e brancos para oportunizar a educação a alforriados, após a Guerra de Secessão.^{24,25} Ela participou efetivamente da *American Association for the History of Nursing* (AAHN) até o último ano de sua vida. Essa grande mulher defendeu a causa das enfermeiras afro-americanas em todas as oportunidades que teve em palestras abertas sobre história, impreterivelmente ela esclarecia e indicava com o quê e como as enfermeiras negras estavam contribuindo no âmbito do que estava em discussão.^{24,25}

Ademais, foi inserida, em 1976, na Academia Americana de Enfermagem, foi mestre e reitora da Escola de Enfermagem na Flórida *A&M University*, de 1945 a 1953, como também presidente do Comitê Consultivo do Programa de Bolsas Minoritárias da *American Nurses' Association*, de 1988 a 1999. Escreveu três edições do *"The Path We Tread: Blacks in Nursing Worldwide"* (O caminho que

trilhamos: negros na enfermagem em todo o mundo), de 1854 a 1994, e, como integrante da equipe editorial, participou do “*The American Journal of Nursing*”.^{24,25}

Após aposentadoria, Carnegie ainda atuou em mentorias para Redação Científica e foi professora visitante na Escola de Enfermagem da Universidade de Hampton e da Faculdade da Carolina do Norte, entre outras. Além do mais, recebeu oito títulos de Doutor *Honoris*, título mais importante concedido pelas universidades, e foi designada em 1994 como Lenda Viva da Academia Americana de Enfermagem, sendo a maior honra que a profissão oferece, indicação esta que é concedida a pouquíssimas pessoas na enfermagem, em reconhecimento a seus feitos e colaboração, bem como ao impacto gerado na prestação de serviços, tanto nos Estados Unidos como no mundo.^{24,25}

Outra protagonista de destaque é Clara Adams-Ender, nascida em *Willow Springs*, Carolina do Norte, em 7 de novembro de 1939. Ingressou na Universidade Estadual Técnica e Agrícola da Carolina do Norte (uma das universidades historicamente negras na América) e conquistou seu diploma em enfermagem em 1961.^{22,26} Em seguida, como segundo tenente, passou a fazer parte do Corpo de Enfermeiros do Exército dos EUA. Foi treinada no *Brooke Army Medical Center* (Centro Médico do Exército Brooke), localizado em *Fort Sam Houston, Texas*, que até os dias de hoje é considerada a principal instituição médica do exército dos Estados Unidos. Em 1963, ela foi nomeada para servir no exterior, iniciou como enfermeira do 121º hospital de evacuação no Teatro do Pacífico, próximo à Coreia do Norte, e posteriormente serviu na Alemanha.^{22,26}

Assim, em 1964, ela regressou para *Fort Sam Houston*, onde trabalhou como instrutora de enfermagem médico-cirúrgica, tornando-se, em 1967, a primeira oficial do sexo feminino a receber distintivo de especialista em campo médico, o que a fez decidir retomar seus estudos, ingressando no mestrado na universidade de *Minnesota*.^{22,26} Logo após a conclusão do mestrado, trabalhou no *Walter Reed Army Medical Center* em *Washington, DC*, (Hospital Militar Nacional de *Walter Reed*, um dos mais proeminentes hospitais militares na região metropolitana de *Washington*, responsável por cuidar de vários presidentes do país desde o século 20). Sua função, inicialmente, era a de preceptora de enfermagem médico-cirúrgica, depois atuou como professora assistente, até o momento de sua promoção, em 1972, quando assumiu a coordenação de educação.^{22,26}

Ainda sobre seus feitos, em 1975, durante seu cargo de chefia no departamento de Enfermagem em *Fort Mead*, situado em *Meryland*, ingressou na Faculdade de Comando e Estado Maior do Exército dos EUA, no *Kansas*.^{22,26} Ademais, formou-se, em 1976, como a primeira mulher a ganhar um mestrado em arte e ciências militares na faculdade e, em 1982, no *Us Army War College* (Colégio de Guerra dos Estados Unidos), como a primeira oficial afro-americana do corpo de enfermeiras do exército. Além disso, em 1987, depois de trabalhar como chefe de Departamento de Enfermagem no 97º Hospital Geral e como chefe de Recrutamento de Enfermeiras no *Walter Reed Army Medical Center* (Hospital Militar Nacional de *Walter Reed*), foi promovida ao posto de Brigadeiro-General e tornou-se chefe do Corpo de Enfermeiros do Exército.^{22-24,26}

Já em 1991 foi escolhida para ser Comandante Geral em *Fort Belvoir*, na Virgínia, e ocupou essa função até 1993, ocasião de sua aposentadoria. Em 1996,

foi designada como uma das 350 mulheres que mudaram o mundo, pela *“Working Women Magazine”* (Revista Mulheres Trabalhadoras), sendo que atualmente ela é presidente da *Caring About People With Enthusiasm Associates, Inc.* (CAPE), instituição que presta consultoria de gestão de classe mundial cuja principal missão é fornecer serviços para cuidar de pessoas com entusiasmo. Assim sendo, esta célebre personagem, em 2001, publicou sua autobiografia, intitulada *“My rise to the stars: how a sharecropper's daughter became an Army general”* (*“Minha ascensão às estrelas: como a filha de um meeiro se tornou general do Exército”*).^{22-24,26}

Cabe ressaltar que, no Brasil, grandes nomes também trilharam pelo caminho da enfermagem, quebrando paradigmas e criando conexões para a história que hoje podemos vislumbrar. Desse modo, um dos grandes nomes a ser destacado é o de Maria José Barroso, posteriormente afamada como *“Maria Soldado”*, nascida em 9 de dezembro 1895, em Limeira, São Paulo. O contexto histórico era desafiador para os negros, pois, apesar da miscigenação brasileira, era propagado o branqueamento do povo, essa ação com cunho racista discursava sobre o futuro incerto da nação brasileira, pois esse fator conduziria o país à destruição.^{27,18}

Somado a isso, houve a Revolução de 1932, confronto armado entre forças representativas paulistas contra o governo de Getúlio Vargas, provocada por uma série de fatores, dentre eles a desvantagem no protagonismo político, uma vez que até 1930 São Paulo estava em ascensão devido às finanças advindas do café (Produtores de Café) e sua aliança com Minas Gerais (Produtores de Leite), o que se denominou a política do Café com Leite, além da exigência da formação de uma assembleia constituinte e eleições. Logo, ao eclodir a Revolução, houve a necessidade de arregimentar voluntários para o *front* de batalha.²⁷⁻²⁹

Sendo assim, Maria José Barroso, que trabalhava na cozinha da família Penteado Mendonça, alistou-se como enfermeira na Legião Negra, também conhecidos como *“Pérolas negras”*, grupo constituído por dissidentes da Frente Negra Brasileira, primeira organização negra no país. Porém, como os representantes da Frente Negra optaram pela neutralidade em face ao movimento armado, não se pronunciando a favor da luta contra o governo Federal, representado por Getúlio Vargas, esse grupo decidiu se arregimentar e ir ao *front* na esperança de novos tempos.^{29,30}

Ela inicialmente atuava como enfermeira (ofício atribuído às mulheres que iam ao *front*, pois a enfermagem era referida tanto no sentido de cuidar de feridos como de executar trabalhos domésticos, tais como: cozinhar, montar os farnéis e o cerzimento das fardas, o que se pode chamar de enfermagem pré-profissional) porém, posteriormente, no ardor do combate, ela foi à luta em frente de batalha, o que só foi descoberto após se ferir e precisar de cuidados.^{29,30}

Seus feitos foram reconhecidos pela imprensa de São Paulo, o que a levou a receber o título de *“Mulher Símbolo”* no jubileu de prata da Revolução de 1932. Entretanto, não há relatos oficiais de que Maria José Barroso tenha recebido treinamento ou que tenha frequentado escola para formação acadêmica e, apesar dos tabloides da época usarem o termo Enfermeira de uma forma abrangente, como uma função de retaguarda, as mulheres negras que compunham a Legião Negra não correspondiam à imagem que estava sendo difundida da enfermeira padrão, ou seja, branca, de classe média e de boa família. No entanto, sua

representatividade ajudou a contribuir para a consolidação da atuação negra na enfermagem, criando oportunidades, rompendo paradigmas e reescrevendo novos capítulos na história.^{18,30}

Após a Revolução, assim como tantos outros personagens que sobreviveram e que voltaram a sua vida cotidiana, Maria José Barroso novamente se dedicou a trabalhos domésticos e, no final de sua vida, após sua aposentadoria, sem nenhum valor monetário advindo de seu labor, vendeu doces e quitutes no Hospital das Clínicas em São Paulo. E, apesar de sua influente participação histórica, foi encontrada morta em um pequeno quarto, em um prédio da rua Consolação. Seus restos mortais se encontram no panteão dos heróis da Revolução.^{29,30}

Seguindo as representações brasileiras, um nome pouco divulgado, porém que exerceu sua profissão com brilhantismo, atuando de forma ímpar, é o de Maria Barbosa Fernandes, nascida em setembro de 1918 em Santa Bárbara, interior de Minas Gerais. Foi a primeira mulher negra a graduar-se na Escola de Enfermagem Carlos Chagas, criada em 1933 em Minas Gerais, escola que inicialmente procurava seguir o modelo da “Enfermeira Padrão” do estilo profissional Norte-americano, porém, devido à diversidade de raça existente no Brasil, observaram que, com requisitos tão restritos e com as demandas de saúde se expandindo, não estavam tendo o retorno esperado, o que impôs às escolas da época a aceitação de ingressas fora do estereótipo branco estabelecido.³¹

Logo após realizar os devidos testes, adentrou na Escola de Enfermagem, cujas aulas eram ministradas na Faculdade de Medicina, sendo que, depois de formada, atuou no campo de saúde pública, realizando visitas domiciliares e tendo o cuidado e a visão de se atentar à individualidade social e à cultura das pessoas, bem como a seus cenários de fragilidade. Exerceu posteriormente a função de preceptora de estágio e fez parte, de forma atuante, da Associação Brasileira de Enfermagem, seção Minas Gerais (ABEn-MG).³¹

Não obstante, as primeiras negras procedentes de estados brasileiros pobres, como também bolsistas pelo Programa de Enfermagem mantido pelo Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), a integrarem o Curso Básico de Enfermagem na Universidade de São Paulo (USP), em 1943, foram: Lydia das Dores Matta, Maria de Lourdes Almeida, Josephina de Mello e Lucia Conceição. A Escola de Enfermagem da USP, criada em 1940, era a escola de maior projeção da América Latina na época e permanece até os dias atuais.²⁷

A exemplo, o Sesp foi fundado em 1942, por meio de acordo entre os governos brasileiro e americano, com o objetivo estratégico de organizar uma infraestrutura de saneamento em regiões produtoras de matéria-prima, tal como a região amazônica, de onde se extraía a borracha necessária ao reforço da guerra.³² Após a Segunda Guerra, o programa se expandiu para vários estados e atuava como unidade de saúde local em regiões pobres, com o foco em elevar os padrões sanitários dessas regiões interioranas brasileiras. Sobretudo, teve como norte a educação em saúde de escolares, treinando médicos, enfermeiros e engenheiros, sendo parte do plano para o avanço e desenvolvimento em saúde.³³

Logo, em 1969, passou a ser denominado como Fundação de Serviços de Saúde Pública (Fsesp) e, desde 1990, passou a denominar-se Fundação Nacional de Saúde.^{32,33} Nesse contexto, elenca-se o nome de Lydia das Dores Matta, fruto desse programa de enfermagem. Nascida em 5 de agosto de 1916, em Manaus-

AM, filha de um imigrante português naturalizado brasileiro e de uma costureira negra, ela se descrevia como parda e, desde a infância, mostrava admiração pela ilustre personagem de Ana Nery, como também pela renomada escola que levava seu nome.³⁴

Outrossim, Lydia não possuía riqueza com sua família, a qual primava por uma boa educação, o que lhe conferiu a oportunidade de ingressar como bolsista na Escola de Enfermagem. Entretanto, sua capacitação foi envolta de desafios e rotulada pelo racismo e preconceito por parte das veteranas, que se recusavam a aceitar a presença dessas mulheres na escola.³⁴

Todavia, mesmo sendo descrita como tímida em suas atitudes, mostrava-se determinada e ciente das suas vontades quando se tratava de sua formação e profissionalização. Após sua formação, participou do programa de enfermagem do Sesp na Amazônia, que obviamente fazia parte do acordo do programa, pois sua imediata contratação incluía ministrar aulas em escolas apoiadas pelo Sesp. Dessa forma, as bolsistas eram incluídas nos serviços de saúde pública em suas cidades de origem e contribuíam com o desenvolvimento de políticas públicas de saúde no Brasil.³⁴

Também atuou junto à Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e, em sua trajetória profissional, ocupou cargos de destaque e liderança no campo da educação e formação da enfermagem no Pará, bem como assumiu a direção da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, no Rio de Janeiro, primeira Escola de Enfermagem no Brasil. Tais circunstâncias demonstravam que Lydia não desvalorizava as oportunidades que o título de enfermeira lhe oportunizava.³⁴

Assim sendo, ao findar seu período de trabalho na Escola de Enfermagem, atendeu aos pedidos do então presidente Juscelino Kubistchek para se juntar a um grupo de funcionários públicos para ir até Brasília, ajudar na transferência da capital, do Rio de Janeiro para o Distrito Federal, região central do país. Logo, após a instalação da administração na cidade, ela foi nomeada para o Senado Federal, fato importantíssimo, pois foi sua atuação nesse setor, juntamente com Diva Câmara, que possibilitou articular, junto à Companhia Urbanizadora da Nova Capital do Brasil (Novacap), o terreno para a construção da sede da ABEn. Portanto, ao percorrer os relatos sobre a vida de Lydia, é possível verificar que ela ratificou sua competência e conquistou respeito em sua trajetória.³⁴

Na sequência, pode-se destacar o nome de Maria de Lourdes Almeida, nascida em 1917, em Santarém-PA. Também bolsista pelo Programa do Sesp, teve sua formação educacional consolidada, deteve manejo com as palavras e sabidamente se portou frente às diversidades encontradas. A prática nessa época pairava no quesito de que, quando o negro era aceito, deveriam se esmerar em comprovar sua habilidade intelectual de forma incessante, para então poderem acessar centros de ensino e formação.³⁵ Dessa forma, a jovem paraense retornou ao seu estado, formada, em 1947, e trabalhou como docente de enfermagem em doenças transmissíveis, nas regiões de Manaus-AM, Belém-PA e Santarém-PA, no curso de auxiliar hospitalar, e visitadoras sanitárias e como chefe de enfermagem de saúde pública de Santarém-PA.³⁵

No mesmo ano, assumiu o cargo de chefe de enfermagem do Serviço Especial de Saúde de Araraquara (SESA), criado em 1947 pelo governo de São Paulo, para exercer, dentro da fronteira deste município, o papel sanitário, conjuntamente com o Centro de Aprendizado da Faculdade de Saúde Pública da

USP. Com toda certeza, um papel importante, pois atuava na formação de profissionais, bem como orientava estágios de Saúde Pública, parte integrante do currículo da Faculdade de Higiene e Saúde Pública e Escola de Enfermagem da USP.^{35,36}

Em virtude de sua visibilidade e rede de contatos, teve um dos seus artigos publicados na “Revista Anais de Enfermagem” (revista que em 1955 passou a ser denominada “Revista Brasileira de Enfermagem” – REBEn), tributado ao Sexto Congresso de Enfermagem realizado em São Paulo, onde ministrou palestras que deram origem ao tema: “Necessidade de melhor preparo em obstetrícia da enfermeira da saúde pública”, que escreveu em parceria com Inácia Augusto.^{35,37}

Dessa maneira, sua última e nobre homenagem recebida como enfermeira se deu pela 23ª turma de graduandos em enfermagem, sendo que mais tarde a escola de sua cidade receberia seu nome, sendo dessa forma imortalizada.^{35,38} Hoje a Escola Maria de Lourdes Almeida é um estabelecimento de ensino pertencente à Secretaria Municipal de Santarém, Pará, fundada em 1974. A escola recebeu esse nome em sua homenagem pelos expressivos trabalhos desenvolvidos na área da saúde/enfermagem.³⁸

Bem como as já citadas alunas que semelhantemente se graduaram na Escola de Enfermagem de São Paulo, enfatiza-se também a importância de Josephine de Mello, nascida em 21 de maio de 1920 em Manaus, Amazonas. Filha de pai brasileiro e de mãe caribenha, era uma enfermeira obstetra. Ela tinha formação como professora, pois cursou magistério pelo Instituto de Educação do Amazonas. Além disso, formou-se como socorrista pela Cruz Vermelha Brasileira de Manaus e ingressou na Escola de Enfermagem, rompendo tabus sociais por ser negra.³⁹ Em seguida, após sua diplomação, recebeu uma bolsa de estudos em *Minnesota*, Estados Unidos.

Também atuou em várias regiões do Norte, como Acre e Rondônia, bem como no Nordeste, em Pernambuco e no estado de Minas Gerais. Ocupou uma infinidade de cargos, como Provedora da Santa Casa de Misericórdia em Manaus, cargo que geralmente era vinculado ao gênero masculino, foi professora da Escola de Enfermagem do Amazonas e depois foi instituída vice-diretora ENFERMEIRA Josephine de Mello.³⁹ Ainda foi precursora e associada da Associação Brasileira de Paralisia Cerebral e vice-presidente do Coren seção-Amazonas, entre outros. Nos dias atuais, existe uma Unidade de Saúde da Família (USF), localizada no bairro de Jorge Teixeira, em Manaus, que recebe seu nome.³⁹

Concernente à graduação dessas figuras intrépidas, foi um legado extremamente relevante, uma vez que o caminho que permearam contribuiu significativamente para a participação do negro em cargos de direção nos programas de saúde.

Seguindo as representações, no estado do Espírito Santo, o nome de Rosalda Paim teve grande evidência. Nascida em Vila Velha em 1928, ingressou no curso de Enfermagem em 1947, na instituição denominada na época como Escola de Enfermagem do Estado do Rio de Janeiro, hoje UNIRIO, graduando-se em 1950.⁴⁰ Especializou-se nas áreas de administração hospitalar, saúde pública e pediatria. Fez mestrado na área de Educação e seu doutorado foi em Enfermagem materno-infantil.⁴⁰

Assim, teve importante papel no processo de modernização da enfermagem brasileira, na formação do enfermeiro e de profissionais de saúde. Detentora de uma visão holística para a saúde, pretendia uma ruptura com o modelo curativista e introduziu conceitos que ainda não eram debatidos e usados na saúde, como humanização, referência e contrarreferência, integralidade e hierarquização dos serviços. Ela também desempenhou papel na política brasileira, foi eleita deputada, tornando-se a primeira enfermeira parlamentar e negra do Brasil.⁴⁰

Outra representatividade é Izabel dos Santos, uma personagem respeitável no campo de formação de recursos humanos em enfermagem. Nasceu em Pirapora, Minas Gerais, graduou-se pela Escola de Enfermagem Hugo Werneck, hoje parte da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Também atuou em diferentes regiões do Brasil, trabalhando pelo SESP e como professora em Pernambuco, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal. Além do mais, foi consultora da OPAS no período de 1976 a 1997 e teve uma relevante contribuição na formação profissional da enfermagem.⁴¹

Por outro lado, insatisfeita com a assistência à saúde ofertada, que não condizia com as necessidades dos usuários em saúde, bem como o descaso com a educação dos profissionais de ensino médio, foi a idealizadora do Programa Larga Escala, que tratava de uma capacitação para pessoas que estavam na área de saúde e que não tinham formação. Posteriormente, com seu término, neste mesmo âmbito, foi criado o programa de Profissionalização da Área de Enfermagem (PROFAE), o qual foi o maior plano estratégico para aperfeiçoamento da assistência prestada por trabalhadores nas unidades do Sistema Único de Saúde (SUS). O PROFAE foi configurado inicialmente para que tivesse uma atuação de quatro anos (2000-2004), porém houve a ampliação de suas ações, e o prazo foi repactuado até 2007.⁴¹

Entre os muitos nomes que já foram citados, uma mulher que representa Salvador - BA é a Maria Stella de Azevedo dos Santos. Ela nasceu em 2 de maio de 1925 e tornou-se enfermeira pela Escola de Enfermagem e Saúde Pública da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Como enfermeira, dedicou parte da vida aos cuidados da população mais carente, atuando na Secretaria de Saúde Pública do Estado da Bahia até se aposentar. Exerceu a função de visitadora sanitária por mais de 30 anos.^{27,42,43}

Outra atuante e comprometida com a causa negra, para a valorização e afirmação da cultura no Brasil, adentrou na literatura em 1988 e, em parceria com Cléo Martins, publicou o livro "E daí aconteceu o encanto", no qual a autora rememora suas raízes. Defensora árdua do candomblé, exigia respeito, porém não criticava nenhuma outra crença. Ademais, era detentora de grande conhecimento, entretanto não se sentia confortável em ser definida como intelectual. Assim, em 2013, após ter sido eleita por unanimidade, assumiu a cadeira número 33 na Academia de Letras da Bahia.^{27,42,43}

Outro ícone na história da enfermagem é Dona Ivone Lara, nascida em 13 de abril de 1921, no Rio de Janeiro, formada pela Faculdade de Enfermagem do Rio, atual UNIRIO. Logo após sua formatura, foi aprovada em um concurso público para o Ministério da Saúde e iniciou seu ofício no Instituto de Psiquiatria do Engenho de Dentro (RJ).^{27,44,45} Nessa instituição, sendo ela especialista em terapia ocupacional, atuava com Nise da Silveira, grande psiquiatra brasileira

que era contra mecanismos agressivos para tratamento de saúde mental. Ela usava a música, juntamente com os conhecimentos de enfermagem para ajudar seus pacientes, ofertando um trabalho humanizado na psiquiatria.

Essa assistência humanizada abriu portas para se discutir o fim do enclausuramento institucional para pessoas com transtornos mentais, sendo uma contribuição importante e significativa nessa área.^{27,44-46} Alguns anos depois, Ivone volta para a sala de aula e faz um novo curso, o de assistente social, sendo umas das primeiras assistentes sociais brasileiras. Dedicou-se totalmente à profissão e, após sua aposentadoria, tributou seus dias ao samba, sua outra grande paixão na música, dedicando-se exclusivamente a ele.^{44, 27,45}

Diante do exposto, ressalta-se que destacar a representatividade dessas mulheres na enfermagem é honrar sua contribuição e legado, uma vez que, enfrentando um cenário de adversidades e racismo, cooperaram com toda uma geração de enfermeiros negros de forma assertiva, pois, seja qual for sua ancestralidade, todo ser humano é valioso.^{18,47,48}

Ao analisar os dados, é possível identificar um número considerável de representantes negras na enfermagem, obviamente que não estão todas aqui representadas, uma vez que muitas tiveram não só suas histórias negligenciadas como também foram deixadas à margem da sociedade e da história da enfermagem.

No entanto, essa participação evidencia a assistência praticada por séculos na história do Brasil por ancestrais negros. Observa-se ainda que, ao longo da história, mesmo diante de trajetórias desafiadoras, superaram as adversidades, o racismo e o preconceito e assim tiveram resultados grandiosos. É plausível inferir que lentamente galgaram espaço e visibilidade na sociedade, não suficiente, pois atualmente ainda lidam com racismo velado, camuflado, que, apesar de vir nas sutilezas, não deixou de ser menos doloroso.

Porém, apesar das dificuldades, é possível constatar que as mulheres que tiveram oportunidade se destacaram e ocuparam papéis notáveis na Enfermagem. Logo, também podemos encontrar, hoje, professoras, doutoras e pesquisadoras. Fatos que refutam narrativas fundamentadas na segregação por cor/raça, que colocavam os negros em condição de subalternidade.

Com o propósito de fazer cumprir o que inicialmente foi escolhido na problematização, é salutar abordar a dificuldade em encontrar dados históricos como um fator limitante para os resultados desta pesquisa, o qual impossibilitou listar um número mais significativo de enfermeiras negras estrangeiras. Portanto, foi dada uma ênfase maior para as representatividades brasileiras, uma vez que os achados históricos foram mais acessíveis.

Considerações Finais

Por meio de uma revisão dos registros historiográficos que versam sobre a participação das mulheres negras na assistência de cuidados, é perceptível a razão que alguns autores tiveram com relação ao protagonismo esquecido e invisibilizado dessas mulheres. Fundamentos que colocam à tona o racismo estrutural que sempre existiu e ainda hoje é latente, mesmo que muitas vezes suavizado por discursos falaciosos ou movimentos que tentam disfarçar o que é real e tóxico ainda em dias atuais.

Ressalta-se, assim, que elas atuaram nas mais diversas instâncias, do cuidado assistencial à educação, preceptoria de estágio, como representantes de categorias profissionais, idealizadoras de programas, como Larga Escala, Academia de Letras, saúde mental, saúde pública e política, sendo destaque e exercendo suas funções com compromisso e responsabilidade. Entretanto, foram colocadas no anonimato, tendo seu protagonismo na enfermagem silenciado.

Rememorando os feitos de figuras tão célebres, conclui-se, de forma indiscutível, que o negro, sobretudo as mulheres negras, sempre estiveram ativamente envolvido no processo de cuidar, em todas as suas formas. Outro ponto a ser considerado é que, embora provenientes de classe baixa ou média, a maior parte dos nomes destacados, dentre tantos outros que contribuíram de forma única e que foram deixadas à margem da história, obteve acesso a uma educação de qualidade.

Certamente esse fato não diminui ou exclui o esforço e dedicação acima da média que tiveram. E, considerando a hegemonia do "branqueamento" que pairava no contexto vivenciado por muitas das que aqui foram listadas, por serem mulher e negra, destaca-se a dedicação incessante no aprimoramento do conhecimento que tiveram, sendo o esmerar-se o ponto chave para abrir as portas e desbravar, com autonomia e confiança, as oportunidades que surgiram.

Tais oportunidades aqui no Brasil não era devido ao fato de elas se empenharem e se destacarem entre muitas, mas por conta da demanda em saúde da época que crescia e era urgente. Dessa forma, detentores da classe dominante viram que permanecer na insistência de padrões tão rígidos, classicistas e eugênicos da "Enfermeira Padrão" (em que se ambicionavam representações de mulheres que fossem puras, associadas à benevolência e à castidade, qualidades que eram atribuídas às mulheres de cor branca, enquanto as negras eram estereotipadas como figuras hipersexualizadas, impuras e degeneradas) não traria o retorno esperado, por isso, em vista da miscigenação do povo brasileiro, viram-se pressionados a estender os critérios.

Nesse contexto, as mulheres negras entraram em cena, mesmo com todos os desafios que lhes foram impostos, subalternizadas, sofrendo discriminação e racismo, foram sinônimos de bravura, resiliência e determinação, obtendo êxito nessa árdua caminhada e deixando um legado que tão poucas vezes e de forma tão tímida foi externado. Indubitavelmente ainda se faz necessário muitos avanços, há a necessidade de mais visibilidade, oportunidade e reconhecimento, tanto relacionado a sua contribuição para a história, não somente da enfermagem, mas da sociedade em si, quanto melhorias em áreas que também sofrem violações recorrentes, como no campo econômico, cultural e ambiental.

Portanto, mesmo distante de cessar essa jornada, um fato inegável é que, através dos feitos dessas grandes mulheres na enfermagem, hoje podemos ver intelectuais, literárias, docentes, mestres, especialistas e doutoras negras. Quanto mais se resgata fatos históricos e se coloca em evidência marcos que contribuíram para a mudança de paradigmas, menos riscos se corre em reproduzir e perpetuar histórias com protagonistas únicos.

Agradecimento

Esse trabalho foi financiado pelos próprios autores.

Referências

1. Horta W de A. Conceito de enfermagem. In: Rev. Esc. Enferm. USP [Internet]. 1968Sep.1 [cited 2022Nov.23];2(2):1-5. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/141168>.
2. Moraes-Filho IM, Carvalho-Filha FSS, Viana LMM. O que é ser enfermeiro? In: Rev Inic Cient Ext. 2019; 2(2): 1-2.
3. Waldow VR, Borges RF. Cuidar e humanizar: relações e significados. Acta Paul Enferm 2011;24(3):414-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/MvcQR4bWHt4kcdD9DgyVCZh/?lang=pt&format=pdf>
4. Gonzales L. A categoria político-cultural de amefricanidade. IN: Rev. TB.1988;(92-93):69-82. Disponível em: <https://negrasoulblog.files.wordpress.com/2016/04/a-categoria-polc3adtico-cultural-de-amefricanidade-lesia-gonzales1.pdf>
5. Campos PF de S. História, mulheres negras e enfermagem brasileira. In: REA [Internet]. 2021;21(230):167-7. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/58389>.
6. Deiab R de A. A mãe-preta na literatura brasileira: a ambigüidade como construção social (1880-1950) [Dissertação de Mestrado on the Internet]. Universidade de São Paulo; 2006-09-15 [citado em 2022 Mar 18]. DOI 10.11606/D.8.2006.tde-04092007-123741. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8134/tde-04092007-123741/pt-br.php>.
7. Ferreira LO, Azevedo N. Origem Social e Racial e a Formação de Enfermeiras Profissionais (1930-1960). In: Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN). 2019;11(Ed. Especi):231-251. Disponível em: https://redib.org/Record/oai_articulo2210268-origem-social-e-racial-e-a-forma%C3%A7%C3%A3o-de-enfermeiras-profissionais-brasil-1930-1960.
8. Boechat J. Mulheres negras romperam o paradigma da enfermeira padrão no início do século 20, revela pesquisa. Casa de Oswaldo Cruz. [Internet]. 2020 Mai 13 [citado em 2022 jul. 14]. Disponível em: https://coc.fiocruz.br/index.php/pt/todas-as-noticias/1790-artigo-revela-como-mulheres-negras-romperam-o-estereotipo-da-enfermeira-padrao-no-inicio-do-seculo-20.html#!enfermeiras_historia2.
9. Barreira I de A. Os primórdios da Enfermagem Moderna no Brasil. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 1997; 23(1):1-5. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-284416>.
10. Campos PFS, Oguisso T, Freitas GF. Cultura dos cuidados: mulheres negras e formação da enfermagem profissional brasileira. Cultura de los Cuidados. 2007; 22:1-7. Disponível em: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/6630/1/CC_22_05.pdf.
11. Ferreira LO, Salles RBB. A origem social da enfermeira padrão: o recrutamento e a imagem pública da enfermeira no Brasil, 1920-1960. Open Edition. 2019; 1-10. Doi: <https://doi.org/10.4000/nuevomundo.77966>.
12. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Saúde Integral a População Negra Brasília: MS; 2007.
13. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

14. Silva, CAB de S, Pereira, LI. O racismo recreativo 30 anos após a publicação da Lei nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989. In: Revista de Direito. 2021;13(2):1-32. Disponível em: <https://periodicos.ufv.br/revistadir/article/view/11497>.
15. Conselho Regional de Enfermagem. 2020 é o ano dos profissionais da Enfermagem, segundo OMS. [Internet]. 2020 Jan 15. [citado em 2022 jul 11]; Disponível em: <https://www.coren-df.gov.br/site/2020-e-o-ano-dos-profissionais-da-enfermagem-segundo-oms/>.
16. Padilha MICS, Borenstein MS. O método de pesquisa histórica na Enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2005; 14(4):575-84.
17. Aróstegui J. A pesquisa histórica: teoria e método. Bauru (SP): EDUSC; 2006.
18. Löw, L. y Oguisso, T. Mary Seacole e Maria Soldado: enfermeiras negras que fizeram história. Cultura de los Cuidados (Edición digital). 2018; 18(38)1-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.38.9>.
19. Fonseca ALT. Mary Jane Seacole – a outra Florence Nightingale: homenagem à lembrança da heroína enfermeira negra hoje. COREN-RJ. [Internet]. 2020 Mai 14 [citado em 2022 abr. 6]. Disponível em: http://rj.corens.portalcofen.gov.br/mary-jane-seacole-a-outra-florence-nightingale_18499.html.
20. Instituto Sou Enfermagem. Mary Eliza Mahoney [Internet]. 2018 [citado em 2022 abr. 7]. Disponível em: <https://www.souenfermagem.com.br/fundamentos/mary-eliza-mahoney>.
21. Spring K. Mary Eliza Mahoney [Internet]. National Women’s History Museum. 2019 [citado em 2022 jul. 2]; Disponível em: <https://www.womenshistory.org/education-resources/biographies/mary-mahoney>.
22. African American Registry. National Association of Colored Graduate Nurses founded - [Internet]. African American Registry. 2009 [citado em 2022 jul. 2]; Disponível em: <https://aaregistry.org/story/national-association-of-colored-graduate-nurses-founded/>.
23. Journal of the Registry. Clara Adams-Ender, oficial militar nascida [Internet]. Minneapolis-MN: African American Registry. [citado em 2022 jun. 29]; Disponível em: <https://aaregistry.org/story/clara-adams-ender-army-trailblazer/>.
24. American Association for the History of Nursing. Mary Elizabeth Carnegie, DPA, RN, FAAN, 1916-1918. [Internet]. 2018 [citado em 2022 jul. 4]; Disponível em: <https://www.aahn.org/carnegie>.
25. American Nurses Association. Mary Elizabeth Carnegie (1916-2008) 2000 empossada. ANA. [Internet]. 2022 [citado em 2022 jul. 4]; Disponível em: <http://ojin.nursingworld.org/FunctionalMenuCategories/AboutANA/Honoring-Nurses/NationalAwardsProgram/HallofFame/20002004Inductees/carnegie5520.html>.
26. The History Makers. Gen. Clara Adams-Ender’s Biography [Internet]. [citado em 2022 jun. 29]; Disponível em: <https://www.thehistorymakers.org/biography/gen-clara-adams-ender>.
27. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo - COREN [Internet]. Coren-SP. 2021 [citado em 2022 abr. 7]. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/noticias/11-enfermeiras-negras-que-fizeram-historia-mas-nao-foram-reconhecidas>.

28. Fundação Biblioteca Nacional. O fim da República Café com Leite e a Revolução de 1932, [Internet]. 2020. [citado em 2022 jul. 5]; Disponível em: <https://www.gov.br/bn/pt-br/assuntos/noticias/o-fim-da-republica-cafe-com-leite-e-a-revolucao-de-1932>.
29. Tab Uol. Legião Negra: como a Revolução de 1932 possibilitou a afirmação do negro [Internet]. 2020 [citado em 2022 jul. 2]; Disponível em: <https://tab.uol.com.br/noticias/redacao/2020/07/12/legiao-negra-como-a-revolucao-de-1932-possibilitou-a-afirmacao-do-negro.htm>.
30. Câmara Municipal de Limeira. Projeto de lei nº 99/2015 Perpetua o nome de “Maria Soldado” (Maria José Bezerra) em uma das ruas, avenidas, praças ou logradouros públicos no Município de Limeira. [Internet]. 2015 Disponível em: <http://siave.limeira.sp.leg.br/arquivo?id=47262>.
31. Santos FBO, Rabelo ARM, França BD, Carregal FAS, Marques RC, Silva KL. Black women in nursing history: the cultural competence in Maria Barbosa Fernandes’ trajectory. Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl 4):e20190221. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0221>.
32. Fundação Nacional da Saúde. Cronologia Histórica da Saúde Pública [Internet]. Brasil; 2017 ago. 07 [citado em 2022 abr. 24]. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>.
33. Fundação Nacional da Saúde. Antecedentes Históricos da Funasa [Internet]. Brasil: Ministério da Saúde; 2017 ago. 07 [citado em 2022 abr. 24]. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/web/guest/antecedentes-historicos-da-funasa>.
34. Campos PF de S, Carrijo AR. Ilustre inominada: Lydia das Dôres Matta e enfermagem brasileira pós-1930. Hist. cienc. saude-Manguinhos. 2019; 26 (1): 165-185. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702019000100010>.
35. Campos PFS. Memorial de Maria de Lourdes Almeida: história e enfermagem no Brasil pós-1930. Hist. cienc. saude-Manguinhos. 2013 abr-jun;20(2):609-625. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/BL6FwBCqCYKH6GMM3mcys5p/?format=pdf&lang=pt>.
36. Faculdade de Saúde Pública. Serviço Especial de Saúde de Araraquara - SESA [Internet]. São Paulo - SP - Brasil; 2022 Abr 27 [citado em 2022 abr 24]. Disponível em: <https://www.fsp.usp.br/site/institucional/mostra/635>.
37. Revista Brasileira de Enfermagem. Sobre a Reben [Internet]. 2018. [citado em 2022 Jul 7]; Disponível em: <https://reben.com.br/revista/sobre/>.
38. Mlourdes12. “Esc. M^a de Lourdes Almeida 47 Anos Educando.” 2009. [Internet]. 2009 [citado em 2022 Jul 7]; Disponível em: <https://mlourdes12.wordpress.com/2009/11/30/54/>.
39. Araújo CCO, Osis SL, Perdomo SB. Resistência e resiliência de uma intelectual negra na enfermagem do Amazonas. Pensar a Educação em pauta. [Internet] 2021 [citado em 2022 abr. 8]:1. Disponível em: <https://pensaraeducacao.com.br/pensaraeducacaoempauta/resistencia-e-resiliencia-de-uma-intelectual-negra-na-enfermagem-do-amazonas/>.
40. Teixeira ER, Daher DV, Santana RF, Fonseca TC. Rosalda Paim: a nurse before her time. In: Online Brazilian Journal of Nursing. 2012 [citado em 2022 jul. 11] 11(2):408-17. Disponível em: <https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3967/html>.

41. Sena R, Silva KL. Izabel dos Santos e a formação de profissionais de enfermagem: capacidade de transformar o impossível em política pública. *Rev. Min. Enferm.* 2011;15(1):1-2. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/1>.
42. Literafro. Mãe Stella de Oxóssi - Literatura Afro-Brasileira [Internet]. [citado em 2022 jul. 7]. Disponível em: <http://www.letras.ufmg.br/literafro/autoras/299-mae-stella-de-oxossi>.
43. Santana A, Lyrio A, Mancini G, Muniz T, Villarparando V. Enfermeira, escritora e mãe de santo: relembre história de Mãe Stella [Internet]. *Jornal Correio.* 2018 [citado em 2022 jul. 7]. Disponível em: <https://www.correio24horas.com.br/noticia/nid/enfermeira-escritora-e-mae-de-santo-relembre-historia-de-mae-stella/>.
44. Conselho Federal de Enfermagem. Morre D. Ivone Lara, enfermeira e ícone do samba brasileiro. [Internet]. 2018 [citado em 2022 jul. 8]; Disponível em: http://www.cofen.gov.br/morre-d-ivone-lara-enfermeira-e-icone-do-samba-brasileiro_61989.html
45. Letras. Conheça a biografia de Dona Ivone Lara, a nossa rainha do samba [Internet]. 2021 [citado 2022 jul 8]; Disponível em: <https://www.letras.mus.br/blog/dona-ivone-lara-biografia/>.
46. Moraes Filho IM, Sousa TV, Carvalho Filha FSS, Arantes AA, Fonseca PP, Silva MVR. Eletroconvulsoterapia, implicações éticas, legais e a sistematização da assistência de enfermagem. *Glob Acad Nurs.* 2022;3(3):e269. Doi: <https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602>.
47. Santos VJO, Costa JG, Brandão FAM, Moraes Filho IM. Mudanças de paradigmas realizados por mulheres negras na enfermagem. *REVISA.* 2022;11(4): 276-82. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v11.n4.p276a282>.
48. Pereira MC, Oliveira MLC, Santos AM, Costa FCS, Calassa JQ, Arantes AA et al. Resgate histórico da enfermagem global, brasileira e goiana: uma revisão narrativa de literatura. *IJDR.* 2020;10(11):42239-42247.

Autor de correspondência

Iel Marciano de Moraes Filho
Universidade Paulista
SGAS SUL /Q 913 /CJ B00913. CEP: 7000-000-
Asa Sul. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
ielfilho@yahoo.com.br

Fatores relacionados ao sucesso na amamentação

Factors related to successful breastfeeding

Factores relacionados con la lactancia exitosa

Monalisa Batatinha de Castro Silva¹, Gilvânia Patrícia do Nascimento Paixão², Kellen Karoline Almeida dos Santos³, Monica Cecília Pimentel de Melo⁴, Aloysia Graça Costa Unfried⁵, Chalana Duarte de Sena Fraga⁶

Como citar: Silva MBC, Paixão GPN, Santos KKA, Melo MCP, Unfried AGC, Fraga CDS. Fatores relacionados ao sucesso na amamentação. *REVISA*. 2023; 12(3): 463-77. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n3.p463a477>

REVISA

1.Universidade do estado da Bahia. Senhor do Bonfim, Bahia, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0001-9096-9242>

2.Universidade do Estado da Bahia. Juazeiro, Bahia, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0001-6539-482X>

3.Universidade do Estado da Bahia. Senhor do Bonfim, Bahia, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0003-3121-838X>

4.Universidade Federal do Vale do São Francisco. Petrolina, Pernambuco, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0003-4029-4886>

5.Universidade do Estado da Bahia. Senhor do Bonfim, Bahia, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0003-0327-603X>

6.Universidade do Estado da Bahia. Senhor do Bonfim, Bahia, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-0285-9412>

Recebido: 13/06/2023

Aprovado: 23/08/2023

RESUMO

Objetivo: Analisar os fatores que se associam ao sucesso na amamentação, de acordo com a literatura. **Método:** Revisão sistemática de literatura, cadastrado na base de registro de protocolos. As bases usadas foram Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Embase e PubMed. Os critérios de elegibilidade foram: estudos de ensaio clínico randomizado e que avaliaram fatores relacionados ao sucesso da amamentação. **Resultados:** Foram identificados 92 artigos. Após retirada de duplicatas, análise de títulos e critérios de inclusão/exclusão pelos pares, obteve-se nove estudos. As principais características associadas ao sucesso na amamentação foram: confiança no leite humano, percepção de produção insuficiente de leite e/ou ralo. Em relação ao apoio do cônjuge, influencia diretamente na duração da amamentação exclusiva. Sobre o apoio profissional, o encorajamento durante o pré-natal e a educação após o parto ofertado pelos profissionais teve impacto significativo sobre a amamentação. Em relação ao bem-estar materno, a depressão perinatal pode estar associada à interrupção precoce da amamentação exclusiva. **Conclusão:** Ao fim, a revisão trouxe elementos importantes para o sucesso na amamentação. As mulheres, profissionais de saúde e rede de apoio têm importância nesse processo.

Descritores: Aleitamento materno; Enfermagem; Revisão sistemática.

ABSTRACT

Objective: To analyze the factors that are associated with success in breastfeeding, according to the literature. **Method:** Systematic literature review, registered in the protocols registry base (PROSPERO). The databases used were the Latin American and Caribbean Center for Health Sciences Information (BIREME), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Embase and PubMed. Eligibility criteria were: randomized clinical trial studies that evaluated factors related to successful breastfeeding. **Results:** 92 articles were identified. After removal of duplicates, analysis of titles and inclusion/exclusion criteria by peers, nine studies were obtained. The main characteristics associated with successful breastfeeding were: confidence in human milk, perception of insufficient and/or thin milk production. Regarding the support of the spouse, it directly influences the duration of exclusive breastfeeding. Regarding professional support, encouragement during prenatal care and postpartum education offered by professionals had a significant impact on breastfeeding. Regarding maternal well-being, perinatal depression may be associated with early cessation of exclusive breastfeeding. **Conclusion:** In the end, the review brought important elements for successful breastfeeding. Women, health professionals and the support network are important in this process.

Descriptors: Breast feeding; Nursing; Systematic review.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los factores que se asocian al éxito en la lactancia materna, según la literatura. **Método:** Revisión sistemática de la literatura, registrada en la base de registro de protocolos (PROSPERO). Las bases de datos utilizadas fueron el Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (BIREME), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Embase y PubMed. Los criterios de elegibilidad fueron: estudios de ensayos clínicos aleatorizados que evaluaron factores relacionados con una lactancia materna exitosa. **Resultados:** se identificaron 92 artículos. Después de la eliminación de duplicados, análisis de títulos y criterios de inclusión/exclusión por pares, se obtuvieron nueve estudios. Las principales características asociadas a la lactancia materna exitosa fueron: confianza en la leche humana, percepción de producción de leche insuficiente y/o escasa. En cuanto al apoyo del cónyuge, influye directamente en la duración de la lactancia materna exclusiva. En cuanto al apoyo profesional, el estímulo durante la atención prenatal y la educación posparto ofrecida por los profesionales tuvo un impacto significativo en la lactancia materna. En cuanto al bienestar materno, la depresión perinatal puede estar asociada con el cese temprano de la lactancia materna exclusiva. **Conclusión:** Al final, la revisión trajo elementos importantes para una lactancia exitosa. Las mujeres, los profesionales de la salud y la red de apoyo son importantes en este proceso.

Descriptors: Lactancia materna; Enfermería; Revisión sistemática.

Introdução

O progresso da amamentação ao longo dos anos teve como intuito promover, proteger e apoiar essa prática, através do fortalecimento das políticas implantadas no Brasil e em todo o mundo.¹ Experiências de aleitamento bem-sucedidas influenciam positivamente na intenção materna de amamentar (IMA) exclusivamente até o sexto mês e por mais tempo, como é preconizado pelo Ministério da Saúde e de forma complementar até o segundo ano de vida da criança.²

Aspectos cognitivos, econômicos, imunológicos, nutricionais, psicológicos e sociais para tetrade crianças, mães, suas famílias e a própria comunidade, incluindo a preservação do meio ambiente são citados em diversos estudos e vem sendo reformulados de acordo com as suas necessidades.³ A maternidade, especialmente no exercício da amamentação, compreende o enfrentamento de situações diversas que vão ademais da conformação fisiológica; por conseguinte, muitas vezes finda sem sucesso.⁴

Além das dificuldades frequentemente encontradas, a ansiedade caracterizada pelo tempo consideradamente "perdido" para muitas mulheres, requer uma matriz de apoio sensível aos enfrentamentos que possam se fazer presentes, tendo no(a) companheiro(a) a parceria ideal de cuidado e acolhimento à mulher que amamenta.⁵ A importância do profissional de saúde no incentivo ao aleitamento humano é indiscutível, tanto na instrução da nutriz, assim como também do seu/sua acompanhante, permitindo que o(a) mesmo(a) venha agir de forma mais eficaz na prevenção de fatores que acarretem o desmame precoce.⁶

A justificativa deste estudo fundamenta-se no pressuposto de que no âmbito hospitalar existem influências adversas a amamentação, exercida pela própria autopercepção humana/materna, pelo conjugue, profissionais de saúde e sociedade. Episódios estes vivenciados durante as visitas realizadas pelo grupo de extensão denominado Grupo de apoio ao aleitamento materno (GAAM), vinculado a Universidade do estado da Bahia (UNEB), campus VII. Tais influências podem intervir na intenção da mulher em aleitar seu recém-nascido exclusivamente, consecutivamente podendo acarretar possíveis problemas de saúde.

Diante disso a problemática surgiu da seguinte questão de pesquisa: quais fatores relacionados ao aleitamento humano se associam ao sucesso na amamentação? Havendo associação, há possibilidade de desenvolver estratégias que estimulem profissionais da atenção básica e hospitalar a direcionar a prática consciente do aleitamento, auxiliando nas dificuldades encaradas pelas mães. Sabido que a amamentação não é uma prática meramente instintiva, pelo contrário, é uma ação vigorosamente influenciada por todos ao seu redor, permitindo que suas relações venham somar e influenciar indubitavelmente no processo do aleitar.⁷ Portanto, este estudo teve como objetivo: analisar os fatores que se associam ao sucesso na amamentação, de acordo com a literatura.

Método

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, que objetiva analisar os fatores relacionados ao sucesso na amamentação, que teve a seguinte pergunta norteadora: quais fatores se associam ao sucesso na amamentação? O projeto foi

cadastrado na base de registro de protocolos de revisões sistemáticas (*International prospective register of systematic reviews - PROSPERO*), sob o número CRD42021239133.

A estratégia PICOT foi utilizada, na qual **P**- Lactantes; **I** - Fatores sociais, culturais, demográficos, apoio profissional, histórico obstétrico, clínico e cirúrgico, bem como qualquer outro fator que se apresente como relacional ao desfecho da amamentação; **C** - Comparação com grupos de mulheres que não conseguiram amamentar exclusivamente até os seis meses e/ou de forma complementar até os dois anos; **O** - Relação entre fatores diversos e maior sucesso na amamentação; **T** - Ensaios clínicos randomizados.

O levantamento dos artigos foi realizado em quatro bases de dados: Bireme, Cinahl, Embase e PubMed e incluiu descritores oficiais disponíveis no *Medical Subject Heading* (MeSH). Os descritores utilizados foram: relacionadas à amamentação (*Breastfed, Breastfeeding, Breast Fed, Milk Sharing, Sharing, Milk, Breast Feeding, Exclusive, Exclusive Breast Feeding, Breastfeeding, Exclusive, Exclusive Breastfeeding, Wet Nursing*); Relacionadas à Serviço de Saúde Materno-Infantil (*Maternal-Child Health Services, Health Service, Maternal-Child, Maternal Child Health Services, Maternal-Child Health Service, Service, Maternal-Child Health, Services, Maternal-Child Health, Health Services, Maternal-Child, Health Services, Maternal Child*), relacionadas à Leite Humano (*Milk, human, breast Milk, Milk, Breast, human Milk*); E relacionadas à Estudo Randomizado (*Randomized Controlled Trial*). Os booleanos utilizados foram OR e AND.

Foram utilizados como critérios de elegibilidade, os estudos provenientes de ensaios clínicos randomizados, que avaliaram fatores que estão relacionados ao sucesso da amamentação, sendo excluídos outros estudos primários, estudos secundários e estudos qualitativos. Por ser um critério bem específico, não foi realizado recorte de temporalidade, tampouco de língua de publicação.

O levantamento dos dados bibliográficos ocorreu em fevereiro de 2021. A seleção dos estudos foi realizada em três etapas (título, resumo e leitura na íntegra), de acordo com os critérios de elegibilidade e que respondiam à pergunta de pesquisa, de forma independente e pareada por duas pesquisadoras (MBCS) e (KKAS). Como ao fim houve discordância, uma terceira pesquisadora (GPNP) analisou e julgou os estudos elegíveis. O texto foi redigido seguindo as recomendações do guia de redação PRISMA.

Quadro 1 - Estratégias de Pesquisa, Senhor do Bonfim, BA, Brasil, 2022.

BASES	#1	#2	#3	#4	ESTRATÉGIA DE BUSCA (#1 AND #2 AND #3 AND #4)
Bireme, CINAH, Embase, Pubmed.	(<i>Breastfed</i>) OR (<i>Breastfeeding</i>) OR (<i>Breast Fed</i>) OR (<i>Milk Sharing</i>) OR (<i>Sharing</i>) OR (<i>Milk</i>) OR (<i>Breast Feeding</i>) OR (<i>Exclusive</i>) OR (<i>Exclusive Breast Feeding</i>) OR (<i>Breastfeeding</i>) OR (<i>Exclusive</i>) OR (<i>Exclusive Breastfeeding</i>) OR (<i>Wet Nursing</i>).	(<i>Maternal-Child Health Services</i>) OR (<i>Health Service</i>) OR (<i>Maternal-Child</i>) OR (<i>Maternal Child Health Services</i>) OR (<i>Maternal-Child Health Service</i>) OR (<i>Service</i>) OR (<i>Maternal-Child Health</i>) OR (<i>Services</i>) OR (<i>Maternal-Child Health</i>) OR (<i>Health Services</i>) OR (<i>Maternal-Child</i>) OR (<i>Health Services</i>) OR (<i>Maternal Child</i>).	(<i>Milk</i>) OR (<i>human</i>) OR (<i>breast Milk</i>) OR (<i>Milk</i>) OR (<i>human Milk</i>).	(<i>Randomized Controlled Trial</i>).	<i>Breastfed</i> OR <i>Breastfeeding</i> OR <i>Breast Fed</i> OR <i>Milk Sharing</i> OR <i>Sharing</i> OR <i>Milk</i> OR <i>Breast Feeding</i> OR <i>Exclusive</i> OR <i>Exclusive Breast Feeding</i> OR <i>Breastfeeding</i> OR <i>Exclusive</i> OR <i>Exclusive Breastfeeding</i> OR <i>Wet Nursing</i> AND <i>Maternal-Child Health Services</i> OR <i>Health Service</i> OR <i>Maternal-Child</i> OR <i>Maternal Child Health Services</i> OR <i>Maternal-Child Health Service</i> OR <i>Service</i> OR <i>Maternal-Child Health</i> OR <i>Services</i> OR <i>Maternal-Child Health Services</i> OR <i>Maternal-Child</i> OR <i>Health Services</i> OR <i>Maternal-Child</i> AND <i>Milk</i> OR <i>human</i> OR <i>breast Milk</i> OR <i>Milk</i> OR <i>Breast</i> OR <i>human Milk</i> AND <i>Randomized Controlled Trial</i> .

A tabela sistemática foi empregada para captura dos dados referente aos estudos selecionados pela pesquisadora, a qual averiguou cautelosamente às seguintes informações: autores, desfechos primários e secundários dos estudos, objetivo e o país. Na análise do risco de viés (qualidade) dos ensaios clínicos inseridos na revisão, foi executada seguindo os critérios normatizados pela Colaboração Cochrane. A análise quantitativa dos resultados (metanálise) não foi realizada, visto que os estudos demonstraram grandes heterogeneidades, no que concerne às intervenções e aos métodos de avaliação, o que impossibilitou a investigação.

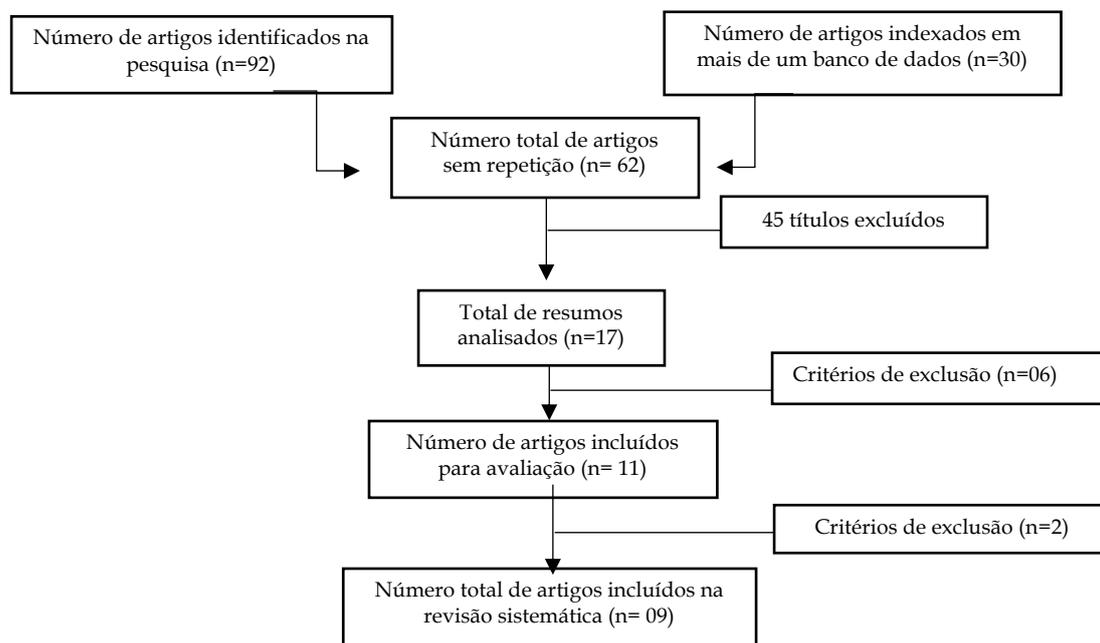
Resultados

A pesquisa inicial identificou 92 artigos nas referidas bases de dados, 42 no Bireme, 16 na CINAHL, 14 na Embase e 20 na PubMed. Dos artigos, 30 estavam indexados concomitantemente em duas ou mais bases de dados. Após a eliminação dos artigos repetidos, a busca selecionou 62 estudos publicados.

Destes, 45 títulos foram excluídos, por não atenderem aos critérios de inclusão. Desta forma, 17 resumos foram considerados, dos quais, após a leitura e análise, 11 artigos foram considerados eventualmente importantes para a verificação dos textos completos. Nesta etapa, houve ainda a necessidade de um terceiro pesquisador para analisar os resumos que tiveram discrepância na avaliação dos dois primeiros pesquisadores. Dos 11 artigos lidos, dois foram excluídos por não atenderem aos critérios de elegibilidade, resultando em 9 estudos inseridos na revisão.

O quadro 1 ilustra o processo de seleção e o número de artigos excluídos em cada etapa desta revisão sistemática.

Quadro 1 - Fluxograma PRISMA de seleção progressiva dos artigos incluídos no estudo



Os estudos selecionados foram inteiramente publicados em inglês. No que diz respeito ao local e realização das pesquisas desenvolvidas, é certo que houve ampla expansão de conteúdo em torno dos países.

Quadro 2 - Descrição dos autores, país de origem e objetivos dos estudos incluídos.

Autores	País	Objetivos
Gross RS, <u>Mendelsohn AL</u> , Arana MM, Messito MJ.	Estados Unidos	Compreender as crenças, estilos e práticas de alimentação infantil que promovem a obesidade no contexto da insegurança alimentar.
Daniele MAS, Ganaba R, <u>Sarrassat S</u> , Cousens S, Rossier C, Drabo S, et al.	Burkina Faso	Determinar se uma intervenção para envolver os parceiros masculinos de mulheres grávidas na assistência à maternidade influenciou a procura de cuidados, amamentação saudável e práticas anticoncepcionais após o parto na área urbana de Burkina Faso.
Martinez-Brockman JL, Harari N, Segura-Pérez S, <u>Goeschel L</u> , Bozzi V, <u>Pérez-Escamilla R</u> .	Espanha	Determinar o impacto de uma intervenção de mensagem de texto bidirecional na hora do contato entre participantes e seus conselheiros de pares em amamentação (BFPCs) e em status de amamentação exclusiva (AME) 2 semanas e 3 meses após o parto.
McLachlan HL, Forster DA, Amir LH, Cullinane M, Shafiei T, Watson LF, et al.	Austrália	Implementar e avaliar intervenções para aumentar a duração da amamentação no local de áreas governamentais (LGAs) em Victoria, Austrália.
Rahman A, Hafeez A, Bilal R, Sikander S, Malik A, Minhas F, et al.	Paquistão	Testar as hipóteses de que a depressão perinatal está associada tanto à interrupção precoce da amamentação exclusiva quanto à redução da quantidade de leite humano em mães paquistanesas. Avaliar se a associação entre depressão e interrupção precoce do aleitamento humano exclusivo pode ser mediada por meio de uma psicológica percepção de leite humano insuficiente.
Laberere J, Gelbert-Baudino N, Ayril AS, Duc C, <u>Berchotteau M</u> , <u>Bouchon N</u> , et al.	França	Determinar se comparecer a um atendimento precoce, de rotina, preventivo, consulta ambulatorial entregue em um médico de atenção primária melhoraria os resultados da amamentação.
Black MM, Siegel EH, Abel Y, Bentley ME.	Estados Unidos	Avaliar a eficácia de uma intervenção para atrasar a introdução precoce de alimentação complementar entre principiantes, negros, adolescentes mães que vivem em lares multigeracionais.
Haider R, Islam A, Hamadani J, Amin NJ, Kabir I, Malek MA, et al.	Bangladesh	Aconselhar mães de crianças pequenas que vão ao hospital para tratamento de diarreia, a fim de iniciar exclusivamente a amamentação durante a internação hospitalar e continuar a prática em casa até o bebê completar seis meses de idade.
Cohen RJ, Haddix K, Hurtado E, Dewey KG.	Honduras	Determinar se o tempo dedicado à amamentação exclusiva é maior ou menor que o tempo necessário para combinar a amamentação com alimentos sólidos. Determinar se o tempo necessário para amamentação exclusiva pode ser acomodado nas atividades diárias normais de mães urbanas de baixa renda. Elucidar algumas das barreiras à exclusividade da amamentação nesta população, independentemente da disponibilidade de tempo materno.

Quadro 3 - Principais resultados dos estudos.

AUTORES	PRINCIPAIS RESULTADOS	LIMITAÇÃO DO ESTUDO
Gross RS, <u>Mendelsohn</u> AL, Arana MM, Messito MJ.	A maioria relatou sentir insegurança alimentar. Emergiram três temas principais: (1) os contribuintes para a tensão financeira incluíram dificuldade em atender às necessidades básicas, instabilidade no trabalho e alta vulnerabilidade específica para gravidez, infância e status de imigração; (2) os efeitos sobre a alimentação infantil incluíram diminuição da amamentação devido a percepção de dieta materna pobre, alto estresse e limitação de alimentos saudáveis; e (3) enfrentamento de estratégias incluíram estratégias em nível de casa e comunidade.	Embora a ação mais importante seria reduzir a insegurança alimentar durante esses períodos sensíveis, partes interessadas em programas e políticas para prevenir disparidades relacionadas à pobreza na obesidade infantil deve considerar e abordar o contexto mais amplo pelo qual a insegurança alimentar está associada, contribuindo com crenças, estilos e práticas.
Daniele MAS, Ganaba R, <u>Sarrassat</u> S, Cousens S, Rossier C, Drabo S, et al.	A intervenção teve um resultado positivo sobre a proporção de mulheres com bom ajuste de relacionamento 8 meses pós-parto (RD: 8,7%; IC 95%: 2,9 a 14,6). A taxa de acompanhamento foi superior a 96% em ambos os momentos. Comparcimento a duas ou mais consultas ambulatoriais de cuidados pós-natais foi mais frequente na intervenção do que no grupo controle (diferença de risco, RD: 11,7%; intervalo de confiança de 95%, IC: 6,0 a 17,5), assim como aleitamento materno exclusivo 3 meses após o parto (RD: 11,4%; IC de 95%: 5,8 a 17,2) e uso de contracepção moderna eficaz 8 meses após o parto (RD: 6,4%; IC de 95%: 0,5 a 12,3).	Metodologicamente, a incapacidade de garantir que os coletores de dados dos resultados fossem totalmente cego para a alocação do estudo pode ter aumentado o risco de cortesia ou viés de desejabilidade social nas respostas dos participantes.
Martinez-Brockman JL, Harari N, Segura-Pérez S, <u>Goeschel</u> L, Bozzi V, <u>Pérez-Escamilla</u> R.	O julgamento LATCH teve um impacto significativo na facilitação do contato precoce entre os participantes e seus pares conselheiros. Quase 60,0% das mulheres do grupo de intervenção contataram seu BFPC imediatamente ou dentro das primeiras 48 horas após o nascimento do bebê, em comparação com 34,6% no grupo controle. Conselhos sobre lactação por meio de mensagens de texto podem ajudar, teve um impacto significativo no contato precoce entre os participantes e BFPCs (odds ratio = 2,93; intervalo de confiança de 95%, 1,35-6,37), mas não teve um impacto significativo no AME (odds ratio = 1,26; intervalo de confiança de 95%, 0,54-2,66).	O estudo teve várias limitações. Em primeiro lugar, cerca de 24,5% do grupo de intervenção e 30,0% do grupo de controle foram perdidos para acompanhamento 2 semanas após o parto. Isso pode indicar que as mães que permaneceram em estudo foram altamente motivadas (ou seja, tinha uma forte intenção) de amamentar, que pode ter afetado a generalização das descobertas para mulheres sem a intenção ou motivação para amamentar.
McLachlan HL, Forster DA, Amir LH, Cullinane M, Shafiei T, Watson LF, et al.	Não houve nenhuma diferença na amamentação aos 4 meses em qualquer HV (OR ajustado 1,04; IC 95% 0,84-1,29) ou HV + drop-in (OR ajustado 0,92; IC 95% 0,78-1,08) em comparação com o braço de comparação, nenhuma diferença em 3 ou 6 meses, nem em qualquer LGA na amamentação antes e depois da intervenção. Alguns problemas ocorreram com fidelidade ao protocolo de intervenção.	Algumas mulheres não foram avaliadas por uma visita SILC-MCHN e algumas visitas não ocorreram conforme planejado, logo após a alta hospitalar. Por isso, as intervenções foram diluídas, influenciando ambos o alcance e a dose da intervenção.
Rahman A, Hafeez A, Bilal R, Sikander S, Malik A, Minhas F, et al.	Aos 6 meses de idade, bebês de mães deprimidas eram menos propensos a serem amamentados exclusivamente do que bebês de mães não deprimidas (8% vs. 21%, P = 0,014). Dados prospectivos coletados de 223 mulheres (110	NM*

	<p>deprimido e 113 não deprimido) mostrou que a duração média da amamentação exclusiva foi de 100 dias, desvio padrão = 52 dias, intervalo de 2 a 205 dias, assimetria = 0,06. A duração foi de 17 dias menor nas mães deprimidas em comparação com as não deprimidas [91,8 (DP = 47,1) vs. 108,7 dias (SD = 54,3); IC 95% 3,4 a 30,3; P = 0,014].</p> <p>A razão de risco sugere que mães deprimidas eram 1,66 vezes mais probabilidade do que as mães não deprimidas de parar amamentação exclusiva em qualquer momento.</p>	
<p>Laberere J, Gelbert-Baudino N, Ayrat AS, Duc C, Berchotteau M, Bouchon N, et al.</p>	<p>Não houve diferença significativa entre os 2 grupos de estudo com respeito à taxa de amamentação na 4ª semana. A duração mediana da amamentação foi maior no grupo de intervenção (18 semanas) do que no controle grupo (13 semanas). As mães do grupo de intervenção apresentaram menor probabilidade de relatar dificuldades para amamentar. As principais dificuldades relatadas na amamentação foram dor ou incômodo nos seios (28,6% no grupo de intervenção vs 31,6% no grupo controle), leite insuficiente (23,4% vs 37,7%), falta de motivação (20,5% vs 30,7%), criança recusou mama (4,5% vs 16,7%), mastite (2,7% vs 2,6%) e outras dificuldades ou dificuldades não especificadas (24,1% vs 38,6%). As taxas de mães que relataram satisfação razoável ou alta com as experiências de amamentação não diferiram significativamente entre os 2 grupos.</p>	<p>Não foi possível cegar os observadores deste ensaio aberto randomizado, por causa das interações com as mães durante a consulta ambulatorial e avaliação dos resultados da amamentação. O estudo foi conduzido em um único ambiente e focado em uma população de baixo risco socioeconomicamente residente em uma cidade de médio porte. Além disso, o tempo médio de permanência após o parto normal é muito mais longo em França do que em outros países ocidentais, incluindo o Estados Unidos.</p>
<p>Black MM, Siegel EH, Abel Y, Bentley ME.</p>	<p>Quanto as razões para a introdução de alimentos complementares foram analisadas, metade das mães (50%) relatou que sua decisão foi baseada em dicas infantis (por exemplo, "ele não estava ficando cheio", "ela não parecia satisfeita com o leite"). Um terço (31%) não mencionou dicas infantis, mas relatou suas próprias crenças em relação à alimentação ("Eu queria que ela provasse", "só para experimentar", "Eu senti que estava na hora"). Aproximadamente 19% relataram que introduziram alimentos sólidos por recomendação de outras pessoas ou condições externas (por exemplo, "minha mãe disse para dar cereal a ela", "minha avó sugeriu que ela começasse a comer alimentos moles como purê de batata," "Estava quente demais para beber leite"). Sessenta e um por cento das crianças receberam alimentos complementares antes dos 3 meses de idade. A comida complementar mais comum era mistura de cereais com fórmula na garrafa.</p>	<p>Existem várias limitações metodológicas. Primeiro, os resultados são específicos para jovens mães negras vivendo em várias gerações familiar. As famílias na intervenção receberam tanto a fita de vídeo e o currículo de visita domiciliar. Portanto, é impossível avaliar a contribuição única de cada componente da intervenção.</p>
<p>Haider R, Islam A, Hamadani J, Amin NJ, Kabir I, Malek MA, et al.</p>	<p>A maioria das crianças, tinha recebido alimentação pré-láctea após o nascimento (mel, água com açúcar, simples água etc.) seguido de colostro. O tempo médio de internação foi de 1,8 dias para o grupo de intervenção e 2,0 dias para o controle. Os bebês do grupo de controle geralmente saem antes de a diarreia parar, que é a prática usual no hospital, enquanto aqueles no grupo de intervenção foram encorajados a ficar até que a diarreia pudesse ser resolvida, a fim de garantir oportunidade e tempo</p>	<p>Por razões óbvias, os avaliadores do estudo não poderiam ser cegos quanto à designação do grupo de estudo. Os pacientes nos dois grupos tiveram que ser mantidos em partes separadas do hospital para evitar a contaminação da mensagem. A falta de privacidade para sessões de aconselhamento no</p>

	<p>para modificação de comportamento. Na alta hospitalar, 74 (60%) mães que tinha recebido aconselhamento sobre amamentação tinham convertido para amamentação exclusiva em comparação com apenas 7 (6%) dos controles. Quanto as crianças que foram para casa antes que a diarreia parasse, havia 37 (30%) mães amamentando em predominância (leite humano + SRO).</p>	<p>hospital pode ter sido uma restrição. Duas a três sessões curtas sob essas circunstâncias nem sempre podem ser suficientes para determinar a causa subjacente para percepção das mães de "leite humano insuficiente", o que provavelmente é responsável por falha em alguns casos.</p>
<p>Cohen RJ, Haddix K, Hurtado E, Dewey KG.</p>	<p>O tempo de amamentação foi semelhante entre os grupos, exceto que mães múltíparas em AME às 24 semanas passaram mais tempo amamentando seus bebês do que fizeram mães amamentadas + SF. No entanto, o tempo total dedicado à alimentação infantil (incluindo preparação e alimentação de sólidos no grupo BF + SF) foi significativamente maior no grupo BF + SF do que no grupo AME (exceto entre mulheres múltíparas na 24ª semana). As mulheres primíparas tendiam a gastar menos tempo com as tarefas domésticas e cuidados com os filhos do que as mulheres múltíparas. Mães em AM + SF, 60% disseram que a amamentação era "um pouco" ou "exigia muito tempo (vs 15% do AME mães), 49% disseram que interfere com outras atividades (vs 6% das mães AME), e 26% disseram que elas deram outros alimentos para estender o tempo entre as mamadas. Embora muitas das mães BF + SF soubessem que dar comida pode aumentar as doenças infantis, houve pressões culturais para não amamentar exclusivamente.</p>	<p>NM*</p>

*NM: não mencionado.

Discussão

Confiança no leite humano

A percepção de que o leite humano não teria a mesma qualidade nutricional diante de uma dieta materna pobre, fez com que as mães introduzissem outros alimentos.⁸ Isso acontece pelo fato de que não existe confiança suficiente no leite humano, condição reforçada nos estudos⁹⁻¹³ onde os achados sugerem que as genitoras guardam crença de que seus bebês deveriam aprender o quanto antes a ingerir outros alimentos, bem como a recomendação de outras pessoas, a exemplo da avó, que contribuem diretamente para que a mãe optasse pela alimentação mista e/ou até mesmo o desmame precoce.

Dentre as principais dificuldades relatadas na amamentação e que podem interferir em sua duração é a percepção de leite insuficiente e a falta de motivação da lactente¹⁰, afirmando que a interrupção precoce do aleitamento humano exclusivo pode ser mediada pela percepção psicológica de leite humano insuficiente. Os autores reforçam que a confiança no leite humano é um importante fator aliado para o sucesso da amamentação, haja vista que quando não há confiança, a percepção de que o leite humano é fraco, ou quando outras pessoas recomendam justamente por reforçar a percepção do leite humano fraco, faz com que haja o desmame.¹²

Dentre os fatores como as crenças, mitos e valores repassados pelas gerações, faz tornar plausíveis resultados como as dificuldades mais relatadas pelas mães no início da amamentação, a exemplo da falta de leite que foi a segunda mais recorrente, e a percepção de leite ralo citados em alguns momentos.¹⁴ Dois dos principais motivos citados pelas nutrizes, de não terem amamentado seus filhos foram: produção insuficiente de leite (38,2%) e não aceitação por parte da criança (25,4%).¹⁵ Respostas como: para mudar a consistência da dieta da criança, 70 (79,0%) para aumentar a oferta nutricional, 15 (17,0%) para aprender a mastigar e/ou adaptar-se com diferentes tipos de alimentos foram resultados de falas de mulheres lactantes em um estudo realizado no município de Paverama – RS.¹⁶

Foi verificado em determinada revisão que a avó que amamentou reflete um exemplo a ser seguido, inspirando positivamente sua prática, manifestando a importância dos antecedentes familiares no que concerne à tomada de decisão em manter ou abandonar a prática da amamentação.¹⁷ Por mais que os profissionais sejam importantes no apoio ao aleitamento é imprescindível que haja conhecimento e motivação por parte da nutriz, para assim aplacar o uso de fórmulas infantis.¹⁸

Apoio do cônjuge

Foi apontado que a participação e o apoio dos parceiros no período gravídico puerperal da mulher, influencia diretamente na duração da amamentação exclusiva. Por outro lado, o não ajuste de relacionamento, a discordância a respeito da alimentação do bebê, afeta a prática da amamentação.¹⁹

Diversos outros estudos²⁰⁻²⁴, corroboram com tais achados, revelando que o comportamento positivo do companheiro exerce maior efeito na capacidade e na motivação da mãe para amamentar. Em um determinado grupo de crianças onde

os pais eram favoráveis ao aleitamento humano, 75% eram amamentadas exclusivamente e 98% delas, de forma parcial.²⁰

Diferentes resultados demonstram que a pouca disposição em aleitar, menor expectativa de início da amamentação exclusiva no decorrer dos primeiros seis meses de vida do infante e a maior possibilidade de interrupção do aleitamento humano exclusivo encontram-se vigentes entre conjugues cuja violência física, sexual e/ou emocional está presente.²¹ Outros fatores associados com a continuidade da amamentação ≥ 12 meses, foram: filhos terem os pais como cuidadores (100%), e (37,5%) a mãe ser casada.²²⁻²⁴

Apoio profissional

Foi demonstrado em determinado experimento que o contato precoce das lactantes a informações sobre amamentação, por meio de mensagens de texto, teve impacto significativo entre mulheres matriculadas em um Programa de nutrição, encorajando-as a amamentação exclusiva e a permanência da prática.²⁵ Esse estudo revelou ainda, que o encorajamento verbal fornecido pelos membros da equipe da maternidade e o comparecimento da mulher a um atendimento precoce, de rotina, preventivo, pode melhorar os resultados da amamentação. Não houve diferença significativa entre os dois grupos, mas a prevalência da amamentação exclusiva e a duração mediana da amamentação foi maior no grupo de intervenção em 18 semanas, comparado ao grupo controle que foi 13 semanas. As mães do grupo de intervenção apresentaram menos dificuldades para amamentar.²⁵

Nesse estudo, foi exposto a importância do aconselhamento a mães de crianças pequenas que vão ao hospital para tratamento de diarreia. Essas crianças eram alimentadas de forma mista, e após o internamento, com o aconselhamento profissional, grande parte amamentou exclusivamente durante a internação hospitalar, e boa parcela continuou a prática em casa até o bebê completar seis meses de idade. Na alta hospitalar, 60% das mães que tinha recebido aconselhamento sobre amamentação tinha convertido para amamentação exclusiva em comparação com apenas 6% do grupo controle.¹²

Diferentes estudos evidenciaram que em quase todos os casos, os profissionais de saúde têm o conhecimento meramente teórico, sendo desvantajoso para a prática do aleitamento humano, e não conseguem prestar assistência satisfatória às lactentes com maiores obstáculos em aleitar, julgando ainda que todos os profissionais, sem exceções devem ter em sua matriz curricular conteúdos de relevância que possam abranger a importância do aleitamento humano exclusivo para o todo.¹⁸

Em outros estudos, foram identificadas seis ações que favorece o AME no período intra-hospitalar, são elas: AM sob livre demanda; o contato precoce pele a pele; intervenção na dor mamilar durante a amamentação; permanência da criança em alojamento conjunto (AC); restrição do uso de suplementação para lactentes; e intervenções educativas por meio de suporte individual e/ou em grupos durante a internação.²⁴⁻²⁸

Bem-estar Humano

O autor¹¹, traz em seu estudo que a depressão perinatal pode estar correlacionada à interrupção precoce da amamentação exclusiva e à redução da quantidade de leite humano em mães paquistanesas. A razão de risco sugeriu que mães deprimidas eram 1,66 vezes mais propensas parar a amamentação exclusiva do que as mães não deprimidas, em qualquer momento.¹¹

Ainda a respeito do bem-estar humano¹³, relata que embora a amamentação exclusiva por seis meses seja benéfica para a saúde do bebê, as mães costumam citar a pressão do tempo (maior disponibilidade) como razão para introduzir outros alimentos. Quando não se sentem confortáveis ou quando impossibilitadas de uma dedicação mais exclusiva, as lactantes tendem a desmamar seus bebês de forma mais precoce.¹³

A literatura corrobora com os achados dessa revisão uma vez que estudos distintos mostram que alguns dos principais fatores relacionados a duração do aleitamento humano exclusivo foi a autoconfiança materna em amamentar à exemplo da imagem corporal, da capacidade da mulher em encarar situações improváveis ou inesperadas em relação a amamentação, ajustamento psicológico e a intenção da mãe em amamentar.⁶ Por mais que a chegada de um bebê venha ser uma fonte de prazer e felicidade para a família. É sabido que, no entanto 13% de todas as parturientes podem apresentar indícios de depressão em até 12 semanas pós-parto.²⁹ Genitoras com sintomas sugestivos de Depressão Pós-Parto (DPP) dispuseram de 1,63 vezes consideravelmente maior de interromper o AME.³⁰

Risco de viés nos estudos incluídos

As tabelas de Risco de viés foram construídas no *Software Review Manager* e apresentam detalhes do desempenho dos ensaios para cada domínio. A Figura 1 e a Figura 2 fornecem um resumo visual do julgamento da qualidade metodológica. A maioria dos ensaios foi avaliada como baixo risco de viés nos seis domínios.

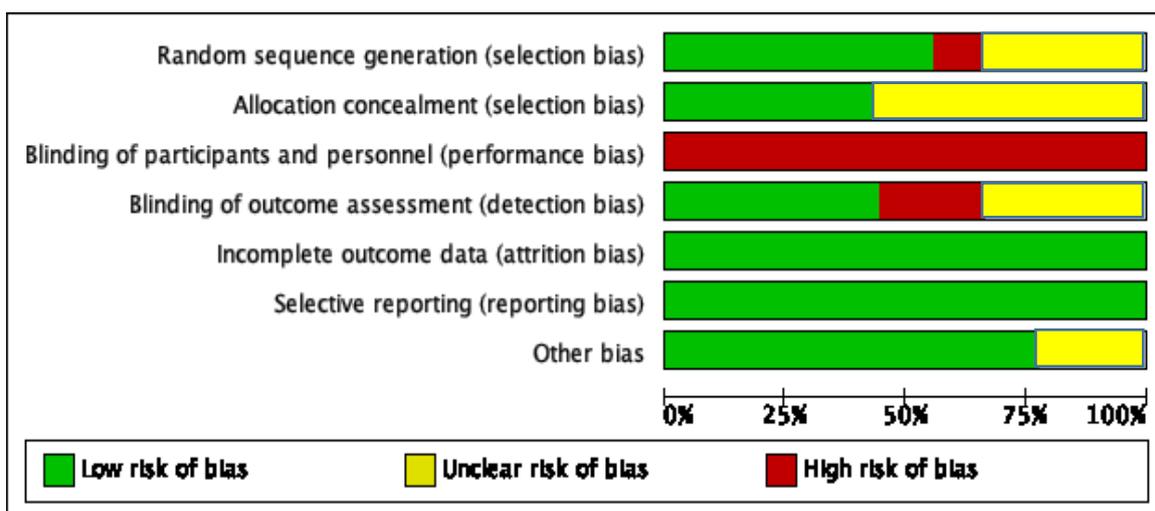


Figura 2 - Gráfico de risco de viés: análise os julgamentos dos autores sobre cada item de risco de viés apresentado como porcentagens em todos os estudos incluídos

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants and personnel (performance bias)	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias
BLACK et al, 2001	+	+	-	+	+	+	+
COHEN et al, 1995	+	+	-	+	+	+	+
DANIELE et al, 2018	+	+	-	-	+	+	+
GROSS et al 2019	+	+	-	+	+	+	+
HAIDER et al, 1996	+	+	-	+	+	+	+
LABARERE et al, 2005	+	+	-	-	+	+	+
MARTINEZ-BROCKMAN et al, 2018	+	+	-	+	+	+	+
MCLACHLAN et al, 2016	-	+	-	+	+	+	+
RAHMAN et al, 2015	+	+	-	+	+	+	+

● Low risk of bias
● Unclear risk of bias
● High risk of bias

Figura 3 - Resumo do risco de viés: analise os julgamentos dos autores sobre cada item de risco de viés para cada estudo incluído

Conclusão

A motivação materna em amamentar, ancora-se em determinantes e experiências otimistas que visam a superação dos diversos obstáculos. O apoio no processo de amamentar é constituído pelas experiências familiares (mãe, avó), pelo apoio e figura do conjugue/pai e principalmente pela determinação da rede de apoio da lactente, seja ela até mesmo da vizinhança em levá-la a superar os diferentes obstáculos referentes a amamentação.

A importância da capacitação e qualificação dos profissionais no reconhecimento dos fatores de risco e na intervenção de forma eficaz desde o aconselhamento durante planejamento familiar, ao longo do pré-natal, antes da alta hospitalar (no alojamento conjunto) e na puericultura, influencia singularmente no feedback positivo materno. O profissional enfermeiro e médico que são os que mais estão em contato com a mulher precisa entender seu papel como protagonista no esclarecimento, na conscientização e motivação da duração do aleitamento materno.

É substancial que a sociedade em geral, principalmente o Estado ampare a mulher com a finalidade de delongar a amamentação exclusiva durante um período de seis meses, assegurando a estabilidade no emprego durante a gestação, a licença maternidade no pós-parto e locais adequados para o exercício da lactação.

Agradecimento

Essa pesquisa foi financiada pelos próprios autores.

Referências

1. Silva MM, Pereira SS, Gomes-Sponholz FA, Monteiro JCS. Fatores que implicam no processo do contato precoce e aleitamento materno na sala de parto. *Cadernos Saúde Coletiva*. 2020;28(4):529-36. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028040409>
2. Amaral SA, Bielemann RM, Del-Ponte B, Valle NCJ, Costa CS, Oliveira MS, et al. Intenção de amamentar, duração do aleitamento materno e motivos para o desmame: um estudo de coorte, Pelotas, RS, 2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2020;29(1):e2019219. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100024>
3. Cavalcanti SH, Caminha MFC, Figueiroa JN, Serva VMSBD, Cruz RSBLC, Lira PIC, et al. Fatores associados à prática do aleitamento materno exclusivo por pelo menos seis meses no estado de Pernambuco. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2015;18(1):208-19. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500010016>
4. Alpízar Campos MJ, Canales Madrigal J, Moreira Álvarez RD, Castillo Ramírez M. Fatores que influenciam a duração da lactação materna nas universidades estudantis. *Enfermería Actual de Costa Rica*. 2019;(37):110-26. Available from: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n37/1409-4568-enfermeria-37-110.pdf>
5. Silva BT, Santiago LB, Lamonier JA. Apoio paterno ao aleitamento materno: uma revisão integrativa. *Revista Paulista de Pediatria*. 2012;30(1):122-30. <https://doi.org/10.1590/S0103-05822012000100018>
6. Rocha NB, Garbin AJI, Garbin CAS, Moimaz SAS. O ato de amamentar: um estudo qualitativo. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2010;20(4):1293-305. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000400012>
7. Marques ES, Cotta RMM, Magalhães KA, Sant'Ana LFR, Gomes AP, Siqueira-Batata R. A influência da rede social da nutriz no aleitamento materno: o papel estratégico dos familiares e dos profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15(suppl 1):1391-400. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700049>
8. Gross RS, Mendelsohn AL, Arana MM, Messito MJ. Food Insecurity During Pregnancy and Breastfeeding by Low Income Hispanic Mothers. *Pediatrics*. 2019;143(6):e20184113. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-4113>
9. Black MM, Siegel EH, Abel Y, Bentley ME. Home and Videotape Intervention Delays Early Complementary Feeding Among Adolescent Mothers. *Pediatrics*. 2001;107(67). <https://doi.org/10.1542/peds.107.5.e67>
10. Laberere J, Gelbert-Baudino N, Ayras AS, Duc C, Berchotteau M, Bouchon N, et al. Efficacy of Breastfeeding Support Provided by Trained Clinicians During an Early, Routine, Preventive Visit: A Prospective, Randomized, Open Trial of 226 Mother-Infant Pairs. *PEDIATRICS*. 2005;115(2):e139. <https://doi.org/10.1542/peds.2004-1362>

11. Rahman A, Hafeez A, Bilal R, Sikander S, Malik A, Minhas F, et al. The impact of perinatal depression on exclusive breastfeeding: a cohort study. *Matern Child Nutr.* 2016 July;12(3):452-62. <https://doi.org/10.1111/mcn.12170>
12. Haider R, Islam A, Hamadani J, Amin NJ, Kabir I, Malek MA, et al. Breast-feeding counselling in a diarrhoeal disease hospital. *Bulletin of the World Health Organization.* 1996;74 (2):173-9. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/264206>
13. Cohen RJ, Haddix K, Hurtado E, Dewey KG. Maternal activity budgets: Feasibility of exclusive breastfeeding for six months among urban women in Honduras, *Social Science & Medicine.* 1995;41(4):527-36. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)00354-V](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00354-V)
14. Soares JPO, Novaes LFG, Araújo CMT, Vieira ACC. Amamentação natural de recém-nascidos pré-termo sob a ótica materna: uma revisão integrativa. *Revista CEFAC.* 2016;18(1):232-41. <https://doi.org/10.1590/1982-021620161819215>
15. Caminha MFC, Cruz RSBLC, Acioly VMC, Nascimento RR, Azevedo PTACC, Lira PIC, et al. Fatores de risco para a não amamentação: um estudo caso-controle. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.* 2015;15(2):193-9. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292015000200005>
16. Schaurich GF, Delgado SE. Caracterização do desenvolvimento da alimentação em crianças de 6 a 24 meses. *Revista CEFAC.* 2014;16(5):1579-88. <https://doi.org/10.1590/1982-0216201412313>
17. Angelo BHB, Pontes CM, Leal LP, Gomes MS, Silva TA, Vasconcelos MGL. Práticas de apoio das avós à amamentação: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* [online]. 2015;15(2):161-70. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292015000200002>
18. Almeida JM, Luz SAB, Ued FV. Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura. *Revista Paulista de Pediatria.* 2015;33(3):355-62. <https://doi.org/10.1016/j.rpped.2014.10.002>
19. Daniele MAS, Ganaba R, Sarrassat S, Cousens S, Rossier C, Drabo S, et al. Involving male partners in maternity care in Burkina Faso: a randomized controlled trial. *Bull World Health Organ.* 2018;96:450-61. <https://doi.org/10.2471/BLT.17.206466>
20. Faleiros FTV, Trezza EMC, Carandina L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Revista de Nutrição.* 2006;19(5):623-30. <https://doi.org/10.1590/S1415-52732006000500010>
21. Mezzavilla RS, Ferreira MF, Curioni CC, Lindsay AC, Hasselmann MH. Intimate partner violence and breastfeeding practices: a systematic review of observational studies. *Jornal de Pediatria* [online]. 2018;94(3):226-37. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2017.07.007>
22. Santana GS, Giugliani ER, Vieira TO, Vieira GO. Fatores associados à manutenção da amamentação por 12 meses ou mais: revisão. *Jornal de Pediatria* [online]. 2018;94(2):104-22. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2017.06.013>

23. Sousa AM, Fracolli LA, Zoboli ELCP. Práticas familiares relacionadas à manutenção da prática: revisão da literatura e metassíntese. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;34(2):127-34. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9142>
24. Vieira TO, Martins CC, Santana GS, Vieira GO, Silva LR. Intenção materna de amamentar: revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016;21(12):3845-58. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152112.17962015>
25. Martinez-Brockman JL, Harari N, Segura-Pérez S, Goeschel L, Bozzi V, Pérez-Escamilla R. Impact of the Lactation Advice Through Texting Can Help (LATCH) Trial on Time to First Contact and Exclusive Breastfeeding among WIC Participants. *Journal of Nutrition Education and Behavior*. 2018;50(1). <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2017.09.001>
26. Coca KP, Pinto VL, Westphal F, Mania PNA, Abrão ACFV. Conjunto de medidas para o incentivo do aleitamento materno exclusivo intra-hospitalar: evidências de revisões sistemáticas. *Revista Paulista de Pediatria*. 2018;36(2):214-20. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/;2018;36;2;00002>
27. Dias RB, Boery RNSO, Vilela ABA. Conhecimento de enfermeiras e estratégias de incentivo da participação familiar na amamentação. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016;21(8):2527-36. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.08942015>
28. Silva CM, Pereira SCL, Passos IR, Santos LC. Fatores associados ao contato pele a pele entre mãe/filho e amamentação na sala de parto. *Revista de Nutrição*. 2016;29(4):457-71. <https://doi.org/10.1590/1678-98652016000400002>
29. Ciampo LAD, Ciampo IRLD. Aleitamento materno e seus benefícios para a saúde da mulher. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia [online]*. 2018;40(6):354-59. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1657766>
30. Silva CS, Lima MC, Sequeira-de-Andrade LA, Oliveira JS, Monteiro JS, Lima NMS, et al. Associação entre a depressão pós-parto e a prática do aleitamento materno exclusivo nos três primeiros meses de vida. *Jornal de Pediatria*. 2017;93(4):356-64. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2016.08.005>

Autor de correspondência

Gilvânia Patrícia do nascimento Paixão
Av. R. Edgar Chastinet, s/n. CEP: 48900-000- São Geraldo.
Juazeiro, Bahia, Brasil.
gilvania.paixao@gmail.com

Atenção primária e promoção ao envelhecimento saudável em tempos da pandemia da COVID-19

Primary care and promotion of healthy ageing in times of the COVID-19 pandemic

Atención primaria y promoción del envejecimiento saludable en tiempos de pandemia de COVID-19

Maria de Fátima Rodrigues de Oliveira¹, Luciana Mitsue Sakano Niwa², Mateus de Carvalho Maciel³, Denise Philomene Joseph van Aanholt⁴,
Sueley Itsuko Ciosak⁵

Como citar: Oliveira MFR, Niwa LMS, Maciel MC, Aanholt DPJV, Ciosak SI. Atenção primária e promoção ao envelhecimento saudável em tempos da pandemia da COVID-19. REVISA. 2023; 12(3): 491-500. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n3.p491a500>

REVISA

1. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem. São Paulo, São Paulo, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-1039-6550>

2. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem. São Paulo, São Paulo, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-9342-7454>

3. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem. São Paulo, São Paulo, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-0356-463X>

4. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem. São Paulo, São Paulo, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-1439-0321>

5. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva. São Paulo, São Paulo, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-5884-2524>

Recebido: 17/04/2022
Aprovado: 23/06/2022

RESUMO

Objetivo: Refletir sobre as estratégias da Atenção Primária para a promoção do envelhecimento saudável em tempos de pandemia da COVID-19. **Método:** relato de experiência sobre estratégias de cuidado aos idosos, pautados em artigos nacionais e internacionais e experiências dos autores. **Resultados:** As considerações versam sobre os seguintes temas: contexto do idoso na cidade de São Paulo, onde os mais expostos são os que moram sozinhos, abandonaram o tratamento de suas condições crônicas por medo de contrair a Covid-19, os que sofrem violência no domicílio, os institucionalizados e os que obtêm informações equivocadas. Estratégias de cuidado à pessoa idosa no enfrentamento da pandemia da COVID-19 na atenção primária, explicando o que tínhamos, temos e precisamos construir. **Conclusão:** O atendimento da atenção primária é fundamental no cuidado da pessoa idosa, para a promoção do envelhecimento saudável e ativo, continuidade do tratamento de condições crônicas e detecção precoce da Covid-19, violência e seus encaminhamentos.

Descritores: Idosos; Pandemia; Covid-19; Saúde pública.

ABSTRACT

Objective: To reflect on primary care strategies for the promotion of healthy aging in pandemic times of COVID-19. **Method:** experience report on strategies of care for the elderly, based on national and international articles and experiences of the authors. **Results:** The considerations deal with the following themes: context of the elderly in the city of São Paulo, where the most exposed are those who live alone, abandoned the treatment of their chronic conditions for fear of contracting Covid-19, those who suffer violence at home, institutionalized and those who obtain mistaken information. Strategies to care for the old person in coping with the COVID-19 pandemic in primary care, explaining what we had, have and need to build. **Conclusion:** Primary care is fundamental in the care of the old person, for the promotion of healthy and active aging, continuity of treatment of chronic conditions and early detection of Covid-19, violence and its referrals.

Descriptors: Elderly; Pandemic; Covid-19; Public health.

RESUMEN

Objetivo: Reflexionar sobre las estrategias de atención primaria para la promoción del envejecimiento saludable en tiempos de pandemia de COVID-19. **Método:** informe de experiencia sobre estrategias de atención al anciano, basado en artículos y experiencias nacionales e internacionales de los autores. **Resultados:** Las consideraciones abordan los siguientes temas: contexto de los ancianos en la ciudad de São Paulo, donde los más expuestos son los que viven solos, abandonaron el tratamiento de sus condiciones crónicas por temor a contraer Covid-19, los que sufren violencia en el hogar, institucionalizados y los que obtienen información errónea. Estrategias para cuidar al anciano en el afrontamiento de la pandemia de COVID-19 en atención primaria, explicando lo que teníamos, tenemos y necesitamos construir. **Conclusión:** La atención primaria es fundamental en el cuidado del anciano, para la promoción del envejecimiento sano y activo, la continuidad del tratamiento de las enfermedades crónicas y la detección precoz del Covid-19, la violencia y sus derivaciones.

Descriptores: Ancianos; Pandemia; Covid-19; Salud pública.

Introdução

Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS)¹ declarou que o surto de uma doença causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), causador da doença COVID-19, considerada pandemia em 11 de março de 2020.

As principais vítimas da COVID-19 são os idosos, pois além das alterações fisiológicas do envelhecimento, muitos apresentam doenças crônicas, o que os torna vulneráveis levando-os a óbito.¹⁻² Os principais sintomas são: febre, tosse, dificuldade de respirar e estado confusional agudo nos idosos.

Promover a saúde do idoso pela enfermagem em tempos de pandemia envolve, entre outras ações, avaliação, atendimento e esclarecimento, considerando suas fragilidades físicas e mentais, considerando o aspecto individual e coletivo decorrentes de conjunturas políticas, econômicas e sociais.³

A adequação do atendimento ao idoso envolve a atualização e preparo das equipes de profissionais de saúde, assim como os aspectos físicos ambientais, ou seja, inclui espaços, materiais e equipamentos no atendimento às necessidades em saúde.

No início da pandemia houve excesso de informações e notícias falsas envolvendo a população idosa como o cancelamento da aposentadoria, o carro “cata idoso” caso o isolamento não fosse cumprido e a “escolha de Sofia” quanto à prioridade no atendimento hospitalar³. Torna-se assim compreensível o sentimento de angústia manifesto pelos idosos e suas famílias, porque fica abalada a relação que eles costumam manter com o conceito de “qualidade de vida do idoso” que busca trazer esperanças e promover iniciativas salutares em suas vidas.⁴

Para proteção, especialmente dos idosos, foram adotadas medidas de higiene, sanitárias e de distanciamento. Contudo, os idosos precisam seguir com suas atividades e, quando necessário, usar os equipamentos de saúde fundamentais na Atenção Primária à Saúde (APS), de modo a manterem-se saudáveis do ponto de vista físico e mental.

A APS constitui o primeiro nível de atenção à saúde no âmbito individual e coletivo, caracterizando por um conjunto de ações que abrange a proteção e promoção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico e tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Tem por objetivo desenvolver a atenção integral que venha a impactar de forma positiva a situação de saúde da coletividade. Entre suas ações desenvolvidas quanto à prestação de serviços à população destacam-se as consultas, exames, radiografias, vacinas entre outros. A equipe de saúde para atuar no atendimento deve ser composta por médicos generalistas ou especialistas, enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde. Os atendimentos geralmente, são realizados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), que devem estar inseridas na região próxima as residências dos usuários e acessível à população e o número de moradores/usuários não deverá ultrapassar quatro mil por região de atendimento⁵.

A APS é a porta de entrada para o atendimento do SUS, portanto está mais próxima da população, com uma importante ação nas redes de atenção à saúde (serviços interligados entre si com objetivos comuns) e na ordenação da

assistência. Deve orientar-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade e da atenção, devendo atuar o mais próximo da vida dos seus usuários. São diversas as estratégias governamentais que a envolvem, destacando-se aí a Estratégia da Saúde da Família (ESF), pois compõe um conjunto de iniciativas da Secretaria de Atenção Primária à Saúde⁵.

Também tem as equipes de atenção domiciliar, que transita em todos os níveis de atenção da rede de atenção à saúde, para ser considerada pela APS, que por conhecer todos os pontos de atenção no território, garante articulações intersetoriais e assim as equipes de ambos podem atender as demandas assistenciais para um cuidado compartilhado e integral em saúde. A integralidade do cuidado através da rede, permite que a UBS também possa acionar as equipes da atenção domiciliar quando o usuário apresenta complicações de locomoção, e assim garantir uma avaliação e análise para que se tome as devidas providências. Importante destacar esta elasticidade das redes de atenção a saúde, bem como seu dinamismo, podendo assim expandir para vários equipamentos e formar ramificações sempre que as equipes de referências acionam um novo serviço para atender às necessidades dos usuários⁶⁻⁷.

Na atual situação da pandemia da COVID-19, a atuação das equipes das UBS vem sendo primordial, pois detém o conhecimento do território e o vínculo com os usuários, o que facilita a comunicação efetiva sobre as condutas em tempos de distanciamento e o monitoramento dos usuários de grupo de risco, bem como o acompanhamento aos casos suspeitos e leves, visando detectar riscos de complicação, onde se faz necessário uma avaliação presencial para possíveis encaminhamentos aos serviços de referência.

Diante do exposto é importante conhecer as estratégias da APS na promoção e proteção da saúde das pessoas idosas, durante a pandemia da COVID-19.

Nesse sentido, o objetivo do estudo foi descrever as estratégias da APS sobre a promoção do envelhecimento saudável em tempos de pandemia da COVID-19, na cidade de São Paulo.

Método

Trata-se de um relato de experiência sobre estratégias da APS frente aos idosos submetidos a seus cuidados, pautados em literatura nacionais e internacionais e na vivência dos autores.

O levantamento bibliográfico foi realizado nas bases de dados Scientific Eletronic Library Online (SciELO), Bases de Dados em Enfermagem (BDENF), LILACS, MEDLINE e OPAS, no período de janeiro de 2020 a dezembro de 2021. No ano de 2020, não havia muito material de qualidade disponível, pois, se tratava dos primórdios da pandemia e muitas informações falsas permeavam as mídias sociais e alguns veículos de comunicação.

Os autores são todos da área da saúde e atuam direta ou indiretamente na atenção primária de saúde e na temática da longevidade.

As considerações versam sobre os seguintes temas: contexto do idoso na cidade de São Paulo e estratégias de cuidado à pessoa idosa na atenção primária em tempos de pandemia da COVID-19.

Resultados e Discussão

Idosos na cidade de São Paulo

Os idosos representam a parcela da população mundial mais afetada e prejudicada pela pandemia da COVID-19, o que leva a uma maior preocupação e especial atenção em relação à sua condição de vida e saúde.

Muitos idosos buscavam o envelhecimento saudável para seguir com qualidade de vida até a finitude. A compreensão do envelhecimento saudável é abrangente e envolve todos os idosos inclusive os que têm doenças crônicas, pois não está centrada na ausência de agravos e nem tampouco restrita à funcionalidade do idoso, mas num processo que possibilitará a construção de habilidades que lhe permitirão vivenciar o envelhecimento da melhor forma possível.⁸

O envelhecimento saudável, considera a capacidade funcional que, por sua vez, pode ser compreendida como a associação da capacidade intrínseca do indivíduo e características ambientais relevantes e as interações entre elas. A capacidade intrínseca é a articulação das capacidades físicas e mentais (incluindo psicossociais). As características ambientais são o contexto de vida, incluindo as relações sociais e abrange a adoção de hábitos e comportamentos inerentes ao estilo de vida, com destaque para a alimentação saudável, prática de atividades físicas, abstenção de tabaco e álcool. Esses hábitos e comportamentos são fatores de proteção e auxiliam no controle de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que correspondem às maiores causas de mortalidade da população idosa⁸. A pandemia os afetou especialmente na saúde mental e com a diminuição das relações sociais fundamentais para o envelhecimento saudável.

Muitos idosos moram sozinhos ou moram com outros idosos na cidade de São Paulo. Destes, 63,1% (183.477) têm duas ou mais doenças crônicas simultâneas. Entre as doenças mais comuns, 67,9% (197.434 idosos) são hipertensos, 25,4% (73.856) têm diabetes, 22,9% (66.587) apresentam alguma doença cardíaca e 9,3% (27.042) têm doença pulmonar crônica. Existem ainda, outros fatores preocupantes como a fragilidade com 12,9% (37.510) e a pré-fragilidade com 52,2% (151.782) que cursam com pouca resistência ou energia, perda de peso involuntariamente e sensação de fraqueza, entre outros fatores de risco.⁹

A maioria dos idosos tem comorbidades que necessitam de controle e acompanhamento de saúde, pois estas podem aumentar o risco para a manifestação grave da COVID 19, o que implica em melhor comunicação e acompanhamento desses idosos pela Atenção Primária a Saúde. Muitos idosos com doenças crônicas abandonaram o tratamento durante a pandemia por informações equivocadas ou por restrições dos familiares e foram hospitalizados em decorrência de agudizações dessas doenças, sobrecarregando o sistema de saúde e com maior risco de contrair a Covid-19. É imprescindível o acompanhamento seguro dos idosos em controle de doenças crônicas e o esclarecimento de notícias falsas como, o do uso de determinados medicamentos, aumentarem a chance de contrair a Covid-19. É importante que a referência de saúde para o idoso seja a UBS de sua área de abrangência.

É válido ressaltar a importância da APS para os idosos, especialmente os que vivem sozinhos, pois a falta de políticas públicas condizentes, aliada ao desconhecimento dos recursos tecnológicos disponíveis, como por exemplo, a dificuldade no uso do telefone celular para solicitar o atendimento das suas necessidades básicas, pode levar o mesmo a sair de casa, a se contaminar pelo vírus e, como consequência precisar de hospitalização, tornar-se incapacitados e, assim, a situação evoluir para óbito.⁹ O acompanhamento desses idosos pela atenção primária é fundamental pois muitos não tem família e rede de apoio para pedir ajuda no dia-a-dia muito menos em situação de risco a saúde.

Além dos idosos que habitam com seus familiares ou moram sozinhos, há aqueles que moram em Instituições de Longa Permanência (ILPs) que se mostram de alto risco para a vulnerabilidade e, dependendo das condições físicas e de atendimento, podem vir a desencadear uma contaminação em massa. Para tentar conter o avanço da doença nesse tipo de instituição é essencial a implementação de parcerias entre os setores de serviço social e atenção à saúde.

Alguns idosos tem sido vítimas de violência em suas próprias casas. O atendimento de profissionais de enfermagem nas UBS e nos domicílios é fundamental para detectar sinais e sintomas de violência e para que os idosos tenham a quem pedir ajuda.¹⁰

A violência doméstica contra idosos geralmente acontece devido à perda da capacidade funcional que os deixa fragilizados. Muitas vezes ela ocorre no domicílio do idoso e é causada pelos próprios familiares. Os tipos de violências domésticas mais relatados são: agressão física; sexual, psicológica; financeira e econômica; negligência e abandono.¹⁰

Além da violência doméstica que acomete o idoso, também, são comuns as ocorrências em outros estabelecimentos e áreas públicas. Tais ocorrências envolvem: apropriação e dano; exposição ao estelionato/extorsão e furto/roubo. Essas formas de violência são decorrentes do estado de vulnerabilidade que leva o idoso à situação de exposição a esse risco, principalmente aqueles que vivem sozinhos.¹¹

Soma-se a isso o fato da cidade não ter sido planejada para atender a esta população, que já com dificuldades de locomoção e equilíbrio, enfrentam ruas e calçadas com deformidades e buracos, escadas sem corrimão para o apoio, condução e condutores despreparados, além de grandes avenidas, cujo tempo semafórico, não permite a travessia completa do pedestre idoso.

Estratégias de cuidado à pessoa idosa na AP em tempos de pandemia da COVID-19

Assim como os demais setores da sociedade, a APS teve que se reinventar e reestruturar seus processos frente aos novos desafios impostos pela pandemia, mas antes de pensarmos nas novas estratégias, é importante destacar o que já vem sendo realizado nos serviços primários.

Na estruturação dos serviços de APS direcionados à população idosa, temos as UBS como porta de entrada e em 2019, o município de São Paulo anunciou a implementação do Programa Nossos Idosos, com o foco na promoção da autonomia, independência e melhoria na qualidade de vida dessa população, com isso as UBS do município foram instigadas a implementar qualificação das equipes multiprofissionais visando à qualidade de vida das pessoas idosas.¹²

Ainda, quanto às UBS, houve a Implantação da Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica (AMPI-AB) na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, sendo que sua implementação visou instrumentalizar as unidades para qualificação da demanda, planejamento e gestão do cuidado em saúde das pessoas idosas na Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa.¹³

Os idosos, após avaliados, se classificados como frágeis, são encaminhados para avaliação especializadas nas Unidades de Referência à Saúde do Idoso (URSI), que tem como objetivo garantir a promoção e atenção integral à saúde do idoso mais fragilizado no nível secundário de assistência do Sistema Único de Saúde (SUS).

Outro programa desenvolvido na APS é o Programa Acompanhante de Idosos (PAI), onde é desenvolvido um tipo de cuidado domiciliar bio-psico-social às pessoas idosas em situação de fragilidade e vulnerabilidade social. O Programa disponibiliza a prestação dos serviços de profissionais e acompanhantes de idosos, para apoio e suporte nas Atividades de Vida Diárias (AVD's) e para suprir outras necessidades de saúde e sociais. Entre os objetivos do programa está a quebra do isolamento e exclusão social, a formação, o acompanhamento e a oferta de suporte técnico aos acompanhantes para atendimento da população idosa em seu domicílio e/ou na cidade e a integração das redes formais e informais de atenção à pessoa idosa, para fortalecimento de parcerias e obtenção de alternativas de atendimento das demandas. Entretanto, este programa consegue atender pequena parcela da população idosa da cidade de São Paulo.¹⁴

A pandemia impôs mudanças na forma de atendimento a população idosa. Tendo que se reinventar em tempos de crises a APS abriu mão de novas modalidades de atendimento e intensificou campanhas de orientação e conscientização da população frente ao novo vírus.

No que tange o arcabouço legal, os Conselhos Federais de Enfermagem e Medicina (COFEN e CFM) regulamentaram a telemedicina, em caráter excepcional e temporário com o objetivo de operacionalizar as medidas de enfrentamento da pandemia da COVID-19. A fim de utilizar esses novos recursos, os municípios tiveram de se adaptar e criar protocolos e aplicativos para operacionalizar esta nova ferramenta.

Durante a pandemia: foram criados serviços de telemonitoramento de atenção à saúde, implementando o 0800 nas unidades, onde a população foi incentivada a acionar os serviços de saúde, através de uma chamada gratuita, tendo acesso aos profissionais de saúde que foram treinados para dar orientações telefônicas, frente à pandemia e a outros assuntos relacionados à saúde. Contudo, como muitos idosos que vivem sozinhos nem sempre conseguem usar o telefone, este serviço se torna inviável para alguns, sendo necessárias outras formas de contato, como visitas programadas com intervalos de acordo com o perfil do idoso.

Serviços como o PAI tiveram um papel importante, realizando ações criativas voltadas à promoção da saúde mental dos idosos, como as serenatas para amenizar as consequências do distanciamento/isolamento que podem trazer sentimentos de solidão, abandono e depressão. A equipe fazia a serenata em frente à casa dos idosos e cantava músicas como "Eu quero ter um milhão de

amigos” e “Canta, canta, minha gente” que foram algumas das canções entoadas pelo grupo¹⁵.

Outra forma de contribuir com a população idosa seria uma ação em parceria com a sociedade (vizinhos, parentes, representantes do condomínio ou do bairro) que, de forma solidária, poderia orientar, monitorar, oferecer ajuda e atender essa população.

Nesse período de pandemia a campanha de vacinação contra COVID-19 e contra Influenza, estão ocorrendo de forma concomitante, sendo população alvo a idosa, que é orientada a tomar as duas vacinas em momentos diferentes, com pelo menos 15 dias de intervalo entre uma e outra, não sendo recomendado tomá-las simultaneamente. Um grande desafio foi atender os idosos de maneira segura e com facilidades de acesso: foram montadas áreas de vacinação externas às unidades de saúde, pontos de vacinação volantes, vacinação no sistema “drive-thru” onde o idoso não precisa sair do carro e há também a vacinação em domicílio para idosos com dificuldade de locomoção, ação auxiliada em alguns Municípios pelas equipes de atenção domiciliar. Para não confundir os idosos o oferecimento da vacina de influenza, foi instalada e locais distintos, ao da COVID-19.

Outro ponto importante foi a orientação da importância das demais doses da vacina do COVID-19, seguindo as orientações do MS, totalizando 4 doses ao todo. As UBS, em alguns municípios, tiveram papel importante em garantir uma busca ativa para que esses usuários idosos estivessem com calendário vacinal em dia.

Essa pandemia propõe um olhar ampliado em direção aos idosos, buscando identificar suas fragilidades e potencialidades e com isso instrumentalizar os profissionais de saúde por meio de reuniões e orientações específicas para compartilhar problemas e soluções, atualizações sobre a COVID-19 e uso de Equipamentos de Proteção Individual, dirigindo-se principalmente aos agentes comunitários de saúde para que consigam perceber as dificuldades desses idosos e desencadear os encaminhamentos necessários.

E quanto à busca do envelhecimento saudável, lembramos que cabem à APS as orientações de autocuidado e autocuidado apoiado para a promoção da capacidade intrínseca.

A implementação das ações educativas para a população se faz necessária, assim como o combate a falsas informações. Na área da educação em saúde sempre é preciso readequar e reinventar as possibilidades estratégicas para o desenvolvimento dos processos de transformação dos sujeitos envolvidos para que ocorram de fato as transformações necessárias. Nesse sentido, ações educativas feitas por meio de comunicação adequada, inteligente, criativa e acolhedora podem impactar de forma positiva a saúde da coletividade.¹⁶

Desse modo, a atuação da equipe da APS é ampla, vai desde a prevenção, tratamento, reabilitação e até cuidados paliativos e, fundamental ao combate à pandemia e na promoção da saúde da pessoa idosa neste período.

Pensando na ampla ação da APS junto a pessoa idosa, Ceccon e col¹⁷ realizou um estudo qualitativo interessante que pode refletir a dimensão da APS e também mostrar alguns problemas que ela enfrenta frente a percepção dos usuários idosos. Esta pesquisa foi realizada em oito municípios brasileiros, participaram 190 sujeitos (64 idosos com dependência, 27 cuidadores formais, 72 cuidadores familiares, 7 gestores e 20 profissionais que atuam na APS) através de

entrevistas agendadas previamente. Foi possível observar problemas no acesso, na atenção domiciliar, na rede de atenção a saúde e trabalho interprofissional, principalmente porque há uma prática de ações centrada no profissional médico, apesar de entendermos que a APS atua com equipe multiprofissional e na UBS fortemente com os profissionais de enfermagem, ficando claro a importância de ampliar as práticas da APS e qualificar melhor os profissionais atuantes neste campo da saúde.¹⁷

Considerações Finais

Faz-se primordial a valorização do olhar e da atuação da APS voltada às necessidades de condição de vida e saúde dos idosos, principalmente neste período de pandemia da COVID-19. Buscar estratégias de implementação de promoção em saúde para envelhecimento saudável é fundamental para a proteção da pessoa idosa, neste período ímpar que vivemos.

Os idosos têm sido apontados como a parcela da população que se apresenta mais vulnerável à pandemia da COVID-19, inclusive somando o número de mortes mais expressivo em relação à totalidade dos óbitos. Portanto, é de suma importância a identificação dos problemas enfrentados por eles durante a pandemia, cercados de incertezas, desconhecimento sobre a contaminação e evolução da doença após exposição ao contágio. As fragilidades física e emocional, dificuldades, anseios, medos, agravam as enfermidades com as quais já convivem. O registro obtido por meio do contato, atendimento e esclarecimento desses idosos traz importantes contribuições para que os profissionais que atuam na atenção primária promovam, enfim, a saúde dessa parcela da sociedade e conseqüentemente desenvolvam-se procedimentos que se adequem à situação atual e à vindoura, uma vez que essa pandemia tem exigido criações e atualizações de protocolos e atendimentos. E que assim seja possível proporcionar cuidados e orientações de forma objetiva e humanizada.

Podemos concluir que a APS tem importante contribuição na orientação, monitoramento, diagnóstico e possíveis encaminhamentos para esta parcela da população que, pela idade e comorbidades, constitui o grupo mais vulnerável de nossa população, contribuindo-se assim para desfechos favoráveis ao envelhecimento saudável em tempos da pandemia da covid-19.

Agradecimento

Esse estudo foi financiado pelos próprios autores

Referências

1. World Health Organization. Statement on the second meeting of the International Health Regulations. Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2020 Mar 27]. Available from: [https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-secondmeetingof-the-international-health-regulations-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novelcoronavirus-\(2019nov\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-secondmeetingof-the-international-health-regulations-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novelcoronavirus-(2019nov))

2. Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS]. Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus). [Internet] 2020. [cited 2020 mar 24]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875.
3. Weid OVD. 'A escolha de Sofia'? Covid-19, deficiência e vulnerabilidade: Por uma bioética do cuidado no Brasil. DILEMAS - Revista de Estudos de Conflito e Controle Social – Rio de Janeiro – Reflexões na Pandemia 2020. Acessível em: <https://www.reflexpandemia.org/texto-36>
4. Hammerschmidt KSA, Santana RF. SAÚDE DO IDOSO EM TEMPOS DE PANDEMIA COVID-19. Cogitare Enfermagem. Curitiba. 2020. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/72849>
5. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica* (PNAB). Brasília - DF. 2012. Acessível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTE4OA==>
6. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Rev Méd Minas Gerais. 2008;18(4 Supl 4):S3-11.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Orientações técnicas para a implementação de linha de cuidado para atenção à saúde da pessoa idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018
8. Tavares RE, Jesus MCP, Machado DR, Braga VAS, Tocantins FR, Merighi MAB. Envelhecimento saudável na perspectiva de idosos: uma revisão integrativa. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. v. 20, n. 6, p. 878-889. Rio de Janeiro. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232017000600878&script=sci_arttext&tlng=pt
9. Duarte YAO. SABE Saúde, bem-estar e envelhecimento. Estudo longitudinal de múltiplas coortes sobre as condições de vida e saúde dos idosos do município de São Paulo- 2015-2019. Escola do Parlamento – Câmara Municipal de São Paulo, 2019. Disponível em: <https://bv.fapesp.br/pt/auxilios/89845/estudo-sabe-estudo-longitudinal-de-multiplas-coortes-sobre-as-condicoes-de-vida-e-saude-dos-idosos/>
10. Barrioso PDC. Atuação da enfermagem frente à violência contra idosos. PEBMED. Rio de Janeiro. 2020. Acessível em: <https://pebmed.com.br/atuacao-da-enfermagem-frente-a-violencia-contraidosos/>
11. Alarcon MFS, Paes VP, Damaceno DG, Sponchiado VBY, Marin MJS. Violência financeira: circunstâncias da ocorrência contra idosos. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232019000600201&script=sci_abstract&tlng=pt

Oliveira MFR, Niwa LMS, Maciel MC, Aanholt DPJV, Ciosak SI

12. São Paulo. Prefeitura lança Programas Nossos Idosos. São Paulo. Secretaria Especial de Comunicação, 2019. Disponível em: <http://www.capital.sp.gov.br/noticia/prefeitura-lanca-programa-nossos-idosos>. Acessado em 10/07/2020.

13. São Paulo. Implantação da Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (AMPI-AB) na Atenção Básica na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Saúde da Pessoa Idosa. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2017. Disponível em: <https://saudedapessoaidosa.fiocruz.br/pratica/implanta%C3%A7%C3%A3o-da-avalia%C3%A7%C3%A3o-multidimensional-da-pessoa-idosa-ampi-ab-na-aten%C3%A7%C3%A3o-b%C3%A1sica-na>. Acesso em 10/07/2020.

14. SPDM Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina. Programa Acompanhante de Idoso (PAI). 2016. Disponível em: <https://www.spdm.org.br/a-empresa/projetos-sociais/programa-acompanhante-de-idoso-pai>

15. São Paulo. Músicas para curar a alma. PAIS, 2020. Disponível em : <http://www.spdmpais.org.br/noticias/1923-musica-para-curar-a-alma.html> . Acesso: 10/07/2020.

16. Egry EY, Fonseca RMGS, Oliveira MAC, Bertolozzi MR. Enfermagem em Saúde Coletiva: reinterpretação da realidade objetiva por meio da ação praxiológica. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672018000700710&script=sci_arttext&tlng=pt

17. Ceccon RF, Soares KG, Vieira LJE de S, Junior CAS, Matos CCde AS e col. Atenção Primária em Saúde no cuidado ao idoso dependente e ao seu cuidador. Ciênc. Saúde Colet. 26 (01) • Jan 2021 • <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30382020>

Autor de correspondência

Maria de Fátima Rodrigues de Oliveira
Rua Gaspar Lourenço n 231, apto 44. CEP: 04107-001-
Vila Mariana. São Paulo, São Paulo, Brasil.
mfroliveira1956@gmail.com

Reivindicações dos profissionais de enfermagem expressas nas mídias jornalísticas no primeiro semestre de 2020

Demands of nursing professionals expressed in the media in the first half of 2020

Demandas de profesionales de enfermería expresadas en los medios periodísticos en el primer semestre de 2020

Paula Giovanna Severino Colem Timo¹, Maria Liz Cunha de Oliveira², Leila Bernarda Donato Gottems³

Como citar: Timo PGSC, Oliveira MLC, Gottems LBD. Reivindicações dos profissionais de enfermagem expressas nas mídias jornalísticas no primeiro semestre de 2020. REVISA. 2023; 12(3): 501-12. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n3.p501a512>

REVISA

1. Universidade Católica de Brasília.
Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-4977-7166>

2. Universidade Católica de Brasília e
Escola Superior de Ciências da Saúde
Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-5945-1987>

3. Universidade Católica de Brasília e
Escola Superior de Ciências da Saúde
Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-2675-8085>

Recebido: 17/01/2023
Aprovado: 29/03/2023

RESUMO

Objetivo: Analisar de que forma os jornais de grande circulação veicularam as reivindicações dos profissionais de enfermagem durante a pandemia pelo SARS-CoV-2, no primeiro semestre de 2020. **Método:** Estudo descritivo de abordagem mista, com matérias publicadas em três jornais on-line no período de 01/01/2020 a 30/06/2020, cujas reportagens levantadas foram submetidas ao método de análise do conteúdo. **Resultados:** Foram analisadas 143 reportagens e organizadas em cinco subcategorias temáticas, quais sejam: manifestações por condições de trabalho, homenagem aos colegas vítimas da COVID-19, homenagens da população à enfermagem, manifestação dos enfermeiros no dia do trabalhador, repúdio ao comportamento do presidente. **Conclusão:** Verificou-se que essa cobertura possui características mais informativas e pontuais, pois não há uma sequência ou continuação de notícias nas edições posteriores. O presente estudo possibilitou perceber que os movimentos reivindicatórios não aconteceram em uma só cidade e que os profissionais de Enfermagem lutam por melhores condições de trabalho. Por fim, os desafios da profissão foram colocados em pauta nas mídias impressas, especialmente relacionados aos instrumentos de trabalho e à própria força de trabalho.

Descritores: Condições de Trabalho; COVID-19; Enfermagem; Média Impressos.

ABSTRACT

Objective: To analyze how widely circulated newspapers published the demands of nursing professionals during the SARS-CoV-2 pandemic, in the first half of 2020. **Method:** A descriptive study with a mixed approach, with articles published in three online newspapers from 01/01/2020 to 06/30/2020, whose articles were submitted to the content analysis method. **Results:** 143 reports were analyzed and organized into five thematic subcategories, namely: rallies over working conditions, tribute to fellow victims of COVID-19, homage paid from the population to nursing, protests of nurses on Workers' Day, repudiation of the president's behavior. **Conclusion:** It was found that this coverage has more informative and punctual characteristics, as there is no sequence or continuation of news in later editions. This study made it possible to realize that the claims movements did not take place in a single town alone and that nursing professionals fight for better working conditions. Finally, the challenges of the profession were put on the agenda in the printed media, especially related to work instruments and the workforce itself.

Descriptors: Work Conditions; COVID-19; Nursing; Printed Media.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la forma en que los médicos de gran circulación publicaron las demandas de los profesionales de la enfermería durante la pandemia de SARS-CoV-2, en el primer semestre de 2020. **Método:** Estudio descriptivo de enfoque mixto, con materiales publicados en tres revistas en línea en el período del 01/01/2020 al 30/06/2020, cuyos informes levantados fueron sometidos al método de análisis del contenido. **Resultados:** Se analizaron 143 informes y se organizaron en cinco subcategorías temáticas, a saber: manifestaciones por condiciones de trabajo, homenajes a los colegas víctimas del COVID-19, homenajes de la población a la enfermería, manifestación de los enfermeros en el día del trabajador, rechazo a la conducta del presidente. **Conclusión:** Se ha comprobado que esta cobertura posee características más informativas y ponderadas, ya que no hay una secuencia o continuidad de noticias en las ediciones posteriores. El presente estudio ha permitido percibir que los movimientos reivindicativos no se producen en una única ciudad y que los profesionales de la Enfermería luchan por unas mejores condiciones de trabajo. Finalmente, los retos de la profesión se pusieron en la agenda de los medios impresos, especialmente los relacionados con los instrumentos de trabajo y la propia mano de obra.

Descritores: Condiciones de Trabajo; COVID-19; Enfermería; Medios Impresos.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Enfermagem representa a metade da força de trabalho na promoção da saúde e na prevenção de doenças no Brasil e no mundo.¹ Responsável pela promoção, prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos através do seu conhecimento técnico e científico, os profissionais dessa área exercem um papel indispensável. Contudo, há anos se discutem a necessidade da redução da jornada de trabalho, o estabelecimento de piso salarial, a aposentadoria especial, o descanso digno e a melhoria no ensino. Assuntos abordados também pelo “Relatório sobre a Situação Mundial da Enfermagem”, desenvolvido pela OMS, em parceria com a campanha global *Nursing Now* e ao Conselho Internacional de Enfermagem (CIE).² Nesse relatório, foi exposto também o déficit de 18 milhões de trabalhadores de saúde, salientando a necessidade de qualificação de 9 milhões de novos profissionais para que se alcance uma cobertura universal até 2030.

Diante disso e em homenagem ao 200º aniversário de Florence Nightingale, precursora da Enfermagem, a Assembleia Mundial de Saúde de 2019 designou 2020 como o Ano Internacional do Pessoal de Enfermagem e Obstetrícia, com o objetivo de salientar a importância desses profissionais. O que não era previsto, neste cenário, era que a enfermagem tomaria um lugar de ainda maior destaque neste mesmo ano.²

No dia 11/03/2020, a OMS declarou a pandemia de COVID-19, doença causada pelo Novo Coronavírus (SARS-CoV-2), e os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, receberam um rótulo moral de heróis da saúde, símbolo de sacrifício pessoal e comprometimento.³

Em contrapartida, apesar do reconhecimento em escala global, pisos salariais e eventos de assédio e violência contra enfermeiros têm sido questionados. Isso indica que posicionamentos sociais podem variar entre países. Ademais, a situação do Brasil é alarmante quanto ao número de profissionais da saúde infectados com SARS-CoV-2 e que passaram a ter a doença COVID-19, em todo o Brasil, ultrapassando 21 mil casos em outubro de 2020.⁴

E, nesse panorama, insere-se o jornalismo, como um meio de comunicação e difusão de informações e conhecimento sobre o que ocorreu durante as medidas adotadas no Brasil para o enfrentamento da pandemia. Sabe-se que a grande função dos meios de comunicação é veicular informação sobre os principais acontecimentos. “[...] embora a imprensa seja um negócio comercial e a notícia uma mercadoria, a expectativa da sociedade exige que os fatos sejam relatados com isenção e independência editorial”.^{5:30} Considerando, ainda, o caráter que o jornalismo possui e o seu papel dentro da educação não formal, alguns autores ressaltam a existência de três funções desempenhadas pelo jornalismo, sendo elas a função informativa, a função educativa e a função política.⁶⁻⁷

Diante do exposto e reconhecendo que a cobertura midiática pode influenciar sobremaneira a percepção do público sobre a enfermagem brasileira, o presente estudo partiu da seguinte questão de pesquisa: Que reivindicações os profissionais de enfermagem têm expressado nas mídias jornalísticas? Neste artigo, objetivou-se analisar de que forma os jornais de grande circulação veicularam as reivindicações dos profissionais de enfermagem durante a pandemia pelo SARS-CoV-2, no primeiro semestre de 2020.

Método

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com abordagem mista. Nesse contexto, foram analisados três jornais *on-line*, sendo dois de circulação nacional – *Folha de São Paulo* e *G1* – e um regional do Distrito Federal – *Correio Braziliense*. Todos os jornais são diários e foram escolhidos por terem acesso aberto ou por um dos autores ser assinante. A pesquisa foi realizada no período de 1º de janeiro de 2020 a 30 de junho de 2020. Adotou-se o termo reportagem para identificar todos os textos publicados nos três jornais.

Para selecionar o conteúdo das reportagens nesse período, foi realizada uma busca por três conjuntos de palavras-chaves. Desse modo, para a constituição do *corpus* de análise, o critério consistiu em reunir as peças jornalísticas (inclusive as representações visuais) em cujo título ou corpo do texto houvesse os seguintes conjuntos de palavras: “enfermagem OR COVID-19”; “enfermagem OR Coronavírus” e “enfermeiro OR ano da enfermagem”.

A coleta dos dados foi realizada observando as três funções do jornalismo e, assim, foram classificadas as reportagens, considerando: (i) se a matéria apresentava teor informativo, com os principais temas que abrangem a questão da pandemia; (ii) se a matéria veiculava função educativa, com a identificação das causas e possíveis soluções para os problemas oriundos da pandemia, como o uso de máscara, ou os sinais e sintomas da COVID-19; e, por fim, (iii) se a matéria apresentava função política, que busca identificar a mobilização dos cidadãos perante os problemas oriundos da pandemia, como a falta de equipamentos de proteção individual (EPI) e as modalidades de participação social e política. Aqui, tem-se a proposta que trata da “automobilização” e participação através de pertencimento a organizações, ou “participação associativa”.⁸ Esta última modalidade é sobre a qual se deterá nosso olhar.

Por último, após a classificação das matérias com base nos três componentes jornalísticos, realizou-se a análise de conteúdo proposta por Bardin.⁹ Segundo o autor, a análise de conteúdo passa por três fases, quais sejam, a pré-análise, com a escolha do material; a exploração do material; e, por fim, o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Entre as técnicas que compõem o escopo do método “análise de conteúdo”, aplicou-se a “análise categorial” para interpretar os dados obtidos, a partir das informações disponibilizadas na intranet e no website institucional dos jornais combinando.

A pesquisa não exigiu apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, uma vez que foram utilizados textos e imagens de três jornais brasileiros de maior circulação, disponibilizados de modo público e com livre acesso à informação como previsto na Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016.

Resultados

O *corpus* de estudo é formado por 75 reportagens da mídia impressos *O Globo*, 34 reportagens do jornal *Correio Braziliense* e 34 reportagens do jornal *Folha de São Paulo*, totalizando 143 reportagens.

Os períodos nos quais a enfermagem teve o maior número de referências

foram: mês de março – 14%, mês em que foi declarada a pandemia por COVID-19; mês de abril – 35%, mês em que houve um aumento no número de casos de COVID; maio – 25%, mês no qual se comemora internacionalmente a enfermagem. Por outro lado, os meses com menor número de referência foram: junho – 14%; fevereiro – 8%; e janeiro – 4%.

Quanto ao sexo do jornalista que redigiu a matéria, os resultados evidenciaram que em 49% das reportagens não havia informação de autoria; 48 (34%) das reportagens foram escritas por jornalistas do sexo feminino; 22 (15%) por jornalistas do sexo masculino e 3 (2%) em conjunto.

As matérias publicadas foram classificadas em relação às três funções do jornalismo e os seguintes resultados foram encontrados: 124 (87%) das matérias foram classificadas com função informativa e 20 (13%) foram classificadas como função política. Dentro do *corpus* analisado, não houve matérias com função educativa.

Após a classificação das matérias nas três funções jornalísticas, realizou-se a “análise categorial” em que emergiram cinco categorias: condições de trabalho, homenagem aos colegas vítimas da COVID-19, homenagens da população à enfermagem, manifestação dos enfermeiros no dia do trabalhador, repúdio ao comportamento do presidente.

Manifestação dos enfermeiros por condições de trabalho



Figura 1 - Imagem retirada do jornal *O Globo* – de livre acesso para assinante.¹⁰

Com um número expressivo em todo o país, 9 (45%) das reportagens analisadas compõem a categoria “manifestação por condições de trabalho”. As reportagens dessa categoria demonstram as reivindicações dos profissionais de Enfermagem por melhores condições de trabalho e equipamentos de proteção individual.

Destaca-se, neste contexto, a seguinte reportagem do jornal *Correio Braziliense*: “Expostos diariamente aos **riscos da COVID-19, profissionais da saúde** relatam dificuldades para garantir a própria segurança enquanto exercem as funções no DF. Reclamações sobre **quantidade insuficiente de equipamentos de proteção individual - EPIs**”.¹¹

Por conseguinte, no jornal *O Globo*, a reportagem que versa sobre uma manifestação ocorrida em Teresina/PI possui a seguinte manchete: “O principal problema é esse: a falta de material tanto em quantidade e qualidade”.¹⁰ Ainda na referida reportagem, encontram-se as seguintes informações:

*A questão é o respeito aos nossos direitos e valorização do nosso trabalho. Também é o momento de pedir para que as pessoas colaborem ficando em casa e mantenha esse distanciamento social. Nossa reivindicação já está há três anos na prefeitura e nunca foi tomado nenhum posicionamento. Já estamos há três anos sem reajuste salarial”, explica a enfermeira Roberta Alves, que esteve presente no ato.*¹⁰

Enfermeiros prestam homenagem aos colegas mortos e às vítimas da COVID-19



Figura 2 - Imagens retiradas do jornal *O Globo* – de livre acesso .¹²

Das reportagens analisadas, 2 (10%) continham manifestações pacíficas em homenagem às vítimas da COVID-19. Como é o exemplo do dia 12 de maio, Dia Internacional da Enfermagem, no qual o jornal *O Globo* publicou matéria que exibia o ato em frente ao Museu da República, na Esplanada dos Ministérios em Brasília. Nessa matéria, encontra-se o seguinte trecho: “os 100 profissionais usavam jalecos brancos e seguravam placas com nomes de enfermeiros e técnicos em enfermagem vítimas da COVID-19. Os profissionais também acenderam velas, que simbolizavam a vigília aos mortos”.¹²



Figura 3 - Imagem retirada do jornal *Folha de São Paulo* – de livre acesso do assinante.¹³

O jornal *Folha de São Paulo* publicou matéria que apresentava outro ato no mesmo sentido e cuja manchete expunha que: “um grupo se manifestou com

rosas brancas e cruces, em frente ao Hospital Municipal do Campo Limpo – zona sul da capital paulista”.¹³

Nessa reportagem, a *Folha* ainda afirma que: “as rosas brancas usadas pelos manifestantes simbolizam profissionais da saúde infectados pelo novo Coronavírus e as cruces, as mortes”.¹³

Homenagens da população à enfermagem e aplausos

As matérias classificadas na categoria “homenagens à enfermagem e aplausos” totalizaram 4 (20%) das reportagens analisadas. Como exemplo, pode-se citar o jornal *Folha de São Paulo*, que publicou a seguinte matéria: “o reconhecimento ao trabalho dos profissionais de saúde no combate ao Coronavírus levou muitos brasileiros novamente às janelas de prédios e casas para minutos de aplausos”.³



Figura 4 – Imagem retirada do jornal *Folha de São Paulo* – livre acesso para assinante.³

Nesse contexto, é importante ressaltar que o Brasil se mobilizou com a intenção de apoiar, homenagear e agradecer aos profissionais de saúde, especialmente os de Enfermagem, por estarem na linha de frente, prestando assistência direta aos pacientes com a doença, tornando-se, assim, vulneráveis, recebendo, então, um rótulo moral de “heróis”, símbolo de sacrifício pessoal e comprometimento.

O jornal *Correio Braziliense*, acerca dessa temática, noticiou que “enquanto estamos protegidos em casa, os profissionais da saúde estão enfrentando essa crise”.¹⁴ O texto da matéria também incentivou a população, como lembra o texto da campanha: “Vamos mostrar nossa gratidão a todas essas pessoas com uma salva de aplausos das nossas janelas”.¹⁴

Manifestação dos enfermeiros no dia do trabalhador e agressão aos enfermeiros



Figura 5 – Imagem 1 da esquerda para a direita retirada do *Correio Braziliense* – livre acesso.¹⁵ Imagem 2 da esquerda para a direita retirada do jornal *O Globo*.¹⁶

As matérias, classificadas nesta categoria, totalizaram 5 (25%). Durante a manhã do dia 1º de maio de 2020, na Praça dos Três Poderes, a Cidade de Brasília foi palco de um dos maiores protestos de sua história recente. O jornal *Correio Braziliense* publicou a seguinte notícia:

O dia do trabalhador foi marcado por protesto na Praça dos Três Poderes. Profissionais da área da enfermagem fizeram um ato simbólico em homenagem às vítimas da COVID-19 no Brasil. Com uma cruz na mão eles chamaram a atenção para o número de mortes causadas pela doença, além de trazer para foco a importância do isolamento social para o controle da pandemia...¹⁷

O protesto tinha três objetivos centrais: defender o isolamento social com base científica, homenagear os trabalhadores da Enfermagem de todo o Brasil que morreram lutando contra a COVID-19 e mostrar a importância da categoria.

Manifestação em repúdio ao comportamento do presidente

No Dia Internacional da Enfermagem, 12 de maio, uma manifestação foi realizada em repúdio ao comportamento de Jair Bolsonaro diante dos milhares de mortes no país e contra o seu incentivo ao fim do isolamento social, na contramão das recomendações da OMS. Nessa manifestação, os cidadãos presentes também se solidarizaram com as famílias dos quase 12 mil mortos em decorrência da COVID-19 no Brasil até aquela data.

Nessa categoria, também se enquadra a reportagem feita pelo jornal *Correio Braziliense*, cuja matéria relatava que “um grupo de servidores da saúde do Distrito Federal foi proibido, pela Polícia Militar, de realizar um ato na Torre de TV, região central de Brasília. Eram cerca de 15 pessoas, usando máscaras e respeitando o distanciamento entre elas”.¹⁸

Discussão

Nos hospitais, considerados locais de risco a saúde do trabalhador, diversas mudanças nos processos de trabalho e na assistência em saúde, foram necessárias, como: instituição de novos protocolos de atendimento, utilização de EPIs, antes não utilizados em vários contextos; suspensão de alguns atendimentos; afastamento ou realocação de trabalhadores considerados grupos de risco, entre outros aspectos que dificultam o cuidado em saúde e que causam sobrecarga física e emocional nos profissionais.¹⁹⁻²¹

Além disso, foram registradas mais de 4,8 mil denúncias por falta de equipamento de proteção individual,²² evidenciando o quanto a Enfermagem está vulnerável durante as práticas assistenciais. Neste sentido, a Enfermagem trava uma luta árdua por melhores condições de trabalho e pedidos por EPIs, equipamentos essenciais na rotina de trabalho da Enfermagem regidos pela Norma Regulamentadora (NR 6) sendo de responsabilidade do empregador a distribuição do equipamento de proteção.²³

O impacto da doença na enfermagem passou por algumas etapas diferentes desde a sua chegada, iniciando com a falta de equipamentos de proteção e de protocolos rígido e claro sobre como atuar. Para avaliar esses riscos, a OMS publicou, em 19 de março de 2020, um formulário de coleta de dados para ser usado na identificação de violações nas normas de proteção e definir políticas que visam à mitigação da exposição dos profissionais.¹

Outro aspecto bastante abordado pela mídia no cenário estudado foi a homenagem aos colegas vivos especialmente entre os profissionais de saúde, e aos que integram as estatísticas de infectados e óbitos pela COVID-19 é importante, em razão da exposição e o avanço no número de óbitos dessa categoria.²⁴

Na linha de frente e respeitando as medidas protetivas, distanciam da interação face a face tanto entre os pacientes como entre os membros da sua rede socioafetiva, interações de extrema importância para o cuidado humanizado, sustentação da sociabilidade, arrimo e segurança emocional. Quando esses profissionais se tornam vítimas da COVID-19, além da interrupção dos chamados “rituais de despedida” dos pares, família e amigos, o contato que estava temporariamente distante, perpetua-se.²⁵

Ao compreender as repercussões danosas em relação aos óbitos e particularmente daqueles que perderam suas vidas em prol do cuidado humano, consternação popular foi ampliada pelo reconhecimento do altruísmo e valores que possuem em meio a um cenário de caos e condições precárias de trabalho.²⁶

Invisíveis e constantemente violentados no cotidiano do trabalho, os profissionais da saúde passaram a heróis nessa pandemia, recebendo aplausos e reconhecimentos nos mais diversos países, inclusive no Brasil.²⁷

O mundo entrou em um déficit de enfermeiros e o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN do inglês *International Council of Nurses*) registrou quase 3.000 óbitos pela doença entre enfermeiros de 60 países, ressaltando que o quantitativo pode ser ainda maior devido ao frágil monitoramento do problema por parte dos países.²⁸ O Brasil tem se destacado como um dos países com maior impacto da doença entre profissionais de enfermagem e, segundo os dados do Observatório da Enfermagem, site vinculado ao Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), até 7 de junho de 2021 o país somava 29.824 casos confirmados e 750 óbitos, com uma taxa de letalidade de 2,51%.²⁹

A primeira pandemia do século XXI tem provocado demandas diferenciadas, o que confirma o envolvimento dos órgãos representativos dos enfermeiros propondo manifestações para permanecer resistindo e agendas para selar compromissos que discutam e reflitam sobre interesses e necessidades da profissão.³⁰

Quanto às manifestações dos enfermeiros no Dia do Trabalhador e agressões sofridas por populares apoiadores do atual governo, serve de alerta

não fomentar processos ingênuos ou ilusórios a respeito desse momento (diria instantâneo) de visibilidade profissional. Pois, o pressuposto de retorno à invisibilidade social, nesse caso do trabalho dos enfermeiros, tem chances de vir à tona mediante o enfraquecimento ou o término da pandemia, quando dialogam com processos de desqualificação histórica da profissão de maioria feminina.³⁰

Constatou-se que, no período analisado, os jornais apresentaram notícias relacionadas à temática “manifestação dos enfermeiros” em suas edições, mas, a partir dos dados encontrados, verificou-se que essa cobertura possui características mais informativas e pontuais, pois não há uma sequência ou continuação de notícias nas edições posteriores. Foi possível perceber que os movimentos reivindicatórios não aconteceram em uma só cidade, mas em várias, constatando que os profissionais de Enfermagem foram lutar por seus interesses.

Conclusão

As limitações do estudo se concentram no pequeno número de jornais acessados, mas que de modo algum tiram a originalidade do tema e a importância das notícias registradas nos veículos de comunicação. A partir das últimas décadas do século XX, começou a haver um debate acerca do uso de jornais como fontes de pesquisa e, no Brasil, alguns trabalhos científicos foram elaborados com base no acervo dos impressos. Desta forma, as notícias dos jornais mostram sua importância dentro da sociedade, servindo, como nesta pesquisa, de fonte fundamental para um estudo mais detalhado sobre as reivindicações dos enfermeiros, em tempos de pandemia.

Por fim, os desafios da profissão foram colocados em pauta nas mídias impressas, especialmente relacionados aos instrumentos de trabalho e situações de risco por condições precárias de trabalho, ao reconhecimento da população e à perda da força de trabalho por morte. Portanto, que não sejam esquecidas as palmas na janela e que estas cenas, sensibilize os formuladores de políticas, para que a profissão venha a ter um piso salarial.

Agradecimento

Essa pesquisa foi financiada pelos próprios autores.

Referências

1. World Health Organization. State of the World`s Nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. Geneva: WHO; 2020.
2. Padilha M, Cavalcante P. . Relatório do Estado da Enfermagem no Mundo: Contribuições do Brasil. [S. l.]: UTCHS/OPAS/OMS; 2020 [citado 2020 nov 22]. Disponível em: <https://apsredes.org/wp-content/uploads/2019/06/03-Relatoorio-Estado-Enfermagem.pdf>
3. Com aplausos, brasileiros prestam homenagens a profissionais de saúde. Folha de São Paulo [internet]. 2020 mar 20 [citado 2020 nov 22]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/03/com-aplausos-brasileiros-prestam-homenagens-a-profissionais-de-saude.shtml>

4. Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Número de profissionais da saúde com COVID-19. Dados de 2020. Observatório da Enfermagem. Brasília: Cofen; 2020 [citado 2020 nov 22]. Disponível em: <http://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/>
5. Caldas A. O desafio do velho jornal é preservar seus valores. In: Caldas A, organizador. Deu no jornal: o jornalismo impresso na era da internet. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio: São Paulo: Loyola; 2002.
6. Bueno WC. Jornalismo ambiental: explorando além do conceito. In: Girardi IM, Schwaab RT, organizadores. Jornalismo ambiental: desafios e reflexões. Porto Alegre: Dom Quixote; 2008. p. 105-118.
7. Bonn M, Guerra D, Lanza Nova LS, Bisognin RP, Silva DM, Redin M. Educação ambiental não-formal em jornais de circulação na Região Ceilândia do Rio Grande do Sul. R. Eletr. Cient. Uergs. 2020 [citado 2020 set 10]; 6(1):72-82. Disponível em: <http://revista.uergs.edu.br/index.php/revuergs/article/view/2523>
8. Cabral MV. Civic and political participation: a new culture shift? - evidence from 12 countries. In: Anais do 14. Congresso da Sociedade Brasileira de Sociologia; 2009 jul 12-16; Rio de Janeiro, Brasil.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011. p. 229.
10. Lucena M, Nascimento A. Técnicos de enfermagem protestam e pedem EPI completo para quem não atende casos de Covid-19. Jornal O Globo - G1 PI [internet]. 20 maio 2020 [citado 2020 jun 24]. Disponível em <https://g1.globo.com/pi/piaui/noticia/2020/05/20/tecnicos-de-enfermagemprotestamepedem-epi-completo-para-quem-nao-atende-casos-de-covid-19.ghtml>
11. Pinheiro R, De Paula, A. Profissionais de saúde do DF reclamam da falta de equipamentos de proteção. Correio Braziliense [internet]. 26 maio 2020 [citado 2020 jun 26]. Disponível em: https://www.correio braziliense.com.br/app/noticia/cidades/2020/05/26/interna_cidadesdf,858238/profissionais-de-saude-do-df-reclamam-da-falta-de-equipamentos-de-prot.shtml
12. Ferreira A. Enfermeiros fazem ato em Brasília para homenagear colegas mortos pela Covid-19. Jornal O Globo - G1 DF [internet]. 12 maio 2020 [citado 2020 jun 23]. Disponível em: <https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/2020/05/12/enfermeiros-fazem-ato-em-brasilia-para-homenagear-colegas-mortos-pela-covid-19.ghtml>
13. Henrique A. Grupo protesta contra contaminação de profissionais em hospital de São Paulo. Folha de São Paulo - São Paulo agora [internet]. 2020 mar 20 [citado 2020 jun 24]. Disponível em: <https://agora.folha.uol.com.br/sao-paulo/2020/04/grupo-protesta-contra-contaminacao-de-profissionais-em-hospital-de-sao-paulo.shtml>
14. Umbelino T. Brasilienses homenageiam profissionais da saúde em “aplausão”. Correio Braziliense. [internet]. 20 mar 2020 [citado 2020 jun 26]. Disponível em: https://www.correio braziliense.com.br/app/noticia/cidades/2020/03/20/interna_cidadesdf,835683/brasilienses-homenageiam-profissionais-da-saude-em-aplausao-videos.shtml

15. Marques M. Enfermeiros fazem ato no DF em favor do isolamento social: 'Estamos morrendo'. *Jornal O Globo - G1 DF* [internet]. 01 maio 2020 [citado 2020 jun 25]. Disponível em: [https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/2020/05/01/enfermeiros-fazem-ato-no-df-para-reforcar-necessidade-de-isolamento-so cial-estamos-morrendo-na-luta-contr-a-covid-19.ghtml](https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/2020/05/01/enfermeiros-fazem-ato-no-df-para-reforcar-necessidade-de-isolamento-social-estamos-morrendo-na-luta-contr-a-covid-19.ghtml)
16. Almeida A. Em protesto em Brasília, enfermeiros são agredidos por apoiadores de Bolsonaro. *Jornal O Globo - G1 DF* [internet]. 01 maio 2020 [citado 2020 jun 22]. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/coronavirus/em-protesto-em-brasilia-enfermeiros-sao-agredidos-por-apoiadores-de-bolsonaro-24406003>
17. Moreira C. Enfermeiros homenageiam vítimas da Covid-19 e são hostilizados no DF. *Correio Braziliense* [internet]. 01 maio 2020 [citado 2020 jun 25]. Disponível em: https://www.correio braziliense.com.br/app/noticia/cidades/2020/05/01/interna_cidadesdf,850446/videoenfermeiros-homenageiam-vitimas-da-covid-19-e-sao-hostilizados.shtml
18. Ortiz B. No Dia Internacional da Enfermagem, PM impede profissionais de fazer manifestação em Brasília. *Jornal O Globo - G1 DF* [internet]. 12 maio 2020 [citado 2020 jun 26]. Disponível em: <https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/2020/05/12/no-dia-internacional-da-enfermagem-pm-impede-profissionais-de-fazer-manifestacao-em-brasilia.ghtml>
19. Adams JG, Walls RM. Supporting the health care workforce during the COVID-19 global epidemic. *JAMA*. 2020;323(15):1439-40. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.3972> . PMID:32163102.
20. Teixeira CFDS, Soares CM, Souza EA, Lisboa ES, Pinto ICDM, Andrade LRD, et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Cien Saude Colet*. 2020;25(9):3465-74. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020> . PMID:32876270.
21. Reichert APS, Guedes ATA, Soares AR, Brito PKH, Bezerra ICS, Silva LCL, et al. Repercussões da pandemia da Covid-19 no cuidado de lactentes nascidos prematuros. *Esc. Anna. Nery* 2022;26(spe):e2021017926. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0179>
22. Oliveira E. Brasil tem 30 mortes de profissionais de enfermagem por Coronavírus e mais de 4 mil afastados pela doença. *Jornal O Globo - G1 Bem-estar* [internet]. 17 abr 2020 [citado 2020 jun 22]. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/04/17/brasil-tem-30-mortes-de-profissionais-de-enfermagem-por-coronavirus-e-mais-de-4-mil-afastados-pela-doenca.ghtml>
23. Ministério do Trabalho e Emprego (Brasil). Portaria nº 25, de 15 de outubro de 2001. Altera a Norma Regulamentadora que trata de Equipamento de Proteção Individual - NR 6 e dá outras providências [Internet] 2001 [citado 2020 mar 28]. Disponível em: http://www.lex.com.br/doc_22030_PORTARIA_N_25_DE_15_DE_OUTUBRO_DE_2001.aspx
24. Campos ACV, Leitão LPC. Letalidade da COVID-19 entre profissionais de saúde no Pará, Brasil. *Journal Health NPEPS* 2021;6(1):22-34. doi:10.30681/252610105190

25. Ingravallo F. Death in the era of the COVID-19 pandemic. *Lancet Public Health*. 2020;5(5):e258. doi: 10.1016/S2468-2667(20)30079-7
26. Nascimento VF, Hattori TY, Terças-Trettel ACP. Necessidades pessoais de Enfermeiros durante a pandemia da COVID-19 em Mato Grosso. *Enferm. Foco* 2020;11(1)Especial:141-145.
27. Passos L, Prazeres F. A Mão que Agrediu Agora Aplauda: A Imagem dos Profissionais de Saúde Frente à Pandemia COVID-19. *Gazeta Médica*, abr 2020 [citado 2020 jul 21]. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/340686564>
28. International Council of Nurses. The Global Nursing shortage and Nurse Retention . INC; 2021 [citado 2021 jun 5]. Disponível em: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN%20Policy%20Brief_Nurse%20Shortage%20and%20Retention.pdf
29. Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Observatório da Enfermagem [Internet]. Cofen; 2021 [citado 2021 jun 2]. Disponível em: <http://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/>
30. Pereira AV, Alves VH, Rodrigues DP, Fagundes MCM, Freire NP. Nursing Now in COVID-19 times: reflections for nurses and male nurses. *Res., Soc. Dev.* 2020;9(10):e4179108516, 2020. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i10.8516>

Autor de correspondência

Maria Liz Cunha de Oliveira
SCES Trecho 4 conjunto 3 lote 4 apt 138 - Lake View
CEP: 70.200.004. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
lizcunhad@gmail.com

Ioga e suas práticas meditativas em dores crônicas

Yoga and its meditative practices in chronic pain

El yoga y sus prácticas meditativas en el dolor crónico

Fernando Campos Barbosa¹, Rodrigo Martins Tadine², Karina Fernandes Quatroqui³

Como citar: Barbosa FC, Tadine RM, Quatroqui KF. Ioga e suas práticas meditativas em dores crônicas. REVISA. 2023; 12(3): 513-9. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n3.p513a519>

REVISA

1. Instituto Transdisciplinar de Medicina Integrativa e Tecnologia. São Paulo, São Paulo, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-7903-6238>

2. Instituto Transdisciplinar de Medicina Integrativa e Tecnologia. São Paulo, São Paulo, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-2271-2247>

3. Instituto Transdisciplinar de Medicina Integrativa e Tecnologia. São Paulo, São Paulo, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-4761-5953>

Recebido: 27/01/2023
Aprovado: 19/03/2023

RESUMO

Objetivo: Analisar os efeitos das práticas meditativas que envolvem posturas físicas, respiração, uso de som, visualização, e práticas de relaxamento como parte da terapêutica para controle e melhora das dores crônicas. **Método:** Trata-se de uma revisão da literatura nas bases de dados Medline, Science Direct, Pubmed e Scielo, tendo como período de referência os últimos 15 anos. As palavras-chave utilizadas foram "ioga" e "dores crônicas" e suas correspondentes em inglês, "Yoga" e "chronic pain", isolados ou de forma combinada, sem delimitar um intervalo temporal. **Resultados:** Um número crescente de estudos científicos tem demonstrado a melhora de questões físicas, mentais, emocionais, espirituais e relacionais da prática de ioga e suas técnicas isoladas RM indivíduos com diferentes condições de saúde. Houve redução de ansiedade e de estresse, bem como melhora da atenção plena, da função executiva, humor, estado emocional, autocompaixão e saúde mental geral. **Considerações Finais:** As evidências em literatura vêm demonstrando que a dor crônica não é unifatorial, mas associada a comorbidades que acabam levando a inúmeras patologias e interferência na qualidade de vida. A ioga oferece vários benefícios para controle da dor, remodelação e fortalecimento do corpo e da psique. Portanto, a ioga pode ser uma terapia complementar benéfica para o manejo de dores crônicas, embora sejam necessários mais estudos e mais evidências na prática clínica.

Descritores: Ioga; Dores Crônicas, Medicina Integrativa; Terapias Complementares; Qualidade De Vida.

ABSTRACT

Objective: To analyze the effects of meditative practices involving physical postures, breathing, sound use, visualization, and relaxation practices as part of therapy for the control and improvement of chronic pain. **Method:** This is a review of the literature in medline, science direct, pubmed and scielo databases, having as reference period the last 15 years. The keywords used were "yoga" and "chronic pain" and their corresponding ones in English, "Yoga" and "chronic pain", isolated or in combination, without delimiting a time interval. **Results:** An increasing number of scientific studies have demonstrated the improvement of physical, mental, emotional, spiritual and relational issues of yoga practice and its techniques isolated RM individuals with different health conditions. There was a reduction in anxiety and stress, as well as improvement in mindfulness, executive function, mood, emotional state, self-compassion and general mental health. **Final Considerations:** The evidence in the literature has shown that chronic pain is not unifactorial, but associated with comorbidities that end up leading to numerous pathologies and interference in quality of life. Yoga offers several benefits for pain control, remodeling and strengthening of the body and psyche. Therefore, yoga can be a beneficial complementary therapy for the management of chronic pain, although more studies and more evidence are needed in clinical practice.

Descriptors: Yoga; Chronic Pain; Integrative Medicine; Complementary Therapies; Quality of Life.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los efectos de las prácticas meditativas que involucran posturas físicas, respiración, uso del sonido, visualización y prácticas de relajación como parte de la terapia para el control y la mejora del dolor crónico. **Método:** Se trata de una revisión de la literatura en las bases de datos medline, science direct, pubmed y scielo, teniendo como período de referencia los últimos 15 años. Las palabras clave utilizadas fueron "yoga" y "chronic pain" y sus correspondientes en inglés, "Yoga" y "chronic pain", aisladas o en combinación, sin delimitar un intervalo de tiempo. **Resultados:** Un número creciente de estudios científicos han demostrado la mejora de los problemas físicos, mentales, emocionales, espirituales y relacionales de la práctica del yoga y sus técnicas aisladas RM individuos con diferentes condiciones de salud. Hubo una reducción en la ansiedad y el estrés, así como una mejora en la atención plena, la función ejecutiva, el estado de ánimo, el estado emocional, la autocompasión y la salud mental general. **Consideraciones Finales:** La evidencia en la literatura ha demostrado que el dolor crónico no es unifactorial, sino que se asocia con comorbilidades que terminan dando lugar a numerosas patologías e interferencias en la calidad de vida. El yoga ofrece varios beneficios para el control del dolor, la remodelación y el fortalecimiento del cuerpo y la psique. Por lo tanto, el yoga puede ser una terapia complementaria beneficiosa para el tratamiento del dolor crónico, aunque se necesitan más estudios y más evidencia en la práctica clínica.

Descriptores: Yoga; Dolor Crónico Medicina Integrativa; Terapias Complementarias; Calidad de vida

Introdução

A ioga é uma ciência aplicada originada na Índia há mais de 5000 anos.¹ A palavra "Yoga" vem de uma palavra em sânscrito, "yuj", que significa unir. A ioga, também descrita como disciplina ou tradição, inclui uma variedade de práticas que afetam o corpo e a mente, como o estudo de filosofia, respiração, posturas físicas, uso de som, visualização, meditação e práticas de relaxamento.²

Existem dois conjuntos de técnicas principais: pranayama e asanas. Pranayama é a prática de controlar a respiração, que é a fonte do nosso prana, ou força vital. Asana é referida como a postura para controle e melhora das funções corporais.¹ A prática unifica a mente e o corpo através da respiração coordenada (pranayama), movimento (asana) e meditação (dhyana).³ A ioga na Índia é baseada principalmente em *Patanjali* ou *Hatha* Yoga, que é o termo guarda-chuva para os diversos estilos recém-formados desde a adoção desta técnica no Ocidente.³

No início do século 20, o conhecimento sobre a ioga foi transportado da Índia para o Ocidente e, atualmente, vem sendo divulgado por profissionais de diversas nacionalidades.⁴ A prática de ioga tem crescido amplamente, com mais de 300 milhões de praticantes em todo o mundo.⁵

No Brasil, a ioga foi inserida na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, pelas portarias nº 719/2011, nº 145/2017 e nº 849/2017.⁴ A incorporação dessa tradição no território brasileiro tem contribuído no processo de ressignificação de "saúde" e corroborado com a integralidade no cuidado, orientada pela conduta ética e pelo emprego de técnicas auto-administráveis.⁶

Enquanto muitas pessoas praticam a técnica como um meio de evolução pessoal, muitas outras o praticam, principalmente, como uma forma de exercício ou uma prática para melhora da saúde.² Além de caracterizar-se como uma técnica terapêutica acessível a diferentes classes sociais e etnias⁴, vislumbra-se uma ampla gama de benefícios atribuídos à ioga, o que tem contribuído para a sua aceitação pela população.

Método

Trata-se de uma revisão da literatura nas bases de dados Medline, Science Direct, Pubmed e Scielo, tendo como período de referência os últimos 15 anos. As palavras-chave utilizadas foram "ioga" e "dores crônicas" e suas correspondentes em inglês, "Yoga" e "chronic pain", isolados ou de forma combinada, sem delimitar um intervalo temporal. O critério utilizado para inclusão das publicações baseou-se em expressões utilizadas nas buscas no título ou palavras-chave, ou ter descrito no resumo que o texto se relacionava à aplicação da ioga para tratamento ou prevenção de dores crônicas.

Os artigos excluídos não apresentavam o critério de inclusão estabelecido e/ou apresentavam duplicidade, ou seja, publicações recuperadas em mais de uma das bases de dados. Teses e dissertações foram excluídas. Os textos foram escolhidos após análise da fundamentação teórica dos estudos, bem como a observação das características gerais dos artigos, além análise da metodologia aplicada, resultados obtidos e discussão. Por meio de levantamento bibliográfico e baseado na experiência dos autores por ocasião da realização de uma revisão integrativa, foi conduzida uma síntese de dados de forma descritiva, possibilitando reunir o conhecimento acerca do tema abordado na revisão.

Resultados e Discussão

Benefícios para a saúde observados com a prática de ioga

Um número crescente de estudos científicos tem demonstrado a melhora de questões físicas, mentais, emocionais, espirituais e relacionais da prática de ioga ou de suas técnicas isoladas em indivíduos com diferentes condições de saúde.⁶ Há redução de ansiedade e de estresse, bem como melhora da atenção plena, da função executiva, humor, estado emocional, autocompaixão, felicidade, e saúde mental geral.⁵

Pesquisas mostram a melhora da saúde física e incentivo da manutenção de outros comportamentos de estilo de vida positivos para a saúde, além de benefícios físicos específicos como melhor equilíbrio, força, flexibilidade, nível de energia, e sono e impacto positivo na cicatrização ou no manejo da dor e de lesões em geral. Os benefícios relacionais incluem maior compaixão e geralmente melhores relações interpessoais. Os impactos espirituais da prática incluem o bem-estar espiritual e um senso de proximidade com Deus.⁵

Há evidências de que a ioga seja uma abordagem suplementar útil sobre a dor e incapacidades associadas.⁷ Os efeitos benéficos da ioga podem ser explicados, em parte, por uma maior flexibilidade física, coordenação e força, ao acalmar e concentrar a mente para desenvolver um estado de consciência maior e redução da ansiedade, da angústia e melhora do humor. Como os pacientes podem reconhecer que são capazes de ser fisicamente ativos, apesar dos sintomas persistentes da dor, eles experimentam maior autocompetência e autoconhecimento, o que contribui para maior qualidade de vida.⁷

Contextualização da aplicação da ioga para manejo de dores crônicas

A dor crônica é considerada um problema emergente do mundo moderno, com um aumento da ocorrência de dores nas costas, dores de cabeça e artrite.⁸ Em relação ao tratamento e manejo de dores crônicas, tem-se observado um aumento do número de estudos da prática de ioga com esta finalidade. Muitas vezes, somente o tratamento farmacológico é ineficaz, o que tem aumentado a procura por outras modalidades terapêuticas, como meditação, ioga e terapia cognitiva comportamental.⁸

Resultados promissores têm sido obtidos para a prevenção e tratamento de dores crônicas, como dores lombares², dismenorrea primária⁹, dores no pescoço¹⁰, artrite¹¹, fibromialgia¹²⁻¹³, enxaqueca¹³⁻¹⁴, dor neuropática¹³, dores ocasionadas por tumores ou tratamentos antineoplásicos¹³, entre outros.

Fatores cognitivos e emocionais têm uma influência importante na percepção da dor. A dor é uma experiência sensorial e emocional complexa que pode variar muito entre as pessoas e até mesmo para um indivíduo, dependendo do contexto e do significado da dor e do estado psicológico da pessoa.¹⁵ As evidências em literatura vêm demonstrando que a dor crônica não é unifatorial, com muitas comorbidades associadas que podem levar à ansiedade, depressão e declínio cognitivo.⁸

A ioga oferece vários níveis de abordagens para relaxar, energizar, remodelar e fortalecer o corpo e a psique. Começando pelo corpo físico, que serve

como ponto de partida e influencia todos os aspectos do indivíduo: vital, mental, emocional intelectual e espiritual.¹³

Mecanismos de ação propostos para os efeitos moduladores da ioga sobre a dor crônica

Destaca-se que a dor crônica é multidimensional. No nível físico em si, além da via nociceptiva, há um estado de hiperestimulação de componentes do sistema nervoso, influenciando negativamente processos fisiológicos, que se apresentam na forma de tensão muscular, padrões alterados de respiração e de níveis de energia e mentalidade, que exacerbam a angústia e afetam a qualidade de vida do indivíduo e de familiares concomitantemente.¹³

Além dos sintomas físicos, questões psicológicas do indivíduo alteram e exacerbam os fatores desencadeantes de processos dolorosos.¹³ Os aspectos mente-corpo da experiência dolorosa são subjetivos, com elementos sensoriais e emocionais.

Existem diferenças inter e intraindividuais na percepção da dor, dependendo do contexto e do seu significado. As evidências mostram que grande parte dessa variação pode ser explicada pela interação entre sinais nociceptivos aferentes para o cérebro e sistemas modulatórios descendentes que são ativados endogenamente por fatores cognitivos e emocionais.¹⁵ Os sistemas modulatórios descendentes envolvem regiões cerebrais que são importantes não apenas para a dor, mas também para o funcionamento cognitivo e emocional em geral. Assim, alterações na integridade anatômica e no funcionamento das regiões cerebrais envolvidas no controle da dor e no funcionamento cognitivo e/ou emocional poderiam explicar por que pacientes com dor crônica de longo prazo desenvolvem déficits cognitivos, bem como transtornos de ansiedade e depressão.¹⁵

Várias alterações químicas, anatômicas, patofisiológicas e genéticas nas vias neurais levam a padrões persistentes de dor, caracterizando o estado de doença, com necessidade de manejo específico.¹³

Enquanto a relação temporal entre dor, déficits cognitivos, ansiedade e depressão é de difícil determinação na maioria dos pacientes com dor, estudos em animais sugerem que as alterações emocionais e cognitivas às vezes podem começar muito após o início da dor. Existem evidências de que a dor pode ser prejudicial para o cérebro e que estímulos dolorosos a longo prazo podem diminuir a capacidade de um indivíduo de controlar endogenamente a dor, levando a muitas das comorbidades que afligem os indivíduos com dor crônica.¹⁵

A modulação das respostas ao estresse parece ser o principal mecanismo pelo qual a ioga exerce suas ações. A prática da ioga influencia o sistema nervoso simpático e o eixo hipotalâmico-pituitário-adrenal, modulando a ação de diversos neurotransmissores.⁸

A liberação de catecolaminas e cortisol que ocorrem em resposta a situações estressantes geram um efeito cascata de estímulos que induzem uma desregulação de eventos fisiológicos que, em última instância, são a causa de uma série de patologias.¹⁶ Além disso, sabe-se que os glicocorticoides são reguladores imunológicos, resultando na supressão de muitos componentes estimulantes da cascata imunológica e estimulação de alguns elementos imunossupressores ou anti-inflamatórios.¹⁶ A sensibilidade relativamente maior dos componentes da

imunidade celular à supressão glicocorticoide tende a mudar a resposta imune de um padrão celular para humoral durante o estresse.¹⁶

Como resposta ao relaxamento, o sistema neuroendócrino harmoniza o sistema fisiológico, pela diminuição do metabolismo, da taxa de respiração, da pressão arterial, da tensão muscular, da frequência cardíaca e aumento de ondas lentas cerebrais do tipo alfa.¹³ À medida que o padrão de descarga neural é corrigido, a carga postural também desce lentamente, com melhora de funções viscerais que acompanha a sensação de relaxamento e o sono fica mais profundo e sustentado.¹³ O nível de fadiga é reduzido, e, com a meditação, várias correções nocionais de nível sutil ocorrem, mudando o contexto e perspectivas sobre a doença, a dor e o sentido da vida, auxiliando os pacientes a com os aspectos reativos da dor crônica, reduzindo a ansiedade e a depressão de forma eficaz.¹³

A prática regular da ioga pode alterar os níveis de vários neurotransmissores cerebrais, embasando as estratégias que exploram a prática regular da ioga para o tratamento de transtornos relacionados à ansiedade e à depressão. Estudos têm mostrado aumento da liberação de dopamina no estriado central, assim como de GABA, serotonina e BDNF (fator neurotrófico derivado do cérebro), e redução do ACTH e do cortisol.⁸ Além disso, acredita-se que a ioga module a ação da liberação de óxido nítrico, endocanabinoides endógenos e opiáceos.⁸

A Ioga como intervenção Terapêutica

Na prática clínica, a aplicação terapêutica da ioga é adaptada à necessidade individual, determinada pela apresentação heterogênea dos sintomas e pela severidade da doença. Determinar que tipo de técnica será administrada para uma condição ou paciente específico permanece uma questão em aberto e um grande desafio para a medicina integrativa baseada em evidências.³ Da mesma forma a frequência e tempo para o tratamento é variável na literatura, e nem todos os estudos apresentam com clareza estas questões.

Em 2013, McCall e colaboradores publicaram uma revisão sistemática em avaliaram o uso da ioga em 16 patologias agudas e crônicas, investigando os tipos de intervenções, populações estudadas e o grau de evidência dos resultados. Embora não tenha se podido concluir em quais populações e qual metodologia utilizada a prática da ioga fosse mais eficaz, algumas observações foram importantes. Foi identificado que a ioga foi mais efetiva em reduzir os sintomas de ansiedade, depressão e dor, sem eventos adversos reportados, tendo resultados positivos, entretanto menos significantes em populações com fatores de risco cardiovasculares, fibromialgia ou doenças autoimunes.¹⁷

A grande variabilidade em relação aos tipos de práticas de ioga, populações e informações deficientes em relação às características das intervenções de ioga, incluindo tipo, frequência, duração e intensidade fisiológica da prática foram fatores, segundo os autores, foram dificuldades enfrentadas para análise dos dados. Pode-se identificar que a Hatha e a Ioga Restaurativa têm a maior correlação com resultados positivos para o gerenciamento de sintomas de dor, ansiedade e depressão, e que a prática de três vezes por semana por 60 minutos parece ter impactos positivos semelhantes.¹⁷

Todas as práticas de ioga estão enraizadas a partir de um único sistema e diferem apenas na forma de aplicação, não em seus componentes (ou seja,

respiração, postura, meditação).³ A experiência ocorre primeiro na consciência e depois se reflete sobre os planos fisiológicos e comportamentais. Assim, os profissionais de saúde podem efetivamente utilizar esse conhecimento de relacionamento na compreensão e cuidado de pacientes com dor crônica.¹³

Para a "prescrição de ioga" deve-se considerar a condição para definir a melhor abordagem. Por exemplo, pacientes com restrição de movimento (por exemplo, acidente vascular cerebral) podem se beneficiar da ioga focada no alinhamento e movimentos lentos com adereços (por exemplo, cadeira), com a manutenção de algumas poses por um período prolongado. Alternativamente, pacientes com problemas cardiovasculares ou de saúde mental podem se beneficiar de uma prática de ioga mais dinâmica.³

Considerações Finais

Os estudos que avaliam os efeitos de novas propostas terapêuticas são cada vez mais presentes em literatura, o que demonstra uma tendência de maior utilização clínica de terapias não medicamentosas. Neste contexto, a ioga tem se mostrado uma vertente terapêutica promissora para o manejo de dores crônicas e concomitante melhora da qualidade de vida dos pacientes.¹³ Embora os efeitos moleculares da ioga em várias condições patológicas não sejam bem estabelecidos, é fato que a ioga se apresenta como uma terapia viável e acessível à população por sua simplicidade e praticidade.⁸

Questões relacionadas à heterogeneidade de dados em função de diferentes técnicas utilizadas e populações distintas ainda se apresenta como um desafio para a medida da eficácia em diferentes campos terapêuticos.⁶ Muitos fatores, como o nível de significância, poder e tamanho do efeito específico do tratamento e tamanho da amostra restringem a obtenção de resultados significativos. Uma restrição comum em estudos de pesquisa de ioga são as limitações de financiamento, tempo e recursos adicionais que restringem o número de participantes de um estudo.³

Entretanto, a tendência observada pela presente revisão em consonância à literatura consultada é que a ioga pode ser uma terapia complementar benéfica para muitas condições de saúde mental e física, em especial no manejo de dores crônicas, embora sejam necessárias mais evidências de boa qualidade.³

Agradecimento

Agradecemos ao Instituto Transdisciplinar de Medicina Integrativa e Tecnologia que apoia e incentiva a pesquisa, a inovação e as tecnologias para educação em saúde.

Referências

1. Tripathy JP, Thakur JS. Integration of yoga with modern medicine for promotion of cardiovascular health. *Int J Non-Commun Dis* 2:64-8, 2017.
2. Whitehead A, Gould Fogerite S. Yoga Treatment for Chronic Non-Specific Low Back Pain. *EXPLORE: The Journal of Science and Healing*, 13(4), 281-284, 2017.

Barbosa FC, Tadine RM, Quatroqui KF

3. Jeter PE, Slutsky J, Singh N, Khalsa SB. Yoga as a Therapeutic Intervention: A Bibliometric Analysis of Published Research Studies from 1967 to 2013. *J Altern Complement Med.*, 21(10):586-92, 2015.

4. Siegel, P.; Bastos, C.L.G.B. Yoga: um objeto de fronteira? *Interface (Botucatu)*, 24: e200180, 2020.

5. Wiese C, Keil D, Rasmussen AS, Olesen R. Effects of Yoga Asana Practice Approach on Types of Benefits Experienced. *Int J Yoga*, 12(3):218-225, 2019.

6. Bernardi MLD, Amorim MHC, Salaroli LB, Zandonade E. Yoga: um diálogo com a Saúde Coletiva. *Interface (Botucatu)*, 25: e200511, 2021.

7. Bussing A, Ostermann T, Ludtke R, Michalsen A. Effects of yoga interventions on pain and pain-associated disability: a meta-analysis. *Journal of Pain*, 13(1): 1-9, 2012.

8. Telles S, Sayal N, Nacht C, Chopra A, Patel K, Wnuk A, Dalvi P, Bhatia K, Miranpuri G, Anand, A. Yoga: Can It Be Integrated with Treatment of Neuropathic Pain. *Integr Med Int*, 4: 69-84, 2017.

9. Kim SD. Yoga for menstrual pain in primary dysmenorrhea: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 36: 94-99, 2019.

10. Cramer H, Klose P, Brinkhaus B, Michalsen A, Dobos G. Effects of yoga on chronic neck pain: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Rehabilitation*, 31 (11): 1457-1465, 2017.

11. Haaz S, Bartlett SJ. Yoga for arthritis: a scoping review. *Rheum Dis Clin North Am.*, 37(1):33-46, 2011.

12. Silva JD, Lage LV. Ioga e Fibromialgia. *Rev Bras Reumatol*, 46(1):37-39, 2006.

13. Vallath, N. Perspectives on Yoga Inputs in the Management of Chronic Pain. *Indian Journal of Palliative Care*, 16(1): 1-7, 2010.

14. Anheyer D, Klose P, Lauche R, Saha FJ Cramer H. Yoga for Treating Headaches: a Systematic Review and Meta-analysis. *J Gen Intern Med.*, 35(3):846-854, 2020.

15. Bushnell MC, Ceko M, Low LA. Cognitive and emotional control of pain and its disruption in chronic pain. *Nat Rev Neurosci.*, 14(7):502-11, 2013.

16. Singh VP, Khandelwal B, Sherpa NT. Psycho-neuro-endocrine-immune mechanisms of action of yoga in type II diabetes. *Anc Sci Life*, 35(1):12-7, 2015.

17. McCall MC, Ward A, Roberts NW, Heneghan C. Overview of systematic reviews: yoga as a therapeutic intervention for adults with acute and chronic health conditions. *Evid Based Complement Alternat Med.*, 2013: 945895, 2013.

Autor de correspondência

Fernando Campos Barbosa
Rua Domingos de Moraes, 2253. Caixa Postal 20300.
CEP: 04035970. São Paulo, São Paulo, Brasil.
fernando.integratividade@hotmail.com

A incidência de lesão por pressão em UTI no Brasil: uma revisão integrativa

The incidence of pressure injury in THE ICU in Brazil: an integrative review

La incidencia de la lesión por presión en la UCI en Brasil: una revisión integradora

Vanessa dos Reis¹, Divala Alves de Sousa², Lúcia Medeiros Di Lorenzo³, Katia Jaqueline da Silva Cordeiro⁴, Barbara de Lima Alves⁵,
Crislane dos Santos Nascimento⁶

Como citar: Reis V, Sousa DA, Di Lorenzo LM, Cordeiro KJS, Alves BL, Nascimento CS. A incidência de lesão por pressão em UTI no Brasil: uma revisão integrativa. REVISA. 2023; 12(3): 520-7. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n3.p520a527>

REVISA

1. Centro de Ensino em Saúde. João Pessoa, Paraíba, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-2852-221X>
2. Centro de Ensino em Saúde. João Pessoa, Paraíba, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8961-3502>
3. Centro de Ensino em Saúde. João Pessoa, Paraíba, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0983-0110>
4. Centro de Ensino em Saúde. João Pessoa, Paraíba, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-0154-3827>
5. Hospital de Guarnição de João Pessoa. João Pessoa, Paraíba, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6997-7563>
6. Centro de Ensino em Saúde. João Pessoa, Paraíba, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8262-9627>

Recebido: 27/04/2022
Aprovado: 13/06/2022

RESUMO

Objetivo: conhecer a incidência de lesão por pressão em UTI no Brasil, identificar os motivos que levam a essa incidência e propor medidas que possam reduzir o aparecimento de lesões por pressão em UTI no Brasil. **Método:** trata-se de uma revisão integrativa, a seleção da amostragem foi realizada nas bases de dados LILACS, MEDLINE e BDNF, no período de fevereiro a março de 2022, sendo selecionados 9 artigos. **Resultados:** a taxa de incidência de lesão teve uma grande variação entre os estados analisados. Em Recife foi observado uma taxa de incidência de 5,6% enquanto no Rio de Janeiro chegou a 65,3%. Os estudos foram concentrados na região sudeste e nordeste, o que não nos aponta uma média nacional. As regiões mais acometidas foram a sacra, calcâneo e trocanter e em relação aos estágios foram o 2 em sua maioria. A adoção de medidas preventivas e a atuação da equipe multidisciplinar continuam sendo a melhor prática de prevenção de lesão por pressão. **Considerações Finais:** a incidência de lesão por pressão nas UTI do Brasil ainda é desconhecida, porém o fato de não conhecermos essa incidência nacional não é motivo para que não façamos o que já conhecemos de práticas baseadas em evidências quanto ao assunto é prevenção de lesão por pressão. **Descritores:** Incidência; Lesão por Pressão; Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

Objective: to know the incidence of pressure injuries in ICUs in Brazil, identify the reasons that lead to this incidence and propose measures that can reduce the occurrence of pressure injuries in ICUs in Brazil. **Method:** this is an integrative review, the selection of the sample was carried out in the LILACS, MEDLINE and BDNF databases, from February to March 2022, with 9 articles selected. **Results:** The injury incidence rate varied widely among the states analyzed. In Recife, an incidence rate of 5.6% was observed, while in Rio de Janeiro it reached 65.3%. The studies were concentrated in the Southeast and Northeast regions, which does not indicate a national average. The most affected regions were the sacral, calcaneus and trochanter and in relation to the stages they were mostly 2. The adoption of preventive measures and the performance of the multidisciplinary team continue to be the best practice for the prevention of pressure injuries. **Final Considerations:** The incidence of pressure injuries in ICUs in Brazil is still unknown, but the fact that we do not know this national incidence is no reason for us not to do what we already know of evidence-based practices when it comes to preventing pressure ulcers. **pressure.** **Descriptors:** Incidence; Pressure Injury; Intensive Care Unit.

RESUMEN

Objetivo: Objetivo: conocer la incidencia de lesiones por presión en la UTI en Brasil, identificar las razones que conducen a esa incidencia y proponer medidas que puedan reducir la aparición de lesiones por presión en la UTI en Brasil. **Método:** se trata de una revisión integradora, la selección del muestreo se realizó en bases de datos lilacs, MEDLINE y BDNF, de febrero a marzo de 2022, y se seleccionaron 9 artículos. **Resultados:** la tasa de incidencia de lesión tuvo una gran variación entre los estados analizados. En Recife, se observó una tasa de incidencia del 5,6%, mientras que en Río de Janeiro alcanzó el 65,3%. Los estudios se concentraron en las regiones sudeste y noreste, lo que no indica un promedio nacional. Las regiones más afectadas fueron la sacra, calcánea y trocánter y en relación a las etapas fueron las 2 en la mayoría. La adopción de medidas preventivas y la actuación del equipo multidisciplinar siguen siendo la mejor práctica de prevención de lesiones por presión. **Consideraciones finales:** la incidencia de lesiones por presión en la UTI brasileña aún se desconoce, pero el hecho de que no conozcamos esta incidencia nacional no es una razón por la cual no hagamos lo que ya sabemos de las prácticas basadas en la evidencia con respecto al tema es la prevención de lesiones por presión. **Descritores:** Incidencia; Lesión por presión; Unidad de Cuidados Intensivos.

Introdução

Trabalhar em Unidade de terapia Intensiva é sempre um desafio, pois nesta Unidade nos deparamos com situações extremamente graves em que os pacientes necessitam de cuidados de enfermagem o tempo inteiro. O olhar do enfermeiro não pode estar voltado apenas para as tecnologias empregadas nesse cuidado, mas sim para tudo aquilo que pode comprometer ainda mais a situação do paciente.

A Unidade de Terapia Intensiva é um setor hospitalar destinado ao atendimento de pacientes graves, porém recuperáveis. É dotada de pessoal altamente qualificado, oferecendo uma assistência contínua com o uso de aparelhos sofisticados capazes de manter a sobrevivência do paciente, exigindo de seus profissionais alto nível de conhecimento. Embora o profissional de enfermagem esteja absorvido neste mundo tecnológico de cabos, fios e condutores, atento a cada alteração, não deve perder de vista o foco principal de seu trabalho: o cuidado ao paciente.⁽¹⁾

A qualidade do cuidado prestado por parte da equipe de enfermagem pode ser baseada em indicadores que monitoram o quão efetiva esta equipe está prestando o seu atendimento.

O aparecimento de lesão por pressão, por ser um dano, em sua maioria, evitável e indesejável, e é considerado um parâmetro para a avaliação do cuidado.

Indicadores são medidas padronizadas que produzem dados quantitativos relacionados ao desempenho de uma atividade, porém, para que sejam eficientes, esses indicadores precisam ter qualidade, caso contrário, os dados gerados não serão confiáveis. “O que não pode ser medido, não pode ser melhorado”. Quando o assunto é lesão por pressão – um dos principais danos evitáveis e indesejáveis na assistência à saúde – a construção de indicadores de qualidade é primordial para avaliar o desempenho das medidas preventivas e buscar, sempre, a melhoria”.⁽²⁾

“De acordo com a Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), para melhorar as medidas de prevenção das lesões por pressão, é necessário monitorar: Incidência de lesões por pressão e taxas de prevalência, Processos de cuidado e Infraestrutura para apoio às melhores práticas.”⁽²⁾

Para que os cuidados relacionados ao paciente fossem melhorados e feitos de maneira segura foi criado em 2013, por meio da Portaria GM/MS nº 529/2013, o Núcleo de Segurança do paciente visando qualificar o cuidado em saúde dos pacientes em todos os estabelecimentos de saúde do país.

Porém mesmo com todas as medidas adotadas e com o conhecimento que já foi produzido sobre o tema lesão por pressão, ainda assim, nos deparamos na prática assistencial com os pacientes acometidos por tal dano.

“Segundo dados da *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP), EUA, a prevalência de UPP em hospitais é de 15% e a incidência é de 7%”⁽³⁾. “No Reino Unido, casos novos de UPP acometem entre 4% a 10% dos pacientes admitidos em hospital”⁽⁴⁾. “No Brasil, embora existam poucos trabalhos sobre incidência e prevalência de UPP, um estudo realizado em um hospital geral universitário evidenciou uma incidência de 39,81%”⁽⁵⁾.

O interesse pela temática veio pelo fato de que na minha vida profissional tenho me deparado muito com casos de pacientes que desenvolveram lesão por pressão quando internados em Unidade de Terapia Intensiva e por ter poucos estudos nessa área. O que me levou a pensar em como está essa incidência de lesão por pressão nas unidades de terapias intensivas do Brasil, o que pode estar influenciando nessa incidência, se a gravidade do paciente, se a falta de cuidado da equipe ou a falta de colaboração do paciente, e como podemos melhorar nossas atitudes e comportamentos para evitar ou mitigar tal dano que pode trazer desfechos desfavoráveis ao paciente.

Nesse sentido, o presente artigo tem como objetivo conhecer a incidência de lesão por pressão em UTI no Brasil, identificar os motivos que levam a essa incidência e propor medidas que possam reduzir o aparecimento de lesões por pressão em UTI no Brasil.

Método

“A Prática Baseada em Evidências (PBE) é uma abordagem de solução de problema para a tomada de decisão que incorpora a busca da melhor e mais recente evidência, competência clínica do profissional e os valores e preferências do paciente dentro do contexto do cuidado”.⁶ “Envolve a definição de um problema, a busca e a avaliação crítica das evidências disponíveis, a implementação das evidências na prática e a avaliação dos resultados obtidos. Assim, essa abordagem encoraja a assistência à saúde fundamentada em conhecimento científico, com resultados de qualidade e com custo efetivo”.⁷

A revisão integrativa da literatura também é um dos métodos de pesquisa utilizados na PBE que permite a incorporação das evidências na prática clínica. Esse método tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado. Desde 1980 a revisão integrativa é relatada na literatura como método de pesquisa.⁸

Para a elaboração deste artigo foi percorrida seis etapas distintas que serão descritas a seguir.

Na primeira etapa foi escolhida a questão de pesquisa: qual a incidência de lesão por pressão nas UTI do Brasil?

Na segunda etapa foram estabelecidos os critérios de inclusão e exclusão de estudos/ amostragem e a busca na literatura.

A seleção da amostragem foi realizada a partir da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que possibilitou pesquisar artigos e teses nas bases de dados de Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), na biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SciELO) e no Banco de Dados de Enfermagem (BDENF), no período de fevereiro a março de 2022, por meio dos descritores: incidência, lesão por pressão e unidade de terapia intensiva. Além disso, foi utilizado o operador booleano AND.

A estratégia de busca ocorreu da seguinte forma: pesquisa por descritores, seleção do período de publicação, idioma, leitura exhaustiva de títulos e resumos.

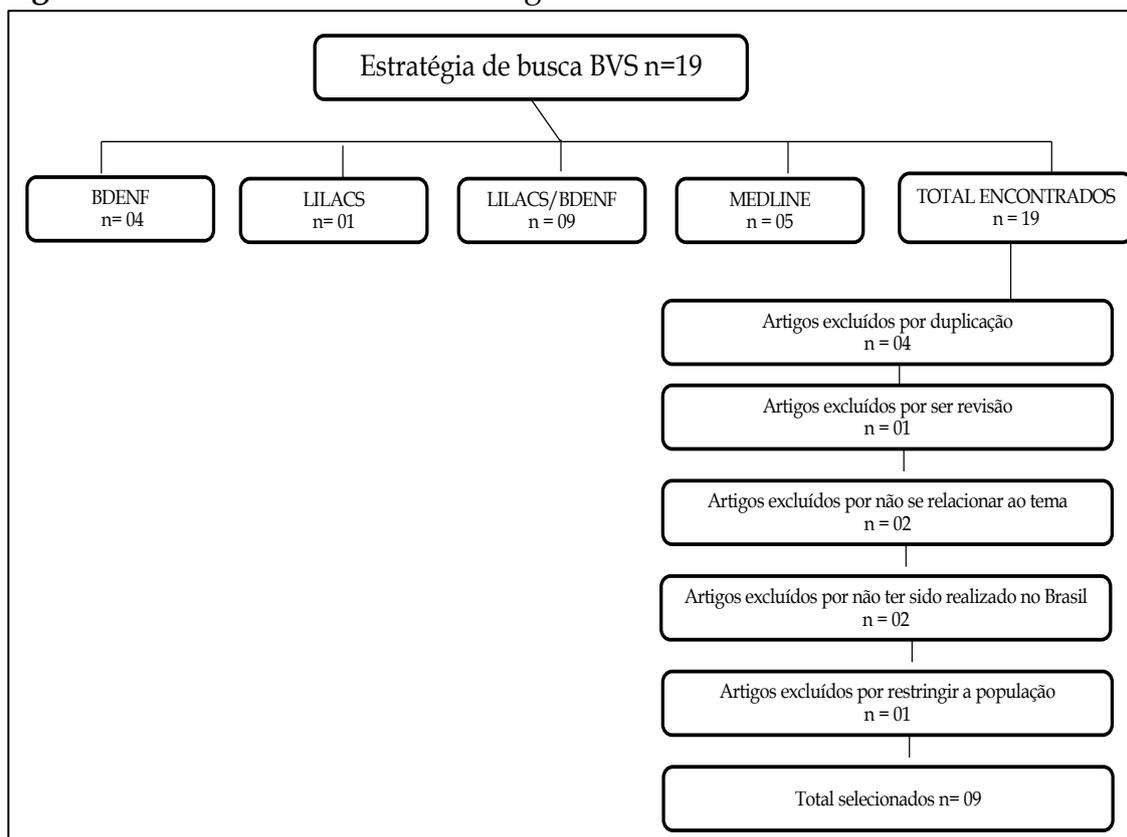
Foram selecionados 9 estudos que abordaram o tema e que atenderam aos objetivos do estudo e 10 foram excluídos por não atenderem aos critérios escolhidos.

Como critérios de inclusão, utilizaram-se artigos e teses originais, disponíveis na íntegra e gratuita nas bases de dados e na biblioteca eletrônica selecionados, publicados no idioma português, no período de 10 anos (2012 a 2022), que foram realizados em UTI no Brasil. Foram excluídos os artigos repetidos; os estudos de revisão, e aqueles cuja temática não contempla os objetivos definidos.

Na terceira etapa, foi utilizado um formulário para extrair os dados dos artigos selecionados, contendo: autor, título, ano de publicação, base de dados, descritores, objetivo, método, resultado, conclusão e o local onde foi realizada a pesquisa.

Foi elaborado um fluxograma com a estratégia de busca, conforme descrito na Figura 1.

Figura 1- Fluxo de Exclusão dos Artigos de revisão. 2022.



A quarta etapa constou da avaliação dos estudos com leitura completa e criteriosa dos artigos e teses, buscando selecionar aqueles que respondessem a pergunta de investigação, respeitando os critérios de inclusão e exclusão definidas na segunda etapa.

Resultados e Discussão

A quinta etapa correspondeu à apresentação dos resultados em 01 quadro com os seguintes itens: ordem, ano, autor, local de estudo, incidência, local da lesão e categoria e fatores contribuintes(Quadro 1).

Quadro 1- Apresentação dos artigos selecionados. 2022.

Ordem	Autor	Local	incidência	local da lesão e categoria	Fatores Contribuintes
01	RODRIGUE S, J.M.; et al. 2021	São Paulo	20%	Sacra, calcâneo e glúteo Estágio 1 e 2, seguida pela 3 e 4	Tempo de internação Alto risco na escala de Braden
02	PRADO, A.R.A. ; et al. 2021	Rio de Janeiro	65,30%	Calcâneo, sacra e trocanter Estágio 2	Mobilidade no leito passiva e tempode internação
03	ALL, Y.C.M.; et al. 2020	São Paulo	10,83%	-	-
04	SANTOS, J.B.S.; et al. 2020	Recife	5,6%	- Estágio 2 e 3	-
05	JOMAR, R. T.; et al. 2019	Rio de Janeiro	29,50%	sacra, isquiática e calcâneo Estágio 2	nutrição enteral, uso de drogas vasoativas e sedativas por um período prolongado
06	BORGHARDT, A.T.; et al. 2016	Vitória	22%	sacra, trocanter e calcâneo Estágio 1	Tempo de internação, alto risco na escala de Braden e comorbidades
07	CAMPANILI, T.C.G.F.; et al. 2015	São Paulo	11%	Sacra Estágio 1 e 2 e lesão tissular profunda	Idade maior 60 anos, permanência prolongada
08	PULIDO, K.C.S. 2015	São Paulo	18,70%	Sacra estágio 1 e 2 (primeiros 30 dias); acima de 30 dias estágio 4	Em uso de Ventilação mecânica, em cuidados paliativos, tempo de permanência e maior que 60 anos.
09	SILVA, M.L.N.; et al. 2013	João Pessoa	22,20%	Sacral e dorsal Estágio 2	Tempo de permanência, uso de drogas vasoativas e corticoides. Incidência de Óbito elevada

Após a apresentação, no quadro, dos 9 artigos selecionados, podemos discutir os achados.

Quanto ao ano de publicação foram encontrados: 02 artigos do ano de 2021, 02 do ano de 2020, 01 do ano de 2019, 01 do ano de 2016, 02 do ano de 2015

e 01 do ano de 2013. Levando em conta a quantidade de UTI no Brasil, esse número ainda é muito baixo o que nos impõe a necessidade de realizar mais pesquisas nessa área.

Quando observados os locais onde os estudos foram realizados nos deparamos com o seguinte achado: 04 estudos em São Paulo, 02 estudos no Rio de Janeiro, 01 estudo em Recife, 01 estudo em Vitória e 01 estudo em João Pessoa. Ao analisarmos essa informação vemos que poucos estados brasileiros realizam pesquisa nessa temática, e pelo fato do Brasil ser um país com dimensões continentais, composto por 26 estados e mais o Distrito Federal, não podemos tirar conclusões baseadas apenas nos estudos feitos por 05 estados.

Mesmo que dividíssemos por região, não conseguiríamos contemplar todas, pois a maioria dos estudos se concentram na região sudeste e nordeste. Faltando regiões Sul, Centro-Oeste e Norte.

Ao analisarmos os objetivos deste artigo que são: conhecer a incidência de lesão por pressão em UTI no Brasil, identificar os motivos que levam a essa incidência e propor medidas que possam reduzir o aparecimento de lesões por pressão em UTI no Brasil, podemos extrair as seguintes informações:

A taxa de incidência de lesão teve uma grande variação entre os estados analisados. Em Recife foi observado uma taxa de incidência de 5,6% enquanto no Rio de Janeiro chegou a 65,3%. Ao somarmos todas as taxas e dividirmos pelo número de estudos, encontramos uma média de 22,8%. Mas devido a alta variação das taxas e a falta de pesquisas em todos os estados Brasileiros, não podemos afirmar de maneira categórica que essa taxa reflete a taxa de incidência de lesão por pressão nacional, ainda há poucos estudos na área e diversos fatores devem ser considerados para que se estabeleça um padrão. No máximo poderíamos fazer alguma inferência em São Paulo que possui um número de estudos maior e que ficaria em torno de 15,13%, mas mesmo assim se analisarmos os estudos percebemos uma variação grande.

Em relação ao local da lesão e categoria, 07 artigos abordaram o assunto, os 07 evidenciaram a região sacra como a mais acometida, em 03 estudos relataram também encontrar lesão na região do calcâneo e 02 na região do trocanter. Esses achados nos mostram que os locais de proeminência óssea continuam sendo os locais mais acometidos por lesão por pressão.

Já quanto a categoria, ou seja, ao estágio observado da lesão, dos 8 estudos que abordaram o tema, 04 relataram observar a lesão ainda no estágio 01, porém 07 estudos, a maioria, relataram observar o aparecimento da lesão já no estágio 2. Como a maioria das lesões foram identificadas já nos estágios 2 percebe-se uma necessidade de implementar medidas que visem com que o enfermeiro faça uma avaliação mais criteriosa diária dos pacientes internados, visem adotar medidas de prevenção e que se caso apareça possa se determinar condutas apropriadas e efetivas.

Conclusão

Após a análise das evidências encontradas na presente revisão integrativa podemos concluir que para conhecermos a incidência de lesão por pressão nas UTI do Brasil devemos realizar mais pesquisas na área, pois ainda há poucos

estudos na temática abordada e os existentes estão concentrados nas regiões sudeste e nordeste, o que não nos permite extrair uma média nacional.

Avaliando os motivos que levam ao aparecimento das lesões por pressão podemos relacioná-los a gravidade do paciente, que faz uso de drogas vasoativas e sedativas, o que leva a uma maior imobilidade no leito, a presença de comorbidade, ao uso de alimentação enteral, a idade avançada, dentro outros.

Mas não podemos deixar de relatar a importância da equipe multiprofissional para que a incidência de lesão por pressão seja ao máximo reduzida. A preocupação deve ser de todos os profissionais que prestam assistência ao paciente gravemente enfermo, seja pelo enfermeiro que deve estabelecer condutas preventivas, instituir protocolos, prover a regularidade no reposicionamento do paciente, o uso de colchões ou dispositivos apropriados, a avaliação precoce da pele através de escalas apropriadas, seja pelo nutricionista que avaliará a ingestão hídrica e nutricional adequada para cada paciente, seja pelo fisioterapeuta que realizará as medidas necessárias para promover a mobilização desse paciente, ou ainda, pelo médico que irá adequar as prescrições médicas visando a permanência mínima de medicações que contribuem para o aparecimento de lesões.

Enfim pode-se dizer que a incidência de lesão por pressão nas UTI do Brasil ainda é desconhecida, pois os dados que possuímos de pesquisas anteriores não nos dão evidências concretas dessa realidade. Porém o fato de não conhecermos essa incidência nacional não é motivo para que não façamos o que já conhecemos de práticas baseadas em evidências quanto o assunto é prevenção de lesão por pressão.

Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Referências

1. SILVA, G.F.; SANCHES, P.G.; CARVALHO, M.D.B. Refletindo sobre o cuidado de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. Reflecting on nursing care in an Intensive Care Unit. **REME - Rev. min. enf.** 11(1): 94-98, jan/mar, 2007.
2. Instituto Brasileiro para segurança do paciente. **Qualidade da assistência:** lesão por pressão, qualidade do indicador reflete na qualidade do cuidado. <https://segurancadopaciente.com.br/qualidade-assist/lesao-por-pressao-qualidade-do-indicador-reflete-na-qualidade-do-cuidado/> . Acesso em 31/03/22 às 05:20h.
3. MOORE, Z.E.H.; COWMAN, S. Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers.

Cochrane Database of Systematic Reviews. In. The Cochrane Library, Issue 3, 2009.

4. BENBOW, M. (Org.). Pressure ulcer risk assessment and prevention. **Clinical Practice Guidelines.** Royal College of Nursing: April, 2001.
5. ROGENSKI, N.M.B.; SANTOS, V.L.C.G.. Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. **Rev. latino - am. enfermagem.** 2005 julho-agosto; 13(4):474- 80.
6. MELNYK, B.M.. Finding and appraising systematic reviews of clinical interventions: critical skills for evidence-based practice. **Pediatric nurs.** 2003 Mar-Apr; 29(2):147-9.
7. GALVÃO, C.M.; SAWADA, N.O.; MENDES, I.A.. A busca das melhores evidências. **Rev. esc. enferm. USP.** 2003 Dez; 37(4): 43-50.
8. ROMAN, A.R; FRIEDLANDER, MR.. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. **Cogitare enferm.**1998 Jul-Dez; 3(2):109-112.

Autor de correspondência

Lúcia Medeiros Di Lorenzo
Rua Joana Angélica, 241, sala 51. CEP: 09551050-
Barcelona. São Caetano do Sul, São Paulo, Brasil.
[Lu di lorenzo@hotmail.com](mailto:Lu_di_lorenzo@hotmail.com)

Cuidado no território: mensagens produzidas por agentes comunitários de saúde a partir de mapas falantes

Care in the territory: messages produced by community health workers from talking maps

Cuidados en el territorio: mensajes producidos por agentes comunitarios de salud en los mapas parlantes

Luara Caroline Cruz Laurindo¹, Natália Carvalho Barbosa de Sousa², Thalyta Ketlen de Melo Oliveira³, Paulo Sérgio da Silva⁴

Como citar: Laurindo LCC, Sousa NCB, Oliveira TKM, Silva PS. Cuidado no território: mensagens produzidas por agentes comunitários de saúde a partir de mapas falantes. REVISA. 2023; 12(3): 528-37. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n3.p528a537>

REVISA

1. Universidade Federal de Roraima, Departamento de Enfermagem. Boa Vista, Roraima, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-8833-1821>

2. Universidade Federal de Roraima, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Boa Vista, Roraima, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-8238-2409>

3. Universidade Federal de Roraima, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Boa Vista, Roraima, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-9997-1717>

4. Universidade Federal de Roraima, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Boa Vista, Roraima, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-2746-2531>

Recebido: 28/04/2023
Aprovado: 14/06/2023

RESUMO

Objetivo: descrever as mensagens dos agentes comunitários de saúde sobre cuidado no território. **Método:** estudo descritivo, qualitativo, realizado em três unidades básicas de saúde da cidade de Boa Vista, Roraima, Brasil. O grupo social foi constituído por quinze agentes comunitários de saúde. Os dados foram produzidos com grupos focais a partir de mapas falantes orientado por um roteiro de entrevista semiestruturado. Os achados foram transcritos e analisados segundo o referencial teórico-analítico de Bardin. **Resultados:** as mensagens de cuidado no território foram organizadas em duas categorias: mensagens sobre espiritualidade e religiosidade envolvidas na produção de cuidado no território e mensagens sobre as ações de cuidar realizadas pela unidade básica de saúde no território. **Conclusão:** a espiritualidade e a religiosidade foram descritas a partir da figura das casas das rezadeiras, centro espírita e igrejas presentes no território. As mensagens de cuidado foram decodificadas como escuta de necessidades, apoio emocional, suporte psicológico, atividades em grupos para jovens e dependentes químicos. As ações de cuidar foram descritas em atividades de promoção à saúde e prevenção de agravo por meio das visitas domiciliares, educação em saúde e ações em escolas. **Descritores:** Agentes Comunitários de Saúde; Territorialização da Atenção Primária; Território Sociocultural.

ABSTRACT

Objective: to describe the messages of community health agents about care in the territory. **Method:** a descriptive, qualitative study conducted in three basic health units located in the city of Boa Vista, Roraima, Brazil. The social group consisted of fifteen community health agents. The data was produced with focus groups from talking maps guided by a semi-structured interview script. The findings were transcribed and analyzed according to Bardin's theoretical-analytical framework. **Results:** the messages about care in the territory were organized into two categories: messages about spirituality and religiosity involved in the production of care in the territory, and messages about the care actions of the basic health unit carried out in the territory. **Conclusion:** spirituality and religiosity were described from the figure of the houses of the prayers, spiritist centers, and churches present in the territory. The care messages were decoded as listening to needs, emotional support, psychological support, group activities for youth and drug addicts. The care actions were described in health promotion and disease prevention activities through home visits, health education, and actions in schools.

Descriptors: Community Health Workers; Territorialization in Primary Health care; Sociocultural Territory.

RESUMEN

Objetivo: describir los mensajes de los agentes comunitarios de salud sobre el cuidado en el territorio. **Método:** estudio descriptivo, cualitativo realizado en tres unidades básicas de salud de la ciudad de Boa Vista, Roraima, Brasil, con quince agentes comunitarios de salud. Los datos se produjeron con grupos focales a partir de mapas parlantes guiados por un guión de entrevista semiestruturado. Los hallazgos fueron analizados según el marco de Bardin. **Resultados:** los mensajes de cuidados en el territorio fueron organizados en dos categorías: mensajes sobre espiritualidad y religiosidad involucradas en la producción del cuidado en el territorio y mensajes sobre las acciones de cuidado a la unidad básica de salud realizadas en el territorio. **Conclusión:** espiritualidad y religiosidad fueron descritas a partir de la figura de las casas de los rezos, centro espírita e iglesias presentes en el territorio. Sus mensajes de cuidados fueron decodificados como escucha de necesidades, apoyo emocional, apoyo psicológico, actividades grupales para jóvenes y drogodependientes. Las acciones de cuidados se describieron en actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades mediante visitas domiciliarias, educación en salud y acciones en las escuelas.

Descritores: Agentes Comunitarios de Salud; Territorialización de la Atención Primaria; Territorio Sociocultural.

ORIGINAL

Introdução

De saída, é oportuno contextualizar que a presente investigação está vinculada ao projeto de pesquisa “Rastreamento de saberes e práticas gerenciais, assistenciais e educacionais no contexto da atenção primária à saúde (APS)” cadastrado junto ao Departamento de Pesquisa da Universidade Federal de Roraima (UFRR). Trata-se da produção de conhecimento científico tecido por enfermeiros e mestrandos vinculados ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PROCISA) sobre cuidado no território a partir do protagonismo do agente comunitário de saúde (ACS).

Esta escolha se deve às experiências cotidianas dos autores no direcionamento de discussões teórico-práticas de natureza interdisciplinar envolvendo encontros, acolhimentos, tensões, desejos, aproximações, distanciamentos e a própria atuação do ACS na produção de cuidado no campo da atenção básica (AB) no extremo norte do Brasil. Com efeito, a AB é considerada a porta preferencial de contato com os usuários, e o local de diálogo das redes de atenção.¹ É a partir das necessidades em saúde nela localizadas que a organização e as funções da rede de saúde são reforçadas.²

Por conseguinte, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são entendidas como o principal serviço de saúde em nível primário, onde são ofertados cuidados que contemplem as necessidades da população do seu território, seja pela Estratégia Saúde da Família (ESF) ou disposições de equipes da Atenção Básica. Dessa forma, a ESF possui o papel de reorganizar o processo de trabalho da AB com vias a solucionar a situação de saúde individual e coletiva nas especificidades e dinâmicas do território e da população adscrita.³

Desse modo, pensar emergentes perspectivas de cuidado no território exige um resgate daquilo que um dia esteve nele presente além da sua representação geográfica. Trata-se de uma passagem em movimento decorrente do tempo ao longo de gerações capaz de modelar e (re)construir práticas assistenciais. Nesse prisma, o ACS por pertencer ao território é considerado o ator social fundamental na aproximação da população com a ESF. Aqui, considerado como objeto de conhecimento, o ACS é compreendido como profissional que possui maior estabelecimento de vínculo e capacidade de identificar as demandas necessárias da população adscrita à UBS.⁴

Com efeito, por viver no local em que trabalha, conhece o território e tem a possibilidade de aproximação com as famílias que compõem o local.⁵ Ressaltasse-se ainda que por não ser uma profissão legitimada pelo modelo biomédico, pode contribuir ou afetar no seu “transitar” dentro de alguns espaços e cenários sociais presentes no território.⁶

Diante das contextualizações postas, surge a seguinte questão norteadora desta investigação: Quais mensagens de cuidado provenientes do território emergem de mapas falantes produzidos por ACS? Com base nessa indagação, alinha-se o seguinte objetivo: descrever as mensagens dos ACS sobre cuidado no território.

Método

Trata-se de um estudo de natureza descritiva com abordagem qualitativa, realizado em serviços básicos de saúde situados no município de Boa Vista, capital do estado de Roraima. Destaca-se que a cidade está localizada em um estado fronteiriço, com os países vizinhos da Guiana e Venezuela.

No momento de realização do estudo a cidade dispõe de 34 UBS, das quais 03 foram selecionadas por conveniência considerando a relação de vínculo estabelecida entre pesquisador-cenário investigativo, sendo elas: 01 localizada na zona sul e 02 situadas na zona oeste. Os territórios que constituem as UBS selecionadas para o estudo remetem a diferenças socioculturais. Nessa acepção, ressalta-se a presença de migrantes venezuelanos residentes no território, bem como populações intergeracionais que mantêm a permanência dos saberes e práticas em saúde no lugar onde vivem.

O grupo social deste estudo foi constituído por 15 ACS, atuantes nas equipes de saúde da família (eSF) junto às UBS na sede do município de Boa Vista. A seleção destes participantes obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: ACS atuante na AB e integrante da eSF há, no mínimo, dois anos, possuir contato direto com a comunidade e ser responsável por uma microárea. Quanto aos critérios de exclusão: ACS em trabalho exclusivamente administrativo, ACS em licença das atividades laborais por motivo de saúde, férias, ausentes no momento do convite e da produção social dos dados. Ao todo houve oito recusas para participação do estudo.

Os dados foram produzidos de forma presencial em grupos focais por uma estudante de enfermagem que foi previamente orientada quanto a técnica de coleta. Para isso, foi utilizada a estratégia de produção de mapas falantes que consiste na representação gráfica de situações ou problemas de uma determinada realidade pelos indivíduos que os vivenciam.⁷ Portanto, os mapas falantes são a expressão representativa e simbólica das percepções cotidianas em um determinado território o que possibilita a compreensão dos lugares de destaque e relevância para os indivíduos que nele vivem e atuam.⁸

Do ponto de vista técnico, a produção dos dados foi dividida em dois momentos. Inicialmente, foi realizado o convite presencialmente dos ACS junto a UBS de lotação, por intermédio da diretoria responsável e dos enfermeiros das eSF. Após o aceite e apresentação dos objetivos, foi agendado data e horário de acordo com a disponibilidade da pesquisadora e dos participantes. Secundariamente, foi estipulado o máximo de 04 participantes para a criação de cada mapa falante, onde os ACS ficaram livres na composição dos grupos, optando como critério de distribuição a proximidade de suas microáreas e os limites territoriais para cada mapa.

A produção dos mapas falantes ocorreu no período de janeiro a maio de 2022 na sala de reuniões localizada em cada UBS. O uso dos mapas falantes serviu como recurso técnico para desprendimento de significados sobre as mensagens de cuidado produzidas no território e seguiu as seguintes etapas: indução, criação e apresentação dos mapas-falantes. A indução possibilitou aos ACS a compreensão da estratégia, que possui como base os seus conhecimentos e experiência das microáreas de abrangência da UBS em que atuam. Nessa etapa, os participantes foram organizados em grupos e acessaram os termos indutores do estudo: “Território” e “Cuidado”.

No que tange a criação, os ACS estiveram livres quanto a forma de produção dos mapas falantes, o que incluiu desenhos e/ou colagens. Para isso, eles tiveram acesso aos seguintes materiais: cartolinas, canetas coloridas, lápis, borracha, revistas, folhetos, tesoura e cola. Após a criação, os participantes foram convidados a apresentarem os mapas falantes orientados por questões presentes no roteiro de entrevista semiestruturado.

O roteiro continha perguntas relacionadas ao território de atuação do ACS e experiências de cuidado vividas por eles. Os participantes ficaram livres para escolha de um representante de cada grupo para apresentação dos mapas falantes, ou a participação coletiva, respeitando o tempo de fala de cada ACS. Todas as apresentações foram gravadas com auxílio de um gravador smartphone e contou com a duração aproximada de três horas e cinquenta minutos de áudio em formato *MP3 Player*.

Os achados foram transcritos, devolvidos aos participantes e posteriormente analisados segundo o referencial teórico de conteúdo disposto em Bardin, que sistematiza a análise em três polos cronológicos: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados obtidos, e por fim, interpretação.⁹ Percorridos esses polos analíticos, as descrições territoriais foram organizadas em um quadro que contém os temas identificados diretamente dos dados.

Cabe sublinhar, que o presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa e aprovado com o número de parecer 4.701.055. Os anonimatos dos participantes foram mantidos a partir da abreviação “ACS” referente a “Agente Comunitário de Saúde”, seguida de numeração ordinal crescente, conforme a disposição dos grupos produtores dos mapas falantes. Por fim, todo desenho do estudo cumpriu os critérios consolidados para relatos de pesquisa qualitativa.

Resultados

No que diz respeito as descrições das mensagens dos ACS sobre cuidado no território, emergiram duas categorias derivadas dos dados, a saber: “mensagens sobre espiritualidade e religiosidade envolvidos na produção de cuidado no território” e “mensagens sobre as ações de cuidar da UBS realizadas no território”.

Especificamente na primeira categoria são evidenciadas mensagens nos depoimentos dos ACS sobre espiritualidade e religiosidade descritas como cuidado no território. As mensagens descrevem a rezadeira, o centro espírita e as igrejas como dispositivos que ofertam cuidados pessoais, escuta de necessidades, apoio emocional e psicológico à comunidade. Além disso, foi destacado a promoção de atividades em grupos, com ênfase para os alcoólicos anônimos e jovens. Essas mensagens podem ser evidenciadas nos depoimentos ilustrativos presentes a seguir:

Quando se trabalha a espiritualidade se trabalha o comportamento de saúde, o lado emocional (ACS 2).

[...] existe o serviço oferecido no centro espírita de psicologia [...] que trabalha o lado emocional e espiritual (ACS 3).

[...] faz o grupo de jovens [a igreja evangélica], que ajuda na espiritualidade, na oração [...] (ACS 4).

[...] leva um pouco da palavra [a igreja evangélica] para a pessoa que realmente precisa escutar (ACS 5).

[...] tem muitas irmãs da igreja que vem aqui e deixam aqueles bilhetinhos com versos bíblicos, para os pacientes da UBS (ACS 9).

[...] tem a rezadeira como referência. A gente também a utiliza até como próprio cuidado, pessoal (ACS 10).

[...] lugar de oração [a igreja] que várias pessoas vão pedir ajuda do senhor Jesus [...] (ACS 12).

[...] tem os grupos da igreja que são dos Alcoólicos Anônimos e de tabagismo, eles fazem esse apoio de grupo [...] (ACS 13).

A segunda categoria apresenta como mensagens de cuidado, produzidas pelos ACS no território, a realização de visitas domiciliares, educação e orientação em saúde e ações em escolas. Além disso, é (re)conhecido o cadastramento, monitoramento de necessidades das pessoas, sobretudo dos idosos, gestantes e puérperas, crianças, diabéticos, hipertensos, casos de tuberculose, dengue e diarreia. Tudo isso pode ser evidenciado nos depoimentos ilustrativos dispostos a seguir:

[...] fazer as visitas periódicas; acompanhar gestantes; crianças pequenas; monitorar os casos de diarreia, no caso, indicador de difteria (ACS 1).

[...] fazer ações de saúde nas escolas [...] vacinou as crianças dentro da escola mesmo [...] cuidado mais é orientação, cadastramento [...] (ACS 3).

[...] tem diabéticos, hipertensos, onde tem pessoas que necessitam de uma atenção maior, em relação ao meu trabalho, meu cuidado [...] fazer esse acompanhamento de perto, principalmente quando são casos de tuberculose e pessoas mais idosas [...] (ACS 6).

Visitando as pessoas e vendo as necessidades delas, o que estão precisando [...] faz o cadastro das famílias, visita as gestantes, as puérperas, os bebezinhos e leva orientações de saúde para as pessoas (ACS 7).

[...] faz ações nas escolas, levando a educação em saúde para as crianças (ACS 08).

[...] faz palestra, faz orientações. A gente sempre está nessas unidades [escolas] fazendo campanha e auxiliando as crianças sobre a dengue (ACS 11).

[...] faz palestra para os alunos [...]. Leva educação e saúde para eles lá nas escolas. Além disso, fazemos várias ações aqui no posto. Hipertenso, diabético, a gestante (ACS 14).

[...] nosso cuidado mais é orientação, cadastramento [...] (ACS 15).

Discussão

As discussões sobre cuidado perpassam por dois eixos temáticos: a díade espiritualidade-religiosidade e as ações técnicas produzidas pela UBS no território. Nesse prisma, as mensagens advindas dos mapas falantes produzidos pelos ACS partem de suas relações com um território organizado por dispositivos estáticos de cuidar.

Na primeira categoria, a religião e a espiritualidade são reforçadas nas descrições das mensagens de cuidado pelos ACS considerando os territórios que atuam. As evidências científicas apontam que a espiritualidade está ligada à busca pela compressão da vida e todos os aspectos que a permeiam, bem como as relações com transcendente, enquanto a religião é considerada um sistema, com crenças, práticas e outras designações simbólicas que aproximam o sujeito do sagrado.¹⁰

Em outras palavras, a espiritualidade e a religiosidade podem interferir nas orientações dos profissionais de saúde, bem como na realização de exames ou procedimentos, com desvio das condutas para uma busca de cura centrada na

fé.¹¹ Ao entender essas dimensões é possível garantir resultados satisfatórios na saúde e na qualidade de vida dos usuários, buscando compreender os vários signos da espiritualidade e aspectos da vida que se ligam a religião no interior das práticas produzidas pela UBS.¹²

Nas mensagens descritas pelos ACS é possível identificar igrejas, rezadeira e o centro espírita como produtores de ações de cuidado que atendem às necessidades da comunidade. As ações ligadas às igrejas são descritas como assistenciais, voltadas para diferentes grupos. Entre esses grupos, destaca-se os de dependentes químicos. Nesse domínio, a atuação de comunidades terapêuticas com dependentes químicos e usuários de drogas é comum, colaborando para o processo de tratamento por meio de métodos religiosos.¹³ Outras ações estão voltadas para orações, escuta de necessidades e apoio emocional. A realização dessas atividades contribui não apenas para superação de vícios, mas para o enfretamento e aceitação de diagnósticos clínicos.¹⁴

Logo, essas atividades que envolvem não apenas pessoas enfermas e em situação de dependência, mas também aqueles que desempenham funções que vão além do religioso, enveredando-se para as dimensões subjetivas da vida, contribuem para a produção de territórios saudáveis e foram descritas como cuidado nas microáreas em que os ACS atuam.

É interessante destacar, ainda, que os ACS sublinham as rezadeiras como elementos de referência para pensar o cuidado em saúde. Na simplicidade, há uma complexidade de um cuidar em que elas são solicitadas nos territórios, especialmente para atividades que envolvem benzer crianças, quando estas são acometidas por doenças ou mal-estar dos corpos, os chamados “olhados”, sendo uma prática realizada principalmente por mulheres mais velhas, um cuidado geracional passado de avó/mãe para filha/neta.¹⁵

Diga-se que a produção dos mapas falantes potencializou a descrição e a evocação de mensagens capazes de valorizar a utilização da prática popular ocorridas nos territórios, agregando os saberes que permanecem ou nascem nestes locais e que se encontram no cotidiano da vida. Em sequência, os ACS descreveram os centros espíritas como potentes lugares de apoio psicológico e desenvolvimento de atividades comunitárias. As casas espíritas possuem uma vasta oferta de atividades para população em geral, com a finalidade de aliviar males físicos e proporcionar auxílio espiritual. Entre essas atividades está o suporte e acolhimento, a energização, aplicação de passes e, principalmente, as cirurgias espirituais.^{16,17}

Na segunda categoria, mensagens técnicas do cuidado emergiram como conteúdo, distinta em variedade e com ênfase exclusiva na participação dos ACS. Entre as mensagens expostas, são descritas ações desenvolvidas por eles na comunidade, o que envolve cadastramento, acompanhamento, monitoramento familiar, visitas domiciliares e educação em saúde.

Essas práticas são comumente desenvolvidas pelos ACS, com destaque principal para o cadastramento das famílias e as visitas domiciliares nas suas microáreas de responsabilidade. É por meio das visitas que os ACS são capazes de identificar, promover e intervir em situações de vulnerabilidade ou enfermidade. Neste estudo, os ACS descrevem a realização de visitas periódicas. Entretanto, elas podem variar de uma a duas vezes por mês, dependendo das necessidades ou situação de cada território.^{18,19}

Além disso, as visitas domiciliares podem seguir alguns critérios que definem essa frequência, entre eles a presença de gestantes, idosos, crianças, e pessoas com doenças crônicas ou alguma dificuldade motora que impossibilite a mobilização até os serviços de saúde.¹⁹ Esses critérios são descritos pelos ACS quando relatam o acompanhamento dos referidos grupos sociais e os casos com tuberculose, além da preocupação em monitorar ocorrências de diarreia e dengue.

Além do acompanhamento, realizam educação em saúde, que podem envolver questões básicas sobre a importância da realização do exame de Papanicolau para as mulheres, o pré-natal, sinais de alerta na gestação, orientações quanto a amamentação e presença nas consultas de puericultura referentes às crianças menores de cinco anos, assim como as mudanças de estilo de vida e o autocuidado para os portadores de doenças crônicas não transmissíveis.²⁰⁻²²

Diga-se que a ocupação com as ações escolares é uma das atribuições dos profissionais da eSF, na qual deve ser organizada e planejada juntamente com os dispositivos educacionais presentes no território.²³ Nesse cenário o ACS se apresenta como ator integrador da eSF com as escolas, colaborando para a efetividade das ações a serem desenvolvidas, por meio de avisos às famílias quanto as atividades educacionais a serem implementadas.

Nesse sentido, foram percebidas habilidades educativas no campo de domínio do ACS, sobretudo com íntima proximidade nas escolas para fortalecimento de atividades de promoção da saúde, seja de forma voluntária, por convites para ações, ou por meio das ações previstas no Programa Saúde na Escola.^{24,25}

Posto isto, as discussões apresentadas revelam que a proximidade dos ACS com a população adscrita no território localiza dispositivos (in)formais de produção de cuidado em saúde. Eles foram capazes de fazer emergir dos mapas falantes uma complexa rede singular de cuidados existentes no território que se articula diretamente com ações de caráter mais técnica e biomédica operada pelas UBS.

A despeito das limitações deste estudo, deve-se considerar o processo analítico estritamente conteudístico, o que permitiu com que a dimensão imagética presente nos mapas falantes não apareça nesta investigação. Nessa perspectiva, técnicas de análise de imagens fixas, como forma complementar as pesquisas qualitativas, precisam ser incorporadas para dilatar a compreensão dos achados para além da descrição temática.

No plano das implicações para futuras pesquisas, considera-se ainda que, estudos, os quais abranjam a perspectiva dos profissionais da ESF no território, são centrais para a formulação de estratégias, programas e políticas públicas para emancipação locorregional sustentável, sobretudo respeitando as singularidades nos territórios em que atuam os ACS.

Por fim, acredita-se que a contribuição deste manuscrito incide no fortalecimento da figura do ACS como elemento central no reconhecimento de necessidades e formas de cuidado operacionalizadas no território. Seu lugar é muito especial no âmbito da AB, sobretudo por mobilizar dimensões ampliadas do cuidado em saúde quando aglutina o cotidiano de viver das pessoas com as práticas produzidas na UBS.

Conclusão

Este estudo suscitou descrições conclusivas sobre mensagens de cuidados presentes no território de abrangência da UBS por meio da produção dos mapas falantes de ACS em dois aspectos centrais: espiritualidade e religiosidade na produção de cuidado em saúde e ações de cuidar protagonizadas pela UBS no território.

No que diz respeito a espiritualidade e a religiosidade, foram representadas pelas casas das rezadeiras, centro espírita e igrejas. Esses dispositivos remetem às práticas alternativas, essencialmente presentes nos locais em que os ACS vivem e que se produzem cuidados descritos como escuta de necessidades, apoio emocional, suporte psicológico, atividades em grupos, sobretudo para jovens e dependentes químicos.

Outras mensagens de cuidado descritas incluem as ações programáticas da UBS em seus territórios de abrangência. As principais descrições sublinham a atuação do ACS na produção de atividades de promoção à saúde e prevenção de agravo essencialmente por meio das visitas domiciliares, educação em saúde e ações em escolas. Além disso, é (re)conhecido o cadastramento, monitoramento de necessidades das pessoas, com ênfase para os idosos, gestantes, puérperas, crianças, diabéticos, hipertensos, casos de tuberculose, dengue e diarreia.

Espera-se que esta pesquisa contribua para futuras indagações quanto aos aspectos que envolvem o cuidado e o território no âmbito da saúde coletiva, principalmente envolvendo profissionais que compõem a AB, gestores e usuários do Sistema Único de Saúde. Assim, acredita-se que esta pesquisa colabora para a compreensão da diversidade de práticas e ações existentes nos territórios e das populações que utilizam e fortalecem essa rede articulada de cuidados (in)formais em saúde.

Agradecimento

Esse trabalho foi financiado pelos próprios autores.

Referências

1. Amaral VS, Oliveira DM, Azevedo CVM, Mafra RLM. Os nós críticos do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde: uma pesquisa-ação. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2021; 31(1):1-20. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310106>
2. Melo EA, Gomes GG, Carvalho JO, Pereira PHB, Guabiraba KPL. A regulação do acesso à atenção especializada e atenção primária à saúde nas políticas nacionais do SUS. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2021; 31(1):1-26. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310109>
3. Carvalho MN, Gil CRR, Costa EMOD, Sakai MH, Leite SN. Necessidade e dinâmica da força de trabalho na Atenção Básica de Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018; 23(1):295-302. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.08702015>
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

5. Silva Júnior FJG, Silva KH, Sales JCS, Costa APC, Monteiro CFS. Pesquisa-ação sobre saberes e práticas de agentes comunitários de saúde acerca da prevenção do comportamento suicida. *Interface (Botucatu)*. 2021; 25:1-13. doi: <https://doi.org/10.1590/interface.200386>
6. Bezerra YRN, Feitosa MZS. A afetividade do agente comunitário de saúde no território: um estudo com os mapas afetivos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018; 23(3):813-822. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.00292016>
7. Toledo RF, Pelicioni MCF. Educação Ambiental e a construção de mapas falantes em processo de pesquisa-ação em comunidade indígena na Amazônia. *Revista Interacções*. 2009; 5(11):193-213. doi: <https://doi.org/10.25755/int.382>
8. Alves H, Brito IS, Silva TR, Viana AA, Santos RCA. Gravidez na adolescência e coplaneamento local: uma abordagem diagnóstica a partir do modelo PRECEDE-PROCEED. *Revista de Enfermagem Referência*. 2017; 4(12):35-44. doi: <http://doi.org/10.12707/RIV16058>
9. Bardin L. Chapitre premier. Organisation de l'analyse. Em: *L'analyse de contenu*. Paris edex: Presses Universitaires de France; 2013.
10. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University Press; 2001.
11. Fernandez JCA, Silva RA, Sacardo DP. Religião e saúde: para transformar ausências em presenças. *Saúde Soc*. 2018; 27(4): 1058-1070. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170757>
12. Oliveira ALB, Menezes TMO. The meaning of religion/religiosity for the elderly. *Rev Bras Enferm*. 2018; 71(suppl 2):770-6. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0120>
13. Bardi G, Garcia MLT. Comunidades terapêuticas religiosas: entre a salvação pela fé e a negação dos seus princípios. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2022; 27(4):1557-1566. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.05152021>
14. Costa VS, Bezerra CC, Becker SG, Pereira RSF, Ramos GOS, Albuquerque CF. A influência da espiritualidade na saúde do idoso institucionalizado. *Scire Salutis*. 2020; 10(1):23-30. doi: <https://doi.org/10.6008/CBPC2236-9600.2020.001.0005>
15. Medeiros REG, Nascimento EGC, Diniz GMD, Alchieri JC. Na simplicidade a complexidade de um cuidar: a atuação da benzedeira na atenção à saúde da criança. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2013; 23(4):1339-1357. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000400016>
16. Biella CAA. Contribuição da doutrina espírita no tratamento e cura de algumas doenças: um estudo sobre o espiritismo em Jataí (GO). *Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*. 2017; 13(24):110-126. doi: <https://doi.org/10.14393/Hygeia1334418>
17. Siqueira HCH, Nunes MHB, Pedroso VSM, Sampaio AD, Medeiros AC, Thurow MRB, Rodrigues ST. Redes de apoio ao usuário com doença renal crônica na perspectiva ecossistêmica. *REME - Rev Min Enferm*. 2019; 23(Esp 1):1-8. doi: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190017>

Laurindo LCC, Sousa NCB, Oliveira TKM, Silva PS

18. Lima JG, Giovanella L, Fausto MCR, Almeida PF. O processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: contribuições para o cuidado em territórios rurais remotos na Amazônia Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2021; 37(8):1-18. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00247820>

19. Nunes CA, Aquino R, Medina MG, Vilasbôas ALQ, Júnior EPP, Luz LA. Visitas domiciliares no Brasil: características da atividade basilar dos Agentes Comunitários de Saúde. *Saúde Debate.* 2018; 42(Esp.):127-144. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S209>

20. Oliveira JLT, Fernandes BM. Intervenções de enfermagem na prevenção do câncer cérvico-uterino: perspectivas das clientes. *Rev Enferm UERJ.* 2017; 25(Esp.):1-6. doi: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.26242>

21. Pedebos LA, Rocha DK, Tomasi Y. A vigilância do território na atenção primária: contribuição do agente comunitário na continuidade do cuidado. *Saúde Debate.* 2018; 42(119):940-951. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811912>

22. Schenker M, Costa DH. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2019; 24(4):1369-1380. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.01222019>

23. Silveira CC, Meyer DEE, Félix J. A generificação da intersectorialidade no Programa Saúde na Escola. *Rev bras Estud pedagog.* 2019; 100(255):423-442. doi: <https://doi.org/10.24109/2176-6681.rbep.100i255.3807>

24. Funayama AR, Cyrino EG, Garcia MAA. Atuação profissional em práticas de promoção da saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Rev APS.* 2022; 25(Supl 1):230-250. doi: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2022.v25.35440>

25. Santos RL, Dias MSA, Pinto AGA, Cavalcante EGR, Machado MFAS. Community Health Agents: health promotion skills for adolescents. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(Suppl 4):1-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0363>

Autor de Correspondência

Paulo Sérgio da Silva
Universidade Federal de Roraima.
Avenida Capitão Ene Garcez, 2413. CEP 69310-
000 - Aeroporto. Boa Vista, Roraima, Brasil.
pssilva2008@gmail.com

Ansiedade e comportamento alimentar de estudantes de diferentes áreas de uma Universidade do sul catarinense

Anxiety and eating behavior of students from different areas of a University of southern catarinense

Ansiedad y comportamiento alimentario de estudiantes de diferentes áreas de un Universidad catarinense del sur

Lara Canever¹, Luiza Meller², Maria Eduarda Matias Colombo³, Daniele Botelho, Louyse Sulzbach Damázio⁴, Alexandra Ioppi Zugno⁵

Como citar: Canever L, Meller L, Colombo MEM, Botelho D, Damázio LS, Zugno AI. Ansiedade e comportamento alimentar de estudantes de diferentes áreas de uma Universidade do sul catarinense. REVISA. 2023; 12(3): 538-46. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n3.p538a546>

REVISA

1. Universidade do Extremo Sul Catarinense, Curso de Nutrição, Criciúma, Santa Catarina, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-4760-2426>

2. Universidade do Extremo Sul Catarinense, Curso de Nutrição, Criciúma, Santa Catarina, Brasil. <https://orcid.org/0009-0002-6429-9059>

3. Universidade do Extremo Sul Catarinense, Curso de Nutrição, Criciúma, Santa Catarina, Brasil. <https://orcid.org/0009-0007-6699-8781>

4. Universidade do Extremo Sul Catarinense, Curso de Nutrição, Criciúma, Santa Catarina, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-3077-8334>

5. Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Laboratório de Psiquiatria translacional. Criciúma, Santa Catarina, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0710-2320>

6. Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Laboratório de Psiquiatria translacional. Criciúma, Santa Catarina, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6658-6444>

Recebido: 23/04/2023
Aprovado: 18/06/2023

RESUMO

Objetivo: analisar a relação entre a ansiedade e a alimentação em estudantes de diversas áreas da graduação de uma Universidade do Sul Catarinense. **Método:** A pesquisa aconteceu durante o primeiro semestre de 2023. Para a obtenção de dados foi elaborado um questionário pelas pesquisadoras responsáveis via Google Forms[®]. Foram realizadas perguntas sobre as condições socioeconômicas dos estudantes, estado de ansiedade, hábitos alimentares, dados como peso e altura e informações sobre o comportamento alimentar. **Resultados:** Observou-se uma amostra de 85 universitários das três áreas da graduação pesquisadas. Foi aplicado um questionário para verificar o estado nutricional dos estudantes, questões relacionadas com ansiedade, bem como alimentação, comportamento alimentar e comer compulsivamente. Identificou-se que 58,82% (n=50) do IMC dos universitários foi adequado/eutrófico, 78,82% (n=67) se sentiam ansiosos no dia a dia e 82,35% (n=70) relatam que a ansiedade tem relação com o comer compulsivo. **Conclusão:** Conclui-se que a ansiedade e o comer compulsivo são prejudiciais tanto para a saúde do estudante quanto para seu desempenho em seus estudos, bem como sua saúde física e mental.

Descritores: Consumo Alimentar; Universitários; Estado Nutricional; Comportamento Alimentar.

ABSTRACT

Objective: to analyze the relationship between anxiety and eating in students from different areas of graduation at a University in Southern Santa Catarina. **Method:** The research took place during the first semester of 2023. To obtain data, a questionnaire was prepared by the responsible researchers via Google Forms[®]. Questions were asked about the students' socioeconomic conditions, state of anxiety, eating habits, data such as weight and height, and information about eating behavior. **Results:** A sample of 85 university students from the three undergraduate areas surveyed was observed. A questionnaire was applied to verify the nutritional status of students, issues related to anxiety, as well as food, eating behavior and compulsive eating. It was identified that 58.82% (n=50) of the BMI of university students was adequate/eutrophic, 78.82% (n=67) felt anxious in their daily lives and 82.35% (n=70) reported that anxiety is related to compulsive eating. **Conclusion:** It is concluded that anxiety and compulsive eating are harmful both for the student's health and for their performance in their studies, as well as their physical and mental health.

Descriptors: Food Consumption; College students; Nutritional status; Feeding Behavior.

RESUMEN

Objetivo: analizar la relación entre la ansiedad y la alimentación en estudiantes de diferentes áreas de graduación de una Universidad del Sur de Santa Catarina. **Método:** La investigación se desarrolló durante el primer semestre de 2023. Para la obtención de datos se elaboró un cuestionario por parte de los investigadores responsables a través de Google Forms[®]. Se realizaron preguntas sobre las condiciones socioeconómicas de los estudiantes, estado de ansiedad, hábitos alimentarios, datos como peso y talla e información sobre la conducta alimentaria. **Resultados:** Se observó una muestra de 85 estudiantes universitarios de las tres carreras encuestadas. Se aplicó un cuestionario para verificar el estado nutricional de los estudiantes, temas relacionados con la ansiedad, así como la alimentación, conducta alimentaria y alimentación compulsiva. Se identificó que el 58,82% (n=50) del IMC de universitarios fue adecuado/eutrófico, el 78,82% (n=67) se sintió ansioso en su cotidiano y el 82,35% (n=70) refirió que la ansiedad está relacionada con la alimentación compulsiva. **Conclusión:** Se concluye que la ansiedad y la alimentación compulsiva son perjudiciales tanto para la salud del estudiante como para su desempeño en sus estudios, así como su salud física y mental.

Descritores: Consumo de Alimentos; Estudiantes universitarios; Estados nutricionales; Comportamiento de alimentación.

Introdução

A alimentação é um ato importante para o corpo satisfazendo as necessidades fisiológicas do ser humano em busca de um equilíbrio nutricional. Porém, o ato de se alimentar vai além de satisfazer essas necessidades, é um momento de prazer, interação com o alimento que está ingerindo e, além de tudo, é um ato social e familiar¹.

A sociedade atualmente implantou um ideal de corpo perfeito que leva as pessoas, principalmente mulheres jovens, a uma intensa preocupação com seu peso e com seu corpo na frente do espelho. Com isso, surgiram as dietas da moda, altamente restritivas em diversos nutrientes como forma de tentar alcançar o padrão de beleza estipulado pela sociedade².

Com um estilo de vida mais agitado, os universitários são um grupo vulnerável a possíveis riscos à saúde e comprometimento da qualidade de vida, e, por conta de sua rotina intensa, muitos precisam apelar para refeições mais rápidas e práticas³. Decorrente dessa rotina, os estudantes tendem a recorrer a uma “válvula de escape” para descontar a sobrecarga de atividades, ou o baixo desempenho escolar ou a compensação por alguma nota baixa⁴.

Devido ao estresse diário dos universitários, muitos começam a desenvolver um estado de ansiedade, o qual corresponde a um conjunto de respostas químicas que podem estar relacionadas com componentes psicológicos e fisiológicos, o que pode ser considerado “normal” no ser humano. Nesse contexto, se faz necessário uma atenção maior à saúde mental dos estudantes, por isso é preciso compreender quais são os fatores de risco para o surgimento da ansiedade, para garantir melhor qualidade na formação profissional dos acadêmicos⁵.

A ansiedade está muito relacionada ao aparecimento do hábito de comer compulsivamente. O costume de comer de forma anormal, sem sentir fome, está associado a questões emocionais⁶. Melca & Fortes⁷ relatam que pessoas que comem de forma compulsiva geralmente apresentam altos índices de ansiedade.

Por isso, este estudo investigou a relação da ansiedade e a alimentação em estudantes de diferentes áreas de graduação de uma Universidade do Sul Catarinense.

Método

Tratou-se de um estudo descritivo de caráter quantitativo e qualitativo. O estudo realizado teve como objetivo analisar os dados sobre ansiedade e alimentação de universitários de diferentes cursos da graduação (Engenharia Civil, Ciências Contábeis, Odontologia, Nutrição, Enfermagem e Administração) de uma Universidade do Sul Catarinense, localizada na cidade de Criciúma/SC. A população desse estudo foi constituída por estudantes do sexo masculino e feminino, com idades entre 20 e 44 anos matriculados em uma Universidade do Sul Catarinense no município de Criciúma/SC. Os cursos selecionados foram Engenharia Civil, Ciências Contábeis (cursos da área de exatas), Odontologia, Nutrição, Enfermagem (área da saúde) e Administração (área de humanas).

O contato inicial foi feito pelas pesquisadoras com as coordenações dos diferentes cursos de graduação, a fim de solicitar a autorização do estudo mediante liberação de uma carta de aceite. Após aprovação do projeto pelo

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), mediante parecer de número 5.923.084, iniciou-se a coleta de dados com os universitários através do envio do questionário elaborado no Google Forms®.

Para a obtenção de dados foi elaborado um questionário pelas pesquisadoras responsáveis via *Google Forms*®, com o objetivo de avaliar o comportamento alimentar dos universitários de diferentes áreas da graduação e a relação do mesmo com o estado de ansiedade. O questionário elaborado pelas pesquisadoras foi encaminhado de forma online para os universitários por intermédio das coordenações dos respectivos cursos de graduação, sendo enviados para o e-mail de cada estudante matriculado na fase participante da pesquisa. Ao acessar o link do questionário o estudante, primeiramente precisou abrir o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para concordar ou não em participar da pesquisa.

As perguntas estavam relacionadas as condições socioeconômicas dos estudantes, estado de ansiedade, hábitos alimentares, dados como peso e altura e informações sobre o comportamento alimentar. Os dados referentes ao peso, altura, idade e sexo foram obtidos para classificação do estado nutricional, sendo tais informações autorreferidas pelos participantes. Além do questionário elaborado sobre comportamento alimentar, foi aplicado um questionário adaptado a partir dos marcadores de consumo alimentar do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional⁸, contendo perguntas sobre o consumo alimentar e frequência de consumo de diferentes alimentos.

Essa pesquisa teve início somente após aprovação pelo CEP da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Por ser um estudo que envolve informações de seres humanos, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa e aprovado, seguindo assim os preceitos éticos a serem obedecidos e relacionados à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Foi garantido sigilo de todas as informações conforme propõe o Item IV.3.a, da Resolução CNS nº 466 de 2012.

Resultados e Discussão

Participaram deste estudo 85 universitários, dos quais 72,9% (n=62) eram do sexo feminino e 27,1% (n=23) masculino. A faixa etária variou entre 20 e 44 anos de idade com média de 23,5 ($\pm 4,99$) anos. Os cursos de graduação selecionados para a pesquisa foram Enfermagem, Nutrição e Odontologia, agrupados como cursos da área da saúde e corresponderam a 40% (n=34) da amostra. Os cursos de Ciências Contábeis e Engenharia Civil foram agrupados como área de exatas com 23,5% (n=20) de participação na pesquisa, enquanto o curso de Administração, representou a área de humanas, equivalente a 36,5% (n=31) da amostra.

Tabela 1- Distribuição por sexo, de estudantes de diferentes áreas da graduação de uma Universidade do Sul Catarinense. Criciúma, 2023.

Áreas	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Área da saúde						
Enfermagem	13	20,9	-	-	13	15,3
Nutrição	12	19,4	1	4,3	13	15,3
Odontologia	8	12,9	-	-	8	9,4
Área de exatas						
Ciências Contábeis	6	9,7	2	8,7	8	9,4
Engenharia Civil	8	12,9	4	17,4	12	14,1
Área de Humanas						
Administração	15	24,2	16	69,6	31	36,5
TOTAL					85	100

Fonte: Dados da Pesquisa. Criciúma (2023)

A tabela 2 apresenta o estado nutricional dos universitários das diferentes áreas da graduação, classificado a partir do IMC dos estudantes. Participaram da pesquisa 20 acadêmicos da área de exatas e, destes, 60% (n=12) apresentaram estado nutricional de eutrofia, enquanto 30% (n=6) apresentaram sobrepeso e 10% (n=2) obesidade grau I. A área de humanas contou com a participação de 31 estudantes, onde 61,3% (n=19) se mostraram em eutrofia, 29% (n=9) em sobrepeso e 9,7% (n=3) apresentaram obesidade grau I. Já a área da saúde englobou 34 estudantes, dos quais 43% (n=19) apresentaram eutrofia, 26,5% (n=9) sobrepeso, 11,7% (n=4) apresentaram obesidade grau I, 9,4% (n=1) obesidade grau III e 9,4% (n=1) baixo peso.

No geral, 58,82% (n=50) dos acadêmicos que participaram da pesquisa foram classificados em eutrofia, enquanto apenas 1,17% (n=1) em baixo peso e 40% (n=34) dos universitários se encontram com excesso de peso.

Tabela 2- Avaliação do estado nutricional de estudantes de diferentes áreas da graduação de uma Universidade do Sul catarinense. Criciúma, 2023.

Estado Nutricional	A.Exatas		A.Humanas		A.Saúde		Total	
	n=20	%	n=31	%	n=34	%	n=85	%
Baixo peso	-	-	-	-	1	9,4	1	9,4
Adequado	12	60,0	19	61,3	19	43,0	50	58,8
Sobrepeso	6	30,0	9	29,0	9	26,5	24	28,2
Obesidade grau I	2	10,0	3	9,7	4	11,7	9	10,5
Obesidade grau III	-	-	-	-	1	9,4	1	9,4

Fonte: Dados da Pesquisa. Criciúma (2023)

No presente estudo, se verificou que o estado nutricional de eutrofia prevaleceu nas três áreas da graduação. Resultado similar foi encontrado por Gasparotto et al. (2013) onde participaram do estudo 1599 universitários, no qual a classificação média de IMC dos estudantes foi de 23,6 kg/m² na área de exatas,

23 kg/m² na área da saúde e 23,1 kg/m² nas humanas, sendo também predominante a classificação de eutrofia.

A tabela 3 apresenta resultados sobre o estado de ansiedade em universitários de diferentes áreas da graduação. Em relação à questão “Você sente que é ansioso no seu dia a dia?”, obteve-se “Sim” como resposta por 85% (n=17) dos estudantes da área de exatas 67,7% (n=21) na área de humanas e 85,3% (n=29) na saúde. Quando questionado aos estudantes se apresentavam diagnóstico de transtorno de ansiedade comprovado por médico, 25% (n=5) na área de exatas, 16,1% (n=5) na área de humanas e 26,5% (n=9) na área da saúde afirmaram apresentar tal transtorno. Relataram não ter diagnóstico, 70% (n=14) dos estudantes da área de exatas, 80,7% (n=25) de humanas e 73,5% (n=25) da saúde.

Tabela 3- Presença do estado de ansiedade em estudantes de diferentes áreas da graduação de uma Universidade do Sul catarinense. Criciúma, 2023.

Questões sobre a ansiedade	A.Exatas		A.Humanas		A.Saúde		Total	
	n=20	%	n=31	%	n=34	%	n=85	%
Você sente que é ansioso no seu dia a dia?								
Sim	17	85,0	21	67,7	29	85,3	67	78,8
Não	2	10,0	7	22,6	5	14,7	14	16,4
Não sei	1	5,0	3	9,7	-	-	4	4,7
Você tem diagnóstico de transtorno de ansiedade comprovado por médico?								
Sim	5	25,0	5	16,1	9	26,5	19	22,3
Não	14	70,0	25	80,7	25	73,5	64	75,2
Não sei	1	5,0	1	3,2	-	-	2	2,3
Em quais situações você acha que seu estado de ansiedade aumenta?*								
Semanas de trabalhos e provas acadêmicas	13	65,0	16	51,6	25	73,5	54	63,5
Problemas pessoais	15	75,0	24	77,4	28	82,3	67	78,8
Carreira profissional	12	60,0	21	67,7	12	35,3	45	52,9
Em semanas de provas e/ou trabalhos acadêmicos você sente que esse estado de ansiedade aumenta?*								
Sim	17	85,0	17	54,9	30	88,3	64	75,2
Não	2	10,0	13	41,9	3	8,8	18	21,1
Não sei	1	5,0	1	3,2	1	2,9	3	3,5

Fonte: Dados da Pesquisa. Criciúma (2023).

Legenda: * mais de um respondente; ** Teste Qui-Quadrado de Pearson. p=0,012

As situações em que os universitários se encontravam em maior estado de ansiedade foram os problemas pessoais relatados por 75% (n=15) dos estudantes da área de exatas, 77,4% (n=24) da área de humanas e 82,3% (n=28) da saúde. Outra questão abordada foi sobre o aumento do estado de ansiedade em semanas de provas e/ou trabalhos acadêmicos, onde em geral, 75,2% (n=64) dos estudantes responderam "Sim" e 21,1% (n=18) apontaram "Não", sendo esse resultado significativo ($p < 0,05$). Ainda se obteve "Sim" como resposta para 85% (n=17) dos estudantes da área de exatas, 54,9% (n=17) de humanas e 88,3% (n=30) da área da saúde.

Zancan e colaboradores⁹ expôs em sua pesquisa com 357 estudantes de diversos cursos da graduação das áreas de ciências humanas, ciências da saúde, ciências sociais aplicadas, linguística, letras e artes que 29,7% (n=30) da amostra tinha diagnóstico de transtorno de ansiedade, o que corrobora com os achados do presente estudo, onde 22,3% (n=19) dos estudantes também confirmaram apresentar diagnóstico de ansiedade. Ademais, a situação estressora que mais prevaleceu em seu estudo foi "a demanda de estudos (provas, trabalhos, carga horária das aulas e horas complementares)" correspondendo a resposta de 78,4% (n=280) dos estudantes. Em contrapartida, o presente estudo opõe-se aos resultados acima citados, sendo os "problemas pessoais" a situação estressora de maior relevância, mencionada por 78,8% (n=67) dos estudantes de todas as áreas pesquisadas.

Na tabela 4 pode-se observar os resultados referentes às questões relacionadas ao estado de ansiedade e o comportamento alimentar dos universitários. Na primeira questão, "Quando se sente ansioso, você sente mais fome?", na área de exatas obteve-se a resposta "Sim" por 55% (n=11) e "Não" por 40% (n=8) dos estudantes. Na área de humanas, 35,5% (n=11) dos estudantes responderam "Sim" e 54,8% (n=17) "Não". Já na área da saúde, obteve-se "Sim" como resposta por 70,6% (n=24) dos universitários e "Não" por 29,4% (n=10) dos estudantes. De modo geral, 54,2% (n=46) da amostra confirmou que "quando se sente ansioso, sente mais fome".

Referente a pergunta sobre autocontrole do consumo de alimentos em estado de ansiedade, 50% (n=10) dos estudantes da área de exatas relataram manter o controle e 45% (n=9) não conseguem controlar a quantidade de alimentos consumidos. Na área de humanas 41,9% (n=13) relataram conseguir controlar e 51,7% (n=16) não conseguem ter esse autocontrole. Na área da saúde, 47,1% (n=16) referem ter controle do consumo alimentar e 50% (n=17) desses estudantes não conseguem controlar a quantidade de alimentos consumida quando se está ansioso.

Em resumo, os estudantes que afirmaram "não manter o controle sobre a quantidade de alimentos consumidos" responderam que consomem quantidades equivalentes "a uma barra inteira de chocolate ou mais" quando se sentem ansiosos (22,3%, n=19).

Ao ser questionado aos estudantes sobre a preferência de alimentos salgados ou doces quando se sente ansioso, prevaleceu nas três áreas de graduação a resposta por alimentos doces (62,3%, n=53), sendo tal opção mencionada por 65% (n=13) dos estudantes da área de exatas 61,3% (n=19) de humanas e 61,7% (n=21) da saúde.

Tabela 4- Ansiedade e consumo alimentar de estudantes de diferentes áreas da graduação de uma Universidade do Sul catarinense. Criciúma, 2023.

Questões sobre a ansiedade e a alimentação	A.Exatas		A.Humanas		A.Saúde		Total			
	n=20	%	n=31	%	n=34	%	n=85	%		
Quando se sente ansioso você sente mais fome?										
Sim	11	55,0	11	35,5	24	70,6	46	54,1		
Não	8	40,0	17	54,8	10	29,4	35	41,1		
Não sei	1	5,0	3	9,7	-	-	4	4,7		
Quando você sente que está ansioso, consegue manter o controle da qualidade de alimentos que consome?										
Sim	10	50,0	13	41,9	16	47,1	39	45,8		
Não	9	45,0	16	51,7	17	50,0	42	49,4		
Não sei	1	5,0	2	6,4	1	2,9	4	4,7		
Caso não mantenha o controle, consome quantidades equivalentes a:										
			(n=10)		(n=18)		(n=18)			
1 barra inteira de chocolate			4	40,0	9	50,0	6	33,3	19	22,3
1 pacote de bolacha			2	20,0	3	16,7	2	11,1	7	8,2
1 pacote de salgadinho			2	20,0	6	33,3	9	50,0	17	20,0
sem informação			2	20,0	-	-	1	5,6	3	3,5
Quando você sente que está ansioso, você tem mais vontade de comer alimentos doces ou salgados?										
Doces			13	65,0	19	61,3	21	61,7	53	62,3
Salgados			7	53,0	12	38,7	13	38,3	32	37,6
Quando você sente que está ansioso, costuma acordar no meio da noite para se alimentar?										
Sim			-	-	2	6,4	1	2,9	3	3,5
Não			20	100	29	93,6	33	97,1	82	96,4
Se lembra, você consome uma grande quantidade de alimentos?										
Sim			-	-	1	50	-	-	1	1,1
Não			-	-	-	-	-	-	-	-
Não sei			-	-	1	50,0	1	100	2	2,3
Você acha que o estado de ansiedade pode influenciar no ato de comer compulsivamente?										
Sim			16	80,0	24	77,5	30	88,2	70	82,3
Não			4	20,0	5	16,1	2	5,9	11	12,9
Não sei			0	-	2	6,4	2	5,9	4	4,7

Fonte: Dados da Pesquisa. Criciúma (2023).

Duarte e colaboradores¹⁰ demonstrou em seu estudo realizado com 137 universitários da área da saúde um maior consumo de alimentos doces pelos

estudantes quando ansiosos. Usou a escala HAD (Avaliação do nível de ansiedade e depressão) por meio de pontuação de escores, de 08 a 11 pontos é considerado ansiedade possível (questionável ou duvidosa) e de 12 a 21 pontos ansiedade provável. Os estudantes com "ansiedade possível" obtiveram o consumo diariamente de 25% (n=10) e semanalmente de 37,5% (n=15) de doces entre os universitários e com "ansiedade provável" o consumo diariamente foi de 20% (n=10) e semanalmente 46% (n=23). Neste sentido, convém ressaltar que é comum o aumento do consumo de alimentos ricos em açúcares em estado de estresse e ansiedade, visto que a ingestão de doces gera prazer e melhora do humor momentâneo¹¹.

No geral, percebe-se que na área da saúde o consumo alimentar é mais saudável e equilibrado do que as demais áreas. Porém, as três áreas demonstraram uma alimentação balanceada, com pouco consumo de alimentos industrializados citados na tabela 3. Com relação ao estado nutricional dos estudantes, não houve diferença significativa entre as áreas prevalecendo eutrofia. No que se refere ao estado de ansiedade, o diagnóstico de ansiedade comprovado por médico da área da saúde prevaleceu sendo a situação que a ansiedade mais aumenta a semana de trabalhos e/ou provas acadêmicas. Para finalizar, quando os universitários estão em estado de ansiedade alto, sentem mais fome, sendo a preferência alimentar de alimentos doces entre todas as áreas, sendo esse consumo controlado.

Conclusão

Este estudo possibilitou relacionar o estado de ansiedade e a alimentação em universitários de diferentes áreas da graduação, sendo essas da Saúde, Humanas e Exatas em uma Universidade do Sul Catarinense.

A classificação do estado nutricional através do IMC, para a maioria dos estudantes, foi de eutrofia para as três áreas de graduação avaliadas, porém houve um achado considerável de excesso de peso entre os estudantes das diferentes áreas. Quanto ao consumo alimentar dos universitários se observou uma alimentação equilibrada composta pela ingestão de alimentos saudáveis diariamente como frutas e verduras e por feijão semanalmente. Em contrapartida, os alimentos ultraprocessados como hambúrguer e/ou embutidos, bebidas adoçadas, macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoito salgado também apresentaram consumo semanal pelos estudantes, sendo este um achado negativo, visto que tais são opções são industrializadas e devem ser consumidas esporadicamente pelos indivíduos.

Verificou-se que a maioria dos estudantes se sentem ansiosos no seu dia a dia e esse estado de ansiedade aumenta em certas situações como auto cobrança quanto o trabalho, a carreira profissional, em semanas de trabalhos e/ou provas e, principalmente, devido problemas pessoais.

Os estudantes relataram que quando se sentem ansiosos apresentam mais "fome" e predomina o desejo por alimentos doces. Quando questionados se a ansiedade tem relação com o ato de comer compulsivamente, grande parte dos estudantes responderam que sim confirmando tal relação. Desse modo, é importante salientar a necessidade do desenvolvimento de mais estudos sobre o tema abordado, principalmente em estudantes de diferentes áreas da graduação, uma vez que o estado de ansiedade pode influenciar diretamente no comportamento alimentar do indivíduo.

Outro ponto a ser considerado no indivíduo quando em estado de ansiedade é o acompanhamento multiprofissional, com destaque para a terapia nutricional e psicológica, a fim de equilibrar os sintomas de ansiedade e a alimentação, inclusive os episódios de compulsão alimentar, se presentes.

Agradecimentos

Essa pesquisa não recebeu financiamento para sua realização.

Referências

1. Klobukoski C, Höfelmann D. Compulsão alimentar em indivíduos com excesso de peso na Atenção Primária à Saúde: prevalência e fatores associados. *Cadernos Saúde Coletiva*. 2017; 25:443-452.
2. Andrade A, Bosi MLM. Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino. *Revista de Nutrição* [Internet]. 2003 Jan;16(1):117-25. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732003000100012&script=sci_abstract&tlng=pt
3. Acosta G, Élide S, Karine Anusca Martins. Alimentação fora do domicílio de universitários de alguns cursos da área da saúde de uma instituição privada. 2013 Jul 1;37(3):288-98.
4. Marques H MAC. O sector alimentar e a caracterização do consumo alimentar fora de casa - Portugal: 1990-2000 [dissertação]. Porto: Faculdade do Porto; 2009
5. Marchi KC, Bárbaro AM, Miasso AI, Tirapelli CR. Ansiedade e consumo de ansiolíticos entre estudantes de enfermagem de uma universidade pública. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2013 Sep 30;15(3).
6. Amparo L. O corpo, o comer e a comida: um estudo sobre as práticas corporais alimentares cotidianas a partir da cidade de Salvador. *SciELO - EDUFBA*; 2008.
7. Melca IA, Fortes S. Obesidade e transtornos mentais: construindo um cuidado efetivo. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto* [Internet]. 2014 Mar 17 [cited 2021 Oct 28];13(1). Available from: http://bjhbs.hupe.uerj.br/WebRoot/pdf/456_pt.pdf
8. SISVAN,2015
9. Zancan RK, Machado ABC, Boff N, Oliveira MDS. Estresse, Ansiedade, Depressão e Inflexibilidade Psicológica em Estudantes Universitários de Graduação e Pós-Graduação. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. 2021 Jul 15;21(2):749-67
10. Duarte, M. A. de S., & Santos, M. M. D. dos. Associação entre hábitos alimentares e os distúrbios de ansiedade e depressão em estudantes universitários na região metropolitana do Recife-PE. *RBONE - Revista Brasileira De Obesidade, Nutrição E Emagrecimento*, 16(101), 217-227.
11. Penaforte FR, Matta NC, Japur CC. Associação entre estresse e comportamento alimentar em estudantes universitários. *DEMETERA: Alimentação, Nutrição & Saúde* [Internet]. 2016 Mar 7 [cited 2019 Nov 2];11(1). Available from: <https://www.publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/18592>

Autor de Correspondência

Louyse Sulzbach Damázio.
Laboratório de Psiquiatria Translacional.
Bloco S, subsolo, sala 05. Av. Universitária, 1105. CEP: 88806-000
- Universitário. Criciúma, Santa Catarina, Brasil.
louyse3@unesec.net

Comportamentos alimentares de portadores de DCNT que frequentam uma clínica integrada no extremo sul catarinense

Dietary behaviors of patients with NCDs who are attending an integrated clinic in southern Santa Catarina

Comportamientos alimentarios de pacientes con ENT que asisten a una clínica integrada en el extremo sur de Santa Catarina

Rebeca Knabben da Silva Ruschel¹, Jessica Borges Vieira², Paula Rosane Vieira Guimarães³, Louyse Sulzbach Damázio⁴

Como citar: Ruschel RKS, Vieira JB, Guimarães PRV, Damázio LS. Comportamentos alimentares de portadores de DCNT que frequentam uma clínica integrada no extremo sul catarinense. REVISA. 2023; 12(3): 547-59. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n3.p547a559>

REVISA

1. Universidade do Extremo Sul Catarinense. Criciúma, Santa Catarina, Brasil.
<https://orcid.org/0009-0001-0756-295X>

2. Universidade do Extremo Sul Catarinense. Criciúma, Santa Catarina, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-2063-2331>

3. Universidade do Extremo Sul Catarinense. Criciúma, Santa Catarina, Brasil.
<https://orcid.org/0009-0005-0044-1820>

4. Universidade do Extremo Sul Catarinense. Criciúma, Santa Catarina, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-0710-2320>

Recebido: 17/04/2023
Aprovado: 14/06/2023

RESUMO

Objetivo: verificar os comportamentos alimentares de indivíduos com doenças crônicas não transmissíveis. **Método:** Estudo descritivo, transversal, quantitativo com coleta de dados primários. **Resultados:** Sobre os comportamentos alimentares 48,6% (36) relataram realizar refeições em frente às telas, a maioria executa café da manhã, almoço e jantar e grande parte do grupo expôs consumir alimentos protetores e ultraprocessados. **Conclusão:** Os comportamentos alimentares encontrados entres os indivíduos com DCNT foram em geral desfavoráveis, mesmo com uma divisão adequada e inclusão de alguns bons alimentos, houve prevalência no consumo de biscoitos recheados, doces e bebidas adoçadas, além do péssimo hábito de se alimentar em frente a televisão.

Descritores: Comportamento alimentar; DCNT; Nutrição.

ABSTRACT

Objective: to assess the dietary behaviors of individuals with chronic non-communicable diseases. **Method:** The study followed a descriptive, cross-sectional, quantitative approach with primary data collection. **Results:** The results revealed that 48.6% (36) reported having meals in front of screens, and the majority of the participants had breakfast, lunch, and dinner. A significant portion of the group reported consuming both protective foods and ultra-processed foods. **Conclusion:** In conclusion, the dietary behaviors observed among individuals with NCDs were generally unfavorable. Despite proper meal distribution and the inclusion of some healthy foods, there was a prevalence of consumption of filled cookies, sweets, and sugary beverages, along with the detrimental habit of eating in front of the television.

Descriptors: Dietary behavior; NCDs; Nutrition.

RESUMEN

Objetivo: verificar los comportamientos alimentarios de individuos con enfermedades crónicas no transmisibles que asisten a una clínica integrada en el extremo sur de Santa Catarina. **Método:** Se llevó a cabo un estudio descriptivo, transversal y cuantitativo con recolección de datos primarios. **Resultados:** En cuanto a los comportamientos alimentarios, el 48,6% (36) informó realizar comidas frente a las pantallas, y la mayoría de los participantes desayunaban, almorzaban y cenaban. Además, una parte significativa del grupo declaró consumir alimentos protectores y ultraprocessados. **Conclusión:** Los comportamientos alimentarios encontrados entre los individuos con enfermedades crónicas no transmisibles fueron generalmente desfavorables. A pesar de una adecuada distribución de las comidas e inclusión de algunos alimentos saludables, hubo una prevalencia en el consumo de galletas rellenas, dulces y bebidas azucaradas, además del mal hábito de comer frente al televisor.

Descriptores: Comportamiento alimentario; ENT; Nutrición.

Introdução

Doenças Crônicas Não Transmissíveis compõem um conjunto de distúrbios caracterizados por uma etiologia incerta e múltiplos fatores de risco. Esse grupo de doenças, tal como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2, são autoras de complicações associadas a alto risco de mortalidade, exibindo um sério problema para a saúde mundial.¹ A administração das DCNT é feita através de mudanças nos hábitos dos indivíduos, de orientações acerca do tratamento e do conhecimento de suas possíveis complicações, sendo capaz de melhorar a qualidade e expectativa de vida de seus portadores.²

Os autores afirmam que atualmente, identificou-se o acúmulo de gordura abdominal como um dos principais responsáveis por distúrbios metabólicos e riscos de doenças cardiovasculares como dislipidemias, hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2. Sabe-se que esse excesso de peso, proveniente principalmente de comportamentos alimentares inadequados, é fator de risco para doenças crônicas não transmissíveis, enfermidades essas que representam no Brasil a principal causa dos óbitos registrados.³

A transição nutricional decorrente da urbanização e industrialização realizada nesse século apontam para uma dieta ocidentalizada como principal autor no crescimento dos índices de excesso de peso. Essa alimentação contemporânea apresenta alto consumo calórico, tendo aumento na ingestão de carne, leites e derivados (ricos em gorduras) e redução no consumo de frutas, cereais, verduras e legumes, essas características alimentares associadas a inatividade física resultam no ganho de peso.³ A preocupação acerca dessas práticas é essencial, uma vez que o distúrbio no peso é fundamental no aparecimento de DCNT.⁴

A queda da qualidade do padrão alimentar brasileiro é reflexo da globalização, e pode ser observada em todos os níveis socioeconômicos, trazendo consigo transformações no estado da saúde da população. O consumo excessivo de alimentos ultraprocessados cresce e é um dos principais motivos que explica a piora na qualidade na alimentação. Nota-se a decadência na compra de alimentos in natura ou minimamente processados e aumento do consumo de calorias disponíveis em produtos industrializados e prontos para consumo.⁵

Quanto ao binômio dieta e atividade física as investigações apontam que indivíduos portadores de DCNT tem o denominado estilo de vida ocidental contemporâneo. Nele a alimentação é pautada em ultraprocessados e a prioridade é o menor gasto de tempo na produção das refeições. Por isso, redes de fast food possuem cada dia maior relevância no quesito alimentação, enquanto o hábito de preparar comida caseira, boa fonte alimentar, acaba sendo abandonado.⁴

As autoras afirmam ainda que a mudança no esquema ocupacional por setores e a redução no esforço físico nos processos de trabalho prejudicam a situação do sedentarismo. A inatividade física se dá não só pela falta de exercícios programados, mas também por outras modificações nas atividades diárias. Exemplos disso são o lazer, que passa a ser prolongados períodos diante das telas, as atividades domésticas, que antes eram realizadas pelo homem e atualmente usa-se equipamentos e o deslocamento, no qual há o uso majoritário de automóveis.⁴

Por isso, é essencial incluir no combate das doenças crônicas não transmissíveis mudanças no estilo de vida dos indivíduos. O tratamento terapêutico inclui alteração de comportamentos relacionados à saúde, como controle alimentar, mudanças de conduta, acompanhamento psicológico, caso necessário, além de mediações médicas. O controle ambulatorial multiprofissional é uma estratégia eficaz no monitoramento das DCNT, pois as intervenções repassadas como proposta de forma individualizada e o vínculo realizado entre equipe e paciente fornecem benefícios diretos ao tratamento, entre eles o aumento no comprometimento do indivíduo.⁶

Com base no apresentado até então, o objetivo do presente estudo foi evidenciar através de uma pesquisa os comportamentos alimentares de portadores de DCNT que frequentam uma clínica integrada no extremo sul catarinense.

Método

A pesquisa qualificou-se como um estudo descritivo, transversal, quantitativo com coleta de dados primários. Foi realizada uma entrevista telefônica para busca de dados relacionados a comportamentos alimentares dos indivíduos portadores de DCNT. A população foi formada por indivíduos maiores de 18 anos e com menos de 60 anos, portadores de DCNT. A amostra foi não probabilística, por conveniência das pesquisadoras, constituída inicialmente pelos 100 primeiros prontuários das clínicas integradas de endocrinologia e cardiologia. Dos 100 prontuários foi realizado contato telefônico posteriormente e 74 indivíduos aceitaram participar da pesquisa e concordaram com o TCLE. Os dados coletados possibilitaram fazer paralelo com a prevalência das doenças crônicas não transmissíveis pesquisadas.

Foi usado método de inquérito alimentar por meio do formulário dos marcadores de consumo alimentar do SISVAN, buscando identificar com que frequência os portadores das DCNT fazem consumo alimentar. Houve a submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e foi aprovado com Certificado de Apresentação de Apreciação Ética CAAE: 64172222.0.0000.0119 e Número do Parecer: 5.714.362.

Resultados e Discussão

A obesidade, doença considerada epidêmica, tem obtido grande repercussão no cenário mundial. Sabe-se que em 98% dos casos a obesidade tem causa exógena, ou seja, derivada de um desequilíbrio entre ingestão e consumo energético. Com um número crescente da doença e de outras patologias associadas é importante visualizá-la como principal causador de DCNT.⁷

Quanto a tabela 1, dentre os adultos entrevistados pode-se ver apenas 2,7% (n=2) em eutrofia, nenhum caso de baixo peso e o restante se reparte entre sobrepeso (n=27) e obesidade (n=45), dividida entre grau I, II e III. Quando observado o excesso de peso se tem o valor de 97,3% (n=72).

Tabela 1 - Distribuição do Estado Nutricional de adultos participantes da pesquisa em uma clínica integrada no extremo Sul Catarinense. Santa Catarina, 2023.

Diagnóstico Nutricional	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Baixo Peso	-	-	-	-	-	-
Eutrofia	1	1,9	1	4,3	2	2,7
Sobrepeso	18	35,3	9	39,2	27	36,5
Obesidade Grau I	12	23,6	10	43,6	22	29,7
Obesidade Grau II	13	25,5	1	4,3	14	18,9
Obesidade Grau III	7	13,7	2	8,6	9	12,2

Quanto a tabela 2, destaca-se que do grupo portador de obesidade apenas 20% (n=9) realiza ceia, além disso 71,1% (n=32) deste mesmo grupo mostrou consumir biscoitos recheados, doces ou guloseimas e 68,9% (n=31) ingerem bebidas adoçadas.

Neste item para verificar a relação entre obesidade e fatores alimentares foi necessário agrupar os graus de obesidade em uma variável.

Tabela 2 - Distribuição do consumo alimentar e obesidade de adultos participantes da pesquisa em uma clínica integrada no extremo Sul Catarinense. Santa Catarina, 2023.

Consumo	Obesidade				*Valor p
	Não (n=29)		Sim (n=45)		
	n	%	n	%	
Realizar refeições assistindo TV					
...					
Sim	14	48,3	22	48,9	0,959
Não	15	51,7	23	51,1	
Café da manhã					
Sim	19	65,5	41	91,1	0,006*
Não	10	34,5	4	8,9	
Lanche da manhã					
Sim	9	31,0	18	40,0	0,434
Não	20	68,9	27	60,0	
Almoço					
Sim	26	89,6	45	100,0	0,028*

Não	3	10,4	-	-	
Lanche da tarde					
Sim	26	89,6	36	80,0	0,271
Não	3	10,4	9	20,0	
Janta					
Sim	24	82,7	39	86,7	0,645
Não	5	17,3	6	13,3	
Ceia					
Sim	13	44,8	9	20,0	0,026*
Não	16	55,2	35	80,0	
Consumiu Feijão					
Sim	19	65,5	32	71,1	0,612
Não	10	34,5	13	28,9	
Frutas frescas (não considerar suco de frutas)					
Sim	21	72,4	37	82,2	0,317
Não	8	27,6	8	17,8	
Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame)					
Sim	21	72,4	35	77,8	0,600
Não	8	27,6	10	22,2	
Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)					
Sim	13	44,8	23	48,9	0,598
Não	16	55,2	22	51,1	
Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco caixinha, xaropes de guaraná/ groselha, suco de fruta com adição de açúcar)					
Sim	18	62,1	31	68,9	0,545
Não	11	37,9	14	31,1	
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados					
Sim	9	31,0	13	28,9	0,844
Não	20	68,9	32	71,1	

Biscoitos recheados, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chicletes, caramelos, gelatina)					
Sim	20	31,0	32	71,1	0,844
Não	9	68,9	13	28,9	

*Teste Qui-quadrado de Pearson. $p < 0,05$.

A obesidade está ligada aos hábitos alimentares, estando estes associados aos aspectos culturais, socioeconômicos e psicológicos que abrangem o meio no qual a pessoa está inserida. Além disso, características dos hábitos alimentares são usadas em estudos para avaliar de forma qualitativa e quantitativa a dieta humana, tendo como propósito analisar a ingestão de nutrientes e a sua relação com as morbidades.⁸

Na tabela 3 observa-se que 48,9% dos adultos com obesidade entrevistados realizam refeições em frente às telas. Vale observar que a diferença entre o grupo com obesidade e sem foi de apenas 0,6%. De acordo com a orientação dos marcadores de consumo alimentar do SISVAN, realizado pelo Ministério da Saúde, sugere-se o consumo de alimentos regularmente, em ambientes tranquilos, sem rapidez e sem princípios que tirem o foco, evitando o comprometimento dos mecanismos biológicos que sinalizam à saciedade.⁹

Dentre os fatores nos quais a prática de assistir televisão pode afetar o peso/estado nutricional estão a inatividade física e o maior consumo de alimentos industrializados quando se come em frente às telas. Outro fator observado é que a distração provocada interfere nos sinais fisiológicos de fome e saciedade, e leva a escolhas alimentares inadequadas, com consumo exagerado de produtos que possuem alto teor calórico e baixo teor de nutrientes.¹⁰

Quanto ao consumo de feijão, o presente estudo mostrou que 71,1% dos entrevistados têm o hábito de consumi-lo, sendo assim, um fator positivo. O feijão é um tipo de leguminosa rica em proteína, fibra alimentar, vitaminas do complexo B, ferro, cálcio e zinco.⁹ Em estudo¹¹ viu-se que o feijão, por ser um dos alimentos da dieta da população brasileira com quantidade alta de fibras alimentares, quando contraposto a outros alimentos, possui relevância em um consumo alimentar saudável. Além disso, existem evidências que o consumo da leguminosas está associado a efeitos protetores, principalmente para doenças cardiovasculares.

No presente estudo, a população estudada afirmou realizar ao menos três refeições, dividindo-as entre café da manhã 91,1% (n=41), almoço 100% (n=45) e jantar 86,7% (n=39). Essas são consideradas as três principais refeições apresentadas pelo Guia alimentar para a população brasileira, podendo ser complementadas por pequenos lanches. Os resultados do nosso estudo apontaram de forma positiva sobre o fracionamento das refeições, podendo contribuir para uma maior inserção de alimentos saudáveis e garantindo um estilo de vida nutricionalmente favorável.¹²

O consumo de frutas e hortaliças é considerado um marcador que sinaliza alimentação saudável, podendo diminuir o risco de mortes causadas por DCNT, queda essa que ocorre em decorrência das vitaminas, minerais, fibras e baixa densidade energética que o grupo fornece. Esses alimentos auxiliam na formação de refeições mais completas, variadas, coloridas e atraentes, com menor

presença de alimentos ultraprocessados, conforme recomenda o Guia Alimentar para a População Brasileira.¹³

Foi observado em pesquisa¹⁴ que o consumo de alimentos ricos em açúcares e gorduras estão inversamente relacionados ao de frutas, legumes e verduras. Em nossa coleta, 71,1% das pessoas relataram consumir biscoitos recheados, doces ou guloseimas e 68,9% bebidas adoçadas, fator alarmante para DCNT. Analisando a disponibilidade domiciliar de alimentos, constatou-se que houve um aumento de 400% no consumo de produtos industrializados e uma persistência na ingestão de açúcar.¹⁵

Os alimentos ultraprocessados são, em geral, feitos por indústrias de grande porte, que incluem em sua fabricação diversas etapas e técnicas de processamentos, inserindo ingredientes como sal, açúcares, óleos e gorduras em seu preparo.⁹ Pesquisadores¹⁶ destacam que o aumento energético nos produtos ultraprocessados causam problemas de saúde associados as DCNT, tendo que ser evitados principalmente por pessoas portadoras de doenças desse grupo.

De maneira geral, as DCNT desenvolvem-se ao longo dos anos e são provenientes de hábitos inadequados. Alimentos ricos em gorduras e açúcares simples, por exemplo, contribuem para sobrepeso e obesidade e são fatores de risco para o desenvolvimento de DM2 e HAS, ilustrando a relação entre fatores alimentares e DCNT.¹⁷

Neste item, para verificar os fatores alimentares relacionados às DCNT, utilizou-se os formulários para avaliação de marcadores de consumo alimentar que indicam a avaliação de alimentos consumidos no dia anterior, o que ameniza possíveis vieses de memória, ou seja, esquecimento em relação à alimentação realizada.⁹ Na tabela 3, tanto homens quanto mulheres têm o hábito de realizar as refeições assistindo TV, utilizando computador e/ou celular em 48,6% (n=36).

Tabela 3 – Hábito de realizar as refeições assistindo TV, utilizando computador e/ou celular de adultos participantes da pesquisa em uma clínica integrada no extremo Sul Catarinense.

Hábito ao realizar as refeições assistindo TV	Feminino (n=51)		Masculino (n=23)		Total (n=74)	
	n	%	n	%	n	%
Sim	25	49,0	11	47,8	36	48,6
Não	26	51,0	12	52,2	38	51,4

O hábito de assistir TV tem mostrado grande influência no consumo alimentar dos indivíduos, ele aumenta a ingestão calórica ao promover o consumo desatento de alimentos, sem atenção à quantidade e à qualidade ingerida. Essa prática contribui para uma desconexão dos sinais fisiológicos de fome e saciedade e estimula o consumo de alimentos ultraprocessados (AUP), que são nutricionalmente inadequados, usualmente consumidos em excesso e estão associados 21% ao ganho excessivo de peso e ao desenvolvimento de DCNTs.¹⁸

Em um estudo transversal¹⁹, feito em 2015 que observou maior consumo de alimentos refinados entre aqueles que assistem mais TV, além disso viram menor consumo de hortaliças entre as mulheres que passam maior tempo em

frente as telas. Foi possível então, visualizar a relação do hábito de assistir televisão com a inadequação alimentar. Em nossa coleta cerca de metade do grupo entrevistado se alimenta em frente às telas, fato preocupante uma vez que são portadores de DM2 e/ou HAS e necessitam de uma alimentação adequada para controle dessas DCNT.

Em estudo²⁰, observou-se que há uma frequência menor de indicadores de consumo alimentar saudável entre pessoas que assistem TV por mais de três horas/dia do que as que não apresentam esse hábito. Além disso, mostrou que as pessoas que comem assistindo televisão não prestam atenção no que comem, o fazem em maior quantidade e não mastigam de maneira adequada, aumentando o consumo calórico conseqüentemente.

O Ministério da Saúde orienta que se coma com regularidade, em ambientes tranquilos, sem pressa e sem fatores que lhe tirem o foco, e, sempre que possível, em companhia agradável. Não parar para fazer as refeições com tranquilidade pode comprometer os mecanismos biológicos que sinalizam à saciedade, aumentando a quantidade ingerida e, conseqüentemente, elevando o consumo calórico e o peso. Por isso o hábito de se alimentar em frente às telas deve ser evitado.⁹

Quanto a distribuição das refeições ao longo do dia anterior, observou-se na tabela 4, que a maioria dos adultos da pesquisa realizam as 3 principais refeições como café da manhã, almoço e jantar, 81,1% (n=60), 95,9% (n=71) e 85,1% (n=63) respectivamente.

Tabela 4 - Distribuição das refeições realizadas ao longo anterior do dia de adultos participantes da pesquisa em uma clínica integrada no extremo Sul Catarinense.

Quais refeições você faz ao longo do dia?	Feminino		Masculino		Total	
	n = 51	%	n = 23	%	n = 74	%
Café da manhã	41	80,4	19	82,6	60	81,1
Lanche da manhã	19	37,2	8	34,8	27	36,5
Almoço	49	96,0	22	95,6	71	95,9
Lanche da tarde	43	84,3	19	82,6	62	83,8
Jantar	41	80,4	22	95,6	63	85,1
Ceia	12	23,5	10	43,5	22	29,7

Reconhecendo a importância da alimentação para o bem-estar do indivíduo, considera-se saudável pelo Guia Alimentar para a População Brasileira a refeição preparada com alimentos variados, com tipos e quantidade adequadas. É recomendado ainda pelo menos três refeições por dia: café da manhã, almoço e jantar.²¹ No presente estudo é visto, de forma positiva, que a maioria dos entrevistados realizaram as três principais refeições. O consumo regular das refeições tem sido aliado a um bom estado de saúde, principalmente na prevenção de sobrepeso, obesidade e outros fatores de risco metabólico.¹⁷ [

Sobre o fracionamento das refeições, o Ministério da Saúde também recomenda, na forma de uma diretriz nutricional contida nos “Dez passos para uma Alimentação Saudável”, a realização das três refeições diárias, incluindo, porém, lanches intercalando-as. Existem indicações de que uma maior distribuição da dieta auxilia no controle da concentração sérica de glicose, colesterol e na manutenção do peso corporal adequado.¹²

Os autores afirmam ainda, que o menor fracionamento dietético e o maior volume de alimentos consumido nas refeições principais demarcam um aumento no estoque de gordura corporal, isso ocorre em consequência da maior absorção de glicose e maior lipogênese colaborando para um pior estado de saúde.¹² Há indicações do impacto positivo do fracionamento dietético na saúde, porém só são observadas quando outros hábitos alimentares saudáveis são vistos, a exemplo da restrição energética e da inclusão de alimentos saudáveis de grande aporte de micronutrientes nas refeições.²²

Geralmente, pessoas com obesidade não costumam praticar o fracionamento de refeições, optando por realizar as três principais refeições com alto teor calórico. No entanto, nossos resultados de pesquisa revelaram uma situação diferente, pois 83,8% (n=62) incluíram café da tarde no meio das principais refeições. Essa diferença pode ser atribuída às orientações que os entrevistados receberam ao tratar as DCNT existentes, pois fracionamento de refeições é uma delas.

A tabela 5 apresenta a distribuição do consumo alimentar referente ao dia anterior de acordo com os marcadores do SISVAN, no qual observa o consumo de alimentos protetores e ultraprocessados entre o sexo feminino e masculino. De forma geral há um bom consumo de alimentos protetores como feijão, frutas, verduras e legumes, porém também se evidencia o consumo de ultraprocessados, mais especificamente bebidas adoçadas e biscoitos recheados, doces e guloseimas, 66,2% e 70,3% respectivamente.

Tabela 5 – Distribuição do consumo alimentar no dia anterior pelos marcadores do SISVAN, por sexo, de adultos participantes da pesquisa em uma clínica integrada no extremo Sul Catarinense.

Consumo no dia anterior	Feminino		Masculino		Total	
	n=51	%	n=23	%	n=74	%
Feijão	34	66,7	17	73,9	50	67,5
Frutas frescas (não considerar suco de frutas)	40	78,4	18	78,2	58	78,4
Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame)	39	76,5	19	82,6	56	75,7
Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	22	43,1	14	27,4	36	48,6
Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	32	62,7	17	73,9	49	66,2

Consumo no dia anterior	Feminino		Masculino		Total	
	n=51	%	n=23	%	n=74	%
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	13	25,5	9	39,1	22	29,7
Biscoitos recheados, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	38	74,5	14	27,4	52	70,3

Uma alimentação adequada e saudável é pautada principalmente pela procedência dos alimentos ingeridos e desempenha um papel crucial na promoção de saúde e bem-estar. Torna-se essencial então consumir alimentos naturais, como feijão, frutas e hortaliças, que são tradicionalmente valorizados por oferecerem uma proteção significativa contra doenças. Esses alimentos, ricos em fibras e nutrientes essenciais, além de possuírem baixa densidade energética, o que contribui para a preservação da saúde e manutenção do peso, são considerados alimentos protetores.²³

Em contraponto, evidências crescentes têm mostrado a relação entre doenças crônicas e consumo de alimentos não saudáveis, tais como ultraprocessados. Exemplos incluem biscoitos, balas, guloseimas, salgadinhos de pacote, e refrigerantes, produtos com alta densidade energética, ricos em açúcar e sódio. O hábito de substituir refeições por lanches tem aumentado e com isso conseqüentemente há o consumo excessivo de sal, esses costumes apresentam efeito negativo, principalmente para portadores de DCNT, e justificam o número elevado de excesso de peso e de condições crônicas.²³

Em uma Pesquisa Nacional de Saúde realizada pelo IBGE [24] em 2019, viu-se que no Brasil 9,2% das pessoas de 18 anos ou mais relataram consumir regularmente refrigerantes, sendo mais frequente entre homens. Em nossa coleta de dados encontra-se a mesma prevalência masculina quanto ao consumo de bebidas adoçadas, aspecto que influencia no excesso de peso e é um fator de risco para as doenças crônicas não transmissíveis.

Pesquisas na área da saúde divulgadas em 2020 concluíram que o consumo de ultraprocessados aumenta em 26% o risco de obesidade e eleva a ameaça de sobrepeso e doenças cardiovasculares. O papel de escolhas alimentares adequadas é, portanto, de extrema importância, por isso, o Guia Alimentar orienta o consumo de alimentos in natura, minimamente processados e preparações culinárias em detrimento de ultraprocessados, aumentando a ingestão de vitaminas, sais minerais e outros nutrientes fundamentais para o bom funcionamento do organismo, evitando doenças.²³

Conclusão

Os fatores ambientais são os principais causadores de doenças crônicas não transmissíveis, portanto manter práticas positivas é primordial para manutenção da saúde humana. O hábito de se alimentar em frente as telas, o consumo de ultraprocessados ricos em gorduras e açúcares, por exemplo, são hábitos que comprometem o bem-estar dos indivíduos.

Os comportamentos alimentares dos portadores de DCNT entrevistados incluem a ingesta das três principais refeições, o consumo tanto de alimentos protetores, como feijão e verduras, quanto de ultraprocessados, como bebidas

adoçadas e biscoitos recheados e observa-se também o hábito de comer em frente as telas por praticamente metade do grupo, comportamento que afeta diretamente a quantidade e qualidade dos alimentos consumidos.

Destaca-se então o cuidado acerca da alimentação, principalmente pelo grupo portador de DCNT, pois dentre os fatores de risco dessas doenças, os comportamentos alimentares têm relevância. Para tratamento da doença e melhora na qualidade de vida sugere-se o acompanhamento multiprofissional de médicos especialistas, para controle de medicações, nutricionista, para corrigir hábitos alimentares inadequados, e outros profissionais da área da saúde que auxiliem no tratamento da obesidade e de suas doenças adjacentes.

Agradecimentos

Essa pesquisa não recebeu financiamento para sua realização.

Referências

1. TOSCANO, Cristiana M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. *Ciência & Saúde Coletiva*, Brasília, p. 885-895, out. 2004.
2. MAGRI, Suelen; AMARAL, Natalia Weber do; MARTINI, Daniela Novello; SANTOS, Luciana Zimmermann Martins; SIQUEIRA, Luciano de Oliveira. Programa de educação em saúde melhora indicadores de autocuidado em diabetes e hipertensão. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, Passo Fundo, v. 14, n. 2, p. 387-400, 26 jun. 2020.
3. MARIATH, Aline Brandão *et al.* Obesidade e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários de unidade de alimentação e nutrição. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, p. 897-905, abr. 2017.
4. WANDERLEY, Emanuela Nogueira; FERREIRA, Vanessa Alves. Obesidade: uma perspectiva plural. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 15, p. 185-194, jan. 2010.
5. BORTOLETTO, Ana Paula. Sindemia Global: do que estamos falando? Da inter-relação entre obesidade, desnutrição e mudanças climáticas. 2022. Disponível em: <https://www.ihu.unisinos.br/categorias/159-entrevistas/621243-sindemia-global-do-que-estamos-falando-da-inter-relacao-entre-obesidade-desnutricao-e-mudancas-climaticas-entrevista-especial-com-ana-paula-bortoletto>. Acesso em: 25 nov. 2022.
6. BEGHETTO, Mariur; SPECHT, Andréia; D'AVILA, Helen; MELLO, Elza. Mudanças no estilo de vida após primeira consulta em ambulatório de obesidade infantojuvenil. *International Journal Of Nutrology*, [S.L.], v. 11, n. 03, p. 102-107, dez. 2018.
7. CONTELLI, Stella Corso; ANJOS NETO, Mário dos. Obesidade. *Uningá Review*, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 81-91, abr. 2010.
8. RENDEIRO, Luana Costa *et al.* Consumo alimentar e adequação nutricional de adultos com obesidade. *Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, São Paulo, v. 12, p. 1-13, 2018.

Ruschel RKS, Vieira JB, Guimarães PRV, Damázio LS

9. BRASIL, Ministério da Saúde. Orientações para Avaliação de Marcadores de Consumo Alimentar na Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

10. OLIVEIRA, Juliana Souza; BARUFALDI, Laura Augusta; ABREU, Gabriela de Azevedo; LEAL, Vanessa Sá; BRUNKEN, Gisela Soares; VASCONCELOS, Sandra Mary Lima; SANTOS, Marize Melo dos; BLOCH, Katia Vergetti. ERICA: use of screens and consumption of meals and snacks by brazilian adolescents. *Revista de Saúde Pública*, [S.L.], v. 50, n. 1, p. 1-10, out. 2015.

11. VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, Gustavo; MENDES, Larissa Loures; PESSOA, Milene Cristine; SARDINHA, Luciana Monteiro Vasconcelos; YOKOTA, Renata Tiene de Carvalho; BERNAL, Regina Tomie Ivata; MALTA, Deborah Carvalho. Tendências da frequência do consumo de feijão por meio de inquérito telefônico nas capitais brasileiras, 2006 a 2009. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 17, n. 12, p. 3363-3370, dez. 2012.

12. PEREIRA, Lorena Muriel; VIEIRA, Ana Luiza Santos; HORTA, Paula Martins; SANTOS, Luana Caroline dos. Fracionamento da dieta e o perfil nutricional e de saúde de mulheres. *Revista de Nutrição*, São Paulo, p. 1-10, fev. 2014.

13. MAZIERO, Carolina Carpinelli Sabbag; JAIME, Patrícia Constante; DURAN, Ana Clara. A influência dos locais de refeição e de aquisição de alimentos no consumo de frutas e hortaliças por adultos no município de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, [S.L.], v. 20, n. 4, p. 611-623, dez. 2017.

14. FORSHÉE, Richard A.; STOREY, Maureen L.. The Role of Added Sugars in the Diet Quality of Children and Adolescents. *Journal Of The American College Of Nutrition*, [S.L.], v. 20, n. 1, p. 32-43, fev. 2001.

15. LEVY-COSTA, Renata Bertazzi; SICHIERI, Rosely; PONTES, Nézio dos Santos; MONTEIRO, Carlos Augusto. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). *Revista de Saúde Pública*, [S.L.], v. 39, n. 4, p. 530-540, ago. 2005.

16. ZOBEL, Emilie H.; HANSEN, Tine W.; ROSSING, Peter; VON SCHOLTEN, Bernt Johan. Global Changes in Food Supply and the Obesity Epidemic. *Current Obesity Reports*, [S.L.], v. 5, n. 4, p. 449-455, 30 set. 2016.

17. SOUSA, Suzy Ferreira de; WOLF, Vaneza Lira Waldow; MARTINI, Mariana Contreiro San; ASSUMPÇÃO, Daniela de; BARROS FILHO, Antônio Azevedo de. FREQUENCY OF MEALS CONSUMED BY BRAZILIAN ADOLESCENTS AND ASSOCIATED HABITS: systematic review. *Revista Paulista de Pediatria*, [S.L.], v. 38, p. 1-10, 2020.

18. LOUZADA, Maria Laura da Costa; MARTINS, Ana Paula Bortoletto; CANELLA, Daniela Silva; BARALDI, Larissa Galastri; LEVY, Renata Bertazzi; CLARO, Rafael Moreira; MOUBARAC, Jean-Claude; CANNON, Geoffrey; MONTEIRO, Carlos Augusto. Impact of ultra-processed foods on micronutrient content in the Brazilian diet. *Revista de Saúde Pública*, [S.L.], v. 49, p. 1-8, 2015.

19. RAPTOU, Elena; PAPASTEFANOU, Georgios; MATTAS, Konstadinos. Investigating the influence of eating habits, body weight and television programme preferences on television viewing time and domestic computer usage. *Perspectives In Public Health*, [S.L.], v. 137, n. 1, p. 59-72, 20 jul. 2016.

20. MAIA, Emanuella Gomes; GOMES, Fernanda Mendes Dias; ALVES, Marana Hauck; HUTH, Yara Rubia; CLARO, Rafael Moreira. Hábito de assistir à televisão e sua relação com a alimentação: resultados do período de 2006 a 2014 em capitais brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.L.], v. 32, n. 9, p. 1-14, 2016.
21. TRANCOSO, Suelen Caroline; CAVALLI, Suzi Barletto; PROENÇA, Rossana Pacheco da Costa. Café da manhã: caracterização, consumo e importância para a saúde. *Revista de Nutrição*, São Paulo, p. 1-12, out. 2010.
22. MCCRORY, Megan A.; CAMPBELL, Wayne W.. Effects of Eating Frequency, Snacking, and Breakfast Skipping on Energy Regulation: symposium overview,. *The Journal Of Nutrition*, [S.L.], v. 141, n. 1, p. 144-147, jan. 2011.
23. BRASIL, Ministério da Saúde. Qual é a relação entre consumo de ultraprocessados e risco de mortalidade? Ministério da saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quero-me-alimentar-melhor/noticias/2022/qual-e-a-relacao-entre-consumo-de-ultraprocessados-e-risco-de-mortalidade>
24. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

Autor de Correspondência

Louyse Sulzbach Damázio
Universidade do Extremo Sul Catarinense
Av. Universitária, 1105. CEP: 88806-00- Universitário.
Criciúma, Santa Catarina, Brasil.
louyse3@unesoc.net

Perfil de mulheres incontinentes e conhecimento sobre incontinência urinária

Profile of incontinent women and knowledge about urinary incontinence

Perfil de la mujer incontinente y conocimiento sobre la incontinencia urinaria

Alana Mirelle Coelho Leite¹, Ana Carolina Rodarti Pitangui², Danielly Alves de Souza³

Como citar: Leite AMC, Pitangui ACR, Souza DA. Perfil de mulheres incontinentes e conhecimento sobre incontinência urinária. REVISIA. 2023; 12(3): 560-7. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n3.p560a567>

REVISA

1. Universidade de Pernambuco, Programa Associado de Pós-Graduação em Enfermagem. Recife, Pernambuco, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-9631-1908>

2. Universidade de Pernambuco, Departamento de Fisioterapia. Petrolina, Pernambuco, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-4774-298X>

2. Universidade de Pernambuco, Departamento de Fisioterapia. Petrolina, Pernambuco, Brasil.
<https://orcid.org/0009-0008-4021-5328>

Recebido: 23/04/2023
Aprovado: 18/06/2023

RESUMO

Objetivo: Avaliar o perfil de mulheres incontinentes e o conhecimento acerca da Incontinência Urinária. **Método:** Trata-se de um estudo transversal realizado com mulheres com queixa de perda urinária em uma cidade do interior de Pernambuco, Brasil. Setenta e cinco mulheres incontinentes participaram do estudo, por meio de plataforma online foi aplicado questionário sociodemográfico e instrumento validado para investigar o conhecimento sobre a Incontinência Urinária, o Prolapse and Incontinence Knowledge Quiz (PIKQ). **Resultados:** A maioria das voluntárias era jovem, com média de idade de 43 anos, casadas, com nível educacional e socioeconômico elevados. Todas as voluntárias apresentaram de alto conhecimento sobre a incontinência urinária, com relação à incidência, fatores de risco, diagnóstico e tratamento, havendo lacunas apenas no conhecimento quanto ao uso de fármacos como preditor para o problema. **Conclusão:** Nosso estudo mostrou que a incontinência ocorre em mulheres jovens e o conhecimento foi elevado, podendo ter relação com o nível socioeconômico das voluntárias.

Descritores: Enfermagem; Incontinência Urinária; Conhecimento; Mulher.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the profile and knowledge of incontinent women regarding urinary incontinence. **Method:** Cross-sectional study performed with women with complaints of urinary loss from a city in the state of Pernambuco, Brazil. Seventy-five incontinent women participated in the study. A sociodemographic and a validated questionnaire regarding the knowledge about urinary incontinence (Prolapse and Incontinence Knowledge Quiz - PIKQ) were answered using an online platform. **Results:** Most participants were young, with a mean age of 43 years, married, and with high educational and socioeconomic levels. All volunteers presented high knowledge regarding the incidence, risk factors, diagnostics and treatment of urinary incontinence, with a gap concerning knowledge regarding the use of drugs as a predictor for the condition. **Conclusion:** The present study showed that urinary incontinence occurs in young women and that knowledge regarding the issue was high, possibly due to the high socioeconomic status of the participants.

Descriptors: Nursing; Urinary Incontinence; Knowledge; Women.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el perfil de las mujeres incontinentes y su conocimiento sobre la Incontinencia Urinaria. **Método:** Se trata de un estudio transversal realizado con mujeres que se quejaban de pérdidas urinarias en una ciudad del interior de Pernambuco, Brasil. Setenta y cinco mujeres incontinentes participaron del estudio, a través de una plataforma en línea se aplicó un cuestionario sociodemográfico y un instrumento validado para indagar el conocimiento sobre la incontinencia urinaria, el Prolapse and Incontinence Knowledge Quiz (PIKQ). **Resultados:** La mayoría de los voluntarios eran jóvenes, con una edad media de 43 años, casados, con nivel educativo y socioeconómico alto. Todos los voluntarios tenían un alto nivel de conocimiento sobre la incontinencia urinaria, en cuanto a incidencia, factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento, con lagunas sólo en el conocimiento sobre el uso de medicamentos como preditor del problema. **Conclusión:** Nuestro estudio mostró que la incontinencia ocurre en mujeres jóvenes y el conocimiento fue alto, lo que puede estar relacionado con el nivel socioeconómico de las voluntarias.

Descriptor: Enfermería; Incontinencia Urinaria; Conocimiento; Mujeres.

ORIGINAL

Introdução

A Incontinência Urinária (IU) é a queixa de perda urinária de forma involuntária e que pode ocorrer em função de danos na musculatura que sustenta os órgãos pélvicos, interferindo no controle da continência urinária. ¹ É considerada um problema de saúde pública que afeta homens e mulheres em todo o mundo, sendo a Incontinência Urinária de Esforço (IUE) mais prevalente entre os tipos de IU. ²⁻⁴

Mulheres de todas as idades são mais acometidas, com piora em idosas, principalmente naquelas acima de 75 anos. ⁵⁻⁶ Atualmente, a IU é considerada uma Síndrome Geriátrica, pela alta incidência em idosas, entretanto, é importante ressaltar que, esta não faz parte do processo natural do envelhecimento. ⁷

Um estudo evidenciou que a presença de IU contribuiu para redução de interação social e da autonomia das atividades cotidianas, interferindo negativamente nas relações pessoais, especialmente em pessoas idosas. ⁸ Ademais, a presença de IU também teve relação com a auto percepção negativa da saúde, sintomas depressivos e problemas de ordem mental em pessoas idosas. ⁹

As mulheres além de desconhecer a incontinência como doença que precisa ser tratada, também tem déficit de conhecimento relacionados aos fatores de risco de formas de tratamento. ¹⁰⁻¹² Para melhor compreensão desse problema, é fundamental investigar o conhecimento das mulheres sobre a IU para mapear as necessidades e intervenções a serem realizadas. ¹³

Considerando a magnitude do problema que é a IU e a falta de conhecimento sobre a temática sinalizada na literatura, buscou-se investigar o conhecimento de mulheres que apresentam queixa de perda urinária sobre a IU.

Método

Trata-se de um estudo de campo descritivo de caráter transversal com abordagem quantitativa, decorrente de um estudo maior, realizado na cidade de Petrolina, PE. ¹⁴

Previamente ao início da coleta de dados, todas as mulheres interessadas foram esclarecidas sobre as etapas, bem como os riscos e benefícios do estudo, e, posteriormente, para aquelas que concordaram em participar da pesquisa foi disponibilizado o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) elaborado com base na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Foram incluídas no estudo mulheres com queixa de perda urinária, acima de 18 anos, que não referiram ou apresentaram qualquer transtorno psiquiátrico, déficit cognitivo, doenças neurológicas ou incapacitantes, que não estavam gestantes ou com último parto a menos de um ano, que sabiam ler, escrever e compreender a língua portuguesa, que tinham WhatsApp e acesso à internet.

Participaram do estudo setenta e cinco mulheres e a coleta dos dados ocorreu de forma remota, por meio da plataforma Zoom, no período de novembro de 2021 a abril de 2022. As mulheres responderam um questionário sociodemográfico, elaborado para o presente estudo, e um questionário de conhecimento sobre a IU.

O conhecimento foi investigado por meio de um instrumento turco, traduzido e validado para o português por Silva et al ¹⁵, no qual encontra-se em

fase de publicação. Este instrumento, o *Prolapse and Incontinence Knowledge Quiz* (PIKQ) versão brasileira, identifica o conhecimento das mulheres sobre IU por meio de 12 questões abordando: conceito, diagnóstico, tipos de tratamento e fatores de risco.

Os dados foram categorizados no programa SPSS versão 20,0. Estatísticas descritivas baseadas na tendência central (média), dispersão (desvio-padrão) e distribuição de frequências (absoluta ou relativa) foram utilizadas para caracterização das participantes.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco (UPE), sob o parecer nº 3.244.043, CAAE: 03682718.4.0000.5207.

Resultados

Foi realizada a organização e análise dos dados, e serão mostradas inicialmente as informações socioeconômicas das participantes do estudo. Das 75 mulheres estudadas, a cor parda foi prevalente, com 45,3% (n=34), aquelas casadas ou em união estável, representaram 68% da amostra (n= 51) e com média de idade 42,93 anos (Tabela 1).

Com relação à renda, houve predominância de rendas acima de cinco salários mínimos, representando 26,7% (n=20) da amostra, já no que concerne à escolaridade, 56% possuíam nível superior completo ou pós-graduação (n=42) (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil das participantes. Dados expressos em média, desvio padrão, frequência absoluta e relativa. Pernambuco, 2023.

Variável	N(%)
Idade (média, ±)	42,93 (10,33)
Etnia	
Preta	14 (18,7)
Branca	21 (28,0)
Amarela	6 (8,0)
Parda	34 (45,3)
Estado civil	
Casada/União estável	51 (68,0)
Solteira	14 (18,7)
Viúva	3 (4,0)
Divorciada/Separada	7 (9,3)
Renda	
< 1 SM	13 (17,3)
1 a 2 SM	16 (21,3)
2 a 3 SM	15 (20,0)
3 a 4 SM	8 (10,7)
4 a 5 SM	3 (4,0)
> 5 SM	20 (26,7)
Escolaridade	
Fundamental incompleto	2 (2,7)
Fundamental completo	4 (5,3)
Médio Completo	27 (36,0)
Superior completo	15 (20,0)
Pós-graduação	27 (36,0)

Ao avaliar as frequências de respostas do questionário de conhecimento *Prolapse and Incontinence Knowledge Quis*, o PIQK, observou-se conhecimento elevado acerca da IU. A maioria das voluntárias acredita que a IU é mais comum em pessoas idosas e que mulheres são mais propensas que homens a perder urina. Perguntas que envolviam os fatores de risco para IU apontam que as mulheres concordam que a causa do problema é multifatorial e que a paridade é um importante fator de risco, mas há lacunas de conhecimento quanto à relação do uso de fármacos e a presença de IU (Tabela 2).

No que concerne ao diagnóstico, as mulheres quase que em totalidade consideram importante diagnosticar o tipo de IU antes de começar o tratamento e que existem testes específicos para identificar a presença de IU (Tabela 2).

Questões que investigaram o conhecimento sobre as possibilidades de tratamento sinalizam que a maioria compreende que o gerenciamento dos sintomas urinários não se restringe ao uso de fraldas e absorventes, assim como a cirurgia não é a única forma de tratamento. Ademais, a maioria das mulheres investigadas consideram que exercícios podem ser realizados para melhorar a IU (Tabela 2). Por fim, ao serem questionadas sobre a possibilidade de controle urinário após diagnóstico de IU, as mulheres consideram que podem ter a condição melhorada após o tratamento adequado, sendo capazes de ter controle vesical novamente (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição das frequências de respostas do Questionário de Conhecimento - PIQK. Pernambuco, 2023.

Variável	
Q1 - A incontinência urinária (perda de urina ou bexiga com vazamento) é mais comum em mulheres jovens do que em mulheres idosas.	n (%)
Concordo	6 (8,0)
Discordo	59 (78,7)
Não sei	10 (28,0)
Q2 - As mulheres são mais propensas que os homens a perder urina.	
Concordo	59 (78,7)
Discordo	3(4,0)
Não sei	13 (17,3)
Q3 - Além de absorventes e fraldas, pouco pode ser feito para tratar a perda de urina.	
Concordo	10 (13,3)
Discordo	60 (80,0)
Não sei	5 (6,7)
Q4 - Não é importante diagnosticar o tipo de vazamento de urina antes de tentar tratá-lo.	
Concordo	2 (2,7)
Discordo	72 (96,0)
Não sei	1 (1,3)
Q5 - Muitas coisas podem causar vazamento de urina.	
Concordo	59 (78,7)
Discordo	1 (1,3)
Não sei	15 (20,0)

Q6 - Certos exercícios podem ser feitos para ajudar a controlar o vazamento de urina.	
Concordo	69 (92,0)
Discordo	2 (2,7)
Não sei	4 (5,3)
Q7 - Alguns medicamentos podem causar vazamento urinário.	
Concordo	24 (32,0)
Discordo	2 (2,7)
Não sei	49 (65,3)
Q8 - Uma vez que as pessoas começam a vazar urina, nunca mais são capazes de controlar a urina novamente.	
Concordo	4 (5,3)
Discordo	67 (89,3)
Não sei	4 (5,3)
Q9 - Os médicos podem fazer tipos especiais de teste da bexiga para diagnosticar o vazamento de urina.	
Concordo	58 (77,3)
Discordo	1(1,3)
Não sei	16 (21,3)
Q10 - Cirurgia é o único tratamento para perda urinária.	
Concordo	4 (5,3)
Discordo	61(81,3)
Não sei	10 (13,3)
Q11 - Muitos partos podem levar ao vazamento de urina.	
Concordo	49 (65,3)
Discordo	6 (8,0)
Não sei	20 (26,7)
Q12 - A maioria das pessoas que vazam urina pode ser curada ou melhorada com algum tipo de tratamento.	
Concordo	73 (97,3)
Discordo	-
Não sei	2 (2,7)

Discussão

Esta pesquisa teve como objetivo avaliar o perfil e o conhecimento de mulheres incontinentes sobre a Incontinência Urinária (IU) e revelou conhecimento elevado sobre a temática na amostra estudada.

No presente estudo observou-se prevalência de mulheres adultas jovens, com média de 43 anos, sinalizando que a IU não é uma condição apenas atrelada à idade e reforçando a necessidade do debate. A literatura sinaliza que os sintomas de perda urinária pioram com o envelhecimento, com pico aos 50 anos, mas já se considera preocupante o relato de perda urinária precocemente.⁵⁻⁶

No cenário internacional a prevalência da IU também é maior entre as mulheres, com piora com avanço da idade, corroborando com a realidade brasileira. Apesar da prevalência em mulheres idosas, o surgimento precoce de sintomas urinários já é uma realidade, sinalizando uma problemática que precisa ser discutida.^{5,16}

Na amostra estudada, a maioria era casada ou estava em união estável e eram pardas, apresentaram renda mensal elevada, com valores acima de cinco salários mínimos. Ademais a maioria das participantes possuía nível de escolaridade elevado, fato que pode justificar o conhecimento elevado sobre IU nas respostas do PIKQ.

Uma revisão sistemática identificou que o conhecimento das mulheres acerca das disfunções dos músculos do assoalho pélvico (MAP) e IU é muito limitado, especialmente no que concerne à IU. Nesse estudo o conhecimento esteve atrelado ao maior nível socioeconômico, fato já sinalizado por outros autores.¹⁰

Já outro estudo que também investigou conhecimento sobre a IU com estudantes de ensino médio, avaliou 242 meninas de idade média de 15,5 anos e encontrou que 72% não conheciam os MAP e 16% perdiam urina de forma involuntária. Tal dado evidencia que existe a necessidade de investigar o conhecimento das mulheres acerca da IU em diversos cenários, pela oportunidade de dialogar sobre o assunto e formular estratégias para enfrentamento do problema.¹⁷

As mulheres compreendem a IU como problema que necessita de diagnóstico e que tem tratamento, mas, apesar disso, é insipiente o número de mulheres incontinentes que procura ajuda, negligenciando o problema. Tal fato ocorre pela tendência a normalização da IU e da falta de acesso às possibilidades terapêuticas.¹⁸⁻¹⁹

É sabido pelas mulheres que realizar exercícios fortalece os músculos que contribuem para a continência urinária. Tais exercícios são fortemente recomendados pela Sociedade Internacional de Continência (ICS) e oferecem melhora dos sintomas presentes em todos os tipos de incontinência, reduzindo episódios e quantidade de perda urinária, melhorando os sintomas relatados e refletindo positivamente na qualidade de vida.⁵

Orientações sobre prevenção, fatores de risco e tratamento para IU são importantes e podem ser oferecidas de diversas formas, uma vez que já existem protocolos recomendados, folders e cartilhas validadas que, facilmente podem ser utilizadas pelos profissionais de saúde, sobretudo onde há déficit na oferta do tratamento adequado para IU.²⁰⁻²¹

Nesse contexto, ressalta-se que sua ampla área de atuação vem ganhando espaço no tratamento das disfunções miccionais, sendo respaldada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) em seu Parecer 04/2016²², mas reconhece a relevância do trabalho multiprofissional, destacando a importância de outros profissionais que também atuam na área.

Pontua-se como limitações desse estudo a realização da investigação do conhecimento de forma única, não estabelecendo relação de causa e efeito. Ademais, não foi investigada a relação de conhecimento acerca da IU e a realização de tratamento.

Conclusão

Nosso estudo mostrou que a IU acontece em mulheres jovens e evidenciou também que o conhecimento sobre a IU é elevado, sugerindo que pode estar atrelado ao nível socioeconômico das voluntárias.

Agradecimentos

Essa pesquisa não recebeu financiamento para sua realização.

Referências

1. Yang X, Zhu L, Li W, Sun X, Huang Q, Tong B, et al. Comparisons of Electromyography and Digital Palpation Measurement of Pelvic Floor Muscle Strength in Postpartum Women with Stress Urinary Incontinence and Asymptomatic Parturients: A Cross-Sectional Study. *Gynecol Obstet Invest*, 2019; 1-7. doi: 10.1159/000501825
2. Haylen BT, Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *International Urogynecology Journal*. 2010; 21(1):5-26. doi: 0.1007/s00192-009-0976-9
3. Abrasm P, Andersoon K-E, Apostolidis A, Birder L, Bliss D, Brubaker L, et al. Incontinence. 6th edition. ICI-ICS. Bristol: International Continence Society; 2017.
4. Mota RL. Female urinary incontinence and sexuality. *International Braz J Urol*, 2017;43(1):20-8. doi: 10.1590/S1677-5538.IBJU.2016.0102
5. Cacciari L, Dumoulin C, Hay-smith EJ. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women: a cochrane systematic review abridged republication. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 2019;23(2):93-107. doi: 10.1016/j.bjpt.2019.01.002
6. Marinho MFD, Brilhante MMS, Magalhães AG, Correia GN. Avaliação da função dos músculos do assoalho pélvico e incontinência urinária em universitárias: um estudo transversal. *Fisioter Pesqui*. 2021; 28(3):352-7. doi: 10.1590/1809-2950/21009828032021
7. Tish MM, Geerling JC. The Brain and the Bladder: Forebrain Control of Urinary (In)Continence. *Frontiers in Physiology*. 2020; 11:1-8. doi: 10.3389/fphys.2020.00658
8. Silva EPM, Borim FSA, Bianchi M, Yassuda MS, Neri AL, Batistoni SST. Incontinência urinária, senso de controle e autonomia, e participação social em idosos residentes na comunidade. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, 2022; 25(5):e210207. doi: 10.1590/1981-22562022025.210207
9. Kessler M, Volz PM, Bender JD, Nuner BP, Machado KP, Saes MO, et al. Effect of urinary incontinence on negative self-perception of health and depression in elderly adults: a population-based cohort. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2022; 27(6): 2259-67. doi: 0.1590/1413-81232022276.10462021
10. Fante JF, Silva TD, Matheus-Vasconcelos ECL, Ferreira CHJ, Brito LGO. Do Women have Adequate Knowledge about Pelvic Floor Dysfunctions? A Systematic Review. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2019; 41(8):508-19. doi:10.1055/s-0039-1695002.
11. Uechi N, Fernandes ACNL, Bo K, Freitas LM, Ossa AMP, Bueno SM, et al. Dowomen have an accurate perception of their pelvic floor urinary incontinence: A systematic review of online stores in Brazil. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 2021;25:387- 95. doi: 10.1002/nau.24214
12. Andrade RL, Bo K, Antonio FI, Driusso P, Matheus-Vasconcelos EC, Ramos S, et al. An education program about pelvic floor muscles improved women's knowledge but not pelvic floor muscle function, urinary incontinence or sexual function: a randomised trial. *Journal of Physiotherapy*. 2018;64(2):91-96. doi:10.1016/j.jphys.2018.02.010

13. Koenig I, Luginbuehl H, Radlinger L. Reliability of pelvic floor muscle electromyography tested on healthy women and women with pelvic floor muscle dysfunction. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 2017.
14. Filho PFO. *Epidemiologia e bioestatística: fundamentos para a leitura crítica*. -1 ed.- Rio de Janeiro: Rubio, 2015
15. Silva CC, Pitangui ACR. *TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO PARA LÍNGUA PORTUGUESA DO PROLAPSE AND INCONTINENCE KNOWLEDGE QUIZ (PIKQ)*. Dissertação de Mestrado, 2022.
16. Almousa S, Bandin Van Loon A. The prevalence of urinary incontinence in nulliparous adolescent and middle-aged women and the associated risk factors: A systematic review. *Maturitas*, 2018; 107: 78–83. doi: 10.1016/j.maturitas.2017.10.003
17. Prudencio CB, Nava GTA, Souza BR, Carr AM, Avramidis RE, Barbosa AMP. Knowledge of pelvic floor disorders in young women: a cross-sectional study. *Fisioter. Mov*, 2022;35, Spec Iss, e35607. doi: 10.1590/fm.2022.35607
18. Alves CA, Ferreira DCC, Lima MF, Coimbra KA, Vaz CT. Prevalência de incontinência urinária, impacto na qualidade de vida e fatores associados em usuárias de Unidades de Atenção Primária à Saúde. *Fisioter. Mov*, 2022; 35: e35604.0. doi: 10.1590/fm.2022.35604.0
19. Costa AALF, Vasconcellos IM, Pacheco RL, Bella ZIKJ, Riera R. What do cochrane systematic reviews say about non-surgical interventions for urinary incontinence in women? *Sao Paulo Medical Journal*. 2018;136(1):73–83. doi: 10.1590/1516-3180.2017.039420122017
20. Pontes IB, Domingues, EAR, Kaizer UA. Construção e validação de cartilha educativa sobre exercícios pélvicos fundamentais para mulheres com incontinência urinária. *Fisioter Pesqui*, 2021; 28(2): 230-4. doi: 10.1590/1809-2950/21007328022021
21. Assis GM, Silva CPC, Martins G. Proposal of a protocol for pelvic floor muscle evaluation and training to provide care to women with urinary incontinence. *Rev Esc Enferm USP*, 2021; 55: e03705. doi: 10.1590/S1980-220X2019033503705
22. Conselho Federal De Enfermagem (COFEN). Parecer da Câmara técnica nº 04/2016/CTAS. Manifestação sobre procedimentos da área de Enfermagem.

Autor de Correspondência

Alana Mirelle Coelho Leite
Rua Arnóbio Marques, 310. CEP 50100-130-
Santo Amaro. Recife, Pernambuco, Brasil.
alanamcleite@gmail.com

Sites e aplicativos móveis como estratégias de comunicação durante a pandemia de Covid-19 no Brasil

Websites and mobile applications as communication strategies during the Covid-19 pandemic in Brazil

Sitios web y aplicaciones móviles como estrategias de comunicación durante la pandemia de Covid-19 en Brasil

Simone Santos Souza¹, Paulo de Tassio Costa de Abreu²

Como citar: Souza SS, Abreu PTC. Sites e aplicativos móveis como estratégias de comunicação durante a pandemia de Covid-19 no Brasil. REVISA. 2023; 12(3): 568-74. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n3.p568a574>

REVISA

1. Universidade Estadual de Santa Cruz, Departamento de Ciências da Saúde, Ilhéus, Bahia.

<https://orcid.org/0000-0002-5283-6083>

2. Universidade Salvador, Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Regional e Urbano, Salvador, Bahia.

<https://orcid.org/0000-0001-5432-9344>

Recebido: 23/04/2023
Aprovado: 18/06/2023

RESUMO

Objetivo: identificar as métricas disponíveis para as ferramentas digitais que propagam a informação sobre a covid-19 na população brasileira. **Metodologia:** É um estudo documental, realizado em diferentes plataformas a fim de encontrar sites e aplicativos móveis responsáveis em passar as informações sobre a covid-19 e o estado de pandemia no Brasil. Posteriormente, foram estabelecidas métricas, utilizando a ferramenta SimilarWeb, que auxiliassem a determinar a frequência de uso e aceitação dessas ferramentas pela população. **Resultados:** No que diz respeito aos sites brasileiros, em primeiro lugar, com o maior número de acessos, encontra-se a página do Ministério da Saúde, do Governo Federal, com uma média de 68 milhões de acessos por mês. O SimilarWeb ainda afirma que essa é a 3ª página mais procurada no Brasil. No que diz respeito aos aplicativos, os baixados na Play Store são: CoronavírusSUS e o aplicativo Dados do Bem. Os dispositivos também auxiliam para que as informações sejam passadas rapidamente, utilizando linguagem acessível e elementos atrativos. **Conclusão:** Nesse contexto, as ferramentas digitais tornaram-se o aliado ideal para a aquisição de novas informações, e assim promover a prevenção, o autocuidado, como a autotriagem e autoavaliação, e o controle do vírus, trazendo diversos benefícios a saúde.

Descritores: Covid-19; Comunicação; Comunicação em Saúde; Tecnologia Digital.

ABSTRACT

Objective: to identify the metrics available for digital tools that disseminate information about covid-19 in the Brazilian population. **Methodology:** A survey was carried out on different platforms in order to find websites and mobile applications responsible for passing on information about covid-19 and the state of the pandemic in Brazil. Subsequently, metrics were established using the SimilarWeb tool, which would help determine the frequency of use and acceptance of these tools by the population. **Results:** With regard to Brazilian websites, in first place, with the highest number of accesses, is the page of the Ministry of Health, of the Federal Government, with an average of 68 million accesses per month. SimilarWeb also claims that this is the 3rd most searched page in Brazil. With regard to apps, the ones downloaded from the Play Store are: CoronavírusSUS and the Data do Good app. The devices also help to transmit information quickly, using accessible language and attractive elements. **Conclusion:** In this context, digital tools have become the ideal ally for acquiring new information, and thus promoting prevention, self-care, such as self-screening and self-assessment, and virus control, bringing many health benefits.

Descriptors: Covid-19; Communication; Health Communication; Digital Technology.

RESUMEN

Objetivo: identificar las métricas disponibles para herramientas digitales que difunden información sobre covid-19 en la población brasileña. **Metodología:** se realizó una encuesta en diferentes plataformas para encontrar sitios web y aplicaciones móviles responsables de transmitir información sobre covid-19 y el estado de la pandemia en Brasil. Posteriormente se establecieron métricas utilizando la herramienta SimilarWeb, las cuales ayudarían a determinar la frecuencia de uso y aceptación de estas herramientas por parte de la población. **Resultados:** Con respecto a los sitios web brasileños, en primer lugar, con el mayor número de accesos, está la página del Ministerio de Salud, del Gobierno Federal, con un promedio de 68 millones de accesos por mes. SimilarWeb también afirma que esta es la tercera página más buscada en Brasil. En cuanto a las aplicaciones, las que se descargan de la Play Store son: CoronavírusSUS y la aplicación Data do Good. Los dispositivos también ayudan a transmitir información de forma rápida, utilizando un lenguaje accesible y elementos atractivos. **Conclusión:** En este contexto, las herramientas digitales se han convertido en el aliado ideal para adquirir nueva información y así promover la prevención, el autocuidado, como la autoevaluación y la autoevaluación, y el control de virus, trayendo muchos beneficios para la salud.

Descritores: Covid-19; Comunicación; Comunicación en Salud; Tecnología Digital.

ORIGINAL

Introdução

A Organização Mundial da Saúde em março de 2020 decretou o estado de pandemia devido a rápida proliferação da doença infecciosa ocasionada pelo SARS-CoV 2, denominada de covid-19, que atingiu todos os países do mundo. Essa patologia desencadeou um acelerado processo de adoecimento e mortalidade da população, o que ocasionou no Brasil mais de 35,5 milhões de casos confirmados e 690 mil óbitos.¹

A covid-19 é uma patologia viral que causa uma infecção respiratória aguda, na qual os principais sintomas são: febre, tosse e dispneia. O vírus pode ser transmitido por gotículas, contato ou aerossol. Sendo assim, evitar o contato direto com a pessoa infectada surgiu como a principal estratégia para evitar a disseminação do vírus.²

Diante do exposto, algumas autoridades de saúde determinaram medidas restritivas como estratégias para mitigar a acelerada disseminação do vírus. Nesse ínterim, destacam-se o isolamento e o distanciamento social como principais estratégias adotadas para conter a disseminação desenfreada desse vírus. No Brasil, essa recomendação partiu dos governos estaduais e municipais através do fechamento dos comércios, escolas, faculdades, cidades, fronteiras e o confinamento das pessoas em suas casas, e efetivamente contribuíram para a diminuição do crescimento exponencial do número de novos casos da doença.^{3,4}

Considerando esse contexto da crise sanitária mundial, em 2020 houve uma vertiginosa evolução da tecnologia digital, que foi se reinventando e se implementando, adaptando-se ao novo normal. O estado de pandemia intensificou assim o uso das tecnologias digitais, conforme corrobora a pesquisa sobre o uso das Tecnologias de Informação e Comunicação nos domicílios brasileiros (TIC Domicílios), realizada em 2020, que confirma o aumento de 71% para 89% de domicílios com acesso à internet no Brasil.⁵

O uso das ferramentas digitais em saúde vem se expandindo exponencialmente em época de pandemia pois viabiliza a rápida transmissão e processamento de informações, a comunicação, quase que instantaneamente independentemente da localização geográfica daquela população. Porém, em contrapartida, as chamadas Fakes News, informações sem veracidade, também se propagam velozmente. Sendo assim, para combater a desinformação, foram criadas métricas para avaliar o escopo e o propósito do site ou aplicativo utilizado.⁶

Para os sites disponíveis na internet, existe uma ferramenta de análise denominada SimularWeb, que avalia as métricas de tráfego como número de visitas diárias, semanais e mensais, taxa de rejeição, duração média de visita por página, origem do tráfego, região de onde a página foi acessada, segmentação por país ou geografia, página por visita, engajamento, classificação global, do país e da categoria.⁷

No que diz respeito aos aplicativos (APP), é mais difícil avaliar o conteúdo disponibilizado, a eficácia e a qualidade das informações, principalmente na velocidade de criação e disponibilização de novos APP's. Uma das formas de avaliar a aceitação do mesmo, é analisar as avaliações realizadas pelos usuários, no qual existe uma pontuação baseada em números de estrelas, que variam de um a cinco, em ordem crescente de satisfação e observar o número de downloads que diz respeito a aceitabilidade daquele APP na plataforma.

Neste sentido este trabalho tem como objetivo identificar as métricas disponíveis para as ferramentas digitais que propagam a informação sobre a covid-19 na população brasileira.

Método

Trata-se de um estudo documental que consiste na avaliação dos materiais que ainda não sofreram nenhum trabalho de análise, podendo direcionar a interpretações ou informações complementares, sendo assim esse tipo de pesquisa envolve dados obtidos estritamente de documentos. Etimologicamente falando a palavra “documento” diz respeito a vestígio do passado, como textos escritos, mas também inclui aos materiais de natureza iconográfica e cinematográfica, ou qualquer outro tipo de testemunho registrado e objetos do cotidiano. Nesse sentido, é oportuno destacar que na pesquisa documental o(a) pesquisador(a) deve compreender os documentos como “meios de comunicação”, visto que foram elaborados com o propósito de divulgar informações.⁸

Foi realizada uma pesquisa em diferentes plataformas disponíveis na internet a fim de encontrar sites e aplicativos móveis responsáveis em passar as informações sobre a covid-19 o estado de pandemia no Brasil. Como critérios de inclusão, foram estabelecidos: tecnologias que abordassem o tema covid-19, que fossem produzidos no Brasil, que retratassem a realidade deste país e disponíveis em português. Posteriormente, foram estabelecidas métricas que auxiliassem a determinar a frequência de uso e a aceitação dessas ferramentas pela população.

No que diz respeito aos sites, a busca foi realizada no Google e Yahoo Buscas, entre 10 a 13 de dezembro de 2022, utilizando os seguintes termos: “covid-19 Brasil”, “covid-19 Brasil hoje” and “coronavírus Brasil”. Como os conteúdos disponibilizados na internet são muito dinâmicos e mudam com frequência, foi estabelecido um prazo de pesquisa (13 de dezembro de 2022). Foi utilizado também a ferramenta SimilarWeb para analisar as métricas como: total de visitas, duração média das visitas e taxa de rejeição. Esses indicadores de uso correspondem aos resultados obtidos durante um intervalo de 6 meses (de julho de 2022 a dezembro de 2022).

Para aplicativos móveis, os termos de busca utilizados na plataforma Google Play foram: "APP COVID", "SARS-COV BRASIL", "COVID-19 BRASIL" e “coronavírus Brasil”. Foram selecionados apenas aplicativos móveis feitos no Brasil a partir de 2020. Na análise de aplicativos móveis foram utilizadas métricas como: número de downloads e classificação por estrelas. Foi determinado a usar as métricas da plataforma Google Play porque é de livre acesso e não depende de um custo.

Resultados e discussão

No que diz respeito aos sites brasileiros mais acessados no buscador do Google e Yahoo Buscas, em primeiro lugar, com o maior número de acessos, encontra-se a página do Ministério da Saúde (<https://www.gov.br/saude/pt-br>), do Governo Federal, com uma média de 68 milhões de acessos por mês, uma taxa média de visita de 2 minutos e meio e uma taxa de rejeição de 64,96%. O SimilarWeb ainda afirma que essa é a 3ª página relacionada ao Governo mais

procurada no Brasil. Esse site traz informações sobre a patologia, registro atualizado de casos de covid-19 e sobre o processo de vacinação.

Posteriormente vem o Painel Coronavírus Brasil (<https://covid.saude.gov.br/>), do DATASUS, que foi desenvolvido para ser o veículo oficial de comunicação sobre a situação epidemiológica da COVID-19 no Brasil. Os dados são atualizados a partir de informações oficiais do número de casos confirmados e óbitos fornecidos pelas 27 Unidades Federativas do país através das Secretarias Estaduais de Saúde.

Segundo o site SimilarWeb, essa página teve um total de 564 mil acessos no mês de novembro de 2022, com uma duração média da visita de 9 segundos e taxa de rejeição de 64,96%. É uma página que oferece informações pontuais e rápidas sobre o estado epidemiológico do país, o que justifica as visitas rápidas ao site.

Um outro site com um número significativo de acessos é o da Fiocruz (<https://www.canalsaude.fiocruz.br>) com uma média de 60 mil acessos por mês, com uma taxa de duração média da visita de 22 segundos e taxa de rejeição de 77,05%. O site traz informações sobre a patologia, sobre o processo de vacinação, além de pesquisas científicas relacionadas à saúde.

Percebe-se então que os sites mais procurados no Brasil para a obtenção de informações sobre a covid-19 são os oficiais do governo federal. Essas páginas possuem informações epidemiológicas, além de orientações sobre as manifestações clínicas da doença e indicações sobre as atitudes a serem tomadas para a testagem e tratamento. Porém vale ressaltar que a taxa de rejeição, que é a porcentagem de abandono do visitante quando o usuário entra no site ainda é alta.

Vale ressaltar que o Ministério da Saúde ainda possui um aplicativo e páginas em redes sociais como Instagram, Facebook, Twitter e Youtube que fortalecem a disseminação das informações e direcionam os usuários a acessarem o seu site.

No que diz respeito aos aplicativos, os mais acessados e baixados na Play Store são: Coronavírus SUS com mais de 10 milhões de downloads e o aplicativo Dados do Bem da Rede Dor com mais de 1000000 de downloads. O coronavírus SUS é o aplicativo oficial do Ministério da Saúde que tem como objetivo conscientizar a população sobre o coronavírus e a covid 19 com informações como sintomas, estratégias de prevenção e o qual a conduta adotar em casos de suspeita ou infecção confirmada. Tem também mapas direcionando o usuário a unidades de saúde mais próximas da sua região. A nota do aplicativo na Play Store é de 3,6, de uma escala de 1 a 5.

O Dados do Bem é um aplicativo voltado para a prevenção de novos casos através da contenção da propagação do vírus. Neste pode ser realizado o agendamento dos testes rápidos, a auto avaliação, contém informações sobre os dados epidemiológicos da região, estratégias para a prevenção e orientações de como promover a saúde mental em época de pandemia. Até o momento o aplicativo já realizou mais de 1 milhão e duzentas mil pessoas a realizarem o auto teste, encaminharam aproximadamente 300 mil pessoas para realizarem o teste RT-PCR, sendo que destas, 20% tiveram o resultado positivo (60 mil pessoas).

Percebe-se que nos últimos anos o uso de aplicativos móveis vem aumentando no Brasil.^{9,10} A facilidade e rapidez em transmitir a informação de um conteúdo é um dos principais benefícios relatados pelos usuários. O que deve

ser discutido é a confiabilidade dos aplicativos disponíveis para uso pois até então não existe uma regulamentação que fiscalize a veracidade das mensagens difundidas nesses APP. Uma das estratégias a serem utilizadas é ver o nível de satisfação do usuário antes de realizar o download do mesmo.

Estudo¹¹ corrobora com esses achados ao mostrar que o uso das mídias sociais aumentou muito durante a pandemia, principalmente entre a população idosa, considerando esta experiência como uma prática bem-sucedida para a comunicação em saúde. O estudo traz também que as ferramentas digitais reduzem as desigualdades de acesso à tecnologia e se tornam uma fonte abrangente e infinita de conhecimento. Em especial, para a população idosa, que permanecem por mais tempo engajada na rede, resultando na inclusão digital e na aprendizagem de novas habilidades.

Pesquisadores afirmam que a internet se tornou uma ferramenta indispensável na propagação de informação, em um período em que se foi necessário manter o isolamento social e diminuir as interações em público para evitar as aglomerações.¹² Os principais empecilhos relatados por eles foram a falta de domínio de alguns usuários com a tecnologia digital e a instabilidade da rede em algumas regiões. Porém, essa situação serviu para mostrar a capacidade de readequação e reinvenção do ser humano às novas condições.¹³⁻¹⁴

Sendo assim, é extremamente importante que haja o constante processo de avaliação, desenvolvimento e análise da usabilidade desses aplicativos, a fim de tornar esses dispositivos acessíveis a toda a população, independentemente da idade ou formação.

Vale ressaltar que esse é um ambiente propício para a realização de trocas de informação e também favorece a disseminação de Fake News, que pode influenciar negativamente na manutenção das práticas de cuidado a saúde da população, haja visto que o processo de consolidação dos saberes sobre a covid-19 ainda está em construção. Neste contexto, o efeito da desinformação deve ser desastroso e a propagação das fakes News deveriam ser monitoradas pelas autoridades governamentais, e não incentivadas como percebe-se em alguns casos.

Considerações Finais

O isolamento social decorrente pandemia ocasionada pelo novo coronavírus e suas variantes potencializou o uso da tecnologia em todas as suas formas, se tornando assim mais frequente na vida dos brasileiros, em todas as suas idades. Nesse contexto, as ferramentas digitais tornaram-se o aliado ideal para a aquisição de novas informações, e assim promover a prevenção, o autocuidado e o controle do vírus. Atualmente, o desenvolvimento de aplicativos móveis e do site estão em ascensão. O presente estudo optou por pesquisar sites nacionais e aplicativos móveis que promovam a disseminação de informações sobre a covid-19, a fim de conhecer a reação e o impacto que eles têm sobre a população brasileira.

Neste sentido o uso dessas tecnologias trouxe diversos benefícios a saúde da população através da disponibilização de algumas ferramentas digitais, que foram implementadas para tornar efetivo o autocuidado da população como: autotriagem, autoavaliação e encaminhamento para unidades de saúde mais próximas, e evitar visitas desnecessárias às unidades de saúde durante a

pandemia de COVID-19. Os dispositivos também auxiliam para que as informações sejam passadas de forma mais rápida, quase em tempo real, utilizando linguagem acessível e elementos atrativos, que atraem a atenção do leitor, além de ser m meio para prevenção de agravos.

A escolha desse tema para fazer a pesquisa se deu devido ao interesse da autora na utilização das tecnologias digitais para a propagação das informações, facilitando as estratégias de comunicação e proporcionando ao usuário a descoberta de novos saberes. A inspiração surgiu após a leitura do texto Herramientas digitales como un aliado informativo en el Perú para el autocuidado en tiempos de COVID-19 de Ramos e Carrasco⁹, como parte da discussão dos pontos da disciplina de Educação e Comunicação em Saúde, da disciplina de doutorado do Instituto de Saúde Coletiva, da Universidade Federal da Bahia.

Como limitação deste estudo pode-se destacar o tempo no qual ela foi realizada. Por ter sido feita já em 2022, algumas informações relativas ao acesso no ano de 2020 ficaram prejudicadas, já que o aplicativo SimularWeb só fornece as informações retroativas em até um ano. Outro ponto que também poderia ser abordado é o acesso em relação as redes sociais (Youtube, Instagram, Twitter, Facebook, dentre outras), que devido ao pouco tempo para a realização do trabalho, não pode ser feita em tempo hábil.

Agradecimentos

Essa pesquisa não recebeu financiamento para sua realização.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Overview. Folha Informativa - COVID-19. 2022. [acessado 12 dez 2022]. Disponível em: <[WHO Coronavirus \(COVID-19\) Dashboard | WHO Coronavirus \(COVID-19\) Dashboard With Vaccination Data](#)>.
2. Teixeira CFS, Soares CM, Souza EA, Lisboa ES, Pinto IC de M, Andrade LR de, et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid- 19. Ciênc. saúde coletiva. 2020;25(9): 3465- 3474. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>
3. Souza SS, Farias MTD, Bandeira ANC, Magalhães MSSP, Sales MGS, Rodrigues AS, et al. Conduas da enfermeira em centro cirúrgico no cenário da pandemia por COVID-19. Nursing. 2022;25(291): 8394-8403.
4. Souza SS, Farias MTD, Rodrigues AS, Abreu PTC, Santos ALB, Cristal JR. A pandemia de covid - 19 e a repercussão na saúde ocupacional dos profissionais emergencistas. In: Moreira RM, Mota J, Santos PC. International Handbook for the Advancement of Public Health Policies - Physical Activity, Health Conditions and Quality of Life.V. 2.Porto, Portugal: Publicações ESS, 2021, p.105-123.
5. Nitahara A. Estudo mostra que pandemia intensificou uso das tecnologias digitais. Agência Brasil. Publicado em 25/11/2021 - 15:26. Disponível em: <<https://agenciabrasil.etc.com.br/geral/noticia/2021-11/estudo-mostra-que-pandemia-intensificou-uso-das-tecnologias-digitais>>. Acesso em: 13 dez 2022.

6. Mariano MTL, Oliveira LR, Costa IP. O uso de aplicativos e tecnologias digitais: ferramentas que favorecem a saúde e bem-estar do idoso. Caderno Impacto em Extensão. 2022;2(1).
7. Udartseya OM. Key Traffic Metrics as a Basis to Measure Library Performance. J Inform Sci Theor Pract. 2020;8(2): 55-67. DOI: <https://doi.org/10.1633/JISTaP.2020.8.2.5>
8. Kripka R, Scheller M, Bonotto DL. Pesquisa Documental: considerações sobre conceitos e características na Pesquisa Qualitativa. CIAIQ2015. 2015;2: 243-247.
9. Ramos SGA, Carrasco JMM. Herramientas digitales como un aliado informativo en el Perú para el autocuidado en tiempos de COVID-19. Rev. cuba. inf. cienc. Salud. 2021;32(2): e1680.
10. Silva DS, Ferreira BS, Marinho CS. Saberes e práticas de cuidado em saúde sobre a covid-19: uma análise baseada em interações de pessoas em comunidade virtual. Recis - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde. 2022;16(2): 247-265. DOI: <https://doi.org/10.29397/recis.v16i2.3276>
11. Gallo AM, Araujo JP, Siraichi JTG, Souza DA, Soares CS, Carreira L. Experiência com mídias sociais para ações em saúde com idosos durante a pandemia Covid-19. Rev. Enferm. UFSM. 2022;12(e37): 1-17. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769268294>
12. Ribeiro M, Fernandes N. Discussão Integrada de Casos Clínicos Usando Plataformas Digitais Durante a Pandemia da COVID-19. Revista Moçambicana de Ciências de Saúde. 2021;7(1): 47-48.
13. Sales MB, Souza JJ, Sales AB. Idosos, aplicativos e smartphone: uma revisão integrativa. Revista Kairós-Gerontologia. 2019;22(3): 131-151. DOI: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2019v22i3p131-151>
14. Koeche C, Oliveira LP, Sandim LS, Freitas ER, Carvalho GA, Silva HS, et al. Lives para pessoas idosas no contexto da Covid-19. 2023; 12(2): 430-8. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n2.p430a438>

Autor de Correspondência

Simone Santos Souza
Rua Osvaldo Cruz, n.689, ap201. CEP: 41940770-
Rio Vermelho. Salvador, Bahia, Brasil.
sssouza1@uesc.br

Autocuidado dos pés em portadores de Diabetes tipo II: estudo qualiquantitativo

Self-care of the feet in patients with Type II Diabetes: a qualitative and quantitative study

Autocuidado de los pies en pacientes con Diabetes Tipo II: un estudio cualitativo y cuantitativo

Viviane Nunes Rocha¹, Beatriz Rosa Ferreira², Gilney Guerra de Medeiros³, Walquiria Lene dos Santos⁴

Como citar: Rocha VN, Ferreira BR, Medeiros GG, Santos WL. Autocuidado dos pés em portadores de Diabetes tipo II: estudo qualiquantitativo. REVISA. 2023; 12(3): 575-82. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n3.p575a582>

REVISA

1. Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Valparaíso de Goiás, Goiás, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0003-3550-6530>

2. Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Valparaíso de Goiás, Goiás, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-7992-1974>

3. Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Valparaíso de Goiás, Goiás, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-3351-2841>

4. Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Valparaíso de Goiás, Goiás, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0001-6489-5234>

Recebido: 09/04/2023
Aprovado: 14/06/2023

RESUMO

Objetivo: investigar o conhecimento de pacientes com Diabetes Mellitus tipo II em relação ao autocuidado dos pés. **Método:** pesquisa de campo exploratória e descritiva com abordagem qualiquantitativa e coleta de dados transversal por meio de questionário, realizada com 36 pacientes diabéticos cadastrados na Estratégia Saúde da Família desse Bairro. **Resultados:** observou-se um déficit no conhecimento e dificuldades na prática de autocuidado por parte dos entrevistados. A falta de autocuidado aumenta a chance de desenvolver lesões nos pés. **Conclusão:** faz-se necessário um melhor acompanhamento e manutenção das informações pelos profissionais de saúde.

Descritores: Diabetes Mellitus; Autocuidado; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to investigate the knowledge of patients with Type II Diabetes Mellitus regarding foot self-care. **Method:** exploratory and descriptive field research with a quali-quantitative approach and cross-sectional data collection through a questionnaire, carried out with 36 diabetic patients registered in the Family Health Strategy of this neighborhood. **Results:** there was a deficit in knowledge and difficulties in the practice of self-care on the part of the interviewees. Lack of self-care increases the chance of developing foot injuries. **Conclusion:** better monitoring and maintenance of information by health professionals is necessary.

Descriptors: Diabetes Mellitus; Self-care; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: investigar el conocimiento de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II sobre el autocuidado de los pies. **Método:** investigación de campo exploratoria y descriptiva con enfoque cuali-cuantitativo y recolección de datos transversal a través de un cuestionario, realizado con 36 pacientes diabéticos registrados en la Estrategia de Salud de la Familia de este barrio. **Resultados:** hubo déficit de conocimientos y dificultades en la práctica del autocuidado por parte de los entrevistados. La falta de autocuidado aumenta la posibilidad de desarrollar lesiones en los pies. **Conclusión:** es necesario un mejor seguimiento y mantenimiento de la información por parte de los profesionales de la salud.

Descritores: Diabetes Mellitus; Cuidados personales; Enfermería.

ORIGINAL

Introdução

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica não transmissível que é reconhecida por uma hiperglicemia contínua, por consequência de uma falha na produção e/ou ação da insulina.^{1,2} No caso do Diabetes tipo II, a insulina é produzida em pouca quantidade ou as células criam uma resistência insulínica que impossibilita o hormônio de se ligar à célula. A prevalência do DM é relevante, pois está associada a outras doenças como a hipertensão arterial, a dislipidemia e a disfunção endotelial que junto com o DM são condições passíveis de prevenção ou controle pela Atenção Primária.²

Apesar das doenças cardiovasculares, das nefropatias e das retinopatias serem complicações graves que acometem pacientes com DM, elas também são onerosas para os portadores e para a Administração Pública. As complicações relacionadas aos membros inferiores ainda são maioria, e, em 85% desses pacientes, as amputações são precedidas por lesões nos pés. Estas predisposições as ulcerações estão associadas com a neuropatia periférica, com traumas superficiais e com deformidades nesses membros.³

A neuropatia periférica diabética (NPD) é um distúrbio que afeta um ou mais nervos periféricos, sendo a complicação mais comum em pacientes DM tipo II. Suas manifestações ocorrem de forma rápida e oculta. A prevalência de NPD na população em 2022 é de 49%, sendo que destes até 90% são pessoas com DM.⁴ Os principais sintomas da NPD incluem parestesia, queimação e possível perda de sensibilidade com a progressão dessa disfunção. Os pacientes com neuropatia têm risco aumentado para lesões e infecções não identificadas nos pés por causa da hipoestesia.⁵

Práticas inapropriadas, como não inspecionar os pés constantemente; uso de calçados e corte de unhas inadequados; falha na hidratação da pele; não secar entre os dedos juntamente com a falta de controle glicêmico a longo prazo podem causar danos aos pacientes diabéticos como calosidades, rachaduras, micoses e deformidades nos membros inferiores que podem levar a situações mais graves como a neuroartropatia, e, conseqüentemente a uma amputação. Lesões causadas por esses maus hábitos constituem em um problema socioeconômico e educacional, demandando tratamentos longos e dispendiosos que envolve multiprofissionais e o indivíduo com o problema. Além disso, envolve outros aspectos de cunho psicológico e estético que interferem na autoestima do paciente.⁶⁻⁷

O autocuidado já vem sendo recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma medida de prevenção e de tratamento para doenças crônicas, pois possibilita a autonomia do paciente, bem como, o envolvimento deste no processo saúde-doença. Ademais, os diabéticos compensados são os que mais aderem aos cuidados preventivos.^{6,8} E quanto mais entendimento eles têm a respeito dos cuidados com a pele, menor o risco de lesões cutâneas, proporcionando bem-estar e conforto, como também, a redução de internações e tratamento. Por isso, torna-se necessário identificar a vivência dos pacientes diabéticos com relação as lesões cutâneas.⁹ Isso contribui para o direcionamento de políticas voltadas à capacitação dos profissionais de saúde, reduzindo custos com assistência e proporcionando melhor qualidade de vida para esses indivíduos.⁶

A enfermagem é essencial para a educação em saúde junto aos diabéticos e seus familiares. Atualmente, as ações têm sido voltadas apenas ao controle glicêmico, deixando de lado parâmetros psicossociais e culturais, ocasionando a baixa adesão ao autocuidado e à terapêutica.⁵

Diante disso, o objetivo desta pesquisa é investigar o conhecimento de pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 do bairro Parque Marajó em Valparaíso de Goiás-GO em relação ao autocuidado dos pés como forma de prevenção a lesões cutâneas, analisando sua prática e fatores que impeçam sua realização.

Método

Trata-se de uma pesquisa de campo exploratória e descritiva com abordagem qualiquantitativa e coleta de dados transversal.

As pesquisas exploratórias têm como objetivo de promover uma maior ligação com o problema, com a finalidade de torná-lo mais compreensível ou levantar hipóteses. Já o descritivo refere-se à descrição das particularidades de uma determinada população ou fenômeno. A abordagem qualiquantitativa consiste em uma junção das abordagens qualitativas e quantitativas. A primeira é conduzida para se compreender e explicar os fenômenos e a outra para compreender os dados, isto é, voltada para quantificação.⁽¹²⁾

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Sena Aires, conforme Certificado de Apresentação para Apreciação Ética - CAAE nº 66252122200005595 e atendeu as normas de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Após a aprovação deste estudo pelo Comitê de ética em Pesquisas foi iniciado a coleta de dados.

O instrumento de coleta de dados utilizado foi um questionário com 25 questões fechadas: dicotômicas e de múltiplas escolhas sobre o conhecimento do autocuidado com relação aos pés desses pacientes juntamente com (TCLE), que foi aplicado por meio de questionário impresso entregue juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) sem a interferência dos pesquisadores. A coleta de dados foi realizada entre os meses de março a abril de 2023, por meio de visita domiciliar dos pesquisadores juntamente com os Agentes Comunitários de Saúde dessa área de abrangência conforme planejamento da ESF. O instrumento de coleta é composto por duas partes, sendo que a primeira corresponde aos dados demográficos e socioeconômicos. E a segunda parte relativa aos cuidados e às condições dos pés.

Foi realizada a busca dos pacientes cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Bairro Parque Marajó em Valparaíso de Goiás, que de acordo com os dados do e-SUS totalizam 141 cadastrados. Participaram do estudo um total de 36 portadores de Diabetes Mellitus tipo II.

Foi utilizado o programa Epi Info para análise dos dados coletados, estes foram registrados no banco de dados do programa com conferência ao final para evitar possíveis erros de digitação. Para a tabela e os gráficos presentes no artigo foi utilizado o Excel, pois houve dificuldade de formatação no programa Epi Info. O tratamento estatístico incluiu a análise descritiva dos dados e a distribuição percentual da amostra.

Resultados e Discussão

A amostra do estudo foi constituída por 36 participantes (25,5%) dentre uma população de 141 portadores de Diabetes Tipo II que estão cadastrados na ESF do Bairro Parque Marajó em Valparaíso de Goiás. O processo de coleta de dados foi dificultado por causa de registros desatualizados dos pacientes; o território adstrito da unidade não é 100% coberto pelos ACS, além da dificuldade de locomoção por estar longe da unidade, dificultando a pesquisa em domicílio. No decorrer da coleta com os ACS, 6 pacientes não tiveram seus dados coletados, por não terem sido encontrados em casa. Um total de 5 pacientes da unidade de saúde não se sentiram confortáveis para assinar o TCLE, e assim, não tiveram seus dados coletados.

A média ponderada de idade foi de 55,8 anos (desvio padrão = 7,4 anos) e mediana igual a 53,7 anos. Sendo que dentre os participantes 33,33% corresponde a pacientes de 51 a 60 anos de idade. Quanto ao nível de escolaridade, houve predominância de ensino fundamental incompleto (28,57%) e ensino fundamental completo (17,14%), sendo que apenas 8,57% possuíam ensino superior completo e a maior parte são de aposentados/pensionistas (31,43%). Existe uma correlação da escolaridade com o autocuidado, isto significa, que quanto menor o nível de formação menor será a adesão desse indivíduo com o autocuidado. Isso pode estar relacionado com maior dificuldade de entendimento para realização ou mesmo ao acesso à informação.⁸

Grande parte desses pacientes possuem outra doença associada (66,67%), sendo que cerca de 90% correspondem a hipertensão arterial sistêmica - HAS. Destaca-se que a HAS aumenta o risco de desenvolver a neuropatia periférica, pois está diretamente ligada com a saúde vascular.¹¹ Das complicações do DM, 28 pacientes (77,78%) relatam não possuir nenhuma complicação, sendo que 38,89% possuíam algum tipo de alteração nos pés como rachaduras (54,54%); calosidades (9,09%); feridas e edemas (9,09%); hálux valgo (9,09%); parestesia (9,09%); e perda de sensibilidade (9,09%). Um dos participantes que possui DM a mais de 5 anos evoluiu para amputação de membro (2,78%) e 32 pessoas (88,89%) mencionam nunca terem passado por alguma avaliação relacionada aos pés e nem terem sido submetidos a algum teste de sensibilidade. Um estudo mostrou que pacientes com DM que possuem complicação nos pés têm mais chance de desenvolver lesões em comparação com os que não apresentam.¹¹

Quanto ao tempo de diagnóstico, 17(47,22%) possuem mais de 5 anos de diagnóstico. Os estudos demonstram que a relação estatística do tempo de diagnóstico e o risco de desenvolver alterações nos pés são proporcionais, ou seja, quanto maior o tempo mais chance de desenvolver problemas.¹¹ O que pode justificar o fato de que 14 participantes alegaram ter algum tipo de alteração nos membros inferiores.

No tratamento utilizado, a predominância foi de hipoglicemiante oral (52,78%) seguido de associação de antiglicemiante oral mais a insulina (36,11%). Sendo que dentre esses, 23 participantes, um percentual elevado (63,89%), não fazem controle com glicosímetro. O que se espera é que todos as pessoas com DM façam a automonitorização da glicemia capilar, principalmente pacientes insulino dependentes, pois a insulina é um medicamento de alto risco e potencialmente perigoso.

Segundo o Consenso Internacional do Pé diabético existem 5 pilares na prevenção de lesões nos pés de portadores de DM, sendo eles: a identificação do risco; a inspeção regular dos pés; a conscientização do paciente, de seus familiares e dos profissionais de saúde; uso rotineiro de calçados adequados e o tratamento de fatores de riscos.³⁻¹⁰

Com relação a informação sobre autocuidado com os pés, 23 (63,89%) nunca recebeu nenhum tipo de orientação; 20 (55,56%) não têm conhecimento da importância do autocuidado com os pés; 18 (50%) não conhecem sobre a forma correta do corte das unhas; 24 (66,67%) desconhecem sobre a forma correta de lavagem dos pés; 17 (47,22%) relataram não saber sobre a importância da escolha do calçado; 19 (52,78%) sobre a importância da secagem dos pés; 26 (72,22%) relataram uso diário de chinelos ou sandálias abertas. Um total de 25 (69,44%) considera estar usando calçados adequados e somente 1 entrevistado (2,78%) usa calçado ortopédico próprio para diabéticos. Há recomendação para o uso de calçados fechados e confortáveis para manter os pés protegidos e em segurança, pois pessoas com DM podem ter diminuição ou perda de sensibilidade tátil e dolorosa, o que pode dificultar o percebimento de ocorrências de lesões. O uso inadequado de calçados pode incidir no aparecimento de calosidades, rachaduras, deformidades podendo comprometer a integridade dos membros inferiores.⁵

Sobre seguimento de rotina, 31(86,11%) relatam fazer acompanhamento regular, sendo que 4 (11,11%) tiveram consulta em menos de uma semana, da data da coleta de dados e a maioria 20 (55,56%) em menos de um ano. Entretanto, quando analisado o fato de uma porcentagem alta de pacientes não terem recebido nenhum tipo de orientação sobre o autocuidado, evidencia-se a importância de os profissionais de saúde encorajarem e conduzirem esses indivíduos ao autocuidado frente às complicações crônicas da doença. É relevante que as pessoas entendam que essa questão é significativa para sua vida e que assim possam ser autor da sua própria saúde.⁸⁻¹⁰

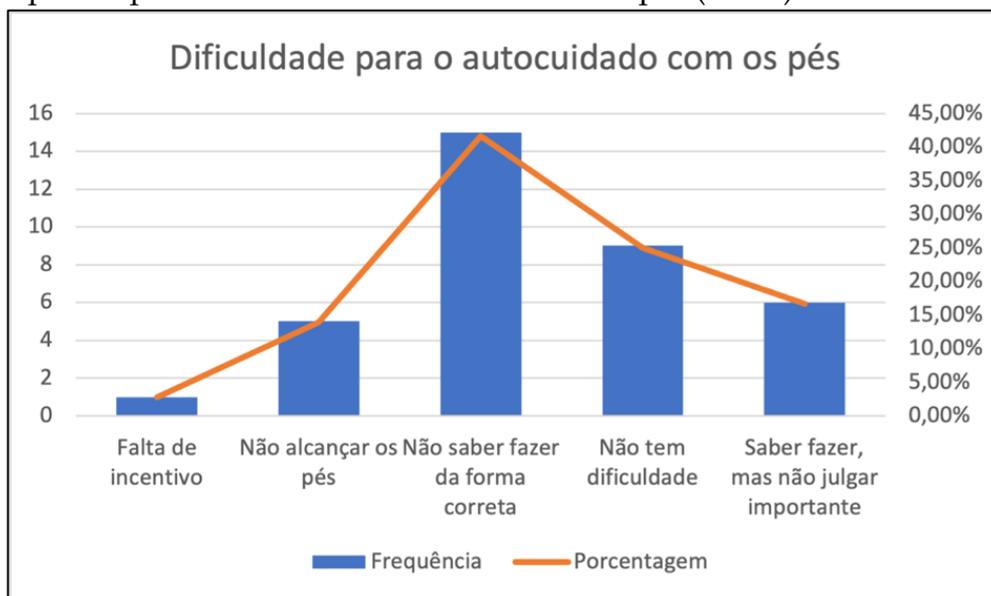
Tabela 1- Cuidados referidos com os pés (N=36). 2023.

Cuidados com os pés	n	%
Uso de Hidratante	27	75,00%
Seca os pés corretamente e entre os dedos	16	55,56%
Usa toalhas macias para secagem dos pés	7	19,44%
Testa temperatura da água	7	19,44%
Usa calçados adequados	11	30,56%
Usa calçados com meias	11	30,56%
Inspecciona o calçado antes de calçar	13	36,11%
Corta as unhas em linha reta	15	41,67%
Usa constantemente o calçado	15	41,67%
Observa regularmente os pés	17	47,22%
Utiliza espelho para observar as plantas dos pés	2	5,56%

A tabela mostra a frequência e a porcentagem dos cuidados que os entrevistados têm com os pés, é possível observar que excetuando o uso de hidratante, os demais cuidados possuem baixa adesão, demonstrando que a falta desses cuidados básicos aumenta a chance de desenvolver lesões em membro inferior. Além disso, a grande maioria, como relatado anteriormente, afirmaram fazer o uso rotineiro de chinelos ou sandálias abertas, que podem ocasionar pontos de pressão causando calosidades e ferimentos ou mesmo deixando os pés desprotegidos contra objetos que possam causar lesões. Essas lesões podem passar despercebido pelo paciente, sendo percebido tardiamente quando já associado a um quadro de infecção e necrose. Essas orientações devem ser fortalecidas durante os atendimentos na atenção primária.¹⁰⁻¹¹

Sobre as dificuldades encontradas para realizar o autocuidado com os pés, 15 pessoas (41,67%) relatam não saber fazer da forma correta; 9 pessoas (25%) declaram não ter nenhuma dificuldade para o autocuidado; 6 pessoas (16,67%) relatam saber sobre o autocuidado, mas não julgam importante; 5 pessoas (13,89%) não alcançam os pés por causa da obesidade e 1 pessoa (2,78%) relata falta de incentivo para praticar o autocuidado. Um estudo realizado no México, mostrou que a baixa motivação para o autocuidado pode estar relacionada com as incapacidades associadas às comorbidades e/ou complicações crônicas da doença.⁸

Figura 1- Frequência e a porcentagem das dificuldades encontradas pelos participantes para realizar o autocuidado com os pés (N=36). 2023.



Conclusão

Este estudo possibilitou avaliar o conhecimento de pacientes com Diabetes tipo II no que diz respeito ao autocuidado com os pés, alcançando os objetivos propostos. Conclui-se que apesar da maioria estar sendo acompanhado regularmente pela Atenção Primária em Saúde - APS, os entrevistados possuem dificuldade e falta de conhecimento sobre como cuidar dos pés e sobre a

importância desse cuidado como forma de prevenir lesões nos membros inferiores.

As ações educativas devem estar presentes em todo seguimento, pois essas além de serem uma forma de prevenção e promoção da saúde, também é uma forma de trazer a responsabilidade do cuidado para o próprio indivíduo, trazendo autonomia. As ações educativas, também contribuem para a criação de vínculo com os profissionais e com o serviço, ademais ajudam na adesão ao tratamento.

Foi observado que muitos pacientes que fazem uso de insulina, que é um medicamento potencialmente perigoso, não fazem automonitorização de glicemia capilar, trazendo riscos como, por exemplo, uma hipoglicemia. Sendo que está disponível pelo Sistema Único de Saúde - SUS para insulino-dependentes, o glicosímetro, as fitas e as lancetas. Essa prática é importante para evitar efeitos adversos do tratamento, além disso, serve como uma ferramenta de educação, garantindo o bem-estar do paciente e uma melhor adesão ao tratamento. Devendo ser incentivada e incorporada nas rotinas da APS.

É perceptível que existe a necessidade de um melhor acompanhamento, planejamento de ações em equipe, uma abordagem multidisciplinar, programas voltados à educação em saúde que visem o envolvimento dos pacientes e de seus familiares e/ou cuidadores. O autocuidado é um procedimento voluntário, por isso, a melhor maneira é fazer com que o indivíduo entenda que deve ser o agente desse cuidado e para isso o conhecimento é fundamental.

Cabe ao profissional de saúde, desenvolver mecanismos e estimular o interesse dos pacientes para que esses consigam entender a importância de prevenir que essas lesões ocorram, pois a maioria dos fatores de risco está ligada aos hábitos rotineiros.

Agradecimento

Esse trabalho foi financiado pelos próprios autores.

Referências

1. Brasil, Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. São Paulo: Editora Clannad; 2017. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf>>. Acesso em: 30 mar 2022.
2. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf>. Acesso em: 30 mar 2022.
3. Brasil, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Grupo de Trabalho Internacional sobre o pé diabético. Consenso Internacional sobre o pé diabético. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2001. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/conce_inter_pediabetico.pdf>. Acesso em 05 abr 2022.

4. Sociedade Brasileira de Diabetes [homepage na Internet]. Diagnóstico e tratamento da neuropatia periférica diabética - Diretriz 2022 [acesso em 5abr 2022]. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/prevencao-diagnostico-e-tratamento-da-neuropatia-periferica-diabetica/>
5. Barbui EC, Cocco MIM. Conhecimento do cliente diabético em relação aos cuidados com os pés. Rev Esc Enferm USP. 2002; 36(1):97-103. [citado 2022 Abr. 6]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/F3DZLHxhwFQjYsTZhbwTbhN/?lang=pt&format=pdf>
6. Carvalho RDP, Carvalho CDP, Martins DA. Aplicação dos cuidados com os pés entre portadores de diabetes *mellitus*. Cogitare Enferm. 2010; 15(1):106-9. [citado 2022 Abr. 14]. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/17180/11315>
7. Santos NCM, Oliveira EA, Pereira FNM, Zuin RC - Lesões de pele: legislação e procedimentos de enfermagem. 1ª ed. São Paulo: Érica, 2018.
8. Gomides DS, Villas-Boas LCG, Coelho ACM, Pace AE. Autocuidado das pessoas com diabetes *mellitus* que possuem complicações em membros inferiores. Acta Paul Enferm. 2013; 26(3):289-93. [citado 2022 Abr. 14]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/33wvfN3pN6VzDxnG39CYyLf/abstract/?lang=pt>
9. Silva PL, Rezende MP, Ferreira LA, Dias FA, Helmo FR, Silveira FCO. Cuidados com os pés: o conhecimento de indivíduos com diabetes mellitus cadastrados no programa saúde da família. Enfermería Global. 2015; 37:52-64. [citado 2022 Abr. 14]. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n37/pt_clinica3.pdf
10. Fassina GF et al. Avaliação do autocuidado em pacientes portadores do pé diabético. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba. 2018;20(4):200-6. [citado 2023 Abr. 25]. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/35429>
11. Lira JAC et al. Fatores associados ao risco de pé diabético em pessoas com diabetes mellitus na Atenção Primária. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2021;55:e03757. [citado 2023 Jun. 08]. Disponível em: [https://www.scielo.br/j/reeusp/a/KQSrsFPLqRXky6nq93ss\]gb/?lang=pt](https://www.scielo.br/j/reeusp/a/KQSrsFPLqRXky6nq93ss]gb/?lang=pt)
12. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2002.

Autor de correspondência

Rua Acre, Quadra 02. Lotes 17/18. Setor de Chácra, R. Anhanguera. CEP:72876-241. Valparaíso de Goiás, Goiás, Brasil.
viviannrocha@gmail.com

Mortalidade de idosos por diabetes mellitus no Brasil: 1996 a 2021

Mortality of elderly due to diabetes mellitus in Brazil: 1996 to 2021

Mortalidad de ancianos por diabetes mellitus en Brasil: 1996 a 2021

Erika Coelho Paiva¹, Lincoln Agudo Oliveira Benito²

Como citar: Paiva EC, Benito LAO. Mortalidade de idosos por diabetes mellitus no Brasil: 1996 a 2021. REVISA. 2023; 12(3): 583-601. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n3.p583a601>

REVISA

1. Centro Universitário do Brasília.
Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-9385-7385>

2. Centro Universitário de Brasília.
Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-8624-0176>

Recebido: 18/04/2023
Aprovado: 24/06/2023

RESUMO

Objetivo: Analisar a frequência de registros de óbito de idosos por diabetes mellitus (DM) no Brasil, nos anos de 1996 a 2021. **Método:** Estudo exploratório, comparativo, descritivo e de abordagem quantitativa. Os dados foram extraídos no Serviço de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS). **Resultados:** Foi identificado o universo de "1.020.672" registros de óbitos por DM, com média e desvio padrão (39.256,6±12.953). As maiores preponderâncias foram de 41,9% (n=427.586) da região Sudeste (SE), 19,4% (n=197.995) do estado de São Paulo (SP), 85,1% (n=868.576) dos óbitos foram por DM não especificada (CID10: E14), 36,2% (n=369.855) possuíam de 70 a 79 anos, 51,3% (n=523.101) eram de cor/raça "branca", 23,2% (n=237.279) não possuíam "nenhuma" escolarização, 37,9% (n=387.194) eram casadas(os), 68,2% (n=696.158) tiveram registro de óbito no hospital. **Conclusão:** Foi verificado aumento na frequência de registros de óbito de idosos por DM no recorte geográfico e histórico analisados.

Descritores: Doenças não transmissíveis; Diabetes do tipo 2; Mortalidade; Brasil.

ABSTRACT

Objective: Analyzing the frequency of death records of elderly individuals due to diabetes mellitus (DM) in Brazil, from 1996 to 2021. **Method:** Exploratory, comparative, descriptive, and quantitative study. Data were extracted from the Mortality Information System of the Ministry of Health (SIM/MS). **Results:** A universe of "1,020,672" death records due to DM was identified, with a mean and standard deviation of (39,256.6±12,953). The highest prevalences were 41.9% (n=427,586) in the Southeast region (SE), 19.4% (n=197,995) in the state of São Paulo (SP), 85.1% (n=868,576) of deaths were due to unspecified DM (ICD-10: E14), 36.2% (n=369,855) were aged 70 to 79, 51.3% (n=523,101) were of "white" race/color, 23.2% (n=237,279) had "no" education, 37.9% (n=387,194) were married, and 68.2% (n=696,158) had a hospital death record. **Conclusion:** An increase in the frequency of death records of elderly individuals due to DM was observed in the analyzed geographical and historical context.

Descriptors: Non-communicable diseases; Type 2 Diabetes; Mortality; Brazil.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la frecuencia de los registros de muerte de ancianos por diabetes mellitus (DM) en Brasil, de 1996 a 2021. **Método:** Estudio exploratorio, comparativo, descriptivo con abordaje cuantitativo. Los datos fueron extraídos del Servicio de Información de Mortalidad del Ministerio de Salud (SIM/MS). **Resultados:** Se identificó un universo de "1.020.672" actas de defunción por DM, con media y desviación estándar (39.256,6±12.953). Las mayores prevalencias fueron 41,9% (n=427.586) en la región Sudeste (SE), 19,4% (n=197.995) en el estado de São Paulo (SP), 85,1% (n=868.576) de las muertes fueron por DM no especificada (CID-10: E14), 36,2% (n=369.855) tenían entre 70 y 79 años, 51,3% (n=523.101) eran de color/raza "blanca", 23,2% (n=237.279) tenían "ninguna" escolaridad, El 37,9 % (n=387.194) estaban casados, el 68,2% (n=696.158) tenían registro de defunción en el hospital. **Conclusión:** Hubo un aumento en la frecuencia de registros de muerte de ancianos por DM en el área geográfica e histórica analizada.

Descriptorios: Enfermedades no transmisibles; Diabetes tipo 2; Mortalidad; Brasil.

Introdução

De acordo com a Associação Americana de Diabetes (ADA), o diabetes mellitus tipo 2 (DM2) é uma doença metabólica, crônica não transmissível, de etiologia multifatorial, caracterizada pela redução de insulina e/ou da incapacidade da mesma de exercer adequadamente seus efeitos, resultando em resistência insulínica, causando excesso de glicose no sangue.^{1,2} Esta patologia possui grande importância e impacto na sociedade, pois, é uma das principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que afeta a população mundial em grande frequência, se destacando enquanto importante causa de morbidade e mortalidade, especialmente entre as pessoas idosas.^{1,2}

Desta forma, o DM 2 surge enquanto resultado da relação de diversos fatores, hereditários e ambientais, nos quais, podem estar associados ao processo de envelhecimento populacional, atrelado a um estilo de vida não saudável, por exemplo, no desenvolvimento do tabagismo, do etilismo, do sedentarismo, da obesidade, de hábitos alimentares inadequados, dentre muitos outros.^{1,2,3} Esta enfermidade também pode ser associada a outros problemas de saúde, como, por exemplo, a síndrome metabólica (SM), caracterizada pela associação de fatores de risco para as doenças cardiovasculares, como a hipertensão arterial sistêmica (HAS), o DM2, a dislipidemia e a obesidade, que contribuem aumentando o risco de mortalidade por complicações cardiovasculares, como acidente vascular encefálico (AVE), o infarto agudo do miocárdio (IAM), a insuficiência cardíaca congestiva (ICC), lesões vasculares, e lesões de órgãos-alvo, como os olhos e os rins.^{1,2,3}

Segundo a *International Diabetes Federation* (IDF) mundialmente em 2021, foi constatado que mais de um (01) em cada dez (10) adultos, viviam com DM e, no ano de 2000, se estimou que a prevalência desta enfermidade em adultos de 20 a 79 anos triplicou (3X), numa estimativa de 151 milhões (4,6% da população global na época, para aproximadamente 537 milhões (10,5%), nos dias de hoje.^{1,4} Desta forma, estimativas da IDF apontam que, no ano de 2030, a prevalência do DM será de aproximadamente 643 milhões de pessoas (11,3% da população) e, se caso às tendências persistirem, o número saltará para aproximadamente 783 milhões (12,2%) de casos até o ano de 2045.^{1,4}

Já conforme a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), no ano de 2013, 9,2% de brasileiros foram diagnosticados com esta complexa enfermidade e, no ano de 2017, cerca de 12,5 milhões (11,4%) de pessoas, entre 20 à 79 anos, foram acometidos pelo DM.^{4,5} Já no ano de 2010, a SBD defendeu que ocorreram 3.741 óbitos por complicações agudas do DM no Brasil, correspondendo a 6,8% dos 54.857 óbitos registrados desta enfermidade e, desta forma, considerando pessoas com menos 40 anos, houve aproximadamente 313 óbitos por complicações agudas, o que corresponde a cerca de 22,9% do total de registros.^{4,5}

Levando em consideração a elevada incidência, prevalência e mortalidade do DM, ela é considerada um grande problema de saúde pública no Brasil e no mundo, por sua relação direta com a morbimortalidade e mortalidade.^{1,3,5,6} Dessa forma, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu o dia 26/06, enquanto o “Dia Nacional do DM”, sendo esta, uma importante data, visando conscientizar toda a sociedade que, à DCNT em questão, deve ser bem gerenciada e controlada para assim, evitar o surgimento de complicações junto

ao acesso ao tratamento e aos cuidados adequados, servindo enquanto incentivo ao seu diagnóstico precoce.^{1,2,3,5,6}

Dentre outras estratégias propostas pelo MS, objetivando diminuir a carga da mortalidade pelo DM, é destacado o “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento de Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030”, que possui enquanto objetivo, “promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas eficazes, de forma integrada e sustentável, baseadas em evidências para a prevenção e controle das DCNT e de seus fatores de risco”.^{2,3,4,5,6} Além disso, este importante Plano de Ação, foi fundamentado em três (03) eixos integrativos, sendo eles, a vigilância, a promoção da saúde e o cuidado integral às pessoas que vivem com o DM e às suas inúmeras complicações relacionadas.^{3,4,5,6}

Diante disso, o MS preconizou às linhas de cuidados desenvolvidas junto atenção básica em saúde (ABS), à pessoa possuidora de DM, objetivando fortalecer e qualificar a atenção, por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado, em todos os pontos de atenção, desde a prevenção da doença, à identificação de grupos de risco, do diagnóstico precoce (ou não), da abordagem terapêutica, inclusive medicamentosa.^{4,5,6,7} Nesse contexto, também são implementadas enquanto importantes medidas, para o combate e controle ao DM, a promoção e a educação em saúde, preparando essas pessoas, para o desenvolvimento da autonomia no autocuidado e, controle desta enfermidade, prevenindo possíveis complicações, gerenciando o cuidado nos diferentes níveis de complexidade e, visando a melhoria de qualidade de vida (QV) desta importante parcela da população.^{3,5,5,6,7}

Pelo fato do DM ser uma doença de elevada prevalência no Brasil e no mundo, além de estar em constante ampliação de novos casos, também se constitui enquanto um dos fatores de risco para complicações do tipo cardiovascular, ou ainda, de associação a outros problemas de saúde, como por exemplo, os elevados níveis de mortalidade.^{1,2,3,6,7,8} Desta forma, é importante destacar, a necessidade de análises, reflexões, discussões e intervenções, a respeito da doença, sendo assim, o trabalho em questão, objetiva analisar a mortalidade de pessoas idosas pelo DM, no recorte geográfico formado pelo Brasil, no recorte temporal de vinte e seis (26) anos, ou seja, de 1996 a 2021.

Método

A pesquisa ora proposta se constitui enquanto um estudo do tipo epidemiológico, exploratório, descritivo, comparativo e de abordagem quantitativa, que analisou a frequência da mortalidade de pessoas idosas por DM, no recorte geográfico formado pelo Brasil, no recorte temporal de vinte e seis (26) anos, ou seja, de “1996 a 2021”. A pesquisa foi implementada após o processo de extração de dados junto ao Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), gerenciado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) do MS.

Para fins estruturais, foram utilizados os códigos propostos pela Classificação Internacional de Doenças em sua décima edição (CID-10), sendo eles o “E10: Diabetes mellitus insulino-dependente”, “E11: Diabetes mellitus não-insulino-dependente”, “E12: Diabetes mellitus relacionado com a desnutrição”,

“E13: Outros tipos especificados de diabetes mellitus” e o “E14: Diabetes mellitus não especificado”. Para fins metodológicos, se constitui enquanto idoso, conforme o ordenamento jurídico brasileiro, por meio da Lei de número 10.741/2003, conhecida enquanto Estatuto do Idoso, às “pessoas com idade igual ou superior a sessenta (60) anos”.⁹

Na presente pesquisa, foi utilizado enquanto melhor forma de caracterizar a pessoa idosa, às faixas etárias pertencentes aos intervalos de “60 a 69 anos”, “70 a 79 anos”, “80 anos ou mais” e “idade ignorada”. Para fins organizacionais, o SIM do MS, se constitui enquanto um importante sistema de vigilância epidemiológica brasileiro, cujo seu objetivo é a captação de registros dos óbitos em todo o país, a fim de fornecer informações sobre o fenômeno da mortalidade, para todas as instâncias do sistema nacional de saúde.¹⁰

Nesse contexto, o documento utilizado para permitir a entrada de informações junto ao SIM, é a Declaração de Óbito (DO), que foi padronizada para a utilização em todo o território nacional brasileiro.¹⁰ É importante lembrar também que, no ano de 2011, houve uma mudança no conteúdo da DO, sendo a mesma apresentada após esta data, com maior detalhamento das informações coletadas e, desta forma, para este ano, foram utilizados simultaneamente os dois (02) formulários existentes.¹⁰

A presente pesquisa foi realizada totalmente por meio de análise de dados “secundários” e, dessa forma, a submissão a um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), para tratamento bioético não foi necessária. Para o processo de fundamentação das evidências identificadas, foram implementadas buscas bibliográficas eletrônicas junto às bases de dados informatizadas, sendo elas o EBSCO, o *Google Scholar* (Google Acadêmico), o *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e o *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), acessadas entre os meses de fevereiro à maio de 2023.

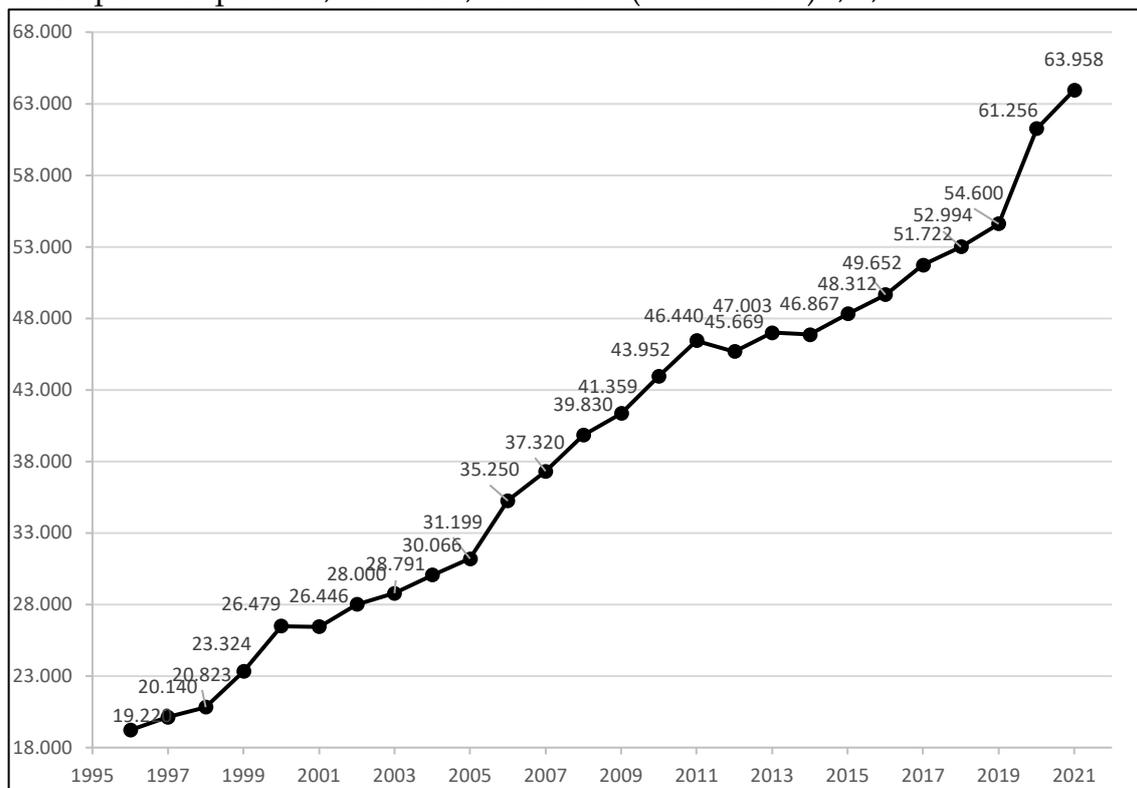
Objetivando ampliar às capacidades de aquisição de referências para contextualização das evidências identificadas, foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sendo eles “Angiopatas Diabéticas” com o Identificador DeCS “3948” e o ID do descritor “D003925”, “Brasil” com o Identificador DeCS “1963” e o ID do descritor “D001938”, “Cardiomiopatas Diabéticas” com o Identificador DeCS “53988” e o ID do descritor “D058065”, “Complicações do Diabetes” com o Identificador DeCS “38644” e o ID do descritor “D048909”, “Diabetes Mellitus” com o Identificador DeCS “3942” e o ID do descritor “D003920”, “Diabetes Mellitus Tipo 2” com o Identificador DeCS “3946” e o ID do descritor “D003924”, “Idoso” com o Identificador DeCS “20174” e o ID do descritor “D000368”, “Idoso de 80 Anos ou mais” com o Identificador DeCS “19059” e o ID do descritor “D000369”, “Indicadores de Morbimortalidade” com o Identificador DeCS “28418” e o ID do descritor “DDCS028418”, “Mortalidade” com o Identificador DeCS “28632” e o ID do descritor “D009026”, “Nefropatas Diabéticas” com o Identificador DeCS “3951” e o ID do descritor “D003928”, “Neuropatas Diabéticas” com o Identificador DeCS “3952” e o ID do descritor “D003929”, “Registros de Mortalidade” com o Identificador DeCS “28403” e o ID do descritor “DDCS028403”, “Saúde do Idoso” com o Identificador DeCS “28470” e o ID do descritor “DDCS028470”.

Os dados extraídos foram organizados junto ao software *Microsoft Excel 2021*®, pertencente ao *Pacote Microsoft Office 2021*®, for *Windows*® e, objetivando organizar e potencializar o processo de análise dos dados, foram edificadas às seguintes categorias analíticas, “Mortalidade de idosos por DM por ano”, “Sexo”, “Idade”, “Escolarização”, “Cor/raça”, “Região brasileira”, “Unidade federativa (UF)”, “Estado civil”, “Categoria CID-10” e “Local de registro do óbito”. Após esse processo, foi implementada análise estatística do tipo descritiva, sendo desenvolvidos os cálculos percentuais (%), média (Me) e desvio-padrão (DP) e, os resultados, foram apresentados na forma de um (01) gráfico de linha e de três (03) tabelas explicativas. Os autores da presente pesquisa declaram a inexistência de conflitos de interesses.

Resultados

No processo de organização e análise dos dados, foi possível identificar o universo de “1.020.672” registros de casos de mortalidade de idosos por DM no recorte geográfico e histórico analisados, além de média (Me) e desvio-padrão (DP) de (39.256,6±12.953). Analisado a questão da frequência de mortalidade de idosos por DM, foi possível verificar que o ano de 2021 registrou a maior preponderância com 6,3% (n=63.958) e o ano de 1996 a menor com 1,9% (n=19.220), conforme exposto junto a figura de número 01.

Figura 01 - Distribuição da frequência de registros de casos de mortalidade de idoso por DM por ano, no Brasil, 1996-2021 (n=1.020.672):*, **, ***



Fonte: SIM/DATASUS/MS, 2023.

* Os autores são fiéis aos dados extraídos. ** Por conta de vários fatores, os dados extraídos podem apresentar variação(ões) ou ampliação(ões). *** Os dados foram extraídos no dia 04 de maio de 2023 às 19 horas.

Foi possível verificar que, a região sudeste (SE) contabilizou a maior preponderância de registros de mortalidade de idosos por DM, somando 41,9% (n=427.586) e a região centro-oeste (CO) a menor com 5,4% (n=55.354), conforme exposto junto a tabela 01. Também foi possível verificar que, às pessoas idosas do sexo femininos registraram a maior preponderância de registros de óbito pelo DM com 58,1% (n=592.828) e às do sexo masculino a menor com 41,9% (n=427.647).

Tabela 1 - Distribuição da frequência e percentual dos registros de mortalidade de idosos por DM, por região e sexo, no Brasil, 1996-2021 (n=1.020.672):*, **, ***

	Total	Feminino	Masculino	Ignorado
Região	f (%)****	f (%)	f (%)	f (%)
Sudeste	427.586 (41,9)	249.710 (42,1)	177.789 (41,6)	87 (44,2)
Nordeste	317.341 (31,1)	186.265 (31,4)	131.009 (30,6)	67 (34)
Sul	164.041 (16,1)	95.271 (16,1)	68.760 (16,1)	10 (5,1)
Norte	56.350 (5,5)	30.776 (5,2)	25.567 (6)	7 (3,6)
Centro-Oeste	55.354 (5,4)	30.806 (5,2)	24.522 (5,7)	26 (13,2)
Total	1.020.672 (100)	592.828 (100)	427.647 (100)	197 (100)

Fonte: SIM/DATASUS/MS, 2023.

* Os autores são fiéis aos dados extraídos. ** Por conta de vários fatores, os dados extraídos podem apresentar variação(ões) ou ampliação(ões). *** Os dados foram extraídos no dia 04 de maio de 2023 às 19 horas. **** f (%): Frequência (percentual).

A região SE também contabilizou a maior preponderância de registros de mortalidade de idosos do sexo feminino, computando 42,1% (n=249.710), e ainda, de idosos do sexo masculino com 41,6% (n=177.789). Quando analisada a questão de registros de óbito de idosos por DM, a unidade federativa (UF) de São Paulo (SP) registrou a maior preponderância com 19,4% (n=197.995) e Roraima (RR) a menor com 0,2% (n=1.653), conforme exposto junto a tabela 02.

Tabela 2 - Distribuição da frequência e percentual dos registros de mortalidade de idosos por DM, por UF e sexo, no Brasil, 1996-2021 (n=1.020.672):*, **, ***

	Total	Feminino	Masculino	Ignorado
UF	f (%)****	f (%)	f (%)	f (%)
São Paulo	197.995 (19,4)	114.252 (19,3)	83.733 (19,6)	10 (5,1)
Rio de Janeiro	123.711 (12,1)	71.881 (12,1)	51.791 (12,1)	39 (19,8)
Minas Gerais	87.675 (8,6)	52.800 (8,9)	34.843 (8,1)	32 (16,2)
Bahia	76.826 (7,5)	44.972 (7,6)	31.836 (7,4)	18 (9,1)
Rio Grande do Sul	72.278 (7,1)	42.210 (7,1)	30.064 (7)	4 (2)
Pernambuco	67.847 (6,6)	40.219 (6,8)	27.613 (6,5)	15 (7,6)
Paraná	61.197 (6)	34.686 (5,9)	26.510 (6,2)	1 (0,5)
Ceará	38.034 (3,7)	22.956 (3,9)	15.070 (3,5)	8 (4,1)
Maranhão	31.573 (3,1)	17.117 (2,9)	14.450 (3,4)	6 (3)
Santa Catarina	30.566 (3)	18.375 (3,1)	12.186 (2,8)	5 (2,5)
Paraíba	28.116 (2,8)	16.900 (2,9)	11.213 (2,6)	3 (1,5)
Pará	26.462 (2,6)	14.423 (2,4)	12.039 (2,8)	-
Goiás	23.685 (2,3)	13.279 (2,2)	10.385 (2,4)	21 (10,7)

Rio Grande do Norte	22.096 (2,2)	13.158 (2,2)	8.931 (2,1)	7 (3,6)
Alagoas	21.725 (2,1)	12.648 (2,1)	9.074 (2,1)	3 (1,5)
Espírito Santo	18.205 (1,8)	10.777 (1,8)	7.422 (1,7)	6 (3)
Piauí	17.438 (1,7)	10.300 (1,7)	7.132 (1,7)	6 (3)
Sergipe	13.686 (1,3)	7.995 (1,3)	5.690 (1,3)	1 (0,5)
Mato Grosso	12.723 (1,2)	6.909 (1,2)	5.812 (1,4)	2 (1)
Amazonas	11.333 (1,1)	6.225 (1,1)	5.105 (1,2)	3 (1,5)
Mato Grosso do Sul	10.664 (1)	6.027 (1)	4.635 (1,1)	2 (1)
Distrito Federal	8.282 (0,8)	4.591 (0,8)	3.690 (0,9)	1 (0,5)
Tocantins	6.652 (0,7)	3.731 (0,6)	2.921 (0,7)	-
Rondônia	6.208 (0,6)	3.380 (0,6)	2.824 (0,7)	4 (2)
Acre	2.357 (0,2)	1.217 (0,2)	1.140 (0,3)	-
Amapá	1.685 (0,2)	890 (0,2)	795 (0,2)	-
Roraima	1.653 (0,2)	910 (0,2)	743 (0,2)	-
Total	1.020.672 (100)	592.828 (100)	427.647 (100)	197 (100)

Fonte: SIM/DATASUS/MS, 2023.

* Os autores são fiéis aos dados extraídos. ** Por conta de vários fatores, os dados extraídos podem apresentar variação(ões) ou ampliação(ões). *** Os dados foram extraídos no dia 04 de maio de 2023 às 19 horas. ****f (%): Frequência (percentual).

Também foi possível verificar que, o estado de SP pode contabilizar a maior preponderância de registros de óbitos por DM de pessoas idosas do sexo feminino, somando 19,3% (n=114.252), e também, de idosos do sexo masculino alcançando 19,6% (n=83.733), respectivamente. Na tabela 03, foi exposto o perfil socioeconômico e/ou sociodemográfico de idosos que tiveram registro de óbito por DM, sendo verificada que às maiores preponderâncias se constituíram de, 36,2% (n=369.855) possuíam de 70 a 79 anos, 51,3% (n=523.101) se declararam pertencer a cor/raça “branca”, 23,2% (n=237.279) não possuíam nenhuma escolarização, 37,9% (n=387.194) se encontravam casados, 85,1% (n=868.576) possuíam CID-10: “E14 Diabetes mellitus não especificado” e 68,2% (n=696.158) tiveram enquanto local de registro de ocorrência do seu óbito o hospital.

Tabela 3 – Distribuição da frequência e percentual dos registros de mortalidade de idosos por DM, por faixa etária, sexo, cor/raça, escolaridade, estado civil, categoria CID 10, local de ocorrência do óbito, no Brasil, 1996-2021 (n=1.020.672):*, **, ***

	Total	Feminino	Masculino	Ignorado
Faixa Etária	f (%)****	f (%)	f (%)	f (%)
70 a 79 anos	369.855 (36,2)	209.788 (35,4)	159.986 (37,4)	81 (41,1)
80 anos e mais	349.014 (34,2)	226.910 (38,3)	122.059 (28,5)	45 (22,8)
60 a 69 anos	300.865 (29,5)	155.677 (26,3)	145.132 (33,9)	56 (28,4)
Idade ignorada	938 (0,1)	453 (0,1)	470 (0,1)	15 (7,6)
Cor/raça				
Branca	523.101 (51,3)	306.201 (51,7)	216.879 (50,7)	21 (10,7)
Parda	307.520 (30,1)	174.495 (29,4)	133.011 (31,1)	14 (7,1)
Preta	81.420 (8)	47.005 (7,9)	34.408 (8)	7 (3,6)
Amarela	7.967 (0,8)	4.386 (0,7)	3.579 (0,8)	2 (1)

Indígena	1.500 (0,1)	920 (0,2)	580 (0,1)	-
Ignorado	99.164 (9,7)	59.821 (10,1)	39.190 (9,2)	153 (77,7)
Escolaridade				
Nenhuma	237.279 (23,2)	162.857 (27,5)	74.405 (17,4)	17 (8,6)
1 a 3 anos	234.624 (23)	133.325 (22,5)	101.289 (23,7)	10 (5,1)
4 a 7 anos	154.210 (15,1)	81.197 (13,7)	73.006 (17,1)	7 (3,6)
8 a 11 anos	69.779 (6,8)	31.455 (5,3)	38.322 (9)	2 (1)
12 anos e mais	30.675 (3)	11.481 (1,9)	19.192 (4,5)	2 (1)
1 a 8 anos	2.386 (0,2)	1.348 (0,2)	1.038 (0,2)	-
9 a 11 anos	2.153 (0,2)	968 (0,2)	1.183 (0,3)	2 (1)
Ignorado	289.566 (28,4)	170.197 (28,7)	119.212 (27,9)	157 (79,7)
Estado civil				
Casado	387.194 (37,9)	153.282 (25,9)	233.857 (54,7)	55 (27,9)
Viúvo	354.558 (34)	279.244 (47,1)	75.269 (17,6)	45 (22,8)
Solteiro	149.142 (14,6)	93.202 (15,7)	55.921 (13,1)	19 (9,6)
Separado judicialmente	42.734 (4,2)	19.660 (3,3)	23.072 (5,4)	2 (1)
Outro	14.072 (1,4)	5.106 (0,9)	8.963 (2,1)	3 (1,5)
Ignorado	72.972 (7,1)	42.334 (7,1)	30.565 (7,1)	73 (37,1)
Categoria CID-10				
E14*****	868.576 (85,1)	506.039 (85,4)	362.358 (84,7)	179 (90,9)
E11*****	100.783 (9,9)	57.870 (9,8)	42.903 (10)	10 (5,1)
E10*****	43.406 (4,3)	24.650 (4,2)	18.750 (4,4)	6 (3)
E12*****	5.270 (0,5)	2.777 (0,5)	2.491 (0,6)	2 (1)
E13*****	2.637 (0,3)	1.492 (0,3)	1.145 (0,3)	-
Local ocorrência				
Hospital	696.158 (68,2)	407.893 (68,8)	288.115 (67,4)	150 (76,1)
Domicílio	251.613 (24,7)	143.071 (24,1)	108.510 (25,4)	32 (16,2)
Outra instituição de saúde	47.789 (4,7)	27.794 (4,7)	19.992 (4,7)	3 (1,5)
Outros	16.497 (1,6)	9.499 (1,6)	6.995 (1,6)	3 (1,5)
Via pública	5.903 (0,6)	2.961 (0,5)	2.941 (0,7)	1 (0,5)
Ignorado	2.712 (0,3)	1.610 (0,3)	1.094 (0,3)	8 (4,1)
Total	1.020.672 (100)	592.828 (100)	427.647 (100)	197 (100)

Fonte: SIM/DATASUS/MS, 2023.

* Os autores são fiéis aos dados extraídos. ** Por conta de vários fatores, os dados extraídos podem apresentar variação(ões) ou ampliação(ões). *** Os dados foram extraídos no dia 04 de maio de 2023 às 19 horas. **** f (%): Frequência (percentual); *****E14: Diabetes mellitus não especificado; *****E11: Diabetes mellitus não-insulino-dependente; *****E10: Diabetes mellitus insulino-dependente; *****E12: Diabetes mellitus relacionada com a desnutrição; *****E13: Outros tipos específicos de diabetes mellitus.

Discussão

No que se refere ao aumento na frequência de registros de casos de óbito de idosos por DM no recorte geográfico e histórico analisados, foi identificada correlação com o que é defendido junto à literatura científica, quando é exposto que, esta enfermidade é considerada uma complexa DCNT, de importante

relevância, além de ser reconhecida enquanto um problema de saúde pública emergente em todo o país e no mundo.^{1,2,3,4,11} Desta forma, é defendido por vários pesquisadores que, devido a sua magnitude, o DM é responsável por elevados riscos de morbidade e mortalidade, devido às suas inúmeras complicações relacionadas direta e indiretamente à saúde das pessoas que a desenvolvem, e que são pertencentes às várias faixas etárias e estratos sociais.^{1,2,3,4,11}

Desta forma, o Brasil é considerado o quinto (5º) maior país do mundo, possuindo uma grande população de aproximadamente 210 milhões de habitantes, se tornando o sexto (6º) país mais populoso globalmente, sendo que na atualidade, ele apresenta um cenário epidemiológico com importante predominância de DCNT, responsável por elevados níveis e de frequências de mortalidade.¹² Nesse contexto analítico e, acordo com a IDF, o Brasil ocupou a quarta (4ª) posição entre os países com o maior número de pessoas com DM no mundo, havendo cerca de 11,9 milhões habitantes com este diagnóstico no ano de 2013.¹²

Devido sua importante magnitude na nação brasileira, se faz necessário serem incentivados mais estudos e pesquisas, que permitam um maior aprofundamento sobre os impactos dessa doença em todo o Brasil.^{3,11,12} Ainda, no que se refere ao aumento da frequência do quantitativo de registros de óbito pelo DM, é defendido que, por conta de vários fatores, como por exemplo a transição epidemiológica, a transição etária e a nutricional, a presença de complicações e de sua mortalidade, sendo verificadas em várias nações, como por exemplo, no Brasil.^{3,11,12,13,14}

Nesse contexto e, por conta, da transição nutricional, e possível verificar o surgimento de fenômenos como a má-alimentação, e também, às alterações na estrutura da dieta, que são caracterizadas pela coexistência de deficiências nutricionais, interligadas a uma elevada prevalência de excesso de peso, obesidade e ainda, distúrbios metabólicos crônicos.^{12,13,14,15} Desta forma, existe a necessidade de substituição dos alimentos, classificados enquanto “*in natura*”, que são ricos em fibras, em vitaminas, em proteínas e em sais minerais, por conta do consumo diário de produtos processados e ultraprocessados, que normalmente são ricos em gorduras e em açúcares.^{12,13,14,15}

Este perfil alimentar, associado ao sedentarismo, e também, ao excesso de peso, compõem um dos principais fatores etiológicos, do desencadeamento ou ainda, da piora de pacientes com diagnóstico de DM, e de suas inúmeras complicações associadas.^{14,15} Pesquisas demonstram também, no que se refere a relação existente do DM com a alimentação, enquanto fator perigoso ao organismo da QV que, a cada dez (10) brasileiros, aproximadamente quatro (04) deles consomem frequentemente alimentos com excesso de gordura e, desta forma, o consumo de alimentos ricos em açúcar, se mostrou menos frequente, pois, a cada 10 brasileiros, entre 02 a 03, referem ainda, consumir bebidas gaseificadas, como no caso, refrigerantes, suco artificial e doces.^{13,15}

Por outro lado, e conforme apontado pela OMS, o problema do sobrepeso, da obesidade e da obesidade mórbida no Brasil, estão entre os principais fatores de risco e de mortalidade, responsáveis pelo aumento no desenvolvimento das DCNT, como é o caso do DM.^{13,14,15} Nesse contexto analítico, aproximadamente 80 a 90% das pessoas e idosos acometidos pelo DM, possuem sobrepeso,

obesidade ou obesidade mórbida, sendo ela uma comorbidade relacionada e que, piora o estado geral do paciente e redução de sua QV.^{13,14,15}

Já em relação a questão da região sudeste (SE) contabilizar a maior preponderância de registros de casos de DM no recorte histórico e geográfico analisados, foi identificada a maior prevalência da mesma, quando comparada com as outras regiões componentes do Brasil.^{5,13,15} Conforme apontado pela SBD no ano de 2013, a cada cem (100) mil habitantes, 12,8% apresentaram o DM e, além disso, foi possível constatar que cerca de dez (10) milhões pessoas residentes na região SE, foram diagnosticadas com esta DCNT.^{5,13,15}

Em decorrência de vários fatores, como por exemplo, a maior preponderância de instituições de saúde sediadas na região SE, além do maior quantitativo de profissionais de saúde, esta região possui maior frequência de registros de casos de DM, quando comparada com outras.^{5,16} Num estudo que analisou esta DCNT no estado de Minas Gerais (MG), sabidamente pertencente a região SE, mais de 36 mil pessoas que tiveram diagnóstico de DM2 no ano de 2017, e destes, aproximadamente cinco mil (5.000), desencadearam algum tipo de lesão secundária em sua decorrência, prevalecendo o maior quantitativo entre aqueles que possuíam faixa etária entre 40 e 59 anos do total de casos.^{5,16}

Já em relação a maior preponderância de registros de mortalidade de idosos por DM no estado de São Paulo (SP), também foi identificada correlação com o que é defendido pela literatura científica, quando é sustentado que esta UF, apresenta o maior quantitativo de instituições hospitalares, o maior quantitativo de profissionais de saúde e, o maior quantitativo de registros de óbitos.^{16,17,18} Desta forma e, conforme alguns pesquisadores, no ano de 2019 cerca de 11.399 mortes pelo DM foram computadas, correspondendo a aproximadamente 25,7% dos óbitos a cada 100 mil habitantes.^{16,17,18}

De acordo com o Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia (IBGE), a cidade de SP é a maior do Brasil, sendo que, no ano de 2021 a sua população era de aproximadamente 12,3 milhões de habitantes e, diante desse elevado quantitativo populacional, essa importante megalópole brasileira, se constitui enquanto aquela com elevada prevalência e preponderância pelo DM.^{16,17} Assim, um dos principais fatores, é o estilo de vida da população, pelo fato das pessoas possuírem um ritmo de vida considerado “acelerado” e, por se tratar de uma das maiores metrópoles do mundo, além de possuir uma alta densidade populacional.^{16,17,18,19}

Isso pode influenciar um estilo de vida classificado enquanto sedentário e, a uma dieta pouco saudável, com risco iminente a aquisição de sobrepeso e da obesidade, que são importantes fatores de risco para o desenvolvimento do DM, além contribuírem para a forma grave da doença e, de maior possibilidade de mortalidade.^{17,18,19}

Nesse contexto analítico, a cidade de SP possui uma rede extensa de unidades de saúde que fazem parte do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo unidade básica de saúde (UBS), ambulatórios, hospitais de pequeno e grande porte, como também, unidades de pronto atendimento (UPAs).^{18,19} Além disso, a referida UF possui diversas redes hospitalares, classificadas enquanto privadas e, a partir disso, é entendido que o acesso à saúde se torna amplo, além existir um grande quantitativos de profissionais médicos, aptos à diagnosticarem pacientes com DM, DCNT e outras enfermidades, e ainda, enfermeiros que

prestam assistência e cuidados à pessoas frente estas enfermidades e suas comorbidades.^{16,17,18,19}

Nessas circunstâncias e, conforme defendido por alguns pesquisadores, o município de Ribeirão Preto (RP), uma das maiores cidades do estado de SP, entre os anos de 2010 a 2014, registrou total de 583 óbitos por DM.¹⁹ Já em relação a maior frequência de registros de óbito de pessoas idosas do sexo feminino pelo DM, foi identificada relação com o que se encontra sustentado junto a literatura científica, quando é defendido que, por conta das mulheres possuírem normalmente, maior longevidade que as pessoas do sexo masculino.¹⁹

Nesse sentido e, por conta das pessoas do sexo feminino possuírem maior longevidade que os do sexo masculino, a possibilidade de desenvolverem DCNT como é o caso do DM é maior, conforme sustentado por alguns pesquisadores.^{14,19} Desta forma, e segundo alguns especialistas no assunto, o fenômeno da má alimentação, foi mais prevalente em pessoas do sexo masculino, por conta de inúmeros fatores diretamente relacionados.^{14,19}

Nesse contexto analítico, a SBD apontou em seu importante relatório que, entre os anos de 2012 a 2016 no Brasil, foram registrados aproximadamente 55,4% (n=162.743) óbitos pelo DM em pessoas do sexo feminino e, 44,9% (n=131.898) de pessoas do sexo masculino, apontando para a complexidade e a magnitude desta DCNT incurável.^{5,14} Por outro lado, no Brasil entre os anos 2002 e 2003, o quantitativo de DM atribuível ao excesso de peso foi de aproximadamente 61,8% em pessoas do sexo feminino e de 52,8% em pessoas do sexo masculino, respectivamente.^{5,14}

No que se refere a maior preponderância de registros de óbito em idosos com 70 a 79 anos por DM, foi identificada correlação com a literatura científica, estando este fenômeno relacionado ao fato de que, às taxas de mortalidade apresentaram crescimento contínuo com o avançar da idade.^{5,20} Nesse contexto, a SBD e alguns especialistas apontam que, a mortalidade de pessoas idosas pelo DM, enquanto DCNT complexa, é destacada enquanto problema de saúde pública, identificada mais facilmente em pessoas pertencente a faixa etária superior a sessenta (60) anos.^{5,20}

Em pessoas idosas com diagnóstico de DM, mais facilmente é verificada à possibilidade de desenvolvimento de complicações à longo prazo, sendo que às mesmas, são causas importantes de mortalidade, em decorrência de lesões de órgãos-alvo, comprometendo também, às funções e a eficácia de determinadas estruturas corporais.^{7,16,21} Desta forma e, dentre às principais complicações geradas, são apontadas aquelas geradas junto aos olhos, que podem causar prejuízo na acuidade visual, nos rins, podendo causar a insuficiência renal crônica (IRC) e nos nervos, que podem contribuir a uma neuropatia diabética.^{7,16,21}

Ainda nesse contexto de complicações emanadas pelo DM, podem ser citadas aquelas junto ao coração e aos vasos sanguíneos, que também podem ser acometidos por lesão(ões) vascular(es), sendo os mais comuns o infarto agudo do miocárdio (IAM), o acidente vascular encefálico (AVE) e a aterosclerose.^{7,16,21} Desta forma e, no caso do IAM, ele pode atingir aproximadamente 2,9% dos pacientes com diagnóstico de DM, gerando cerca de 1.087 casos no total e, o AVE acometeu 2,4% do equivalente a 892 casos deste episódio, apontando para os riscos relacionados a estas complexas condições clínicas.^{7,16,21}

Por outro lado, pesquisas recentes puderam demonstrar que, em aproximadamente quinze (15) anos após o surgimento DM2, juntamente com o descontrole dos padrões glicêmicos, cerca de 2% das pessoas acometidas apresentarão cegueira e, de 30 a 45%, algum grau de retinopatia diabética.^{16,21} Nesse contexto e, em decorrência das complicações emanadas pelo DM, principalmente em idosos, aproximadamente de 10 a 20% destes pacientes, tendem a apresentar nefropatia, 20 a 35% terão neuropatias e de 10 a 25% alguma outra complicação do tipo cardiovascular.^{16,21}

Ainda em relação a faixa etária relacionada a mortalidade pelo DM em idosos, é exposto junto a literatura científica que, nesse extrato social, alguns fatores se encontram mais facilmente relacionados, como por exemplo, o sedentarismo, o sobrepeso, a obesidade, a dificuldade ou ausência na realização de exercícios físicos, dentre muitos outros.^{20,22,23} Já no que se refere a maior preponderância da mortalidade de idosos de cor/raça branca pelo DM, foi identificada relação com a literatura científica, quando é defendido pelo IBGE, o maior quantitativo desta população no Brasil.^{5,20}

Para a SBD, no que se refere a categoria cor/raça de pessoas idosas com diagnóstico de DM, em brancos e amarelos foram contabilizados aproximadamente 49,56% e, em negros e pardos, cerca de 45,22%.^{5,20} Já no que se refere a categoria escolarização de pessoas idosas que tiveram registro de óbito pelo DM, também foi identificada relação com o que é sustentado pela literatura científica, quando é defendido que, por conta inclusive de questões históricas e, da fragilidade do sistema educacional nacional no passado, este referido extrato social, normalmente possui reduzida escolarização.^{3,20,21,23}

A questão da reduzida escolarização de pessoas idosas com diagnóstico de DM, é também apontada pela SBD que, sinaliza o quantitativo de aproximadamente 78,52% destas pessoas, que estudaram até a idade maior que doze (12) anos.^{3,5,21,23} Já no que se refere ao estado civil das pessoas idosas que tiveram registro de óbito pelo DM, foi identificada relação com o que se encontra exposto junto a literatura científica, quando é defendido que a maior preponderância declarou se encontrarem casadas(os).^{3,5,20,21,23}

Nesse contexto, a SBD apontou em seu relatório que, em relação a categoria estado civil, aproximadamente 36,32% dos pacientes analisados, declararam se encontrarem casados e 18,29% estavam solteiros, corroborando com outras pesquisas existentes.^{5,20,21} Ainda em relação ao aumento na frequência de pessoas idosas que vieram a óbito pelo DM, pesquisas relacionam essas pessoas que possuem hábitos alimentares de reduzida qualidade, ao sobrepeso ou a obesidade, associando esses fatores ao comportamento sedentário, que contribui negativamente com essa DCNT.^{19,23,24,25}

Nesse contexto reflexivo, no Brasil desde o ano de 2002, às taxas relacionadas ao sedentarismo, aumentaram segundo alguns pesquisadores, em mais de 15% e, dados do ano de 2016, indicam que mais de 47% dos brasileiros são classificados enquanto sedentários.^{19,23,24,25} Por outro lado, o etilismo também é considerado um hábito muito prejudicial à saúde, e também, um fator de risco para diversas complicações de saúde, sendo que, aproximadamente 5,1% da carga mundial de doenças e de lesões no organismo, são atribuídas ao consumo de álcool etílico.^{3,19,22,24,25}

Nesse contexto, às bebidas alcoólicas, quando são consumidas por pessoas com diagnóstico de DM, podem causar o surgimento de hiperglicemia, devido às elevadas quantidades de carboidratos e de calorias presentes que, como consequência, elevam os níveis glicêmicos no organismo humano.^{22,23,24,25} Já em relação ao tabagismo, também pode ser considerado um importante fator de risco para o desenvolvimento de complicações pelo DM, sendo que estudos indicam que o tabaco, pode aumentar os níveis de gordura abdominal, além de reduzir a sensibilidade insulínica e ainda, elevar as concentrações glicêmicas, ampliando às complicações quando associada ao etilismo.^{22,24,25}

Para a OMS, no ano de 2010, aproximadamente 18% da população brasileira era fumante, estimando cerca de 22% eram homens e 13% mulheres.^{22,23,25} Nesse contexto, a cidade de Porto Alegre (RS), é considerada na atualidade, a capital com a maior prevalência de fumantes em todo o Brasil, registrando cerca de 18,2%, sendo que as mulheres fumam mais do que os homens.^{22,23,25}

Um outro fator relacionado ao aumento na frequência do quantitativo de idosos que vieram à óbito pelo DM nos últimos anos, foi o fenômeno pandêmico do vírus do COVID-19, identificado em pacientes portadores de DM2, pela questão destes, demonstrarem maior vulnerabilidade a este agente viral, além da questão de sua faixa etária, processo de envelhecimento e outras enfermidades existentes.^{25,26,27,28} Nesse contexto histórico, houve agravos e sequelas significativas a esses pacientes, sobretudo com diagnóstico de DM e descompensados(as), sendo que uma outra explicação para esse fenômeno foi, às próprias condições verificadas no contexto pandêmico do COVID-19 e suas variantes, que potencializam, por conta do isolamento e do distanciamento social, e mudança nos hábitos alimentares, que facilitavam o surgimento da hiperglicemia, causando descontrole metabólico, e também, de hiperinflamação no organismo, agravando o seu prognóstico.^{25,26,27,28}

Em um estudo recente, foi evidenciado que no Brasil, a prevalência de DM e da COVID-19 registraram aproximadamente 46,9%, levando em consideração que a prevalência de óbitos entre os casos hospitalizados de COVID-19, em pacientes portadores de DM foi de 15% maior, quando comparada à prevalência dos casos hospitalizados pelo COVID-19 sem DM.^{26,27,28} Nesse contexto e, por conta da pandemia da COVID-19, foi necessário o desenvolvimento de medidas restritivas e de distanciamento social em todo o país, sendo que, a referida ação implementada, objetivou controlar a propagação deste vírus pandêmico e de suas inúmeras variantes.^{27,28,28}

Diante deste fato, o distanciamento social contribuiu significativamente para alterações do estilo de vida das pessoas com diagnóstico de DM, como por exemplo, no comportamento alimentar inadequado e na inatividade física, que potencializou o ganho de peso, e ampliação dos casos de sobrepeso e de obesidade.^{26,27,28} Nesse contexto, outro fator importante e que contribuiu para o processo de ganho de peso entre às pessoas pertencentes aos vários estratos sociais, em especial, aquelas com DM, foi o que diz respeito aos impactos gerados junto à saúde mental da população, enquanto importante causador de estresse, de ansiedade, de complicações psicológicas e também, de depressão.^{26,27,28}

Destá forma e, por conta da pandemia do COVID-19 e de todos esses fenômenos associados, também foi verificado na sociedade, o aumento do

consumo de alimentos com elevado teor de gordura, açúcar e de calorias em altas quantidades, caracterizando este enquanto um comportamento alimentar inadequado e perigoso para pessoas com diagnóstico de DCNT, de DM, dentre outros.^{26,27,28} Assim, é entendido que, por conta da pandemia da COVID-19, e de seus efeitos em toda a sociedade, é possível entender ainda, os inúmeros impactos negativos, na forma do aumento de diagnósticos de novos casos de DM, relacionados ao perigoso estilo de vida, durante o período de isolamento social.^{26,27,28}

Além disso, a pandemia do COVID-19 contribuiu para o aumento no quantitativo de desenvolvimento do DM e de suas complicações, em decorrência de vários fatores, elevando o risco de ampliação da morbidade e da mortalidade nesses pacientes.^{26,28} Nesse contexto, é importante apontar também, a importância dos serviços de Atenção Básica em Saúde (ABS), gerenciados pelo SUS, no desenvolvimento de ações, estratégias e importantes iniciativas, para o tratamento eficiente e eficaz das pessoas com o diagnóstico do DM e de suas comorbidades associadas.^{7,28,29}

Desta forma, ações de promoção à saúde, educação em saúde, comunicação em saúde, prevenção às doenças, além da disponibilização de medicamentos e cuidados especializados, permitiram a melhor manutenção à saúde da população, se constituindo enquanto um dos grandes desafios das instituições políticas e da sociedade, devido ao grande quantitativo de pessoas acometidas pelo DM e por suas complicações.^{7,26,28,29}

Nesse contexto, é apontado que existem pessoas que optam por tratamento por conta própria, com a utilização de outras medicações, nas quais às mesmas, não são fornecidas pelo governo, causando uma importante carga financeira para a própria pessoa acometida pelo DM, como também para a sua família, em decorrência dos gastos gerados pela utilização de medicamentos antidiabéticos orais e ainda, de insulina.^{30,31} Enquanto exemplo e, conforme proposto pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), um medicamento de alto custo e, que não é ofertado em sistema público de saúde, sendo prescrito por alguns profissionais médicos objetivando realizar o controle do DM2 é o Wegovy®, mais conhecido enquanto Ozempic®.^{30,31}

O Ozempic®, que possui enquanto princípio a Semaglutida (C₁₈₇H₂₉₁N₄₅O₅₉), se mostrou eficaz para o processo de redução da glicose sanguínea em adultos com diagnóstico de DM, pois, ela possui um mecanismo que estimula a secreção de insulina, e também, diminui a eliminação de glucagon, somente quando a glicose estiver elevada.^{30,31} Além disso, este medicamento se mostrou eficaz na perda de peso, pois, ele controla o apetite, e regula o nível de saciedade da pessoa, sendo que, este medicamento apresenta elevado custo para o seu consumidor, não sendo ofertado em sistema público de saúde.^{30,31}

No que se refere a maior preponderância de registros de óbito de idosos por DM, foi identificada correlação com o que se encontra exposto junto a literatura científica, quando é defendida a elevada necessidade de tratamento e hospitalização de pessoas e idosos com esta enfermidade.^{5,30,31} Nesse contexto, o DM se constitui enquanto um importante problema de saúde pública, devido a mesma causar outras doenças, e também, o óbito, demandando elevada

necessidade de hospitalização e de cuidados, gerando ainda, invalidez precoce, deterioração da QV e da saúde.^{5,30,31}

Por outro lado, existe correlação do DM quanto ao local de ocorrência de óbito no Brasil, pois, entre os anos de 2012 a 2016, aproximadamente 67,77% da mortalidade, ocorreu em âmbito hospitalar e, cerca de 24,13% no domiciliar.^{5,30,31,32} Desta forma, no ano de 2018, houve aproximadamente 1.800 internações por causas associadas ao DM, a HAS e à obesidade, correspondendo a cerca de 16% do total de internações hospitalares junto ao SUS.^{5,30,31,32}

Nesse contexto analítico, relacionado a gestão financeira, **no ano de 2018 no Brasil**, houve o gasto de aproximadamente R\$ 2.31 bilhões de reais no tratamento medicamentoso para o combate e controle a HAS e ao DM, representando uma importante carga financeira para o SUS.^{4,31,32} Já para outros pesquisadores, foram contabilizados enquanto custos desta enfermidade aproximadamente R\$ 3.45 bilhões de reais, levando em consideração, os gastos do SUS com hospitalizações, procedimentos ambulatoriais e medicamentos, relacionados ao tratamento destes pacientes.^{4,31,32}

De acordo com a IDF, houve aumento considerável nos gastos globais relacionados ao DM, sendo que no ano de 2007, foi estimado um gasto mundial de aproximadamente \$ 232 bilhões de dólares, para \$ 966 bilhões de dólares em 2021, para adultos pertencentes a faixa etária de 20 a 79 anos.^{4,30,31,32} Desta forma, e ainda segundo a IDF e alguns pesquisadores, é esperado que os custos diretos relacionados ao combate e ao controle do DM, continuem a crescer anualmente, sendo estimado que o quantitativo total, relacionado a esta complexa DCNT, chegará a patamares de aproximadamente \$ 1.05 trilhões de dólares até o ano de 2045.^{4,30,31,32}

Conclusão

Foi verificado aumento na frequência de registros de casos de óbito de idosos pelo DM no recorte geográfico e histórico analisados, sendo possível verificar que a maior preponderância se constituiu de 41,9% (n= 427.586) que eram da região Sudeste (SE), 19,4% (n=197.995) eram do estado de São Paulo (SP), 85,1% (n=868.576) dos óbitos foram por DM não especificada (CID10: E14), 36,2% (n=369.855) possuíam de 70 a 79 anos, 51,3% (n= 523.101) eram de cor/raça "branca", 23,2% (n=237.279) não possuíam "nenhuma" escolarização, 37,9% (n=387.194) eram casadas(os), 68,2% (n=696.158) tiveram registro de óbito no ambiente hospitalar. Nesse sentido, é possível entender que os objetivos traçados no presente estudo foram alcançados integralmente, apesar do mesmo possuir algumas imitações.

Por meio da presente pesquisa, também foi possível verificar a complexidade do DM em pessoas idosas, bem como, o elevado quantitativo de complicações relacionadas, além do custo de sua manutenção no que se refere a utilização de medicamentos, na realização de exames cotidianos, além do seu impacto junto ao paciente, aos familiares e aos sistemas de saúde municipais, estaduais e nacional. Desta forma, às pessoas idosas com diagnóstico de DM, os seus familiares, os profissionais de saúde, os pesquisadores e as instâncias sociais e políticas, devem somar e multiplicar seus esforços, objetivando repensarem

estratégias, para a redução dos impactos desta enfermidade e de sua mortalidade.

A realização de outros estudos e pesquisas, que versem sobre o combate à mortalidade de idosos por DM, de novas formas de prevenção, às comorbidades e complicações relacionadas, também devem ser incentivados, objetivando ampliar as capacidades e potencialidades do cuidado, às pessoas com diagnóstico desta DCNT. O apoio aos serviços de saúde, aos profissionais e dos processos desenvolvidos pelas instituições componentes da ABS, em todos os seus níveis de atuação, deve ser implementado, objetivando permitir o diagnóstico precoce do DM, das DCNT e das comorbidades relacionadas, facilitando o controle destes complexos e onerosos problemas de saúde pública.

Apesar dos esforços implementados, no sentido de desenvolvimento de novos medicamentos para o tratamento e controle ao DM e de suas complicações relacionadas, o valor financeiro para sua aquisição ainda é muito elevado para um grande quantitativo de pacientes, sendo necessária a intervenção da sociedade civil e das instâncias políticas nacionais e internacionais, objetivando facilitar o seu acesso e consumo de forma mais facilitada e igualitária.

Agradecimento

Esse trabalho foi financiado pelos próprios autores.

Referências

01. American Diabetes Association. Publications. Diabetes care. Standards of medical care in diabetes. 2022.45(Suppl.1). Disponível em: [https://diabetesjournals.org/care/issue/45/Supplement_1]. Acesso em: 14 jun. 2023.
02. Francisco PMSB, *et al.* Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. Cad. Saúde Pública. 2010;26(1):175-184. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000100018>.
03. Costa GM da, Shimizu HE, Sanchez MN. Elderly Mortality due to Ambulatory Care Sensitive Conditions and Primary Health Care Coverage in the Federal District. Rev Bras Enferm. 2023;76(1):e20220170. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0170>.
04. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 537 millions people worldwide have diabetes. 10th edition. 2021. 141p. Available in: [https://diabetesatlas.org/idfawp/resourcefiles/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf]. Access at: 12 mar. 2023.
05. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. São Paulo: Clannad Editora. 2019, 491p. Disponível em: [<https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-de-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf>]. Acesso em: 13 mar. 2023.
06. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030. Brasília: Ministério da Saúde. 2021. 118p. Disponível em: [

https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-chronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf]. Acesso em: 23 mar. 2023.

07. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. n.º 16. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus_cab16.pdf]. Acesso em: 13 mar. 2023.

08. Dias JRP, *et al.* Análise do perfil clínico-epidemiológico dos idosos portadores de hipertensão arterial sistêmica nas microáreas 4, 6 e 7 da USF Tenoné. Braz. J. Hea. Re. 2019;2(1):2-41. Disponível em: [<https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/view/837/718>]. Acesso em: 12 mar. 2023.

09. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. ([Redação dada pela Lei nº 14.423, de 2022](#)). Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm]. Acesso em: 24 maio 2023.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Manual de procedimento do Sistema de Informação sobre Mortalidade. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. 2001. 36p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sis_mortalidade.pdf]. Acesso em: 24 maio 2023.

11. Costa AF, Flor LS, Campos MR, Oliveira AF de, Costa M de F dos S, Silva RS da, Lobato LC da P, Schramm JM de A. Carga do diabetes mellitus tipo 2 no Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2017;33(2):e00197915. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00197915>.

12. Wehrmeister FC, Wendt AT, Sardinha LMV. Inequalities and chronic non-communicable diseases in Brazil. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2022;31(N.Esp.1):p.e20211065. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/ss2237-96222022000>

13. Claro RM, *et al.* Consumo de alimentos não saudáveis relacionados a doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Epidemiol. Serv. Saúde. 2015;24(2):257-265. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200008>.

14. Oliveira AF, Valente JG, Leite IC. Fração da carga global do diabetes mellitus atribuível ao excesso de peso e à obesidade no Brasil. Rev. Panam. Salud Publica. 2010;27(5):338-344. Disponível em: [<https://scielosp.org/article/rpsp/2010.v27n5/338-344/pt/#ModalArticles>]. Acesso em: 15 jun 2023.

15. Sartorelli DS, Franco LJ. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. Cad. Saúde Pública. 2003;19(Suppl.1): S29-S36. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000700004>.

16. Nunes FM, *et al.* Prevalência de lesões em órgãos-alvo em diabéticos tipo 2. Rev. Soc. Bras. Clin. Med. 2019;17(2):85-92. Disponível em: [<https://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/view/613/364>]. Acesso em: 15 jun 2023.

17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil. São Paulo. Panorama: 2021. Disponível em: [<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-paulo/panorama>]. Acesso em: 14 jun. 2023.
18. Klinger M, *et al.* Diabetes mellitus e recomendações frente a Covid-19. BEPA; 2020.17(202):49-54. Disponível em: [<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/1140209/1720249-54.pdf>]. Acesso em: 14 jun. 2023.
19. Lima RAD, *et al.* Mortalidade por diabetes mellitus em um município do estado de São Paulo, 2010 a 2014. Rev. Saúde Pública. 2019;53(24):1-9. DOI: [10.11606/S1518-8787.2019053000561](https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000561).
20. Coeli CM, *et al.* Mortalidade em idosos por diabetes mellitus como causa básica e associada. Rev. Saúde Pública. 2002;36(2):135-140. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102002000200003>.
21. Santos RLB. Diabetes mellitus e sedentarismo: reflexos na qualidade de vida. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016. 122 f. Disponível em: [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/24821/ve_Ranaila_Lima_ENSP_2016.pdf?sequence=2&isAllowed=y]. Acesso em: 5 maio 2023.
22. Muzy J, *et al.* Prevalência de diabetes mellitus e suas complicações e caracterização das lacunas na atenção à saúde a partir da triangulação de pesquisas. Cadernos de Saúde Pública. 2021;37(5):e00076120. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00076120>.
23. Guthold R *et al.* Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. Lancet Glob Health. 2018;6(10):e1077-e1086. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30357-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30357-7).
24. Organização Pan-Americana da Saúde. Início. Tópicos. Álcool. Disponível em: [<https://www.paho.org/pt/topicos/alcool>]. Acesso em: 08 maio 2023.
25. Lyra R. Prevenção do diabetes mellitus tipo 2. Arq Bras Endocrinol Metab. 2003;50(2):239-249. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0004-27302006000200010>.
26. Garces TS, *et al.* Diabetes como um fator associado ao óbito hospitalar por COVID-19 no Brasil, 2020. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2022;31(1): e2021869. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742022000100021>.
27. Oliveira P, *et al.* COVID-19 e diabetes mellitus: o impacto de duas pandemias. Acta Medica Portuguesa. 2022;35(12):925-926. DOI: <https://doi.org/10.20344/amp.16758>.
28. Polo TCF, *et al.* Impacto da pandemia (COVID-19) no comportamento alimentar e rotina de atividade física, no Brasil: um inquérito baseado na internet. SALUSVITA. 2021;40(2):11-24. Disponível em: [<https://revistas.unisagrado.edu.br/index.php/salusvita/article/download/184/126/423>]. Acesso em: 15 jun. 2023.

29. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Texto para discussão: Evolução do gasto com medicamentos do Sistema Único de Saúde no período de 2010 a 2016. Brasília: Rio de Janeiro: IPEA. 2018.46p. Disponível em: [<https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8250/1/TD2356.pdf>]. Acesso em: 13 mar. 2023.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assuntos. Medicamentos. Novos medicamentos e indicações. Wegovy (semaglutida). Disponível em: [<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/novos-medicamentos-e-indicacoes/wegovy-semaglutida>]. Acesso em: 15 jun. 2023.
31. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. São Paulo: Clannad, 2017. 383p. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4925460/mod_resource/content/1/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf]. Acesso em: 15 jun 2023.
32. Nilson EAF. *et al.* Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. Rev. Panam. Salud Publica. 2020.44:e32. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.32>.

Autor de Correspondência

Lincoln Agudo Oliveira Benito
SEPN 707/907, Via W 5 Norte, Campus
Universitário. CEP: 70790-075. Asa Norte.
Brasília, Distrito Federal, Brasil.
lincolnbenito@yahoo.com.br

As Políticas de Saúde no Saber do Usuário do SUS

Health Policies in the Knowledge of SUS Users

Políticas de Salud en el Conocimiento de Los Usuarios del SUS

Andressa Gabriele Liberal Gonçalves Martins¹, Ronnys Miranda Martins², Ana Laura Gomes Alcantara³, Edmon Martins Pereira⁴, Diogo Nogueira Batista⁵, Joanna Lima Costa⁶, Carlos Magno Oliveira da Silva⁷, Caio César Medeiros da Silva⁸

Como citar: Martins AGL, Martins RM, Alcantara ALG, Pereira EM, Batista DN, Costa JL, et al. As Políticas de Saúde no Saber do Usuário do SUS. *REVISA*. 2023; 12(3): 602-10. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n3.p602a610>

REVISA

1. Ânima Centro Hospitalar. Anápolis, Goiás, Brasil.
<https://orcid.org/0009-0006-9117-3303>

2. Ânima Centro Hospitalar. Anápolis, Goiás, Brasil.
<https://orcid.org/0009-0004-8852-8658>

3. Hospital Estadual de Anápolis Dr. Henrique Santillo. Anápolis, Goiás, Brasil.
<https://orcid.org/0009-0000-7136-5427>

4. Conselho Regional de Enfermagem. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0009-0007-2800-4483>

5. Universidade Católica de Brasília. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-3536-072X>

6. Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0009-0004-8847-707X>

7. Secretaria de Saúde. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0009-0007-1875-6542>

8. Faculdade Metropolitana de Anápolis. Anápolis, Goiás, Brasil.
<https://orcid.org/0009-0007-6631-7747>

Recebido: 13/04/2023
Aprovado: 28/06/2023

RESUMO

Objetivo: analisar o perfil e o conhecimento dos usuários do SUS a respeito das políticas de saúde implementadas na Atenção Básica na cidade de Anápolis-Go. Para tal análise, é necessário entender todo o contexto da saúde brasileira desde o princípio da colônia e transição para império e república, pois por se tratar de uma política pública entender o contexto econômico e político na época de implementação do SUS é de grande valia. **Método:** estudo de abordagem quantitativa e a coleta de dados se deu por meio de roteiro de entrevista com perguntas fechadas e os resultados surgiram por meio de uma análise estatística descritiva com a apresentação dos dados por meio de gráficos. **Resultados:** foi possível conhecer o perfil dos usuários do SUS e notar uma divergência entre o saber do usuários em relação às políticas de saúde, sendo a ESF pouco conhecida entre os usuários da mesma, não conseguindo distinguir seu significado e representação dentro das Unidades Básicas de Saúde, assim como demonstraram conhecer os Programas da ESF quase que em sua totalidade, onde a deficiência no conhecimento se dá ao nome específico do programa mas discernindo suas atividades e locais de referência para atendimento. **Conclusão:** certifica-se a importância de tais estudos na área para aprimoramento do processo de assistência na Atenção Básica, evidenciando os principais desafios a serem superados por parte dos profissionais atuantes no serviço e pelo gestores dos mesmo para a implementação efetiva de um cuidado de qualidade. **Descritores:** Usuários do SUS; Sistema Único de Saúde; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Objective: to analyze the profile and knowledge of SUS (Brazil's Unified Health System) users regarding the health policies implemented in Primary Care in the city of Anápolis, Goiás. To achieve this analysis, it is necessary to understand the entire context of Brazilian healthcare from the colonial period to the transition to the imperial and republican eras. Since this involves a public policy, comprehending the economic and political context during the implementation of SUS is of great value. **Method:** it was a quantitative approach, and data collection was carried out through an interview script with closed-ended questions. The results emerged from descriptive statistical analysis, presented through graphs. **Results:** it was possible to understand the profile of SUS users and observe a divergence between their knowledge and the health policies. The Family Health Strategy (ESF) was relatively unknown among the users, with difficulty in distinguishing its significance and representation within the Basic Health Units. However, they demonstrated nearly complete awareness of ESF programs, with the knowledge gap mostly related to specific program names, but an understanding of their activities and reference locations for care. **Conclusion:** the importance of such studies in the field is confirmed, as they contribute to the improvement of the Primary Care assistance process. These studies highlight the main challenges to be overcome by professionals working in the service and by its managers for the effective implementation of quality care. **Descriptors:** SUS users; Unified Health System; Family Health Strategy.

RESUMEN

Objetivo: analizar el perfil y el conocimiento de los usuarios del SUS (Sistema Único de Salud de Brasil) con respecto a las políticas de salud implementadas en la Atención Primaria en la ciudad de Anápolis, Goiás. Para lograr este análisis, es necesario comprender todo el contexto de la atención médica brasileña desde el período colonial hasta la transición a las eras imperial y republicana. Dado que esto involucra una política pública, comprender el contexto económico y político durante la implementación del SUS es de gran valor. **Método:** estudio de enfoque cuantitativo, y la recopilación de datos se realizó a través de un guión de entrevista con preguntas cerradas. Los resultados surgieron del análisis estadístico descriptivo, presentado a través de gráficos. **Resultados:** fue posible comprender el perfil de los usuarios del SUS y observar una divergencia entre su conocimiento y las políticas de salud. La Estrategia de Salud Familiar (ESF) era relativamente desconocida entre los usuarios, con dificultades para distinguir su importancia y representación dentro de las Unidades Básicas de Salud. Sin embargo, demostraron un conocimiento casi completo de los programas de la ESF, con una brecha de conocimiento relacionada principalmente con los nombres específicos de los programas, pero con una comprensión de sus actividades y lugares de referencia para la atención. **Conclusión:** se confirma la importancia de tales estudios en el campo, ya que contribuyen a la mejora del proceso de asistencia en la Atención Primaria. Estos estudios resaltan los principales desafíos a superar por parte de los profesionales que trabajan en el servicio y por sus gestores para la implementación efectiva de una atención de calidad. **Descritores:** Usuarios del SUS; Sistema Único de Salud; Estrategia de Salud Familiar.

Descritores: Usuarios del SUS; Sistema Único de Salud; Estrategia de Salud Familiar.

ORIGINAL

Introdução

O significado de saúde sofreu diversas alterações no decorrer dos últimos anos, pois foi se estruturando nas visões de mundo de diversas pessoas, e deixou de ser um conceito simples de ausência de doença, para um amplo com várias dimensões, e passou a ver o lado comportamental, biológico e social dos indivíduos, valorizando ainda mais o ser humano. A partir daí o foco da saúde deixou de ser voltada para a intervenção, e a prevenção passou a ser mais relevante. Em relação a saúde brasileira, desde o princípio sempre se baseou na filantropia, onde os cuidados aos doentes ficavam a cargo de caridades e filantropos, paralelamente a isso, o Estado contribuía frente as epidemias como a campanha de vacinação da varíola e também com o saneamento básico como a Reforma Sanitária do Rio de Janeiro em 1970. Porém a maior conquista dos brasileiros em relação a saúde foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), pois se trata do maior movimento de inclusão social já visto na história do país e representou, em termos constitucionais, uma afirmação política de compromisso do Estado brasileiro para com os direitos dos seus cidadãos.¹

O SUS vem sendo implantado como uma política pública de permanente construção, muito antes da Constituição de 1988, podendo sofrer mudanças a fim de proporcionar cada vez mais melhoria a população. A Constituição aliada as leis 8.080 e 8.142 vieram para empossar os cidadãos brasileiros garantindo que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Além disso, podemos nos orgulhar dos diversos programas de saúde implantados ao longo dos anos que estão dando certo, como: a Estratégia Saúde da Família (ESF), Programa Nacional de Imunização (PNI) e o Sistema Nacional de Transplantes (SNT) que é segundo maior do mundo. Desta forma, vemos que o SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo sendo o único a fornecer assistência integral e gratuita para toda a população, usando os recursos públicos arrecadados através dos impostos.²

Mas como nada é perfeito, o SUS enfrenta grandes desafios, referentes a gestão, desvio de verbas públicas, a grande demanda para o serviço, as falhas na fiscalização. Tudo isso acaba ofuscando a qualidade do SUS, e faz com que as pessoas acabem procurando serviços, planos ou seguradoras privadas, com preços muitas vezes abusivos, e no fim das contas, grande parte da população acaba pagando os impostos que são repassados mais o plano de saúde.³

O SUS traz diversos programas que estão ao alcance da população, que podem beneficiar a todos, porém muitas dessas assistências ainda são desconhecidas, e os poucos que conhecem não procuram, o que prejudica bastante o sistema. Estudos mostram que a falta de procura está relacionada ao estado de saúde do indivíduo, em uma sociedade imediatista, os usuários não procuram a prevenção, se dirigindo a unidade de saúde apenas para procurar diagnósticos ou tratamento para uma relacionada doença emergencial. Poucos sabem sobre os eventos que são desenvolvidos em uma ESF que visam a promoção da saúde, as campanhas de vacinação não tem uma adesão da população apesar de serem bem divulgadas, e os cidadãos brasileiros acabam não conhecendo os benefícios do Sistema Único de Saúde brasileiro⁴.

Baseando-se na problemática exposta, este estudo apresenta o seguinte questionamento: as políticas de saúde desenvolvidos pela Estratégia Saúde da Família são conhecidas pela população de Anápolis – GO?

Nesse sentido, o objetivo do estudo é analisar o perfil e o conhecimento dos usuários do SUS a respeito das políticas de saúde implementadas na Atenção Básica na cidade de Anápolis-Go. Como objetivos específicos, têm-se: Descrever o perfil social dos usuários atendidos na Estratégia Saúde da Família; Avaliar o conhecimento dos usuários da unidade sobre a Estratégia Saúde da Família; e avaliar o conhecimento dos usuários da unidade em relação aos programas oferecidos.

Método

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa descritiva em que o método consiste na coleta sistemática de dados sobre uma determinada população, seguindo os pressupostos de Lakatos e Marconi.⁵

A coleta de dados foi realizada por meio de aplicação de roteiro de entrevista com perguntas fechadas, onde os entrevistados foram abordados individualmente nas recepções das Unidades de Saúde enquanto esperavam o atendimento.

A pesquisa foi realizada em Unidades Básicas de Saúde que possuem a Estratégia Saúde da Família, em diferentes regiões da cidade de Anápolis-GO, totalizando um número de 5 unidades. A escolha das Unidades se deu com base na densidade demográfica das regiões norte, sul, leste, oeste e central.

Neste estudo, a amostra foi composta por usuários do serviço público das ESFs num total de 250 usuários residentes na área de abrangência da unidade básica de saúde. A amostragem foi feita com base em 10% de um total dos atendimentos realizados nas unidades escolhidas.

Os dados foram processados, interpretados, concluídos, digitados e tabulados no programa Microsoft Office Excel por meio de análise estatística descritiva, que consiste na característica dos elementos de toda a população.

Resultados e Discussão

Os resultados encontrados neste estudo, foram construídos após a análise estatística descritiva, tendo como base os objetivos propostos pela pesquisa, conforme a seguir:

Perfil socioeconômico dos usuários da esf em Anápolis-GO

O perfil socioeconômico dos usuários do SUS, mais especificamente da Estratégia Saúde da Família no município de Anápolis, foi dividido em tres aspectos: gênero; grau de escolaridade e ocupação profissional.

Dos usuários entrevistados, 70% são do sexo feminino e 30% do sexo masculino. Historicamente, o cuidado com a saúde e com a vida teve como foco de intervenção as mulheres e as crianças, isso tem influência direta das políticas de saúde, que foram criadas visando a reprodução e crescimento, não tendo se organizado de modo a receber e acolher as demandas masculinas com prevenções na atenção primária. Nessa perspectiva, os estereótipos de “sexo frágil”, contrário aos do homem “forte”, com “H maiúsculo”, vão produzindo práticas de autocuidado intenso para mulheres desde muito cedo, já que seus corpos são vistos como vulneráveis, desta forma a mulher desde cedo aprendem

que devem realizar a prevenção ginecológica anualmente, em quanto o homem sabe que somente depois dos 40 anos que precisa realizar exames para rastreio do CA de próstata. Isso é um exemplo clássico de que o fato do homem não procurar atendimento visando prevenção de doenças também é culpa do estado⁶.

Vários estudos constataam que os homens, em geral, padecem mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres e também morrem mais do que elas pelas principais causas de morte. Há autores que associam esse fato à própria socialização dos homens, em que o cuidado não é visto como uma prática masculina. Na literatura específica sobre o assunto, também há vários estudos que apontam a necessidade de se refletir sobre a masculinidade para uma compreensão dos comprometimentos da saúde do homem. Pode-se perceber que não há divergência na procura entre homens e mulheres por uma questão de disponibilidade e oferta de serviços, mas sim pelos hábitos de prevenção que usualmente são mais associados às mulheres do que aos homens quase que puramente por fatores sociais e culturais do papel de virilidade do homem perante a sociedade⁷.

Dos usuários entrevistados, 44% cursaram até o Ensino Fundamental, 41% até o Ensino Médio, 3% possuem o Ensino Superior Incompleto, 8% concluíram o Ensino Superior e os outros 4% são Analfabetos.

Quando avaliamos o grau de escolaridade relacionado a procura por serviços de saúde, uma vez que indivíduos com menor grau de escolaridade detêm menor acesso a conhecimento sobre hábitos de vida saudável, uma boa alimentação e prática de atividades físicas, assim como praticam em maior quantidade hábito nocivos à saúde como o uso de álcool e cigarro, independente da faixa etária⁸.

Avaliando por escolaridade, é possível observar que a proporção de pessoas cadastradas nas unidades de saúde da família é maior entre aqueles com menor nível de instrução, quando comparado com o maior nível de escolaridade. Esse perfil é observado em todas as regiões do Brasil. As pessoas com menor nível de escolaridade também são as que mais recebem visita de agente comunitário em saúde ou membro da equipe de saúde da família mensalmente. Assim ao registrar mais atendimentos de pessoas com menor escolaridade, a EFS também está contribuindo para uma maior equidade em saúde⁹.

Dos usuários entrevistados, 34% estão desempregado, 29% são autônomos, 15% trabalham como CLT, 2% são servidores públicos e 20% aposentados. Em se tratando da ocupação profissional dos usuários entrevistados vê-se um predomínio de usuários desempregados e a minoria por trabalhadores em regime de consolidação das leis do trabalho (carteira assinada), que evidenciam não apenas a realidade econômica do país, mas principalmente por uma questão de não haver compatibilidade e disponibilidade de tempo desta minoria para procurar os serviços de saúde. Além disso, muitos dos trabalhadores com carteira assinada são contemplados com planos de saúde empresarial não necessitando de atendimento em serviços públicos de saúde. Não obstante, os desempregados que encabeçam a lista entre os que mais utilizam o serviço da ESF seguidos pelos trabalhadores informais que atuam de maneira autônoma, representam os grupos com maior risco a saúde, por não serem portadores de convênios de saúde e por muitas vezes não possuírem meios financeiros para acesso aos serviços de saúde privada¹⁰.

O perfil socioeconômico da população está diretamente ligado a função da

pessoa exercida na sociedade, com isso pesquisas demonstram que a maioria dos usuários que procuram atendimento na unidades de saúde possuem renda mensal de R\$ 700,00, sendo assim pessoas que não possuem renda fixa ou até mesmo nenhuma renda ¹¹.

A compreensão dos usuários acerca da política de saúde na atenção básica

Conhecimento sobre a Estratégia Saúde da Família

Esta subcategoria demonstra que dos usuários entrevistados, 81% não sabem o que é a Estratégia Saúde da Família e apenas 19% responderam que sabem o que é ESF. A proposta de mudança no modo de se fazer saúde, de se praticar o cuidado, tem sido discutida no sentido de o serviço de saúde passar a trabalhar com o foco no indivíduo. Sendo assim, o usuário deve ter um conhecimento mínimo acerca da atenção básica, pois a mesma é porta de entrada para um serviço especializado, parte essencial na saúde pública brasileira. Levando em consideração o conhecimento do usuário sobre a ESF, vemos que ainda é muito pouco seu saber acerca do significado da sigla até mesmo o nome desta política, conhecendo- a apenas por seu nome vulgar e popular, “postinho de saúde”. Além disso, percebe-se um desconhecimento dos processos da assistência básica à avançada, levando os usuários a deixarem de procurar um atendimento de rotina em uma ESF e procurarem diretamente a um hospital que na maioria das vezes o atendimento é referenciado ¹².

A Estratégia Saúde da Família por se tratar de uma política de saúde possui suas bases jurídicas e legais, conseqüentemente é instituída por meio de diversos documentos que dão o direcionamento das atribuições dos profissionais atuantes em tal serviço e da descrição desses serviços realizados. Apesar de serem documentos normativos, estes carecem de uma divulgação aior entre os usuários da saúde, o que justifica o grande desconhecimento evidenciado pela população acerca da ESF ¹³.

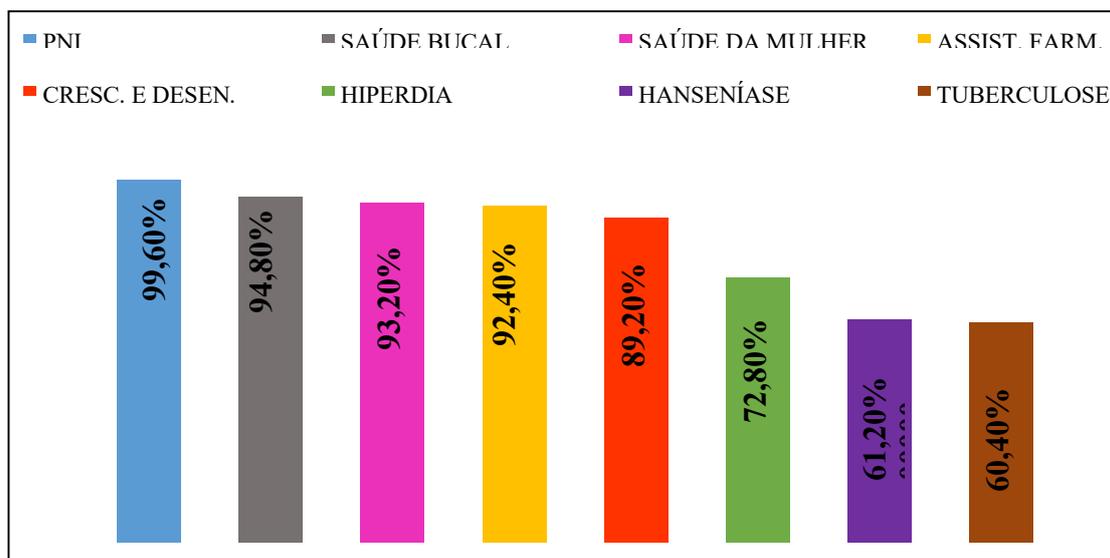
Além disso, a mera existência de um documento não garante o conhecimento do mesmo por parte dos que deveriam utilizá-lo, ainda mais pelo seu caráter por vezes irrealista e pela sua redação apurada, própria de um ambiente jurídico, pode ser pouco acessível para a população alvo. Essa negação revela não apenas a falta de conhecimento sobre questões burocráticas relativas ao atendimento nas Estratégias Saúde da Família, mas fundamentalmente o desconhecimento do modelo de saúde que o SUS lhes coloca à disposição, ancorado em ações preventivas e de promoção da saúde ¹³.

Conhecimento dos programas da ESF

Esta subcategoria demonstra que dos usuários entrevistados, 99,6% conhecem sobre o Programa Nacional de Imunização - PNI, 94,8% conhecem o programa de Saúde Bucal na Atenção Básica, 93,2% dos entrevistados entre homens e mulheres conhecem sobre o Programa de Saúde da Mulher, sendo estes os três mais conhecidos dentre a população estudada. Decrescentemente, 92,4% conhecem o Programa de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, 89,2% sabem do Programa Crescimento e Desenvolvimento Infantil, 72,8% disseram conhecer o HiperDia, 61,2% relataram que possuem conhecimento sobre o

Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase e 60,4% dos usuários conhecem o Programa Nacional de Controle a Tuberculose, conforme Figura 1.

Figura 1- Conhecimento dos usuários sobre Programas. Anápolis, 2023.



Pode-se perceber que todos os programas de saúde são amplamente conhecidos pelos usuários, mesmo que dispondo de informações de modo incompleto, como o nome estruturado do programa. Os mais conhecidos ganham a popularidade entre os usuários do serviço por atenderem as diversas faixas etárias, principalmente por alguns serem divulgados através da televisão, meio mais utilizado como propagador de informação. Outro fator determinante entre os mais conhecidos se deve ao fato de estarem presentes, em algumas faces, não somente na Estratégia Saúde da Família mas também nos demais níveis de atendimento. Entretanto os programas menos conhecidos se deparam muitas vezes com o despreparo e falta de conhecimento pelos próprios profissionais da saúde para a propagação da disponibilidade de tais serviços ¹⁴.

O fato de a maioria dos entrevistados já ter ouvido falar sobre algum programa é extremamente relevante, principalmente por alguns não serem divulgados por meios tão populares. Nessa divulgação os profissionais da saúde tem um papel importante, visto que estes necessitam ter conhecimento sobre os programas para que possam detectar na população situações que exijam cada atendimento específico e assim orientar as pessoas para os serviços existentes. Entretanto são necessárias mais pesquisas para se verificar a qualidade desse conhecimento ¹⁵.

Conhecimento sobre a responsabilidade do processo de divulgação

Esta subcategoria demonstra que dos usuários entrevistados, 9,2% atribuem a responsabilidade de divulgação dos programas aos médicos, 4% aos Enfermeiros, 42% disseram que o dever é do Agente Comunitário de Saúde, 20,4% afirmam que a divulgação é dos Gestores e 24,4% acreditam que todos devem propagar sobre os programas para a população.

Nos últimos anos alguns dos principais desafios técnicos imposto na atenção básica foi o desenvolvimento de mecanismos para o aperfeiçoamento gerencial e a ampliação de modo efetivo as ações a promoção e atenção integral a saúde. Para tal tem se intensificado a descentralização administrativa e

financeira incorporando a este processo a propagação de informações em nível regional e local. Sendo assim, muitos problemas são identificados e devem ser transpostos para consolidação primeiramente dos serviços e das atribuições previstas em lei para cada funcionário da ESF. Visto que é necessário um aprimoramento primeiramente dos profissionais quanto ao processo de divulgação de informações pertinentes como de um melhor meio de exposição dos serviços, uma vez que as informações são disseminadas de forma informal entre um usuário e outro ¹⁶.

Considerado como o elo entre a Estratégia Saúde da Família, o Agente de Saúde é o membro da equipe que estabelece maior vínculo com os residentes na área de abrangência da unidade pelas visitas periódicas. Por conta disso, entre as atribuições do Agente de Saúde está orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis. Entretanto, a divulgação de tais serviços se confira também uma atribuição dos demais profissionais sempre que possível, afinal todos eles participam do processo de promoção e educação em saúde na comunidade, dentro de cada função ¹⁶.

Considerações Finais

Como pode ser visto, os dados da pesquisa confirmam o que outras pesquisas em relação aos assuntos citados mostram, que há uma divergência entre o conhecimento dos usuários sobre as políticas na atenção básica. Ao passo de que a Estratégia Saúde da Família é pouco conhecida entre os usuários do SUS, os programas implementados dentro da ESF são conhecidos por toda a população entrevistada, mesmo que estes não detenham o total conhecimento a respeito, como explicar os programas pelo nome próprio, mas sabem dizer onde procurar e o que cada programa desenvolve. É notório o predomínio das mulheres em relação à procura pelos serviços de promoção e prevenção saúde, assim como o alta taxa de desempregados e de escolaridade de ensino fundamental dentro da ESF, o que mostra que os serviços públicos são em maior parte usufruídos por usuários de um perfil socioeconômico mais inferior. Entretanto, apesar de saber que os Agentes Comunitários de Saúde, não só na visão dos entrevistados como assegurado por meio da Portaria N° 648/GM de 2006, atribui a este profissional a principal função dessa divulgação dos serviços e programas. Consequentemente percebe-se uma falha em relação ao processo de educação da população quanto às políticas para que os mesmos entendam o perfil de atendimento da ESF, assegurando seus direitos como usuários do SUS e fazendo uso do principal modelo de assistência à saúde, a Atenção Primária.

Neste contexto Profissional da área de saúde desempenha um grande papel de liderança perante a equipe da ESF, principalmente sobre os Agentes Comunitários de Saúde, devem dispor de grande domínio das políticas e serviços disponível e incentivar a implementação de educação continuada entre os profissionais presentes nas Unidades Básicas de Saúde, fortalecendo assim, não somente o trabalho em equipe dentro das Unidades como fora perpetuando o processo do saber a população.

Deste modo, o estudo proposto tem os objetivos alcançados e mais importante; apresenta em parte o perfil dos usuários do SUS na cidade de Anápolis para que políticas de saúde possam ser melhor aplicadas.

Agradecimentos

Essa pesquisa não recebeu financiamento para sua realização.

Referências

1. Carvalho G. Evolução do conceito de saúde e o surgimento do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública* [online]. 2013; 40(2): 123-140. Disponível em: [http://www.exemplolink.com/evolucao_saude_SUS].
2. Cordeiro TMSC, Santos CLR, Carneiro JN. Sistema Único de Saúde: de Hipertensão e Diabetes na Atenção Básica: Perspectiva de Profissionais e Usuários. *Saúde Debate*. 2014; 38(Especial): 265-278. Rio de Janeiro.
3. Santos OP. Território e saúde: estudo do território de abrangência da Unidade de Saúde da Família Bairro de Lourdes, Anápolis/GO. Centro Universitário De Anápolis – UniEVANGÉLICA. 2014. Anápolis – GO.
4. Pontes AP, et al. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários. Universidade Estadual do Rio de Janeiro. 2009. Rio de Janeiro – RJ.
5. Lakatos EM, Marconi MA. *Metodologia do Trabalho Científico: Procedimentos Básicos, Pesquisa Bibliográfica, Projeto e Relatório, Publicações e Trabalhos Científicos*. São Paulo: Atlas; 2001.
6. Botton A, Cúnico SD, Strey MN. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. *Mudanças – Psicologia da Saúde*. 2017; p. 67-72. Porto Alegre – RS. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/7009-25127-2-PB.pdf> . Acessado em: 05/12/2022 .
7. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Caderno de Saúde Pública - Rio de Janeiro*. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf> . Acessado em: 04/12/2022.
8. Araújo DO, Cecílio LC, Reis DO. *Políticas Públicas de Saúde: Sistema Único de Saúde*. UNIFESP; 2012 - São Paulo - SP.
9. Lima-Costa MF. A escolaridade afeta, igualmente, comportamentos prejudiciais à saúde de idosos e adultos mais jovens? *Epidemiologia Serviço de Saúde*. 2014; 13(4): 201-208. Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte – MG.
10. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EM, Reis M, Miot HA. Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (UNESP) – Botucatu – SP; 2011.
11. Miquilin IO, et al. Perfil ocupacional dos usuários e sua relação com a utilização da Estratégia Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*. 2023; 52: 78-85.
12. Felchilcher EF, Araújo G, Traverso MED. Perfil dos usuários de uma unidade

Martins AGL, Martins RM, Alcantara ALG, Pereira EM, Batista DN, Costa JL, et al

básica de saúde do meio-oeste catarinense. *Unoesc & Ciência - ACBS*. 2015; 6(2): 223-230. Joaçaba - SC.

13. Souza CR, Botazzo C. Construção social da demanda em saúde. *Revista de saúde coletiva*. 2023; p. 393-413. Rio de Janeiro - RJ.

14. Gelinski CRO. A questão da co-responsabilidade prevista na Estratégia Saúde da Família. *Política e Sociedade*. 2021; 10(19). Florianópolis. Disponível em:

<https://periodicos.ufsc.br/index.php/politica/article/viewFile/21404/19595> .

Acessado em: 04/12/2022.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção básica e a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

Autor de Correspondência

Andressa Gabriele Liberal Gonçalves Martins
Avenida Brasil Norte, Quadra 8, Lote 01-10, 3790. CEP:
75083-440 - Cidade Universitária, Anápolis, Goiás, Brasil.
andressagliberal@gmail.com

Fenômenos de saúde em acadêmicos de medicina em uma instituição privada

Health phenomena in medical students in a private institution

Fenómenos de salud en estudiantes de medicina en una institución privada

Bruno Ribeiro Leite Jardim Cavalcante¹, Eduardo Felipe Nacul², Thais de Andrade Paula³,
Rodrigo Marques da Silva⁴

Como citar: Cavalcante BRLJ, Nacul EF, Paula TA, Silva RM. Fenômenos de saúde em acadêmicos de medicina em uma instituição privada. REVISA. 2023; 12(3): 611-24. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n3.p611a624>

REVISA

1. Centro Universitário de Brasília.
Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-2076-9434>

2. Centro Universitário de Brasília.
Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-3018-0586>

3. Unievangélica. Anápolis, Goiás,
Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-4023-6918>

4. Centro Universitário de Brasília.
Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-2881-9045>

Recebido: 23/04/2023
Aprovado: 18/06/2023

RESUMO

Objetivo: Analisar a ocorrência de fenômenos de saúde (estresse percebido, qualidade de sono, sintomas depressivos e qualidade de vida) em acadêmicos de medicina em uma instituição privada de ensino. **Método:** Trata-se de uma pesquisa transversal, analítica e de abordagem quantitativa, cuja coleta de dados ocorreu por meio de instrumentos de validade entre novembro e dezembro de 2022 junto com discentes do curso de medicina de uma instituição de ensino superior privada do Distrito Federal. **Resultados:** observou-se predomínio de alto nível de estresse (52,9%), presença de sintomas depressivos (100%), baixa qualidade de sono (83,5%) e alta qualidade de vida geral (70,6%). Na análise da qualidade de vida por domínio, observa-se alta qualidade de vida física (62,4%), psicológica (49,4%), nas relações sociais (69,4%) e quanto ao meio ambiente (82,4%). **Conclusão:** Os discentes do curso de medicina apresentam expostos a estressores da formação acadêmica, apresentando estresse elevado, qualidade de sono baixa e sintomatologia depressiva, porém ainda mantêm uma boa qualidade de vida em todas as suas dimensões.

Descritores: Estudantes de Medicina; Qualidade de Vida; Fenômenos de Saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze the occurrence of health phenomena (perceived stress, sleep quality, depressive symptoms and quality of life) in medical students in a private educational institution. **Method:** This is a cross-sectional, analytical and quantitative research, whose data collection occurred through validity instruments between November and December 2022 together with medical students from a private higher education institution in the Federal District. **Results:** there was a predominance of high level of stress (52.9%), presence of depressive symptoms (100%), low quality of sleep (83.5%) and high general quality of life (70.6%). In the analysis of quality of life by domain, there is a high quality of physical life (62.4%), psychological (49.4%), social relations (69.4%) and the environment (82.4%). **Conclusion:** The students of the medical course are exposed to stressors of academic training, presenting high stress, low sleep quality and depressive symptomatology, but still maintain a good quality of life in all its dimensions.

Descriptors: Medical Students; Quality Of Life; Health Phenomena.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la ocurrencia de fenómenos de salud (estrés percibido, calidad del sueño, síntomas depresivos y calidad de vida) en estudiantes de medicina de una institución educativa privada. **Método:** Se trata de una investigación transversal, analítica y cuantitativa, cuya recolección de datos ocurrió a través de instrumentos de validez entre noviembre y diciembre de 2022 junto con estudiantes de medicina de una institución privada de educación superior del Distrito Federal. **Resultados:** predominó el alto nivel de estrés (52,9%), la presencia de síntomas depresivos (100%), la baja calidad del sueño (83,5%) y la alta calidad de vida general (70,6%). En el análisis de la calidad de vida por dominio, hay una alta calidad de vida física (62,4%), psicológica (49,4%), relaciones sociales (69,4%) y el medio ambiente (82,4%). **Conclusión:** Los estudiantes del curso de medicina están expuestos a factores estresantes de la formación académica, presentando alto estrés, baja calidad del sueño y sintomatología depresiva, pero aún mantienen una buena calidad de vida en todas sus dimensiones.

Descritores: Estudiantes de Medicina; Calidad de Vida; Fenómenos de Salud.

ORIGINAL

Introdução

Após o ingresso no curso superior, os estudantes convivem com situações características da profissão e do contexto acadêmico que podem ser avaliadas como estressoras⁽¹⁾. Em nível nacional, evidenciam-se, como potenciais estressores do ambiente acadêmico, as situações relativas ao período de provas, às tarefas extraclasse e à transição da fase pré-universitária para o meio acadêmico⁽²⁾. Em âmbito internacional, pesquisadores destacam, como estressores, as atividades escolares vivenciadas nos primeiros 12 meses iniciais de ingresso na faculdade; experiências traumáticas de morte; responsabilidade para com o cuidado do outro; exigências quanto ao desempenho e relações interpessoais; sentimento de despreparo para as funções a serem exercidas nos estágios e aulas práticas; e a adaptação às demandas acadêmicas⁽³⁻⁷⁾. Frente a essas situações, é possível que os discentes percebam as situações do contexto acadêmico como estressoras, sendo possível também a ocorrência de outros desfechos, como sintomas depressivos, baixa qualidade do sono e queda na qualidade de vida.

Nesse sentido, o estresse é conceituado como qualquer estímulo que demande do ambiente externo ou interno e que taxou ou exceda as fontes de adaptação de um indivíduo ou sistema social⁽⁷⁾, sua ocorrência entre discentes universitários já têm sido verificada em diferentes estudos^(2,4,8-9). Entre eles, uma pesquisa com 456 estudantes de medicina identificou presença de estresse em 60,09% (n = 274) da amostra e estresse extremo em 20,83% (n = 95)⁽¹⁰⁾.

Os Sintomas Depressivos são definidos como um conjunto de emoções e cognições, com consequências às relações interpessoais⁽¹¹⁾. Em estudo transversal com uma amostra de 729 estudantes universitários dos EUA, 16,5% apresentaram tais sintomas, 30,6% depressão moderada e 23,2% depressão severa ou moderadamente severa⁽¹²⁾. Em pesquisa com estudantes universitário do Canadá, 34,2% apresentaram-se depressivos⁽¹³⁾ e, em investigação conduzida com estudantes do ensino médio na China, 6,4% deles possuíam tais sintomas⁽¹⁴⁾.

A qualidade do sono também pode impactar na saúde dos estudantes da área de saúde. Investigações mostram a ocorrência da baixa qualidade do sono em 60% dos estudantes universitários de Chicago⁽¹⁵⁾ e em 71% dos estudantes da Califórnia⁽²¹⁾. Em pesquisa com 35 estudantes universitários do Texas (EUA), foi verificado que as alterações no padrão do sono causam aumento dos sintomas depressivos, sendo essa relação mediada pelo controle cognitivo⁽¹⁶⁾.

Todos os fenômenos expostos podem impactar direta ou indiretamente na qualidade de vida dos estudantes. Esta é definida como a sensação de bem-estar de uma pessoa e deriva da satisfação ou insatisfação com as áreas da vida que são importantes para ela⁽¹⁷⁾. A relação entre fenômenos de saúde e qualidade de vida foi identificada em pesquisa com estudantes de medicina, no qual a sonolência diurna esteve associada à queda dos escores físico, psicológico e ambiental da qualidade de vida⁽¹⁹⁾. Ainda, em investigação com 1074 estudantes universitários, aqueles com insônia crônica reportaram menor qualidade de vida⁽¹⁸⁾. Com base no exposto, verifica-se que, ao ingressar na instituição, o discente fica exposto a situações estressoras, podendo apresentar alterações na saúde, incluindo Estresse, Sintomas Depressivos, qualidade do sono e qualidade de vida.

Conforme dados supracitados, poucos estudos anteriores já avaliaram os fenômenos de saúde (estresse, qualidade do sono e resiliência) (2,4,8-9,14,16), bem como qualidade de vida em estudantes da área de saúde^(18,19) e de medicina⁽¹⁰⁾, especialmente no setor privado de ensino.

Por isso, o objetivo desse estudo foi analisar a ocorrência de fenômenos de saúde (estresse percebido, qualidade de sono, sintomas depressivos e qualidade de vida) e resiliência em acadêmicos de medicina em uma instituição privada de ensino.

Método

Trata-se de um quantitativo, transversal e analítico a ser realizado com discentes do curso de graduação em medicina de uma instituição privada do Distrito Federal. Serão incluídos discentes regularmente matriculados em todas as etapas de formação do curso (1º ao 12º semestres), de ambos os sexos e maiores de 18 anos. Serão excluídos aqueles que participarem da pesquisa como auxiliares de coleta de dados; ou que, no período de coleta dos dados, estiverem em intercâmbio.

Os dados serão coletados de junho e julho de 2023, por meio dos seguintes instrumentos: Formulário para caracterização sociodemográfica e acadêmica (Apêndice A); Escala de Estresse Percebido (PSS-14)(Anexo 1), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) (Anexo 2), Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (IQSP)(Anexo 3) e Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref)(Anexo 4). Os instrumentos serão aplicados em sala de aula, após prévio contato com o docente responsável pela disciplina. Antes da entrega, será apresentado o objetivo do estudo e entregue o TCLE para assinatura. A devolução dos questionários ocorrerá também em sala de aula, com data que será agendada entre alunos e pesquisadores. Para o cálculo amostral, utilizou-se a amostragem estratificada proporcional, de forma que, dos 624 alunos matriculados, serão necessários, no mínimo 322 discentes do curso de medicina, sendo: 39 do primeiro semestre, 42 do segundo semestre, 43 do terceiro semestre, 43 do quarto semestre, 41 do quinto semestre, 35 do sexto semestre, 38 do sétimo semestre e 41 do oitavo semestre.

O Formulário para caracterização biossocial e acadêmica incluiu as seguintes variáveis: data de nascimento, sexo, filhos, situação conjugal, realização de atividades de lazer, prática de esportes, suficiência da renda mensal para a manutenção, uso de fármaco ou substância (chá, café, energético, etc) para inibir o sono e para conseguir dormir; hábito de fumar e consumo de bebida alcoólica e atividade de trabalho.

A Escala de Estresse Percebido(PSS 14) mensura o nível no qual os sujeitos percebem as situações como estressoras. Ela foi originalmente validada em 1988 nos Estados Unidos. No Brasil, sua validação ocorreu junto a população idosa sendo validada para estudantes universitários em 2015.^(23, 24) Ela é composta por itens que têm como componentes três pontos fundamentais: a imprevisibilidade, a falta de controle e a sobrecarga de atividades na visão do sujeito pesquisado. Dos 14 itens que compõem o instrumento, sete possuem sentido positivo (itens 4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13) e sete negativos (itens 1, 2, 3, 8, 11, 12 e 14). A escala de respostas é do tipo likert de 5 pontos, variando de zero a quatro, sendo que: zero = nunca; um = quase nunca; dois = às vezes; três = quase sempre; quatro = sempre. As

perguntas com sentido positivo devem ter sua escala invertida antes da análise. O escore total é obtido pela soma dos escores individuais, podendo variar de zero a cinquenta e seis, sendo que, quanto maior o escore, maior o estresse percebido. Valores acima do percentil 75 (42 pontos) devem ser considerados indicativos de alto nível de estresse. ⁽²⁴⁾

A CES-D foi validada semanticamente para o português por Silveira e Jorge em 1998 e aplicada em estudantes universitários brasileiros por Filho e Teixeira em 2011.^(25,22) O objetivo desse instrumento é avaliar a frequência de sintomas depressivos vividos na semana anterior à aplicação do instrumento. Ele contém 20 itens escalares sobre humor, sintomas somáticos, interações com os outros e funcionamento motor. Esses são distribuídos em quatro subescalas, a ser: Depressão (Itens 3,6,9,10,14,17 e 18), Interpessoal (Itens 15 e 19), Afeto Positivo (Itens 4,8,12,16) e Somática/Iniciativa (Itens 1,2,5,7,11,13 e 20). Tais itens são dispostos em escala tipo Likert de quatro pontos, sendo 0 = Raramente (menos que 1 dia), 1 = Durante pouco tempo (1-2 dias), 2 = Durante um tempo moderado (3-4 dias), 3 = Durante a maior parte do tempo (5-7 dias). ⁽²²⁾ O escore final varia de zero a 60 pontos. Na versão norte-americana, o ponto de corte para identificar depressão, considerando todos os itens da escala, é ≥ 16 pontos.⁽²⁶⁾ No entanto, para estudantes universitários brasileiros, o ponto de corte de melhor desempenho é ≥ 15 . ⁽²⁵⁾

O Índice da Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP) foi validado no Brasil por Bertolazi e aplicado em estudantes universitários brasileiros.^(20,27) Neste instrumento há dez questões, sendo: questão um a quatro- abertas; e cinco a 10-semiabertas. Tais questões são distribuídas em sete componentes, da seguinte forma: Qualidade subjetiva do sono (Questão 6); Latência do sono (Questões 2 e 5a); Duração do sono (Questão 4); Eficiência habitual de sono (Questões 1, 3 e 4) Distúrbios do sono (Questões 5b até a 5j); Uso de medicações para dormir (Questão 7); sonolência diurna e distúrbios durante o dia (Questões 8 e 9). A questão dez é de uso optativo e não será aplicada nesta pesquisa, uma vez que exige a presença de um companheiro de quarto para sua análise.⁽²⁰⁾ A pontuação global é gerada pela soma da pontuação de cada componente, o qual possui um peso que varia de 0 a 3. Assim, o valor máximo possível é de 21 pontos, sendo que, quanto mais essa pontuação, pior a qualidade do sono. Os escores superiores a cinco pontos indicam má qualidade no padrão de sono. Para a conversão das respostas obtidas em cada questão para uma escala tipo likert, serão seguidas as instruções descritas junto ao instrumento em pesquisa com profissionais de saúde.²⁸

O WHOQOL- BREF, elaborado pela OMS, foi validado para o português em 1998, sendo um instrumento genérico de mensuração da qualidade de vida (QV). Trata-se de um instrumento composto por 26 itens, dentre os quais: duas questões abertas sobre qualidade de vida e 24 itens em escala Likert de cinco pontos (1 - 5). Os 24 itens são distribuídos em quatro domínios que denotam uma percepção individual de qualidade de vida para cada faceta particular da QV, a ser: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio-ambiente.⁽²⁹⁾ Os outros dois itens são avaliados separadamente, de maneira que: o Item 1 denota a percepção do indivíduo em relação a sua QV; e o Item 2 avalia a percepção do mesmo em relação à satisfação com a sua saúde.⁽²⁹⁾ Para análise de WHOQOL-Bref, inicialmente, os itens 3, 4 e 26 devem ter sua escala invertida da seguinte forma: 1=5; 2=4; 3=3; 4=2; 5=1. Após esse processo, deve-se calcular a média por

domínio, obtida pela soma das pontuações atribuídas a cada item do domínio e dividida pelo número de itens que compõem o referido domínio.⁽²⁹⁾ Para que os escores do WHOQOL-BREF possam ser comparáveis aos do WHOQOL-100, a média de cada domínio deve ser multiplicada por 4. Para a análise da Qualidade de Vida Geral, deve-se realizar a média de todos os itens por indivíduo. Quanto maiores os escores obtidos nos domínios e na avaliação geral, maior será a qualidade de vida apresentada pelo sujeito.⁽²⁹⁾

Para organização e análise dos dados, será criado um banco de dados no programa Excel (Office 2020) e utilizado o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS, versão 20.0). As variáveis qualitativas serão apresentadas em valores absolutos(n) e percentuais (n%). As variáveis quantitativas serão expostas em medidas descritivas: valores mínimos e máximos, média e desvio padrão.

Em atendimento às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução CNS 466/12), este projeto foi submetido à Plataforma Brasil para a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UniCEUB (Centro Universitário de Brasília), sendo aprovado sob parecer n. 6.065.508. A coleta de dados só iniciará após a aprovação deste comitê e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) será entregue aos sujeitos de pesquisa para assinatura, em duas vias, após a exposição dos objetivos do estudo.

Resultados

Do total de alunos previstos para o estudo como população inicial, foram obtidos 16 do primeiro ano, 10 do segundo ano, 32 do quarto ano, 23 do quinto do ano e 4 do sexto ano, totalizando 85 discentes como população de acesso.

Tabela 1 - Dados sociodemográficos e acadêmicos (variáveis categóricas) dos estudantes de medicina de uma instituição privada (n = 85). Brasília, 2023.

Variável	Categoria	n	%
Sexo	Feminino	35	40,69
	Masculino	51	59,3
Situação Conjugal	Casado	5	4,9
	Divorciado	0	0
	Separado	0	0
	Solteiro com companheiro	12	11,8
	Solteiro sem companheira	67	65,7
	Viúvo	0	0
Filhos	Outros	1	1
	Sim	5	4,9
	Não	80	78,4
Reside com	Omissos	17	16,7
	Família	73	71,6
	Amigo/colega	0	0
	Sozinho	8	7,8
Reside em	Outro	3	2,9
	República	0	0

	Casa Universitária	0	0
	Casa própria	57	55.9
	Casa alugada	28	27.5
	Outro	0	0
Pratica algum esporte	Sim	59	57.8
	Não	25	24.5
Lazer	Sim	70	68.6
	Não	13	12.7
Fonte de Renda	Bolsa Acadêmica	1	1
	Bolsa de Assistência	0	0
	Estágio Remunerado	0	0
	Recurso da Família	76	64.7
	Trabalho Fixo	5	4.9
	Trabalho ocasional	2	2
	Outro	2	2
Renda Mensal	Nenhuma Renda	2	2
	Até 1 salário mínimo	3	2.9
	Entre 1 e 2 salários mínimos	4	3.9
	Entre 2 e 5 salários mínimos	4	3.9
	Entre 5 e 10 salários mínimos	6	5.9
	Entre 10 e 30 salários mínimos	23	22.5
	Mais de 30 salários mínimos	41	40.2
Despesa Mensal	Nenhuma Renda	2	2
	Até 1 salário mínimo	6	5.9
	Entre 1 e 2 salários mínimos	5	4.9
	Entre 2 e 5 salários mínimos	11	10.8
	Entre 5 e 10 salários mínimos	9	8.8
	Entre 10 e 30 salários mínimos	42	41.2
	Mais de 30 salários mínimos	6	5.9
Renda Mensal Suficiente Para Sua Manutenção	Sim	67	65.7
	Não	17	16.7
Fármacos Para Inibir o Sono	Sim	51	50
	Não	26	25.5
	Parei	7	6.9
Fármacos para conseguir dormir	Sim	18	17.6
	Não	61	69.8
	Parei	5	4.9
Fumar	Sim	10	9.8
	Nao/Parei	12	11.8
	Nunca	63	61.9
Bebida Alcoólica	Bebo	67	65.7
	Parei	3	2.9
	Nunca bebi	15	14.7
Frequência de ingestão de bebida alcoólica	Diariamente	0	0
	Semanalmente	24	23.5
	Mensalmente	40	39.2

Verifica-se, acima, o predomínio de estudantes do sexo masculino (59,3%), solteiros (77,5%), sem filhos (78,4%), que residem com a família (71,6%), que têm os recursos da família como fonte de renda (64,7%), com renda mensal superior a 10 salários mínimos (40,2%) e despesa mensal que varia de 10 a 30 salários mínimos (41,2%), sendo que a maioria considera a sua renda mensal suficiente para sua manutenção (65,7%). Ademais, 50% dos estudantes utilizam fármacos para induzir o sono, 61,9% nunca fumaram e 65,7% fazem uso de bebida alcoólica. Na Tabela 2, apresentam-se os dados Sociodemográficos e Acadêmicos (variáveis contínuas) dos estudantes de medicina de uma instituição privada.

Tabela 2 - Dados Sociodemográficos e Acadêmicos (variáveis contínuas) dos estudantes de medicina de uma instituição privada (n = 85). Brasília, 2023.

Variável	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio- Padrão
Idade	18	42	25,5	24	5,48
Tempo para chegar à instituição de Ensino (minutos)	5	60	22,19	20	12,34
Tempo de Estágio	20	90	47,63	45	17,25
Horas de Estudo por Dia	1	10	3,5	3	2,28

Observa-se, na tabela acima, que os discentes apresentam idade média de 25,5 anos (Dp: 5,48 anos). Eles levam em média 22,19 minutos (Dp:12,34) para chegar à Instituição de Ensino Superior e, em média, 47,63 minutos (Dp: 17,25) para chegar nos locais de estágio, além de estudarem, em média, 3,5 horas (Dp: 2,28) por dia. Na tabela 3, apresenta-se a distribuição dos discentes segundo os níveis de estresse geral, qualidade de sono e qualidade de vida.

Tabela 3 - Distribuição dos discentes segundo os níveis de estresse geral, qualidade de sono e qualidade de vida. Brasília, 2023.

Variável	Nível	n	%
Estresse	Baixo	40	47,1
	Alto	45	52,9
Sintomas Depressivos	Presentes	0	100
	Ausentes	0	0
Qualidade de sono	Baixo	71	83,5
	Alto	14	16,5
Qualidade de Vida	Baixa	0	0
	Moderada	25	29,4
	Alta	60	70,6
Qualidade de Vida Meio Ambiente	Alto	70	82,4
	Baixo	1	1,2
	Médio	14	16,5
	Alto	53	62,4
	Baixo	2	2,4

Qualidade de Vida Física	Médio	30	35.3
	Alto	59	69.4
Qualidade de Vida Relações Sociais	Baixo	3	3.5
	Médio	23	27.1
Qualidade de Vida Psicológica	Alto	42	49.4
	Baixo	5	5.9
	Médio	38	44.7

Verifica-se, acima, predomínio de alto nível de estresse (52.9%), presença de sintomas depressivos (100%), baixa qualidade de sono (83,5%) e alta qualidade de vida geral (70,6%). Na análise da qualidade de vida por domínio, observa-se alta qualidade de vida física (62,4%), psicológica (49,4%), nas relações sociais (69,4%) e quanto ao meio ambiente (82,4%).

Discussão

O ingresso para o mundo acadêmico é desafiador devido ao conjunto de mudanças e fatores estressores, os quais impactam na vida dos estudantes. Estudos nacionais e internacionais foram feitos para identificar esses fatores e a analisarem a correlação com a qualidade de vida de um indivíduo. Alguns dos fatores identificados foram: 12 meses iniciais na faculdade (período de adaptação e transição); exigências quanto ao desempenho e relações interpessoais; experiência de morte; dificuldades como a falta de tempo e a adaptação às demandas acadêmicas; atividades extracurriculares; período de provas. O resultado desses fatores é a queda na qualidade de vida geral do indivíduo.

Em relação ao perfil acadêmico e aspectos biossociais, foi verificado na pesquisa que a maior parte dos estudantes são do sexo masculino, com idade média de 25,5 anos, solteiros e que residem com a família. A fonte de renda provém da família, cuja renda mensal é superior a 10 salários-mínimos e a despesa mensal é superior a 10 salários-mínimos. Dessa forma, 62.7% dos estudantes possuem alta renda familiar (> 10 salários-mínimos). Nesse quesito, a maioria dos estudantes considera a sua renda mensal, proveniente da família, suficiente para sua manutenção. Estudos como o realizado na graduação de Medicina da Universidade Federal de Medicina da Bahia (Ufba) contrapõem esses dados, sendo formado majoritariamente por mulheres (50.7%), com idade de 23 anos e apenas 38.2% possuem uma alta renda familiar ⁽³⁰⁾. Por sua vez, um estudo realizado na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), mostra uma maioria de jovens (17 e 21 anos), cerca de 96%, homens, em sua maioria ⁽³¹⁾. Uma análise feita na Universidade Estadual de Londrina, no curso de medicina, aponta predomínio de 59,3% de mulheres. A renda familiar era de cerca de

7 a 10 salários-mínimos ⁽³²⁾. Na literatura diverge o predomínio em relação ao sexo a depender da instituição de medicina analisada e, no geral, baixas rendas estão relacionadas provavelmente mais às instituições públicas de ensino do curso de medicina.

Dentre os fatores estressores apontados na literatura, encontram-se também questões relativas à adaptação ao ensino superior, ao tempo no ambiente acadêmico, dificuldade dos conteúdos abordados, distância entre a moradia e o estágio, atividades extracurriculares e dificuldades com a falta de tempo como fatores estressores. Neste presente estudo, foi observado um tempo de estudo médio de 3.5 horas diárias, além da carga horária da faculdade; 22.19 minutos para chegar à unidade de ensino; e cerca de 47.63 minutos para chegar nos locais de estágio. Além disso, 52.9% dos alunos apresentaram alto nível de estresse geral. Um estudo sobre o estresse dos estudantes de medicina durante a graduação, realizado na universidade privada da região do alto tietê, com cerca de 420 estudantes analisados, demonstraram maiores níveis de estresse nos estudantes do 1º ao 3º ano (aproximadamente 10% estavam em estado de pré-exaustão), que pode estar associado a alta demanda acadêmica, adaptação à universidade, transição da teoria para a prática. Em suma, o estresse estava mais associado ao processo de adaptação dos estudantes que ocorrem nesse período. Além disso, 65% dos estudantes do curso de medicina apresentam algum nível de estresse, o que se aproxima do valor encontrado nesta presente pesquisa.⁽³³⁾ Um estudo realizado por Shaw e colaboradores sugerem motivos para o elevado nível de estresse: solidão, distância da família, restrição às atividades de lazer, adaptação aos novos colegas, competição por melhores notas, medo do fracasso, preocupação com aumento de responsabilidades, insegurança com as atividades práticas, medo de adoecimento por doenças infecto-contagiosas e distanciamento dos colegas. ⁽³⁴⁾

Observou-se predomínio de baixa qualidade do sono (83,5%) entre os discentes, sendo que 50% deles utilizam fármacos para induzir o sono, 61,9% nunca fumaram e 65,7% fazem uso de bebida alcoólica. Um estudo nos EUA com 1125 estudantes universitários, de 17 a 24 anos, de diversos cursos em uma universidade, concluiu que mais de 60% têm baixa qualidade de sono. Dentre fatores encontrados esta alteração na hora de acordar e dormir durante a semana, uso frequente de drogas psicoativas, recreacionais e outras para alterar o sono. Além disso, relataram que o estresse acadêmico e o estado emocional impactam profundamente na qualidade do sono. ⁽¹⁵⁾ Nessa perspectiva, um dos motivos pode ser a alta carga de estresse nos estudantes de medicina, que, como citado anteriormente, foi muito prevalente em nosso estudo. A qualidade do sono está ligada ao tempo de sono e hábitos de vida, incluindo o uso de tabaco e álcool, que são capazes de influenciar no ciclo circadiano.

Neste estudo foi identificado alto nível de estresse 52.9%. Em contraponto, nesse estudo foi identificado presença de sintomas

depressivos em todos os estudantes analisados (100%). Nos EUA, estudos identificaram a prevalência de 16,5% dos alunos com sintomas depressivos, sendo 30,6% depressão moderada e 23,2% depressão severa ou moderadamente severa ⁽¹²⁾. Em pesquisa com estudantes universitários do Canadá, 34,2% apresentaram-se depressivos ⁽¹³⁾. Os sintomas depressivos são um conjunto de emoções e cognições de característica hipotímica, que podem afetar a qualidade de vida do indivíduo e se enquadrar como um transtorno. Os motivos podem ser diversos como falta de tempo para concluir as atividades, baixa qualidade de sono e incapacidade de concentração. Esses fatores foram constatados em um estudo realizado na universidade McMaster ao analisar 950 estudantes de diferentes cursos ⁽¹³⁾.

Foi observado que 70.6% dos estudantes possuem alta qualidade de vida geral. Na análise por domínio, observa-se alta qualidade de vida física (62,4%), psicológica (49,4%), nas relações sociais (69,4%) e quanto ao meio ambiente (82,4%). Uma análise de 84 acadêmicos de medicina da Universidade de Brasília, de idade média de 22 anos (Dp 2,55 anos), concluiu que 71,5% consideram a qualidade de vida geral boa ou muito boa⁽⁶²⁾. Um estudo realizado com cerca de 100 alunos na Faculdade de Medicina em Sorocaba (SP) encontrou a avaliação da qualidade de vida dos estudantes também maior que 80% ⁽⁶³⁾. A alta qualidade de vida pode estar relacionada à realização pessoal. Entretanto, pode ser influenciada negativamente pela autocobrança expressiva dos estudantes, alta carga de conteúdo, escassez de tempo, predomínio do sedentarismo, baixa qualidade de sono e altos níveis de estresse.

Conclusão

Os discentes do curso de medicina apresentam expostos a estressores da formação acadêmica, apresentando estresse elevado, qualidade de sono baixa e sintomatologia depressiva, porém ainda mantêm uma boa qualidade de vida em todas as suas dimensões.

É importante que sejam pensadas estratégias por parte de gestores, educadores e políticos a fim de minimizar o nível de estresse e fenômenos correlatos durante a formação acadêmica. Assim, espera-se uma formação mais prazerosas e efetiva ao aluno, sem impacto negativo a sua saúde mental e física ao longo da formação médica. Ressalta-se que as mudanças comportamentais adotadas durante a graduação podem se manter ao longo da vida e suas consequências podem desencadear queda na qualidade de vida e doenças crônicas com o passar dos anos, o que requer reflexão acerca das características institucionais e específicas do curso que possam impactar na saúde do discente em curto e longo prazos.

Agradecimentos

À bolsa do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica -PIBIC recebida por Bruno Ribeiro Leite Jardim Cavalcante.

Referências

- 1) Costa ALS. Estresse em estudantes de enfermagem: construção dos fatores determinantes. *REME rev. min. enferm.* 2007; 11(4): 414-9.
- 2) Costa ALS, Polak C. Construção e validação de instrumento para avaliação de estresse em estudantes de enfermagem (AEEE). *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2009; 43(N.esp.):1017-26.
- 3) BORDIN, D. et al. Impacto do estresse na qualidade de vida e condutas de saúde de residentes multiprofissionais. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, v. 8, n. 3, p. 385-404, 20 dez. 2019.
- 4) DAMIANO, R. F. et al. The root of the problem: identifying major sources of stress in Brazilian medical students and developing the Medical Student Stress Factor Scale. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 43, n. 1, p. 35-42, fev. 2021.
- 5) NEUFELD, A.; MALIN, G. How medical students cope with stress: a cross-sectional look at strategies and their sociodemographic antecedents. *BMC Medical Education*, v. 21, n. 1, 25 maio 2021.
- 6) AL HOURI, H. N. et al. The prevalence of stress among medical students in Syria and its association with social support: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, v. 23, n. 1, 7 fev. 2023.
- 7) ATTA, I. S.; ALMILAIBARY, A. The Prevalence of Stress Among Medical Students Studying an Integrative Curriculum During the COVID-19 Pandemic. *Advances in Medical Education and Practice*, v. Volume 13, p. 35-45, jan. 2022.
- 8) AAMIR, I. S. Stress Level Comparison of Medical and Nonmedical Students: A Cross Sectional Study done at Various Professional Colleges in Karachi, Pakistan. *Acta Psychopathologica*, v. 03, n. 02, 2017.
- 9) RUZHENKOVA, V. et al. Academic stress and its effect on medical students' mental health status. *Drug Invention Today* |, v. 10, 2018.
- 10) Lima RL, Soares MEC, Prado SN, Albuquerque GSC. Estresse do Estudante de Medicina e Rendimento Acadêmico. *Revista Brasileira de Educação Médica.* 2016; 40 (4): 678-84. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e01532015>
- 11) FELIPPE, T. de O.; ESPANIOL, CM; SILVA, LA da.; CALABRIA, AC.; FERREIRA, G.; CARVALHO, N. de L.; MORETTI, M.; BELLINATI, NV da C.

Estresse do estudante de medicina durante a pandemia de COVID-19. *Investigação, Sociedade e Desenvolvimento*, [S. l.], v. 10, n. 9, pág. e58310918372, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i9.18372. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/18372>.

12) Garlow SJ, Rosenberg J, Moore JD, Haas AP, Koestner B, Hendin H, et al. Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: results from the American Foundation for Suicide Prevention College Screening Project at Emory University. *Depress Anxiety*. 2008;25(6):482-8.

13) Craggs S. One-third of McMaster students battle depression: survey. *Califórnia: CBC News*; 2012[cited 2014 Jan. 12]. Disponível em: <http://www.cbc.ca/news/canada/hamilton/news/one-third-of-mcmaster-students-battle-depression-survey-1.1200815>

14) Guo L, Deng J, He Y, Deng X, Huang J, Huang G, et al. Prevalence and correlates of sleep disturbance and depressive symptoms among Chinese adolescents: a cross-sectional survey study. *BMJ Open*. 2014;4(7):1-9.

15) Lund HG, Reider BD, Whiting AB, Prichard JR. Sleep patterns and predictors of disturbed sleep in a large population of college students. *J Adolesc Health*. 2010 Feb; 46(2):124-32. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2009.06.016.

16) Vanderlind WM, Beevers CG, Sherman SM, Trujillo LT, McGeary JE, Matthews MD, et al. Sleep and sadness: exploring the relation among sleep, cognitive control, and depressive symptoms in young adults. *Sleep Med*. 2014 Jan;15(1):144-9.

17) Ferrans CE, Powers MJ. Psychometric assessment of the Quality of Life Index. *Res Nurs Health* 1992; 15:29-38.

18) Taylor DJ1, Bramoweth AD, Grieser EA, Tatum JI, Roane BM. Epidemiology of insomnia in college students: relationship with mental health, quality of life, and substance use difficulties. *Behav Ther*. 2013 Sep;44(3):339-48. DOI: 10.1016/j.beth.2012.12.001.

19) Fiedler PT. Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação acadêmica[Internet]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008 [citado 2014 Jan. 11]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-10072008-161825/pt-br.php>

20) Bertolazi AN. Tradução, adaptação cultural e validação de dois instrumentos de avaliação do sono: escala de sonolência de Epworth e índice de qualidade de sono de Pittsburgh[Internet]. Porto Alegre: Escola de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008[citado 2014 Jan. 11]. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/14041?show=full>

21) Cardoso HC, Bueno FCC, Mata, JC, Alves, APR, Jochims, I, Filho, IHRV, et al. Avaliação da qualidade do sono em estudantes de Medicina. Rev bras educ Med. 2009; 33 (3) : 349 – 55.

22) Filho NK, Teixeira MAP. A estrutura fatorial da Escala CES-D em estudantes universitários brasileiros. Aval psicol. 2011;10(1):91-7.

23) SILVA, R. A. DA et al. AVALIAÇÃO DO ESTRESSE EM ESTUDANTES DE MEDICINA DE UMA UNIVERSIDADE PARTICULAR DE SÃO PAULO. Revista Extensão, v. 4, n. 1, p. 17-27, 16 jul. 2020.

24) Dias JCR, Silva WR, Maroco J, Campos JADB. Escala de Estresse Percebido Aplicada a Estudantes Universitárias: Estudo de Validação. Psychology, Community & Health 2015, Vol. 4(1), 1-13 doi:10.5964/pch.v4i1.90

25) MIRZA, A. A. et al. Depression and Anxiety Among Medical Students: A Brief Overview. Advances in Medical Education and Practice, v. Volume 12, p. 393-398, abr. 2021.

26) BARROS, G. F. O. et al. Fatores associados a ansiedade, depressão e estresse em estudantes de Medicina na pandemia da Covid-19. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 46, n. 4, 2022.

27) Benavente SBT, Silva RM, Higashi AB, Guido LA, Costa ALS. Influência de fatores de estresse e características sociodemográficas na qualidade do sono de estudantes de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2014; 48(3):514-20

28) LIMA, R. L. DE et al. Estresse do Estudante de Medicina e Rendimento Acadêmico. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 40, n. 4, p. 678-684, dez. 2016.

29) The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. Psychol Med.1998;28(3):551-8.

30) VERAS, R. M. et al. Perfil Socioeconômico e Expectativa de Carreira dos Estudantes de Medicina da Universidade Federal da Bahia. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 44, n. 2, 2020. VERAS, R. M. et al. Perfil Socioeconômico e Expectativa de Carreira dos Estudantes de Medicina da Universidade Federal da Bahia. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 44, n. 2, 2020.

31) VIEIRA, J. E. et al. O Perfil do Aluno da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Vestibular Seleciona com Viés? Revista Brasileira de Educação Médica, v. 25, n. 3, p. 68-72, dez. 2001.

32) GUARIENTE, S. M. M.; GUARIENTE, M. H. D. DE M.; MORAES, A. Socio-demographic profile and educational student newcomer course of graduation in medicine 2004 to 2013: documentary review. Revista Médica de Minas Gerais, v. 30, 2020.

33) KAM, S. X. L. et al. Estresse em Estudantes ao longo da Graduação Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 43, n. 1 suppl 1, p. 246–253, 2019.

34) VASCONCELOS, T. C. DE et al. Prevalência de Sintomas de Ansiedade e Depressão em Estudantes de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 39, n. 1, p. 135–142, mar. 2015.

35) NEVES, L.; BAMPI, S.; BARALDI, S. Qualidade de Vida de Estudantes de Medicina da Universidade de Brasília. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbem/a/SDHzbdxpJ5ykdjndnYgqZ4K/?format=pdf&lang=pt>>

36) ALVES, J. G. B. et al. Qualidade de vida em estudantes de Medicina no início e final do curso: avaliação pelo Whoqol-bref. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 34, n. 1, p. 91–96, mar. 2010.

Autor de Correspondência

Bruno Ribeiro Leite Jardim Cavalcante
EPN 707/907 - Asa Norte. CEP: 70790-075.
Brasília, Distrito Federal, Brasil.
bruno.rcavalcante@sempreceub.com