

ISSN e: 2317-7748

SANARE

REVISTA DE POLÍTICAS PÚBLICAS



ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA
VISCONDE DE SABÓIA

SANARE (Sobral, Online). 2021 Jan-Jun 20(1)

SANARE

Revista de Políticas Públicas

SANARE (Sobral, Online). 2021 Jan. – Jun.;20(1), p.156.

Tornar *sã*, em latim, *SANARE* é uma revista de políticas públicas que tem por finalidade divulgar experiências em políticas públicas na área de saúde coletiva como forma de contribuir com o processo de elaboração e sistematização de novos paradigmas sobre gestão governamental.

CONSELHO EDITORIAL

NACIONAL/NATIONAL

Adriana Gomes N. Ferreira – UFMA, Imperatriz-MA
Aluisio Ferreira de Lima – PUCSP, Fortaleza-CE
Ana Cecilia Silveira Lins Sucupira – USP, São Paulo-SP
Ana Mattos Brito de Almeida – ESP/CE, Fortaleza-CE
Andrea Silvia Walter de Aguiar – UFC, Fortaleza-CE
Ant. Germane Alves Pinto – URCA, Juazeiro do Norte – CE
Anyá Pimentel Gomes F. V. Meyer – FIOcruz, Fortaleza-CE
Betise Mery Alencar S. Macau Furtado – UPE, Recife-PE
Camilla Araújo Lopes Vieira – UFC, Sobral-CE
Camilo Darsi de Souza – UNISC, St^a Cruz do Sul – RS
Carlos Leonardo F. Cunha – UFRJ, Rio de Janeiro – RJ
Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas – UVA, Sobral-CE
Cristianne Maria Famer Rocha – UFRGS, Porto Alegre – RS
Edson Holanda Teixeira – UFC, Fortaleza-CE
Eliany Nazaré Oliveira – UVA, Sobral-CE
Érika Bárbara Abreu F. Thomaz – UFMA, São Luís-MA
Fabiane do Amaral Gubert – UFC, Fortaleza-CE
Fernando Sérgio Pereira de Sousa – UFPI, Floriano-PI
Francisco Arnaldo Nunes de Miranda – UFRN, Natal-RN
Francisco Placido Nogueira Arcanjo – UFC, Sobral-CE
Fco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto – UVA, Sobral-CE
Geison Vasconcelos Lira – UFC, Sobral-CE
Gerardo Cristino Filho – UFC, Sobral-CE
Glauber da Silva Quirino – URCA, Crato-CE
Ivaldinete de Araújo Delmiro Gémes – UVA, Sobral-CE
Izabelle Mont’Alverne N. Albuquerque – UVA, Sobral-CE
Jeane Félix da Silva – UFRGS, Porto Alegre – RS
José Jailson de Almeida Junior – UFRN, Santa Cruz-RN
José Maria Ximenes Guimarães – UECE, Fortaleza-CE

José Olinda Braga – UFC, Fortaleza-CE
José Reginaldo Feijão Parente – UVA, Sobral-CE
Lucia de Fátima da Silva – UECE, Fortaleza-CE
Luis Achilles Rodrigues Furtado – UFC, Sobral-CE
Luiza Jane Eyre de Souza Vieira – UNIFOR, Fortaleza-CE
Marcia Ma. Mont’Alverne de Barros – UFPB, João Pessoa-PB
Maria Adelane Monteiro da Silva – UVA, Sobral-CE
Maria Corina Amaral Viana – URCA, Crato-CE
Maria da Conceição Coelho Brito – ESP-VS, Sobral-CE
Maria de Fatima Antero Sousa Machado – URCA, Crato-CE
Maria de Nazaré de Oliveira Fraga – UFC, Sobral-CE
Maria Fátima de Sousa – UnB, Brasília-DF
Maria Rocineide Ferreira da Silva – UECE, Fortaleza-CE
Maria Socorro de Araújo Dias – UVA, Sobral-CE
Maria Veraci Oliveira Queiroz – UECE, Fortaleza-CE
Maristela Inês Osawa Vasconcelos – UVA, Sobral-CE
Milena Rodrigues Soares Mota – UNICEL, Manaus-AM
Mirna Marques Bezerra Brayner – UFC, Sobral-CE
Paulo Roberto Santos – UFC, Sobral-CE
Roberta Cavalcante Muniz Lira – UFC, Sobral-CE
Simone da Nóbrega Tomaz Moreira – UFRN, Natal-RN
Vicente de Paulo Teixeira Pinto – UFC, Sobral-CE
Yolanda Flores e Silva – UNIVALI, Itajaí- SC

INTERNACIONAL/INTERNATIONAL

Félix Fernando Monteiro Neto – Portugal
Francisco Antonio Loiola – Canadá
Mirella Maria Soares Veras – Canadá
Wilson Jorge Correia Pinto de Abreu – Portugal

PREFEITURA

Ivo Ferreira Gomes
Prefeito

Regina Célia Carvalho
Secretária de Saúde

Maria Socorro de Araújo Dias
Diretora da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia

PRODUÇÃO

Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia - ESP-VS

Maria Socorro de Araújo Dias
Editora Chefe

Antônio Felipe de Vasconcelos Neto
Diagramação

Lielma Carla Chagas da Silva
Maria da Conceição Coêlho Brito
Editores Assistentes

Martônio Holanda
Capa

Versão Digital

SANARE, Revista de Políticas Públicas
v.20, n.1, Jan./Jun. 2021
- Sobral[CE]: Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia, 2021.

Semestral

ISSNe 2317-7748

1. Políticas Públicas.

2. Políticas Públicas – Periódicos

CDD:362.1098131

É permitida a reprodução do material publicado, desde que citada a fonte.

Números anteriores:

Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia
Av. John Sanford, nº 1320 - Bairro Junco - Sobral/CE
CEP: 62030-362 - Fone/Fax: (88) 3614.5520
e-mail: revista_sanare@hotmail.com
Portal Sanare: <http://sanare.emnuvens.com.br/>



5 EDITORIAL

7 LEISHMANIOSE VISCERAL NA REGIÃO DE SOBRAL-CE: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS NOTIFICADOS ENTRE OS ANOS DE 2015 A 2018

VISCERAL LEISHMANIOSIS IN THE REGION OF SOBRAL-CE: EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF CASES NOTIFIED BETWEEN 2015-2018

LEISHMANIASIS VISCERAL EN LA REGIÓN DE SOBRAL-CE: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LOS CASOS NOTIFICADOS ENTRE LOS AÑOS DE 2015 HASTA 2018

Cynira Kezia Rodrigues Ponte Sampaio, Inara Pereira da Cunha, Jaqueline Vilela Bulgareli, Luciane Miranda Guerra, Brunna Verna Castro Gondinho, Karine Laura Cortellazzi

17 CÂNCER DE MAMA: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NA PARAÍBA

BREAST CANCER: EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL PROFILE IN A REFERRAL HOSPITAL IN PARAÍBA

CÂNCER DE MAMA: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA EN PARAÍBA

Jeremias Antunes Gomes Cavalcante, Leônia Maria Batista, Temilce Simões de Assis

25 FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR EM FEIRANTES DE UM MERCADO PÚBLICO NO SERTÃO NORDESTINO

CARDIOVASCULAR RISK FACTORS IN MARKET TRADERS IN A PUBLIC MARKET IN THE SEMI-ARID REGION OF THE NORTHEAST

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN FERIANTE DE UN MERCADO PÚBLICO DEL SERTÃO NORDESTINO

Lucas Teixeira de Sousa Santos, Francisco Douglas Canafistula de Souza, Ângela Maria Liberato Araújo Lopes, Keila Maria de Azevedo Ponte Marques, Dafne Lopes Salles

35 VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL: PRÁTICAS ALIMENTARES DE CRIANÇAS MAIORES DE DOIS ANOS

FOOD AND NUTRITIONAL SURVEILLANCE: EATING HABITS OF CHILDREN OVER TWO YEARS OF AGE

VIGILANCIA ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL: PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE NIÑOS MAYORES DE DOS AÑOS

Brena Barreto Barbosa, Caroline Moreira Arruda, Natália Sales de Carvalho

44 PERCEPÇÕES E DESAFIOS DE PROFISSIONAIS NA EXECUÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

PERCEPTIONS AND CHALLENGES OF PROFESSIONALS EXECUTING THE HEALTH AT SCHOOL PROGRAM

PERCEPCIONES Y RETOS DE LOS PROFESIONALES EN LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE SALUD EN LA ESCUELA

Sâmela Matias Nóbrega, Eline Mara Tavares Macedo, Elayne Cristina Matias Nóbrega

53 SER MENTOR DISCENTE EM MEDICINA: O PERCURSO E A TRANSFORMAÇÃO

BEING A STUDENT MENTOR IN MEDICINE: THE JOURNEY AND TRANSFORMATION

SER ALUMNO MENTOR EN MEDICINA: EL CAMINO Y LA TRANSFORMACIÓN

Francisco Willamy Pedrosa Alves Filho, David Elison de Lima e Silva, Guilherme Bruno Araújo, Karine Magalhães Fernandes Vieira, Roberta Cavalcante Muniz Lira

62 CONDIÇÕES CRÔNICAS EM DOCENTES DO ENSINO SUPERIOR: REVISÃO INTEGRATIVA

CHRONIC CONDITIONS IN POSTSECONDARY TEACHERS: INTEGRATIVE REVIEW

CONDICIONES CRÓNICAS EN PROFESORES DE EDUCACIÓN SUPERIOR: REVISIÓN INTEGRATIVA

Karla Beatriz Barros de Almeida, Juliana Soares Androlage, Reni Barsaglini

73 POLÍTICAS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO PARA A JUVENTUDE NO BRASIL: INTERSETORIALIDADE E ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

HEALTH AND EDUCATION POLICIES FOR YOUTH IN BRAZIL: INTERSECTORIALITY AND NURSES ROLE

POLÍTICAS DE SALUD Y EDUCACIÓN PARA LA JUVENTUD EN BRASIL: INTERSECTORIALIDAD Y DESEMPEÑO DEL ENFERMERO

Emanoel Avelar Muniz, Maria Veraci Oliveira Queiroz, Francisco Clécio da Silva Dutra, Aretha Feitosa de Araújo, Lucilane Maria Sales da Silva, Raimundo Augusto Martins Torres

- 81 PRODUÇÃO CIENTÍFICA BRASILEIRA SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ESTUDO BIBLIOMÉTRICO**
BRAZILIAN SCIENTIFIC PRODUCTION ON HEALTH PROMOTION IN PRIMARY CARE: BIBLIOMETRIC STUDY
PRODUCCIÓN CIENTÍFICA BRASILEÑA SOBRE PROMOCIÓN DE SALUD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA: ESTUDIO BIBLIOMÉTRICO
Xavéle Braatz Petermann, Sheila Kocourek
- 91 FATORES DE RISCO PARA PNEUMONIA ASPIRATIVA EM CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL: REVISÃO INTEGRATIVA**
FACTORES DE RIESGO PARA NEUMONÍA ASPIRATIVA EN LOS NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL: REVISIÓN INTEGRATIVA
RISK FACTORS FOR ASPIRATION PNEUMONIA IN CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY: AN INTEGRATIVE REVIEW
Ligia Rodrigues Carneiro Vasconcelos, Roberto Wagner Júnior Freire de Freitas
- 102 PERFIL, FATORES DE RISCO E PREVALÊNCIA DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER**
PROFILE, RISK FACTORS, AND PREVALENCE OF VIOLENCE AGAINST WOMEN
PERFIL, FACTORES DE RIESGO Y PREVALENCIA DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER
Letícia Barbosa Dias, Lisie Alende Prates, Luiza Cremonese
- 115 CONDIÇÃO DE SAÚDE DAS MULHERES NO SISTEMA CARCERÁRIO BRASILEIRO: UMA REVISÃO DE LITERATURA**
WOMEN'S HEALTH CONDITION IN THE BRAZILIAN PRISON SYSTEM: A LITERATURE REVIEW
CONDICIÓN DE SALUD DE LAS MUJERES EN EL SISTEMA CARCELARIO BRASILEÑO: REVISIÓN DE LA LITERATURA
Gabriele de Brito Braga, Diogo Henrique Tavares, Liení Fredo Herreira, Vanda Maria da Rosa Jardim, Beatriz Franchini
- 131 JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO A MEDICAMENTOS NO BRASIL: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**
JUDICIALIZATION OF ACCESS TO MEDICATION IN BRAZIL: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW
JUDICIALIZACIÓN DEL ACCESO A LOS MEDICAMENTOS EN BRASIL: UNA REVISIÓN INTEGRATIVA DE LA LITERATURA
Letícia Costa de Araújo, Marina Pereira Moita, Lielma Carla Chagas da Silva, Karina Oliveira de Mesquita, Francisco José Leal de Vasconcelos, Maria Socorro de Araújo Dias
- 142 PLANO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: UM COMO FAZER COM BASE NO NORDESTE BRASILEIRO**
PUBLIC POLICY FOR PERMANENT EDUCATION IN HEALTH: A HOW-TO FOR THE BRAZILIAN NORTHEAST
POLÍTICA PÚBLICA DE EDUCACIÓN PERMANENTE EN SALUD: UN CÓMO HACERLO BASADO EN EL NORESTE BRASILEÑO
Ricardo Burg Ceccim, Sílvia Maria Negreiros Bomfim Silva, Luís Fernando de Souza Benício, Kílvia Paula Soares Macedo, Cândido Sampaio de Castro Neto, Karina Oliveira de Mesquita, José Luís Paiva de Mendonça Ferreira, Ívina Maria Siqueira Lima

MAIS EDUCAÇÃO! MAIS SOLIDARIEDADE! MAIS CIÊNCIA!

Apesar de a ficção ter antecipado inúmeras vezes e de a ciência ter alertado outras tantas quanto às possibilidades de a humanidade passar por evento(s) pandêmico(s), isso parecia algo distante que remontava a fatos históricos e, mais uma vez, a algo do plano ficcional ou alarmismo de cientistas pouco conectados à realidade. O mundo, até então, parecia imune a esse tipo de acontecimento. Talvez a incredulidade de gestores e da multidão em geral se devesse às inúmeras crises que teimam em assolar a humanidade: guerras, fome, instabilidades políticas, volatilidades das bolsas de valores, desavenças étnico-religiosas e muito mais, que demandavam uma atenção imediata.

Inesperadamente, em dezembro de 2019, a sociedade global foi alertada sobre a existência de um vírus em uma província distante e desconhecida localizada no território chinês de Wuhan. Mas mesmo esse alerta não foi suficiente para mobilizar governos e boa parte da comunidade científica internacional. Entretanto, um mês depois, em janeiro de 2020, devido à gravidade dos casos e à rapidez com que o vírus se propagava, a Organização Mundial da Saúde (OMS) já classificava a situação na China de Emergência de Saúde Pública de Âmbito Internacional. E, em 11 de março do mesmo ano, os acontecimentos de saúde envolvendo o desconhecido vírus da Covid-19 entraram na categoria de pandemia. Desde então, a vida de todos nós virou de ponta-cabeça!

Em todo o mundo, milhões de pessoas foram infectadas e outras milhões de mortes contabilizadas até o momento. No Brasil, já se chegou ao fatídico número de meio milhão de óbitos. Infelizmente, os números só crescem e há o reconhecimento das autoridades sanitárias quanto à provável subnotificação, ou seja, o cenário é bem mais grave do que o retratado pelas estatísticas oficiais. Os efeitos dramáticos da pandemia não se restringem ao campo tradicional da saúde. Observam-se rebatimentos na economia, na educação, na política, na demografia, nas sociabilidades, entre outros. Destaca-se o fato de que os mais vulneráveis são as principais vítimas dessa situação sanitária. Em todo o globo são os pobres e as populações marginalizadas que estatisticamente se tornam as vítimas mais suscetíveis de contraírem e evoluírem gravemente em relação à Covid-19.

Há consensos entre as principais agências de saúde do mundo e também entre renomados pesquisadores sobre medidas preventivas que ajudam na contenção da propagação da pandemia. Essas providências passam pela prática do distanciamento social, o uso de máscaras e a higiene de ambientes e, principalmente, das mãos, por meio do uso de água e sabão ou do álcool em gel, de modo sistemático, além de políticas de assistência social para as populações mais vulneráveis a fim de mitigar os efeitos da pandemia. Finalmente, o desenvolvimento de vacinas e sua aplicação em massa, globalmente, como estratégia para uma gestão eficiente da crise sanitária. Simples, deveria ser, mas a comunidade de humanos é bem mais complexa do que se tende a supor.

O dramático de toda essa situação tem sido a proliferação de ideias polêmicas que negam as orientações de base científica. Do dia para a noite, assiste-se de forma atônita que qualquer leigo, sem uma formação minimamente adequada, instruído via de regra no subuniverso das redes sociais, passa a propagar informações que vão na contramão da boa ciência. Agrega-se o fato de gestores públicos ocupantes de cargos em diferentes níveis endossarem tais ideias e adotarem comportamentos negacionistas. Trata-se de uma minoria, é verdade, porém suas posturas trazem enormes prejuízos à boa gestão da pandemia. Informações falsas e lideranças não comprometidas com os preceitos científicos confundem e induzem pessoas a comportamentos não compatíveis com os cuidados necessários nestes tempos de pandemia.

A crise sanitária passou a ser, também, uma crise política e de valores. O obscurantismo, que se pensava superado desde os tempos do Iluminismo e, mais recentemente, pelas importantes conquistas que a ciência vinha agregando ao desenvolvimento humano, ressurgiu com muita vitalidade. Tempos estranhos onde a falta de empatia e a política da morte desafiam governos e cidadãos que tentam orientar suas práticas com base em pressupostos científicos e éticos.

Um dos desfechos do cenário descrito é o agravamento da crise sanitária, que tem sua resolução adiada. Outro desdobramento está no aumento do sofrimento da população, que, além das mortes dos entes queridos e das sequelas que podem advir de quem contraiu a Covid-19, vê aumentados o estresse, o adoecimento mental e os impactos socioeconômicos como o empobrecimento, a perda do emprego, entre outros. Os profissionais da saúde que atuam na linha de frente sofrem cada vez mais da fadiga de compaixão dado o prolongado processo de enfrentamento da pandemia.

Malgrado todos esses percalços aqui relatados, verifica-se que a ciência, mesmo sofrendo uma virulenta tentativa de desqualificação, foi capaz de, em tempo recorde, produzir respostas altamente positivas que se traduziram em novos e importantes conhecimentos nos campos da microbiologia, da epidemiologia, da imunologia (no caso das vacinas) e dos cuidados em saúde. A sociedade em geral tem apoiado e acolhido as orientações da comunidade científica. Gestos de solidariedade são registrados em todos os lugares. Os profissionais da saúde, apesar do cansaço extremo, não recuaram na sua missão de salvar vidas. Cada vida importa. Resistir ao negacionismo e à falta de empatia representa um compromisso com a ciência e com a vida. Vai dar certo!!!!

Finalmente, é fundamental o movimento de sistematização dos muitos dos achados e aprendizados que todo esse complexo processo da pandemia tem proporcionado a duras penas. A divulgação dos inúmeros trabalhos de pesquisa em todo o globo é determinante para difundir conhecimentos e dar credibilidade às recomendações dos profissionais de saúde. Este deve ser um movimento constante – estimular a leitura de evidências científicas e dar visibilidade aos resultados de pesquisa que influenciam a realidade da sociedade.

Fica, então, o convite para a leitura do v.20, n.1, 2021, da SANARE – Revista de Políticas Públicas e, assim, a análise acerca das interpretações advindas e reflexão sobre como melhor conduzir práticas em saúde, pois não se faz boa ciência sem transparência e compartilhamentos.

Boa leitura!

José Reginaldo Feijão Parente

Psicólogo

Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA

Doutor em Educação e em Psicologia

<https://orcid.org/0000-0002-6739-0985>

E-mail: reginaldo.fp@hotmail.com

LEISHMANIOSE VISCERAL NA REGIÃO DE SOBRAL-CE: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS NOTIFICADOS ENTRE OS ANOS DE 2015 A 2018

VISCERAL LEISHMANIOSIS IN THE REGION OF SOBRAL-CE: EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF CASES NOTIFIED BETWEEN 2015-2018

LEISHMANIASIS VISCERAL EN LA REGIÓN DE SOBRAL-CE: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LOS CASOS NOTIFICADOS ENTRE LOS AÑOS DE 2015 HASTA 2018

Cynira Kezia Rodrigues Ponte Sampaio ¹

Inara Pereira da Cunha ²

Jaqueline Vilela Bulgareli ³

Luciane Miranda Guerra ⁴

Brunna Verna Castro Gondinho ⁵

Karine Laura Cortellazzi ⁶

Como Citar:

Sampaio CKRP, Cunha IP, Bulgareli JV, Guerra LM, Gondinho BVC, Cortellazzi KL. Leishmaniose visceral na região de Sobral-CE: perfil epidemiológico dos casos notificados entre os anos de 2015 a 2018. Sanare (Sobral, Online). 2021;20(1):7-16.

Palavras-chave:

Leishmaniose visceral; Epidemiologia descritiva; Sistemas de informação.

Keywords:

Visceral Leishmaniasis; Descriptive Epidemiology; Information Systems.

Palabras clave:

Leishmaniasis visceral; Epidemiología descriptiva; Sistemas de información.

Submetido:

02/02/2021

Aprovado:

14/06/2021

Autor(a) para Correspondência:

Inara Pereira da Cunha
E-mail: inara-pereira@hotmail.com

RESUMO

O objetivo do estudo foi descrever o perfil epidemiológico dos casos de leishmaniose visceral (LV) na região de saúde de Sobral, Ceará, entre 2015 e 2018. Tratou-se de estudo descritivo com dados das fichas de notificação compulsória registradas no Sistema de Informações de Agravos de Notificação. Entre os anos estudados foram notificados 247 casos de LV. O coeficiente de incidência diminuiu de 11,91 por 100.000 habitantes, no ano de 2015, para 7,05, no ano de 2018. Houve maior incidência de LV entre pacientes do sexo masculino (63,16%), pardos (88,26%), de 0 a 4 anos (43,72%), com menor nível de escolaridade (10,93%), residentes na zona rural (51,42%), na microrregião de Sobral (46,15%). Verificou-se que 54,66% dos casos evoluíram para cura e 4,05% para óbito. Conclui-se que ainda é alta a incidência de LV na região de saúde de Sobral, de modo que ações públicas para o enfrentamento da doença devem ser realizadas considerando o perfil identificado.

1. Medicina Veterinária. Mestra em Gestão e Saúde Coletiva. Centro Universitário UNINTA. E-mail: ckrpsampaio@hotmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6270-1959>

2. Odontologia. Doutorado em Odontologia. Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser. E-mail: inara-pereira@hotmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5330-6869>

3. Odontologia. Pós-Doutorado em Odontologia. Faculdade de Odontologia. Universidade Federal de Uberlândia. E-mail: jaquelinebulgareli@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7810-0595>

4. Odontologia. Pós-Doutorado em Odontologia. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. Universidade Estadual de Campinas. E-mail: lumiranda1302@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7542-7717>

5. Odontologia. Doutorado em Odontologia. Faculdade de Odontologia e Enfermagem. Universidade Estadual do Piauí. E-mail: bvernagondim@hotmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1061-4407>

6. Odontologia. Pós-Doutorado em Odontologia. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. Universidade Estadual de Campinas. E-mail: karinela@unicamp.br; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9584-9477>

ABSTRACT

The aim of the study was to describe the epidemiological profile of cases of Visceral Leishmaniasis (VL) in the health region of Sobral/Ceará (CE), between 2015 and 2018. This was a descriptive study with data from compulsory notification forms registered in the Notifiable Diseases Information System. In the years studied, 247 cases of VL were notified. The incidence coefficient decreased from 11.91 per 100,000 inhabitants in 2015 to 7.05 in 2018. There was a higher incidence of VL among male patients (63.16%), mulattos (88.26%), from 0 to 4 years old (43.72%), with lower educational level (10.93%), residing in the rural area (51.42%), in the micro-region of Sobral (46.15%). We found that 54.66% of the cases evolved to cure and 4.05% to death. The conclusion was that the incidence of VL is still high in the health region of Sobral/CE. Public actions to fight the disease must be carried out considering the profile identified.

RESUMEN

El estudio tiene como objetivo describir el perfil epidemiológico de los casos de Leishmaniasis visceral (LV) en la región sanitaria de Sobral/Ceará (CE), entre 2015 y 2018. Se trató de un estudio descriptivo con los datos de los formularios de notificación compulsoria registradas en el Sistema de Informaciones de Agravios de Notificación. En los años estudiados, fueron notificados 247 casos de LV. El coeficiente de incidencia disminuyó de 11,91 por 100.000 habitantes en el año de 2015, para 7,05 en el año de 2018. Hubo más incidencia de LV entre los pacientes del sexo masculino (63,16%), pardos (88,26%), de 0 a 4 años (43,72%), con bajo nivel de escolaridad (10,93%), residentes en la zona rural (51,42%), en la microrregión de Sobral (46,15%). Se verificó que 54,66% de los casos evolucionaron a la cura y 4,05% para defunción. Se concluye que todavía es alta la incidencia de LV en la región sanitaria de Sobral/CE. Acciones públicas para el enfrentamiento de la enfermedad deben ser realizadas considerando el perfil identificado.

INTRODUÇÃO

Leishmania é um gênero de protozoários que parasitam células fagocíticas, especialmente do sistema imunológico, que podem ser transmitidos para cães domésticos e infectar seres humanos por meio da picada de insetos da subfamília dos *flebotomíneos*¹. Essa é uma zoonose conhecida como Leishmania Visceral (LV), cujos sintomas iniciais são úlceras na pele, seguidas de febre alta, diminuição dos glóbulos vermelhos e aumento de volume do baço e fígado. Quando não tratada, a doença pode levar a óbito em 90% casos².

Dada à magnitude do problema, a LV é uma condição que deve ser notificada pelo profissional da área da saúde, diante da suspeita ou confirmação do agravo, sendo registrado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Essas informações registradas são disponibilizadas à população por meio do acesso à internet e tornam-se de fundamental importância para traçar perfis epidemiológicos de agravos, detectando surtos, epidemias e apontando para estratégias de enfrentamento³.

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), foram reportados 59.769 casos novos nos países da América, resultando em uma média de 3.516 casos por ano entre os anos de 2001 a 2017. O Brasil notificou nesse período 96% (57.582) de novos casos, à frente dos países Sul Americanos como Argentina, Colômbia, Paraguai e Venezuela⁴. Ainda, o Ministério da Saúde (MS) informa que 3.500 casos são registrados anualmente no país e o coeficiente de incidência é de 2 casos a cada 100.000 habitantes. Nos últimos anos, a letalidade aumentou de 3,1% em 2000 para 7,1% em 2012⁵.

É predominante a endemia da LV no Nordeste do Brasil. Nessa região, o Ceará descreve casos desde a década de 1930. De 2008 a 2018, o estado registrou 6.946 novos casos, com média anual de 534 registrados, incidência média de 6,7 casos por 100.000 habitantes e 414 óbitos⁶. Nesse contexto, a região de Sobral, interior do Ceará, registra desde o ano de 2002 casos de LV,⁷ e foi o cenário do primeiro surto epidêmico da doença no país⁸, despertando, desde então, a necessidade de investigações epidemiológicas na região^{7,9}.

Desde a sua classificação como área de transmissão intensa de LV, Sobral realiza ações de enfrentamento que culminaram com a aparente diminuição da doença ao longo dos anos, de 173 novos casos, entre 2001 e 2010⁷, para 61 casos entre os anos de 2011 a 2015⁹. Porém, Sobral compõe, com outros municípios, a região de saúde de Sobral, apresentando peculiaridades ambientais, climáticas, geográficas, urbanas e culturais que favorecem a existência e propagação de vetores de várias doenças, dentre os quais, os flebotomíneos¹⁰. Dessa forma, também é importante considerar a região de saúde como campo de investigação do endemismo da doença.

Visando contribuir para o conhecimento acerca das características epidemiológicas da LV e embasar o planejamento das ações no âmbito da vigilância e no controle da doença, o presente estudo teve como objetivo descrever o perfil epidemiológico da leishmaniose visceral na região de saúde de Sobral, região Norte do estado do Ceará, por meio dos casos notificados no período de 2015 a 2018.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo-exploratório com todos os dados secundários notificados de LV na região de Sobral, Ceará, registrados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação¹¹ no período de 2015 a 2018.

O presente estudo considerou como campo de investigação a região de saúde de Sobral, organizada a partir do princípio da regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS). No estado do Ceará, a regionalização em saúde, período da coleta, estava organizada em 22 microrregiões de saúde e 3 macrorregiões de saúde (Sobral, Fortaleza e Cariri)¹².

À época, a região de saúde de Sobral, ou macrorregião de Sobral, era composta pelas microrregiões de Sobral, Acaraú, Tianguá, Crateús e Camocim, que totalizam 55 municípios. A microrregião de Sobral situa-se ao norte e é formada por 24 municípios, configurando-se na maior coordenadoria em relação ao número de cidades. A região de saúde de Sobral possui uma estimativa populacional de 638.065 habitantes, tendo 201.756 habitantes o município com maior população (Sobral)¹². A área territorial da região apresenta 17.333,51 km²¹³.

Os dados sobre as notificações de LV da

região de saúde de Sobral estavam disponíveis no programa TABNET do departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil¹¹. Os mesmos foram transcritos para o programa *Microsoft Excel* e tabulados para posterior análise. Nessa etapa, foram calculadas as frequências e porcentagens das seguintes variáveis dos usuários acometidos por LV: sexo, faixa etária, raça, nível de escolaridade, tipo de moradia e local de residência. As características da doença também foram tabuladas e descritas (tipo de entrada no sistema de saúde, critério de confirmação do diagnóstico, coinfeção por HIV e evolução do caso).

Realizou-se análise descritiva por meio de tabelas de frequência e porcentagem, com o auxílio do *Microsoft Office Excel* 2010. As estimativas populacionais empregadas para o cálculo do coeficiente de incidência por 100.000 habitantes foram obtidas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), considerando a população estimada de 638.065 habitantes na região de saúde de Sobral¹⁴.

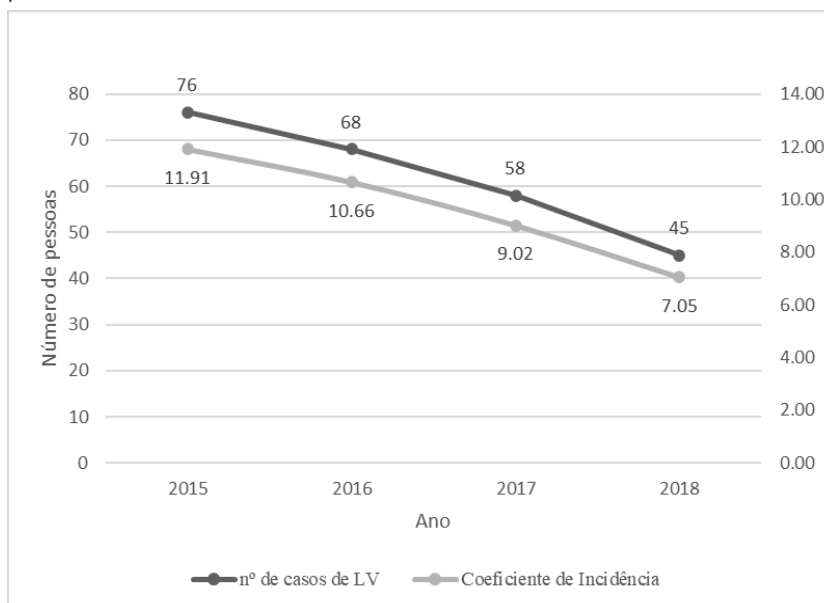
Os municípios brasileiros podem ser divididos em três classes de transmissão de LV, dependendo do número de notificações nos últimos anos. Os municípios com média de casos menor que 2,4 são classificados como de transmissão esporádica; os municípios com média de casos maior ou igual a 2,4 são classificados como transmissão moderada; e aqueles que estão com média de casos maior ou igual a 4,4 são classificados como de transmissão intensa². Assim, para a classificação de transmissão de LV nos municípios da região de saúde de Sobral-CE, foram utilizados esses critérios mencionados.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas (FOP-Unicamp), de acordo com as normas estabelecidas pela Resolução n.º 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, sob parecer número 3.094.700/2018.

RESULTADOS

No período de 2015 a 2018, foram notificados 247 dos casos de LV na região de Sobral. Na Figura 1, apresenta-se o número de casos e o coeficiente de incidência de leishmaniose visceral notificados na região, no período de 2015 a 2018.

Figura 1. Número de casos e coeficiente de incidência de leishmaniose visceral notificados na região de saúde de Sobral-CE, no período de 2015 a 2018.



Fonte: Ministério da Saúde/SVS, SINAN Net¹¹.

O coeficiente de incidência e o número de casos registrados nesse período mostram uma tendência linear decrescente dos casos: de 11,91 no ano de 2015 para 7,05 no ano de 2018.

Já na Tabela 1, têm-se as características demográficas dos casos de leishmaniose visceral notificados na Região de Sobral, no período estudado.

Tabela 1. Características demográficas dos casos de leishmaniose visceral notificados na região de saúde de Sobral-CE, no período de 2015 a 2018.

Características	2015	2016	2017	2018	Total
	(N=76)	(N=68)	(N=58)	(N=45)	(N=247)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Sexo					
Masculino	41 (53,95)	45 (66,18)	40 (68,97)	30 (66,67)	156 (63,16)
Feminino	35 (46,05)	23 (33,82)	18 (31,03)	15 (33,33)	91 (36,84)
Raça/cor					
Branca	2 (2,63)	2 (2,94)	3 (5,17)	0 (0,00)	7 (2,83)
Preta	1 (1,32)	5 (7,35)	3 (5,17)	1 (2,22)	10 (4,05)
Parda	72 (94,73)	55 (80,89)	50 (86,21)	41 (91,11)	218 (88,26)
Índio	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (2,22)	1 (0,40)
Ignorado/Branco	1 (1,32)	6 (8,82)	2 (3,45)	2 (4,44)	11 (4,45)
Faixa etária (em anos)					
0-4	41 (53,95)	23 (33,82)	28 (48,28)	16 (35,56)	108 (43,72)
5-14	10 (13,16)	12 (17,65)	8 (13,79)	6 (13,33)	36 (14,57)
15-19	3 (3,95)	5 (7,35)	4 (6,90)	2 (4,44)	14 (5,67)
20-39	13 (17,10)	17 (25,00)	7 (12,07)	12 (26,68)	49 (19,84)
40-59	6 (7,89)	6 (8,83)	9 (15,52)	5 (11,11)	26 (10,53)
60-64	1 (1,32)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (2,22)	2 (0,81)
65-69	2 (2,63)	2 (2,94)	1 (1,72)	1 (2,22)	6 (2,43)
>69 anos	0 (0,00)	3 (4,41)	1 (1,72)	2 (4,44)	6 (2,43)

Características	2015	2016	2017	2018	Total
	(N=76)	(N=68)	(N=58)	(N=45)	(N=247)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Escolaridade					
Analfabeto	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (5,17)	1 (2,22)	4 (1,62)
1ª a 4ª série incompleta	0 (0,00)	0 (0,00)	6 (10,34)	2 (4,44)	8 (3,24)
4ª série completa	2 (2,63)	2 (2,94)	0 (0,00)	0 (0,00)	4 (1,62)
5ª a 8ª série incompleta	6 (7,89)	10 (14,71)	7 (12,07)	4 (8,89)	27 (10,93)
Ensino fundamental completo	0 (0,00)	1 (1,47)	0 (0,00)	3 (6,67)	4 (1,62)
Ensino médio incompleto	1 (1,32)	2 (2,94)	2 (3,45)	2 (4,44)	7 (2,83)
Ensino médio completo	0 (0,00)	2 (2,94)	0 (0,00)	1 (2,22)	3 (1,21)
Não se aplica	44 (57,90)	26 (38,24)	30 (51,72)	18 (40)	118 (47,77)
Ignorado/Branco	23 (30,26)	25 (36,76)	10 (17,24)	14 (31,12)	72 (29,15)
Tipo de Moradia					
Urbana	30 (39,47)	38 (55,88)	26 (44,83)	19 (42,22)	113 (45,75)
Rural	44 (57,90)	29 (42,65)	30 (51,72)	24 (53,34)	127 (51,42)
Ignorado/Branco	2 (2,63)	1 (1,47)	2 (3,45)	2 (4,44)	7 (2,83)
Localização da residência					
Município de Sobral	14 (18,43)	13 (19,12)	6 (10,34)	7 (15,55)	40 (16,20)
Microrregião de Saúde de Sobral	33 (43,42)	38 (55,88)	28 (48,27)	15 (33,33)	114 (46,15)
Macrorregião de Saúde de Sobral	29 (38,15)	17 (25,00)	24 (41,39)	23 (51,12)	93 (37,65)

Fonte: Ministério da Saúde/SVS, SINAN Net¹¹.

No período estudado, houve predominância do sexo masculino (63,16%), a maioria foi classificada como parda (88,26%), sendo a maior ocorrência de casos de LV na faixa etária de 0 a 4 anos (43,72%). Além disso, 21,86% dos indivíduos tinham nível de escolaridade abaixo do superior completo. De acordo com o tipo de moradia e localização da residência, o maior percentual de casos observado foi na área rural, com um total de 51,42% de notificações, e na microrregião de Sobral (46,15%).

Com relação às notificações na região de saúde de Sobral (macrorregião), observou-se o registro de casos de LV em 45 municípios, sendo 23 deles localizados na macrorregião de Sobral, e 22 municípios na microrregião sobralense. Houve uma média maior que 4,4 casos notificados durante os anos de 2015 a 2018, nos municípios de Sobral (média de $16 \pm 4,08$) e Granja (média de $4,5 \pm 3,11$), sendo então classificados como áreas de transmissão intensa de LV. Os municípios com média maior ou igual a 2,4 casos notificados, e classificados como área de transmissão moderada, foram: Coreaú (média de $3,23 \pm 1,26$), Massapê (média de $3,5 \pm 1,29$) e Viçosa do Ceará (média de $4 \pm 1,63$). Os demais municípios foram classificados como área de transmissão esporádica (média $< 2,4$ casos notificados).

Na Tabela 2, apresentam-se as características clínicas dos casos de leishmaniose visceral notificados na região de saúde de Sobral.

Tabela 2. Características clínicas dos casos de leishmaniose visceral notificados na região de saúde de Sobral-CE, no período de 2015 a 2018.

Características	2015	2016	2017	2018	Total
	(N=76)	(N=68)	(N=58)	(N=45)	(N=247)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Tipo de entrada no sistema de saúde					
Ignorado/Branco	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (3,45)	1 (2,22)	3 (1,21)
Caso novo	54 (71,05)	51 (75)	44 (75,86)	34 (75,56)	183 (74,09)

Características	2015 (N=76)	2016 (N=68)	2017 (N=58)	2018 (N=45)	Total (N=247)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Recidiva	1 (1,32)	4 (5,88)	2 (3,45)	2 (4,44)	9 (3,64)
Transferência	21 (27,63)	13 (19,12)	10 (17,24)	8 (17,75)	52 (21,05)
Critério de confirmação					
Laboratorial	74 (97,37)	67 (98,53)	49 (84,48)	35 (77,78)	225 (91,09)
Clínico-epidemiológico	2 (2,63)	1 (1,47)	9 (15,52)	10 (22,22)	22 (8,91)
Coinfecção por HIV					
Ignorado/Branco	12 (15,79)	17 (25,00)	8 (13,79)	9 (20,00)	46 (18,62)
Sim	0 (0,00)	3 (4,41)	2 (3,45)	2 (4,44)	7 (2,83)
Não	64 (84,21)	48 (70,59)	48 (82,76)	34 (75,56)	194 (78,54)
Evolução do caso					
Ignorado/Branco	10 (13,16)	14 (20,59)	3 (5,17)	8 (17,78)	35 (14,17)
Cura	36 (47,37)	40 (58,82)	28 (48,28)	31 (68,89)	135 (54,66)
Abandono	1 (1,32)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,40)
Óbito por leishmaniose visceral	5 (6,58)	1 (1,47)	4 (6,90)	0 (0,00)	10 (4,05)
Óbito - outra causa	0 (0,00)	1 (1,47)	0 (0,00)	1 (2,22)	2 (0,81)
Transferência	24 (31,57)	12 (17,65)	23 (39,65)	5 (11,11)	64 (25,91)

Fonte: Ministério da Saúde/SVS, SINAN Net¹¹.

Em relação ao tipo de entrada no sistema de saúde, 74,09% foram casos novos e 91,09% dos indivíduos tiveram o critério laboratorial como confirmação de diagnóstico, em detrimento do critério exclusivamente clínico-epidemiológico (8,91%). Na maioria dos casos não houve coinfecção por HIV (78,54%). Ainda, durante o período avaliado, 54,66% dos casos de LV notificados na região de Sobral evoluíram para a cura, 25,91% receberam transferência para outro local, 4,05% evoluíram para o óbito e 1 caso (0,4%) abandonou o tratamento.

DISCUSSÃO

A região de saúde de Sobral, no estado do Ceará, parece apresentar um processo de diminuição endêmica de LV. O presente estudo identificou que, na região, houve 247 casos confirmados entre 2012 a 2018; para o mesmo período, houve um decréscimo no coeficiente de incidência de 11,91 para 7,05 novos casos a cada 100.000 habitantes.

Segundo o Ministério da Saúde, foram confirmados, no Brasil, 4.103 casos em 2017, com um coeficiente de incidência de 1,98 novos casos a cada 100.000 habitantes, sendo que 44,5% foram registrados na Região Nordeste¹. Tal fato demonstra que a região de saúde de Sobral, quando

comparada aos indicadores nacionais, apresenta alta incidência de LV, mesmo com a tendência de diminuição de casos reportados ao SINAN.

Em anos anteriores, o número de notificações no município de Sobral foi menor^{7,9}. Observa-se que, nesse município, foram registrados, em 2014, 25 novos casos, número menor do que o registrado em 2011, de 53 notificações⁹. Os resultados presentes reforçam essa tendência decrescente de LV no município de Sobral, pois, durante o período estudado, foi possível verificar que o número de novos casos diminuiu de 14 para 7, nos anos de 2015 e 2018, respectivamente.

Entretanto, analisando a LV na perspectiva da região de saúde, observa-se um avanço geográfico da zoonose no período considerado no estudo. Além do município de Sobral ter sido classificado como área de transmissão intensa, a mesma classificação foi observada para o município de Granja, localizado na macrorregião de Sobral. Foram classificadas como áreas de transmissão moderada as cidades de Coreaú, Ipu, Massapê e Viçosa do Ceará. Esses municípios apresentam características demográficas similares, tais como fatores climáticos, temperatura, umidade e pluviometria, e que influenciam na população de flebotomíneos¹⁵. Além disso, há a correlação da densidade desses vetores com a presença de vegetações (raízes,

troncos de árvores e matéria orgânica do solo), que podem ser abrigos ou criadouros do vetor¹⁰.

Destaca-se também que as habitações humanas em lugares inadequados, a construção desordenada de abrigos de animais domésticos e a carência das condições mínimas de saneamento básico são condições comuns em áreas rurais e periféricas de centros urbanos. Essas condições favorecem não apenas a infecção dos animais domésticos, reservatórios de *Leishmania*, como também a proliferação de flebotomíneos e a propagação da doença em humanos¹⁰.

Frente a essas condições de vida, que também podem ser encontradas na região de saúde de Sobral, a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará implantou estratégias voltadas para o controle da doença, como identificação e eliminação dos reservatórios, dentre eles o cão, aplicação de inseticidas para a eliminação do vetor, diagnóstico e tratamento adequado dos casos registrados. O objetivo principal do Programa de LV, na região, é a redução da letalidade por meio do diagnóstico e do tratamento precoce. As ações para o controle da doença envolvem: o tratamento dos casos confirmados; realização de inquérito sorológico canino censitário e capacitação de profissionais para diagnóstico e tratamento da LV⁶.

Para tornar as ações de controle da doença ainda mais eficazes, o conhecimento do perfil epidemiológico da LV se faz necessário, uma vez que permite a identificação de grupos vulneráveis¹⁶. Vale ressaltar que essa caracterização é imperativa para ações de prevenção da doença¹⁷. Assim, ao identificar o perfil dos casos acometidos, foi observado nos resultados apresentados maior incidência da doença em indivíduos do sexo masculino, corroborando os achados anteriores¹⁸.

Não há maior susceptibilidade de LV conforme a cor de pele/raça. No entanto, há maior risco da doença de acordo com as condições de renda, que geralmente é menor entre os pardos/negros e na população de menor escolaridade¹⁹. Há estudos que reportaram que a população de cor parda e de menor nível escolar, por não ter acesso aos bens e serviços básicos, e/ou por não adotar medidas de prevenção à LV, é a mais acometida²⁰⁻²². De acordo com a literatura, os casos de LV entre pardos corresponderam a 79,19% de uma população estudada no Nordeste⁷.

Quanto à escolaridade, cabe ainda destacar que o nível de instrução considerado ignorado, em

branco ou não se aplica correspondeu a 79,93% dos achados, isso pode ser um reflexo do número de crianças menores de 4 anos de idade notificadas e que ainda não iniciaram a trajetória escolar, não sendo, desse modo, registradas as informações sobre escolaridade nesse campo da ficha de notificação. Resultado semelhante foi reportado anteriormente no município de Sobral⁹.

Em se tratando da faixa etária, há um maior número de casos de LV no Ceará, entre as crianças menores de 10 anos⁶. Em Sobral, no período de 2011 a 2015, foram notificados 34 casos na faixa de 1 a 4 anos, correspondendo a 23% dos casos notificados naquele período⁹. Números maiores de notificações foram identificados no presente trabalho. A justificativa para esse achado pode ser analisada pela questão imunológica da criança, que ainda nos primeiros anos de vida está em desenvolvimento. Além disso, há um contato mais frequente das crianças com os animais domésticos²³, o que pode contribuir com a ocorrência da afecção.

A LV, por tempos, era restrita às áreas rurais, e vem avançando para a periferia dos centros urbanos¹⁸. Contudo, apesar da urbanização da doença, os casos notificados na zona rural ainda foram maiores na região de saúde de Sobral. Sabe-se que cães, possíveis reservatórios da parasitose, quando residentes em áreas com maior cobertura de vegetação esparsa, apresentam maior prevalência da infecção do que aqueles que residem em áreas menos vegetadas, sendo esse um fator importante para a proliferação da LV²⁴. Durante o período de 2008 a 2017, 73.964 cães foram testados para a LV no município de Sobral, e 2.833 (3,8%) foram positivos. No mesmo período, a triagem dos animais foi considerada inconsistente e relativamente baixa, devido à falta de testes sorológicos²⁵. Portanto, medidas de prevenção voltadas para a triagem de animais, nas zonas rurais da região de saúde de Sobral, devem ser discutidas no planejamento local.

Dentre os indivíduos com LV no período do estudo, 74,09% das notificações foram inseridas no sistema de saúde como novos casos; percentual semelhante ao identificado no município de Sobral em anos anteriores (73,62%)⁹. Apesar da constante notificação de novos casos, destaca-se a importância do diagnóstico precoce. Foi revelado nos achados presentes que a confirmação da LV por critérios laboratoriais ocorreu em cerca de 90% dos casos.

O diagnóstico precoce, por testes laboratoriais,

aliado à preparação dos profissionais de saúde e uso de medicamentos adequados, contribuem para o aumento da cura da doença⁹. Na região de saúde de Sobral, as taxas de cura da doença e de óbitos demonstram uma possível eficiência do sistema de saúde voltada para a prestação de cuidados aos pacientes acometidos. Essa premissa baseia-se na avaliação dessas taxas em anos anteriores, sendo de 44,11% e 5,88%, respectivamente, considerando o município de Sobral⁷.

A LV vem emergindo como doença oportunista em pessoas infectadas com o HIV, bem como em pessoas submetidas a transplantes e em associação com outras condições em que há comprometimento da imunidade²⁶. Por isso, a avaliação de casos de coinfeção por HIV nas notificações de LV deve fazer parte do monitoramento da doença. O presente estudo identificou que em torno de 78% dos casos não tiveram coinfeção por HIV, número abaixo do reportado em outras regiões do Nordeste²⁷. No estado do Ceará, por exemplo, houve uma média anual, entre 2007 a 2011, de $31,8 \pm 6,0$ indivíduos apresentando coinfeção HIV-LV, com aproximadamente 57,2% dos casos provenientes do município de Fortaleza¹⁸. Tal informação aponta para um maior controle dessa condição na região investigada.

Diante dos achados, é possível constatar que a frequência de LV nos municípios da região de saúde de Sobral, no período de 2015 a 2018, apresentou uma redução no coeficiente de incidência, porém é uma situação considerada distante da meta a ser alcançada para o controle da transmissão da doença. Foram verificados a frequência das notificações em áreas de transmissão intensa (Sobral e Granja) e o perfil da população mais acometida. Portanto, o estudo sinaliza que esses municípios precisam ser averiguados com maior cuidado, sendo preciso o desenvolvimento de ações direcionadas a esse segmento populacional identificado. Sugere-se, assim, disponibilizar estrutura adequada para o rastreio e triagem de animais domésticos, debater ações articuladas entre atenção primária em saúde e vigilância em saúde e promover a sensibilização das equipes de saúde no momento dos atendimentos dos casos suspeitos e confirmados.

Outra questão que necessita de destaque é o uso dessas informações para aprimorar as atividades de educação em saúde. A educação em saúde dos sujeitos mais vulneráveis, por meio da incorporação de medidas simples como a limpeza dos quintais,

terrenos, eliminação de resíduos e criadouros de vetores, uso de mosquiteiro, telas nas portas e janelas, e o cuidado com a saúde dos animais domésticos, são algumas das estratégias que podem ser aplicadas pela comunidade e que interferem no ciclo de contaminação da LV²⁸. É fundamental que a população se responsabilize também pelas medidas preventivas e participe ativamente das discussões que visem levantar as possíveis medidas de enfrentamento da LV.

Ressalta-se também que, por se tratar de um estudo transversal, e depender de dados secundários, a pesquisa apresenta algumas limitações, como a possibilidade de subnotificações de LV, bem como incoerências no preenchimento das fichas. No entanto, as informações evidenciadas são pertinentes no planejamento e monitoramento da transmissão da doença, com a finalidade de melhorar o quadro epidemiológico, já que ainda se encontra como um problema de saúde pública na região.

CONCLUSÃO

O perfil epidemiológico da região de saúde de Sobral ainda aponta para a endemicidade da doença, com maior concentração de acometidos no sexo masculino, crianças de 0 a 4 anos de idade, raça parda, com baixa escolaridade e residentes na zona rural. Ainda, durante o período estudado, mais da metade dos casos evoluíram para a cura. Apesar da tendência de queda nos valores do coeficiente de incidência e no número de novos casos de LV, ainda se faz necessária a implantação de estratégias de vigilância e prevenção da LV, considerando as características identificadas.

CONTRIBUIÇÃO DAS AUTORAS

Cynira Kezia Rodrigues Ponte Sampaio e Karine Laura Cortellazzi participaram da concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados; **Inara Pereira da Cunha, Jaqueline Vilela Bulgareli, Luciane Miranda Guerra e Brunna Verna Castro Gondinho** contribuíram com a redação ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância Epidemiológica Coordenação Geral de Doenças Transmissíveis,

- Leishmaniose visceral [document on the internet]. 2017 [cited 2020 Mar 12]. Available from: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/janeiro/28/leishvisceral-17-novo-layout.pdf>
2. Brasil. Manual de vigilância e controle da leishmaniose visceral. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
 3. Barreto ML, Teixeira MG, Bastos FI, Ximenes RAA, Barata RB, Rodrigues LC. Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. Lancet. 2011;(3):47-60. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60202-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60202-X)
 4. Organização Pan-Americana da Saúde. Informe Epidemiológico das Américas [home-page on the internet]. 2019 [cited 2019 Mar 17]. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51738>
 5. Brasil. Leishmaniose Visceral: o que é, causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção [home-page on the internet]. Ministério da Saúde; 2017 [cited 2020 Mar 18]. Available from: <https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/leishmaniose-visceral>
 6. Ceará. Boletim epidemiológico: leishmaniose visceral 24 de outubro de 2018 [document on the internet]. Fortaleza: Governo do Estado; 2018 [cited 2020 Mar 18]. Available from: https://www.saude.ce.gov.br/wpcontent/uploads/sites/9/2018/06/boletim_leishmaniose_24_10_2018.pdf
 7. Oliveira LS, Neto RVD, Braga PET. Perfil epidemiológico dos casos de leishmaniose visceral em Sobral, Ceará no período de 2001 a 2010. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2018 [cited 2020 Mar 18];17(1):21-57. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/323>
 8. Lainson R, Rangel EF. Lutzomyia longipalpis and the eco-epidemiology of American visceral leishmaniasis, with particular reference to Brazil - A Review. Memória do Instituto Oswaldo Cruz. 2005;100(1):811-27.
 9. Sousa NA, Linhares CB, Pires FGB, Teixeira TC, Lima JS, Nascimento MLO. Perfil epidemiológico dos casos de leishmaniose visceral em Sobral-CE de 2011 a 2015. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2018 [cited 2020 Mar 18];17(1):51-7. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1222>
 10. Macedo ITF, Bevilacqua CML, Morais NB, Sousa LC, Linhares FE, Amora SSA, et al. Sazonalidade de flebotomíneos em área endêmica de leishmaniose visceral no município de Sobral, Ceará, Brasil. Ciênc anim. 2008;18(2):67-74.
 11. Sistema de Informação de Agravos de Notificação Sinan [home-page on the internet]. 2018 [cited 2019 Dec 20]. Available from: <https://portalsinan.saude.gov.br/>
 12. Ceará. Regionalização da Saúde [home-page on the internet]; 2018 [cited 2020 Mar 18]. Available from: <https://www.saude.ce.gov.br/2008/09/09/unidades-regionais-de-saude/>
 13. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará. Perfil das Regiões de Planejamento [home-page on the internet]. 2017 [cited 2020 Mar 21]. Available from: <https://www.ipece.ce.gov.br/regioes-de-planejamento/>
 14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico [home-page on the internet]. 2010 [citado 2020 Mar 18]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/?codmun=231290>
 15. Silvino AS, Silva KB, Sousa-Paula LC, Dias RD, Braga PET. Caracterização de flebotomíneos em bairros de Sobral, Ceará. Revista da Biologia. 2017;12(17). doi: <https://doi.org/10.7594/revbio.17.02.04>
 16. Paim JS. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. Ciênc Saúde Colet. 2003;8(2):557-67. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000200017>
 17. Barbosa MN, Guimarães EAZ, Luz ZMP. Avaliação de estratégia de organização de serviços de saúde para prevenção e controle da leishmaniose visceral. Epidemiol Serv Saúde. 2016;25(3):563-74. doi: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742016000300012>
 18. Cavalcante IJM, Vale MR. Aspectos epidemiológicos da leishmaniose visceral (calazar) no Ceará no período de 2007 a 2011. Rev Bras Epidemiol. 2014;17(4):911-24. doi: <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400040010>
 19. Gomes MRS, Solange CI. Assimetrias salariais de gênero e a abordagem regional no Brasil: uma análise segundo a admissão no emprego e setores de atividade. Rev econ contemp. 2018;22(3): e182234. doi: <https://doi.org/10.1590/198055272234>
 20. Farias HMT, Gusmão JF, Aguilar RV, Barbosa SFA. Perfil epidemiológico da leishmaniose visceral humana nas regiões de saúde do norte de Minas Gerais. Enf foco. 2019;10(2):90-96. doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n2.1887>
 21. Silva-Filho AG, Carmo DM, Marques AS, Afonso MPD, Oliveira SV. Situação epidemiológica das

leishmanioses em Uberlândia, Minas Gerais. Rev Saúde Coletiva da UFES. 2019;9(1):166-72. doi: <https://doi.org/10.13102/rscdauefs.v9i0.4435>

22. Menezes JA, Luz TCB, Sousa FF, Verne RN, Lima FP Margonari C. Fatores de risco peridomiciliares e conhecimento sobre leishmaniose visceral da população de Formiga, Minas Gerais. Rev Bras Epidemiol. 2016;19(2):362-74. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600020013>

23. Queiroz MJA, Alves JGB, Correia JB. Leishmaniose visceral: características clínico-epidemiológicas em crianças de área endêmica. J Pediatr. 2004;80(2):141-46. doi: <https://doi.org/10.1590/S0021-75572004000200012>

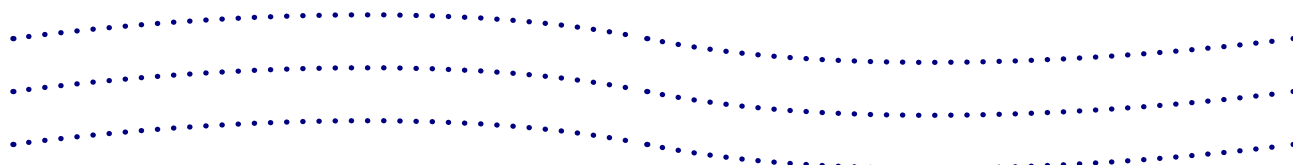
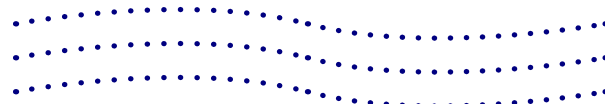
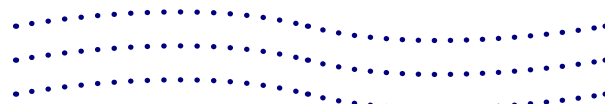
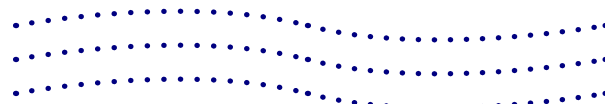
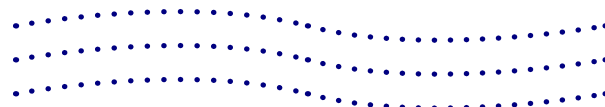
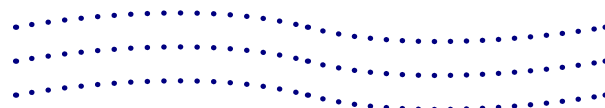
24. Rotti AT, Werneck GL, Almeida AS, Figueiredo FB. Fatores ambientais associados à ocorrência de leishmaniose visceral canina em uma área de recente introdução da doença no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública. 2018;34(1):e00021117. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00021117>

25. Sousa-Paula LC, Silva LGD, Sales KGDS, Dantas-Torres F. Failure of the dog culling strategy in controlling human visceral leishmaniasis in Brazil: A screening coverage issue? PLoS Negl Trop Dis. 2019;13(6):e0007553. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0007553>

26. Sousa RLT, Nunes MI, Freire S.M. Perfil epidemiológico de pacientes com leishmaniose visceral notificados em hospital de referência em Teresina-PI. RIES. 2019;8(1):126-35.

27. Carvalho FL, Aires DLS, Segunda ZF, Azevedo ZMP, Corrêa RGCF, Aquino DMC, et al. Perfil epidemiológico dos indivíduos HIV positivo e coinfeção HIV-Leishmania em um serviço de referência em São Luís, MA, Brasil. Ciênc Saúde Colet. 2013;18(5):1305-12. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000500015>

28. Martins CP, Brandão MGSA, Braga MM, Sampaio LBF, Barros LM, Pacheco JCB. Monitoramento epidemiológico como instrumento de apoio à gestão de saúde: análise das notificações de leishmaniose visceral em Sobral, Ceará. Rev Adm Saúde. 2018;18(72). doi: <https://doi.org/10.23973/ras.72.117>



CÂNCER DE MAMA: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NA PARAÍBA

BREAST CANCER: EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL PROFILE IN A REFERRAL HOSPITAL IN PARAÍBA

CÁNCER DE MAMA: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA EN PARAÍBA

Jeremias Antunes Gomes Cavalcante ¹Leônia Maria Batista ²Temilce Simões de Assis ³**Como Citar:**

Cavalcante JAG, Batista LM, Assis TS. Câncer de mama: perfil epidemiológico e clínico em um hospital de referência na Paraíba. Sanare (Sobral, Online). 2021;20(1):17-24.

Palavras-chave:

Câncer; Epidemiologia; Mastectomia.

Keywords:

Cancer; epidemiology; mastectomy.

Palabras clave:

Cáncer; epidemiología; mastectomía.

Submetido:

10/11/2020

Aprovado:

16/06/2021

Autor(a) para Correspondência:

Jeremias Antunes Gomes Cavalcante
E-mail: jeremiasig1@gmail.com

RESUMO

O câncer de mama no Brasil caracteriza-se como um grande problema de saúde e está entre o ranking dos cânceres mais prevalentes entre as mulheres. Objetiva-se, neste artigo, caracterizar o perfil epidemiológico, tipos de cânceres de mama e cirurgias realizadas em mulheres atendidas em um hospital de referência do município de João Pessoa, Paraíba. Trata-se de estudo documental, retrospectivo, descritivo, transversal e quantitativo. Foram incluídos no estudo prontuários de usuárias maiores de 18 anos diagnosticadas com câncer de mama e que realizaram quimioterapia no ano de 2018. Nota-se que 47,9% das mulheres tinham entre 45 e 59 anos, 39% eram solteiras, 81,8% pardas, 22,2% com ensino fundamental incompleto, 33,3% com histórico de câncer na família. Dentre elas, 78,6% possuíam carcinoma ductal invasivo e 52,2% em grau histológico II. Além disso, 69,0% realizaram mastectomia, sendo 68,8% mastectomias radicais. O câncer de mama representa um problema de saúde pública, necessitando de atenção elevada, pois apresenta alto impacto na saúde física, mental e na qualidade de vida da mulher. É necessário intensificar, portanto, as políticas de prevenção e diagnóstico do câncer de mama.

1. Graduando em farmácia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Departamento de Ciências Farmacêuticas (DCF-UFPB). E-mail: jeremiasig1@gmail.com; Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3074-0301>.

2. Farmacêutica. Doutora em Biologia Funcional e Molecular pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Professora titular associada ao Departamento de Ciências Farmacêuticas (DCF/UFPB). E-mail: leoniabatista1@gmail.com; Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5001-2486>.

3. Farmacêutica. Doutora em Farmacologia pela University of Strathclyde. Professora associada ao Departamento de Fisiologia e Patologia (DFP-UFPB). E-mail: temilce@gmail.com; Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5241-7751>.

ABSTRACT

Breast cancer in Brazil is characterized as a major health problem and ranks among the most prevalent cancers among women. The aim of this article is to characterize the epidemiological profile, types of breast cancers and surgeries performed in women treated at a reference hospital in the city of João Pessoa, Paraíba. This is a documentary, retrospective, descriptive, transversal, and quantitative study. The medical records of users over 18 years of age diagnosed with breast cancer, and who underwent chemotherapy in 2018, were included in the study. We noted that 47.9% of women were between 45 and 59 years old, 39% were single, 81.8% brown, 22.2% had incomplete primary education, 33.3% had a history of cancer in the family. Among them, 78.6% presented with invasive ductal carcinoma and 52.2% had histological grade II. In addition, 69.0% underwent mastectomy, being 68.8% radical mastectomies. Breast cancer represents a public health problem, requiring high attention, as it has a high impact on women's physical and mental health and quality of life. There is the need to intensify breast cancer prevention and diagnosis policies

RESUMEN

El cáncer de mama en Brasil se caracteriza por ser un problema importante de salud y se encuentra entre los cánceres más prevalentes entre las mujeres. El objetivo de este artículo es caracterizar el perfil epidemiológico, tipos de cánceres de mama y cirugías realizadas en mujeres atendidas en un hospital de referencia en la ciudad de João Pessoa, Paraíba. Se trata de un estudio documental, retrospectivo, descriptivo, transversal y cuantitativo. En el estudio se incluyeron las historias clínicas de usuarias mayores de 18 años diagnosticadas con cáncer de mama y que se sometieron a quimioterapia en 2018. Se observa que el 47,9% de las mujeres tenían entre 45 y 59 años, el 39% solteras, el 81,8% morenas, 22,2% con educación primaria incompleta, 33,3% con antecedentes de cáncer en la familia. Entre ellos, el 78,6% tenía carcinoma ductal invasivo y el 52,2% tenía grado histológico II. Además, el 69,0% se sometió a mastectomía, siendo el 68,8% mastectomías radicales. El cáncer de mama representa un problema de salud pública que requiere una gran atención, ya que tiene un gran impacto en la salud física y mental y en la calidad de vida de las mujeres. Es necesario intensificar las políticas de prevención y diagnóstico del cáncer de mama.

.....

INTRODUÇÃO

Câncer é a palavra que conceitua o grupo de doenças que tem como principal característica o crescimento desordenado de células que podem invadir os tecidos do corpo por meio do processo de migração das células cancerosas na corrente sanguínea. Os tumores provenientes das neoplasias, originados por meio do crescimento incontrolado de células, podem ser classificados como benignos ou malignos de acordo com determinadas características, como velocidade de crescimento, potencial de metástase etc.¹⁻⁴.

No Brasil, o câncer de mama representa um problema para a saúde pública, sendo mais prevalente entre as mulheres quando desconsiderado o número de casos de câncer de pele não melanoma. Além disso, esse problema torna-se ainda maior quando são considerados os danos físicos e psicológicos que a doença provoca no indivíduo. O Instituto Nacional de Câncer (INCA) estimou o aparecimento

de aproximadamente 12 mil novos casos de câncer de mama no ano de 2018, no Nordeste, sendo o estado da Paraíba responsável por 880 desses^{5,6}.

O tratamento da doença é complexo e varia de acordo com o tipo e o estágio do câncer no indivíduo, baseando-se nos processos de quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia e cirurgia. As cirurgias de mastectomia são subdivididas, principalmente, em mastectomia simples (quando somente a mama é removida), mastectomia radical (quando além da mama, os linfonodos axilares também são removidos) e mastectomia radical modificada (quando os músculos peitorais são preservados)^{7,8}.

Nesse sentido, reconhecendo que o câncer de mama é um problema de saúde pública que necessita de atenção e estudos para promover o desenvolvimento de políticas públicas de saúde no que se refere à prevenção e tratamento, o presente estudo teve como objetivo caracterizar o perfil

epidemiológico, os tipos de câncer de mama mais prevalentes e o perfil de realização de cirurgias de mastectomia de mulheres portadoras dessa doença, atendidas em um hospital de referência do município de João Pessoa, Paraíba.

METODOLOGIA

Estudo de caráter documental, retrospectivo, descritivo, do tipo transversal, de natureza quantitativa. Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba e aprovado sob o Parecer n.º 137274/2018.

A coleta de dados foi realizada por meio de um formulário semiestruturado, preenchido com base nas informações contidas nos prontuários das mulheres atendidas no hospital Napoleão Laureano, no município de João Pessoa, Paraíba. Para isso, foram incluídos no estudo os prontuários das usuárias maiores de 18 anos que foram diagnosticadas com câncer de mama e que receberam tratamento quimioterápico no hospital.

O cálculo amostral foi realizado por meio da fórmula para cálculo de populações finitas com base no número de mulheres atendidas no hospital

no ano de 2018, sendo o universo composto por 270 prontuários e a amostra calculada de 159 prontuários. Os dados foram sumarizados por análise descritiva com cálculos de medidas de posição (média e mediana) e variabilidade (desvio padrão e coeficiente de variação), por meio do programa *Microsoft Office Excel*, versão 2013. As tabelas foram criadas utilizando o mesmo programa.

As variáveis analisadas quanto ao perfil epidemiológico foram: faixa etária, estado civil, etnia, mesorregião de procedência, etilismo, tabagismo e história de câncer na família. No aspecto clínico do câncer de mama, foram analisados a prevalência dos tipos de câncer de mama, a realização de cirurgia de mastectomia e o tipo de mastectomia.

RESULTADOS

Com o intuito de caracterizar a idade das mulheres com câncer de mama atendidas no hospital de referência, as faixas etárias foram agrupadas em intervalos de cinco anos. De acordo com esse agrupamento, a maioria das mulheres (76, correspondendo a 47,9%) possuía idades entre 45 e 59 anos (Tabela 1).

Tabela 1. Perfil epidemiológico de mulheres portadoras de câncer de mama atendidas em um hospital de referência do município de João Pessoa-PB.

Variável	N	%
Idade		
25 – 29 anos	1	0,6%
30 – 34 anos	7	4,4%
35 – 39 anos	11	6,9%
40 – 44 anos	10	6,3%
45 – 49 anos	26	16,4%
50 – 54 anos	26	16,4%
55 – 59 anos	24	15,1%
60 – 64 anos	16	10,1%
65 – 69 anos	15	9,4%
70 – 74 anos	12	7,5%
75 – 79 anos	6	3,8%
80 – 84 anos	3	1,9%
85 – 89 anos	2	1,3%
Estado civil		
Solteira	62	39,0%
Casada	61	38,4%
Divorciada	11	6,9%
Viúva	18	11,3%
União estável	5	3,1%
Não consta	2	1,3%

Variável	N	%
Etnia		
Branca	16	10,1%
Parda	130	81,8%
Preta	3	1,9%
Não consta	10	6,3%
Escolaridade		
Superior completo	15	9,4%
Superior incompleto	3	1,9%
Pós-graduada	1	0,6%
Médio completo	30	18,9%
Médio incompleto	6	3,8%
Fundamental completo	10	6,3%
Fundamental incompleto	36	22,6%
Analfabeta	14	8,8%
Alfabetizada	17	10,7%
Não consta	27	17,0%
Procedência (mesorregiões)		
Mata paraibana	87	55,1%
Borborema	3	1,9%
Agreste paraibano	18	11,4%
Sertão paraibano	50	31,6%
Etilista		
Não consta	108	67,9%
Sim	3	1,9%
Não	46	28,9%
Ex-etilista	2	1,3%
Tabagismo		
Não consta	106	66,7%
Sim	2	1,3%
Não	44	27,7%
Ex-tabagista	7	4,4%
História de câncer na família		
Sim	53	33,3%
Não	35	22,0%
Não consta	71	44,7%

Fonte: Dados da pesquisa.

Para uma compreensão do panorama familiar em que as mulheres com câncer de mama estavam inseridas, verificou-se o estado civil das mesmas e foi identificado que 39,0% (62) eram solteiras, seguidas por 38,4% (61) de mulheres casadas e 11,3% (18) viúvas. Sobre a etnia das mesmas, obteve-se que 81,8% (130) das mulheres eram pardas, 10,1% (16) eram brancas e apenas 1,9% (3) eram pretas.

Quando foi avaliado o nível de escolaridade das mulheres, observou-se que 22,2% (36) possuía ensino fundamental incompleto e 18,9% (30) ensino médio completo. Como o hospital de referência para o tratamento do câncer se localiza na capital e tendo em vista que essa instituição atende usuários de todo o estado paraibano, buscou-se realizar a caracterização das mesorregiões de procedência das mulheres portadoras de câncer de mama com base na análise das cidades de procedência, que foram agrupadas em mesorregiões (Mata paraibana, Agreste, Borborema e Sertão). Assim, obteve-se que a maioria se concentra na Mata paraibana (onde a capital paraibana situa-se) e Sertão paraibano (55,1% e 31,6%, respectivamente).

Dentre os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer estão os fatores comportamentais/ambientais

como, por exemplo, utilização de bebidas alcoólicas e do tabaco. Em relação ao consumo de álcool, 67,9% (108) dos prontuários não continham essa informação, 28,9% (46) não eram etilistas e apenas 1,9% (3) eram etilistas.

No que diz respeito ao tabagismo, verificou-se que 66,7% (106) dos prontuários não possuíam informação sobre esse dado e que 27,7% (44) das mulheres não eram fumantes. Já em relação à classificação do câncer de mama, constatou-se que 78,6% (125) das mulheres foram acometidas pelo carcinoma ductal invasivo, 10,7% (17) pelo carcinoma lobular invasivo e 10,7% (17) possuíam outros tipos de câncer de mama. Em relação ao grau histológico, 52,2% (84) das mulheres foram diagnosticadas com câncer de mama em grau histológico II e 39,6% (63) em grau histológico III, conforme expresso na Tabela 2.

Tabela 2. Perfil do tipo de câncer, grau histológico e da realização de mastectomia das mulheres portadoras de câncer de mama atendidas em um hospital de referência do município de João Pessoa-PB.

Variável	N	%
Tipo de câncer de mama		
Carcinoma ductal invasivo	125	78,6%
Carcinoma lobular invasivo	17	10,7%
Outros	17	10,7%
Grau histológico		
I	7	4,4%
II	84	52,8%
III	63	39,6%
Não consta	5	3,1%
Realização de mastectomia		
Realizou	110	69,0%
Não realizou	49	31,0%
Tipo de mastectomia realizada		
Radical	75	68,8%
Simples	34	31,2%

Fonte: Dados da pesquisa.

Entre as formas de tratamento para o câncer de mama está a mastectomia. Os dados obtidos dos prontuários registraram que 69,0% (110) das mulheres realizaram mastectomia e 31,0% (49) não realizaram esse procedimento. Além disso, também foi analisado o tipo de mastectomia realizada, obtendo-se que 68,8% (75) das mastectomias foram do tipo radical e 31,2% (34) foram mastectomias simples (Tabela 2).

DISCUSSÃO

Após a análise dos dados obtidos neste estudo, verificou-se que houve predominância de mulheres com idades entre 45 e 59 anos, o que pode estar relacionado ao fato da incidência do câncer de mama aumentar progressivamente após os 40 anos de idade^{9,10}. O resultado encontrado corroborou os dados de um estudo com mulheres portadoras de câncer de mama tratadas com quimioterapia (n=95) em um hospital universitário de Minas Gerais, em

que obteve-se que 80% das mulheres possuíam entre 40 e 69 anos¹¹.

Em relação ao estado civil, constatou-se que, das mulheres atendidas no hospital, 39,0% eram solteiras e 38,4%, casadas, com valores de porcentagem muito próximos. O resultado encontrado no estudo atual difere dos dados encontrados em outro estudo, em que foi verificado que 43,4% (n=26) das mulheres submetidas à cirurgia para câncer de mama no Rio de Janeiro eram casadas ou em união estável¹². Apesar da proporção de mulheres casadas e com câncer, nesta pesquisa, ser próxima à proporção encontrada no referido estudo¹², é interessante ressaltar que a porcentagem de mulheres solteiras com câncer, descrita neste estudo, é bastante discrepante do valor encontrado na pesquisa realizada pelos autores supracitados (39% e 13,3%, respectivamente).

Essa variável é controversa, pois, em alguns estudos, o estado civil das mulheres não é considerado fator relevante para o desenvolvimento

do câncer de mama. Em estudo desenvolvido nos Estados Unidos, o estado civil foi considerado como fator importante em casos que apresentavam estágios de câncer de mama avançado, estando o fato de as mulheres nunca terem sido casadas entre os fatores significativos para o câncer de mama avançado¹³⁻¹⁵.

As causas responsáveis pelo desenvolvimento do câncer de mama ainda não estão totalmente determinadas, mas acredita-se que vários fatores estejam envolvidos como, por exemplo, os fatores genéticos¹⁶. Nesse sentido, realizar um estudo incluindo o parâmetro cor das mulheres portadoras de câncer de mama caracteriza-se como uma informação importante, porque pode contribuir para o desenvolvimento de estudos sobre características fenotípicas e hereditariedade.

Os dados sobre a cor das mulheres diferem dos resultados encontrados em outro estudo realizado com mulheres acometidas pelo câncer de mama tratadas com quimioterapia em um hospital universitário do estado de Minas Gerais, onde a maioria das mulheres (69,74%) (n=195) eram brancas¹¹. Isso pode estar relacionado à região onde a pesquisa foi desenvolvida, sendo esperado que em Minas Gerais a maioria das mulheres se considerem brancas, ao passo que, na Região Nordeste, a maioria da população se considere parda.

O estudo atual também difere dos dados encontrados em uma pesquisa realizada com mulheres diagnosticadas com câncer de mama no município de Maringá-PR, em que se verificou que 64,29% das mulheres (64,29%) (n=28) eram brancas, dado esperado, uma vez que, na Região Sul, há uma maior prevalência de mulheres com ascendência europeia¹⁷.

Em relação à escolaridade, 22,3% possuía ensino fundamental incompleto, o que permite inferir que as mulheres mais acometidas pelo câncer de mama, neste estudo, podem pertencer à classe que possui um baixo poder aquisitivo, tendo em vista o baixo grau de escolaridade, corroborando os dados de um estudo realizado com mulheres submetidas à cirurgia para o câncer de mama no Rio de Janeiro, em que se verificou que a maioria (33,9%) possuía ensino fundamental incompleto¹².

O hospital em que este estudo foi realizado é referência na Paraíba para o tratamento do câncer e, dessa forma, atende usuários de todo o estado. Com o intuito de verificar a região de procedência, constatou-se uma predominância de

mulheres oriundas da Região da Mata paraibana, que pode estar relacionada à localização do hospital nessa mesorregião e, assim, torna-se mais fácil o acesso ao serviço. Além disso, observou-se um alto percentual de mulheres advindas do sertão paraibano, o que pode estar relacionado ao fato de que no período em que o estudo foi desenvolvido não existia hospital público para o tratamento do câncer naquela mesorregião.

Alguns fatores, tais como tabagismo e etilismo, podem favorecer o surgimento de cânceres, inclusive o câncer de mama². Nesse sentido, foram analisados os hábitos de vida quanto ao etilismo e tabagismo das mulheres portadoras de câncer de mama. Em relação aos hábitos de vida (etilismo e tabagismo), não foram encontrados dados na maioria dos prontuários (67,9% e 66,7% respectivamente), mas, ao analisar os prontuários que possuíam as informações, o percentual majoritário era de mulheres que não eram etilistas e tabagistas. Nessa perspectiva de análise, esta pesquisa se difere dos dados de estudo realizado com mulheres jovens, entre 20 e 49 anos, no Nordeste, em que 57% das mulheres participantes eram etilistas¹⁸. Esse estudo assemelha-se aos dados encontrados em um estudo realizado com mulheres no município de Maringá-PR, a partir do qual verificou-se que apenas 3,57% eram tabagistas¹⁷.

Sobre o histórico de câncer familiar, também não foram encontrados dados em 44,7% dos prontuários, mas ao analisar os prontuários que continham essa informação constatou-se que a maioria das mulheres possuía história de câncer na família. Esse resultado diverge dos dados de estudo com mulheres que foram submetidas à cirurgia para câncer de mama, no Rio de Janeiro, no qual foi verificado que 77,4% delas não possuíam histórico familiar de câncer de mama¹². Esses dados discrepantes podem refletir um ambiente diverso do encontrado na Paraíba, em que fatores como estresse, poluição, alimentação, tabagismo e etilismo podem afetar a incidência de câncer de mama em mulheres.

Apesar dos fatores elencados acima serem hipóteses, é razoável postular que os ambientes e comportamentos são diferentes em vários aspectos. Dessa forma, espera-se que haja diferença nos resultados entre estudos realizados em regiões diferentes do Brasil.

O carcinoma ductal invasivo foi o tipo de câncer de mama mais prevalente neste estudo e corrobora os dados de estudo realizado sobre câncer de

mama em mulheres atendidas no Hospital Erasto Gaertner, em Curitiba-PR, entre 1999 e 2009, no qual verificou-se que 83,4% dos casos de câncer de mama eram do tipo ductal invasivo e 4,0% do tipo lobular invasivo¹⁹. Além disso, o baixo índice de carcinomas misto invasivo e mucinoso invasivo pode estar relacionado ao fato de serem cânceres com baixa incidência¹⁶.

O grau histológico II foi majoritário neste estudo, o que pode estar relacionado à demora pela procura do serviço e, assim, um diagnóstico tardio faz com que as células já se encontrem em um estado avançado no período em que o câncer é diagnosticado. Esses dados assemelham-se com os resultados de um estudo realizado sobre o prognóstico e sobrevida global de mulheres com câncer de mama, realizado na cidade de Goiânia, em que foi observado que 70,6% dos casos de câncer de mama eram de grau histológico II²⁰.

A mastectomia é um procedimento cirúrgico realizado em muitos casos de câncer de mama, de modo que, neste estudo, foi constatado que mulheres com câncer de mama atendidas no hospital foram submetidas a esse procedimento. Isso pode estar relacionado ao grau histológico (II e III) em que os casos foram diagnosticados, ou seja, com células cancerosas que já apresentavam diferenciação e desenvolvimento avançado²¹.

Quanto ao tipo de cirurgia, 68,8% realizou mastectomia radical, corroborando os resultados de um trabalho realizado com mulheres jovens, com idades entre 20 e 49 anos, no Nordeste, em que 79% das mulheres foram submetidas à mastectomia radical¹³. É importante destacar que no hospital onde a pesquisa foi desenvolvida a maioria das mastectomias realizadas conservam os músculos peitorais, ou seja, são do tipo radical modificada, mas de acordo com os critérios de registro do Sistema Único de Saúde, nos prontuários as cirurgias são registradas apenas como mastectomia radical. Dessa forma, não foi possível distinguir quantas mastectomias radicais foram realizadas comparadas às mastectomias radicais modificadas.

CONCLUSÃO

A faixa etária das mulheres do estudo aqui apresentado é semelhante àquela que os estudos apontam, ou seja, que a incidência do câncer de mama aumenta após os 40 anos de idade. E, embora a maioria das mulheres portadoras de câncer de

mama atendidas esteja na faixa etária em que há aumento na incidência desse câncer, é importante investir em políticas de prevenção e diagnóstico para mulheres mais jovens, pois houve aparecimento de câncer em faixas etárias inferiores aos 40 anos, o que indica a necessidade da aplicação dessas políticas para idades mais jovens. Além disso, tendo em vista que a maioria dos casos de câncer de mama foi diagnosticada em grau histológico II, torna-se evidente a necessidade de intensificação nas políticas de prevenção e diagnóstico. O que também pode ser inferido pelo fato de a maioria das mulheres terem necessitado da realização de mastectomia, o que pode causar problemas tanto físicos quanto emocionais.

Dessa forma, pode-se inferir que o câncer de mama representa um problema de saúde pública que necessita de atenção elevada, pois pode apresentar altos impactos na saúde física, mental e na qualidade de vida da mulher. Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde dispõe de política pública de saúde voltada para o câncer de mama, mas precisa ser cada vez mais intensificada, principalmente no que diz respeito à prevenção do câncer e seu diagnóstico. Além disso, os dados encontrados neste trabalho podem servir de apoio para o desenvolvimento de políticas públicas para o combate ao câncer de mama, para o meio científico e para o próprio hospital onde o estudo foi realizado.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Jeremias Antunes Gomes Cavalcante e **Temilce Maria Batista** participaram da produção e delineamento do estudo. **Jeremias Antunes Gomes Cavalcante**, **Temilce Maria Batista** e **Leônia Maria Batista** contribuíram na análise e interpretação dos resultados. **Temilce Maria Batista** e **Leônia Maria Batista** contribuíram com a revisão crítica e realizaram as edições necessárias. Todos os autores aprovaram o manuscrito final e se responsabilizam por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer [serial on the internet]. Rio de Janeiro Instituto nacional do câncer; 2011 [cited 2018 Sept 14]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc_do_cancer.pdf

2. Instituto Nacional de Câncer. O que é câncer? [home-page on the internet]. Rio de Janeiro; 2018 [cited 2018 Sept 14]. Available from: http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322
3. Hanahan D, Weinberg RA. Hallmarks of cancer: the next generation. *Cell*. 2011;144:646-74.
4. Arruda RL, Teles ED, Machado NS, Oliveira FJF, Fontoura IG, Ferreira AGN. Prevenção do câncer de mama em mulheres atendidas em Unidade Básica de Saúde. *Rev Rene*. 2015;16(2):143-9.
5. De Matos TP. Educação em saúde visando a prevenção do câncer de mama e próstata em estudantes da rede pública [serial on the internet]. Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro; 2017 [cited 2018 Sept 14]. Available from: <http://bd.centro.iff.edu.br/jspui/bitstream/123456789/2014/1/Texto.pdf>
6. Instituto Nacional de Câncer. Incidência do câncer no Brasil: Paraíba e João Pessoa [document on the internet]. Rio de Janeiro; 2018 [cited 2018 Sept 14]. Available from: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/paraiba-joao-pessoa.asp> Acesso em: 14 setembro 2018.
7. Roberti BFA, Scudeller TT, Amaral MTP. Influência do tratamento do câncer de mama na funcionalidade do membro superior e no retorno à atividade laboral, 2016. *Revista Ciências Médicas*. 2016;25(2):69-76.
8. Silva LC. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. *Psicologia em estudo*. 2008;13(2):231-37.
9. Instituto nacional do câncer. Conceito e magnitude do câncer de mama [serial on the internet]. Rio de Janeiro; 2018 [cited 2018 Dec 20]. Available from: <https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-de-mama/conceito-e-magnitude>
10. Renck DV, Barros F, Domingues MR, Gonzalez MC, Sclowitz ML, Caputo EL, Gomes LM. Equidade no acesso ao rastreamento mamográfico do câncer de mama com intervenção de mamógrafo móvel no sul do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(1):88-96.
11. Oliveira TSG, Neris RR, Santos LNT, Teixeira RGT, Bosco PM, Dos Anjos ACY. Perfil de mulheres com câncer de mama tratadas com quimioterapia, 2016. *Rev enferm UFPE on line*. 2016 Nov;10(11):4097-4103.
12. Haddad NC, Ana CA, Novaes CO. Perfil sociodemográfico e de saúde de mulheres submetidas à cirurgia para câncer de mama, 2015. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*. 2015;14(supl 1).
13. Soares PBM, Quirino Filho S, Souza WPD, Gonçalves RCR, Martelli DRB, Silveira MF, et al. Características das mulheres com câncer de mama assistidas em serviços de referência do Norte de Minas Gerais. *Rev bras epidemiol*. 2012;15:595-604.
14. Palmer MK, Lythgoe JP, Smith A. Prognostic factors in breast cancer. *Br J Surg*. 1982;69:697-8.
15. Lannin DR, Mathews HF, Mitchell J, Swanson MS, Swanson FH, Edwards MS. Influence of socioeconomic and cultural factors on racial differences in late-stage presentation of breast cancer. *Jama*. 1998;279(22):1801-07.
16. Kumar V, Abbas A, Aster JC. Robbins & Cotran Patologia Básica. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015.
17. Brochonski JW, Rodrigues SA, Manzotti CAS, Bernuci MP. Perfil das mulheres diagnosticadas com câncer de mama no município de Maringá-PR, 2017. *Rev Saúde e Pesquisa [online]*. 2017; 10(1):51-58.
18. Souza NHA, Falcão LMN, Abdul Nour GF, Brito JO, Castro MM, Oliveira MS. Câncer de mama em mulheres jovens: estudo epidemiológico no nordeste Brasileiro, 2017. *Sanare (Sobral, Online)* [serial on the internet]. 2017 [cited 2019 Dec 11];16(2):60-67. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1179>
19. Medeiros JM, Linhares JC, Hatschbach SBB, Hubie DP, Rahman AS, Orlandi D, et al. Perfil epidemiológico e estudo de sobrevida dos pacientes com câncer de mama atendidos no Hospital Erasto Gaertner em Curitiba, PR, 2016. *Rev Bras Mastologia*. 2017 Jan;26(3):107-12.
20. Freitas Júnior R, Nunes RD, Martins E, Curado MP, Freitas NMA, Soares LR, et al. Fatores prognósticos do câncer de mama e sobrevida global em cinco e dez anos na cidade de Goiânia, Brasil: estudo de base populacional. *Rev Col Bras Cir*. 2017;44(5):435-43.
21. Breast cancer org. O seu guia para entender o laudo médico de câncer de mama [home-page on the internet]. 2010 [cited 2018 Feb 28]. Available from: <http://www.breastcancer.org/Images/Pathology Report Bro FINAL 2%20portuguese tcm8-334610.pdf>

FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR EM FEIRANTES DE UM MERCADO PÚBLICO NO SERTÃO NORDESTINO

CARDIOVASCULAR RISK FACTORS IN MARKET TRADERS IN A PUBLIC MARKET IN THE SEMI-ARID REGION OF THE NORTHEAST

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN FERIANTES DE UN MERCADO PÚBLICO DEL SERTÃO NORDESTINO

Lucas Teixeira de Sousa Santos ¹Francisco Douglas Canafístula de Souza ²Ângela Maria Liberato Araújo Lopes ³Keila Maria de Azevedo Ponte Marques ⁴Dafne Lopes Salles ⁵**Como Citar:**

Santos LTS, Souza FDC, Lopes AMLA, Marques KMAP, Salles DL. Fatores de risco cardiovascular em feirantes de um mercado público no sertão nordestino. *Sanare* (Sobral, Online). 2021;20(1):25-34.

Palavras-chave:

Doenças cardiovasculares; Saúde;
Fatores de risco.

Keywords:

Cardiovascular Diseases; Health;
Risk Factors.

Palabras clave:

Enfermedades Cardiovasculares;
Salud; Factores de riesgo.

Submetido:

24/04/2021

Aprovado:

22/06/2021

Autor(a) para Correspondência:

Lucas Teixeira de Sousa Santos
E-mail: tei.lucasenfer@gmail.com

RESUMO

Este artigo objetivou identificar os fatores de risco cardiovascular de trabalhadores feirantes de um mercado público. Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva realizada em fevereiro e março de 2020 com 41 feirantes no mercado público de Sobral, Ceará, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (CEP/UVA). Verificou-se a presença de fatores de risco na população de feirantes relacionados às características profissiográficas, nível de estresse, hábitos de alimentação e sedentarismo, tabagismo, utilização de medicamentos e falta de cuidados com a saúde, antecedentes pessoais e familiares para doenças crônicas, além de alterações nas medidas antropométricas. Concluiu-se, a partir da pesquisa, que as vulnerabilidades causadas pelo exercício do feirante, atreladas a hábitos de vida, podem impactar negativamente a saúde cardiovascular.

1. Enfermeiro. Graduado em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). E-mail: tei.lucasenfer@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7009-2121>

2. Graduando em Enfermagem pela UVA. E-mail: douglas21091997@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8845-1062>

3. Enfermeira. Pós-graduada em UTI geral e gestão da assistência ao paciente crítico. E-mail: angelaml1979@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0508-0794>

4. Enfermeira com Doutorado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). E-mail: keilinhaponte@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5215-7745>

5. Enfermeira com Doutorado em Saúde Coletiva pela UECE. E-mail: dafnelopessalles@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8129-3428>

ABSTRACT

This article aimed to identify the cardiovascular risk factors of market traders in a public market. This is an exploratory and descriptive research carried out during February and March 2020 with 41 market traders in the public market of Sobral, Ceará, approved by the Research Ethics Committee of the Universidade Estadual Vale do Acaraú (CEP/UVA). We checked for the presence of risk factors in the population of market traders, which were related to professional characteristics, stress levels, eating habits and a sedentary lifestyle, smoking habits, the use of medications and lack of health care, personal and family history of chronic diseases, as well as changes in anthropometric measurements. From this research we concluded that the vulnerabilities caused by the market trader's exercise, linked to lifestyle habits, can negatively impact cardiovascular health.

RESUMEN

Este artículo tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo cardiovascular de los feriantes de un mercado público. Se trata de una investigación exploratoria y descriptiva realizada en febrero y marzo de 2020 con 41 feriantes en el mercado público de Sobral, Ceará, aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Estatal de Vale do Acaraú (CEP / UVA). Se verificó la presencia de factores de riesgo en la población de comerciantes relacionados con características profisiográficas, nivel de estrés, hábitos alimentarios y sedentarios, tabaquismo, uso de medicamentos y falta de atención médica, antecedentes personales y familiares de enfermedades crónicas, además de cambios en las medidas antropométricas. De la investigación se concluyó que las vulnerabilidades causadas por el ejercicio del feriante, vinculadas a los hábitos de estilo de vida, pueden tener un impacto negativo en la salud cardiovascular.

.....

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DVC) foram responsáveis, nos últimos anos, por cerca de 29,7% dos óbitos nacionais. Além disso, são o grupo de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) que mais causam mortes globais, atingindo pessoas em todos os níveis econômicos, principalmente grupos mais vulneráveis, destacando-se os de baixa renda e com baixa escolaridade¹.

Existem diversos fatores de risco para o surgimento de DVC e a associação desses fatores causa grande prejuízo à qualidade de vida, aumentando a prevalência de adoecimento cardiovascular. Entre os riscos para a DVC, destacam-se o aumento do Índice de Massa Corporal (IMC), Circunferência de Cintura (CC), sedentarismo, estresse e fatores genéticos. Além desses fatores citados, ressaltam-se também a hipertensão arterial (HAS), o uso de cigarro, a idade, a diabetes *mellitus* (DM) e níveis alterados de colesterol².

Vários órgãos de saúde têm estabelecido metas para a redução das DVC, junto com a sua prevenção, buscando a redução de mortes prematuras. Com isso, a prevenção e a busca de melhoria na qualidade de vida são essenciais, uma vez que o país se apresenta

em desenvolvimento e possui recursos escassos³.

Devido à multifatorialidade de causas envolvendo as doenças cardiovasculares, sua elevada distribuição de fatores de risco, bem como a desigualdade entre os sexos e as condições econômicas, fazem-se necessárias investigações junto aos grupos populacionais mais expostos a esses eventos e suas complicações, buscando estratégias de intervenção mais oportunas e mais eficazes para o controle de fatores de risco, e assim reduzir seus impactos diante da saúde da população⁴.

Nesse sentido, a classe dos feirantes representa significativa parcela de uma população pouco assistida e, pela espécie de trabalho que eles realizam, estão sujeitos a vulnerabilidades de saúde⁵. Assim, o objetivo do estudo é identificar fatores de risco cardiovascular de trabalhadores feirantes de um mercado público.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa exploratória e descritiva realizada no Mercado Público – Centro Comercial Chagas Barreto, localizado em Sobral, cidade

situada na região Norte do Ceará, a 235 km de Fortaleza. O local do estudo conta com 280 boxes para feirantes, 60 boxes para cafezeiros e 32 pontos comerciais externos⁶. A escolha do ambiente ocorreu por existir uma grande concentração de pessoas leigas desassistidas de ações diretas para a promoção de saúde cardiovascular.

Foram convidados a participar do estudo os feirantes do Mercado, tendo uma amostra de 41 trabalhadores. Para serem incluídos na pesquisa precisavam ter idade a partir de 18 anos e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa ocorreu em fevereiro e março de 2020, tendo sido interrompida a coleta de dados devido à suspensão das atividades presenciais em 17 de março de 2020 devido à pandemia causada pelo novo coronavírus.

Os participantes foram abordados individualmente nas suas barracas, sendo conscientizados sobre os objetivos e aspectos éticos da pesquisa. Posteriormente, foram convidados a assinar o TCLE e a responder ao Instrumento de Coleta de Dados contendo informações acerca do perfil sociodemográfico, deslocamento até o trabalho, características profissiográficas, nível de estresse, atividades físicas, hábitos alimentares, tabagismo, uso de drogas e medicamentos, antecedentes pessoais e familiares para doenças crônicas. Junto a isso, ocorreu a mensuração da pressão arterial, peso, altura, circunferência abdominal, frequência cardíaca e cálculo do IMC. Os dados obtidos foram organizados no software Excel 2016 e, após isso, foram elaborados gráficos e tabelas, sendo os achados discutidos de acordo com a literatura pertinente.

Este estudo está inserido em uma pesquisa guarda-chuva intitulada “Cuidando para prevenir o adoecimento cardiovascular”, tendo carta de anuência aprovada pelo local da pesquisa, possuindo o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), com n.º 2.312.655/2017. Respeitaram-se os princípios da bioética conforme a Resolução n.º 466/2012.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 41 feirantes. Na Tabela 1, apresenta-se o perfil dos participantes.

Tabela 1. Perfil dos participantes do estudo de acordo com dados socioeconômicos. Sobral, Ceará, 2020.

Variáveis	Total	%
Sexo		
Masculino	23	56%
Feminino	18	44%
Idade		
20-29	7	17%
30-39	2	5%
40-49	9	22%
50-59	12	29%
60-69	7	17%
>70	4	10%
Escolaridade		
Analfabeto	4	10%
Ensino Fundamental Completo	6	15%
Ensino Fundamental Incompleto	11	27%
Ensino Médio Completo	14	34%
Ensino Médio Incompleto	5	12%
Ensino Superior Incompleto	1	2%
Estado Civil		
Casado	25	61%
Divorciado	2	5%
Solteiro	11	7%
Viúvo	3	27%

Variáveis	Total	%
Raça		
Branca	4	17%
Negra	3	12%
Parda	17	71%
Total de participantes	41	100%

Fonte: Dados da pesquisa.

Como verificado, 56% (23) do público é masculino, mas há parcela quase igualitária entre público feminino, com diferença de 6%. A profissão de feirante, que antes era entendida como própria do sexo masculino, vem sendo adotada por mulheres, devido às mudanças histórico-culturais que as colocam à frente da jornada de trabalho, em busca da sua própria renda e sustento⁵.

Quanto à idade desses trabalhadores, houve um predomínio entre as idades de 50 a 59 anos, mas há grande variação de faixas etárias. Outros estudos realizados com feirantes mostraram que a faixa etária encontrada nessa categoria é variada⁵⁻⁸. Em relação à escolaridade, há presença de diversos níveis, mas predomínio dos que completaram o ensino médio. Outras características presentes são a predominância de casados e, quanto à cor, pardos se mostraram em maior quantidade. Dessa forma, o perfil se apresenta com diversidade, podendo ser levadas em conta as características da profissão, por ser informal e autônoma.

Os fatores de riscos cardiovasculares investigados após a coleta das variáveis sociodemográficas foram analisados nos seguintes aspectos: meios de locomoção para o trabalho, características profissiográficas, nível de estresse, realização de atividades físicas, hábitos alimentares, tabagismo, uso de drogas e medicamentos, histórico pessoal e familiar para doenças crônicas e dados antropométricos.

Quando questionados sobre o deslocamento até o trabalho, obteve-se que 68% (28) dos feirantes possuíam transporte próprio. Entre os transportes citados, estão: moto – 64% (18), bicicleta – 22% (6) e carro – 14% (4). Apenas 32% (13) não possuíam transporte próprio, locomovendo-se para o trabalho por mototáxi – 46% (6), caminhada – 23% (3), topique/ônibus – 16% (2) e carona – 15% (2).

Segundo as análises da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), do Sistema de

Vigilância de Fatores de Risco de DCNT do Ministério da Saúde, que contabiliza, em pelo menos 30 minutos diários, a forma de ida ao trabalho como marcador para atividade física, apenas 22% dos feirantes se apresentam ativos no deslocamento até o local de trabalho, sendo os que se deslocam de bicicleta, 15% (6), e os que vão caminhando, 7% (3), sobrepondo-se aos 14,1% das cidades consultadas pelo sistema⁹.

Para o tempo de trabalho, 37% (13) dos feirantes dedicam-se ao labor de cinco a nove horas por dia, 56% (15) trabalham de dez a 12 horas por dia, outros 7% (3) trabalham mais de 12 horas por dia. Com as respostas é notável a sobrecarga de horas de trabalho, de modo que muitos relataram que começavam a trabalhar na madrugada e iam até as quatro da tarde, horário de fechamento do mercado, acumulando mais de 12h de trabalho ao dia. A carga horária trabalhada pelos feirantes da pesquisa é análoga a um estudo encontrado na literatura, em que os feirantes iniciavam as atividades geralmente às 3h da manhã e encerravam às 15h ou 16h da tarde¹⁰. Tal fato também se encontra em outro estudo, no qual a jornada de trabalho varia entre seis e 13 horas por dia⁵.

Entre os fatores de riscos para acidentes de trabalho entre trabalhadores informais está o esforço físico¹¹. Nesse sentido, 68% (28) dos participantes referiram o levantamento de peso como fator presente no trabalho, devido ao descarregamento de caixas. Outro fator de risco é o estresse, que tem caráter crônico com capacidade de causar diversos danos ao organismo, provocando disfunções e enfermidades¹². Na avaliação, 5% (2) revelou ter muito pouco estresse, 39% (16) refere pouco estresse, 29% (12) tem estresse moderado e 27% (11), estresse excessivo.

Para as práticas físicas, 49% (20) diz realizar atividades físicas e 51% (21) tem características sedentárias. Entre as atividades físicas realizadas pelos 49% está a caminhada, a qual é praticada por 65% (13) dos sujeitos da pesquisa; a hidroginástica, 15% (3); o pedalo, 10% (2); a capoeira, 5% (1); e

a musculação, 5% (1). Para a quantidade de vezes em que praticam atividades físicas, 35% (7) dos entrevistados praticam cinco vezes/semana, outros 35% (7) praticam três vezes/semana, 25% (5) praticam quatro vezes/semana e 5% (1) pratica seis vezes/semana.

O ato de praticar exercícios traz benefícios à saúde, dentre eles: a redução de complicações crônicas, levando à menor possibilidade de morte prematura por doenças crônicas, além de outras patologias desencadeadas por sedentarismo e obesidade¹³. Cerca de 28,1 milhões de brasileiros praticam atividade física, sendo a atividade mais realizada a caminhada, que acumula um total de 13,8 milhões de adeptos¹⁴.

Um dos fatores de risco mais prevalentes para doenças cardiovasculares é o sedentarismo¹⁵. No Brasil, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) aponta um total de 100,5 milhões de pessoas sem realizar atividades físicas ou praticar esportes, e, entre as regiões, o Nordeste se destaca com a maior taxa de inativos para atividades físicas, com 63,7%, em consonância com 51% dos feirantes não praticantes¹⁴.

Uma alimentação errada ou com exageros acarreta problemas à saúde da população. Maiores implicações surgem de alimentações gordurosas, com excesso de carboidratos, açúcares e sódio. Tais alimentos exercem malefícios sobre a pressão arterial, coração, rins e sistema venoso arterial¹⁶. Em relação ao consumo alimentar, os feirantes relataram dificuldade para manter uma alimentação regular e saudável, por passarem a maior parte do dia no mercado cuidando de suas bancas, impossibilitados de irem para casa em horário de almoço, o que lhes compeliava a alimentar-se de comida comprada pelo centro da cidade, e outros levavam o almoço feito do dia anterior.

Assim, encontrou-se a seguinte ordem de alimentos consumidos diariamente, de forma decrescente: frutas – 65% (26), cereais – 59% (24), vegetais – 44% (18), laticínios – 34% (14), carne – 27% (11) e doces – 10% (4). Quanto ao peixe, a maior taxa de consumo é de forma mensal, sendo consumido por 54% (22) de uma a quatro vezes por mês.

Nessa perspectiva, os alimentos que mais devem ser consumidos são os advindos de fontes naturais, como frutas e verduras, seguidos do consumo moderado de alimentos com maiores taxas de calorias e gorduras, como pães, macarrão,

tubérculos, farinhas e óleos vegetais, e os alimentos que devem ser consumidos em menor quantidade, como carnes, manteigas, queijos brancos e amarelos, entre outros¹⁷. Assim, levando em consideração os alimentos mais consumidos diariamente pelos feirantes, há uma inversão no consumo de cereais e vegetais.

Ao serem questionados sobre hábitos de tabagismo, constatou-se que 66% (27) nunca havia fumado, 32% (13) é ex-fumante e apenas 2% (1) é fumante ativo. Nos últimos anos, no Brasil, ocorreu o declínio do uso de tabaco, uma redução de 19%, tornando-se um dos países com a mais baixa taxa de consumo do mundo¹⁸. A medida mais eficaz como prevenção para doenças provocadas pelo uso de tabaco é a interrupção do ato de fumar, pois, além das complicações cardiovasculares e cancerígenas, tabagistas têm em média cinco anos de vida a menos do que não fumantes¹⁹. Portanto, o ato de cessar o uso de cigarros é uma ação positiva para os feirantes, devido à influência que outros fatores de risco exerceriam sobre a saúde, somados ao uso de tabaco.

Já para o consumo de álcool, 88% (5) disse não consumir e 12% (5) disse fazer uso apenas aos finais de semana, por conta do trabalho. Os efeitos do consumo de álcool são uma linha tênue entre a moderação, podendo ser associados a contribuições benéficas para a saúde cardiovascular, ou não, caso haja exagero²⁰.

Referente a consultas médicas regulares, 56% (23) deles afirmaram não ir ao médico com frequência, 22% (9) dizem que vão quando doentes e outros 22% (9) vão com frequência. A justificativa mais apontada para a lacuna de cuidados com a saúde é a falta de tempo pelas horas trabalhadas, o que causa inviabilidade de acesso às unidades de saúde por feirantes, pela influência da extensa jornada de trabalho e o desconhecimento sobre o estado de saúde¹⁰.

Para o uso de medicamentos com prescrição médica, 39% (16) deles fazem o uso; 61% (25), não. Entre as classes das medicações em uso estão os anti-hipertensivos, com 44% (12) e os antidiabéticos, 30% (8); sendo que 26% (7) faz uso de outros tipos de medicamentos. Entre os remédios mencionados, identificaram-se: losartana e metformina, pertencentes à classe dos medicamentos mais utilizados pelos feirantes, a sinvastatina, enalapril, ácido acetil salicílico, anticoncepcional, bombinha para asma, captopril,

glibenclamida, hidroclorotiazida e vertix. A classe de drogas mais utilizadas pelos feirantes é a dos anti-hipertensivos e os antidiabéticos, classe de medicamentos pertencentes às duas das substâncias mais comercializadas no Brasil, a losartana potássica e o cloridrato de metformina, em terceiro e segundo lugar, respectivamente²¹.

Em relação ao uso de remédios sem prescrição, 27% (11) dos feirantes afirmam utilizar e 73% (30) negam a utilização. As medicações utilizadas sem prescrição pertencem à classe de analgésicos – 64% (7) e anti-inflamatórios – 36% (4). O grupo terapêutico mais utilizado sem prescrição pelos brasileiros é o de analgésicos, seguido dos relaxantes musculares e anti-inflamatórios, com maior prevalência de automedicação na região Nordeste²².

Como se sabe, entre os fatores de risco para doenças cardiovasculares estão a hipertensão, a diabetes e a dislipidemia, desencadeadora da aterosclerose. Assim, a prevalência dessas doenças nos feirantes também foi investigada. Entre eles, 68% (28) tinham hipertensão; 22% (9), diabetes *mellitus*; e 24% (10), dislipidemia. Corroborando a Pesquisa Nacional de Saúde, a doença crônica que mais se destaca na população brasileira é a HAS e a quinta mais presente é a diabetes²³. No que tange à dislipidemia, análise de níveis séricos da população brasileira aponta que cerca de um terço dos adultos apresenta alterações no colesterol²⁴.

Quanto ao histórico familiar para doenças crônicas, há presença de hipertensão na família de 61% (25) dos feirantes, mais presente nas mães e irmãs, com 35% (13) e 23% (8), respectivamente; outros parentes são pai – 14% (5), avô – 11% (4), irmão – 9% (3) e tia – 6% (2). Já para diabetes, 46% tem histórico familiar, sendo mais presente em irmãs, com 29% (6), e em mãe e pai, com 19% (4) cada; outros familiares são irmão – 14% (3), esposa e avó, com 5% (1) cada.

Tais resultados têm semelhanças com os apontados em estudo sobre fatores de risco para doenças crônicas, apresentando maior prevalência de antecedentes familiares para hipertensão e diabetes²⁵. Segundo estudo que avaliou a prevalência de hipertensão e diabetes autorreferida na população brasileira, há maior prevalência de mulheres do que de homens acometidos²⁴.

Para Doença Aterosclerótica Coronariana, 37% (15) dos pesquisados afirmaram ter parentes acometidos, com maior incidência para mãe, com 47% (7), e avó, com 27% (4); outros familiares são irmã e pai, com 13% (2) cada.

Diversos agravos à saúde foram impulsionados pela industrialização, tecnologias, urbanização e estilos de vida, ligados diretamente às afecções cardiovasculares. Tais agravos podem ser identificados com técnicas simples que determinam riscos, entre elas estão as medidas antropométricas²⁶. Nesse sentido, avaliaram-se as seguintes medidas antropométricas e níveis pressóricos dos feirantes, organizados na Tabela 2:

Tabela 2. Distribuição dos participantes da pesquisa de acordo com as Medidas Antropométricas. Sobral, Ceará, 2020.

Medidas	Total	%
Circunferência da Cintura		
Maior risco para DCV	31	76%
Menor risco para DCV	10	24%
Índice de Massa Corporal		
Adequado	14	34%
Baixo Peso	3	7%
Sobrepeso	13	32%
Obesidade	11	27%
Relação Cintura Quadril		
Maior risco para DCV	36	88%
Menor risco para DCV	5	12%

Medidas	Total	%
Pressão Arterial		
Normal	22	54%
Pré-hipertensão	8	20%
Estágio I	7	17%
Estágio II	3	7%
Estágio III	1	2%

Fonte: Dados da pesquisa.

Para analisar as medidas de Circunferência da Cintura, utilizou-se como ideal para homens o valor de $\geq 94,0$ cm e para mulheres, $\geq 80,0$ cm. Assim, 76% dos feirantes apresentaram CC elevada. Entre as mulheres, apenas 22% (4) se mostraram com valores adequados e 78% (14) demonstraram alterações na CC. Quanto aos homens, 73% (17) apresentaram alterações e 26% (6) estavam no padrão normal.

Quanto aos Índices de Massa Corporal, calcularam-se os dos feirantes de 20 a 59 anos pelo padrão da Organização Mundial da Saúde (OMS), que define como obesos pessoas com IMC ≥ 30 . Para o IMC de pessoas acima de 60 anos é adotado um ponto de corte diferente, levando em consideração as alterações fisiológicas que ocorrem com a senescência: idosos com IMC ≤ 22 são classificados como baixo peso, < 27 têm peso adequado e com ≥ 27 são classificados como sobrepeso⁹. Conforme os cálculos, 32% dos pesquisados tiveram IMC para sobrepeso e 27% para obesidade, ou seja, mais de 50% dos feirantes apresentaram alterações de peso.

De forma ampla, dados da Vigitel mostram que em 27 cidades brasileiras há predominância de pessoas com excesso de peso (55,7%) do que com obesidade (18,8%)⁹. A população que manifesta sobrepeso e obesidade e que tem maior localização de gordura na região abdominal está mais associada às doenças como hipertensão arterial sistêmica, diabetes e dislipidemia²⁷.

A Relação Cintura Quadril (RCQ) também é uma medida calculada para avaliar o risco de doenças cardiovasculares, de modo que o índice de corte para definir o risco em mulheres é menor ou igual a 0,80 e para homens é 0,90⁹. Nesses padrões, 88% apresentou um maior risco para DCV. Para 78% (14) das mulheres, a RCQ apresentou-se alterada e em apenas 22% (4) estava normal. Já para os homens, 74% (17) demonstraram alterações e 26% (6), não. Pesquisa realizada no Paraná, com 60 mulheres, afirma que apenas uma das mulheres não apresentou alterações na RCQ²⁸.

Quanto às medidas pressóricas, foi adotada como base a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão para a classificação²⁹. A Diretriz estabelece os seguintes valores, mostrados na Tabela 3:

Tabela 3. Classificação da Pressão Arterial de acordo com medição casual. Sobral, Ceará, 2020.

Classificação	Pressão Arterial Sistólica (mmHg)	Pressão Arterial Diastólica (mmHg)
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertensão	121 - 139	81 - 89
Hipertensão Estágio I	140 - 159	90 - 99
Hipertensão Estágio II	160 - 179	100 - 109
Hipertensão Estágio III	≥ 180	≥ 110

Fonte: 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão²⁹.

Quanto às alterações, 20% (8) apresentou medidas pressóricas para pré-hipertensão, 17% (7) para hipertensão em estágio I, 7% (3) para estágio II e apenas 2% (1) estava enquadrado no estágio III; somando as modificações, 46% (19) apresenta pressão arterial alterada. Para os homens, 48% (11) apresentaram PA alterada, e 52% (12), normal. Já entre as mulheres, 44% (8) tiveram alterações pressóricas e 56% (10), não.

Conforme apresentado, os feirantes dispõem de fatores significativos para favorecer o adoecimento cardiovascular, intrínsecos ao seu próprio trabalho, ligados aos seus hábitos e à sua própria genética e organismo, que, associados entre si, podem acarretar implicações à saúde de forma ampla. Assim, faz-se necessária a prática de intervenções eficazes para disseminar informações acerca do adoecimento cardiovascular, de forma

a colocar os feirantes, ativamente, à frente do seu autocuidado à medida que dúvidas forem sendo esclarecidas e conhecimentos sendo adquiridos³⁰.

CONCLUSÃO

A investigação dos fatores de risco cardiovascular dos feirantes possibilitou visualizar a vulnerabilidade a que essa classe está inserida. Os riscos estão relacionados ao próprio exercício de trabalho, atrelados aos hábitos e estilo de vida. Muitos se encontram expostos a riscos para a saúde que parecem ser agravados pelas particularidades do labor: a alta carga horária; a necessidade de estar muito cedo no mercado para receber mercadoria, desregulando o sono; a alimentação saudável que, para uns, é impossibilitada por passarem a maior parte do dia na feira; além de alguns não possuírem transporte próprio para facilitar o traslado entre casa e trabalho, tendo que pagar para realizar a ação. A alta taxa de horas trabalhadas também influencia na baixa procura médica para cuidados de rotina, por falta de tempo, fazendo com que essas consultas ocorram apenas quando há adoecimento.

O grupo de agravos mencionado, juntamente com as alterações nas medidas antropométricas, juntos, têm grande potencial para impactar na saúde cardiovascular dessa população. Pelas doenças cardiovasculares serem, muitas vezes, silenciosas, deixando os acometidos ainda mais vulneráveis, torna-se importante e relevante o incentivo a outras pesquisas para melhorar a qualidade de vida dessa classe de trabalhadores, com foco nas suas condições de trabalho.

Entre os pontos negativos da pesquisa, observa-se a baixa quantidade de participantes, por consequência da interrupção da coleta de dados devido à pandemia. Também se destaca o desafio da inserção dos pesquisadores dentro do ambiente e horário de trabalho dessas pessoas, o que afetou em alguns momentos a linearidade da pesquisa, por conta de interrupção de clientes e barulhos.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Lucas Teixeira de Sousa Santos contribuiu com o delineamento, a realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **Francisco Douglas Canafístula de Souza** contribuiu com a realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **Ângela Maria Liberato Araújo** contribuiu com a realização da pesquisa. **Keila Maria de Azevedo Ponte Marques** contribuiu

com o delineamento, redação e a revisão crítica do manuscrito. **Dafne Lopes Salles** contribuiu com a redação e a revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Malta DC, Andrade SSCA, Oliveira TP, Moura L, Prado RR, Souza MFM. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. Rev bras epidemiol [serial on the internet]. 2019 [cited 2020 May 25];22(1):1-13. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/r7QkT4hR3HmkWrBwZc6bshG/abstract/?lang=pt>
2. Massaroli LC, Santos LC, Carvalho GG, Carneiro SAJF, Rezende LF. Qualidade de vida e o IMC alto como fator de risco para doenças cardiovasculares: revisão sistemática. Revista da Universidade Vale do Rio Verde [serial on the internet]. 2018 [cited 2020 May 20];16(1):1-10. Available from: http://periodicos.unincor.br/index.php/revista_unincor/article/view/3733/pdf_794
3. Siqueira ASE, Siqueira-Filho AG, Land MGP. Análise do Impacto Econômico das Doenças Cardiovasculares nos Últimos Cinco Anos no Brasil. Arq Bras Cardiol [serial on the internet]. 2017 [cited 2020 Jan 17];1(109):39-46. Available from: <https://www.scielo.br/j/abc/a/TjBMVD83F7NMGNCJsP9kXKD/?lang=pt>
4. Lunkes LC, Murgas LDS, Dorneles EMS, Rocha CCMBM, Machado GJ. Fatores Socioeconômicos relacionados às doenças cardiovasculares: uma revisão. Hygeia [serial on the internet]. 2018 [cited 2019 Oct 10];28(14):50-61. Available from: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/40663>
5. Lima KS, Almeida AM. O conhecimento de feirantes sobre a hipertensão arterial e suas complicações. Rev. baiana saúde pública [serial on the internet]. 2014 [cited 2020 Mar 17];38(4):865-81. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2014/v38n4/a4914.pdf>
6. Sobral. Prefeitura de Sobral: Mercado Público [home-page on the internet]. [cited 2020 Jan 15]. Available from: <http://stde.sobral.ce.gov.br/mercado-publico>
7. Vale PRLE, Prata DRA, Amorim RC, Aguiar MGG. Arranjos familiares: modos de conviver com o adoecimento de famílias de feirantes. Rev Bras Ciên Saúde [serial on the internet]. 2017 [cited 2020 Mar 18];21(4):347-454.

Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1007142>

8. Vale PRLF, Santos TP, Saturtino MN, Aguiar MGA, Carvalho ESS. Itinerários terapêuticos de feirantes diante das necessidades de saúde dos familiares. Rev baiana enferm [serial on the internet]. 2015 [cited 2020 June 01];29(4):372-81. Available from: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/13396>

9. Brasil. Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico [home-page on the internet]. [cited 2020 May 18]. Available from: <http://www.crn1.org.br/wp-content/uploads/2020/04/vigitel-brasil-2019-vigilancia-fatores-risco.pdf?x53725>

10. Tavares APM, Silva AKO, Fernandes MA. Planejamento estratégico situacional e a aplicabilidade à saúde do trabalhador: um estudo com feirantes. Rev Enferm UFPI [serial on the internet]. 2016 [cited 2020 May 22];5(3):72-75. Available from: <https://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1457/pdf>

11. Rios MA, Nery AA, Rios PAA, Casotti CA, Cardoso JP. Fatores associados a acidentes de trabalho envolvendo trabalhadores informais do comércio. Cad Saúde Pública [serial on the internet]. 2015 [cited 2020 May 30];31(6):1199-1212. Available from: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2015.v31n6/1199-1212/pt>

12. Prado CEP. Estresse ocupacional: causas e consequências. Rev Bras Med [serial on the internet]. 2016 [cited 2020 May 31];14(3):285-89. Available from: <https://www.rbmt.org.br/details/122/pt-BR/estresse-ocupacional--causas-e-consequencias>

13. Santos GO, Ceolin V, Dias JA. Exercícios físicos e os benefícios em adultos. In: Silivinski CT, editor. Análise crítica das ciências da saúde 4. Ponta grossa: Atena editora; 2020. Available from: <https://www.finersistemas.com/atenaeditora/index.php/admin/api/artigoPDF/23882>

14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Práticas de esporte e atividade física: 2015 [home-page on the Internet]. [cited 2020 May 31]. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?id=2100364&view=detalhes>

15. Cardoso FN, Domingues TAM, Silva SD, Lopes JL. Fatores de risco cardiovascular modificáveis em pacientes com hipertensão arterial sistêmica. Rev Min Enferm [serial on the internet]. 2020 [cited 2020 May 30];24(1275):1-8. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1051265>

16. Bankoff ADP, Bispo IMO, Souza MAB. Estudo da cultura alimentar, hábitos de vida e influências sobre as doenças crônicas não transmissíveis. Rev Saúde e Meio Ambiente [serial on the internet]. 2020 [cited 2020 June 01];10(1):1-18. Available from: <https://periodicos.ufms.br/index.php/sameamb/article/view/9118>

17. Brasil. Alimentação Cardioprotetora: manual de orientações para profissionais de saúde da Atenção Básica [document on the internet]. Brasília (DF); 2018 [cited 2020 May 21]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimentacao_cardioprotetora.pdf

18. Malta DC, Vieira ML, Szwarcwald CL, Caixeta R, Brito SMF, Reis AACD. Tendência de fumantes na população Brasileira segundo a Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios 2008 e a Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Rev bras epidemiol [serial on the internet]. 2015 [cited 2020 June 03];18(2):25-56. Available form: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/WKdynVQzFTdwjx57WmHQ5tn/?lang=pt>

19. Oliveira GMM, Mallet ALR. Tabagismo. In: Rocha RM, Martins WA, editores. Manual de Prevenção Cardiovascular. Rio de Janeiro: SOCERJ; 2017.

20. Pitito BA, Moraes ACF, Ferreira SRG. O lado saudável do consumo de bebida alcoólica. Rev USP [serial on the internet]. 2012 [cited 2020 May 15];1(96):55-68. Available from: <http://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/52257>

21. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Anuário estatístico do mercado farmacêutico 2018 [home-page on the internet]. Brasília: Anvisa; 2019. [cited 2020 June 03]. Available from: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/374947/3413536/Anu%C3%A1rio+Estat%C3%ADstico+do+Mercado+Farmac%C3%AAutico+-+2018/c24aacbf-4d0c-46a7-bb86-b92c170c83e1>

22. Arrais PSD, Fernandes MEP, Dal Pizzol TS, Ramos LR, Mengue SS, Luiza VL. Prevalência da automedicação no Brasil e fatores associados. Rev Saúde Pública [serial on the internet]. 2016 [cited 2020 June 03];2(50):1-13. Available from: www.scielo.org/article/rsp/2016.v50suppl2/13s/pt/

23. Malta DC, Stopa SR, Szwarcwald CL, Gomes NL, Silva Júnior JB, Reis AAC. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Rev bras epidemiol [serial on the internet]. 2015 [cited 2020 May 25];18(2):3-16. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18s2/1980-5497-rbepid-18-s2-00003.pdf>

24. Malta DC, Szwarcwald CL, Machado IE, Pereira

CA, Figueiredo AW, Nogueira de Sá ACMG, et al. Prevalência de colesterol total e frações alterados na população adulta brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde. Rev bras epidemiol [serial on the internet]. 2019 [cited 2020 June 03];22(2):1-13. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/gxFK6KvfqFRPWJxwJKmhFqq/?lang=pt>

25. Brevideilli MM. Fatores de risco para doenças crônicas entre participantes do programa Vivendo com Estilo e Saúde. O Mundo da Saúde [serial on the internet]. 2017 [cited 2020 June 03];41(4):606-16. Available from: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/fatores_doenca_cronica.pdf

26. Pohl HH, Arnold EF, Cerentini TM, Reuter EM, Reckziegel MB. Indicadores antropométricos e fatores de risco cardiovascular em trabalhadores rurais. Rev Bras Med Esporte [serial on the internet]. 2018 [cited 2020 June 01];24(1):64-68. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbme/a/7ZXzSGKMvcy9FFRbLmcwNbG/abstract/?lang=pt>

27. Barroso TA, Marins LB, Alves R, Gonçalves ACS, Barroso SG, Rocha GS. Associação entre a obesidade central e a incidência de doenças e fatores de risco cardiovascular. Int J Cardiovasc Sci [serial on the internet]. 2017 [cited 2020 May 13];30(5):416-24. Available from: <http://www.onlineijcs.org/sumario/30/30-5/original6.asp>

28. Vieira RS, Gallo AM, Carvalho CJA, Araujo JP, Cabral R, Eler GJ. Fatores de risco para desenvolvimento de doença cardiovascular em mulheres. Invest Educ Enferm [serial on the internet]. 2017 [cited 2020 June 05];35(1):35-45. Available from: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/download/327343/20787046?inline=1>

29. Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol [serial on the internet]. 2016 [cited 2020 June 05];2016;105(3):1-83. Available from: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf

30. Braga YKB, Vieira RBS, Cardoso MAP, Frota KC, Ponte KMA. Saúde cardiovascular: saber de alunos e funcionários de uma universidade pública. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2019 [cited 2021 June 22];19(2):24-31. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1472>

VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL: PRÁTICAS ALIMENTARES DE CRIANÇAS MAIORES DE DOIS ANOS

FOOD AND NUTRITIONAL SURVEILLANCE: EATING HABITS OF CHILDREN OVER TWO YEARS OF AGE

VIGILANCIA ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL: PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE NIÑOS MAYORES DE DOS AÑOS

Brena Barreto Barbosa ¹Caroline Moreira Arruda ²Natália Sales de Carvalho ³**Como Citar:**

Barbosa BB, Arruda CM, Carvalho NS. Vigilância alimentar e nutricional: práticas alimentares de crianças maiores de dois anos. *Sanare (Sobral, Online)*. 2021;20(1):35-43.

Palavras-chave:

Vigilância Alimentar e Nutricional; Consumo alimentar; Guia alimentar.

Keywords:

Food and Nutritional Surveillance; Food Consumption; Food Guide.

Palabras clave:

Vigilancia Nutricional; Consumo de alimentos; Guías alimentarias.

Submetido:

27/11/2020

Aprovado:

23/06/2021

Autor(a) para Correspondência:

Brena Barreto Barbosa
E-mail: brena-barreto@hotmail.com

RESUMO

Este estudo objetivou analisar as práticas alimentares de crianças do município de Acaraú, no Ceará, com base em marcadores de consumo alimentar e recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira. Trata-se de estudo transversal, quantitativo e descritivo, realizado entre agosto de 2018 e fevereiro de 2019. Foram aplicados os formulários de marcadores de consumo alimentar do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) em 571 crianças maiores de dois anos. Os dados foram inseridos na plataforma on-line do SISVAN e analisados por meio dos relatórios públicos para a obtenção de indicadores de padrões de alimentação e comportamentos alimentares considerados saudáveis e não saudáveis. O consumo de alimentos in natura e comportamentos alimentares saudáveis foram identificados em mais da metade da população, exceto para a ingestão de verduras e legumes (48,4%) em crianças dos 5 aos 9 anos. Os alimentos ultraprocessados e comportamentos alimentares não saudáveis obtiveram valor superior a 50%, destacando-se o consumo de bebidas adoçadas (78,5%), macarrão instantâneo e salgadinho de pacote (77,5%) na faixa de 2 a 4 anos. As práticas alimentares estão inadequadas diante das recomendações do atual Guia Alimentar, uma vez que há alto percentual de padrões de alimentação e comportamentos alimentares não saudáveis.

1. Nutricionista. Especialista na modalidade de residência em Saúde da Família e Comunidade pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE). E-mail: brena-barreto@hotmail.com. [ORCID: 0000-0002-1536-614X](https://orcid.org/0000-0002-1536-614X)

2. Nutricionista. Mestre em Nutrição e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). E-mail: carolinenut@gmail.com. [ORCID: 0000-0001-9656-5513](https://orcid.org/0000-0001-9656-5513)

3. Nutricionista. Mestre em Nutrição e Saúde pela UECE. Docente da UNIFOR. E-mail: natycarvalho_@hotmail.com. [ORCID: 0000-0003-1069-8644](https://orcid.org/0000-0003-1069-8644)

ABSTRACT

This study aimed to analyze the eating habits of children in the municipality of Acaraú, Ceará, based on food consumption markers and Food Guide recommendations for the Brazilian Population. This is a cross-sectional, quantitative, and descriptive study, carried out from August 2018 to February 2019. Forms for food consumption markers from the Food and Nutrition Surveillance System (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, SISVAN) were used with 571 children over two years of age. The data were entered in the SISVAN online platform, and analyzed by means of public reports to obtain indicators of eating patterns and eating behaviors considered healthy and unhealthy. The consumption of fresh food and healthy eating behaviors were identified in more than half of the population, except for the intake of vegetables (48.4%) by children aged 5 to 9 years. Ultra-processed food and unhealthy eating behaviors had a value above 50%, highlighting the consumption of sweetened beverages (78.5%), instant noodles, and packaged snacks (77.5%) in the age group from 2 to 4 years. Eating practices are inadequate in view of the current Food Guide recommendations, since there is a high percentage of unhealthy eating patterns and eating behaviors.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo analizar las prácticas alimentarias de los niños del municipio de Acaraú, Ceará, a partir de marcadores de consumo de alimentos y recomendaciones de la Guía Alimentaria para la Población Brasileña. Estudio transversal, cuantitativo y descriptivo, realizado entre agosto de 2018 y febrero de 2019. Se aplicaron las formas de marcadores de consumo de alimentos del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN) con 571 niños mayores de dos años. Los datos fueron insertados en la plataforma en línea SISVAN y analizados a través de informes públicos para obtener indicadores de patrones de alimentación y conductas alimentarias consideradas saludables y no saludables. El consumo de alimentos frescos y conductas alimentarias saludables se identificaron en más de la mitad de la población, a excepción de la ingesta de verduras (48,4%) en niños de 5 a 9 años. Los alimentos ultraprocesados y las conductas alimentarias poco saludables obtuvieron valores superiores al 50%, con énfasis en el consumo de bebidas azucaradas (78,5%), fideos instantáneos y snacks envasados (77,5%) en el rango de 2 a 4 años. Las prácticas alimentarias son inadecuadas en comparación con las recomendaciones de la Guía Alimentaria actual, ya que existe un alto porcentaje de patrones y conductas alimentarias poco saludables.

.....

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) tem como propósito melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde, em busca da garantia da Segurança Alimentar e Nutricional da população brasileira. A terceira diretriz dessa política, a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), ressalta a importância do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), que se destina à identificação do diagnóstico descritivo e de análise da situação alimentar e nutricional da população brasileira, contribuindo para que se conheça a natureza e a dimensão dos problemas nutricionais do país¹.

A população brasileira vem experimentando transformações sociais que provocaram mudanças no seu padrão de saúde e de consumo alimentar,

este caracterizado pelo aumento do consumo de alimentos processados, pela redução do consumo de alimentos básicos e tradicionais e pelo escasso consumo de frutas, verduras e legumes². Tais modificações no hábito alimentar contribuíram com a transição nutricional que vem acontecendo no país, caracterizada pela diminuição da desnutrição e aumento progressivo da obesidade, por conta do excesso e da inadequação do consumo alimentar³.

O predomínio de excesso de peso associado à alimentação tem aumentado rapidamente e chamado atenção também para as taxas na infância⁴. Dados do SISVAN coletados no ano de 2018 sobre o estado nutricional da população infantil brasileira, de ambos os sexos, demonstraram que 15,7% dos indivíduos menores de 5 anos encontravam-se com excesso de peso. Já a população de crianças entre 5 e 10 anos de idade, no mesmo ano, apresentou

um resultado de 13,2% na prevalência de excesso de peso⁵.

Essa situação torna-se preocupante, pois o aumento dos casos de obesidade está associado ao crescimento da incidência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como diabetes, hipertensão, dislipidemia, esteatose hepática e aterosclerose, inclusive em crianças⁶. O estímulo e a adesão de hábitos alimentares saudáveis durante a infância tendem a permanecer durante a fase adulta; portanto, esse é um período essencial para se identificar as práticas predominantes de alimentação e se planejar estratégias de prevenção às DCNT⁷.

Os formulários de Marcadores de Consumo Alimentar do SISVAN são alguns dos instrumentos utilizados na rotina da Atenção Básica para avaliar o consumo alimentar da população brasileira. A análise dos marcadores permite reconhecer comportamentos ou alimentos relacionados à alimentação saudável ou não saudável e sua avaliação indica o que deve ser priorizado pela equipe de saúde para promover a adoção de práticas alimentares mais saudáveis pela população⁸.

Estão disponíveis para uso três formulários para avaliação de consumo alimentar: o primeiro, destinado a crianças menores de 6 meses; o segundo, proposto para maiores de 6 meses a menores de 2 anos; e o terceiro, para crianças com 2 anos ou mais, adolescentes, adultos, idosos e gestantes⁸. Este último foi construído com base na proposta do atual Guia Alimentar para a População Brasileira, o qual considera as características e a finalidade do processamento industrial a que os alimentos são submetidos, classificando-os em quatro grupos⁹.

O primeiro grupo é composto pelos alimentos in natura ou minimamente processados, caracterizados como parte de alimentos extraídos da natureza ou que passaram por processamento mínimo. O segundo é constituído pelos ingredientes culinários, extraídos de alimentos ou da natureza e utilizados nas preparações culinárias, como óleo, sal e açúcar. O terceiro abrange os alimentos processados, feitos essencialmente com a adição de óleo, sal ou açúcar aos alimentos in natura ou minimamente processados. O quarto grupo é formado pelos alimentos ultraprocessados, que são produtos prontos para o consumo que também contêm substâncias e aditivos, além de estabilizantes e conservantes, que intensificam sabor, aroma e textura¹⁰.

Na intenção de auxiliar a população brasileira no atendimento dessas recomendações, o novo Guia propõe que se priorize o consumo de alimentos frescos (in natura ou minimamente processados) e preparações culinárias com alimentos básicos e tradicionais em substituição ao consumo de alimentos ultraprocessados⁹.

O objetivo deste estudo é analisar as práticas alimentares de crianças do município de Acaraú, no estado do Ceará, com base nos marcadores de consumo alimentar do SISVAN e recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira. Levando em consideração que a avaliação do consumo alimentar deve ser realizada como uma atividade de rotina na Atenção Básica, a execução deste estudo, além de contribuir para o monitoramento das práticas alimentares e para o diagnóstico da situação alimentar e nutricional da população em idade escolar, constituindo a VAN, também dará suporte ao planejamento e à organização do cuidado a este público, contemplando a primeira diretriz da PNAN, denominada Organização da Atenção Nutricional¹.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo transversal de abordagem quantitativa e de caráter descritivo, realizado entre agosto de 2018 a fevereiro de 2019, com estudantes de seis escolas municipais da cidade de Acaraú, no estado do Ceará. No decurso da pesquisa, o município possuía aproximadamente 63 mil habitantes e cerca de 12 mil alunos em suas 48 escolas¹¹; no setor saúde, a Atenção Básica contava com 16 unidades básicas e 28 equipes de Saúde da Família, as quais eram apoiadas por quatro equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) e uma equipe do Programa de Residência Integrada em Saúde (RIS) – ênfase Saúde da Família e Comunidade, vinculado à Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE).

O presente estudo foi realizado como parte da execução de um dos objetivos do “Programa Crescer Saudável”. O Programa, aderido pelo município em 2018, constitui-se em um conjunto de ações a serem realizadas na Rede de Atenção à Saúde para garantir o adequado acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na infância, com o objetivo de prevenir, controlar e tratar a obesidade infantil. Uma de suas metas é o registro, no SISVAN, do consumo alimentar de 5% das crianças menores de

10 anos do município¹².

O estudo consistiu em três fases: fase 1 – coleta de informações do público-alvo; fase 2 – cadastro das informações na plataforma on-line do SISVAN, denominada SISVAN Web; fase 3 – análise dos dados obtidos a partir do SISVAN Web.

A fase 1 foi realizada a partir de colaboração multiprofissional (nutricionista do Nasf-AB e equipe de residentes em Saúde da Família e Comunidade). A amostra constituiu-se por 571 alunos, com faixa etária superior a 2 anos e menores de 10 anos. As escolas selecionadas como cenário desta investigação foram escolhidas por estarem localizadas na sede da cidade de Acaraú e fazerem parte do território de atuação da equipe multiprofissional do Programa de Residência. Foram incluídos alunos do pré-escolar (infantil III, infantil IV, infantil V) e do ensino fundamental (1º ao 5º ano), que possuíam o número do cartão nacional de saúde na documentação de matrícula. Entraram no critério de exclusão as crianças que apresentaram alguma deficiência que impedisse a aplicação do instrumento de coleta.

A obtenção das informações se deu por meio da aplicação, em local reservado dentro da própria escola, do formulário de marcadores de consumo alimentar pela equipe multiprofissional, a qual participou previamente de qualificação para a aplicação deste instrumento. Foi utilizado o bloco do questionário para crianças maiores de dois anos, adolescentes, adultos, idosos e gestantes, que tem como objetivo identificar padrões de alimentação e comportamentos saudáveis ou não saudáveis, com base no nível de processamento dos alimentos⁸.

Posteriormente, as informações coletadas foram inseridas no SISVAN Web (fase 2), pela nutricionista residente e a nutricionista do Nasf-AB, através do endereço eletrônico da plataforma e-Gestor AB, que dá acesso aos vários sistemas de informação da Atenção Básica (<https://egestorab.saude.gov.br/>). A entrada na plataforma é restrita e se deu com o login e senha da fiel depositária das informações contidas no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional do município.

Na fase 3, que ocorreu de janeiro a fevereiro de 2019, a pesquisadora residente realizou a busca e a análise das informações inseridas, com os dados gerados em relatórios públicos disponibilizados no endereço eletrônico do SISVAN Web (<http://sisaps.saude.gov.br/sisvan/>). Foi selecionada a função de produção de “Relatórios de Acesso Público”

e, em seguida, a opção de relatório de “Consumo alimentar”.

A partir de então, foram preenchidas as informações para a geração dos relatórios, sendo utilizados como referência todos os meses do ano de 2018, agrupados por município, escolhendo-se o município de Acaraú, no estado do Ceará. Foi selecionada a faixa etária correspondente ao objeto do estudo, sendo marcada a opção de 2 anos ou mais e a escolha das fases da vida, selecionadas separadamente em: crianças de 2 a 4 anos e crianças de 5 a 9 anos.

Todos os relatórios gerados consideraram crianças de todos os sexos, raças/cores, os acompanhamentos registrados, os povos e comunidades, e as escolaridades da cidade de Acaraú, sendo a relação dos resultados nacionais apresentada automaticamente juntamente aos dados do município selecionado.

Para cada relatório, individualmente, foram escolhidos os indicadores de padrões de alimentação e comportamentos alimentares considerados “saudáveis” e “não saudáveis”, segundo a publicação oficial “Orientação para avaliação de marcadores de consumo alimentar na Atenção Básica”, do Ministério da Saúde⁸.

Primeiramente, foram escolhidos os quatro indicadores de alimentação e comportamentos alimentares saudáveis, sendo um indicador para identificar comportamentos de risco – hábito de realizar, no mínimo, as três refeições principais do dia; e três indicadores de consumo de alimentos – consumo de feijão, de fruta, de verduras e legumes. Em seguida, foram selecionados os cinco indicadores de padrões de alimentação e comportamentos alimentares considerados não saudáveis: hábito de realizar as refeições assistindo à televisão – um indicador que mede comportamentos de risco; consumo de hambúrguer e/ou embutidos; consumo de bebidas adoçadas; consumo de macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados e consumo de biscoito recheado, doces ou guloseimas – quatro indicadores de consumo de alimentos.

Os dados dos relatórios gerados a partir do SISVAN Web foram tabulados em planilha no programa Microsoft Office Excel, visando facilitar a análise por meio da elaboração de tabelas. Os dados que consistem nos indicadores de consumo de alimentos foram agrupados considerando-se as recomendações do atual Guia Alimentar para

a População Brasileira para consumo alimentar saudável (consumo de alimentos in natura) e não saudável (consumo de alimentos ultraprocessados).

A presente pesquisa seguiu as normas da Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde¹³ e a coleta de dados ocorreu conforme aprovação do estudo pelo Comitê de Ética da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE), com o Parecer consubstanciado n.º 3.690.860/2019.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O número de registros de marcadores de consumo alimentar de crianças na faixa etária entre 2 a 4 e 5 a 9 anos totalizou 107 e 464 crianças, respectivamente, sendo a amostra total distribuída em 44,3% (n=253) do sexo masculino e 55,7% (n=318) do sexo feminino. Os indicadores de padrões de alimentação e comportamentos alimentares saudáveis, por faixa etária, comparados com os resultados nacionais, estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1. Padrões de alimentação e comportamentos alimentares saudáveis por tipo de indicador e faixa etária, comparados com resultados nacionais.

Indicadores	Faixa etária							
	2 a 4 anos				5 a 9 anos			
	Acarau		Brasil		Acarau		Brasil	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Indicador de comportamento alimentar								
Hábito de realizar, no mínimo, as três refeições principais do dia	91	85,0	62539	36,0	298	64,2	72297	38,0
Indicadores de consumo de alimentos in natura								
Consumo de feijão	91	85,0	148458	85,0	300	64,6	157582	83,0
Consumo de fruta	89	83,1	138167	79,0	285	61,4	138168	72,0
Consumo de verduras e legumes	66	61,6	116514	67,0	25	48,4	118131	62,0

Fonte: Dados da pesquisa.

Os indicadores de padrões de alimentação e comportamentos alimentares não saudáveis por faixa etária, comparados com os resultados nacionais, estão descritos na Tabela 2.

Tabela 2. Padrões de alimentação e comportamentos alimentares não saudáveis por tipo de indicador e faixa etária, comparados com resultados nacionais.

Indicadores	Faixa etária							
	2 a 4 anos				5 a 9 anos			
	Acarau		Brasil		Acarau		Brasil	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Indicador de comportamento alimentar								
Hábito de realizar as refeições assistindo à televisão, usando computador e/ou celular	81	75,7	88880	51,0	294	63,3	119617	63,0
Indicadores de consumo de alimentos ultraprocessados								
Consumo de hambúrguer e/ou embutidos	63	58,8	60047	34,0	244	52,5	85160	45,0
Consumo de bebidas adoçadas	84	78,5	111346	64,0	309	66,5	129847	68,0

Indicadores	Faixa etária							
	2 a 4 anos				5 a 9 anos			
	Acarauá		Brasil		Acarauá		Brasil	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Consumo de macarrão instantâneo, salgadinho de pacote ou biscoito salgado	83	77,5	84088	48,0	284	61,2	97966	51
Consumo de biscoito recheado, doces ou guloseimas	78	72,9	104927	60,0	278	60,0	117976	62,0

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto aos indicadores de comportamento alimentar, realizar, no mínimo, as três refeições principais do dia – café da manhã, almoço e jantar – esteve presente como hábito para a maioria das crianças de 2 a 4 anos (85%); já na faixa etária dos 5 aos 9 anos, essa mesma variável apresentou percentual inferior (64,2%). Ressalta-se que esses percentuais são superiores aos resultados nacionais, os quais refletem esse comportamento em menos da metade da população.

Tais achados podem guardar relação com o fato de que o convívio da criança enquanto pequena se reduz, muitas vezes, aos pais, sendo estes os primeiros educadores nutricionais dos filhos, o que permite maior controle do que é consumido¹⁴. Já a aquisição de certa autonomia observada com o aproximar da adolescência permite que nem sempre as refeições dos filhos sejam acompanhadas pelos pais, tornando-se comum a substituição parcial das refeições principais por lanches, corroborando os dados analisados¹⁵.

O hábito de realizar as refeições assistindo à televisão, usando computador e/ou celular foi verificado em 75,7% e 63,3% das crianças entre 2 a 4 anos e 5 a 9 anos, respectivamente. O Guia Alimentar para a População Brasileira traz o ato de comer em ambientes apropriados como uma de suas orientações básicas à comensalidade. Aparelhos de televisão ligados e telefones celulares sobre a mesa devem ser evitados no momento da alimentação para proporcionar locais tranquilos que permitam a concentração⁹.

Assistir à televisão durante as refeições foi associado a piores preferências e hábitos alimentares e consequente menor tempo dedicado aos exercícios físicos entre as crianças em idade escolar¹⁶. Como resultado, o excesso de tempo em frente às telas é fator de risco para o desenvolvimento de excesso de peso nas fases

iniciais da vida e também para complicações posteriores como doenças cardiovasculares¹⁷.

O consumo de alimentos in natura foi identificado em mais da metade da amostra de ambas as faixas etárias, com exceção para a ingestão de verduras e legumes (48,4%) em crianças dos 5 a 9 anos, mas que, quando comparado aos resultados nacionais, apresentou-se abaixo nas duas faixas etárias. Esse grupo de alimentos deve fazer parte do hábito alimentar de crianças em idade pré-escolar e escolar de forma a favorecer níveis adequados de saúde, de crescimento e de desenvolvimento cognitivo. Além disso, a alimentação deve fornecer energia para o escolar crescer e se desenvolver sem excesso de gorduras, a ingestão de carboidratos simples deve ser controlada e o consumo de fibras deve ser estimulado para o bom funcionamento do intestino. Para tanto, as refeições nessa faixa etária devem conter frutas, verduras, legumes, carnes, grãos e pães integrais¹⁸.

Em estudo que avaliou o consumo de hortaliças por escolares de um município do Sul do Brasil, resultados semelhantes foram identificados para o consumo de verduras e legumes na faixa etária dos 5 a 9 anos, evidenciando um perfil alimentar associado ao consumo inadequado desses alimentos. A pesquisa reafirma ainda a importância de recomendações com o objetivo de reduzir o consumo de alimentos com alta densidade calórica e intervenções para promover hábitos alimentares saudáveis¹⁹.

Ressalta-se que o percentual de consumo de feijão no grupo de crianças entre 2 a 4 anos (85%) foi superior ao encontrado no grupo de 5 a 9 anos (64,6%). Este último resultado foi semelhante ao encontrado em estudo que investigou o consumo alimentar de crianças de 6 a 9 anos de uma escola de ensino fundamental em Sobral, no Ceará, em que o consumo de feijão para essa faixa etária

encontrou-se em 62,4%²⁰. O Guia Alimentar para a População Brasileira⁹ reforça a relevância do feijão no hábito alimentar dos brasileiros, constituindo o prato base da população, juntamente com o arroz. Os dados da recente Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2017-2018 identificaram que, apesar de a ingestão de feijão pela população brasileira ainda ser relativamente alta, houve redução do consumo desse alimento em comparação ao inquérito anterior, de 2008-2009²¹.

Para os alimentos ultraprocessados foi verificado consumo superior a 50% nos intervalos de idade analisados, de modo que, para a faixa etária de 2 a 4 anos de idade, todos os indicadores ultrapassaram os resultados nacionais, com destaque para o consumo de bebidas adoçadas (78,5%), consumo de macarrão instantâneo e salgadinho de pacote (77,5%) e consumo de biscoito recheado, doces ou guloseimas (72,9%).

Em estudo que avaliou a contribuição dos alimentos ultraprocessados no consumo alimentar de crianças pertencentes à área de abrangência de uma unidade básica de saúde no Sul do Brasil, observou-se uma taxa elevada de excesso de peso nas crianças estudadas, sendo associada ao consumo desses alimentos²². Os ingredientes principais dos alimentos ultraprocessados conferem a eles a característica de serem ricos em gorduras e açúcares, além de extremamente pobres em fibras²³.

De forma otimista, a POF 2017-2018 evidencia que a participação dos alimentos ultraprocessados na dieta tende a diminuir com o avançar da idade, destacando-se biscoito salgado e salgadinho de pacote, biscoitos doces e embutidos como os subgrupos que apresentam a maior redução de consumo²⁰. Ainda assim, a aquisição de alimentos ultraprocessados persiste na população adulta e interfere de forma direta no acesso a alimentos prejudiciais à saúde pela família, inclusive por crianças²⁴.

As deficiências nutricionais decorrentes de hábitos alimentares inadequados podem ocasionar aumento nas taxas de morbimortalidade infantil, além de resultar em situações como retardo no crescimento, atraso escolar e maior risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis na idade adulta. Dessa forma, questões nutricionais e de consumo alimentar requerem atenção nesse período da vida²⁵.

O acompanhamento dos marcadores de consumo alimentar é um recurso de apoio à atenção

nutricional, fortalecendo a VAN, o que permite o reconhecimento de insuficiências e prioridades para a promoção da alimentação adequada e saudável. É importante ressaltar que os formulários de marcadores de consumo alimentar propõem a avaliação de alimentos consumidos no dia anterior, o que evita possíveis esquecimentos em relação à alimentação realizada; porém, possuem como fator limitante o fato de não representarem a ingestão habitual do indivíduo⁸.

CONCLUSÃO

Conclui-se que as práticas alimentares das crianças entre 2 a 10 anos analisadas neste estudo estão inadequadas frente às recomendações atuais do Guia Alimentar para a População Brasileira, uma vez que, apesar de haver presença de padrões de alimentação e comportamentos alimentares considerados saudáveis, identificaram-se, de forma simultânea, elevados percentuais para o consumo dos quatro indicadores de consumo de alimentos ultraprocessados, além do comportamento de risco não saudável no dia anterior à entrevista neste público.

A identificação dos padrões de consumo alimentar dessas crianças, por meio da análise fornecida pelo SISVAN, pode servir de referência para a implantação de estratégias de educação alimentar e nutricional no âmbito da Atenção Básica, com foco na escolha adequada de alimentos e na prevenção da obesidade infantil, abrangendo tanto o ambiente escolar como o domicílio, sendo as orientações de práticas alimentares saudáveis direcionadas aos estudantes e aos seus responsáveis. Faz-se necessário realizar estudos complementares associando os marcadores de consumo alimentar ao perfil sociodemográfico e econômico dessa população, para possibilitar o desenvolvimento de intervenções mais efetivas, pautadas na realidade de vida desse público.

CONTRIBUIÇÃO DAS AUTORAS

Brena Barreto Barbosa contribuiu com a realização da pesquisa, o delineamento do estudo e a redação do manuscrito. **Caroline Moreira Arruda** e **Natália Sales de Carvalho** contribuíram com o delineamento do estudo e a redação e a revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. 2. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
2. Brasil. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil [serial on the internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010 [cited 2019 June 14]. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/bibliotecacatalogo?view=detalhes&id=250063>
3. Batista Filho M, Rissin A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. Cad Saúde Pública. 2003;19(suppl.1):S181-S191. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000700019>
4. Vernarelli JA, Mitchell DC, Hartman TJ, Rolls BJ. Dietary energy density is associated with body weight status and vegetable intake in US children. J Nutr. 2011;141(12):2204-10. doi: <https://doi.org/10.3945/jn.111.146092>
5. Brasil. Sistema de vigilância alimentar e nutricional (SISVAN). Módulo gerador de relatórios públicos: estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice [serial on the internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018 [cited 2018 Oct 23]. Available from: http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvan/relatorios_publicos/relatorio-acomp-nutri.view.php
6. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. Lancet [serial on the internet]. 2011 [cited 2019 Mar 4];6736(11):60135-139. Available from: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/269298/mod_resource/content/1/Saude%20no%20Brasil%20artigo%204%20Lancet%202011.pdf
7. Peters J, Dollman J, Petkov J, Parletta N. Associations between parenting styles and nutrition knowledge and 2-5-year-old children's fruit, vegetable and non-core food consumption. Public Health Nutr. 2013;16(11):1979-87. doi: <https://doi.org/10.1017/S1368980012004648>
8. Brasil. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.
9. Brasil. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
10. Monteiro CA, Cannon G, Levy RB, Moubarac J-C, Jaime P, Martins AP, et al. NOVA. The star shines bright. World Nutrition [serial on the internet]. 2016 [cited 2020 May 12];7(1-3):28-38. Available from: <https://worldnutritionjournal.org/index.php/wn/article/view/5/4>
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Relatório populacional por cidade: Acaraú [serial on the internet]. 2018 [cited 2019 June 24]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/acarau/panorama>
12. Brasil. Notícias: Começa o período de adesão ao Crescer Saudável 2017-2018 [serial on the internet]. 2019 [cited 2019 June 24]. Available from: <https://aps.saude.gov.br/noticia/5394>
13. Brasil. Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União [document on the internet]. 2012 [cited 2019 Mar 4]; Seção 1. Available from: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
14. Moraes PM, Dias CMSB. Nem só de pão se vive: a voz das mães na obesidade infantil. Psicol Ciênc Prof (Impr.). 2013;33(1):46-59.
15. Araki EL, Philippi ST, Martinez MF, Estima, CCP, Leal GVS, Alvarenga MDS. Padrão de refeições realizadas por adolescentes que frequentam escolas técnicas de São Paulo. Rev Paul Pediatr. 2011;29(2):164-70. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-05822011000200006>
16. Hare-Bruun H, Nielsen BM, Kristensen PL, Møller NC, Togo P, Heitmann BL. Television viewing, food preferences, and food habits among children: a prospective epidemiological study. BMC Public Health. 2011;11(1):311-21. doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-311>
17. De Rezende LFM, Lopes MR, Rey-López JP, Matsudo VKR, Luiz OC. Sedentary behavior and health outcomes: an overview of systematic reviews. PloS one. 2014;9(8):e105620. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0105620>
18. Vitolo MR. Nutrição da gestação ao envelhecimento. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio; 2015.
19. Molz P, Pereira CS, Reuter CP, Pra D, Franke SIR. Factors associated with the consumption of five daily servings of fruits and vegetables by students. Rev Nutr [serial on the internet]. 2019 [cited 2020 Aug 27];32:e180156. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732019000100511&lng=en
20. Lira RCM, Antunes LR, De Mesquita KO. Experiência de abordagem sobre alimentação entre crianças. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2021 Jan-Jun;20(1):35-43

internet]. 2016 [cited 2021 June 22];15(1):69-73. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/930/559>

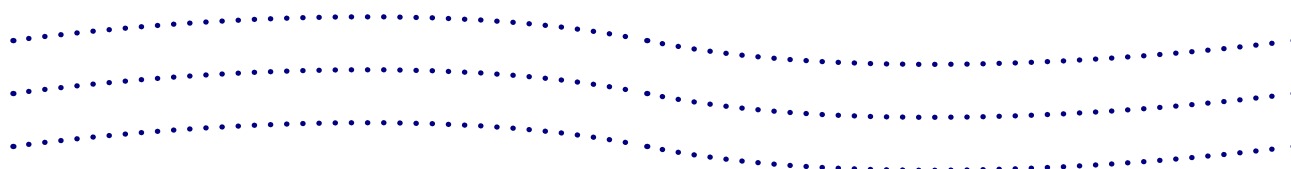
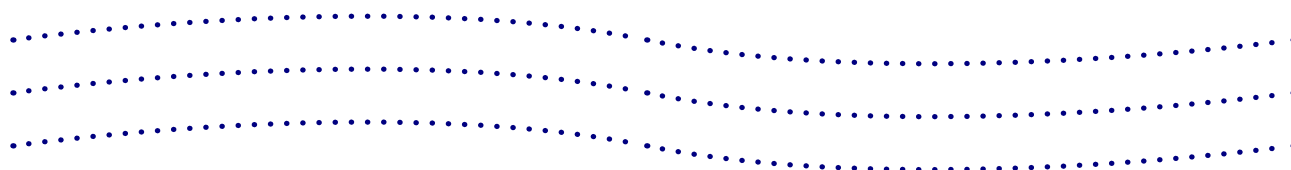
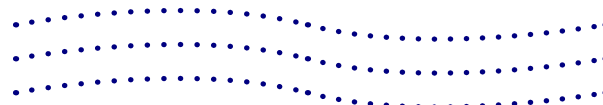
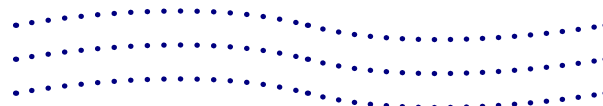
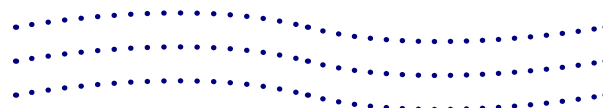
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil [serial on the internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2020 [cited 2020 June 26]. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101742>

22. Sparrenberger K, Friedrich RR, Schiffner MD, Schuch I, Wagner MB. Consumo de alimentos ultraprocessados entre crianças de uma Unidade Básica de Saúde. J Pediatr. 2015;91(6):535-42. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jped.2015.01.007>

23. Louzada MLC, Martins APB, Canella DS, Baraldi LG, Levy RB, Claro RM, et al. Alimentos ultraprocessados e perfil nutricional da dieta no Brasil. Revista de Saúde Pública. 2015;49(38):1-11. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049006132>

24. Vale D, Morais CMM, Pedrosa LFC, Ferreira MAF, Oliveira AGRC, Lyra CO. Correlação espacial entre o excesso de peso, aquisição de alimentos ultraprocessados e o desenvolvimento humano no Brasil. Ciênc Saúde Coler. 2019;24:983-96. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.35182016>

25. Reilly JJ, Kelly J. Long-term impact of overweight and obesity in childhood and adolescence on morbidity and premature mortality in adulthood: systematic review. Internat J Obes. 2011;35(7):891-98. doi: <https://doi.org/10.1038/ijo.2010.222>



PERCEPÇÕES E DESAFIOS DE PROFISSIONAIS NA EXECUÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

PERCEPTIONS AND CHALLENGES OF PROFESSIONALS EXECUTING THE HEALTH AT SCHOOL PROGRAM

PERCEPCIONES Y RETOS DE LOS PROFESIONALES EN LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE SALUD EN LA ESCUELA

Sâmela Matias Nóbrega ¹Eline Mara Tavares Macedo ²Elayne Cristina Matias Nóbrega ³**Como Citar:**

Nóbrega SM, Macedo EMT, Nóbrega ECM. Percepções e desafios de profissionais na execução do programa saúde na escola. *Sanare* (Sobral, Online). 2021;20(1):44-52.

Palavras-chave:

Colaboração Intersetorial;
Assistência Integral à Saúde;
Serviços de Saúde Escolar.

Keywords:

Intersectorial Collaboration;
Comprehensive Health Care; School
Health Services.

Palabras clave:

Colaboración Intersectorial.
Asistencia Integral a la Salud;
Servicios de Salud Escolar.

Submetido:

27/10/2020

Aprovado:

23/05/2021

Autor(a) para Correspondência:

Sâmela Matias Nóbrega
E-mail: samelamn@gmail.com

RESUMO

O Programa Saúde na Escola (PSE) promove a integração e a articulação intersectorial das políticas e ações de educação e de saúde nos diferentes municípios brasileiros. Com o intuito de colaborar para o aperfeiçoamento do PSE em Tauá, Ceará, o presente estudo teve como objetivo investigar a percepção de profissionais da saúde e da educação sobre os desafios na execução das ações do PSE. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, utilizando-se como instrumento a entrevista aberta, por meio da qual foram ouvidos oito profissionais. Da análise, resultou a compreensão de: 1) falhas na articulação intersectorial proposta pelo PSE, refletindo-se em ações em saúde descontinuidas e descontextualizadas para a comunidade escolar; 2) o engessamento dos profissionais de saúde e das ações preestabelecidas na execução do programa, decorrendo em atividades rotineiras, sem sentido e sem impacto efetivo para quem as executa; 3) a baixa integração da escola e da família nas ações em saúde, pela pouca compreensão das partes acerca da finalidade do PSE. Nesse contexto, nota-se que o enfrentamento dos desafios na execução do PSE perpassa por ajustes na integração entre os setores envolvidos, na elaboração de propostas intersectoriais dialogadas e contextualizadas e que envolvam ativamente profissionais da educação e familiares.

1. Psicóloga. Especialista em Saúde da Família e Comunidade. Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE). E-mail: samelamn@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8669-0046>

2. Enfermeira. Mestre em Ensino na Saúde. Doutoranda em Saúde Pública. Universidade Federal do Ceará. E-mail: enfer-mara@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3180-0783>

3. Nutricionista. Mestranda em Nutrição e Saúde. Universidade Estadual do Ceará. E-mail: elaynenobrega.nutri@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5746-5368>

ABSTRACT

The Health at School Program (Programa Saúde na Escola, PSE) promotes the integration and intersectoral articulation of education and health policies and actions in different Brazilian municipalities. In order to contribute to the improvement of the PSE in Tauá, Ceará, this study aimed to investigate the perception of health and education professionals regarding the challenges in implementing the PSE actions. This is a descriptive study with a qualitative approach, using an open interview as an instrument, through which eight professionals were heard. The analysis resulted the understanding of: 1) failures in the intersectoral articulation proposed by the PSE, reflected in discontinued and decontextualized health actions for the school community; 2) the rigidity of health professionals and pre-established actions in the execution of the program, resulting in routine, meaningless activities with no effective impact on those who carry them out; 3) the low integration of both school and family in the health actions, due to the poor understanding of the parties regarding the purpose of the PSE. In this context, we note that the confrontation of challenges in executing the PSE permeates adjustments in the integration between the sectors involved in the development of intersectoral proposals dialogued and contextualized, actively involving education professionals and family members.

RESUMEN

El Programa Salud en la Escuela (PSE) promueve la integración y la articulación intersectorial de las políticas y acciones de educación y de salud en los diferentes municipios brasileños. Con la intención de colaborar para el perfeccionamiento del PSE en Tauá, Ceará, el estudio tuvo como objetivo investigar la percepción de profesionales de la salud y de la educación sobre los retos en la aplicación de las acciones del PSE. Se trata de un estudio descriptivo con enfoque cualitativo, utilizándose como herramienta la entrevista abierta, por la cual fueron consultados ocho profesionales. De la análisis, resultó la comprensión de: 1) fallas en la articulación intersectorial que propone el PSE, reflejando en acciones en salud discontinuadas y sin contexto para la comunidad escolar; 2) el enyesamiento de los profesionales de salud y de las acciones preestablecidas en la aplicación del programa, transcurriendo en actividades rutinarias, sin sentido y sin impacto efectivo para quienes las ejecuta; 3) la baja integración de la escuela y de la familia en las acciones en salud, puesto que es poca la comprensión de las partes acerca de la finalidad del PSE. En ese contexto, se nota que el enfrentamiento de los retos en la aplicación del PSE es atravesado por ajustes en la integración entre los sectores involucrados, en la elaboración de propuestas intersectoriais dialogadas y contextualizadas y que involucren activamente profesionales de la educación y familiares.

.....

INTRODUÇÃO

O Programa Saúde na Escola (PSE) surgiu em 2007 como uma estratégia para a integração e articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde. Com a finalidade de contribuir para a formação integral de crianças, adolescentes, jovens e adultos inseridos na rede pública de educação básica, este contempla ações que perpassam a prevenção, a promoção e a atenção à saúde, impulsionando o enfrentamento das possíveis vulnerabilidades apresentadas pela comunidade escolar^{1,2}.

Configurado como um programa intersetorial, ele designa as equipes de saúde da família e da educação básica como responsáveis pela avaliação,

acompanhamento e atendimento das necessidades de saúde dos educandos de seus territórios. A equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) apoia as ações do PSE, sendo corresponsáveis pelas intervenções no território e pela execução de ações intersetoriais de prevenção e promoção da saúde^{1,3}.

A gestão intersetorial do PSE efetua-se sob encargo dos gestores da saúde e da educação e suas representações organizadas em Grupos de Trabalho Intersetorial (GTI) nas esferas Federal, Estadual e Municipal. O GTI municipal em Tauá tem papel fundamental na atualização do Plano Municipal do Programa Saúde e Educação na Escola (PMPSE), na gestão dos repasses financeiros e no acompanhamento e articulação das ações propostas

nos componentes avaliativos do PSE⁴.

No município de Tauá, o PSE teve início em setembro de 2011, por meio da Portaria n.º 3.696/2010, sendo oficialmente executadas suas primeiras ações no ano seguinte. Em termos de extensão da Rede Pública de Ensino tauaense, foram registrados 11.690 alunos matriculados no ano de 2018. Todas as ações em saúde direcionadas aos seguintes educandos orientam-se pelas pactuações descritas no PMPSE do último biênio (2019-2020)^{5,6}.

Exposto esse contexto, durante os anos de 2018 e 2019, observaram-se, no decurso das ações no ambiente escolar, nos encontros e reuniões do PSE, alguns desafios pontuados pelos profissionais envolvidos em relação aos aspectos do planejamento, da execução e da avaliação do PSE. Assim, instigou-se o desejo por investigar o andamento do programa a partir dos sujeitos que se integravam intersetorialmente para executá-lo no município. Logo, este estudo objetiva investigar a percepção dos profissionais da saúde e da educação sobre os desafios para a execução das ações do PSE no município de Tauá, Ceará.

METODOLOGIA

Estudo descritivo com abordagem qualitativa, tendo como cenário de pesquisa o território de atuação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública do Ceará. O município de Tauá apresenta, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), uma população estimada de 59.062 habitantes, localizando-se no Estado do Ceará, a 320 km da capital Fortaleza⁷.

Participaram do estudo oito profissionais, dentre os quais: (a) quatro da Saúde, representando a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o NASF; (b) três educadores, vinculados às duas escolas presentes no território de cobertura da Unidade Básica de Saúde (UBS); e (c) um profissional do Grupo de Trabalho Intersectorial do PSE.

Foram selecionados os participantes dos quais se tinha acesso e que estivessem dispostos a participar voluntariamente⁸. Dessa forma, incluíram-se os profissionais que integraram o PSE por, no mínimo, seis meses, sendo excluídos aqueles que não conseguiram discorrer de forma clara e assertiva sobre o programa.

A coleta de dados aconteceu em setembro de 2019, mediante entrevista aberta⁹, com roteiro

previamente elaborado pelas pesquisadoras, contendo nove perguntas subjetivas. Todas as respostas foram gravadas com o consentimento dos participantes.

A análise dos dados orientou-se pela técnica de Análise de Conteúdo, o que viabiliza, de acordo com a finalidade desta, a descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, aprofundando-se no que foi comunicado pelos participantes da pesquisa. Após a transcrição das entrevistas, foi iniciada: (a) a pré-análise, executada a partir da organização do material coletado e da leitura inicial. Em seguida, (b) a exploração do material, executando-se leituras aprofundadas do conteúdo de cada entrevista e estabelecidas categorias, unidades de registro e de conteúdo, elementos e ideias em torno de um conceito capaz de abrangê-las. Finalizou-se com (c) o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação¹⁰.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará (Parecer n.º 3.372.487/19), conforme a determinação do Conselho Nacional de Saúde por meio da Resolução n.º 466/12. Todos os participantes foram esclarecidos quanto à sua colaboração voluntária na pesquisa, assinando e recebendo uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Estes foram identificados no texto segundo sua inserção profissional na Saúde (ex.: PS1), na Educação (ex.: PE3) ou no Grupo de Trabalho Intersectorial (ex.: PGTI8), seguidos numericamente de sua ordem de participação nas entrevistas.

RESULTADOS

Com a finalidade de investigar a percepção dos profissionais da saúde e da educação sobre os desafios na execução das ações do PSE, foram ouvidos cinco profissionais do gênero feminino e três do gênero masculino, que tiveram contato com o programa no município, em um período de um a três anos (2), de três a seis anos (2) e, metade destes, de seis a dez anos (4), o que revela uma aproximação em tempo relativamente similar à implantação do programa no município, no ano de 2011.

No decorrer das entrevistas, percebeu-se, a princípio, uma distinção acerca da compreensão dos participantes em relação ao programa. Os profissionais da saúde tinham conhecimento limitado acerca dos decretos e portarias que

regulamentavam o PSE, sendo seus discursos fundamentados no revés de sua atuação e pouco embasados em leituras e discussões críticas.

Por outro lado, os profissionais da educação desconheciam o PSE e suas finalidades e, portanto, não conseguiram, a princípio, identificar as ações em saúde realizadas na escola como integrantes do programa. Dessa forma, houve dificuldades na colaboração dos educadores no estudo, o que exigiu que a pesquisadora explicasse os propósitos do PSE.

Quanto aos envolvidos no Grupo de Trabalho Intersetorial, por sua dispersão em diferentes Secretarias Municipais, foi possível o contato com um profissional, que se mostrou esclarecido quanto aos objetivos do programa. Nessa perspectiva, ressalta-se que os profissionais entrevistados expuseram suas percepções tendo como enfoque tais visões.

Como construto resultante desses saberes, as categorias sistematizadas e analisadas foram: “Desafios na articulação intersetorial entre Saúde e Educação”; “Engessamento do profissional de saúde e das propostas de ações do Programa Saúde na Escola”; e “Incongruências na integração da escola e da família nas atividades do Programa Saúde na Escola”, descritas a seguir:

Desafios na articulação intersetorial entre Saúde e Educação

Na perspectiva dos profissionais da saúde e da educação, as ações do PSE foram compreendidas como não planejadas intersetorialmente, pontuais, descontinuadas e descontextualizadas em relação às necessidades dos educandos, como afirmam os seguintes participantes: “Às vezes ficam ações muito pontuais e não existe assim um calendário de atividades dentro da escola. [...] é feita uma avaliação, mas não é dado uma continuidade nesse trabalho” (PS3). “[...] o PSE precisaria de uma atualização porque hoje a problemática de dentro da escola é muito mais psicológica do que qualquer outra coisa” (PS2). “[...] o professor ele às vezes só vai saber que uma ação do PSE vai ser executada no dia” (PE5).

Somam-se a esse contexto as dificuldades na comunicação e as tentativas frustradas de se estabelecer um diálogo eficaz entre as partes:

A comunicação e o diálogo são uma das fragilidades. Quando você trabalha com a

questão das redes sociais, as coisas ficam muito a desejar [...]. Se vier aqui e dizer que precisa trabalhar assunto tal, marque uma data pra gente fazer. É diferente de dizer ‘data tal estarei passando na escola para realizar tal atividade’ (PE6).

Não obstante, identificou-se distanciamento entre saúde e educação. Na perspectiva da comunidade escolar, não houve momentos relevantes de vinculação entre as partes no município. No cotidiano, a escola e as equipes de ESF e do NASF enfrentaram adversidades quanto à corresponsabilização no cuidado. Isso pode ser observado na fala dos participantes da saúde e educação: “Acho assim, o pessoal da educação percebe como se isso fosse só uma atribuição da saúde. Então, assim, é o pessoal da saúde que tem que vir fazer essa ação aqui, isso é responsabilidade deles porque dengue é saúde” (PS2).

Às vezes tem um encontro da saúde, aí pronto, não participa ninguém da educação. Tem um encontro da educação, ninguém vê o pessoal da saúde. Eu acho que era pra serem parceiros. Saúde e educação são conjuntas, quem tem educação tem saúde (PE6).

Paralelamente, o GTI tentou aproximações através de reuniões intersetoriais, porém muitos profissionais não se fizeram presentes para discutirem acerca do planejamento, execução e avaliação do programa, como descrito a seguir: “O ideal seria todo ano promover pelo menos um encontro, uma oficina com todos os profissionais, mas notamos a ausência de alguns” (PGTI8).

Nesse contexto, ainda emergiram desafios que provinham das relações de trabalho precarizadas dos profissionais de saúde do município, o que fragilizou a vinculação com a comunidade escolar dos territórios. Por questões políticas, por vínculos trabalhistas fragilizados e pela sobrecarga de atendimentos ambulatoriais da ESF e do NASF, esses profissionais foram remanejados para diferentes áreas, demitidos ou impossibilitados de executarem educação em saúde para além da UBS. Assim, as ações do PSE não tinham continuidade, prejudicando a aproximação entre saúde e educação.

Às vezes, a rotatividade de profissionais, questões políticas, muda o quadro funcional, então, assim, isso dificulta. Alguns tentam incorporar e, quando estão incorporando o PSE, saem; entram outros

que não estão alinhados com o Programa e algumas coisas se perdem (PGTI8).

Engessamento do profissional de saúde e das propostas de ações do Programa Saúde na Escola

Compreendeu-se da análise das entrevistas que a equipe NASF foi considerada referência nas ações do PSE, sendo visualizada como a mais atuante junto ao contexto escolar, em detrimento da equipe básica da ESF. Nesse cenário, as atividades dirigidas ao PSE foram entendidas pela maioria dos profissionais de saúde como compulsórias, sendo permeadas por exigências e cobranças, como apontam os participantes: “Nós somos muito cobrados pra fazer isso e aquilo, mas nunca somos ouvidos. Exigir relatórios e fotos é muito fácil; entrega de anos passados e não vão nem perceber” (PS1). “Eu vejo assim, tem que fazer porque eu preciso mandar os dados, então faz aí é uma coisa urgente. Não é uma coisa que é inserida na nossa cultura enquanto NASF. Eu pelo menos não sei muito o trabalho do PSE” (PS2).

Associada a essa percepção, o profissional de saúde também demonstrou sua insatisfação quanto às temáticas estabelecidas nas propostas de ações do PSE descritas em decretos e portarias interministeriais. Eles acreditavam estar realizando atividades rotineiras, repetitivas, sem sentido e sem impacto efetivo. Algumas categorias apresentaram dificuldades para inserir-se em um dos componentes da proposta, entretanto reconheciam que há potencialidades nas intervenções multiprofissionais e interdisciplinares quando estas acontecem.

[...] infelizmente ainda tem essa questão da psicologia não ser muito incluída nesses programas, são mais questões de saúde por dengue, hanseníase, tracoma, avaliação nutricional [...]. Eu acho assim, na maioria das escolas é visto assim, vai e só pesa e mede, faz e pronto, volta pra sala de novo. Eu vejo assim que não tem muito interesse de fazer isso, sabe? A maioria dos assuntos é muito batida, todo mundo já sabe de cor e salteado tudo o que a gente fala, todo ano é a mesma coisa (PS2).

Consequentemente, surgiram preocupações quanto às demandas psicossociais e de saúde mental emergentes no contexto escolar, como

casos recorrentes de tentativas de suicídio, automutilações, bullying, depressão e ansiedade, em contraposição à ênfase em aspectos clínicos incentivados pelo PSE em sua quase totalidade.

A gente vai muito para falar de certas patologias e têm outras coisas que ficam muito a desejar, acho que principalmente agora no momento que a gente vive, das automutilações, das tentativas de suicídio, das depressões; eu acho que a inserção do psicólogo, dentro da escola, seria muito interessante (PS3).

Outro desafio exposto pelos profissionais de saúde atribuiu-se à escassez de materiais para a execução das ações. Houve dificuldades em conseguir equipamentos e insumos como datashow, caixa de som, impressões, panfletos, medicações, entre outros, que deveriam ser disponibilizados através dos recursos próprios do programa. Assim, os profissionais de saúde foram os responsáveis por articularem formas de adquirir materiais e patrocínios para as ações. Estes indicam que: “Tiveram alguns anos que o PSE recebeu recurso e eu fui um dos que cobraram no Conselho Municipal que esse recurso fosse usado realmente no PSE pra compra de materiais, fabricação de panfletos, de blusas. Às vezes acaba não sendo” (PS3). “Existe pouco recurso para fomentar as ações, mas existe” (PGTI8).

Não obstante, os profissionais da educação reconheceram positivamente a atuação da equipe de Residência Multiprofissional em Saúde como fortalecedora do cuidado integral no ambiente escolar, a qual possibilitou, junto à equipe NASF vinculada à ESF, o maior acompanhamento de crianças e adolescentes que dependiam exclusivamente de seus responsáveis para acessar a Unidade de Saúde. Os participantes descrevem que: “Esse trabalho está sendo mais bem desenvolvido porque vocês da Residência estão fazendo” (PE6).

É um trabalho muito válido porque é um público muito difícil da gente conseguir resgatar, trazer para o nosso ambiente de trabalho, que é a Unidade de Saúde. Se nós nos colocarmos disponíveis para ir onde eles estão na escola acho que é um trabalho bem mais proveitoso (PS3).

Incongruências na integração da escola e da família nas atividades do Programa Saúde na Escola

Na concepção dos profissionais da educação, a escola apresentou-se como um espaço dinâmico e propício para ações em saúde. Esses atores desconheciam a que se propunha o PSE, mas acolheram as propostas da saúde acreditando na importância do cuidado integral dos estudantes. Um dos educadores discorre que:

[...] nós somos uma escola que não trata somente a questão da aprendizagem, mas ela trata de forma geral e integral, a criança como um todo. Não conhecia o programa por esse nome. Como gestora eu fui tomar mais conhecimento e eu vi que existe esse programa que está inserido na educação (PE7).

Todavia, algumas resistências são apresentadas à entrada da equipe de saúde no ambiente escolar, o que foi associado às falhas na comunicação, no planejamento e à disponibilidade da escola para as atividades, como relata a seguinte participante: “[...] a equipe de saúde planeja uma coisa, então ela chega à escola e quer aplicar. Ela não vem até a escola pra saber como é a atividade naquele dia e se é possível” (PE6).

Os profissionais da educação também expuseram a ausência de assistência longitudinal da equipe de saúde durante o ano, assim como professores relataram pouca participação nas atividades. Estes se integraram apenas no momento de conduzir os estudantes até o espaço da ação e eram informados, de última hora, que algo iria ser realizado na escola.

O professor na escola ele participa de maneira indireta nas ações de saúde. No sentido de que, se os alunos participam, o professor está junto. Nós percebemos pouca presença dos profissionais na escola, mas isso é uma visão de quem está dentro da escola, nós não sabemos quais são os objetivos do Programa. De repente, quem está executando esse projeto está realizando todas as atividades propostas (PE5).

Outro segmento que apresentou desafios para a integração no PSE foi a família, porém os educadores citaram a dificuldade de integrar a família à escola como corriqueira. No que se refere às ações em saúde propostas pelo programa, observa-se que o

ambiente familiar passava por influência indireta por meio das informações de saúde que as crianças e adolescentes compartilhavam em casa e, poucas vezes, diretamente, quando a equipe de saúde conseguia reunir, com ajuda dos educadores, os pais e responsáveis na escola.

A família estava mais interessada em consultas ambulatoriais especializadas na UBS, porém, quando o aluno era encaminhado para acompanhamento, desistiam na metade do tratamento. Os educadores apresentam que: “Realmente a gente tenta, mas a escola não pode pegar o papel da família. A gente sente que a criança tem alguma coisa, passamos pra família, aí vão a uma consulta ou duas e abandonam” (PE6).

[...] essa questão depende muito da família. A gente se esforça muitas vezes, vou citar um exemplo, a saúde bucal, tem crianças que têm problemas na questão do tratamento dos dentes. A gente recebe a equipe que faz todo aquele trabalho de olhar a boca da criança, vem a dentista na escola, aí faz aquele bilhetezinho para os pais levarem a criança no PSF e são poucos que vão (PE7).

DISCUSSÃO

No âmbito do Programa Saúde na Escola, verifica-se a intersetorialidade como relevantemente destacada nos debates acerca das ações em saúde na escola. Todavia, apesar da difusão do termo, essa diretriz tem pouco alcance prático e parece não reter efeitos positivos em longo prazo. Na perspectiva da integração entre educação e saúde, é urgente rever a atuação intersetorial compreendendo que essa estratégia demanda mais do que ações articuladas isoladamente entre profissionais de diferentes setores e a simples justaposição de agendas¹¹.

No escopo do PSE, preconiza-se a execução de ações fundamentadas na avaliação do contexto escolar e social, no diagnóstico local de saúde e na capacidade operativa da equipe de saúde e da educação básica. Apesar de tal orientação, os discursos, na prática, versam sobre a descontextualização com as demandas do espaço escolar e a responsabilização dos profissionais de saúde pelo planejamento e execução das ações com base em temas preestabelecidos, ouvindo-se raramente a comunidade escolar. Os componentes avaliativos do PSE também são questionados

por fortalecer a presença de alguns núcleos profissionais, havendo para outros a dificuldade de integrar-se³.

Para a sustentabilidade do PSE, implica-se a superação do modelo biomédico com a aplicação da proposta promotora de saúde. Por muito tempo, o discurso biomédico influenciou práticas intersetoriais de promoção de saúde na escola com a alusão a questões prioritárias pouco problematizadas com e pela comunidade escolar. Embora avançando com a tentativa de implantação de propostas inovadoras para a saúde na escola, percebe-se que elas ainda são centralizadas e impostas verticalmente sobre os profissionais envolvidos nas ações, o que gera resistência e obstáculos à aplicação e troca de saberes e à colaboração entre os setores da educação e da saúde. As ações de saúde, mesmo avançando nos ambientes escolares, até agora não se apresentam efetivamente com conteúdo e prática inovadores¹².

Ressalta-se que, para a implantação e realização das ações previstas pelo PSE, é indispensável formação inicial e continuada, de forma processual, dos profissionais de ambas as áreas. As capacitações, como ferramenta de formação, são importantes para promover a aproximação dos profissionais envolvidos, fomentar a discussão de estratégias, de modo que os profissionais tenham condições de qualificar a comunicação e o entendimento das bases conceituais do PSE^{13,14}.

Assim, tratando-se da responsabilização pela efetivação do PSE, as equipes de referência da saúde da família e da educação básica são instituídas como as principais executoras do programa. Em estudo conduzido em uma Unidade Matricial de Saúde do município de Uberaba, Minas Gerais, os autores apresentaram a dificuldade da ESF na construção de ações intersetoriais, limitando-se à identificação e avaliação de demandas e necessidades biológicas de crianças e adolescentes¹⁵.

Justificou-se tal limitação pela sobrecarga de funções e falta de profissionais nas equipes das Unidades de Saúde, ficando especialmente a cargo dos Agentes Comunitários a condução do PSE. Em contrapartida, outras categorias profissionais restringiram-se à prática individualista, pautada nos atendimentos clínico-ambulatoriais¹⁵. Na percepção dos profissionais, o Núcleo Ampliado em Saúde da Família tem sido um dos expoentes nas ações do programa, em detrimento da equipe de atenção básica, descrita como referência para

o PSE. Junto à forte atuação do NASF e razoável participação da ESF, a inserção de residentes multiprofissionais nos serviços de saúde municipais potencializa ações como, por exemplo, a educação permanente¹⁶. Além disso, a equipe de residentes multiprofissionais integrada aos trabalhadores de saúde dos territórios apoia e executa as ações do PSE.

No contexto de atuação dos profissionais de saúde, encontra-se também o desafio da precarização do trabalho prestado no serviço público, assim como a escassez de suporte material para subsidiar ações com recursos apropriados aos escolares. Quando os colaboradores do município passam por períodos de instabilidade e rotatividade, ocorrem o distanciamento e a pontualidade das atividades. O vínculo com a comunidade escolar se fragiliza e interrompe-se o cuidado ao longo do tempo e o monitoramento e avaliação permanentes.

O trabalho precarizado acentua-se no mercado brasileiro em vista da ausência de proteção legal, estando milhares de pessoas submetidas à informalidade e a formas de contratação atípicas. Esse fenômeno afeta a classe trabalhadora, seja em serviços públicos ou privados, concentrando vínculos precários, por tempo determinado, temporário, sem registro em carteira ou terceirizado. Quando inseridos no sistema público, na saúde ou na educação, por exemplo, não há garantias de segurança e estabilidade profissional^{2,17}.

Os serviços prestados na esfera do PSE, no município, são alvo de discussão pelos profissionais de saúde, pois se evidencia, entre outros, a insuficiência de recursos financeiros e materiais para a execução de ações dinâmicas e efetivas para a comunidade escolar. Um estudo sobre promoção da saúde e PSE, realizado com 39 profissionais de saúde em Fortaleza, Ceará, também apresenta a carência estrutural, material e de recursos humanos, assim como a falta de planejamento e interação entre setores, como fatores que impactam a formação e o fortalecimento do protagonismo dos escolares na promoção de sua saúde, e dificultam a execução das ações concebidas no programa¹⁸.

Tendo em vista a dependência de crianças e adolescentes em relação a terceiros para frequentarem a Unidade de Saúde, observa-se que eles encontram nas ações de saúde na escola uma forma de solucionar problemas e serem continuamente assistidos. Um estudo realizado sobre a percepção de escolares do

ensino fundamental em Belo Horizonte, Minas Gerais, revelou que uma parcela considerável de estudantes reconhecia as intervenções em saúde como um favor e não como direito, demonstrando gratidão pelo acompanhamento profissional, bem como uma pequena parcela entendia a necessidade de protagonismo e de corresponsabilização na produção e manutenção de sua própria saúde¹⁹.

No contexto do PSE também se pensa a integração com a família como primordialmente relevante para os cuidados continuados em saúde para além da Estratégia Saúde da Família e do ambiente escolar. Entretanto, a maior demanda da família em relação à saúde ainda está associada à perspectiva dos atendimentos clínicos ambulatoriais realizados nas Unidades de Saúde. A ESF enfrenta o desafio da predominância da lógica do encaminhamento e dos atendimentos individualizados²⁰.

CONCLUSÃO

A realidade do Programa Saúde na Escola, em Tauá, assemelha-se a alguns cenários de outros municípios brasileiros no que se refere à similaridade dos desafios a serem superados. Compreende-se que existem potencialidades nas ações em saúde na escola; contudo, o presente estudo apresentou aspectos do programa que necessitam ser repensados, dentre eles: as fragilidades na intersetorialidade proposta no escopo do programa para a integração entre saúde e educação; a insatisfação dos profissionais quanto ao planejamento, execução e avaliação do PSE; e a difícil incorporação da família ao ambiente escolar e às ações em saúde.

Em termos de limitação, os resultados discutidos não podem ser generalizados para o programa como um todo, porém encontram-se pontos de semelhança com outras pesquisas. Uma maior abrangência em relação ao público ouvido (estudantes, família, colaboradores da educação, gestores, comunidade) traria mais aspectos a serem elencados para aperfeiçoamento das ações em saúde na escola, assim como estudos envolvendo públicos de diferentes cidades, em especial, no Ceará, trariam um panorama fidedigno das potencialidades e desafios do PSE.

CONTRIBUIÇÃO DAS AUTORAS

Sâmela Matias Nóbrega contribuiu com

o delineamento do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados e redação do manuscrito. **Eline Mara Tavares Macedo** contribuiu com a orientação no processo de elaboração da produção teórica, contribuindo com mais relevância e visibilidade científica. **Elayne Cristina Matias Nóbrega** contribuiu com a análise e interpretação dos dados e revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Decreto n.º 6.286, de 5 de dez. de 2007: Institui o Programa Saúde na Escola-PSE, e dá outras providências [home-page on the internet]. Brasília (DF); 2007 [cited 2019 Dec 20]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ATO2007-2010/2007/Decreto/D6286.htm
2. Chiari APG, Ferreira RC, Akerman M, Amaral JHL, Machado KM, Sena MIB. Rede intersetorial do Programa Saúde na Escola: sujeitos, percepções e práticas. Cad Saúde Pública [serial on the internet]. 2018 [cited 20 Jan 06];34(5):1-15. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00104217>
3. Brasil. Portaria Interministerial n.º 1.055, de 25 de abril de 2017: Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola por Estados, Distrito Federal e Municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações -2017 [home-page on the internet]. Brasília (DF); 2017 [cited 2020 Feb 02]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/pri1055_26_04_2017.html
4. Mota FHS. Relatório de atividades: 1º semestre de 2019. Tauá: Programa Saúde na Escola; 2019.
5. Mota FHS. Plano Municipal do Programa Saúde na Escola 2017-2018. Tauá: Programa Saúde na Escola; 2017.
6. Mota FHS. Relatório das atividades 2018. Tauá: Programa Saúde na Escola; 2018.
7. Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia. Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 2020 [document on the internet]. 2020 [cited 2020 Sept 10]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/taua/panorama>
8. Prodanov CC, Freitas EC. Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale; 2013.
9. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 6. ed. São Paulo: Atlas; 2017.

10. Minayo MCS, Deslandes FS, Gomes R. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 25. ed. Petrópolis: Vozes; 2013.

11. Silveira CC, Meyer DEE, Félix J. A generificação da intersectorialidade no Programa Saúde na Escola. Rev bras estud pedag [serial on the internet]. 2019 [cited 2020 Jan 05];255(100):423-42. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbeped/v100n255/2176-6681-rbeped-100-255-423.pdf>

12. Silva CS, Bodstein RCA. Referencial teórico sobre práticas intersectoriais em Promoção da Saúde na Escola. Ciênc Saúde Colet [serial on the internet]. 2016 [cited 2019 Jan 15];6(21):1777-88. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232016000601777&lng=en&nrm=iso

13. Brasil. Manual Instrutivo – Programa Saúde na Escola [document on the internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Ministério da Educação; 2013 [cited 2020 Sept 10]. Available from: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/19_06_2013_16.21.18.880166244cb983df2c85e0bcc746a73b.pdf

14. Brasil. Caderno do gestor do Programa Saúde na Escola [document on the internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Ministério da Educação; 2015 [cited 2020 Sept 10]. Available from: http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_gestor_pse.pdf

15. Mazetto DF, Bragato AGC, Corrêa FSA, Tosta LRO, Lobato, BC. Programa Saúde na Escola: possibilidades e desafios na perspectiva da residência multiprofissional em saúde. REFACS [serial on the internet]. 2019 [cited 2020 Jan 10];2(7):256-62. Available from: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs>

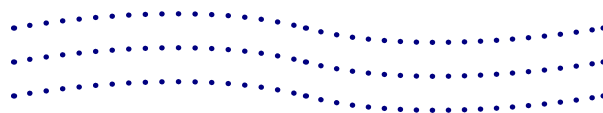
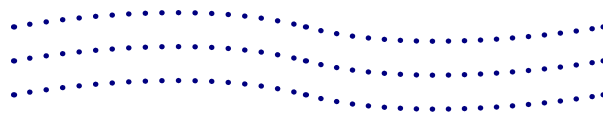
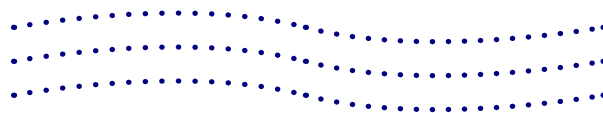
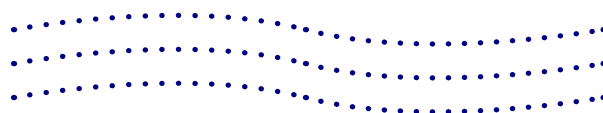
16. Paiva Neto FT, Bandeira ACN. Residência multiprofissional em saúde da família como condutora de educação permanente na atenção básica. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2019 July-Dec [cited 2020 Sept 10];18(2):78-85. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1377/702>

17. Galvão A, Castro B, Krein JD, Teixeira MO. Reforma trabalhista: precarização do trabalho e os desafios para o sindicalismo. Cad CRH [serial on the internet]. 2019 [cited 2020 Jan 05];32(86):253-69. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010349792019000200253&lng=en&nrm=iso

18. Brasil EM, Silva RM, Silva MRF, Rodrigues DP, Queiroz MVO. Promoção da saúde do adolescente e Programa Saúde na Escola: complexidade na articulação saúde e educação. Rev Esc Enferm USP [serial on the internet]. 2017 [cited 2020 Mar 05];51:e03276:1-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016039303276>

19. Oliveira FPSL. Percepção de escolares do ensino fundamental sobre o Programa Saúde na Escola: um estudo de caso em Belo Horizonte, Brasil. Ciênc Saúde Colet [serial on the internet]. 2018 [cited 2020 Jan 15];9(23):2891-98. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000902891&lng=en&nrm=iso

20. Arce VAR, Teixeira CF. Práticas de Saúde e modelo de atenção no âmbito do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Salvador. Saúde debate [serial on the internet]. 2017 [cited 2020 Jan 05]; 41(3):228-40. Available from: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2017.v41nspe3/228-240/pt>



SER MENTOR DISCENTE EM MEDICINA: O PERCURSO E A TRANSFORMAÇÃO

BEING A STUDENT MENTOR IN MEDICINE: THE JOURNEY AND TRANSFORMATION

SER ALUMNO MENTOR EN MEDICINA: EL CAMINO Y LA TRANSFORMACIÓN

Francisco Willamy Pedrosa Alves Filho ¹

David Elison de Lima e Silva ²

Guilherme Bruno Araújo ³

Karine Magalhães Fernandes Vieira ⁴

Roberta Cavalcante Muniz Lira ⁵

Como Citar:

Alves Filho, FWP, Lima e Silva DE, Araújo GB, Vieira KMF, Lira RCM. Ser mentor discente em medicina: o percurso e a transformação. Sanare (Sobral, Online). 2021;00(00):53-61.

Palavras-chave:

Educação Médica; Mentoring; Mentor discente; Desenvolvimento.

Keywords:

Medical Education; Mentoring; Student Mentor; Development.

Palabras clave:

Educación Médica; Tutoría; Alumno mentor; Desarrollo.

Submetido:

16/10/2020

Aprovado:

18/05/2021

Autor(a) para Correspondência:

Karine Magalhães Fernandes Vieira
E-mail: karinemagfv@gmail.com

RESUMO

Este estudo trata-se de uma investigação sobre a percepção dos próprios mentores discentes em relação às transformações e às aprendizagens obtidas no percurso da atividade de mentoring nos anos de 2015 a 2017, no curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará, campus Sobral. Numa pesquisa qualitativa, utilizou-se o método de triangulação dos dados entre três técnicas: entrevista semiestruturada aos mentores discentes, a observação não participante às reuniões dos grupos de mentoring e a análise documental dos relatórios feitos pelos mentores discentes após cada reunião. O mentor discente reconhece que, com a experiência do mentoring, conseguiu desenvolver melhores habilidades, dentre elas: comunicação, empatia, liderança, organização do tempo e dos métodos de estudo. Percebeu-se com esta pesquisa que o compartilhamento de experiências através do mentoring favorece o desenvolvimento pessoal e profissional do mentor discente, além de fortalecer os laços entre os acadêmicos, criando uma importante rede de apoio.

1. Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Ceará (UFC), campus Sobral. E-mail: willamyjunior18@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-24782337>.

2. Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Ceará (UFC), campus Sobral. E-mail: david.elison@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/000-0002-0171-3526>.

3. Graduação em medicina pela Universidade Federal do Ceará (UFC), campus Sobral. E-mail: glhrmbrn@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7762-1804>.

4. Graduação em psicologia pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Mestrado em psicologia clínica pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). E-mail: karinemagfv@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/000-0002-2615>.

5. Graduação em enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Doutorado em Saúde Pública. Programa de Doutorado Interinstitucional em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo (USP). Professora da Universidade Federal do Ceará (UFC), campus Sobral. E-mail: beta_lira74@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/000-0002-2163-4307>.

ABSTRACT

This study is an investigation into the perception of student mentors regarding the transformations and learning achieved during their journey in the mentoring activity, from 2015 to 2017, in the Course of Medicine at the Campus of Sobral of the Federal University of Ceará. In this qualitative research, the data triangulation method was used between three techniques: semi-structured interview with student mentors, non-participant observation of mentoring group meetings, and document analysis of reports made by student mentors after each meeting. The student mentor recognizes that, with the mentoring experience, he/she managed to develop better skills, including: communication, empathy, leadership, time organization, and study methods. From this research we can see that sharing experiences through mentoring, favors both personal and professional development of the student mentor, besides strengthening the ties between academics, creating an important support network.

RESUMEN

Este estudio trata de una investigación sobre la percepción de los propios alumnos mentores en relación a las transformaciones y los aprendizajes obtenidos en el transcurso de la actividad de tutoría en los años 2015, 2016 y 2017 en el Curso de Medicina de la Universidad Federal de Ceará, Campus de Sobral. En una investigación cualitativa se utilizó el método de triangulación de datos entre tres técnicas: la entrevista semiestructurada a los alumnos mentores, la observación no participante en las reuniones de los grupos de tutoría y el análisis documental de los informes elaborados por los alumnos mentores después de cada reunión. El alumno mentor reconoce que con la experiencia de tutoría consiguió desarrollar mejores habilidades como: comunicación, empatía, liderazgo, organización del tiempo y los métodos de estudio. Es posible percibir con esta investigación que el intercambio de experiencias a través de la tutoría favorece el desarrollo personal y profesional del alumno mentor, además de fortalecer los lazos entre los académicos, creando una importante red de apoyo.

.....

INTRODUÇÃO

Os estudantes de medicina experimentam, no ambiente acadêmico, um alto nível de tensão e estresse, desde os primeiros semestres do curso. Eles precisam constantemente lidar com a limitação do seu tempo e da sua capacidade em dar conta de uma multiplicidade e variedade de conteúdos e atividades acadêmicas, dificultando, muitas vezes, o investimento em vivências importantes, como as relações com amigos e familiares e as atividades de lazer, de cultura e de esporte. Essa dinâmica que envolve os estudantes de medicina pode acarretar empobrecimento de sua vida emocional e social, emergindo sofrimentos psíquicos intensos, afetando fortemente o seu desempenho acadêmico, bem como a sua qualidade de vida em geral¹.

A história do ensino no campo da medicina apresenta transformações na sua forma e no seu estilo. Atualmente, mais que um detentor do conhecimento científico, o médico figura em uma equipe multiprofissional com exigências cada vez mais complexas que requerem novas habilidades e uma boa capacidade relacional^{1,2}. O curso de medicina da Universidade Federal do

Ceará (UFC), *campus* Sobral, oferece um currículo voltado para o estudante, contemplando além da formação cognitiva, aspectos relevantes para a prática médica, dentre eles: habilidades, atitudes e competências, necessárias ao enfrentamento dos desafios da realidade contemporânea³.

Entre as estratégias de apoio ao estudante universitário no seu processo de adaptação, desenvolvimento pessoal e profissional, o *mentoring* se coloca como uma importante ação. Compartilhar experiências, elaborar sentimentos e entender pontos de vista divergentes são algumas das situações vivenciadas nessa atividade. Trata-se de uma parceria de aprendizagem recíproca em que uma pessoa mais experiente e empática, o mentor, orienta, apoia e influencia outra, o mentorado, em seu caminho de formação^{2,4}.

No percurso da evolução do *mentoring* na formação do universitário, percebemos algumas modalidades de ação, no que tange ao tipo de relação, ao objetivo, à forma, ao tempo de duração e organização da atividade⁵.

Dentre as formas de *mentoring*, o *peer mentoring* é a modalidade na qual todos os participantes,

sejam eles mentores ou mentorados, estão no mesmo patamar, diferenciando-se apenas pelo tempo ou momento em que se encontram. Em algumas escolas médicas, o mentor é um aluno de um semestre mais adiantado, enquanto os mentorados são de semestres iniciais da graduação. Em outra modalidade do *mentoring*, o mentor pode ser um docente que se disponha e se encaixe no perfil de proximidade e acessibilidade aos alunos, sendo esse perfil primordial ao grupo e organizador do fluxo de ideias. Nesta modalidade, o professor deve primar por uma comunicação próxima e empática com os mentorados, pois a forma de comunicação facilitada pelo mentor é um aspecto fundamental no desenvolvimento do grupo⁶⁻⁹.

Seja conduzido por um estudante mais experiente ou por um professor, os grupos de *mentoring* oferecem espaço para o desenvolvimento da empatia e do respeito ao diferente. A escuta de situações e sentimentos de outros membros do grupo permite ainda um maior desenvolvimento da habilidade de comunicação tão destacada na atuação profissional médica^{9,10}. Em relação ao mentor discente, ele desempenha papel de facilitador para com os colegas mais novos no curso, percebendo, dentre outras coisas, o quanto o seu percurso acadêmico já deu importantes passos de desenvolvimento, servindo como sinal para outros colegas^{5,7}.

No curso de medicina da Universidade Federal do Ceará, *campus* Sobral, o *mentoring* foi implementado desde o segundo semestre do ano de 2015, quando foi criado o Programa de Acompanhamento Discente (PAD), vinculado ao Programa de Educação Tutorial (PET) do curso, e que conta com a supervisão do Núcleo de Apoio Educacional e Psicológico (NAEP) da mesma instituição.

O presente estudo investiga o impacto do *mentoring* no desenvolvimento pessoal e profissional de um grupo específico de mentores discentes. Ao ouvi-los sobre suas experiências em acompanhar um grupo, espera-se reconhecer de que maneira essa atividade promoveu nos mentores discentes o desenvolvimento de habilidades importantes para a boa prática médica, como: a comunicação, a liderança e a empatia, bem como a habilidade de gerenciamento de conflitos.

METODOLOGIA

O presente trabalho de pesquisa é de natureza qualitativa, descritiva e exploratória. Uma pesquisa

qualitativa é reconhecida como interpretativa e que se ocupa com os significados que as pessoas atribuem às suas experiências e como as compreendem em seu contexto social¹¹. Sendo uma pesquisa exploratória, ela é realizada sobre um problema no qual há pouco conhecimento acumulado¹². Ainda, como uma pesquisa descritiva, objetiva descrever as características de determinada população, podendo também ser elaborada com a finalidade de identificar possíveis relações entre as variáveis ou a natureza dessas relações¹³.

O estudo descreve a experiência do grupo PET – medicina UFC (Programa de Educação Tutorial da Universidade Federal do Ceará) com o *mentoring* nos semestres 2015.2, 2016.1 e 2016.2. Em cada semestre exposto acima foram organizados para a atividade quatro grupos compostos, cada um, por um mentor discente integrante do PET e dez estudantes do primeiro semestre do curso de medicina da Universidade Federal do Ceará, *campus* Sobral, sendo acompanhados durante o período especificado. Totalizando, ao final do período, o acompanhamento a 12 grupos, 120 estudantes e sete mentores discentes.

Inicialmente, o modelo adotado foi o *peer mentoring*, quando um aluno veterano, integrante do PET, era responsável em organizar reuniões regulares com seu respectivo grupo de alunos calouros durante o primeiro semestre de permanência dos mesmos no curso. Entretanto, nos últimos meses de 2016, professores do curso de medicina passaram a integrar o programa, ficando cada grupo mentorado por um docente e um discente veterano, enriquecendo a troca de conhecimentos, habilidades e atitudes entre alunos calouros, veteranos e professores.

Com cada um dos grupos foram realizados cinco encontros, sendo tratadas temáticas relativas à apresentação da dinâmica universitária, ao currículo, à experiência da graduação, às angústias e às inseguranças, às técnicas de estudos e um último encontro reservado para uma conversa com um formando. Dentro de cada encontro eram reservados momentos de livre discussão, ao critério dos participantes. Os encontros tiveram duração média de uma hora e aconteceram a cada três semanas.

O período de coleta de dados deu-se nos meses de janeiro e fevereiro de 2017. A coleta de dados foi realizada por meio da pesquisa documental, das entrevistas semiestruturadas e da observação

não participante, delineando a pesquisa pelo método da triangulação, o qual se caracteriza por coletar diferentes dados em diferentes períodos e de diferentes fontes, no intuito de enriquecer a descrição, a análise e a compreensão do fenômeno e da situação em estudo, permitindo surgir inéditas e mais profundas dimensões¹⁴. Esse método busca, ainda, reduzir as fragilidades e contradições da pesquisa.

Por meio da pesquisa documental, neste estudo foram analisados os relatórios que o mentor preenchia após cada encontro com os mentorados, dissertando sobre a participação do grupo, as principais dificuldades enfrentadas e os pontos mais fortes de aprendizagem mútua.

A entrevista semiestruturada foi outra técnica utilizada na pesquisa junto aos mentores, sendo pensada antecipadamente com o intuito de demarcar os pontos-chave a serem abordados no momento, bem como foram organizados com bastante cuidado o horário e o local para a sua realização. Anotações pontuais foram feitas logo após o encontro.

A estrutura da entrevista se deu por questões abertas, definindo somente a área a ser explorada e permitindo aos participantes uma maior interação. Dessa forma, a entrevista funcionou como um espaço rico e inovador, quando o entrevistado teve a possibilidade de trazer conteúdos mais amplos e de não se prender aos tópicos. O entrevistador procurou também ser empático e acolhedor ao conduzir esse momento.

Outra técnica utilizada na triangulação dos dados foi a observação não participante, quando foram observadas as atitudes e as práticas dos mentores durante algumas reuniões, a fim de identificar os detalhes das ações e das atitudes dos mesmos diante do grupo.

As informações obtidas na fase de coleta de dados foram organizadas e analisadas por meio da técnica de análise de conteúdo. A análise de conteúdo, como técnica de tratamento de dados, possui a mesma lógica das metodologias quantitativas, uma vez que busca a interpretação cifrada do material de caráter qualitativo¹⁵. Ao lado do estudo das motivações, atitudes, valores, crenças e tendências, a análise de conteúdo desvenda as ideologias que podem existir nos dispositivos legais, princípios, diretrizes, que à simples vista não se apresentam com a devida clareza^{16,17}.

As diferentes fases da análise de conteúdo, tal como o inquérito sociológico ou a experimentação,

organizam-se em torno de polos cronológicos: a análise prévia; a exploração do material; o tratamento dos resultados; a inferência e a interpretação¹⁸. Essas etapas foram realizadas criteriosamente para a análise dos dados desta pesquisa. Os relatos dos mentores, apresentados nos resultados e discussões, estão organizados por meio da letra M e numerais de 1 a 7, deixando clara a diferença das falas de cada participante da pesquisa.

Foram respeitados os aspectos éticos e legais que envolvem pesquisas com seres humanos, conforme a Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS²⁰.

Todos os participantes foram esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa lhes acarretar, na medida de sua compreensão, e respeitados em suas singularidades, garantindo seu consentimento livre e esclarecido²¹. Para isso, todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para que a liberdade de escolha em participar ou não da pesquisa fosse respeitada e registrada. Foi garantido ainda que todas as informações obtidas sejam mantidas em sigilo e utilizadas apenas para os fins do estudo.

A realização da pesquisa foi autorizada pela Comissão Científica da Secretaria da Saúde de Sobral, e foi submetida para a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), com aprovação pelo parecer n.º 1.659.536 e CAAE n.º 53845416.0.0000.5053.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos relatórios, por meio da pesquisa documental, das entrevistas semiestruturadas e da observação não participante aos mentores discentes, revela que a atividade foi essencial para o desenvolvimento pessoal e profissional dos mesmos, uma vez que possibilitou o aperfeiçoamento das habilidades de comunicação, liderança, empatia e gerenciamento de conflitos. Os relatos dos estudantes foram agrupados de acordo com a importância do *mentoring* para o desenvolvimento de tais habilidades.

IMPORTÂNCIA DO MENTORING NO DESENVOLVIMENTO PESSOAL, ACADÊMICO E PROFISSIONAL DO MENTOR DISCENTE

Nessa temática, os mentores discentes foram ouvidos e observados a respeito da relevância das atividades da mentoria para o seu desenvolvimento pessoal, acadêmico e profissional. Foram investigadas as adequações feitas por eles na sua rotina acadêmica para a organização das reuniões e, por fim, a relevância de alguns temas discutidos nessas reuniões para a própria formação pessoal e acadêmica do mentor discente.

Em relação aos impactos do Programa de Acompanhamento Discente no desenvolvimento pessoal e profissional dos mentores discentes, todos destacaram que a atividade contribuiu de forma relevante. A participação no programa melhorou a maneira na qual os mentores lidam com a ansiedade, as angústias e as aflições, bem como com a diversidade de opiniões, como demonstra a fala dos mentores, M1 e M2: “Após o início do PAD tive melhoria na forma como lido com discussões e divergências de opiniões” (M2).

O PAD me ajudou a lidar melhor com a minha timidez e ansiedade diante de um grupo, mesmo que pequeno, de pessoas. Isso possibilitou me comunicar de maneira mais efetiva e melhor e a ter uma postura mais proativa diante dos problemas e desafios pessoais e acadêmicos (M1).

O trabalho no campo da saúde exige que, dentre outras habilidades, o profissional desenvolva uma relação sempre mais humana com os usuários e com a equipe com a qual ele trabalha. O desenvolvimento dessa habilidade se inicia na formação, abordando em diversos momentos e etapas a compreensão de que existem diferentes formas de pensar e diferentes maneiras de solucionar problemas, facilitando a comunicação entre os membros do grupo e fortalecendo o trabalho em equipe^{1,4,22}.

Percebendo igual importância, os mentores discentes ressaltaram valor dos grupos de *mentoring* para o seu desenvolvimento acadêmico, especialmente no que tange a vários aspectos objetivos, como a organização do tempo e métodos de estudo, mas também a aspectos subjetivos:

Alguns temas das reuniões do Programa eram sobre temáticas que impactaram de maneira direta no meu desenvolvimento acadêmico. Como exemplo disso: cito as reuniões sobre técnicas eficientes de estudo e de memorização, a qual me possibilitou aprimorar meus métodos de estudo individual, contribuindo assim para um melhor aproveitamento acadêmico (M1).

Ficou claro que a organização da reunião sobre a temática “Técnicas eficientes de estudo e de memorização” foi considerada relevante para o desenvolvimento pessoal e profissional dos organizadores, assim como reflete o discurso do M3: “A preparação para essa temática me fez experimentar novas técnicas de estudo, complementando meu aprendizado, otimizando meu tempo e melhorando meus resultados acadêmicos”.

Um dos domínios de competências que o graduado em medicina precisa desenvolver durante sua formação é o das habilidades que, juntamente com os domínios cognitivo e psicomotor, descrevem as competências exigidas ao profissional médico na atualidade. Vivenciar durante a graduação experiências das diversas modalidades de pesquisa, da estruturação de matérias e métodos para trabalhos em grupo permite ao mentor discente uma experiência de organização e gerenciamento do trabalho e do tempo².

Foram citadas algumas situações pontuais de conflitos durante as reuniões, as quais, segundo os alunos, além de terem sido facilmente resolvidas, relacionaram-se, em sua maioria, a divergências de opiniões sobre alguns assuntos discutidos, não comprometendo a harmonia do grupo. Entretanto, a reação e a abordagem dos mentores a esses casos foram variadas, sendo, muitas vezes, considerados um desafio, assim como reflete a fala do M2: “Me mantive o mais imparcial que pude e busquei deixar claro que diferentes ideias não necessariamente são opostas, que a diversidade de pensamentos é de fundamental importância para o desenvolvimento saudável de um grupo”.

Outra temática discutida nas reuniões do PAD que contribuiu bastante, de acordo com os mentores discentes, para o seu desenvolvimento pessoal e profissional, foi a de construção de currículos médicos:

Possibilitou conhecer mais sobre a importância que um currículo tem para os processos seletivos de residência médica, mestrado, doutorado e concursos públicos. Por outro lado, foi importante reconhecer os limites que as atividades curriculares devem ter para a formação acadêmica, sob pena de prejudicar a própria graduação e a vida pessoal do estudante (M4).

Na crescente concorrência das residências médicas, pouco tempo existe para a realização de um currículo que tanto complemente as deficiências da grade curricular padrão como a realização de atividades que tenha relevância na pontuação. Fica, portanto, imprescindível o entendimento de como se estrutura um bom currículo (M2).

As Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de medicina (DCNs)¹⁰ apontam que as habilidades de liderança e gerência do graduando em medicina fazem parte das competências a serem esperadas em sua formação. Isso é fundamental para que o médico desempenhe seu papel como um dos líderes de equipe de saúde, seja qual for o cenário de sua atuação. O *mentoring* permite ao estudante testar e aprimorar suas habilidades de liderança e suas capacidades de gerir um grupo com diferentes formações e origens²¹.

Com o intuito de oferecer uma aprendizagem significativa, bem como uma formação integral ao estudante de medicina, facilitando sua trajetória no mundo acadêmico, a atividade de mentoria se estabelece como uma importante estratégia, influenciando fortemente no desenvolvimento pessoal e profissional, mediante uma interação baseada na confiança. Demonstra-se, assim, que os ganhos do mentor discente são equivalentes aos ganhos dos mentorados^{9,23,24}.

Os resultados obtidos nos estudos possibilitam compreender que a prática do mentor discente se constitui em um apoio importante para o alcance das habilidades requeridas na formação médica, principalmente no que diz respeito à tomada de decisões em saúde, ao gerenciamento de conflitos, ao entendimento multifatorial de problemas e ao desenvolvimento de habilidades de escuta ativa.

As Diretrizes supramencionadas ressaltam ainda a importância do desenvolvimento das habilidades

de comunicação, por meio das tecnologias de informação e comunicação (TICs), para os futuros profissionais. O *mentoring*, dessa forma, tem proporcionado a incorporação dessas novas TICs, por meio de aplicativos de mensagens instantâneas e troca de informações via correio eletrônico ou redes sociais, no cotidiano acadêmico dos alunos¹⁸.

A inclusão de conteúdos didáticos e pedagógicos nesses grupos de discussão ocorre por meio dessas inovações, as quais abrem um novo canal de comunicação, que o mentor deve dominar e relacionar com as variadas informações recebidas. Dessa forma, os participantes podem expor suas necessidades de forma mais ágil, acessível e confidencial. Isso tem contribuído para a coesão do grupo e gerado uma maior proximidade entre os membros, favorecendo a troca de experiências e a horizontalidade nas relações interpessoais^{24,25}.

Nesse processo de formação, somam-se às atividades curriculares diversas opções complementares ao currículo formal do curso, sob a forma de projetos de extensão, de iniciação à docência, iniciação científica, dentre outras. Ao longo do curso, o acadêmico vai tomando contato com tais possibilidades. Desse modo, trazer essas opções de formação extracurricular de forma organizada e estruturada ajuda na distribuição e planejamento dos discentes, por meio do contato com mentores de semestres mais avançados que conhecem e já experimentaram os projetos da faculdade^{2,9,23}.

IMPORTÂNCIA DO MENTORING NO DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO, LIDERANÇA E EMPATIA DO MENTOR DISCENTE

Por intermédio da análise dos relatórios, bem como da escuta e observação aos mentores discentes, percebeu-se que a atividade de *mentoring* possibilitou o desenvolvimento de habilidades de comunicação, liderança e empatia, as quais são cruciais para um bom exercício da profissão médica. Em relação às habilidades de comunicação, foi ressaltado nas falas de alguns mentores: “O PAD impactou no meu desenvolvimento pessoal principalmente no que tange ao desenvolvimento de dinâmicas de grupos alternativas que possibilitem transmitir uma mensagem de forma efetiva aos mais variados tipos de grupos” (M5); “Sim, no sentido de lapidar meu senso de empatia, de conduzir minhas habilidades na comunicação em grupo e de servir

como um parâmetro para uma possível atividade de docência no futuro” (M6).

Em relação às habilidades de liderança, os participantes do estudo indicaram que a participação no Programa de Acompanhamento Discente foi fundamental: “No papel de tutor devemos ser verdadeiros líderes para que tudo funcione. Deve-se insistir na marcação dos horários, na organização do grupo, no levantamento de questionamentos e indução do *brainstorm*, moderação de conflitos, compartilhamento de experiências, etc.” (M7); “As sessões de Mentoring foram/são um espaço único para o exercício das minhas habilidades de liderança. Isso porque o Programa exige isso dos tutores, ao fazer com que eles inspirem e motivem os alunos, tornando os tutores meio que responsáveis pelo seus tutorandos” (M1).

Os conflitos individuais, quando colocados no espectro da empatia, ganham um senso coletivo de união que pode ser bem aproveitado, sem tornar o discurso homogêneo, isto é, de modo a respeitar a individualidade de cada interlocutor. A escuta ativa é fundamental. Além disso, a disponibilidade para uma conversa em particular, para determinados problemas abordados de forma apropriada, também se mostrou relevante^{1,5,9}.

Os relatos dos mentores mostraram a diversidade de experiências relacionadas ao exercício da mentoria, quando o senso de responsabilidade também se desenvolveu em função das exigências acadêmicas. O fato de os mentores discentes serem acadêmicos que passaram pelas mesmas experiências dos mentorados possibilitou uma melhor identificação da situação vivida, proporcionando um compartilhamento de experiências, caracterizando uma relação mentor-mentorado mais amistosa⁴.

Durante os encontros do projeto houve diversas trocas de experiências que possibilitaram o entendimento de pontos de vista diversos e, muitas vezes, controversos, nos quais o mentor discente teve que habilmente se posicionar e direcionar a condução do assunto. O exercício dessas habilidades desenvolveu a capacidade de empatia e relacionamento interpessoal com membros do grupo, permitindo entender a motivação e o pensamento do outro^{16,21,26}.

No cerne da indissociabilidade entre as dimensões que alicerçam o fazer acadêmico, as experiências metodológicas do *mentoring* têm possibilitado ampliar os espaços de debate, a

construção de conhecimento, a troca de saberes, bem como a produção de interessantes materiais de auxílio acadêmico, tanto para os mentores quanto para os mentorados^{3,21}.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento profissional médico é um processo árduo e complexo em suas várias e peculiares fases. A experiência de liderar um grupo de *mentoring* trouxe benefícios e dificuldades para os mentores discentes, os quais tiveram que se adaptar às novas demandas exigidas pela atividade.

Nossos achados corroboram a ideia de que o compartilhamento dessas experiências fortaleceu o desenvolvimento pessoal do mentor acadêmico, além de fortalecer os laços entre os diferentes semestres da faculdade. Espera-se que o futuro profissional de saúde trabalhe de forma conjunta, com empatia e ética. Entretanto, o foco do desenvolvimento nas escolas médicas é, muitas vezes, o técnico-científico, deixando de lado a melhoria na forma como esses estudantes irão lidar com desafios na convivência multiprofissional.

Uma experiência que permita ao aluno colocar-se em condições novas e desafiadoras, as quais requeiram o desenvolvimento e aperfeiçoamento de habilidades antes não tão estimuladas pela situação acadêmica, leva a um aprimoramento da forma como este lidará com situações novas e desafiadoras.

Incentivar a integração e a escuta do diferente favorece a empatia, leva o cognitivo do estudante a se ver em situações e momentos diferentes do que se encontra, a tentar entender o ponto de vista do outro, habilidade de fundamental importância na prática médica centrada na pessoa.

A mentoria discente é uma tarefa que requer estudo e preparação. Entender e facilitar assuntos que nascem em situações de grupos requer maturidade e empatia. Desenvolver a capacidade de se importar com os problemas do outro leva a um grande e importante desenvolvimento pessoal. As habilidades adquiridas serão de grande valor nos relacionamentos profissionais que virão, possibilitando enfrentar os desafios da profissão focando em uma relação mais próxima com o paciente, o que é, hoje, um dos grandes desafios da formação médica.

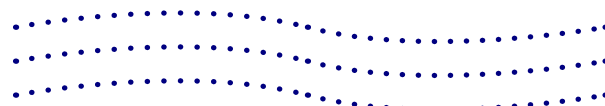
CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Francisco Willamy Pedrosa Alves Filho contribuiu com o delineamento, realização da pesquisa e redação do manuscrito; **David Elison** colaborou com o delineamento e realização da pesquisa; **Guilherme Bruno Araújo** colaborou com o delineamento e realização da pesquisa; **Karine Magalhães Fernandes Vieira** contribuiu com o delineamento da pesquisa e redação do manuscrito; **Roberta Cavalcante Muniz Lira** contribuiu com a delineamento da pesquisa, redação e revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Bellodi PL, Martins MA. Tutoria: mentoring na formação médica. São Paulo: Casa do psicólogo; 2005.
2. Kosoko-Lasaki O, Sonnino RE, Voytko ML, Salem W. Mentoring for women and underrepresented minority faculty and students: experience at two institutions of higher education. J nat med assoc [serial on the internet]. 2006 [cited 2021 June 02];98(9):1449-59. Available from: https://www.researchgate.net/publication/6774991_Mentoring_for_women_and_underrepresented_minority_faculty_and_students_Experience_at_two_institutions_of_higher_education
3. Cristino G, Bezerra M, Pinto V. Curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará – Campus Sobral: nove anos de História. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2008 [cited 2021 June 02];7(2):97-103. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/37/32>
4. Martins AF, Bellodi, PL. Mentoring: uma vivência de humanização e desenvolvimento no curso médico. Interface (Botucatu). 2018;58(20):715-26. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0432>
5. Frazoi M, Martins G. Experiência de *mentoring* entre estudantes de graduação em enfermagem: reflexões e ressonâncias dialógicas. Interface (Botucatu). 2020;24:e190772. doi: <https://doi.org/10.1590/interface.190772>
6. Buddeberg-fischer B, Herta DK. Formal mentoring programmes for medical students and doctors: a review of the medicine literature. Medteach. 2006;28(3):248-57. doi: <https://doi.org/10.1080/01421590500313043>
7. Fernandes WL, Costa CSL. Possibilidades da tutoria de pares para estudantes com deficiência visual no ensino técnico e superior. Rev bras educ espec. doi: 2015;21(1):39-56. <https://doi.org/10.1590/S1413-65382115000100004>
8. Tempski, PF. Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação acadêmica [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008.
9. Gonçalves M, Bellodi PL. Ser mentor em medicina: uma visão arquetípica das motivações e transformações na jornada. Interface (Botucatu). 2012;16:501-14.
10. Rabatin JS, Lipkin M, Rubin AS, Schachter A, Mathan M, Kalet A. A year of mentoring in academic medicine: case report and qualitative analysis of fifteen hours of meetings between a junior and senior faculty member. J gen intern med. 2004;19(2):569-73. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2004.30137.x>
11. Souza E, Lyra CO, Costa NDL, Rocha PM, Uchoa AC, et al. Metodologia da pesquisa: aplicabilidade em trabalhos científicos na área da saúde. 2. ed. Natal: Edufrn; 2019.
12. Tobar F, Yalour MR. Como fazer teses em saúde pública. Rio de Janeiro: ed. Fiocruz; 2001.
13. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas; 2010.
14. Azevedo CEF, Oliveira LGL, Gonzalez RK, Abdalla MM. A Estratégia de Triangulação: Objetivos, Possibilidades, Limitações e Proximidades com o Pragmatismo. In: IV Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e contabilidade; Nov 2013. Brasília (DF): EnEPQ; 2013.
15. Lakatos EM, Marconi MA. Fundamentos de metodologia científica: Técnicas de pesquisa. 7. ed. São Paulo: Atlas; 2010.
16. Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na Atenção à Saúde. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
17. Minayo MC. Apresentação. In: Gomes R, editor. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Instituto Sírio Libanês; 2014.
18. Triviños AN. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.
19. Zanette MS. Pesquisa qualitativa no contexto da educação no Brasil. Educ rev. 2017;65:149-66.
20. Brasil. Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2014: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
21. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: edições 70; 2011.

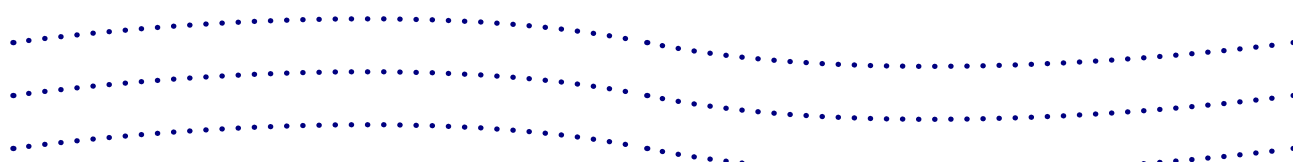
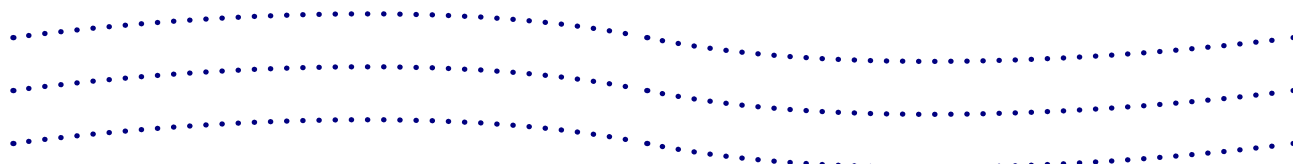
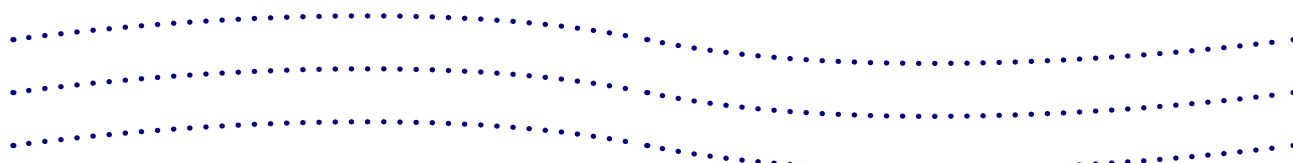
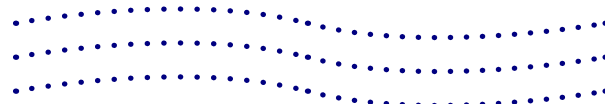
22. Brasil. Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.



23. Tapajós R. Objetivos educacionais na pedagogia das humanidades médicas: taxonomias alternativas. Rev Bras Educ Med. 2008;32(4):500-06. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000400013>

24. Alpes M, Wolf A. Tutoria acadêmica (“mentoring”): relato de experiência de um tutorado à tutor. Rev extensão em foco. 2018;16.

25. Association of American Medical Colleges. Recommendations for clinical skills curricula for undergraduate medical education. Washington (DC): AAMC; 2008.



CONDIÇÕES CRÔNICAS EM DOCENTES DO ENSINO SUPERIOR: REVISÃO INTEGRATIVA

CHRONIC CONDITIONS IN POSTSECONDARY TEACHERS: INTEGRATIVE REVIEW

CONDICIONES CRÓNICAS EN PROFESORES DE EDUCACIÓN SUPERIOR: REVISIÓN INTEGRATIVA

Karla Beatriz Barros de Almeida ¹Juliana Soares Androlage ²Reni Barsaglini ³**Como Citar:**

Almeida KBB, Androlage JS, Barsaglini R. Condições crônicas em docentes do ensino superior: revisão integrativa. Sanare (Sobral, Online). 2021;20(1):62-72.

Palavras-chave:

Docentes; Doenças crônicas; Trabalho.

Keywords:

Faculty; Chronic Diseases; Work.

Palabras clave:

Docentes; Enfermedades crónicas; Trabajo.

Submetido:

14/03/2021

Aprovado:

07/06/2021

Autor(a) para Correspondência:

Karla Beatriz Barros de Almeida
E-mail: karla.almeida@ifmt.edu.br

RESUMO

Objetivou-se identificar e descrever as características dos estudos científicos nacionais e internacionais sobre cronicidade em docentes universitários. Realizou-se revisão integrativa da literatura abrangendo a Biblioteca Virtual de Saúde, SciELO, CINAHL e Web of Science. Após criteriosa seleção, chegou-se a 62 estudos para análise. Dentre os resultados, estudos brasileiros predominaram e a condição crônica mais abordada foi o estresse. As condições crônicas vivenciadas por docentes universitários foram ressaltadas nas discussões sobre: associação entre trabalho docente e cronicidade; questões de gênero, enfocando consequências da inserção da mulher no trabalho; intensificação do trabalho docente; correlação entre hábitos de vida e saúde; contexto pandêmico da Covid-19; e suporte institucional à saúde dos docentes universitários. Em conclusão, incentiva-se a ampliação: do desenvolvimento da temática no âmbito de estudos qualitativos; da realização de estudos sobre cronicidade por deficiências nos docentes universitários; do estudo das implicações da pandemia pelo novo coronavírus considerando nessa população situações cronificadas que podem ser agravadas.

1. Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Enfermeira do trabalho do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso (IFMT). E-mail: karla.almeida@ifmt.edu.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3874-4809>

2. Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). E-mail: juhsoaress@yahoo.com.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9993-5951>

3. Pedagoga sanitária. Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso (ISC-UFMT). E-mail: barsaglinireni@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8903-2695>

ABSTRACT

The objective was to identify and describe the characteristics of national and international scientific studies on chronic conditions suffered by postsecondary teachers. An integrative literature review was carried out using the following databases: Biblioteca Virtual de Saúde, SciELO, CINAHL, and Web of Science. After careful selection, 62 studies were selected for analysis. Among the results, there was a predomination of Brazilian studies, and the chronic condition most frequently addressed was stress. The chronic conditions experienced by faculty were highlighted in discussions about the association between teaching and chronic conditions; gender issues, focusing on the consequences of women's insertion in work; intensification of the work teaching; correlation between lifestyle and health; Covid-19 pandemic context; institutional health support for postsecondary teachers. As a conclusion, we encourage the expansion of: thematic developments in the context of qualitative studies; studies on chronic conditions due to disabilities of faculty members; studies on the implications of the new coronavirus pandemic considering chronic conditions that can be aggravated in this population.

RESUMEN

Se objetivó identificar y describir las características de los estudios científicos nacionales e internacionales acerca de la cronicidad en los profesores universitarios. Se realizó una revisión integrativa de la literatura alcanzando la Biblioteca Virtual de Saúde, SciELO, CINAHL y Web of Science. Tras detallada selección, se llegó a 62 estudios para análisis. Entre los resultados, estudios brasileños predominaron y la condición crónica más abordada fue el estrés. Las condiciones crónicas vividas por los docentes universitarios fueron resaltadas en las discusiones sobre: asociación entre trabajo docente y cronicidad; cuestiones de género, focalizando consecuencias de la inserción de la mujer en el mundo laboral; intensificación del trabajo docente; correlación entre hábitos de vida y salud; contexto pandémico de la Covid-19; asistencia institucional a la salud de los docentes universitarios. En suma, se incentiva la ampliación: del desarrollo de la temática en el ámbito de estudios cualitativos; de la realización de estudios sobre cronicidad por deficiencias en los docentes universitarios; del estudio de las implicaciones de la pandemia por el nuevo coronavirus considerando en esa población situaciones cronificadas que pueden agravarse.

.....

INTRODUÇÃO

Condições crônicas são situações com caráter persistente, que abalam a saúde das pessoas e exigem ações reativas ou proativas, esporádicas ou contínuas, fragmentadas ou integradas, dos serviços de saúde e das pessoas que convivem com tais condições¹. Esse conceito envolve doenças crônicas não transmissíveis, doenças infecciosas persistentes, condições relativas à maternidade e ao período perinatal; condições ligadas à manutenção da saúde por ciclos de vida; distúrbios mentais; deficiências físicas e estruturais; doenças metabólicas; doenças bucais não agudas e enfermidades (*illnesses*)¹.

Diferentemente das doenças agudas, que interrompem temporariamente a vida no cotidiano, nas doenças crônicas se nota certa desestabilização com períodos de agudização e remissão, numa sucessão de dias bons e maus, bem como prolongada interrupção das rotinas do dia a dia, necessidade

de cuidados e de rever os comportamentos usuais e os posicionamentos táticos na vida². Seja por doença e/ou por outros estados que se prolongam, os quadros de cronicidade impõem às pessoas a convivência com uma nova situação que passa a integrar-se à vida com diversas transformações e (re)arranjos, tanto no plano subjetivo quanto objetivo³, seja no âmbito da família, lazer, trabalho etc., requerendo desde o autocuidado até o cuidado como responsabilidade coletiva de bem-estar provido por políticas públicas.

O trabalho docente, em sua complexidade e ambivalência, abrange aspectos formais e informais, é determinado e contingente, dotado de certa flexibilidade, mas também de controle; pauta-se na atividade de pessoas que trabalham sempre imprimindo sentido ao que fazem, numa interação constante com alunos, colegas, pais, dirigentes da instituição de ensino etc⁴. A escolha em abordar a cronicidade em docentes do ensino

superior decorreu da percepção pessoal da primeira autora, enfermeira do trabalho em uma instituição de ensino, de que, em meio à responsabilidade de ensinar centenas de alunos, os docentes vivenciam em seu cotidiano sofrimento e prazer no trabalho, de modo que essa dualidade pode estar imbricada com a vivência da condição crônica. Assim, objetivou-se identificar e descrever as características dos estudos científicos nacionais e internacionais sobre a cronicidade em docentes do ensino superior.

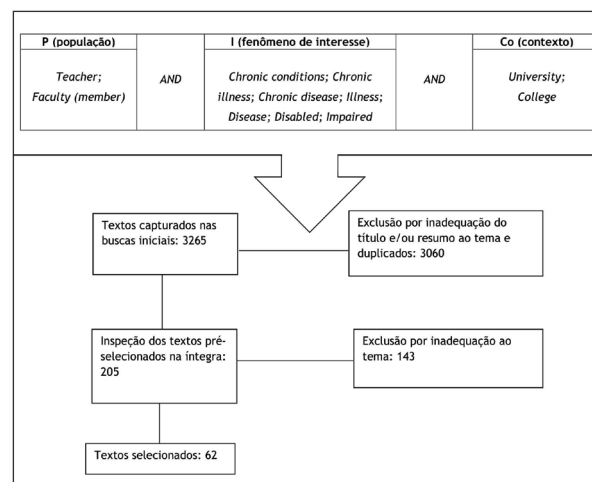
METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo de revisão integrativa da literatura, partindo da pergunta norteadora pelo mnemônico PICO, sendo seus elementos descritos como P = População, I = Fenômeno de Interesse e Co = Contexto, os quais dizem sobre o foco, o escopo e a aplicabilidade da revisão de literatura⁵. Assim, P é representado pelos docentes universitários, I pelas condições crônicas e Co pela universidade, resultando na questão de pesquisa: Como se caracterizam os estudos que abordam condições crônicas em docentes do ensino superior, no cenário nacional e internacional, na atualidade?

Em consonância com a questão de pesquisa, os termos de busca também seguiram a estratégia PICO, mesclando termos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH) e palavras-chave. As publicações foram capturadas no Portal Regional da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) abrangendo todas as suas bases de dados e por meio de buscas diretamente nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Web of Science (WoS) e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), as duas últimas de acesso restrito. A busca eletrônica ocorreu entre dezembro de 2020 e janeiro de 2021, incluindo-se textos completos disponíveis em periódicos indexados, utilizando-se os filtros de período (2015 a 2020), bem como de idioma (inglês, português e espanhol).

A estratégia de busca está apresentada na Figura 1.

Figura 1. Estratégia de busca, 2021



Fonte: Elaboração própria.

Destaca-se que se utilizou a combinação dos termos *University* e *College* pelo operador booleano *OR* na BVS e na base SciELO; já nas bases WoS e CINAHL, optou-se pela busca individual destes termos combinados aos demais componentes P e I da estratégia PICO. O descritor *Faculty* foi usado nas bases SciELO e CINAHL; *Faculty member* na BVS e WoS, ambos combinados aos elementos P e I da estratégia PICO. Tais combinações visavam evitar a captura excessiva e inespecífica de textos, o que inviabilizaria a verificação da amostra. Quanto aos recursos buscadores, na BVS foram selecionados “Título, resumo, assunto”; na WoS, utilizou-se a modalidade “Tópico”; e na base SciELO foi selecionado o item “Todos os índices”.

Da expressão preliminar que capturou 3265 publicações, procedeu-se à leitura do título e/ou resumo e exclusão de 3060 textos por inadequação ao tema e os duplicados. Esses 205 textos pré-selecionados foram inspecionados quanto ao seu resumo e conteúdo, resultando na criteriosa exclusão de 143 textos por se tratarem de estudos: a) sobre aspirantes à docência; b) sobre professores de outros níveis de ensino; c) que não mencionavam o nível de atuação dos docentes; d) de validação de instrumentos, cartilhas, questionários e e) de revisões de literatura. Com tal exclusão foram alcançados 62 trabalhos elegíveis para a análise (61 artigos e 1 tese) a partir da leitura na íntegra e sistematização de cada um em planilha do *Microsoft Excel 2010*, extraíndo-se as informações relevantes para a respectiva categorização, descrição e interpretação. A sistematização, tratamento e análise dos artigos foi realizada por duas

pesquisadoras, de forma independente.

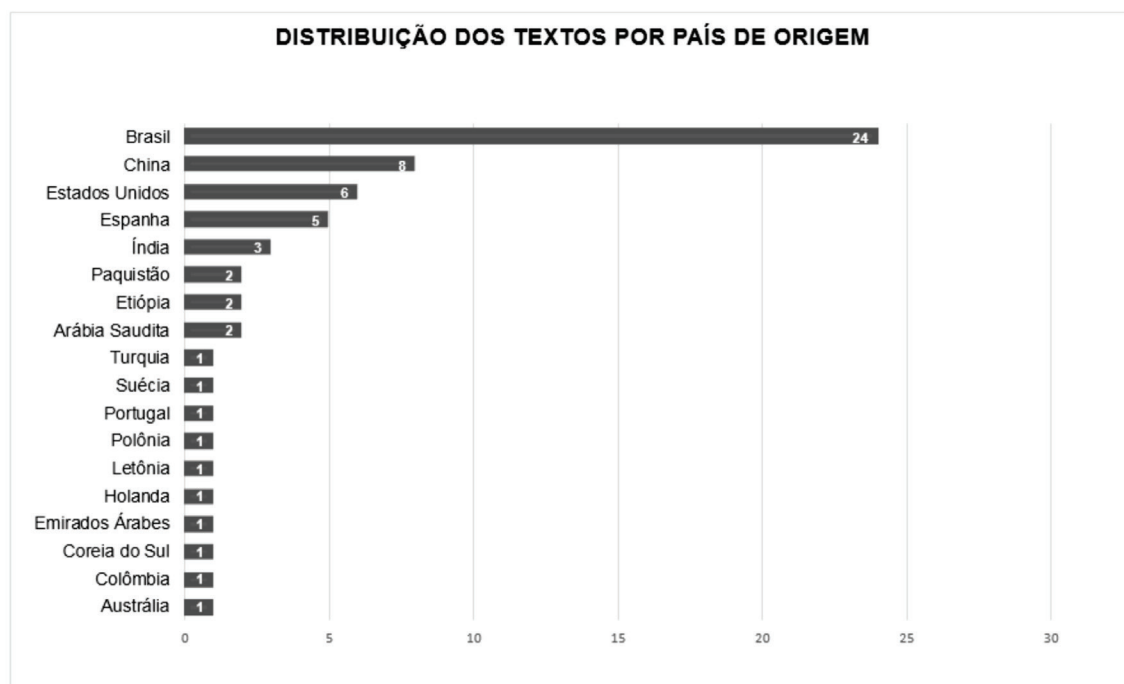
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram organizados em dois subitens que se ocupam das características gerais das produções (país de origem, ano de publicação, tipo do estudo, referencial teórico e sexo da população estudada) e dos temas centrais e respectivas discussões das publicações, incluindo produções sensíveis ao contexto pandêmico da Covid-19.

CARACTERÍSTICAS GERAIS DAS PUBLICAÇÕES

Em relação ao país de origem dos estudos, demonstra-se graficamente sua distribuição:

Figura 2. Distribuição de textos por país de publicação, 2021.

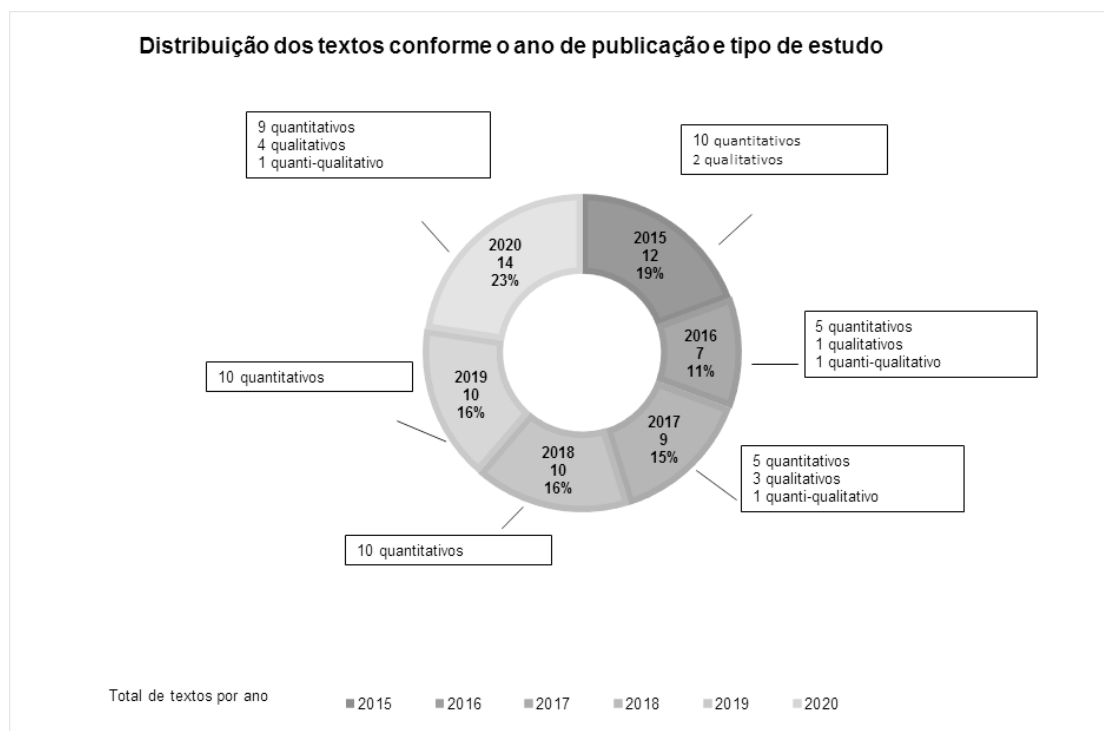


Fonte: Elaboração própria.

Nota-se a predominância de estudos produzidos no Brasil (38%), seguidos pela China (12%) e Estados Unidos (9%). No Brasil, a abordagem da saúde dos docentes sofreu um incremento a partir dos anos 90, na busca por conhecer as consequências da precarização do sistema educacional, diante da ampliação do acesso ao ensino e a intensificação do trabalho docente, decorrentes das reformas nos sistemas de ensino nos âmbitos federal, estadual e municipal, em um contexto de políticas de democratização do ensino visando à equidade social⁶. Tem despertado o interesse de pesquisadores especialmente do campo da saúde do trabalhador, cuja referência central é o processo de trabalho, no qual a articulação dos elementos nele presentes propicia condições geradoras de saúde ou de doença e sofrimento⁷.

A distribuição dos textos quanto ao ano de publicação e ao tipo do estudo é demonstrada a seguir, a partir da Figura 3.

Figura 3. Distribuição dos textos conforme o ano de publicação e tipo de estudo.



Fonte: Elaboração própria.

Ao todo, 49 (79%) estudos são do tipo quantitativo, dez (16%) são qualitativos e três (4%) são quanti-qualitativos. Sendo a maioria das pesquisas quantitativas publicadas no Brasil (17, 27%), cabe mencionar que a predominância desse tipo de estudo ocorre desde a década de 90, quando houve demanda inicial por análise da situação da saúde do docente brasileiro, com ênfase na identificação dos principais problemas de saúde e sua relação com as condições do trabalho⁷.

Oito textos (13%) explicitaram o referencial teórico adotado, sendo a psicodinâmica do trabalho o mais mencionado, constando em quatro publicações. Considerando que estes quatro estudos são brasileiros, é importante mencionar que a produção nacional com esse referencial iniciou na década de 80, firmando-se na discussão das consequências do trabalho sobre a saúde psíquica dos trabalhadores, investigando o sofrimento e o prazer no trabalho, bem como a elaboração do equilíbrio psíquico diante do desafio de se manterem saudáveis, mesmo em ambientes hostis de trabalho⁸. Dentre os demais textos, um assumiu o construto de inteligência emocional de Mayer e Salovey, um adotou o modelo de crenças da psicologia da saúde, um seguiu o conceito teórico de "estigma" de Erving Goffman, expoente

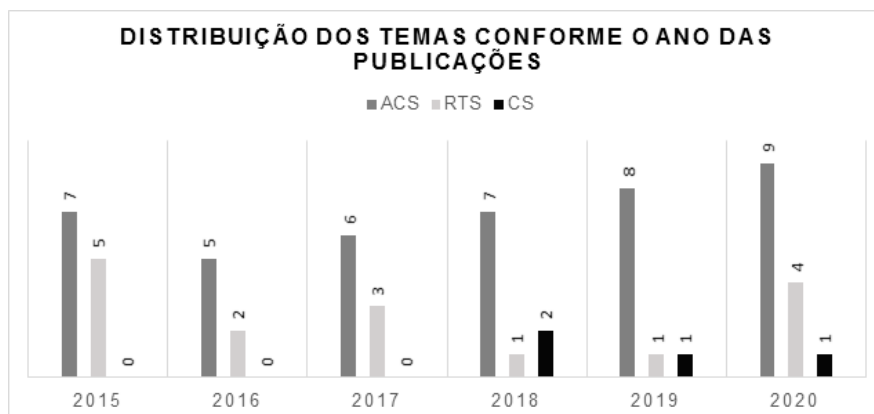
do Interacionismo Simbólico, e um se apropriou do referencial marxista da corrente Materialista que teve/tem grande influência nos estudos brasileiros sobre o tema que envolve trabalho.

Quanto ao sexo da população estudada, 29 (46%) textos decorreram de estudos com maioria de pessoas do segmento feminino e 14 (22%) com maioria do segmento masculino; sete (11%) abordaram exclusivamente docentes do segmento feminino e um (1%) exclusivamente do segmento masculino. Três (5%) textos apresentaram paridade de sexo e um (1%) dividiu os segmentos por área de atuação docente, sendo que as áreas de humanas, exatas e agrárias tinham maioria masculina e a área da saúde era composta majoritariamente pelo segmento feminino. Sete (11%) publicações não especificaram o sexo dos docentes da amostra.

TEMAS CENTRAIS E DISCUSSÕES GERAIS DAS PUBLICAÇÕES

Os temas centrais trabalhados nos estudos foram classificados em três categorias, a saber: Avaliação das Condições de Saúde (ACS); Relações entre Trabalho e Subjetividade (RTS) e Conhecimento em Saúde (CS), conforme distribuição na Figura 4.

Figura 4. Distribuição dos temas conforme o ano das publicações que abordam cronicidade em docentes, 2021.



Fonte: Elaboração própria.

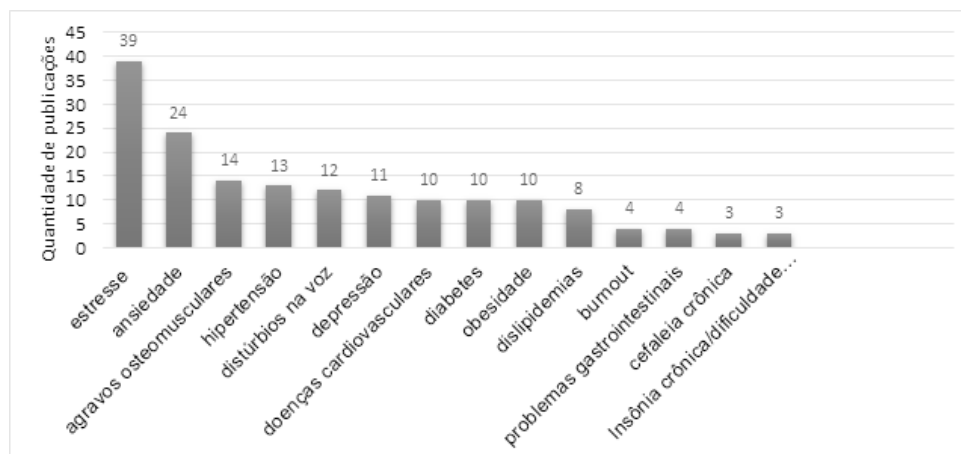
O tema ACS, que predominou dentre os demais (42,68%), apresenta um panorama da condição de saúde mental ou física dos docentes universitários, identificando fatores críticos do contexto laboral, efeitos de estresse e esgotamento mental, capacidade de regulação emocional, impactos na qualidade de vida, aspectos nutricionais e riscos para a saúde física. Por sua recorrência, nota-se certa preocupação científica sobre o tema ACS. Considerando que, muitas vezes, os pesquisadores trazem elementos das realidades que eles mesmos vivenciam no cotidiano da universidade, esse achado reforça a necessidade de que a saúde dos docentes universitários seja vista e considerada no que tange às políticas públicas de amparo ao professorado.

Os textos cujo tema central foram as RTS (16,26%) enfocam a percepção do trabalho docente, as implicações da precarização do trabalho na saúde do professorado, bem como a associação entre transtornos mentais comuns e estressores no trabalho entre professores. Já o tema CS (4,6%) consta em estudos que exploram a percepção dos professores em relação ao próprio corpo no ambiente de trabalho, conhecimentos sobre saúde, higiene vocal e terapias nutricionais.

Destacam-se, a partir dos textos arrolados nesta revisão, algumas discussões que envolvem cronicidade em docentes universitários no âmbito nacional e internacional. Tais discussões serão apresentadas de modo desatrelado aos temas centrais pelos quais os estudos foram classificados, posto que elas os transpassam, exceto pela discussão sobre o contexto pandêmico da doença do novo coronavírus (Covid-19), que ocorreu em textos do tema ACS.

As condições crônicas vivenciadas por docentes universitários mais frequentemente abordadas nas publicações estão distribuídas na Figura 5.

Figura 5. Distribuição das publicações conforme o tipo de condição crônica em docentes universitários, 2021.



Fonte: Elaboração própria.

Dentre todos os textos analisados, 16 (26%) deram relevo às questões emocionais e psíquicas que perpassam o cotidiano do trabalho docente, demonstrando relações importantes entre a satisfação pessoal e o bem-estar no trabalho como principal discussão. O estresse é apontado em 39 estudos como relacionado às peculiaridades do trabalho docente no ensino superior, o que caracteriza sua cronicidade, ainda que haja variações decorrentes do contexto.

Estudo brasileiro mencionou que, por ser geradora de estresse, a carreira docente pode estar ligada ao surgimento ou agravamento de outras condições crônicas, tais como dores na coluna, depressão, alteração vocal e hipertensão⁹. De modo semelhante, estudo paquistanês¹⁰ verificou que professoras universitárias estressadas sofrem de cefaleia e aumento frequente da pressão arterial. Estudo da China mostrou que a falta de financiamento para pesquisas, de descanso rotineiro nos fins de semana ou feriados, de atividades físicas, bem como exigências de titulação acadêmica e pressão para pesquisas científicas foram as principais fontes de estresse dos docentes universitários chineses¹¹. Outro estudo chinês¹² ponderou que o estresse no trabalho também tem efeitos deletérios sobre a confiança e interfere nas interações interpessoais. Na Índia, pesquisadores perceberam que identificar o estresse possibilita prever alterações na saúde mais eficientemente do que a identificação da satisfação no trabalho¹³.

Dos 62 textos, 35 (56%) mencionam a associação entre o trabalho docente e variadas condições crônicas, sendo estresse, ansiedade, depressão, problemas na voz e acometimentos osteomusculares as mais expressivas nos estudos brasileiros, dado que vai ao encontro do que foi apontado em estudo anterior⁷. No âmbito internacional, os estudos que abordaram a referida associação trataram das seguintes condições (conforme o país da publicação): China – estresse, depressão, ansiedade, polimorfismos OXTR rs53576 e OXTR rs2268490 (polimorfismos do gene do receptor de ocitocina que moderam a relação entre estresse no trabalho e confiança geral¹²); Espanha – estresse e ansiedade, mal-estar psicológico (inclui estresse, depressão e raiva) e desgaste vocal; Colômbia – estresse e ansiedade; Índia – estresse, ansiedade e *burnout*; Letônia – distúrbios vocais; Holanda – estresse, fadiga cognitiva, emocional e física; Paquistão – estresse, hipertensão e cefaleia;

Polônia – estresse, cardiomiopatia de Takotsubo; Portugal – patologia laríngea; Arábia Saudita – distúrbios musculoesqueléticos, estresse; Suécia – problemas de saúde; e Coreia do Sul – *burnout*.

Oito estudos brasileiros abordaram a intensificação do trabalho docente universitário, decorrente principalmente da expansão das universidades federais e suas demandas de interiorização no Brasil, que proporcionaram acesso à educação sem se adequar às necessidades dos docentes¹⁴. A fim de cumprir metas da organização laboral, docentes universitários conciliam atividades de ensino, pesquisa, extensão e atividades administrativas⁹; essa configuração é desfavorável à manutenção de hábitos de vida saudáveis pelos docentes e propicia às atitudes negligentes com o cuidado à própria saúde, acarretando consequências negativas para si e para as instituições¹⁵. É preciso reconhecer que sofrimentos laborais podem culminar em adoecimento, mas também podem não se manifestar como doenças que requerem medicação e afastamento, presentificando-se em diversos sintomas danosos ao bem-estar do professor universitário¹⁶, gerando sofrimento silencioso e invisibilizado, mas não menos pernicioso.

Alguns estudos (9,14%) discorreram sobre questões de gênero, enfocando geralmente a inserção da mulher no mercado de trabalho e suas consequências. Nos estudos brasileiros, as discussões foram polarizadas entre a possibilidade de ascensão e autonomia econômica feminina e a percepção de que as condições de trabalho são insatisfatórias devido aos danos físicos e emocionais acarretados pela dupla função entre trabalhar como docente e cuidar da família. Semelhantemente, estudo paquistanês apontou que docentes universitárias possuem pouco apoio de colegas, menores salários, perfazem longa jornada e alta carga de trabalho e vivenciam atitudes exigentes de familiares, fatores que desencadeiam estresse, afetando sua saúde física e psicológica¹⁰. Estudo espanhol¹⁷, que abordou a desmotivação em professoras e professores, elaborou o retrato do professor universitário desmotivado: jovem solteira, trabalhadora da área social, instável na carreira docente e que leciona há alguns anos. Dentre seus resultados, destaca-se a vulnerabilidade de docentes universitárias que vivenciam abusos e pressões sexistas, muitas vezes institucionalizados, forçando-as a abandonar

planos pessoais como o da maternidade ao negar a concessão de licença-maternidade¹⁷.

Na amostra, 11 (17%) artigos evidenciaram a correlação entre hábitos de vida e saúde dos docentes universitários, tais como os benefícios da prática regular de exercícios físicos, boa alimentação e sono reparador, da mesma forma que hábitos como o tabagismo e alcoolismo foram apontados como fatores deletérios. Estudo chinês concluiu que a concepção de alimentação saudável deve ser enfatizada para os professores, pois hipertensão, hiperglicemia, insônia e hiperlipidemia foram todas expressivamente associadas aos seus hábitos alimentares não saudáveis¹⁸. Pesquisadores indianos verificaram que professores universitários carecem de conhecimento sobre nutrição na hipertensão e sugerem urgência em melhorar a conscientização sobre o assunto, destacando o papel dos docentes como importantes divulgadores de conhecimento da sociedade¹⁹.

Em pesquisas brasileiras, os professores universitários que praticam atividade física apresentaram melhor qualidade de vida e de trabalho e relataram melhor qualidade de sono. Porém, em geral, os estudos evidenciaram baixos níveis de atividade física nesses docentes. Os professores fisicamente inativos tinham menos atividades de lazer e uma dieta com menor consumo de frutas, verduras e legumes e consumo excessivo de carne com gordura, refrigerante e álcool²⁰. Alimentação não saudável associou-se com acidente vascular cerebral; atividade física irregular/sedentarismo com doenças endócrinas/metabólicas e do aparelho digestivo; obesidade com doenças cardiovasculares/endócrinas/metabólicas e diabetes; e o tabagismo com doenças osteomusculares²¹. Já o estudo que analisou a qualidade do sono dos docentes universitários constatou que esses são maus dormidores e que há associação entre a má qualidade do sono e os fatores de risco para as doenças cardiovasculares²².

No contexto pandêmico da Covid-19, anunciado pela Organização Mundial da Saúde em 11 de março de 2020²³, o avanço exponencial de vidas perdidas pela doença em nível global tem proporcionado um convívio com a morte e o morrer e a busca por meios de superação e adaptação a esta realidade atípica e singular²⁴. Cinco estudos quantitativos abarcaram este contexto: três estudaram os efeitos psicológicos em docentes universitários²⁵⁻²⁷, um abarcou as percepções dos docentes sobre a

pandemia e sua adesão aos comportamentos de proteção à saúde²⁸ e um apontou o impacto da pandemia na educação on-line em uma faculdade de medicina²⁹. Nesse último, oriundo de pesquisa na Arábia Saudita²⁹, a maioria dos docentes relatou confiança na potência do ensino on-line durante as primeiras semanas da pandemia e que a experiência on-line adquirida neste período poderia integrar-se em suas estratégias de ensino. Não obstante, apontam desafios relacionados à comunicação, avaliação do aluno, uso de ferramentas tecnológicas, experiência on-line, gerenciamento de tempo, ansiedade ou estresse relacionados à pandemia e tecnofobia²⁹.

A ansiedade entre professores chineses no contexto pandêmico foi foco de estudo que destacou a necessidade de considerar fatores como idade, sexo, escolaridade, localização da instituição de ensino, fontes de informação, níveis de preocupação e de medo e estado de comportamento no gerenciamento da ansiedade²⁵. Estudo espanhol²⁶ avaliou que cerca de metade dos entrevistados locais apresentou impacto moderado a grave do surto, apresentando sintomas de estresse, ansiedade e depressão, além de altos níveis de preocupação. Estudo norte-americano²⁷ verificou que a maioria dos docentes trabalhava em casa, e que sua carga de trabalho aumentou, além da piora no bem-estar geral relacionada ao trabalho ou às mudanças de vida decorrentes da pandemia de Covid-19. Estresse também foi relacionado às finanças pessoais, à manutenção do emprego e da sua própria saúde ou de amigos/família frente ao risco de infecção; além de ser apontado por aqueles cujos filhos estavam em casa em ensino doméstico e por aqueles que cuidam de parentes idosos. A exposição à Covid-19 (diagnóstico próprio ou familiar, ou exposição a alguém possivelmente contaminado) foi associada a maior estresse, ansiedade, depressão e exaustão no trabalho. Mulheres foram mais propensas a relatar ansiedade, exaustão no trabalho e diminuição do bem-estar²⁷, evidenciando, assim, diferentes impactos da pandemia balizados pelas desigualdades sociais, no caso, de gênero.

Estudo conduzido nos Emirados Árabes²⁸ apontou que participantes com vínculo empregatício, ensino superior completo e aqueles com diagnóstico de doença crônica apresentaram maior probabilidade de aderir aos comportamentos preventivos da Covid-19. Fornecer informações claras, consistentes e focadas em ações simples

que os indivíduos podem realizar para reduzir o risco de infecção, destacando-se sua eficácia, pode maximizar a adesão, apesar da presença de medo e ansiedade. Pontuou ainda a diferença entre ansiedade patológica e “ansiedade funcional”, que ocorre no contexto de preparação para uma ameaça tangível, sem descartar a possibilidade de que docentes com fatores de risco para doenças mentais possam vivenciar a pandemia como um precipitante para o sofrimento patológico e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento mal adaptativas, destacando o papel fundamental dos profissionais de saúde mental neste contexto²⁸.

Vinte e seis (42%) textos sugerem medidas a serem implementadas na intenção de oferecer algum suporte em âmbito institucional à saúde dos docentes universitários. Dentre elas, destacam-se: criação de políticas institucionais e governamentais relacionadas à promoção da saúde na educação superior; incentivo à prática de atividades físicas pelos docentes; promoção da saúde vocal; melhoria no diálogo entre docentes e gestores a fim de eliminar fatores de risco de adoecimento mental e conquistar melhores condições de trabalho; aconselhamento psicológico e cursos de gerenciamento de estresse, inclusive considerando o contexto pandêmico; adequações institucionais, legais, curriculares e sociais para aprimorar o processo ensino-aprendizagem e a qualidade de vida dos docentes.

CONCLUSÃO

As pesquisas têm apresentado discussões ampliadas sobre cronicidade em docentes universitários, que extrapolam o olhar biomédico focado apenas na patologia e seus fatores de risco, considerando também o seu contexto de trabalho e fatores históricos relacionados, tais como a intensificação do trabalho docente no contexto brasileiro. Incentiva-se, porém, a ampliação do desenvolvimento da temática por meio de estudos qualitativos em âmbito nacional e internacional, posto que tal abordagem possibilita maior aproximação aos meandros da experiência cotidiana da condição crônica vivida por docentes universitários, considerando a vida nos seus diversos espaços e modos de acontecer.

Destaca-se o predomínio do estresse no cotidiano do docente universitário, constituindo-se como uma condição crônica marcada por pressão

emocional durante período prolongado. Ainda que não seja reconhecido como doença, favorece o surgimento/agravamento/manutenção de doenças, inclusive crônicas, sendo, por vezes, banalizado/invisibilizado. Sugere-se a ampliação dos estudos sobre o estresse que forneçam mais informações sobre como ele é vivido no cotidiano do docente universitário.

Para potencializar a captura de estudos sobre a cronicidade em docentes universitários com deficiências, empregou-se os termos *disabled* e *impaired*, mas nenhuma publicação foi incluída, pois os estudos capturados tratavam sobre deficiências em alunos e o docente no processo de seu acolhimento. Ainda que essa seja uma constatação não analisada e considerando a não captura de estudos sobre deficiências nos docentes universitários, recomenda-se o refinamento das buscas e a realização de estudos específicos que considerem a temática em questão.

Com relação às revisões de literatura anteriores, o presente estudo avançou abordando a docência sob a ótica da cronicidade e expandindo o olhar para as produções em âmbito internacional, a fim de conhecer o que se tem produzido sobre a temática e traçando paralelos com o que se identificou nos estudos nacionais. Avança, também, ao abarcar publicações produzidas no contexto pandêmico, evidenciando que, no que tange às condições crônicas em docentes universitários, há necessidade de condução de mais estudos sobre as implicações das medidas de mitigação da disseminação do novo coronavírus que impactaram diretamente no trabalho docente. Há de se considerar que, nessa população, outras situações de cronicidade, assim como as desigualdades no contexto social e profissional em que elas transcorrem, podem ser agravadas e amplificadas pela pandemia, que vem se mostrando crônica.

Dentre as limitações do estudo, destacam-se a ausência de análise da qualidade dos textos e a inclusão de docentes de diferentes níveis de ensino, envolvendo graduação e pós-graduação. Contudo, os resultados identificados permitiram destacar lacunas do conhecimento e apontar perspectivas para a discussão sobre a cronicidade como parte da vida do professor universitário.

CONTRIBUIÇÃO DAS AUTORAS

Karla Beatriz Barros de Almeida contribuiu

no delineamento, revisão da literatura, análise e redação do estudo. **Juliana Soares Androlage** contribuiu na revisão de literatura e revisão crítica do estudo. **Reni Barsaglini** contribuiu no delineamento e revisão crítica do estudo.

REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. Ciên Saúde Colet [serial on the internet]. 2018 [cited 2021 Feb 08];23(2):431-35. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n2/1413-8123-csc-23-02-0431.pdf>
2. Herzlich C. Saúde e doença no início do século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública. Physis. 2004;14(2):383-94.
3. Barsaglini RA. Repercussões dos adoecimentos crônicos nos estudos de experiência: tipos, momentos e mediadores. Oficina do CES. 2019;1(452):1-27.
4. Tardif M, Lessard C. O trabalho docente hoje: elementos para um quadro de análise. In: Tardif M, Lessard C, editores. O trabalho docente: elementos para uma teoria da docência como profissão de interações humanas. 5. ed. Petrópolis: Vozes; 2009.
5. The Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition/ Supplement. South Australia: The Joanna Briggs Institute; 2014.
6. Assunção AA, Oliveira DA. Intensificação do trabalho e saúde dos professores. Educ Soc. 2009;30(107):349-72.
7. Araújo TM, Pinho OS, Masson MLV. Trabalho e saúde de professoras e professores no Brasil: reflexões sobre trajetórias das investigações, avanços e desafios. Cad Saúde Pública. 2019;35(Suppl 1).
8. Merlo, ARC, Mendes, AMB. Perspectivas do uso da psicodinâmica do trabalho no Brasil: teoria, pesquisa e ação. Cad psicol soc. 2009;12(2):141-56.
9. Soares MB, Mafra SCT, Faria ER. Fatores associados à percepção de estresse em docentes universitários em uma instituição pública federal. Rev Bras Med Trab [serial on the internet]. 2019 [cited 2021 Feb 10];17(1):90-8. Available from: <https://www.rbmt.org.br/details/425/pt-BR/fatores-associados-a-percepcao-de-estresse-em-docentes-universitarios-em-uma-instituicao-publica-federal>
10. Mushtaq M. Stress, headache, high blood pressure and self-esteem in working women. Pak Heart J [serial on the internet]. 2018 [cited 2021 Feb 12];51(02):166-71. Available from: <http://www.pkheartjournal.com/index.php/pkheart/article/view/1498>
11. Li W, Kou C. Prevalence and correlates of psychological stress among teachers at a national key comprehensive university in China. Int J Occup Environ Health [serial on the internet]. 2018 [cited 2021 Feb 10];24(1-2):7-16. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10773525.2018.1500803>
12. Fang Y, Li Z, Wu S, Wang C, Dong Y, He S. Oxytocin receptor gene polymorphisms moderate the relationship between job stress and general trust in Chinese Han university teachers. J Affect Disord [serial on the internet]. 2020 [cited 2021 Feb 12];260:18-23. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032719310390>
13. Rana A, Soodan V. Effect of occupational and personal stress on job satisfaction, burnout, and health: A cross-sectional analysis of college teachers in Punjab, India. Indian J Occup Environ Med [serial on the internet]. 2019 [cited 2021 Feb 12];23:133-40. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6941331/>
14. Tundis AGO, Monteiro JK. Ensino superior e adoecimento docente: um estudo em uma universidade pública. Psic. da Ed. [serial on the internet]. 2018 [cited 2021 Feb 05];46(1):1-10. Available from: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicoeduca/article/view/39139>
15. D'Oliveira CAFB, Souza NVDO, Varella TCMML, Almeida PF. Configurações do mundo do trabalho e o processo saúde-doença dos trabalhadores docentes de enfermagem. Rev enferm UERJ. 2020;28:e33123. doi: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.33123>
16. Ruza, FM, Silva, EP. As transformações produtivas na pós-graduação: o prazer no trabalho docente está suspenso? Rev Subj. 2016;16(1):91-103. doi: <http://dx.doi.org/10.5020/23590777.16.1.91-103>
17. Jimeno AP, López SC. La desmotivación del profesorado universitario y su relación con variables sociodemográficas, laborales y de personalidad. Apuntes de Psicología [serial on the internet]. 2015 [cited 2021 Feb 13];33(1):5-16. Available from: <http://apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/557>
18. Zheng C, Shi C, Bai J, Shao W, Zhang C, Bu J. Large-scale investigation on healthy status of teachers in Jiangsu Province, China. Progress in Nutrition [serial on the internet]. 2019 [cited 2021 Feb 13];21(2):294-98. Available from: <https://mattioli1885journals.com/index.php/progressinnutrition/article/view/6773>

19. Suchitra MR, Vadivel S, Balasubramanian M, Parthasarathy S. A study of awareness about "Nutrition in Hypertension" among college teachers in a semi urban town of South India. AJPRHC [serial on the internet]. 2018 [cited 2021 Feb 13];10(1):30-35. Available from: <http://www.informaticsjournals.com/index.php/ajprhc/article/view/18902>

20. Lira BA, Souza P, Gomes DJO, Maniçoba ACM, Monteiro LZ. Inatividade física e fatores de risco para doenças crônicas em professores universitários. Conscientiae Saúde (Online) [serial on the internet]. 2018 [cited 2021 Feb 13];17(4):454-62. Available from: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/987380/8748-572531pb.pdf#:~:text=Sobre%20os%20fatores%20de%20risco,classificados%20como%20insuficiente%20%20mente%20ativos.>

21. Setto JM, Bonolo PF, Franceschini SCC. Relationship between health behaviors and self-reported diseases by public employees. Fisioter Mov [serial on the internet]. 2016 [cited 2021 Feb 15];29(3):477-485. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502016000300477

22. Silva KL, Marques ACML, Aragão AV, Gonçalves AV, Feitosa ANA, Araújo WA, et al. Fatores de risco para as doenças cardiovasculares e qualidade do sono. Rev enferm UFPE [serial on the internet]. 2018 [cited 2021 Feb 05];12(10):2573-82. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/237489/30146>

23. Organização Pan-Americana de Saúde. OMS afirma que Covid-19 é agora caracterizada como pandemia - 2020 [home-page on the Internet]. [cited 2021 Feb 03]. Available from: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6120:oms-afirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-como-pandemia&Itemid=812

24. Oliveira EN. "Primeiro tivemos que morrer": saúde mental em tempos de covid-19. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2020 [cited 2021 Feb 05];19(0):05-06. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1469>

25. Li Q, Miao Y, Zeng X, Tarimo CS, Wu C, Wu J. Prevalence and factors for anxiety during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) epidemic among the teachers in China. J Affect Disord [serial on the internet]. 2020 [cited 2021 Feb 08];277:153-58. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032720326136>

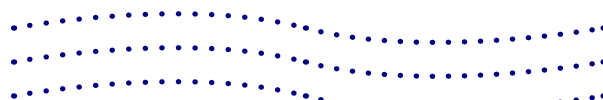
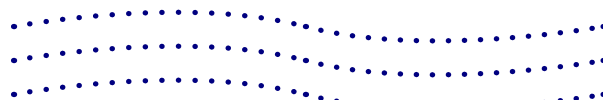
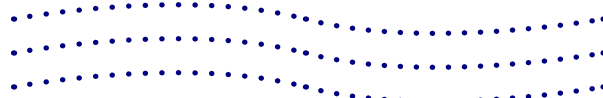
26. Gonzalez PO, Gomez AP, Irurtia MJ, García RL. Psychological effects of the COVID-19 outbreak and lockdown among students and workers of a Spanish

university. Psychiatry Research [serial on the internet]. 2020 [cited 2021 Feb 13];290(8):113-08. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32450409/>

27. Evanoff BA, Strickland JR, Dale AM, Hayibor L, Page E, Duncan JG, et al. Work-related and personal factors associated with mental well-being during the COVID-19 response: survey of health care and other workers. J Med Internet Res [serial on the internet]. 2020 [cited 2021 Feb 07];22(8):e21366. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7470175/?report=printable>

28. Vally Z. Public perceptions, anxiety and the perceived efficacy of health-protective behaviours to mitigate the spread of the SARS-Cov-2/COVID-19 pandemic. Public Health [serial on the internet]. 2020 [cited 2021 Feb 18];187:67-73. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0033350620303577>

29. Rajab MH, Gazal AM, Alkattan K. Challenges to online medical education during the COVID-19 pandemic. Cureus [serial on the internet]. 2020 [cited 2021 Feb 11];12(7):e8966. Available from: <https://www.cureus.com/articles/30131-challenges-to-online-medical-education-during-the-covid-19-pandemic>



POLÍTICAS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO PARA A JUVENTUDE NO BRASIL: INTERSETORIALIDADE E ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

HEALTH AND EDUCATION POLICIES FOR YOUTH IN BRAZIL: INTERSECTORIALITY AND NURSES ROLE

POLÍTICAS DE SALUD Y EDUCACIÓN PARA LA JUVENTUD EN BRASIL: INTERSECTORIALIDAD Y DESEMPEÑO DEL ENFERMERO

Emanoel Avelar Muniz¹Maria Veraci Oliveira Queiroz²Francisco Clécio da Silva Dutra³Aretha Feitosa de Araújo⁴Lucilane Maria Sales da Silva⁵Raimundo Augusto Martins Torres⁶**Como Citar:**

Muniz EA, Queiroz MVO, Dutra FCS, Araújo AF, Silva LMS, Torres RAM. Políticas de saúde e educação para a juventude no Brasil: intersectorialidade e atuação do enfermeiro. *Sanare* (Sobral, Online). 2021;20(1):73-80.

Palavras-chave:

Política Pública; Saúde do Adolescente; Adulto Jovem; Promoção da Saúde; Enfermagem.

Keywords:

Public Policy; Adolescent Health; Young Adult; Health Promotion; Nursing.

Palabras clave:

Política Pública; Salud del joven; Adulto y joven; Promoción de la salud; Enfermería.

Submetido:

24/08/2020

Aprovado:

14/06/2021

Autor(a) para Correspondência:

Emanoel Avelar Muniz
E-mail: emanoel.muniz@ifce.edu.br

RESUMO

Experiências internacionais mostram que os enfermeiros realizam intervenções na escola para promover a saúde e o sucesso acadêmico dos estudantes. Este estudo objetiva refletir sobre a intersectorialidade das políticas de saúde e educação para a juventude no Brasil e a atuação do enfermeiro na saúde escolar com jovens. Trata-se de um ensaio teórico fundamentado em políticas brasileiras de saúde e educação para jovens, e em estudos científicos. No Brasil, políticas que integram saúde e educação para a juventude foram construídas, essencialmente, ao final da década de 1980, pautadas na atenção integral aos jovens. Mais recentemente, a criação do Programa Saúde na Escola e do Programa Nacional de Assistência Estudantil vem propiciando aos profissionais de enfermagem assumir mais diretamente ações de proteção e promoção à saúde dos jovens em ambientes educacionais. Apesar de alguns programas incluírem diretrizes que articulam as políticas de saúde e educação no Brasil, há fragilidade nas ações intersectoriais e, notadamente, na atuação do enfermeiro com jovens em ambientes educacionais, o que demonstra a necessidade de ampliação das práticas de enfermagem escolar.

1. Enfermeiro, doutorando do Programa de Pós-graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (PPCCLIS) da Universidade Estadual do Ceará (UECE). E-mail: emanoel.muniz@ifce.edu.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8648-8523>

2. Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC), docente do PPCCLIS e da graduação em enfermagem da UECE. E-mail: maria.queiroz@uece.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7757-119X>

3. Enfermeiro, doutorando do PPCCLIS da UECE. E-mail: cleciouece@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3451-1664>

4. Enfermeira, doutoranda do PPCCLIS da UECE. E-mail: aretha.feitosa@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9297-8281>

5. Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC), docente do PPCCLIS e da graduação em enfermagem da UECE. E-mail: lucilanemaria@yahoo.com.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3850-8753>

6. Enfermeiro, Doutor em Educação pela UFC, docente do PPCCLIS e da graduação em enfermagem da UECE. E-mail: augustomtorres70@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8114-4190>

Cert. de Redação Científica: Central das Revisões. **Edição de texto:** Karina Maria M. Machado. **Revisão de provas:** Texto definitivo validado pelos(as) autores(as).

ABSTRACT

International experiences show that nurses perform interventions in schools to promote health and academic success of the students. This study aims to reflect on the intersectoriality of health and education policies for youth in Brazil and the role of nurses in school health with young people. This is a theoretical essay based on Brazilian health and education policies for young people and on scientific studies. In Brazil, policies that integrate health and education for the youth were built, essentially, at the end of the 1980s, based on comprehensive care for young people. More recently, the creation of the Health at School Program and the National Student Assistance Program has enabled nursing professionals to take more direct action to protect and promote health of young people in educational environments. Although some programs include guidelines that articulate health and education policies in Brazil, there is a weakness in intersectoral actions and, notably, in the role of nurses with young people in educational environments, therefore, it is necessary to expand school nursing practices.

RESUMEN

Las experiencias internacionales muestran que los enfermeros realizan intervenciones en la escuela que promuevan la salud y el éxito académico de los estudiantes. Este estudio tiene como objetivo reflexionar sobre la intersectorialidad de las políticas públicas sanitarias y educación para la juventud en Brasil y la actuación del enfermero en la salud de los escolares. Se trata de un ensayo teórico basado en políticas brasileñas de salud y educación para jóvenes y en estudios científicos. En Brasil, políticas que integran salud y educación para la juventud fueron construidas, esencialmente, al final de la década de 1980, pautadas en la atención integral a los jóvenes. Más recientemente, la creación del Programa Salud en la Escuela y del Programa Nacional de Asistencia Estudiantil viene proporcionando a los profesionales de enfermería que asuman más directamente acciones de protección y promoción a la salud de los jóvenes en espacios educativos. A pesar de que algunos programas incluyan directrices que articulan las políticas de salud y educación en Brasil, hay debilidad en las acciones intersectoriales y, notablemente, en la actuación del enfermero con jóvenes en ambientes educativos, por consiguiente, es necesario ampliar las prácticas de enfermería escolar.

.....

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) utiliza o termo “pessoas jovens” para os sujeitos que estão na faixa etária de 10 a 24 anos de idade, incluindo adolescentes e jovens¹. No Brasil, o Estatuto da Juventude define jovens em três grupos: 15 a 17 anos de idade, denominados jovens-adolescentes; 18 a 24 anos de idade, como jovens-jovens; e 25 a 29 anos de idade, como jovens adultos². Informações oficiais mostram que, em 2014, existiam 48,9 milhões de jovens de 15 a 29 anos no Brasil, correspondendo a 23,6% da população. Por outro lado, observa-se crescente morbimortalidade por causas externas nessa faixa etária, com destaque para as agressões, acidentes com transportes terrestres e suicídios. Há exposição elevada de jovens a fatores de risco como álcool, violência, sexo desprotegido e predomínio de hábitos não saudáveis^{3,4}.

Além disso, o baixo nível educacional continua sendo o principal fator de risco para o futuro dos

jovens e parece que as políticas de saúde e educação de caráter universal têm sido insuficientes em sua gestão para promover equidade de acesso e permanência na escola, com repercussões nas condições de vida e saúde⁵. Assim, propõe-se o desenvolvimento da intersectorialidade das políticas estruturais, programas e ações para a promoção do bem-estar e desenvolvimento integral da juventude. A intersectorialidade é definida como um princípio da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e se refere ao processo de articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns⁶.

Nas últimas décadas, movimentos de superação da setorialidade nos campos da saúde e da educação incluem ações de educação e promoção da saúde aos estudantes. A exemplo, o Ministério da Saúde (MS) implementou programas, estratégias

e políticas para diversos grupos etários, pois o ambiente escolar assume espaço privilegiado para a execução dessas ações⁷.

No Brasil, as políticas criadas mais recentemente, que articulam os setores saúde e educação, foram o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído em 2007, que objetiva contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção de doenças e agravos, promoção e atenção à saúde, e o Programa Nacional de Assistência Estudantil (PNAES), instituído em 2010, este com a finalidade de ampliar as condições de permanência dos jovens na educação profissional e superior pública federal^{8,9}. Os referidos programas incluem o trabalho do enfermeiro em dimensões colaborativas com outros profissionais. Nesse contexto, considera-se que a enfermagem, quando inserida no ambiente escolar, desenvolve ações estratégicas que podem promover a saúde dos jovens. Entretanto, para demonstrar sua relevância, é necessário que a enfermagem escolar evolua no atendimento das necessidades atuais de educação e de saúde¹⁰.

Experiências internacionais mostram que os enfermeiros realizam intervenções com alunos, pais e funcionários da escola para promover a saúde e o sucesso acadêmico dos estudantes. Essas atividades contribuem para a diminuição do absenteísmo, aumento da adesão à imunização, melhoria do manejo de condições crônicas, prevenção de doenças, apoio na identificação e gerenciamento de problemas mentais e questões de saúde, bem como suporte psicossocial, permitindo assim que os estudantes permaneçam na escola e melhorem seu desempenho acadêmico^{11,12}.

Em escolas onde há enfermeiro ou serviço de enfermagem, observa-se um impacto na articulação interdisciplinar. O enfermeiro escolar é o profissional treinado para prestar cuidados de enfermagem especializados de forma autônoma, no campo educacional, em uma equipe interdisciplinar. Portanto, um papel intersetorial está entre os novos atributos de identidade de ser enfermeiro. Assim, a atuação desse profissional nas instituições educacionais torna-se uma necessidade social e de saúde, de modo que a presença física dos enfermeiros representa o cuidado aos estudantes¹³.

No Brasil, estudo mostra que mesmo existindo diretrizes para o trabalho da enfermagem na escola, a indisponibilidade de profissionais para o desenvolvimento da enfermagem escolar

impossibilita efetivar ações integradas, sendo este um impeditivo para o planejamento e continuidade da gestão intersetorial¹⁴.

Considerando o exposto, este estudo teve como objetivo refletir sobre a intersetorialidade das políticas de saúde e educação para a juventude no Brasil e a atuação do enfermeiro na saúde escolar com os jovens. Realizou-se um resgate das principais políticas que articulam saúde e educação para os jovens desenvolvidas recentemente no Brasil, destacando suas interfaces, e pesquisas que discorrem sobre a atuação do enfermeiro, no contexto escolar, em âmbitos nacional e internacional. Espera-se que as reflexões ampliem o olhar sobre a importância dessa integração e potencializem ações intersetoriais para a melhoria da atenção e cuidado aos jovens, sendo, portanto, a escola um campo de atuação da enfermagem no exercício e colaboração interprofissional.

POLÍTICAS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO PARA A JUVENTUDE NO BRASIL

No Brasil, inegavelmente, nos últimos anos, houve avanços consideráveis em relação à construção de um rol significativo de regulamentações, políticas, programas e instituições, ou seja, de ações voltadas à promoção da juventude, defesa dos interesses e direitos do público jovem. Pesquisadores da educação concordam que, a partir da segunda metade do século XX, ocorreu rápida expansão do sistema educacional brasileiro, registrando-se a ampliação de oportunidades de acesso e escolarização da população brasileira, essencialmente, para os segmentos mais novos da sociedade nas etapas da educação básica⁵.

A ampliação e garantia desses direitos foram asseguradas no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de 1990 e na Lei 8.080, também de 1990, que rege o Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁵. Várias iniciativas com esse propósito foram se concretizando no panorama nacional em cumprimento à Constituição Federal de 1988 para assegurar direitos fundamentais em benefício ao desenvolvimento dos adolescentes e jovens. Nomeadamente, para essa população, o Ministério da Saúde oficializou, em 1989, o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD), que teve a finalidade de promover, integrar, apoiar e incentivar práticas nos locais onde eram realizadas atividades para esse público, sejam nos estados, municípios,

universidades, organizações não-governamentais e outras instituições, incluindo a escola¹⁶.

No entanto, estudo indica que esse Programa não tem atendido a todos os adolescentes brasileiros, há fragilidade na articulação de ações para contemplar o público-alvo, pouca variabilidade de metas e desafios na participação ativa dos adolescentes. Destacam-se, entretanto, como potencialidades do Programa, a capacitação profissional promovida para o atendimento ao adolescente e o reconhecimento deste como protagonista nas ações em saúde¹⁷.

Compreendendo que muitas dessas ações concretizam-se nos serviços de saúde e na articulação com a escola, em continuidade e reforçando as práticas de proteção à saúde dessa população, destaca-se o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (PSPE), instituído pelos Ministérios da Educação (MEC) e da Saúde, contando com o apoio da Organização das Nações Unidas (ONU), desde o ano de 2003. Representa, portanto, um marco na integração saúde-educação e destaca a escola como o espaço ideal para a articulação das políticas voltadas para adolescentes e jovens¹⁸.

O PSPE desponta como uma potencial estratégia de articulação intersetorial e interprofissional, interagindo com a sociedade civil organizada e a comunidade escolar, cujas ações podem ser desenvolvidas nos territórios definidos segundo a área de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF), possibilitando um movimento de colaboração entre os campos da saúde e da educação e seus equipamentos⁷.

Em 2007, o PSE foi instituído por meio do Decreto n.º 6.286 e constitui estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes de Saúde da Família e da educação básica⁸. Ações integradas como as propostas pelo PSE contribuem para a formação integral e podem ampliar o alcance e efeito nas condições de vida e saúde dos estudantes, famílias e comunidade¹⁹.

Para fortalecer a atenção e o cuidado a esse público, foram lançadas, em 2010, as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, na promoção, proteção e recuperação da saúde, com o objetivo de sensibilizar e mobilizar gestores e profissionais do SUS para integrar ações, programas e políticas por meio de estratégias interfederativas e intersetoriais.

As diretrizes reforçam o fortalecimento da promoção da saúde e a reorientação dos serviços de saúde, e trazem como eixos estruturantes das ações: a) acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; b) atenção integral à saúde sexual e à saúde reprodutiva; e c) atenção integral ao uso abusivo de álcool e outras drogas por pessoas jovens¹⁵.

Além disso, considerando a baixa frequência de jovens no ensino superior, foram criadas ações afirmativas para corrigir, parcialmente, as desvantagens quanto ao ingresso e permanência de alguns grupos sociais. Dentre elas, destaca-se o Programa Nacional de Assistência Estudantil (PNAES), instituído pelo Decreto n.º 7.234 de 2010⁹. A assistência estudantil é composta por uma variedade de eixos de atuação, incluindo a atenção integral à saúde. Assim, a proposta do PNAES é articular diferentes áreas e, conseqüentemente, diferentes políticas sociais.

No entanto, destacam-se no PNAES algumas limitações, dentre elas: a ausência de ações conjuntas entre o Ministério da Educação e Ministério da Saúde; falta de capacitação dos profissionais da assistência estudantil em temas de saúde; não inclusão dos estudantes de pós-graduação; ausência de diretrizes sobre a organização das ações de saúde, bem como de mecanismos de monitoramento e avaliação, além de desarticulação com a rede de saúde onde está inserida a instituição de ensino²⁰.

Diante do recorte apresentado sobre as principais políticas de saúde e educação para a juventude no Brasil, reconhece-se que essas priorizam os jovens em situação de vulnerabilidade social, embora alguns programas e ações contemplem essa população de uma maneira geral. Além disso, não bastam a aproximação entre os setores saúde e educação e a formulação de políticas conjuntas para a efetivação de ações intersetoriais, é preciso avançar na reorientação das práticas de formação e participação social no SUS para que as ações sejam, de fato, integradas¹⁴.

Assim, considerando que saúde e educação são áreas reconhecidas como produtoras de qualidade de vida e transformação social, destaca-se a necessidade de manter e implementar ações intersetoriais pautadas nessas e em outras políticas que atendam às demandas e necessidades dos jovens, propiciando oportunidades de desenvolvimento pessoal e profissional, com repercussões na

vida e na saúde. Destaca-se a diminuição de investimentos em saúde e educação nos últimos anos, no Brasil, afetando o financiamento das ações e, consequentemente, a atuação do enfermeiro na escola. Assim, os contextos sociais e políticos atuais desfavorecem ou impedem que esses programas sejam amplamente efetivados.

BREVE PANORAMA DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA SAÚDE ESCOLAR COM JOVENS

O papel do enfermeiro escolar varia entre os países, porém o objetivo de sua atuação é identificar necessidades, melhorar a saúde e o bem-estar dos alunos. Estudo norte-americano mostra que enfermeiros escolares prestam cuidados de saúde qualificados para estudantes, realizam triagens, acompanhamentos e encaminhamentos para outros serviços e profissionais de acordo com a necessidade, promovendo o acesso à saúde principalmente na população em situação de vulnerabilidade¹¹.

Nos Estados Unidos, a maioria das intervenções de enfermagem realizadas no ambiente escolar estão relacionadas ao princípio da coordenação do cuidado para atender aos objetivos, necessidades e expectativas dos estudantes e família, com destaque para entrevistas motivacionais, aconselhamento e comunicação colaborativa com pais, funcionários da escola, outros profissionais de saúde e comunidade. As intervenções também foram relacionadas a melhores resultados de saúde e educação dos alunos¹².

Estudo realizado no Peru destaca que dentro das competências do enfermeiro escolar está a articulação da educação com a saúde, em que se reúnem a aprendizagem acadêmica escolar e a aprendizagem para a vida, saúde e bem-estar, no contexto de programas de saúde escolar, realizados por profissionais da saúde advindos de serviços de atenção primária ou de serviços exclusivos de saúde escolar, enfatizando a promoção da saúde¹³.

No Brasil, as ações de saúde desenvolvidas com o público jovem nas escolas alteram a dinâmica escolar e se aproximam do conceito de promoção da saúde, mas, às vezes, o profissional não está preparado para a interação com os jovens quando não há integração dos serviços. Assim, a participação da comunidade educativa, incluindo

profissionais da educação, estudantes e familiares, é importante em todas as etapas das ações de saúde nas escolas²¹. Boas perspectivas foram demonstradas para o exercício da enfermagem brasileira na área da saúde escolar, entretanto evidenciou-se a necessidade de fortalecer essa área por meio de uma integração efetiva entre saúde e educação, visando à prestação de uma assistência integral ao escolar²².

Salienta-se que a presença do enfermeiro na escola já acontece há algumas décadas, independentemente da criação de políticas intersetoriais, e a literatura ressalta que seu trabalho é determinante para desencadear ações de promoção da saúde, gerar discussões, estimular debates, realizar orientações e apresentar perspectivas em relação ao processo saúde-doença da comunidade, além de fortificar as relações sociais entre os profissionais da educação e da saúde²³. A enfermagem se destaca como categoria do setor saúde responsável pela qualidade da assistência, com uso das tecnologias da informação e comunicação no cenário da saúde coletiva, incluindo as escolas e demais instituições educacionais a serviço das juventudes²⁴.

No âmbito do PSE, os enfermeiros realizam ações educativas em saúde com grande potencial de responder às necessidades de saúde escolar dos jovens, uma vez que o programa tem propósitos de promover boas condições de saúde para o desenvolvimento integral dos estudantes. Portanto, é preciso avançar em inovações tecnológicas, no âmbito das práticas do PSE, que ressignifiquem a escola como cenário da promoção da saúde²⁵.

Ademais, no desenvolvimento de atividades que promovam a saúde no espaço escolar, deve-se considerar que este é permeado por relações sociais constantes, elucidando a necessidade de colaboração interprofissional⁷. Nesse sentido, observam-se lacunas de cuidados destinados aos jovens e dificuldades na implementação do PSE, como o desconhecimento dos profissionais sobre o programa, a celeridade na sua implantação, com frágil formação dos profissionais, além das condições estruturais das escolas, recursos humanos e materiais e a falta de planejamento das ações, confirmando a desarticulação dos setores educação e saúde. A integração da tríade equipe de saúde, escola e família configura potencialidade do programa^{26,13}.

Diante do exposto, percebe-se que no Brasil o enfermeiro tem uma discreta atuação em

programas que integram saúde e educação, mas vem aproximando-se desse cuidado, embora de forma pontual e com uma evolução gradativa. Acredita-se que as lacunas existentes têm como desafios superar ações programáticas pontuais e avançar para um agir integrado pela colaboração interprofissional e intersetorial que atenda às necessidades dos jovens.

Acrescenta-se que existem lacunas de evidências sobre a eficácia das práticas de enfermagem escolar, incluindo o impacto no desempenho acadêmico dos estudantes, gerando um debate sobre o papel e a necessidade de enfermeiros escolares no sistema de ensino atual¹⁰. É necessário que os estudos evoluam para além das descrições das intervenções, mostrando evidências sobre os seus efeitos.

No território brasileiro, apesar de existirem ações de saúde na escola, na perspectiva intersetorial, ocorrem impasses na sua regulação, dificultando a implementação, pois não se percebe a inclusão necessária do enfermeiro nesse espaço, mesmo reconhecendo-se o seu potencial na promoção da saúde de jovens. Acrescenta-se que, para o fortalecimento dessas ações, é imprescindível o apoio da gestão para que haja planejamento e ações contínuas e sistemáticas, com padronização das práticas devido à diversidade de propostas existentes. Além disso, é preciso propiciar formação acadêmica e educação permanente que contemplem habilidades e competências dos enfermeiros em ações multiprofissionais com jovens no ambiente escolar.

CONCLUSÃO

Propostas de desenvolvimento de programas com ações de saúde na escola existem há décadas no Brasil; contudo, as políticas públicas brasileiras envolvendo a intersetorialidade saúde e educação, com destaque à proteção e desenvolvimento de adolescentes e jovens, vêm definindo-se a partir da constituição de 1988 e são incentivadas também pelos organismos internacionais ante à necessidade de promoção à saúde da juventude em ambientes educacionais. Nesse aspecto, identificaram-se programas com propósitos e ações intersetoriais envolvendo saúde e educação, destacadamente, o PSE e o PNAES, que sinalizam possibilidades de trabalhar temas de interesses comuns direcionados aos estudantes, sobretudo àqueles em situações de vulnerabilidades, que podem impactar nas suas

condições de saúde e aprendizado.

É compreensível que ações intersetoriais serão efetivadas mediante a colaboração interprofissional envolvendo, essencialmente, as equipes de Saúde da Família e/ou de assistência estudantil, integradas com educadores responsáveis pela formação integral dos jovens. Mas também é preciso ouvir os jovens, planejar e desenvolver ações com os mesmos, incentivando o protagonismo juvenil. Assim, a inserção do enfermeiro no ambiente escolar precisa ganhar maior visibilidade nos espaços acadêmicos e profissionais, bem como o apoio dos gestores com decisões políticas. Espera-se que as reflexões contribuam para um novo olhar sobre essa atuação e a necessidade de fortalecer e definir as práticas de enfermagem em ambientes educacionais.

Destaca-se como limitação a reduzida abrangência dos estudos, ou seja, um delineamento que proporcione, além da reflexão, identificar as intervenções de enfermagem realizadas com jovens escolares e os seus efeitos, ampliando-se o debate sobre a prática do enfermeiro escolar e o impacto nos resultados de saúde e educação dos estudantes.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Emanoel Avelar Muniz e Maria Veraci Oliveira Queiroz contribuíram na concepção do estudo, construção do ensaio e revisão final do manuscrito. **Francisco Clécio da Silva Dutra e Aretha Feitosa de Araújo** contribuíram na revisão final do manuscrito. **Raimundo Augusto Martins Torres** contribuiu na concepção do estudo e revisão final do manuscrito. **Lucilane Maria Sales da Silva** contribuiu na concepção do estudo.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Young People's Health – a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series 731. Geneva: WHO; 1986.
2. Brasil. Estatuto da juventude: atos internacionais e normas correlatas. Brasília (DF): Senado Federal; 2013.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2016. Rio de Janeiro: IBGE; 2016.
4. Reis AAC, Malta DC, Furtado LAC. Challenges for public policies aimed at adolescence and

youth based on the National Scholar Health Survey (PeNSE). Ciênc Saúde Colet [serial on the internet]. 2018 Sep [cited 2019 Dec 19];23(9):2879-90. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232018000902879&lng=en

5. Sposito MP, Souza R, Silva, FA. The research on young people in Brazil: setting new challenges from quantitative data. Educ Pesqui [serial on the internet]. 2018 [cited 2019 Nov 06];44: e170308. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151797022018000100430&lng=en&nrm=iso

6. Brasil. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS [document on the internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018 [cited 2020 June 25]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf

7. Dias MSA, Vieira FMBR, Silva LCC, Vasconcelos MIO, Machado MFAS. Colaboração interprofissional no Projeto Saúde e Prevenção na Escola. Ciênc Saúde Colet [serial on the internet]. 2016 June [cited 2020 June 25];21(6):1789-98. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601789&lng=en

8. Brasil. Decreto nº 6.286, de 5 dez. 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da União [document on the internet]. 5 de dezembro de 2007 [cited 2020 June 25]; Seção 1. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm

9. Brasil. Decreto nº 7.234, de 19 de jul. de 2010. Dispõe sobre o Programa Nacional de Assistência Estudantil - PNAES. Diário Oficial da União [document on the internet]. 20 de julho de 2010 [cited 2020 June 25]; Seção 1. Available from: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2010/decreto-7234-19-julho-2010-607316-norma-pe.html>

10. Doi L, Wason D, Malden S, Jepson R. Supporting the health and well-being of school-aged children through a school nurse programme: a realist evaluation. BMC Health Serv Res [serial on the internet]. 2018 [cited 2019 Nov 06];18(664):1-10. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-018-3480-4>

11. Maughan ED, Cowell J, Engelke MK, McCarthy AM, Bergren MD, Murphy MK, et al. The vital

role of school nurses in ensuring the health of our nation's youth. Nurs Outlook [serial on the internet]. 2018 [cited 2019 Nov 06];66(1):94-6. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029655417306267?via%3Dihub>

12. Best NC, Oppewal S, Travers D. Exploring School Nurse Interventions and Health and Education Outcomes: An Integrative Review. J Sch Nurs. 2018;34(1):14-27. doi: <https://doi.org/10.1177/1059840517745359>

13. Mori FMLV, Edquén SB, Espinoza ZEL, Salazar RS. Competencias de la enfermera en instituciones educativas: una mirada desde los gestores educativos. Rev Gaúcha Enferm. 2018; 39:e2017-0152. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0152>

14. Brasil EGM, Silva RM, Silva MRF, Rodrigues DP, Queiroz MVO. Adolescent health promotion and the School Health Program: complexity in the articulation of health and education. Rev esc enferm USP [serial on the internet]. 2017 [cited 2019 Nov 06];51:e03276. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/1980-220X-reeusp-S1980-220X2016039303276.pdf>

15. Brasil. Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.

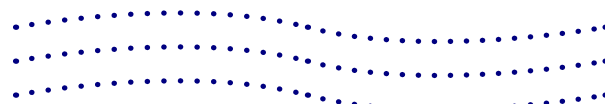
16. Brasil. Programa Saúde do Adolescente: Bases Programáticas. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

17. Jager ME, Batista FA, Perrone CM, Santos SS, Disas ACG. O adolescente no contexto da saúde pública brasileira: reflexões sobre o PROSAD. Psicol estud [serial on the internet]. 2014 [cited 2019 Nov 05];19(2):211-21. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-737221567004>

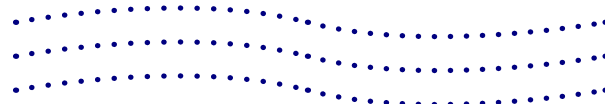
18. Simões CA, Moll J, Malheiro MFS, Oliveira MAK. Programas de promoção de saúde integrados na política nacional de educação: o papel da escola na prevenção do uso de drogas. In: Sudbrack MFO, Conceição MIG, Costa LF. Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas. 6. ed. Brasília: Ministério da Justiça, Ministério da Educação; 2014.

19. Lopes IE, Nogueira JAD, Rocha DG. Axes of action of the School Health Program and Health Promotion: an integrative review. Saúde debate [serial on the internet]. 2018 [cited 2019 Nov 05]; 42(118):773-89. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n118/0103-1104-sdeb-42-118-0773.pdf>

20. Bleicher T, Oliveira RCN. Políticas de assistência estudantil em saúde nos institutos e universidades federais. *Psicologia Escolar e Educacional*. 2016;20(3):543-49. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/2175-3539201502031040>

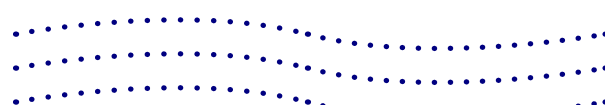


21. Carvalho FFB. A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas. *Physis* [serial on the internet]. 2015 Dec [cited 2019 Nov 01];25(4):1207-27. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v25n4/0103-7331-physis-25-04-01207.pdf>



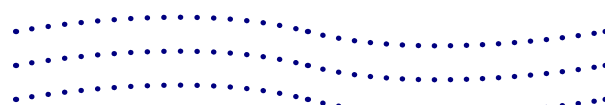
22. Pires LM, Queirós PS, Munari DB, Melo CF, Souza MM. A enfermagem no contexto da saúde do escolar: revisão integrativa da literatura. *Rev enferm UERJ* [serial on the internet];2012 Dez [cited 2019 Nov 01];20(1):668-75. Available from: <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5968/4284>

23. Rasche AS, Santos MSS. Enfermagem escolar e sua especialização: uma nova ou antiga atividade. *Rev bras enferm* [serial on the internet]. 2013 Aug [cited 2019 Nov 01];66(4):607-10. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a22.pdf>

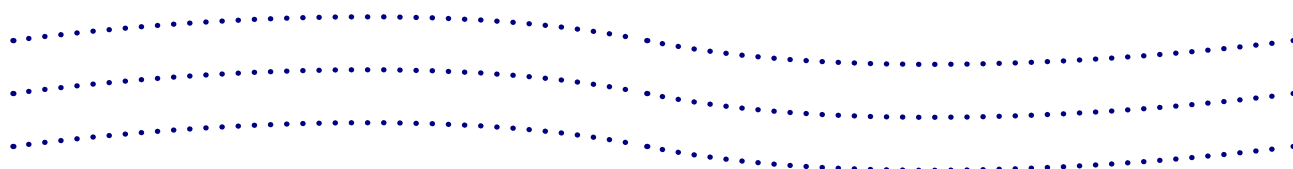


24. Abreu LDP, Torres RAM, Silva MRF, Araújo AF. Web rádio como ferramenta de diálogo em saúde coletiva no sertão: juventudes e métodos contraceptivos. *Sanare (Sobral, Online)* [serial on the internet] 2018 [cited 2021 Jun 11];17(1):24-31. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1219/650>

25. Silva MAI, Mello FCM, Mello DF, Ferriani MGC, Sampaio JMC, Oliveira WA. Vulnerabilidade na saúde do adolescente: questões contemporâneas. *Ciênc Saúde Colet* [serial on the internet]. 2014 Feb [cited 2019 Nov 01];19(2):619-27. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232014000200619&lng=en



26. Baggio MA, Berres R, Gregolin BPS, Aikes S. Introduction of the School Health Program in the city of Cascavel, Paraná State: report of nurses. *Rev Bras Enferm* [serial on the internet]. 2018 [cited 2019 Nov 06];71(Suppl 4):1540-47. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001001540&lng=pt



PRODUÇÃO CIENTÍFICA BRASILEIRA SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ESTUDO BIBLIOMÉTRICO

BRAZILIAN SCIENTIFIC PRODUCTION ON HEALTH PROMOTION IN PRIMARY CARE: BIBLIOMETRIC STUDY

PRODUCCIÓN CIENTÍFICA BRASILEÑA SOBRE PROMOCIÓN DE SALUD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA: ESTUDIO BIBLIOMÉTRICO

Xavéle Braatz Petermann ¹

Sheila Kocourek ²

Como Citar:

Petermann XB, Kocourek S. Produção científica brasileira sobre a promoção da saúde na atenção primária: estudo bibliométrico. *Sanare* (Sobral, Online). 2021;20(1):81-90.

Palavras-chave:

Promoção da Saúde; Atenção Primária à Saúde; Bibliometria.

Keywords:

Health Promotion; Primary Health Care; Bibliometrics.

Palabras clave:

Promoción de Salud; Atención Primaria a la Salud; Bibliometría.

Submetido:

16/05/2020

Aprovado:

13/11/2020

Autor(a) para Correspondência:

Xavéle Braatz Petermann
E-mail: xavelepetermann@gmail.com

RESUMO

Este estudo teve por objetivo analisar a produção científica sobre a promoção da saúde na atenção primária à saúde no contexto brasileiro. Para isso, realizou-se uma pesquisa bibliométrica com abordagem exploratório-descritiva, por meio da busca de artigos na base de dados SciELO, no período de 2006 a novembro de 2019, com a combinação dos descritores “promoção da saúde and atenção primária à saúde” no resumo dos manuscritos, sendo incluídos 123 artigos. Os resultados evidenciaram o predomínio de artigos nos anos de 2017 e 2016, nas Revistas Ciência & Saúde Coletiva e Saúde Pública, respectivamente. Relativo ao assunto do artigo relacionado à promoção da saúde na atenção primária, a maioria abordou a alimentação/nutrição e assistência farmacêutica. Identificou-se também que o método empregado com maior frequência foi o qualitativo e a população de estudo mais frequente tratou-se dos profissionais de saúde e os idosos. Foi possível obter um panorama da produção acadêmica nacional, de modo a direcionar, ainda, as lacunas existentes na produção e consequente evolução da temática no período analisado.

1. Fisioterapeuta. Mestre em Gestão de Organizações Públicas pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Fisioterapeuta na Prefeitura Municipal de Arroio do Tigre, RS. E-mail: xavelepetermann@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2672-0164>

2. Assistente Social. Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Docente na Universidade Federal de Santa Maria, RS. E-mail: sheilakocourek@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8962-8758>

ABSTRACT

*This study aimed to analyze the scientific production on health promotion in primary health care in the Brazilian context. With this in mind, a bibliometric research was carried out with an exploratory-descriptive approach, by means of an article search in the SciELO database, from 2006 to November 2019, with the combination of the descriptors "Health Promotion" and "Primary Health Care" in the abstract of the manuscripts, with the inclusion of 123 articles. The results showed the predominance of articles in the years 2017 and 2016, in the journals *Ciência & Saúde Coletiva* and *Saúde Pública*, respectively. Regarding the subject of the article related to health promotion in primary care, most addressed food/nutrition and pharmaceutical support. We also identified that the method most frequently used was qualitative, and the most frequent study population were health care professionals and elderly people. We managed to capture a panorama of the national academic production in order to address the gaps that still exist in the production and consequent evolution of the subject in the period analyzed.*

RESUMEN

*Este estudio tuvo como objetivo analizar la producción científica sobre la promoción de salud en la atención primaria a la salud en el contexto brasileño. Para eso, se realizó una investigación bibliométrica con abordaje exploratorio descriptiva, por medio de búsqueda de artículos en la base de datos SciELO, en el período de 2006 hasta noviembre de 2019, con el combinado de los descriptores "Promoção da Saúde" y "Atenção primária à saúde" en el resumen de los manuscritos, siendo incluidos 123 artículos. Los resultados evidenciaron el predominio de artículos en los años de 2017 y 2016, en las Revistas *Ciência & Saúde Coletiva* y *Saúde Pública*, respectivamente. Relativo al contenido del artículo relacionado a la promoción de salud en la atención primaria, la mayoría abordó la alimentación/nutrición y la asistencia farmacéutica. Se identificó también que el método empleado con más frecuencia fue el cualitativo y la población de estudio más frecuente fueron los profesionales de salud y los ancianos. Fue posible obtener un panorama de la producción academia nacional, de modo que direcciona, además, los vacíos existentes en la producción y consecuente evolución del tema en el período analizado.*

.....

INTRODUÇÃO

A promoção da saúde surge, principalmente, como reação à intensa medicalização da saúde, adotando a articulação de conhecimentos técnicos e populares para o enfrentamento do processo saúde-doença por meio de uma visão ampliada dos determinantes e condicionantes¹. Como marco inicial, em 1974, Marc Lalonde publicou o *Informe Lalonde*, uma referência para o conceito de promoção da saúde. Nesse relatório, a saúde foi descrita como resultado da biologia, do meio ambiente, do modo de vida e da organização dos sistemas de saúde, sendo que os altos investimentos em assistência médica seriam insuficientes para atuar sobre os determinantes e condicionantes da saúde².

O impacto mais significativo do *Informe Lalonde* foi a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, na República do Cazaquistão, em 1978. A Declaração de Alma-Ata apresentou os primeiros consensos mundiais sobre o paradigma da promoção da saúde como item essencial das políticas públicas³.

A partir da Conferência supramencionada foram realizadas várias outras conferências para debater os temas relacionados à atenção primária e promoção da saúde. A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde foi realizada em Ottawa, Canadá, em 1986, e definiu a promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria das suas condições de vida e saúde⁴.

Esse conceito é um marco para a promoção da saúde e, depois dessa Conferência, já foram realizadas oito iniciativas internacionais, que foram sediadas nas cidades de Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jacarta (1997), México (1999), Bangkok (2005), Nairóbi (2009), Helsinque (2013) e Xangai (2016). Em cada uma dessas conferências foram aprovadas declarações internacionais com enfoque na promoção da saúde, que buscaram atualizar os objetivos e as diretrizes descritas inicialmente em Ottawa⁵.

No Brasil, as propostas e diretrizes das Conferências Internacionais sobre a promoção da

saúde começam a se concretizar com o movimento da Reforma Sanitária nas décadas 70 e 80, tendo como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), a publicação da Constituição Federal em 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), de modo que, após 1994, foi implantada a Estratégia Saúde da Família, a qual atua de acordo com os princípios da promoção da saúde².

Entretanto, a primeira iniciativa de promoção da saúde como política pública foi realizada em 2002, quando o Ministério da Saúde (MS) elaborou um documento para a discussão da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)⁶. Todavia, a PNPS somente foi aprovada em 2006, por meio da Portaria 687 GM/MS de 2006⁷. O objetivo dessa política é promover a qualidade de vida, reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos determinantes e condicionantes da saúde⁷.

Em 2014, com o objetivo de aprimorar e atualizar a PNPS, foi lançada uma nova versão dessa política pública, apontando para os novos desafios do SUS e reconhecendo que suas prioridades ainda estão vinculadas à versão anterior⁸. A PNPS revisada aponta para a necessidade da articulação com outras políticas, em especial a Política Nacional de Atenção Básica, para o fortalecimento da promoção da saúde, bem como da importância da participação social. Sendo assim, objetivos, princípios, valores, diretrizes, temas transversais, estratégias operacionais, responsabilidades e temas prioritários, reformulados e atualizados, visam à equidade, à melhoria das condições e dos modos de viver e à afirmação do direito à vida e à saúde⁸.

Malta et al.⁹ descrevem que a PNPS aponta para o imperativo de articulação com outras políticas públicas e com o controle social, em razão da impossibilidade do setor saúde responder individualmente às condições de saúde da população. Complementando, Dias et al.¹⁰ relataram a importância de ações de promoção da saúde voltadas para a diminuição das iniquidades sociais, objetivando o fortalecimento da ação comunitária e a valorização do conhecimento popular, considerados bases da promoção da saúde.

Este estudo, ao considerar a temática da promoção da saúde na atenção primária como um tema relevante, tanto no campo empírico quanto teórico, voltou-se para compreender alguns aspectos das publicações científicas nacionais por meio de um estudo bibliométrico. A promoção

da saúde é base para as práticas profissionais na atenção primária, sobretudo no contexto brasileiro, por meio do reconhecimento da importância da promoção da saúde na melhoria das condições de saúde da comunidade. Sendo assim, este artigo teve por objetivo analisar a produção científica sobre a promoção da saúde na atenção primária à saúde, no contexto brasileiro, na base de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

METODOLOGIA

O estudo realizado se caracteriza como uma análise bibliométrica de caráter exploratório-descritivo. A bibliometria se caracteriza por estudos que utilizam métodos estatísticos e matemáticos na análise de textos científicos, em determinada área do conhecimento¹¹. A importância de pesquisas bibliométricas foi reconhecida como uma metodologia de estudo que utiliza procedimentos específicos para a identificação e mapeamento de temáticas ainda pouco exploradas no meio científico¹², sendo usada na área da saúde para identificar as tendências e evidências de pesquisa¹³.

Para realizar o estudo, optou-se por utilizar a SciELO, base de dados em forma de biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros, tendo por objetivo a preparação, armazenamento, disseminação e avaliação da produção científica¹⁴.

Na pesquisa realizada na base SciELO, utilizou-se como associação os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “promoção da saúde *and* atenção primária à saúde”, de modo que essas palavras deveriam estar no resumo do manuscrito. A busca retornou 252 documentos, dos quais foram incluídos apenas artigos realizados no Brasil, da área da Ciência da Saúde e publicados no período de 2006 a novembro de 2019. A aplicação dos filtros descritos acima permitiu afunilar os resultados de forma automática, sendo que a escolha dos filtros foi baseada no objetivo do estudo. Desse modo, foram selecionados 123 estudos. Justifica-se a utilização do ano de 2006 por ser o ano da publicação da primeira versão da PNPS.

Para a compilação dos dados foi criada uma planilha no software *Microsoft Excel*®2007, a fim de proporcionar a identificação, registro e armazenamento das informações de cada artigo. Na planilha foram elencados os seguintes dados de

coleta: título, ano de publicação, periódico, autores do artigo, palavras-chave (tema principal) e método. Extraídas as informações bibliométricas para a análise dos dados, procedeu-se à compilação quantitativa e posterior transformação em dados visuais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Referente às publicações por período sobre a temática da promoção da saúde na atenção primária (Figura 1), o maior número de publicações foi observado nos anos de 2017 (n=24) e 2016 (n=16), em razão da revisão da PNPS em 2014, fomentando o debate e a publicação sobre o tema no contexto brasileiro. Nota-se também que o número de publicações começou a aumentar apenas em 2011, cinco anos após a publicação da primeira versão da PNPS.

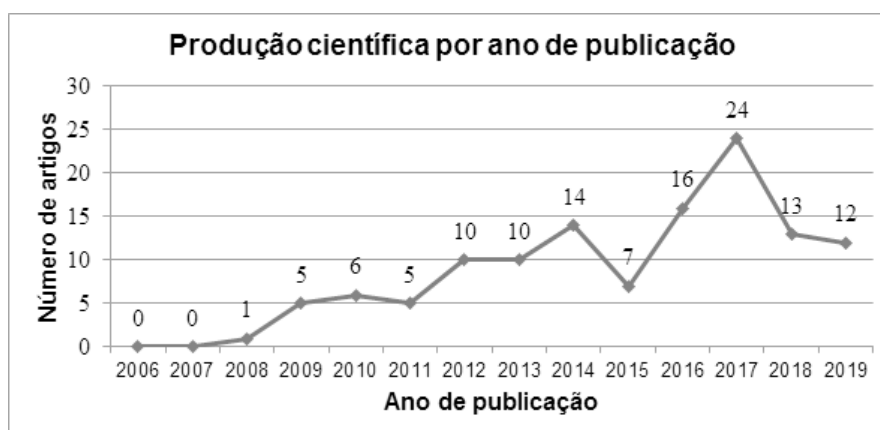


Figura 1. Linha do tempo da produção científica (n=123).

Fonte: Dados da pesquisa.

Esses achados indicam a necessidade de pesquisas sobre a temática nos serviços de atenção primária. Paim¹⁵ afirma que, no contexto do SUS, ainda existe uma forte reprodução do modelo centrado na doença, na reabilitação e nos serviços especializados, em detrimento das ações de promoção da saúde na comunidade e no nível primário.

Prado et al.¹⁶ apontam para a necessidade do debate e da problematização sobre os percursos, as implicações, as possibilidades e as perspectivas para a consolidação das ações de promoção da saúde no contexto da atenção primária. Ao mesmo tempo, Malta et al.¹⁷ destacam que após 30 anos da criação do SUS ainda existe o imperativo de superar o modelo de cuidado centrado na doença. Os mesmos autores¹⁷ refletem sobre o papel da PNPS, em especial, ao se considerar estratégias para o enfrentamento dos desafios impostos pelo perfil demográfico e epidemiológico da população.

Em seguida, a Figura 2 apresenta o número de artigos por periódicos; a partir disso, nota-se que a fonte líder para o tema é a Revista Ciência & Saúde Coletiva, com 19 publicações, seguida da Revista de Saúde Pública, com 13 publicações. A Revista Ciência & Saúde Coletiva foi criada em 1996, sendo editada pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), caracterizando-se como um espaço científico para discussões, debates, apresentações de pesquisas, exposição de novas ideias e de controvérsias sobre a área de Saúde Coletiva¹⁸. A Revista de Saúde Pública, segunda colocada em número de publicações, foi criada em 1967, publicada sob responsabilidade da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, descrita como um periódico inter e multidisciplinar que publica trabalhos científicos relevantes para a Saúde Pública no Brasil¹⁹.

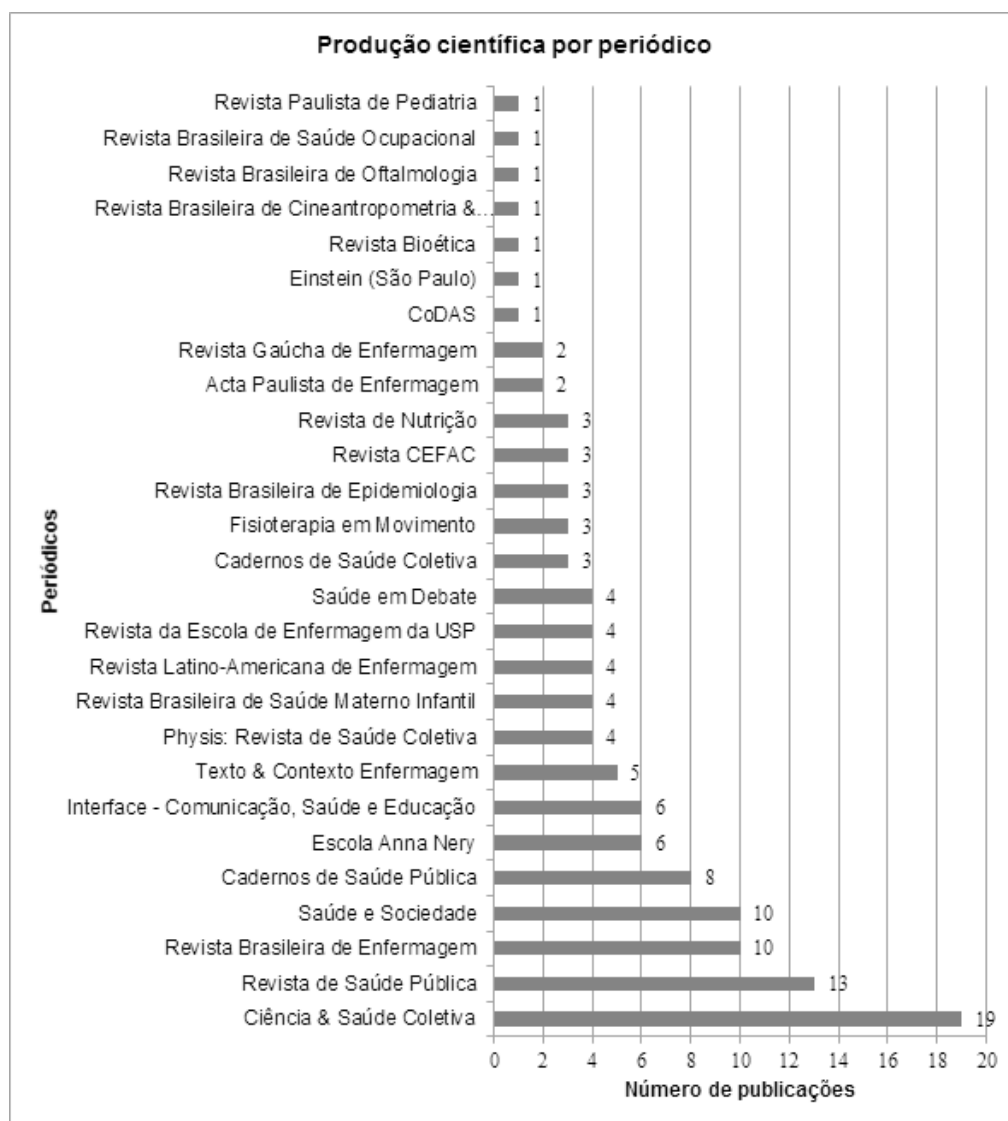


Figura 2. Produção científica por periódico (n=123).

Fonte: Dados da pesquisa.

No que se refere ao assunto dos artigos (Figura 3) relacionado à promoção da saúde na atenção primária, foi possível constatar, por meio das palavras-chave e, em alguns casos, dos títulos e subtítulos dos estudos, que 11 deles tinham como tema principal a alimentação e nutrição, enquanto dez artigos abordaram o tema da assistência farmacêutica. Salienta-se que foram diversos os assuntos relacionados ao tema da promoção da saúde na atenção primária, devido ao caráter intersetorial, interdisciplinar e multidisciplinar da temática investigada.

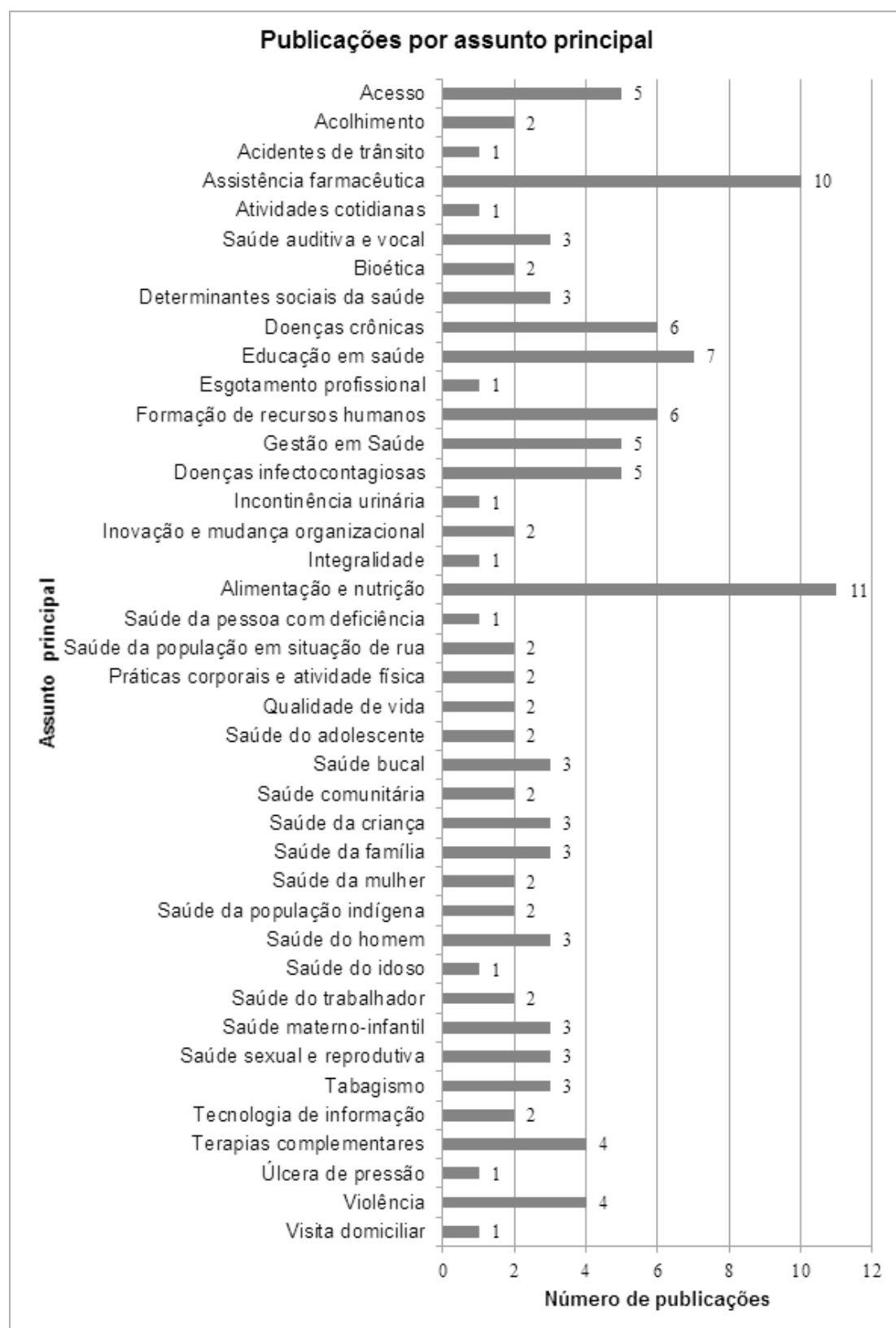


Figura 3. Número de publicações por assunto principal (n=123).

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Cabe ressaltar que o tema da alimentação e nutrição está descrito na PNPS⁷ como um dos temas prioritários para a promoção da saúde, tendo como eixos norteadores a alimentação saudável e adequada e a segurança alimentar e nutricional, contribuindo com a diminuição da pobreza e garantia do direito à alimentação adequada

e saudável. Corroborando o que foi descrito, Jaime et al.²⁰ descrevem que a área de alimentação e nutrição possui uma íntima relação com a promoção da saúde, entretanto os avanços no contexto brasileiro na diminuição da fome e desnutrição, aliados à transição nutricional, colocam novos e complexos desafios ao sistema público de saúde e à promoção da alimentação saudável e adequada.

Complementando, a PNPS buscou contribuir para a educação em saúde com base na alimentação e nutrição, adesão a rotinas alimentares mais saudáveis e implementação de ações que regulam a comercialização de alimentos nocivos²¹. Assim, a promoção da saúde seria um meio para transformar essas condições complexas em busca de melhores condições de saúde para a população, considerando os sujeitos como biopsicossociais.

Sobre a assistência farmacêutica na promoção da saúde na atenção primária, Costa et al.²² descrevem que ao longo da história do SUS foram criadas diversas estratégias para efetivar a assistência farmacêutica como uma política pública baseada no princípio da integralidade. O trabalho tradicional – preparação e dispensação de medicamentos – mostrou-se insuficiente para definir a assistência farmacêutica no SUS²³. Corroborando tal observação, estudo²⁴ apontou a importância desse tema diante da complexidade nacional, das mudanças políticas, econômicas e sociais que impactaram nas políticas públicas e no acesso a medicamentos.

Sendo assim, a assistência farmacêutica se caracteriza como resultado da estrutura, pessoas e tecnologias, considerando o contexto social, com o objetivo principal de promover melhores condições de saúde para a população, com base em ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação²³. Acredita-se que o principal avanço da assistência farmacêutica no contexto do SUS seja a implementação da Política Nacional de Medicamentos e sua relação com o princípio da integralidade²⁵, e, dessa maneira, em harmonia com o paradigma da promoção da saúde.

Para visualizar, entre os artigos analisados, o método utilizado (Figura 4), foi possível identificar que o método empregado com maior frequência foi o qualitativo, presente em 42 dos 123 artigos estudados, enquanto 33 artigos utilizaram o método quantitativo, e quatro utilizaram simultaneamente as duas abordagens.

A pesquisa qualitativa prevaleceu nos estudos sobre o tema da promoção da saúde na atenção

primária. Para Oliveira et al.²⁶, a pesquisa qualitativa se caracteriza por traduzir a realidade do objeto de estudo, sendo que esse conhecimento é capaz de modificar essa realidade investigada.

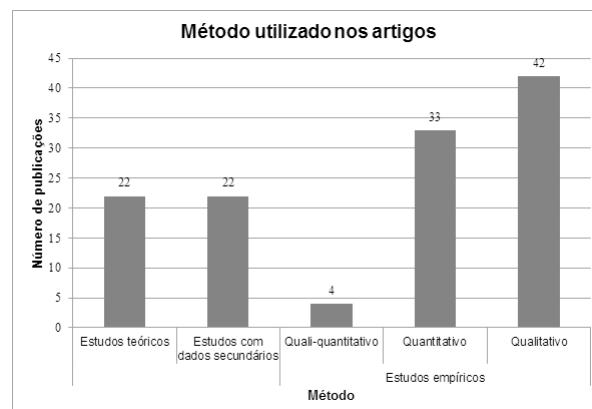


Figura 4. Método utilizado nas publicações (n=123).

Fonte: Dados da pesquisa.

No entanto, pesquisas que utilizaram as duas abordagens ainda foram incipientes nesse estudo bibliométrico. A combinação de estudos qualitativos e quantitativos é indicada quando o objeto de estudo necessita de uma compreensão mais ampla²⁷. Nesse sentido, Santos et al.²⁸ relataram que a pesquisa que utiliza métodos mistos tem por objetivo uma resposta ampliada ao fenômeno de pesquisa, sendo uma alternativa para a investigação de questões complexas, que com frequência são enfrentadas pelo setor público de saúde.

Dos estudos empíricos (n=79), a população que prevaleceu nas pesquisas (Figura 5) foi a dos profissionais de saúde (n=36) e, em segundo lugar, os idosos (n=10). Observou-se que poucos estudos (n=6) utilizaram a combinação de duas ou mais populações (amostra) distintas.

Os profissionais de saúde, de distintas categorias, foram os principais sujeitos nas pesquisas incluídas neste estudo bibliométrico. Brito et al.²⁹, em pesquisa com o objetivo de investigar a percepção sobre o trabalho na Estratégia Saúde da Família, encontraram como principais achados que, embora as ações de promoção da saúde tenham sido citadas pelos profissionais, os resultados indicaram que eles ainda dispõem pouco tempo para as atividades baseadas na promoção da saúde. Os mesmos autores²⁹ sugerem a necessidade de qualificação tanto do ensino em saúde quanto da educação permanente dos profissionais de saúde inseridos na atenção primária.

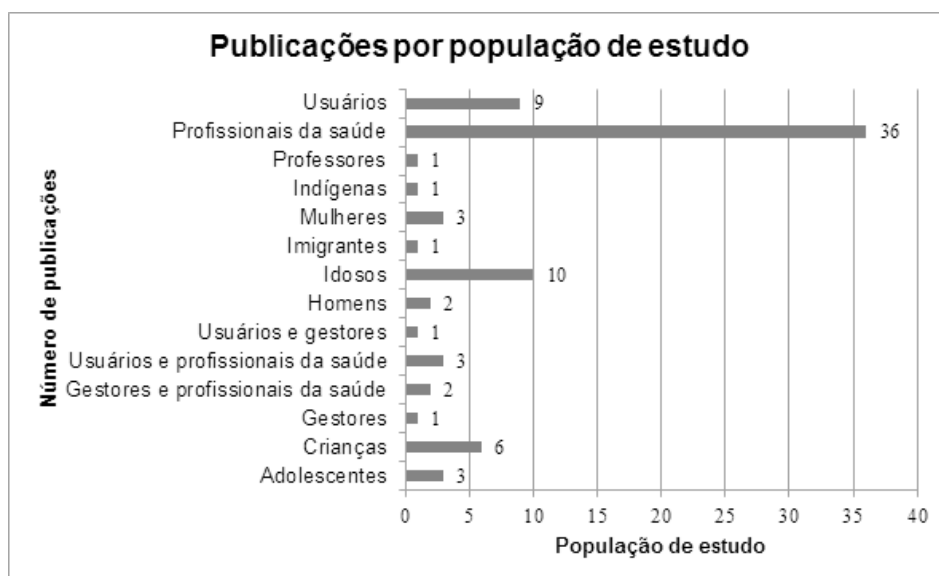


Figura 5. Publicações por população de estudo nas pesquisas empíricas (n= 79).

Fonte: Dados da pesquisa.

Em estudo³⁰ com o objetivo de compreender as experiências de organização dos sistemas públicos de saúde em relação à promoção da saúde em unidades de atenção primária de Florianópolis, Santa Catarina, destacaram que a atenção à saúde ainda se mostra baseada no modelo preventivo, devido a uma formação voltada ao modelo biomédico dos profissionais. Ainda, ressalta-se o imperativo de ampliar a compreensão acerca das ações de promoção da saúde, que devem ser articuladas com os determinantes de saúde da população adstrita.

A segunda população mais pesquisada nos estudos foi a dos idosos. Diante disso, existe a necessidade urgente de promover a saúde dos idosos com ambientes saudáveis e evitando os fatores de risco que podem ser modificados.

Para a saúde do idoso, a PNPS aponta especial relevância às ações voltadas ao processo de envelhecimento⁷. Complementando, Araújo et al.³¹ descreveram que é importante que o sistema de saúde se organize frente ao envelhecimento, com destaque para o trabalho com os grupos de convivência para os idosos na atenção primária como estratégia de promoção da saúde dessa população.

Por fim, a análise bibliométrica dos 123 artigos permitiu que fosse possível obter um panorama da produção acadêmica nacional através da base indexadora SciELO, de modo a direcionar as lacunas existentes na produção e consequente evolução da temática da promoção da saúde na atenção primária, no período de 2006 a novembro de 2019.

CONCLUSÃO

A pesquisa bibliométrica evidenciou um maior número de publicações nos anos de 2017-2016 e nas Revistas Ciência & Saúde Coletiva e Saúde Pública, respectivamente. Com a mudança do perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira, este estudo destaca a importância de pesquisas sobre ações de promoção da saúde na atenção primária, fomentando o aumento de publicações sobre a temática nos próximos anos.

O principal achado desta pesquisa se reporta aos assuntos principais sobre as publicações relacionadas à promoção da saúde na atenção primária, que foram a alimentação/nutrição e assistência farmacêutica. Realça-se que os estudos envolveram distintos assuntos, descrevendo a transversalidade da promoção da saúde na atenção primária, sendo caracterizada como intersetorial, interdisciplinar e multiprofissional.

O método mais utilizado nos estudos foi o empírico, com a pesquisa qualitativa. Sendo que, na pesquisa empírica, a população de estudo que predominou foi a de profissionais da saúde e, em segundo lugar, de idosos. Destaca-se, aqui, a importância da triangulação de dados, combinando diferentes métodos de coleta e distintas amostras para compreender o objeto de estudo de maneira ampla e profunda.

Como limitações do estudo, pode-se citar a pesquisa ter sido realizada em apenas uma base de dados, o que não permite um panorama geral sobre as

publicações oriundas de pesquisadores brasileiros, visto que se busca pela produção internacional como tentativa de reconhecimento sobre as pesquisas desenvolvidas no contexto brasileiro. Recomendam-se estudos com outras variáveis de análise utilizadas na pesquisa bibliométrica, bem como incluir estudos de abrangência internacional.

CONTRIBUIÇÃO DAS AUTORAS

Xavéle Braatz Petermann contribuiu com o delineamento, a realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **Sheila Kocourek** contribuiu com o delineamento da pesquisa e a revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Buss PM, Carvalho AI. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). *Ciênc Saúde Colet.* 2009;14(6):2305-16. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000600039>
2. Pereira IC, Oliveira MA. Atenção primária, promoção da saúde e o Sistema Único de Saúde: um diálogo necessário. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2014.
3. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 Sept. 1978 [document on the internet]. Geneve; 1978 [cited 2019 July 07]. Available from: https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
4. World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 Nov. 1986 [document on the internet]. Geneve; 1986 [cited 2019 July 07]. Available from: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>
5. Aith FM. Marcos legais da promoção da saúde no Brasil. *Rev Med.* 2013;92(2):148-54. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v92i2p148-154>
6. Silva PF, Baptista TW. Os sentidos e disputas na construção da Política Nacional de Promoção da Saúde. *Physis.* 2014;24(2):441-65. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000200007>
7. Brasil. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNaPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006 [document on the internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014 [cited 2019 July 07]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf
8. Brasil. Portaria GM/MS nº 687, de 30 de março de 2006, que institui a Política Nacional de Promoção da Saúde [document on the internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014 [cited 2019 July 07]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0687_30_03_2006.html
9. Malta DC, Morais Neto OL, Silva MM, Rocha D, Castro AM, Reis AA, et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. *Ciênc Saúde Colet.* 2016;21(6):1683-94. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.07572016>
10. Dias MS, Oliveira IP, Silva LM, Vasconcelos MI, Machado MD, Forte FD, et al. Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(1):103-14. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.24682015>
11. Chueke GV, Amatucci M. O que é bibliometria? Uma introdução ao Fórum. *Internext* [serial on the internet]. 2015 [cited 2019 July 07];10(2):1-5. Available from: <https://internext.espm.br/internext/article/view/330/233>
12. Melo Ribeiro HC. Bibliometria: quinze anos de análise da produção acadêmica em periódicos brasileiros. *Biblios.* 2017;69:1-20. doi: <http://dx.doi.org/10.5195/biblios.2017.393>
13. Moura LKB, Azevedo UN, Wingwrtter DG, Ferreira MA, Maciel MP, Moura RP, et al. Análise bibliométrica das evidências científicas sobre violência contra a pessoa idosa. *Ciênc Saúde Colet.* 2020;25(6):2143-52. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.226322018>
14. Sobre o Scielo. Scientific Electronic Library Online [home-page on the internet]. [cited 2019 Dec 11]. Available from: <https://www.scielo.org/pt/sobre-o-scielo>
15. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc Saúde Colet.* 2018 Jun;23(6):1723-28. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>
16. Prado NMBL, Santos AM. Promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde: sistematização de desafios e estratégias intersetoriais. *Saúde debate.* 2018;42(1):379-95. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S126>
17. Malta DC, Reis AA, Jaime PC, Morais Neto, Silva MM, Akerman M, et al. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. *Ciênc Saúde Colet.* 2018;23(6):1799-1809. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04782018>

18. Sobre a Revista Ciência e Saúde Coletiva [home-page on the internet]. Ciênc Saúde Colet [data desconhecida]. [cited 2019 Dec 11]. Available from: <https://www.scielo.br/journal/csc/about/#about> _

19. Sobre a Revista de Saúde Pública [home-page on the internet]. Rev Saúde Públ [data desconhecida]. [cited 2019 Dec 11]. Available from: <https://www.scielo.br/journal/rsp/about/#about> _

20. Jaime PC, Delmuè DC, Campello T, Silva DO, Santos LM. Um olhar sobre a agenda de alimentação e nutrição nos trinta anos do Sistema Único de Saúde. Ciênc Saúde Colet. 2018;23(6):1829-36. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05392018>

21. Magalhães, R. Avaliação da Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectivas e desafios. Ciênc Saúde Colet. 2016;21(6):1767-76. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.07422016>

22. Costa EA, Araújo PS, Penaforte TR, Barreto JL, Guerra Junior AA, Acurcio FA, et al. Concepções de assistência farmacêutica na atenção primária à saúde no Brasil. Rev Saúde Pública. 2017;51(suppl.2). doi: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007107>

23. Brasil. Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização. 2. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.

24. Bermudez JAZ, Esher A, Osorio-de-Castro CG, Vasconcelos DM, Chaves GC, Oliveira MA, et al. Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. Ciênc Saúde Colet. 2018;23(6):1937-49. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09022018>

25. Brasil. Política Nacional de Medicamentos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

26. Oliveira ES, Costa AP. Pesquisa qualitativa: desenvolvimento e perspectivas no campo da promoção da saúde. Rev bras promoç saúde [serial on the internet]. 2016 [cited 2021 Jan 10];29(Supl):1-4. Available from: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6418/pdf>

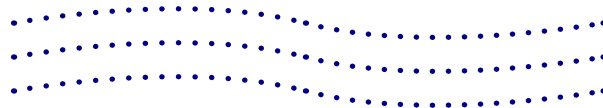
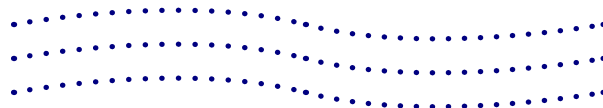
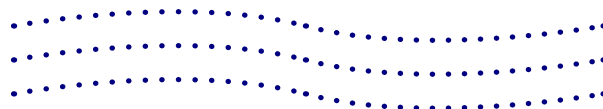
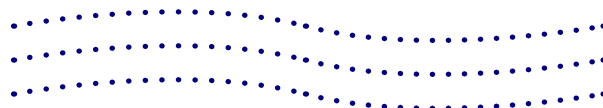
27. Lorenzini, E. Pesquisa de métodos mistos nas ciências da saúde. Rev cuid. 2017;8(2):1549-60. doi: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v8i2.406>

28. Santos JLG, Erdmann AL, Meirelles BH, Lanzoni GM, Cunha VP, Ross R. Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. Texto Contexto Enferm. 2017;26(3). doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001590016>

29. Brito GEG, Mendes ACG, Santos Neto PM. O trabalho na estratégia saúde da família e a persistência das práticas curativistas. Trab educ saúde (Online). 2018;16(3):975-95. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00164>

30. Heidemann ITSB et al. Estudo comparativo de práticas de promoção da saúde na atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil e Toronto, Ontário, Canadá. Cad Saúde Pública. 2018;34(4):e00214516. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00214516>

31. Araújo LSA, Cypriano CC, Gastaldo D, Jackson S, Rocha CG, Fagundes E. Idosos e grupos de convivência: motivos para a não adesão. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2017 [cited 2021 Jan 10];16(1):58-67. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1140/625>



FATORES DE RISCO PARA PNEUMONIA ASPIRATIVA EM CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL: REVISÃO INTEGRATIVA

FACTORES DE RIESGO PARA NEUMONÍA ASPIRATIVA EN LOS NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL: REVISIÓN INTEGRATIVA

RISK FACTORS FOR ASPIRATION PNEUMONIA IN CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY: AN INTEGRATIVE REVIEW

Ligia Rodrigues Carneiro Vasconcelos ¹Roberto Wagner Júnior Freire de Freitas ²**Como Citar:**

Vasconcelos LRC, Freitas RWJF. Fatores de risco para pneumonia aspirativa em crianças com paralisia cerebral: revisão integrativa. *Sanare* (Sobral, Online). 2021;20(1):91-101.

Palavras-chave:

Crianças; Paralisia cerebral; Fatores de risco; Pneumonia aspirativa; Assistência domiciliar.

Keywords:

Child; Cerebral Palsy; Risk Factors; Aspiration Pneumonia; Home Nursing.

Palabras clave:

Niños; Parálisis Cerebral; Factores de Riesgo; Neumonía por aspiración; Atención Domiciliar de Salud.

Submetido:

14/04/2021

Aprovado:

10/06/2021

Autor(a) para Correspondência:

Ligia Rodrigues Carneiro Vasconcelos
E-mail: ligiarcarneiro@gmail.com

RESUMO

Objetivou-se identificar, na literatura científica, os principais fatores de risco para o desenvolvimento de pneumonia aspirativa em crianças portadoras de paralisia cerebral. Trata-se de uma revisão integrativa que incluiu artigos originais indexados às bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Scopus, Web of Science, MEDLINE/PubMed, Embase e Cochrane, sem restrição de tempo e idioma. Os estudos foram selecionados por meio de diagramas de fluxo Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) e apresentados através de um quadro. Foram selecionados 19 artigos publicados em revistas nacionais e internacionais, com predomínio de estudos de coorte prospectivos. Os fatores de risco encontrados foram a aspiração, sialorreia, disfagia, refluxo gastroesofágico, grau V do Sistema de Classificação da Função Motora Grossa, penetração, sintomas respiratórios durante as refeições, sintomas respiratórios frequentes, ronco noturno e convulsão. Os fatores de risco encontrados para pneumonia aspirativa em crianças com paralisia cerebral foram diversos, predominando a aspiração e disfagia. Aponta-se a necessidade de estudos que abordem metodologias preventivas para a pneumonia aspirativa em crianças com paralisia cerebral e abordagens de orientação para cuidadores dessa população em âmbito domiciliar.

1. Fisioterapeuta. Mestranda do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Fisioterapeuta do Hospital Regional Norte de Sobral/CE. E-mail: ligiarcarneiro@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5874-9071>

2. Enfermeiro. Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Pesquisador em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ-Ceará) na área de Saúde da Família. E-mail: roberto.wagner@fiocruz.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9295-1177>

ABSTRACT

The object of this study is to identify in the scientific literature the main risk factors for the development of aspiration pneumonia in children with cerebral palsy. This is an integrative review that included original articles indexed to the databases Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Scopus, Web of Science, MEDLINE/PubMed, Embase and Cochrane, without time and language restrictions. The studies were selected using flow diagrams Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) and presented using a table. Nineteen articles published in national and international journals were selected, with a predominance of prospective cohort studies. The risk factors found were aspiration, drooling, dysphagia, gastroesophageal reflux, Gross Motor Function Classification System Level V, penetration, respiratory symptoms during meals, frequent respiratory symptoms, night snoring and seizures. The risk factors found for aspiration pneumonia in children with cerebral palsy were diverse, with aspiration and dysphagia being the most prevalent. This points out the need for studies that address preventive methodologies for aspiration pneumonia in children with cerebral palsy and guidance approaches for caregivers for this population at home.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue identificar, en la literatura científica, los principales factores de riesgo para el desarrollo de neumonía aspirativa en los niños portadores de parálisis cerebral. Se trata de una revisión integrativa que incluye artículos originales indexados a las bases de datos Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Scopus, Web of Science, MEDLINE/PubMed, Embase y Cochrane, sin restricción de tiempo e idioma. Los estudios fueron seleccionados por medio de diagramas de flujo Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) y presentados a través de un cuadro. Fueron seleccionados 19 artículos publicados en revistas nacionales e internacionales, con supremacía de estudios de cohorte prospectivos. Los factores de riesgo encontrados han sido la aspiración, sialorrea, disfagia, reflujo gastroesofágico, Grado V del GMFCS, penetración, síntomas respiratorios durante las comidas, síntomas respiratorios frecuentes, ronquido nocturno y convulsión. Los factores de riesgo encontrados para neumonía aspirativa en los niños con parálisis cerebral fueron diversos, predominando la aspiración y disfagia como más prevalentes. Se apunta la necesidad de estudios que traten metodologías preventivas para la neumonía aspirativa en los niños con parálisis cerebral y enfoques de orientaciones para cuidadores de esa población en el ámbito domiciliario.

INTRODUÇÃO

A paralisia cerebral (PC) é um grupo heterogêneo de distúrbios causados por uma lesão não progressiva no cérebro em desenvolvimento, que se caracteriza pela deficiência do controle motor e postural, secundária a um dano ao sistema nervoso central (SNC). É a deficiência motora mais frequente na infância e representa um grupo de desordens permanentes do desenvolvimento, do movimento e postura, que ocorre durante o desenvolvimento do cérebro fetal ou infantil, levando ao comprometimento da funcionalidade da pessoa¹.

Sua classificação diante das alterações motoras pode ser de acordo com o tipo clínico em espástica, discinética, atáxica ou mista, com a forma de

apresentação topográfica e distribuição nos membros, dividindo-se em quadriplégico, diplégico e hemiplégico. Conforme o nível de comprometimento motor, pode ser categorizada pelo Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (*Gross Motor Function Classification System* – GMFCS) um teste específico utilizado para classificar mobilidade em cinco níveis que indicam, em ordem decrescente, a independência e funcionalidade da criança com PC².

Em países desenvolvidos, os dados epidemiológicos mostram uma prevalência variável de 1,5 a 2,5 por 1000 nascidos vivos com PC. No Brasil, estima-se uma prevalência de sete casos para cada 1000 nascidos vivos e surgimento aproximado de 30.000 a 40.000 novos casos por ano³.

A causa mais comum de morbidade e mortalidade em crianças com PC está relacionada ao sistema respiratório, que sofre influência direta e indireta dos distúrbios do tônus, da postura e do movimento, provocando um desalinhamento biomecânico e, com isso, desfavorecendo o bom funcionamento das capacidades pulmonares⁴. A literatura mostra que a doença respiratória na paralisia cerebral é multifatorial e pode ser causada por uma combinação de processos crônicos, deficiência muscular, incoordenação respiratória e distúrbios posturais, juntamente com a incapacidade de eliminar secreções de maneira eficaz, resultando em uma limpeza das vias aéreas ineficiente, o que compromete o sistema pulmonar⁵.

Diante desse contexto, é sabido que muito se fala sobre o alto índice de morbidade e mortalidade em crianças com paralisia cerebral devido às pneumonias, que, em sua maioria, são pneumonias por aspiração de líquidos, alimentos, secreções ou resíduo gástrico devido ao refluxo. No entanto, pouco é discutido e relatado sobre os reais fatores de risco para a ocorrência dessas aspirações, além de medidas preventivas para se evitar esses eventos adversos tão comuns e deletérios para a saúde dessa população.

Contudo, observou-se, depois de ampla busca na literatura nas principais bases de dados da saúde internacional e nacional, muitas publicações que envolvem distúrbios de deglutição, motores e posturais em crianças com paralisia cerebral, porém evidenciou-se uma escassez no que se refere aos distúrbios respiratórios e aos fatores de risco relacionados às pneumonias aspirativas.

Em vista disso, este estudo objetivou identificar na literatura científica os principais fatores de risco para o desenvolvimento de pneumonia aspirativa em crianças portadoras de paralisia cerebral. Acredita-se que estudos dessa natureza sejam relevantes, uma vez que contribuem para a prática baseada em evidência (PBE) e subsidiam intervenções para os profissionais de saúde que prestam assistência a essa população.

METODOLOGIA

Este artigo trata-se de uma revisão integrativa que foi estruturada em seis etapas distintas: 1) identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; 2) estabelecimento de critérios para

a inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; 4) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5) interpretação dos resultados; 6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento⁶.

A questão de pesquisa foi elaborada de acordo com a estratégia População Interesse Contexto (PICO)⁷. Considerou-se, assim, a seguinte estrutura: P – crianças com paralisia cerebral; I – fatores de risco; Co – pneumonia aspirativa. Dessa forma, elaborou-se a seguinte pergunta norteadora: Quais são os principais fatores de risco de pneumonia aspirativa em crianças com paralisia cerebral?

O levantamento bibliográfico foi realizado em outubro de 2020. O acesso inicial às bases de dados foi realizado pelo portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), em área com *Internet Protocol* (IP) reconhecida, na Universidade Estadual do Ceará (UECE), com o intuito de garantir a busca ampla, em sua totalidade. Foram selecionadas as seguintes bases de dados para a pesquisa: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) via *with Full Text* (EBSCO); Scopus (Elsevier); *Web of Science* via Coleção Principal (Clarivate Analytics); MEDLINE/PubMed (via *National Library of Medicine*); Embase (Elsevier) e *Cochrane library*.

Os critérios de inclusão consistiram em pesquisas sem delimitação de tempo de publicação, sem restrição de idiomas e de método de estudo. Foram excluídas investigações que não apresentavam o resumo ou o artigo completo disponível; revisões sistemáticas e integrativas; publicações repetidas; pesquisas realizadas com adultos; outros distúrbios neurológicos que não incluíssem a paralisia cerebral; pesquisa que não respondesse à questão norteadora do estudo.

Para a busca nas bases de dados foram usadas as palavras-chave “paralisia cerebral”; “fatores de risco” e “pneumonia aspirativa”. A partir delas foram selecionados descritores presentes nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e seus equivalentes, no idioma inglês, no *Medical Subject Headings* (MeSH). Os descritores foram combinados entre si com o conector booleano OR, dentro de cada conjunto de termos da estratégia PICO e, em seguida, cruzados com o conector booleano AND.

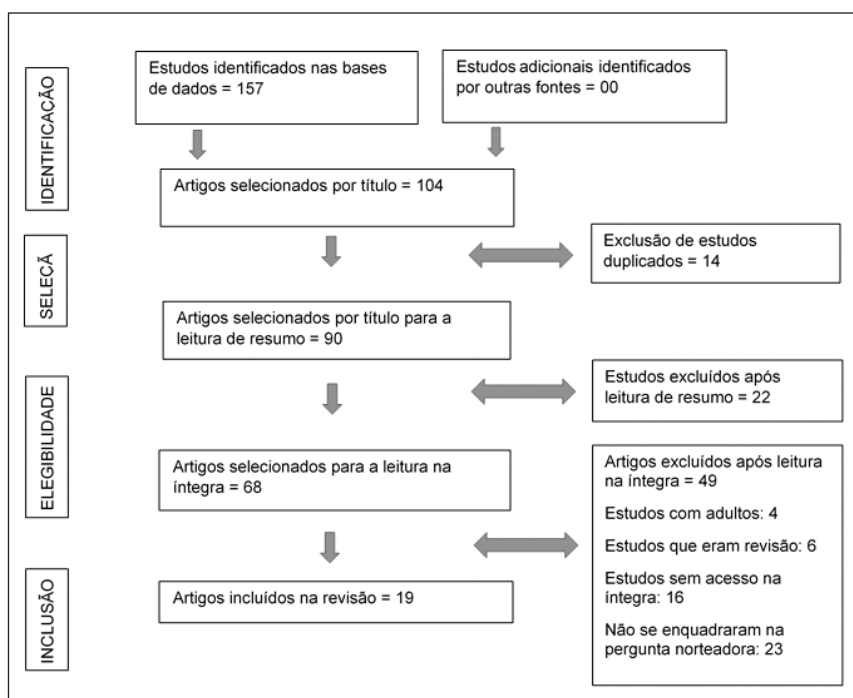
Foram selecionados dois cruzamentos distintos, um elaborado pelos autores e outro cruzamento próprio, criado pela base de dados Embase, com o intuito de ampliar a busca dos artigos. Os cruzamentos utilizados foram: (“risk factors” OR “risk factor” OR causality OR causation) AND (“pneumonia, aspiration” OR “respiratory aspiration”) AND (“cerebral palsy”) e (“risk factors”/exp OR “risk factors” OR “causality”/exp OR causality OR causation) AND (“pneumonia, aspiration”/exp OR “pneumonia, aspiration” OR “respiratory aspiration”/exp OR “respiratory aspiration”) AND (“cerebral palsy”/exp OR “cerebral palsy”).

Para a extração e síntese das informações dos estudos selecionados, utilizaram-se dados que os autores identificaram como relevantes mediante às suas práticas clínicas e de pesquisa. Foram extraídas as seguintes informações: periódico, ano de publicação, país, título, autoria, tipo de estudo, nível de evidência, objetivo, resultado e conclusão.

O nível de evidência foi determinado da seguinte forma: Nível 1a) Revisão sistemática de ensaio clínico randomizado; Nível 1b) Ensaio clínico randomizado individual; Nível 2a) Revisão sistemática de estudos de coorte; Nível 2b) Estudo de coorte individual; Nível 3a) Revisão sistemática de estudos de caso-controle; Nível 3b) Estudo de caso-controle individual; Nível 4) Série de casos; e Nível 5) Opinião especializada ou pesquisa de laboratório⁸.

Identificaram-se 157 publicações, das quais, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados para a amostra desta revisão 19 artigos. Não foram incluídos outros estudos após o processo de busca manual. Para a seleção das publicações, seguiram-se as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA)⁹, conforme apresentado na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma de seleção dos estudos primários, elaborado a partir da recomendação PRISMA.



Fonte: Dados da pesquisa.

Por tratar-se de revisão integrativa, a pesquisa não foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), porém foram mantidas as ideias dos autores das publicações utilizadas no desenvolvimento deste estudo.

RESULTADOS

Nesta revisão foram selecionados 19 artigos, dos quais 14 (73,7%) foram identificados na Pubmed, um (5,3%) na LILACS e quatro (21,1%) na *Web of Science*. Desses, 12 (63,2%) tinham sido publicados em periódicos de medicina, cinco (26,3%) em revistas interdisciplinares de saúde e dois (10,5%) em revistas de outras áreas

da saúde (fonoaudiologia, medicina e odontologia).

Os artigos sobre a temática começaram a ser publicados no ano de 1994 e tiveram a maior prevalência de tempo de publicação nos anos de 2014 a 2019. Quanto à distribuição territorial, os estudos foram mais frequentes na Austrália (n=6). Os demais estudos foram realizados nos Estados Unidos (n=2), Reino Unido (n=2), Japão (n=1), Turquia (n=1), China (n=1), Israel (n=1), Suécia (n=1), Indonésia (n=1) e Coreia do Sul (n=1). No Brasil, somente dois estudos foram publicados com essa temática, um deles em periódico nacional, em língua portuguesa, e o outro em periódico internacional, em língua inglesa. Os demais estudos foram publicados em periódicos internacionais, também em língua inglesa.

Em relação ao periódico, dois se destacaram pela quantidade de publicações sobre a temática. O *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, considerado Qualis Capes B1 na área interdisciplinar, obteve quatro publicações, e o *Archives of Disease in Childhood*, considerado Qualis Capes A2 na área medicina I, apresentou duas publicações. Sobre o tipo de estudo dos artigos selecionados, a maioria (n=12) apresentou estudos de coorte, cinco foram estudos retrospectivo e sete foram estudos prospectivos. Um ensaio clínico, um estudo de caso-controle, um estudo transversal, um estudo documental e três estudos de caso. Em relação ao nível de evidência científica, respectivamente, 12 artigos (63,3%) receberam nível 2B; um (5,2%) recebeu nível 1B; um (5,2%) nível 3B; um (5,2%) obteve nível 4; e quatro (21,1%), nível 5.

O Quadro 1, a seguir, apresenta os principais fatores de risco para pneumonias aspirativas em crianças portadoras de paralisia cerebral, além de algumas informações que foram consideradas importantes, como: ano de publicação, país, tipo de estudo, nível de evidência, resultado e conclusão.

Quadro 1. Caracterização dos estudos selecionados.

Artigo	Ano/País	Tipo de estudo	Nível de evidência	Resultados / Conclusão
A1 ¹⁰	2019 Japão	Ensaio clínico	Nível 1B	A aspiração de saliva está relacionada com pneumonias aspirativas, de acordo com os achados nas tomografias de tórax. 74,1% das crianças eram portadoras de paralisia cerebral.
A2 ¹¹	2009 Austrália	Caso-controle	Nível 3B	O fator de risco encontrado foi a aspiração de saliva. Crianças com paralisia cerebral têm mais chances de aspiração pulmonar (56% positivo no salivograma) do que jovens adultos saudáveis, e mais risco de desenvolver pneumonias aspirativas.
A3 ¹²	2019 Estados Unidos	Coorte	Nível 2B	O principal fator de risco associado à pneumonia aspirativa é a aspiração silenciosa, que afeta particularmente crianças com paralisia cerebral.
A4 ¹³	2009 Brasil	Coorte	Nível 2B	A disfagia é um fator de risco para a pneumonia aspirativa em crianças com paralisia cerebral e a ausculta cervical é uma importante ferramenta para avaliar a aspiração traqueal.
A5 ¹⁴	2018 Indonésia	Coorte	Nível 2B	O estudo considerou o grau de disfunção motora grossa como um fator de risco para pneumonias aspirativas em crianças com PC. 25% dos pacientes do estudo tinham GMFCS grau V, assim como a disfagia e a aspiração silenciosa.
A6 ¹⁵	2016 Nova York	Coorte	Nível 2B	O fator de risco identificado foi a aspiração crônica. Complementar com a infecção por <i>Pseudomonas aeruginosa</i> , isolada ou outra bactéria gram-negativa, ocorreu uma maior frequência de internações hospitalares, admissões em UTI's e agravamento da pneumonia.

Artigo	Ano/País	Tipo de estudo	Nível de evidência	Resultados / Conclusão
A7 ¹⁶	2009 Brasil	Documental	Nível 5	O fator de risco encontrado foi a aspiração crônica de saliva. Onde a excisão das glândulas submandibulares e ligadura dos ductos parótidos diminuíram a secreção nas vias aéreas superiores reduzindo a frequência de episódios de pneumonias aspirativas em crianças com paralisia cerebral.
A8 ¹⁷	2014 Austrália	Coorte	Nível 2B	O fator de risco encontrado foi a aspiração salivar crônica devido à sialorreia. 75% das crianças do estudo tinham paralisia cerebral. A excisão da glândula sub mandibular com ligadura da glândula parótida foi um método seguro e eficaz para controlar o débito salivar em pacientes com aspiração crônica secundária à sialorreia
A9 ¹⁸	2011 Austrália	Coorte	Nível 2B	A aspiração orofaríngea e aspiração silenciosa foi encontrada de forma mais prevalente em crianças com problemas neurológicos como a paralisia cerebral (21,3% das crianças). Fator que predispõe a pneumonias aspirativas.
A10 ¹⁹	2006 Reino Unido	Coorte	Nível 2B	A disfunção oral motora e a aspiração direta são a principal causa de pneumonia aspirativa em crianças com neurodeficiência grave (43 das 57 crianças tinham paralisia cerebral). Pacientes com gastrostomia tiveram menos ocorrência de pneumonias.
A11 ²⁰	2018 Austrália	Coorte	Nível 2B	O grau de disfunção motora grossa nível V, disfagia orofaríngea, refluxo gastroesofágico, sintomas respiratórios durante as refeições, sintomas respiratórios frequentes, ronco noturno e convulsão são fatores de risco para pneumonias aspirativas em criança portadora de paralisia cerebral. Sendo a disfagia orofaríngea o fator de risco mais forte.
A12 ²¹	2016 Turquia	Coorte	Nível 2B	Tanto os distúrbios faríngeos da deglutição, como penetração e aspiração, quanto os distúrbios esofágicos e refluxo, podem resultar em pneumonias de repetição em pacientes pediátricos. 83,2% das crianças eram portadoras de paralisia cerebral.
A13 ²²	2016 Austrália	Transversal	Nível 4	O presente estudo constatou a disfunção oromotora ou disfagia como principal fator de risco para pneumonias aspirativas em crianças e jovens com paralisia cerebral.
A14 ²³	1997 Israel	Estudo de caso	Nível 5	O fator de risco encontrado foi o refluxo gastroesofágico em bebês e crianças menores de dois anos, resultando em pneumonias aspirativas (duas das 11 crianças do estudo tinham paralisia cerebral).

Artigo	Ano/País	Tipo de estudo	Nível de evidência	Resultados / Conclusão
A15 ²⁴	1994 Suécia	Coorte	Nível 2B	O refluxo gastroesofágico e a disfagia foram os fatores de risco encontrados no desencadeamento de pneumonias aspirativas nos pacientes do estudo. Observa-se que 21 dos 32 participantes tinham paralisia cerebral.
A16 ²⁵	2019 Austrália	Coorte	Nível 2B	A hipersalivação é um fator de risco para a morbidade pulmonar, como a pneumonia aspirativa. Onze das quinze crianças do estudo tinham PC com histórico de internações hospitalares recorrentes por pneumonia aspirativa. A toxina botulínica mostrou eficácia no controle de baba dessas crianças e diminuiu as internações hospitalares por pneumonias.
A17 ²⁶	2013 Reino Unido	Estudo de casos	Nível 5	O fator de risco encontrado para pneumonia aspirativa foi a sialorreia ou salivação excessiva, onde a injeção de toxina botulínica A na glândula mandibular mostrou uma melhora objetiva e subjetiva na hipersalivação e, consequentemente, diminuição de pneumonias aspirativas nos pacientes com distúrbios neuromusculares, como a paralisia cerebral.
A18 ²⁷	2004 China	Estudo de caso	Nível 5	O fator de risco encontrado para pneumonia aspirativa no caso da criança com paralisia cerebral foi a ingestão alimentar por via oral quando o pescoço estava em posição de extensão.
A19 ²⁸	2014 Coreia do Sul	Coorte	Nível 2B	O estudo considerou a disfagia como fator de risco para casos de pneumonia aspirativa. De 90 crianças, 61 tinham condições neurológicas, das quais 34 eram portadoras de paralisia cerebral.

Fonte: Dados da pesquisa.

No que concerne aos resultados dos estudos selecionados, somente um artigo objetivou, especificamente, encontrar os principais fatores de risco para a pneumonia aspirativa em crianças com paralisia cerebral. A maioria relatou esses fatores de risco de maneira complementar ao principal assunto da pesquisa ou realizou o estudo em crianças com distúrbios neurológicos variados, de modo que a paralisia cerebral foi incluída. Dos 19 estudos incluídos na revisão, nove (47,3%) foram estudos voltados para crianças com paralisia cerebral, três (15,3%) foram relacionados a outros distúrbios neurológicos que incluíam crianças com paralisia cerebral e sete (36,9%) foram pesquisas que incluíam crianças, objetivando determinar relações de aspiração e distúrbios respiratórios, em que, em sua maioria, tratavam-se de crianças com distúrbios neurológicos, incluindo a paralisia cerebral.

O fator de risco mais prevalente nesta revisão foi a aspiração, descrita pelos autores como aspiração de saliva^{10,11}, aspiração silenciosa¹²⁻¹⁴, aspiração crônica^{15,16}, aspiração salivar crônica¹⁷, aspiração orofaríngea¹⁸ e aspiração direta¹⁹. Dez estudos concluíram algum tipo de aspiração nas crianças pesquisadas.

Um dos estudos¹⁷ relacionou a aspiração salivar crônica com episódios de pneumonia aspirativa devido à sialorreia, relatando que as aspirações foram mais frequentes devido ao aumento salivar na cavidade oral.

O segundo fator mais predominante relatado foi a disfagia, descrita por alguns autores como disfagia orofaríngea²⁰, distúrbios faríngeos da deglutição²¹, distúrbios esofágicos²¹ e disfunção oral motora^{19,22}. Nove estudos constataram episódios de pneumonia aspirativa em crianças com PC que tinham disfagia.

O refluxo gastroesofágico foi presente em quatro estudos como fator determinante para pneumonias aspirativas^{20,21,23,24}.

Três estudos relacionaram a sialorreia como fator de risco^{17,25,26} e dois identificaram que o grau avançado de disfunção motora grossa (*Gross Motor Function Classification System* – GMFCS) em crianças portadoras de paralisia é um dos fatores de risco para pneumonias aspirativas^{14,20}. Nos dois estudos, as crianças foram classificadas com GMFCS nível V, considerado o nível mais avançado de comprometimento motor.

Outros fatores de risco foram encontrados, porém com uma menor prevalência, como a penetração²¹, sintomas respiratórios durante as refeições, sintomas respiratórios frequentes, ronco noturno e convulsão²⁰.

DISCUSSÃO

Esta revisão da literatura revelou que os principais fatores de risco para a pneumonia aspirativa em crianças portadoras de paralisia cerebral são: aspiração, sialorreia, disfagia, refluxo gastroesofágico, Grau V do GMFCS, penetração, sintomas respiratórios durante as refeições, sintomas respiratórios frequentes, ronco noturno e convulsão.

A aspiração é um fator conhecido por especialistas clínicos e estudiosos que vivenciam o cotidiano de crianças com PC, sendo um assunto muito discutido na literatura científica e presente nos artigos desta revisão como o causador mais determinante para a pneumonia aspirativa na população investigada. Essas aspirações podem ser de saliva, líquidos, alimento ou resíduo gástrico por consequência de refluxo gastroesofágico. Um ensaio clínico investigou a correlação de pneumonias diagnosticadas em tomografia de tórax com a presença ou ausência de aspiração, em crianças (74,1% com PC), e evidenciou que a aspiração de saliva está relacionada às pneumonias aspirativas¹⁰.

Outro estudo constatou aspiração por meio do salivograma, um método cintilográfico para detectar aspiração de saliva, em que foi demonstrada aspiração em 56% das crianças com paralisia cerebral, em comparação com 0% dos adultos saudáveis, comprovando que crianças com PC aspiram volumes maiores de saliva durante o sono do que adultos são¹¹.

A história natural da aspiração silenciosa em crianças foi investigada e associada a comorbidades neurológicas, principalmente paralisia cerebral e convulsões¹². Outro estudo que investigou também a aspiração silenciosa obteve resultados semelhantes, mostrando que crianças com aspiração silenciosa eram mais propensas a ter distúrbios neurológicos como PC¹⁸.

Na paralisia cerebral, a má coordenação é responsável pela ocorrência de disfagia e aspiração direta sequencial. Alguns estudos desta revisão incluíram a disfagia e/ou a aspiração direta como fator de risco para a pneumonia aspirativa^{19,21,24-28}.

Em um estudo realizado no ano de 2016, verificou-se que cerca de 43% das crianças com paralisia cerebral apresentavam disfagia e que, das 24 crianças com disfagia grave, 14 apresentavam pneumonia recorrente²⁹. Estes dados reforçam os achados dos artigos desta revisão, que encontraram associação de pneumonias aspirativas em crianças disfágicas com paralisia cerebral.

No que diz respeito à disfunção motora grossa, a literatura relaciona sua diminuição, alterações dos padrões de movimento e limitação da capacidade funcional com maior chance de disfagia em crianças portadoras de PC com graus de III a V, dificuldades alimentares e piora na evolução da disfagia com o passar dos anos³⁰. Nesta revisão, dois estudos relacionaram maior prevalência de pneumonia aspirativa em crianças com GMFCS grau V^{18,26}.

A prevalência da sialorreia em crianças com paralisia cerebral foi revisada em 2016, constatando-se a presença de 10% a 58% nas crianças com paralisia cerebral, relacionando sua causa com a disfagia e os distúrbios de sensibilidade intraoral³¹. Os estudos que compuseram esta revisão mostraram resultados semelhantes, demonstrando alto índice de sialorreia, em uma média de 73% a 75%, nas crianças com paralisia cerebral^{17,25-26}.

A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) é uma condição de alta prevalência na população em geral e bastante presente em pacientes portadores de paralisia cerebral onde vários aspectos contribuem para o seu surgimento, como a redução do esfíncter esofágico, esvaziamento gástrico retardado, motilidade esofágica prejudicada, postura inadequada, convulsões, escoliose, terapia medicamentosa variada, alterações musculares devido a hipotonia muscular ou espasticidade levando a uma deglutição ineficaz podendo causar aspiração traqueal e, consequentemente,

pneumonia aspirativa³². Sua prevalência é citada como 70% a 90% em crianças com PC e deficiência de crescimento³³.

A prevalência encontrada de refluxo gastroesofágico nos estudos incluídos nesta revisão foi de 78,1%, entrando em concordância com os valores achados no estudo de Rogers, realizado no ano de 2004³³.

Verificou-se, em pesquisa realizada em 2017, que pacientes com PC apresentam alterações como bradipneia, expansibilidade torácica diminuída, ausculta atípica e tosse não produtiva, fatores que favorecem o aparecimento de patologias como a pneumonia. O estudo supramencionado aponta ainda sobre a importância de medidas preventivas e intervenções precoces frente às possíveis complicações respiratórias que crianças portadoras de PC podem apresentar, reforçando que os distúrbios pulmonares são a principal causa de mortalidade nessa população³⁴.

É visto, na prática clínica e na literatura, que crianças com distúrbios neurológicos tendem a ter mais internações hospitalares do que crianças saudáveis, sendo essas internações prolongadas e com grande risco de complicação, trazendo custos e falta de rotatividade de leitos de internação ao sistema de saúde. Neste sentido, crianças com condições crônicas necessitam de um tempo de internação maior, quando comparadas às crianças que não possuem tais comorbidades. Demonstrando a importância de medidas preventivas e de políticas públicas para essa população, bem como de apoio aos profissionais e serviços da atenção primária a saúde, incluindo ações que busquem melhorar a qualidade de vida dessa população e medidas preventivas que auxiliem na diminuição de internações hospitalares³⁵.

Tendo em vista as diversas comorbidades e distúrbios respiratórios apresentados por crianças com paralisia cerebral relatados nesta revisão, ressalta-se a importância da inserção da família na rede de cuidados e na compreensão desta sobre sua responsabilidade na prevenção de doenças, desempenhando um papel de continuidade nos cuidados com o paciente.

Ressalta-se também a importância dos serviços de saúde, bem como de seus profissionais, no manejo do tratamento de pacientes com paralisia cerebral em suas equipes multi e interdisciplinares, que prestam assistência a essa população, na valorização das ações preventivas, orientações

aos cuidadores e medidas precoces de intervenção, visando prevenir possíveis complicações e reconhecer os sinais e sintomas, melhorando a qualidade de vida dessa população.

CONCLUSÃO

Identificou-se, nesta revisão integrativa, que os principais fatores de risco para a pneumonia aspirativa em crianças com paralisia cerebral foram, respectivamente, com maior prevalência, a aspiração, disfagia, refluxo, sialorreia, Grau V do GMFCS, penetração, sintomas respiratórios durante as refeições, sintomas respiratórios frequentes, ronco noturno e convulsão. Os temas mais abordados pelos estudos foram aspiração e disfagia.

Apontam-se como lacunas do conhecimento a ausência de estudos que abordem medidas preventivas na pneumonia aspirativa em crianças com paralisia cerebral e estudos sobre orientações domiciliares para cuidadores dessa população. Enfatiza-se a baixa evidência dos artigos encontrados e a necessidade de realização de ensaios clínicos sobre a temática. Percebe-se, além disso, a escassez de pesquisas brasileiras diante da alta prevalência de novos casos no território nacional.

Sugere-se, portanto, a realização de estudos com alta evidência científica que abordem os fatores de risco para as pneumonias aspirativas em crianças portadoras de paralisia cerebral, bem como a aplicação de medidas preventivas que incluam abordagens educativas para cuidadores em âmbito domiciliar.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Ligia Rodrigues Carneiro Vasconcelos contribuiu com a realização da pesquisa, o delineamento do estudo, a redação e a revisão crítica do manuscrito. **Roberto Wagner Júnior Freire de Freitas** contribuiu com o delineamento do estudo, a redação e a revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Diretrizes de Atenção à Pessoa com Paralisia Cerebral [serial on the internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_paralisia_cerebral.pdf

2. Farias BHL, Penha CS, Marques PC, Sobreira FA, Teles NHC, Silva GPF, et al. Classificação da função motora grossa em crianças com paralisia cerebral assistidas por um centro por um centro especializado de reabilitação. *Braz J Develop*. 2020;6(4):18385-392. doi: <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv6n4-128>
3. Gomes GC, Jung BC, Nobre CMG, Norberg PKO, Hirsch CD, Dresch FD. Rede de apoio social da família para o cuidado da criança com paralisia cerebral. *Rev Enferm UERJ*. 2019;27:1-6. doi: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.40274>
4. Borges MBS, Galigali AT, Assad RA. Prevalência de distúrbios respiratórios em crianças com paralisia cerebral na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade. *Fisioter Mov* [serial on the internet]. 2017;18(1):47. Available from: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/fisio/article/view/18537/17970>
5. Siriwat R. Mechanical Insufflation-Exsufflation Versus Conventional Chest Physiotherapy in Children With Cerebral Palsy. *Respir Care*. 2018;63(2):187-93. doi: <https://doi.org/10.4187/respcare.05663>
6. Mendes KDS, Silveira RC, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008;7(4):758-64. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
7. Lockwood C, Porrit K, Munn Z, Rittenmeyer L, Salmond S, Bjerrum M, et al. Chapter 2: Systematic reviews of qualitative evidence. In: Aromataris E, Munn Z, editors. *Adelaide: Joanna Briggs Institute*; 2017. doi: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-03>
8. Rania E. Fundamentos de pesquisa clínica. Porto Alegre: AMGH; 2015.
9. Galvão TF, Pansani TSA. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiol Serv Saude*. 2015;24(2):335-342. doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200017>
10. Tanaka N, Nohara K, Ueda A, Katayama T, Ushio M, Fujii N, et al. Effect of aspiration on the lungs in children: a comparison using chest computed tomography findings. *BMC pediatr*. 2019;19(162). doi: <https://doi.org/10.1186/s12887-019-1531-6>
11. Baikie G, Reddiough DS, South M, Cook DJ. The salivagram in severe cerebral palsy and able-bodied adults. *J Paediatr Child Health*. 2009;45(6). doi: <https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.2009.01496.x>
12. Shay EO, Meleca JB, Anne S, Hopkins B. Natural history of silent aspiration on modified barium swallow studies in the pediatric population. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2019;125:116-21. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2019.06.035>
13. Furkim AM, Duarte ST, Sacco AFB, Sória FS. O uso da ausculta cervical na inferência de aspiração traqueal em crianças com paralisia cerebral. *Rev CEFAC*. 2009;11(4). doi: <https://doi.org/10.1590/S1516-18462009000800011>
14. Hafifah CN, Setyanto DB, Putra ST, Mangunatmadja I, Wulandari HF, Sari TT. Gross motor dysfunction as a risk factor for aspiration pneumonia in children with cerebral palsy. *PI*. 2018;57(5):229-3. doi: <https://doi.org/10.14238/pi57.5.2017.229-33>
15. Gerdung CA, Tsang A, Yasseen AS, Armstrong K, Mcmillan HJ, Kovesi T. Association Between Chronic Aspiration and Chronic Airway Infection with *Pseudomonas aeruginosa* and Other Gram-Negative Bacteria in Children with Cerebral Palsy. *Lung*. 2016;194(2). doi: <https://doi.org/10.1007/s00408-016-9856-5>
16. Manrique D, Sato J. Salivary gland surgery for control of chronic pulmonary aspiration in children with cerebral palsy. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2009;73(9). doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2009.05.002>
17. Noonan K, Prunty S, Ha JF, Vijayasekaran S. Surgical management of chronic salivary aspiration. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2014;78(12). doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2014.09.008>
18. Weir KA, McMahon S, Taylor S, Chang AB. Oropharyngeal aspiration and silent aspiration in children. *Chest*. 2011;140(3). doi: <https://doi.org/10.1378/chest.10-1618>
19. Sullivan PB, Morrice JS, Vernon-Roberts A, Grant H, Eltumi M, Thomas AG. Does gastrostomy tube feeding in children with cerebral palsy increase the risk of respiratory morbidity? *Arch Dis Child*. 2006;91(6). doi: <https://doi.org/10.1136/adc.2005.084442>
20. Blackmore AM, Bear N, Blair E, Langdon K, Moshovis L, Steer K, et al. Predicting respiratory hospital admissions in young people with cerebral palsy. *Arch Dis Child*. 2018;103(12):1119-24. doi: <https://doi.org/10.1136/archdischild-2017-314346>
21. Arslan SS, Demir N, Karaduman AA. Both pharyngeal and esophageal phases of swallowing are associated with recurrent pneumonia in pediatric patients. *Clin Respir J*. 2018;12(2). doi: <https://doi.org/10.1111/crj.12592>
22. Blackmore AM, Bear N, Blair E, Gibson N, Jalla C, Langdon K, et al. Factors associated with respiratory illness in children and young adults

with cerebral palsy. J Pediatr. 2016;168. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2015.09.064>

23. Zamir O, Udassin R, Seror D, Vromem A, Freund HR. Laparoscopic Nissen fundoplication in children under 2 years of age. Surg Endosc. 1997;11(12). doi: <https://doi.org/10.1007/s004649900569>

24. Gustafsson PM, Tibbling L. Gastro-oesophageal reflux and oesophageal dysfunction in children and adolescents with brain damage. Acta paediatrica. 1994;83(10). doi: <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.1994.tb12990.x>

25. Gubbay A, Blackmore AM. Effects of salivary gland botulinum Toxin-A on drooling and respiratory morbidity in children with neurological dysfunction. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2019;124:124-28. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2019.05.044>

26. Gok G, Cox N, Bajwa J, Christodoulou D, Moody A, Howlett DC. Ultrasound-guided injection of botulinum toxin A into the submandibular gland in children and young adults with sialorrhoea. Br J Oral Maxillofac Surg. 2013;51(3). doi: <https://doi.org/10.1590/0100-3984.2015.0056>

27. Fung CW, Khong PL, To R, Goh W, Wong V. Video-fluoroscopic study of swallowing in children with neurodevelopmental disorders. Pediatr Society. 2004;46(1). doi: <https://doi.org/10.1111/j.1442-200X.2004.t01-1-x>

28. Kim BR, Sung IY, Choi KH, Kim LS, Ryu JS. Long-term outcomes in children with swallowing dysfunction. Dev Neurorehabil. 2014;17(5):298-305. doi: <https://doi.org/10.3109/17518423.2013.770102>

29. Setter CM, Mutou F, Bottoni A. Gerenciamento de complicações respiratórias na paralisia cerebral. Rev cient UMC. 2019;4(2). Available from: <http://seer.umc.br/index.php/revistaumc/article/view/330>

30. Queiroz DTS, Fernandes ACN, Carvalho MS, Silva GG, Muller AB. Comparação entre GMFCS e CIF na avaliação da funcionalidade na paralisia cerebral. Rev Neurocienc. 2020;28:1-27. doi: <https://doi.org/10.34024/rnc.2020.v28.10972>

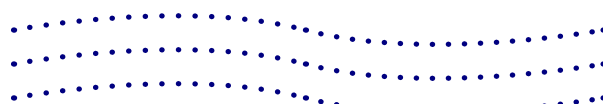
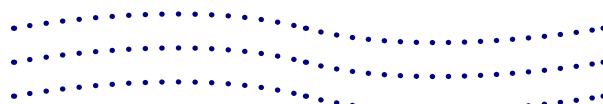
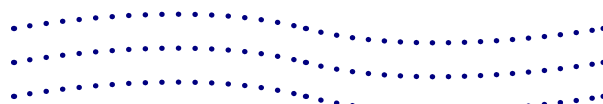
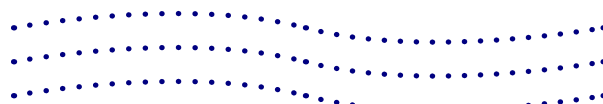
31. Dias BLS, Fernandes AR, Filho HSM. Sialorreia em crianças com paralisia cerebral. J Pediatr. 2016;92(6). doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.03.006>

32. Castilho LS, Rampi CM, Cruz AJS, Lages FS, Leão DM, Abreu MHNG. Gastroesophageal reflux disease in patients with developmental disabilities. Rev Eletr Extensão. 2020;17(36):22-32. doi: <https://doi.org/10.5007/1807-0221.2020v17n36p22>

33. Rogers B. Feeding method and health outcomes of children with cerebral palsy. J Pediatr. 2004;145(2). doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2004.05.019>

34. Santana S, Santana WC, Costa L, Silva AF, Vanin PH. Prevalência de complicações respiratórias em crianças com paralisia cerebral atendidas pela associação Pestalozzi de Maceió e seus desfechos. Cienc Biol Saúde Unit [serial on the internet]. 2017;4(1):11-22. Available from: <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiossaude/article/view/4522/2613>

35. Oliveira DFG, Cavalcante DRA, Feitosa SG. Qualidade de vida dos pacientes com câncer oral: Revisão integrativa da literatura. SANARE (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2020 Jan-June;19(1):121-30. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1313/722>



PERFIL, FATORES DE RISCO E PREVALÊNCIA DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

PROFILE, RISK FACTORS, AND PREVALENCE OF VIOLENCE AGAINST WOMEN

PERFIL, FACTORES DE RIESGO Y PREVALENCIA DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

Letícia Barbosa Dias ¹Lisie Alende Prates ²Luiza Cremonese ³**Como Citar:**

Dias LB, Prates LA, Cremonese L. Perfil, fatores de risco e prevalência da violência contra a mulher. *Sanare* (Sobral, Online). 2021;20(1):102-114.

Palavras-chave:

Saúde da mulher; Mulheres; Gênero e saúde; Violência; Violência contra a mulher.

Keywords:

Women's health; Women; Gender and health; Violence; Violence against women.

Palabras clave:

Salud de la mujer; Mujeres; Género y salud; Violencia; La violencia contra la mujer.

Submetido:

08/01/2021

Aprovado:

17/06/2021

Autor(a) para Correspondência:

Lisie Alende Prates
E-mail: lisieprates@unipampa.edu.br

RESUMO

Este estudo objetiva analisar as evidências disponíveis na literatura acerca do perfil, fatores de risco e prevalência da violência contra a mulher. Trata-se de revisão integrativa realizada na BDNF, LILACS, PubMed e Scopus. Foram incluídos artigos de estudos primários, realizados no Brasil e disponíveis em português. A partir da análise dos 26 artigos incluídos, verificou-se que a violência contra a mulher prevalece entre mulheres jovens; pretas, negras ou pardas; católicas; casadas ou que conviviam com parceiros íntimos; mães ou que estavam grávidas e não exerciam atividade remunerada. O uso de drogas e/ou álcool pela mulher ou agressor, baixa escolaridade, condição socioeconômica vulnerável, histórico de violência intrafamiliar na infância, iniciação sexual precoce, infância ausente de brincadeiras e afeto, falta de suporte familiar e dependência financeira do agressor emergiram como fatores de risco. Esses achados podem auxiliar no desenvolvimento de intervenções para o enfrentamento da violência contra a mulher.

1. Discente do curso de graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Uruguiana, Rio Grande do Sul (RS), Brasil. E-mail: bdiasleticia@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1859-9707>

2. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da UNIPAMPA. Uruguiana, RS, Brasil. E-mail: lisieprates@unipampa.edu.br; ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5151-0292>

3. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Luterana do Brasil. Cachoeira do Sul, RS, Brasil. E-mail: lu_cremonese@hotmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7169-1644>

ABSTRACT

This study aims to analyze the evidence available in the literature about the profile, risk factors, and prevalence of violence against women. This is an integrative review carried out at BDNF, LILACS, PubMed, and Scopus. Articles from primary studies conducted in Brazil and available in Portuguese were included. From the analysis of the 26 articles included, we found that violence against women is prevalent among young women; black or brown; Catholic; married or living with intimate partners; mothers or who were pregnant and did not have a paid job. The use of drugs and/or alcohol by the woman or aggressor, low education, vulnerable socioeconomic status, history of intrafamily violence during childhood, early sexual initiation, childhood without playful games and affection, lack of family support and financial dependence of the aggressor emerged as factors of risk. These findings can, therefore, help in the development of interventions to fight violence against women.

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo analizar la evidencia disponible en la literatura sobre el perfil, los factores de riesgo y la prevalencia de la violencia contra la mujer. Se trata de una revisión integradora realizada en BDNF, LILACS, PubMed y Scopus. Se incluyeron artículos de estudios primarios realizados en Brasil y disponibles en portugués. Del análisis de los 26 artículos incluidos, se encontró que la violencia contra la mujer prevalece entre las mujeres jóvenes; negras; católicas; casadas o que viven con parejas íntimas; madres o que estaban embarazadas y no ejercían un trabajo remunerado. Surgió el uso de drogas y/o alcohol por parte de la mujer o agresor, baja escolaridad, condición socioeconómica vulnerable, antecedentes de violencia intrafamiliar en la niñez, iniciación sexual precoz, niñez ausente de juegos y afecto, ausencia de apoyo familiar y dependencia económica del agresor como factores de riesgo. Estos hallazgos pueden, por lo tanto, ayudar en el desarrollo de intervenciones para combatir la violencia contra la mujer.

.....

INTRODUÇÃO

A violência pode ser definida pelo uso intencional de força física ou poder, real ou em ameaça, que resulte em danos físicos ou psicológicos, morte ou privação¹. Nesse contexto, tem-se a violência contra a mulher (VCM), considerada como um problema de saúde pública, que requer ações conjuntas entre os órgãos governamentais, civis e instituições².

A VCM é constituída por um ciclo, que inicia de maneira lenta e quase imperceptível, podendo atingir dimensões perigosas e desafiadoras. Esse ciclo é composto por três fases: a primeira consiste na tensão no relacionamento, caracterizada por conflitos leves; a segunda revela o episódio agudo de violência e é marcada pelas agressões; já a terceira é chamada de lua de mel, em que há o arrependimento e remorso do agressor, além do medo da separação³.

Segundo dados do Relatório Mundial da Saúde, 10% a 69% das mulheres do mundo todo relataram ter sofrido agressão física por parceiro íntimo em alguma ocasião da vida¹. No Brasil, estima-se que a VCM cause mais mortes às mulheres de 15 a 44 anos

que o câncer, a malária, os acidentes de trânsito e as guerras⁴.

Nesse contexto, é preciso salientar que a VCM gera traumas físicos e emocionais consideráveis⁴. As consequências psicológicas constituem um sério agravo à saúde da mulher, que, mesmo após o rompimento do ciclo da violência, pode desenvolver transtorno de estresse pós-traumático e depressão⁵.

A partir disso, reconhece-se a necessidade de estudos que tenham a VCM como objeto de investigação, tal como propõe a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde⁶. Assim, este estudo teve como objetivo analisar as evidências disponíveis na literatura brasileira acerca do perfil, fatores de risco e prevalência da violência contra a mulher.

METODOLOGIA

Estudo de revisão integrativa, desenvolvido em junho de 2020, percorrendo as seguintes etapas: 1) Formulação da pergunta; 2) Amostragem; 3) Extração de dados dos estudos primários; 4)

Avaliação crítica; 5) Análise e síntese dos resultados da revisão; e 6) Apresentação da revisão⁷. A questão guia foi: qual é o perfil, fatores de risco e prevalência da violência contra a mulher nos estudos disponíveis na literatura científica brasileira?

As bases de dados consultadas foram a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Banco de Dados em Enfermagem (BDENF) via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); *National Library of Medicine* (PubMed) e *SciVerse* (Scopus) via Portal de Periódicos Capes. Respeitaram-se as variações existentes nas buscas em cada base e, por isso, foram necessárias algumas alterações nas estratégias (Figura 1).

Quadro 1. Estratégias de busca de acordo com as bases de dados utilizadas.

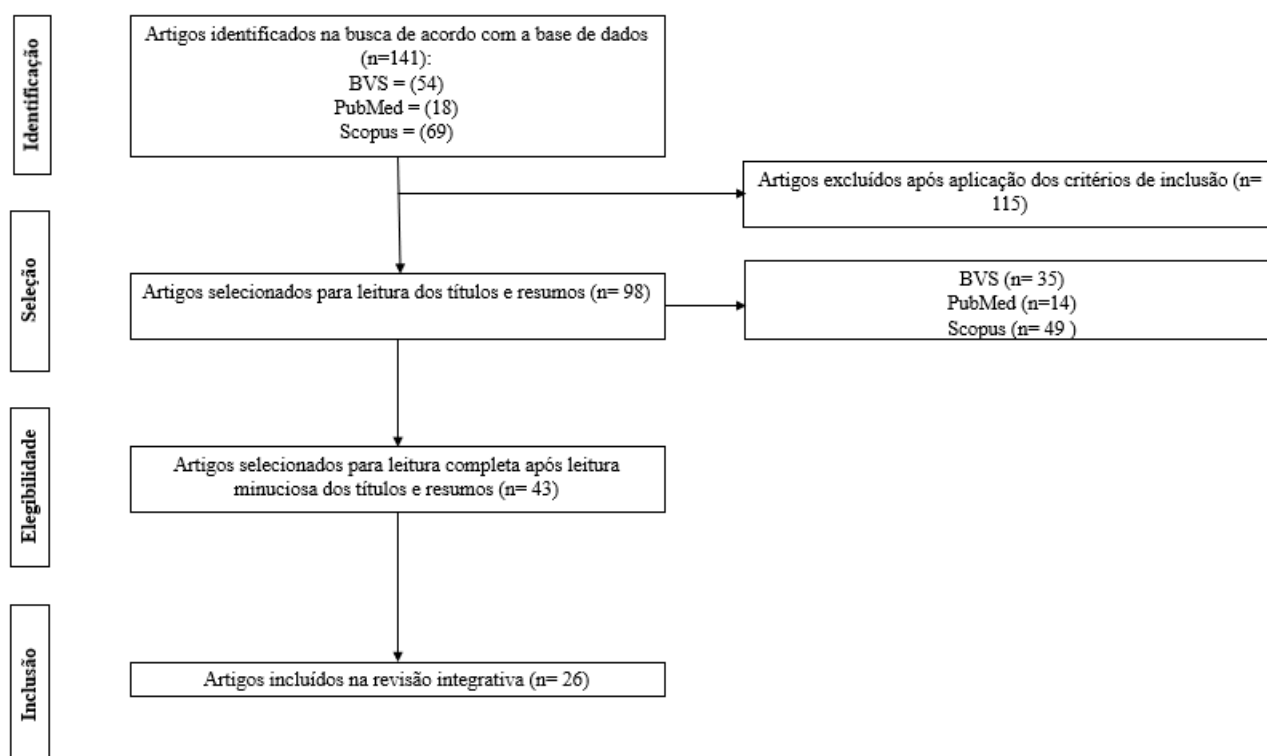
Base de dados	Estratégias de busca
LILACS BDENF via BVS	tw:((tw:((mh:((saúde da mulher))) OR (mh:(mulheres)) OR (mh:((gênero e saúde))))) AND (tw:((mh:(violência)) OR (mh:((violência contra a mulher))) OR (mh:((violência por parceiro íntimo))) OR (mh:((violência doméstica))) OR (mh:((violência sexual))) OR (mh:((delitos sexuais))) OR (mh:((violência de gênero)))))) AND (db:(“LILACS” OR “BDENF”) AND la:(“pt”))
PubMed	(((((“exposure to violence”[MeSH Terms] OR “prevalence”[MeSH Terms]) OR “risk factors”[MeSH Terms]) AND ((((((“violence”[MeSH Terms] OR “violence against women”[All Fields]) OR “intimate partner violence”[MeSH Terms]) OR “domestic violence”[MeSH Terms] OR “sexual violence”[All Fields] OR “sexual offenses”[All Fields] OR (“sex”[MeSH Terms] OR “sex”[All Fields] OR “gender”[All Fields] OR “gender identity”[MeSH Terms] OR (“gender”[All Fields] AND “identity”[All Fields]) OR “gender identity”[All Fields]) AND (“violence”[MeSH Terms] OR “violence”[All Fields])))) AND ((“women’s health”[MeSH Terms] OR “women”[MeSH Terms]) OR “gender and health”[All Fields]))))
Scopus	((KEY (“Women’s health”) OR TITLE-ABS-KEY (“Women”) OR KEY (“Gender and health”))) AND ((KEY (“Violence”) OR KEY (“Violence against women”) OR TITLE-ABS-KEY (“Intimate partner violence”) OR KEY (“Domestic violence”) OR KEY (sexual AND violence) OR TITLE-ABS-KEY (sexual AND offenses) OR KEY (gender AND violence))) AND ((KEY (“Exposure to Violence”) OR KEY (“Prevalence”) OR KEY (“Risk factors”))) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE, “Portuguese”))

Fonte: dados da pesquisa.

Os critérios de inclusão foram: artigos da temática, oriundos de pesquisas primárias, disponíveis online, em português, realizados no Brasil. Os estudos identificados de forma duplicada entre as bases foram contabilizados apenas uma vez. A elegibilidade das publicações foi desenvolvida a partir da concordância de duas revisoras.

Após a busca, procedeu-se à leitura dos seus títulos e resumos. Assim, 26 artigos compuseram o *corpus* de análise, sendo três na BVS, seis na PubMed e 17 na Scopus (Figura 2).

Figura 2. Fluxograma do processo de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão do estudo.



Fonte: dados da pesquisa.

Por fim, realizou-se a análise e síntese dos resultados da revisão, o que permitiu identificar os achados que responderam à questão guia. A seguir, apresentam-se as evidências científicas disponíveis sobre o objeto de pesquisa.

RESULTADOS

Para a análise e a organização das evidências, utilizou-se um quadro sinóptico elaborado pelas autoras para a extração dos dados dos estudos. Também foi realizada a avaliação crítica dos estudos incluídos, abrangendo a análise dos níveis de evidência.

Quadro 1 – Detalhamento dos artigos incluídos na revisão integrativa.

ID	TÍTULO	OBJETIVO	MÉTODO	NE
A1 ⁸	Violência contra mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde.	Conhecer e compreender a violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde inseridos nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) de um município da região noroeste do Rio Grande do Sul.	Qualitativo, exploratório e descritivo.	2*
A2 ⁹	Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados.	Identificar os fatores associados à violência doméstica contra gestantes.	Misto, com análise de corte transversal, seguido de estudo de coorte.	4*

ID	TÍTULO	OBJETIVO	MÉTODO	NE
A3 ¹⁰	Violência física grave entre parceiros íntimos como fator de risco para a inadequação no rastreamento do câncer de colo de útero.	Avaliar a violência física grave entre parceiros íntimos como fator de risco para a inadequação no rastreamento do câncer do colo do útero no âmbito da ESF.	Caso-controle.	4*
A4 ¹¹	A violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo, Brasil.	Trazer à reflexão situações de violência na vida de mulheres em condição de rua, quiçá subsidiar a crítica sobre esta questão, que engloba três grandes temas que, quando juntos, evidenciam a desigualdade social: mulheres, sem-teto, violência.	Cartografia.	2*
A5 ¹²	MARIA, MARIA: concepções sobre ser mulher em situação de rua.	Conhecer quais são as concepções sobre ser mulher nesse contexto, a partir do depoimento de mulheres em situação de rua, e assim, dar a necessária visibilidade para essa situação.	Qualitativo, exploratório e descritivo.	2*
A6 ¹³	Gênero, violência e viver na rua: vivências de mulheres que fazem uso problemático de drogas.	Descrever vivências de mulheres, em situação de rua, que fazem uso problemático de drogas.	Qualitativo.	2*
A7 ¹⁴	Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde.	Determinar a prevalência desse tipo de violência entre as usuárias de um centro de saúde distrital.	Quantitativo e transversal.	4*
A8 ¹⁵	Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF.	Estimar a prevalência de tipos de violência e de comportamentos de controle praticados por parceiros íntimos contra mulheres residentes em área economicamente vulnerável.	Transversal.	4*
A9 ¹⁶	Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil.	Investigar a ocorrência de violência – física, sexual e psicológica – entre usuárias de um serviço de urgência e emergência e a sua distribuição segundo características sociodemográficas.	Corte transversal.	4*
A10 ¹⁷	Prevalência e fatores associados à violência sofrida em mulheres encarceradas por tráfico de drogas no Estado de Pernambuco, Brasil: um estudo transversal.	Estimar a prevalência e os fatores associados à violência física, psicológica e sexual sofrida por mulheres encarceradas pelo tráfico de drogas nos 24 meses anteriores ao encarceramento numa penitenciária do Estado de Pernambuco.	Observacional, descritivo, do tipo corte transversal.	4*

ID	TÍTULO	OBJETIVO	MÉTODO	NE
A11 ¹⁸	Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro.	Verificar a prevalência e o perfil da violência de gênero (física, psicológica e sexual) perpetrada contra a mulher pelo parceiro(a) atual ou passado.	Transversal.	4*
A12 ¹⁹	HIV e violência contra mulheres: estudo em município com alta prevalência de Aids no Sul do Brasil.	Investigar a prevalência e os fatores associados à violência contra mulheres com HIV em um município de porte médio no Sul do Brasil.	Transversal.	4*
A13 ²⁰	Violência contra a mulher em Vitória, Espírito Santo, Brasil.	Estimar a prevalência e os fatores associados às violências psicológica, física e sexual nas mulheres vítimas de violência perpetrada pelo parceiro íntimo atendidas nos serviços de atenção primária.	Transversal.	4*
A14 ²¹	Violência por parceiro íntimo e prática educativa materna.	Analisar a associação entre a violência pelo parceiro íntimo contra a mulher e a prática educativa materna direcionada às crianças no início da escolaridade formal.	Transversal.	4*
A15 ²²	Violência conjugal física contra a mulher na vida: prevalência e impacto imediato na saúde, trabalho e família.	Estimar a prevalência de violência conjugal física contra a mulher ao longo da vida (VCFM) em uma comunidade urbana de baixa renda e avaliar o seu impacto imediato na saúde, trabalho e vida familiar.	Coorte transversal.	4*
A16 ²³	Prevalência e procura de ajuda na violência conjugal física ao longo da vida.	Estimar a prevalência de violência conjugal física ao longo da vida em mulheres de comunidade urbana de baixa renda e identificar os tipos de ajuda procurados pelas vítimas.	Estudo-piloto brasileiro de corte transversal.	4*
A17 ²⁴	Violência entre parceiros íntimos e álcool: prevalência e fatores associados.	Estimar a violência física entre parceiros íntimos e examinar a associação entre a violência e variáveis sociodemográficas, uso de álcool e outros fatores relacionados.	Inquérito epidemiológico.	4*
A18 ²⁵	Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros.	Avaliar a qualidade de vida e depressão nas mulheres vítimas da violência doméstica; estabelecer o perfil socioeconômico da mulher agredida pelo parceiro e as particularidades das agressões sofridas.	Quantitativo.	4*

ID	TÍTULO	OBJETIVO	MÉTODO	NE
A19 ²⁶	Tentativa de suicídio, transtorno de estresse pós-traumático e fatores associados em mulheres do Recife.	Investigar a associação da tentativa de suicídio (TS) com o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), a violência por parceiro íntimo (VPI) e variáveis relacionadas aos aspectos socioeconômicos e demográficos em uma coorte de mulheres cadastradas na Estratégia Saúde da Família do Recife.	Transversal.	4*
A20 ²⁷	Estudo transversal sobre fatores de risco de violência por parceiro íntimo entre enfermeiras.	Identificar os fatores de risco de abuso por parceiro íntimo entre enfermeiras.	Transversal.	4*
A21 ²⁸	Violência por parceiro íntimo entre puérperas: fatores associados.	Identificar o perfil e a autoestima de puérperas, bem como as características de seus bebês e companheiros, e verificar suas associações com a ocorrência de Violência por Parceiro Íntimo (VPI).	Transversal.	4*
A22 ²⁹	Domínios dos transtornos mentais comuns em mulheres que relatam violência por parceiro íntimo.	Verificar associações entre os tipos de violência por parceiro íntimo e os domínios dos transtornos mentais comuns em mulheres.	Transversal.	4*
A23 ³⁰	Sob a sombra da maternidade: gravidez, ideação suicida e violência por parceiro íntimo.	Identificar a associação entre violência por parceiro íntimo e indicativo de ideação suicida durante a atual gestação.	Observacional e transversal.	4*
A24 ³¹	Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde.	Estimar a prevalência de violência por parceiro íntimo contra mulheres e identificar fatores associados.	Transversal.	4*
A25 ³²	Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool.	Estimar a prevalência de violência por parceiros íntimos e o consumo de álcool durante os eventos dessa violência.	Transversal.	4*
A26 ³³	Coocorrência de violência física conjugal e contra filhos em serviços de saúde.	Apresentar um perfil de ocorrência e coocorrência de violência física conjugal e contra filhos em uma população atendida em serviço de saúde, segundo diferentes características socioeconômicas e demográficas.	Transversal.	4*

Nota: ID – identificação; NE – nível de evidência; *questão de significado/experiência.

Fonte: dados da pesquisa.

Referente à caracterização dos estudos, identificou-se um (3,8%) artigo sobre VCM nos anos de 2003, 2008,

2011, 2012, 2013, 2014, 2016, 2019 e 2020. Esse número passou para dois (7,6%) em 2005, 2009, 2010 e 2018 e, a seguir, nos anos de 2006, 2015 e 2017, emergiram três (11,5%). Referente ao método de pesquisa, predominou a abordagem quantitativa (76,9%, n=20), seguida da qualitativa (23%, n=6).

A Atenção Primária à Saúde (26,9%, n=7) e os hospitais (26,9%, n=7) prevaleceram como cenários de estudo. Também foram encontradas pesquisas em centros urbanos e rurais (11,5%, n=3), centros urbanos (11,5%, n=3), Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher (3,8%, n=1), Centros de Acolhimento a pessoas em situação de rua (3,8%, n=1), Complexos Penitenciários (3,8%, n=1), Centros de Referência em Saúde da Mulher (3,8%, n=1), Centros de Referência do HIV/AIDS (3,8%, n=1) e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (3,8%, n=1). Os participantes das pesquisas foram mulheres (76,9%, n=20), homens e mulheres (7,6%, n=2), gestantes (7,6%, n=2), agentes comunitários de saúde (3,8%, n=1) e puérperas (3,8%, n=1).

Considerando o objetivo do estudo, no que concerne ao perfil da VCM, em relação à idade, preponderou a faixa etária dos 20 aos 40 anos (50%, n=13). A maioria se autodeclarou negra, preta ou parda (26,9%, n=7). A religião católica predominou (15,3%, n=4). A maior parte das vítimas era casada ou residia com parceiro íntimo (42,3%, n=11); eram mães ou estavam grávidas (30,7%, n=8); e não realizavam atividade remunerada (19,2%, n=5).

Como fatores de risco para a VCM, identificaram-se: o uso de drogas e/ou álcool pela vítima ou agressor (34,6%, n=9); a mulher ter baixa escolaridade (50%, n=13); e baixa condição socioeconômica (50%, n=13). Outro fator importante foi a vítima ter sofrido ou presenciado violência intrafamiliar na infância (26,9%, n=7); ter tido iniciação sexual precoce, com menos de 15 anos (7,69%, n=2); ter vivido uma infância ausente de brincadeiras e afeto (3,8%, n=1); não ter recebido suporte familiar para sair do ciclo de violência (7,69%, n=2); e depender financeiramente do agressor (3,8%, n=1). Em relação ao agressor foram identificados como principais fatores de risco: ter sofrido agressão na infância (3,8%, n=1); usar álcool e drogas (30,7%, n=8); e ter baixa escolaridade (7,69%, n=2).

Considerando que a VCM é um fenômeno mundialmente antigo, que acarreta danos físicos, psicológicos, patrimoniais, sociais e morais à vida das vítimas, várias tipologias foram identificadas,

sendo visualizadas em maior prevalência a combinação entre violência física, psicológica e sexual (61,5%, n=16); contudo, também foram encontradas isoladamente: violência física (26,9%, n=7); violência física e sexual (3,8%, n=1); violência física, sexual e social (3,8%, n=1); e violência por parceiro íntimo (3,8%, n=1).

Desse modo, as mais prevalentes nos estudos foram: violência física, psicológica e sexual (65,3%, n=17); apenas violência física (26,9%, n=7); a associação entre violência física, sexual e social (3,8%, n=1); e a violência por parceiro íntimo (3,8%, n=1). No que diz respeito aos agressores, houve predomínio de parceiros íntimos como principais perpetradores (50%, n=13); seguido de companheiros (26,9%, n=7). Companheiros e instituições protetivas apareceram em duas publicações (7,6%), não sendo especificado o agressor em dois artigos (7,6%); parceiros íntimos e clientes surgiram em uma produção (3,8%, n=1); bem como companheiros, ex-companheiros, desconhecidos e instituições protetivas (3,8%, n=1).

A violência física prevaleceu como principal forma de agressão. O artigo A16²³ evidenciou a taxa de prevalência de violência física conjugal por graus de severidade, identificando a ocorrência de violência conjugal grave em 22,1% dos casos e não grave em 10,5%; enquanto o artigo A9¹⁶ demonstrou prevalência de 36,5% para essa tipologia. Os tapas, socos, espancamentos, ameaça/uso de arma e chutes emergiram como as principais formas de agressão.

A violência psicológica foi identificada em associação com outras tipologias. Nesse sentido, pesquisa sinalizou que, para 80,2% das mulheres, a violência psicológica ocorre, pelo menos, uma vez na vida e, para 50%, nos últimos 12 meses, sendo mais prevalente o insulto, figurando em 39% dos casos, seguido por ameaças (3,8%, n=1), sendo que em mulheres encarceradas há incidência de 31,8% nos últimos 12 meses (3,8%, n=1).

Diante das situações de VCM, observou-se que as mulheres buscaram atendimentos nos serviços de saúde (19,2%, n=5)^{8,14,16,29,32} ou passaram a residir nas ruas e/ou reagiram às agressões (11,5%, n=2)^{11,13}. Contudo, outras medidas também foram observadas, mas em menor frequência, como: as vítimas apresentarem dificuldades em realizar o pré-natal completo⁹; apresentaram inadequações no exame citopatológico¹⁰; recorreram à polícia,

benzedeiros, curandeiros, pais de santo, amigos, familiares, centros de saúde, casa de proteção, ambulatorios de saúde mental²³; procuraram a polícia e atendimentos em serviços de saúde²⁰; separaram-se do agressor e buscaram atendimentos nos serviços de saúde²². Os demais artigos^{12,15,17-19,21,24-28,30-31,33} não informaram as medidas adotadas pela vítima.

No que se refere às consequências da violência na vida das mulheres, constatou-se que elas desenvolveram majoritariamente os transtornos mentais. As diferentes produções traziam a combinação dos seguintes transtornos: transtorno de estresse pós-traumático e tentativa de suicídio²⁶; transtornos mentais, ideação suicida, insônia acompanhada do uso de ansiolíticos²⁵; transtornos mentais e comportamentais, aparecimentos de doenças do trato geniturinário, problemas respiratórios e lesões externas¹⁶; humor depressivo ansioso, decréscimo da energia vital e sintomas somáticos²⁹; ideação suicida³⁰; pobreza, experiências de violências, transtornos mentais, dependência de álcool e drogas, falta de amor e rupturas dos vínculos familiares e sociais¹³; a mulher apresentar práticas maternas violentas com seus filhos figurou em uma produção²¹. Os demais artigos^{8-12,14-15,17-20,22-24,27-28,31-33} não informaram as consequências da VCM na vida da mulher.

DISCUSSÃO

Frente aos achados desta revisão, constatou-se a prevalência de estudos no ano de 2017. Pondera-se que o aumento de publicações nesse ano possa estar ligado à divulgação da Pesquisa DataSenado³⁴ intitulada “Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher”. Essa produção exibiu o aumento de violência doméstica nos anos de 2015 e 2017, no qual o percentual passou de 18% para 29%.

Constatou-se predomínio de estudos na Estratégia Saúde da Família. Esse local é o elo de aproximação dos profissionais da saúde com as vítimas de violência³⁵, embora a assistência prestada nem sempre seja suficiente e de qualidade³⁶, aspectos que podem justificar a realização de pesquisas nesse contexto. Semelhantemente, os hospitais configuraram um local importante para a realização das pesquisas devido aos altos índices de procura nesses serviços por atendimento em função da VCM. Contudo, estudo evidencia a falta de preparo médico para atender a essa demanda, associado à dificuldade na implementação de estratégias

efetivas para o enfrentamento desse fenômeno³⁷.

A prestação de assistência em saúde inadequada às vítimas é reflexo do modelo biologicista presente na formação profissional que, muitas vezes, limita-se somente ao tratamento de lesões físicas, sem abranger o olhar holístico aos indivíduos. Estudo de revisão sobre violência sexual contra as mulheres apontou que os profissionais de saúde apresentam dificuldade em reconhecer e tratar de maneira integral os casos, devido ao despreparo do profissional e do serviço, como também pela lacuna presente na graduação, caracterizada pelo debate incipiente sobre a temática³⁸.

Em se tratando do perfil da VCM, estudo coaduna com os achados da revisão em tela, visto que também destacou a maior prevalência (57,72%) em mulheres jovens, pretas e pardas (63,80%) e gestantes (12,20%). Sobre o estado civil, as solteiras apresentavam taxa de 47,64%³⁹, o que diverge dos achados desta revisão, pois preponderaram mulheres casadas ou que conviviam com parceiros íntimos.

A religião católica predominou, corroborando os achados de pesquisa⁴⁰, em que essa religião foi procurada em 25,4% dos casos de VCM. Outra variável semelhante entre a revisão e essa pesquisa consiste no fato de que muitas mulheres eram mães ou estavam grávidas e ter filhos foi apontado como um dos motivos para as mulheres retornarem ao convívio com o agressor após a violência⁴⁰.

A baixa escolaridade foi um fator condicionante para a VCM. Na mesma direção, estudo identificou que 40,63% das mulheres possuíam apenas o ensino fundamental³⁹. Outro fator predisponente foi a baixa condição socioeconômica e a dependência financeira do agressor, resultado semelhante encontrado em outra produção⁴¹, na qual apenas 18% das mulheres exerciam atividade remunerada.

Autores também apontaram o início sexual precoce, antes dos 15 anos, como um fator de risco⁴². Esse aspecto, muitas vezes, está associado à maior vulnerabilidade, o que também aproxima as adolescentes das situações de VCM⁴³.

Ainda se constatou que os parceiros íntimos e companheiros foram os principais agressores. Esse dado coaduna-se com pesquisa realizada sob análise de 130 Autos de Prisão, expondo os maridos/companheiros como agressores em 61,5% das situações, seguidos de ex-maridos/companheiros, em 15,4%⁴⁴.

No que concerne às tipologias de VCM, estudo

de revisão detectou predomínio de violência física (87,5%)⁴⁵. Essa violência pode ser definida pelas condições em que um indivíduo exerce poder sobre o outro, gerando danos por meio de força física ou armas⁴⁶.

Outra tipologia verificada foi a violência sexual, que é definida pelos atos ou tentativas sexuais indesejadas e forçadas, praticadas por conhecidos ou não, incluindo os estupros na relação conjugal e em situações de guerra⁴⁶. No Brasil, pesquisa sinaliza o expressivo número de estupros anualmente, correspondendo a 527 mil casos, dos quais apenas 10% são notificados e 89% das vítimas são do sexo feminino⁴⁷.

Quanto à violência psicológica, autor lembra que o agressor, antes de agredir fisicamente, reduz a autoestima da mulher, a fim de que ela aceite as agressões⁴⁸. Essa tipologia compreende os atos ou omissões que geram danos emocionais, psicológicos ou de identidade à vítima⁴⁶. Diante disso, autores alertam que uma mesma mulher, no último triênio de sua vida, pode ser vítima de 490 episódios de violência psicológica³⁹.

No que se refere ao agressor, produção científica observou que 70,8% dos homens faziam uso concomitante de substâncias, prevalecendo o uso de álcool em 60% dos casos, mas também associado a alguma droga em 7,7%, como maconha, crack e cocaína⁴⁴. Esse achado aproxima-se dos achados do estudo em tela.

Em se tratando das medidas adotadas pelas vítimas, percebeu-se que os resultados da revisão se assemelham aos de um estudo de coorte, no qual as mulheres procuraram instituições religiosas (25,4%), serviços de saúde (27,1%), delegacias de polícia (56,6%), amigos e familiares (57,6%). Nessa direção, pondera-se a importância da rede social primária como forma de enfrentamento nos casos de VCM⁴⁰. Com relação às Delegacias de Defesa da Mulher (DDM), em especial, a Política Nacional de Enfrentamento da VCM reforça que esses serviços precisam propor um trabalho articulado em rede, considerando os diferentes níveis de atenção no combate à violência⁴⁹.

Os danos à saúde física e mental causados pela violência são, por vezes, irreversíveis e irreparáveis. Nesse sentido, esta revisão verificou a presença de transtornos mentais devido à violência. Outra revisão indicou que as mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo comumente sofrem depressão (73,7%) e transtornos de estresse

pós-traumático (52,6%). Em menor prevalência, também apresentam humor depressivo-ansioso, sintomas somáticos, decréscimo da energia vital e pensamentos depressivos⁵.

As consequências ginecológicas observadas na presente revisão corroboram os resultados de estudo⁴². Nessa pesquisa, identificou-se a ocorrência de contaminação por infecções sexualmente transmissíveis, abortos ilegais, perda da libido, sangramento vaginal, irritação vaginal, infecção no trato urinário e dor pélvica.

Além disso, pode-se observar que, mesmo buscando atendimento em saúde, muitas mulheres acabam indo a óbito. Diante disso, o Mapa da Violência de 2015 exibiu o aumento de 21,0% de óbitos, entre os anos de 2003 e 2013, sendo que, em 2003, foram contabilizados 3.937 homicídios de mulheres, representando 13 mortes diárias⁵⁰.

CONCLUSÃO

Ao analisar os resultados desta revisão, é possível traçar o perfil, os fatores de risco e a prevalência da VCM. Com isso, infere-se que os achados podem fornecer subsídios para o enfrentamento desse agravo. Ao mesmo tempo, considera-se que os achados podem contribuir para que os profissionais e estudantes da saúde identifiquem possíveis vítimas de VCM e forneçam uma assistência em saúde mais sensível e humanizada às suas demandas.

Sendo um fenômeno transcultural, transnacional e que afeta a todas as classes e grupos, a VCM precisa ser reconhecida para que possa ser combatida. Nesse sentido, o combate à violência é longo e árduo. Contudo, a partir de evidências científicas sobre o tema é possível traçar estratégias de enfrentamento e suporte às mulheres. Posto isso, salienta-se a importância da criação e implementação de protocolos e fluxos de atendimento em saúde e sinaliza-se a necessidade de a rede intersetorial estar articulada e agir de maneira conjunta para atender integralmente esse público.

CONTRIBUIÇÃO DAS AUTORAS

Letícia Barbosa Dias e **Lisie Alende Prates** contribuíram com a realização da pesquisa, o delineamento do estudo, a redação e a revisão crítica do manuscrito. **Luiza Cremonese** contribuiu com a redação e a revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
2. Silva EB, Padoin SMM, Vianna LAC. Mulher em situação de violência: limites da assistência. Ciênc Saúde Colet [serial on the internet]. 2015 [cited 2020 Aug 20];20(1):249-58. Available from: https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n1/pt_1413-8123-csc-20-01-00249.pdf
3. Lucena KDT, Deininger LSC, Coelho HFC, Monteiro ACC, Vianna RPT, Nascimento JA. Análise do ciclo da violência doméstica contra a mulher. J Hum Growth Dev [serial on the internet]. 2016 [cited 2020 Aug 20];26(2):139-46. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v26n2/pt_03.pdf
4. Brasil. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
5. Santos AG, Monteiro CFS, Feitosa CDA, Veloso C, Nogueira LT, Andrade EMLR. Tipos de transtornos mentais não psicóticos em mulheres adultas violentadas por parceiro íntimo: uma revisão integrativa. Rev Esc Enferm USP [serial on the internet]. 2018 [cited 2020 Aug 20];52: e03328. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v52/0080-6234-reeusp-52-e03328.pdf>
6. Brasil. Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018.
7. Paula CC, Padoin SMM, Galvão CM. Revisão integrativa como ferramenta para tomada de decisão na prática em saúde. In: Lacerda MR, Costenaro RGS, editores. Metodologia da pesquisa para enfermagem e saúde: da teoria à prática. Porto Alegre: Moriá; 2015.
8. Hesler LZ, Costa MC, Resta DG, Colomé ICS. Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. Rev gaúch enferm [serial on the internet]. 2013 [cited 2021 June 15];34(1):180-6. Available from: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/MWVc63psXP36k7CKSP4YSzp/?format=pdf&lang=pt>
9. Audi CAF, Segall-Corrêa AM, Santiago SM, Andrade MGG, Pérez-Escamilla R. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. Rev saúde pública [serial on the internet]. 2008 [cited 2021 June 15];42(5):877-85. Available from: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/QvwtF5QsG4JGJmwL9T8rZbL/?format=pdf&lang=pt>
10. Rafael RMR, Moura ATMS. Violência física grave entre parceiros íntimos como fator de risco para inadequação no rastreamento do câncer de colo de útero. Cad saúde pública [serial on the internet]. 2017 [cited 2021 June 15];33(12). Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/vwhTTVYVzPBjGGPLW3WRRjM/?format=pdf&lang=pt>
11. Rosa AS, Brêtas ACP. A violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo, Brasil. Interface (Botucatu) [serial on the internet]. 2015 [cited 2021 June 15];19(53):275-85. Available from: <https://www.scielo.br/j/icse/a/8T6c9LN8dqCzSJRfYypZDbT/?lang=pt&format=pdf>
12. Sanchotene IP, De Antoni C, Munhós AAR. MARIA, MARIA: concepções sobre ser mulher em situação de rua. Textos contextos (Porto Alegre) [serial on the internet]. 2019 [cited 2021 June 15];18(1):146-60. Available from: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/29297/18804>
13. Souza MRR, Oliveira JF, Chagas MCG, Carvalho ESS. Gênero, violência e viver na rua: vivências de mulheres que fazem uso problemático de drogas. Rev gaúch enferm [serial on the internet]. 2016 [cited 2021 June 15];37(3):e59876. Available from: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/YwcqKKkVhvySMGk83fbXpGj/?format=pdf&lang=pt>
14. Marinheiro ALV, Vieira EM, Souza L. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. Rev saúde pública [serial on the internet]. 2006 [cited 2021 June 15];40(4):604-10. Available from: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/4579MXXY4FcHVZYKXD6w9Jv/?format=pdf&lang=pt>
15. Moura LBA, Gandolfi L, Vasconcelos AMN, Pratesi R. Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF. Rev saúde pública [serial on the internet]. 2009 [cited 2021 June 15];43(6):944-53. Available from: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/S6rvQ6pZ5CYjSLD5MkXcZhS/?format=pdf&lang=pt>
16. Silva IV. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. Cad saúde pública [serial on the internet]. 2003 [cited 2021 June 15];19(suppl 2):S263-72. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/kWB7RdzH57VCHxGkDBxbf5w/?format=pdf&lang=pt>
17. Ferreira VP, Silva MA, Noronha Neto C, Falbo Neto GH, Chaves CV, Bello RP. Prevalência e fatores associados à violência sofrida em mulheres encarceradas por tráfico de drogas no Estado de Pernambuco, Brasil: um estudo transversal. Ciênc Saúde Colet [serial on the internet]. 2014 [cited 2021 June 15];19(7):2255-64. Available

from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/44ZXP5fDqWdYP4xNr5Ys5wt/?lang=pt&format=pdf>

18. Kronbauer JFD, Meneghel SN. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. Rev saúde pública [serial on the internet]. 2005 [cited 2021 June 15];39(5):695-701. Available from: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/spsP4pVmDtSt7N5VGXWY5Wc/?format=pdf&lang=pt>

19. Ceccon RF, Meneghel SN. HIV e violência contra mulheres: estudo em município com alta prevalência de Aids no Sul do Brasil. Rev Panam Salud Publica [serial on the internet]. 2015 [cited 2021 June 15];37(4/5):287-92. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015000400015

20. Leite FMC, Amorim MHC, Wehrmeister FC, Gigante DP. Violência contra a mulher em Vitória, Espírito Santo, Brasil. Rev saúde pública [serial on the internet]. 2017 [cited 2021 June 15];51:33. Available from: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/FgqPNLYMTBgfvZMHK8zbTxw/?format=pdf&lang=pt>

21. Silva JMM, Lima MC, Ludermit AB. Intimate partner violence and maternal educational practice. Rev saúde pública [serial on the internet]. 2017 [cited 2021 June 15];51(34). Available from: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/jxKW4rFWBCJRY3cZXCv85Ps/?format=pdf&lang=pt>

22. Miranda MPM, de Paula CS, Bordin IA. Violência conjugal física contra a mulher na vida: prevalência e impacto imediato na saúde, trabalho e família. Rev Panam Salud Publica [serial on the internet]. 2010 [cited 2021 June 15];27(4):300-8. Available from: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2010.v27n4/300-308/#ModalArticles>

23. Bruschi A, Paula CS, Bordin IAS. Prevalência e procura de ajuda na violência conjugal física ao longo da vida. Rev saúde pública [serial on the internet]. 2006 [cited 2021 June 15];40(2):256-64. Available from: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/SRg6Lps7G87x53nMGS8frJv/?format=pdf&lang=pt>

24. Oliveira JB, Lima MCP, Simão MO, Cavariani MB, Tucci AM, Florence KC. Violência entre parceiros íntimos e álcool: prevalência e fatores associados. Rev Panam Salud Publica [serial on the internet]. 2009 [cited 2021 June 15];26(6):494-501. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892009001200004

25. Adeodato VG, Carvalho RR, Siqueira VR, Souza FGM. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros Rev saúde pública [serial on the internet]. 2005 [cited 2021 June 15];39(1):108-13. Available from: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/kbLB4v3hdrn3fCvDfrKv3Hx/?format=pdf&lang=pt>

26. Vasconcelos Neto PJA, Moreira RS, Oliveira Júnior FJM, Ludermit AB. Tentativa de suicídio, transtorno de estresse pós-traumático e fatores associados em mulheres do Recife. Rev bras epidemiol [serial on the internet]. 2020 [cited 2021 June 15];23:e200010. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/RLhTKKbDZgWR9Z9Tgs9Ltg/?lang=pt&format=pdf>

27. Rodríguez-Borrego MA, Vaquero-Abellán M, Rosa LB. Estudo transversal sobre fatores de risco de violência por parceiro íntimo entre enfermeiras. Rev latinoam enferm [serial on the internet]. 2012 [cited 2021 June 15];20(1):11-8. Available from: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/VxMmVGLsRLxG3kXZZ6bqT3g/?lang=pt&format=pdf>

28. Marcacine KO. Intimate partner violence among postpartum women: associated factors. Rev bras enferm [serial on the internet]. 2018 [cited 2021 June 15];71(suppl 3):1306-12. Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/cQWr9dJtpfytMvYsNHMcTxw/?lang=en&format=pdf>

29. Santos AG, Monteiro CFS. Domains of common mental disorders in women reporting intimate partner violence. Rev latinoam enferm (Online) [serial on the internet]. 2018 [cited 2021 June 15];26:e3099. Available from: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/fcFq3MbHTWVNSYMFVKgMBwg/?format=pdf&lang=en>

30. Fonseca-Machado MO, Alves LC, Haas VJ, Monteiro JCS, Gomes-Sponholz F. Sob a sombra da maternidade: gravidez, ideação suicida e violência por parceiro íntimo. Rev Panam Salud Publica [serial on the internet]. 2015 [cited 2021 June 15];37(4/5):258-64. Available from: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/8376/v37n4-5a11.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

31. Vieira EM, Perdona GSC, Santos MA. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. Rev saúde pública [serial on the internet]. 2011 [cited 2021 June 15];45(4):730-7. Available from: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/5938GC5pywcKDy7X5K4GGgF/?format=pdf&lang=pt>

32. Zaleski M, Pinsky I, Laranjeira R, Ramisetty-Mikler S, Caetano R. Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool. Rev saúde pública [serial on the internet]. 2010 [cited 2021 June 15];44(1):53-9. Available from: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/dPPY6gJNmncWf4bMXbHX5Ky/?format=pdf&lang=pt>

33. Reichenheim ME, Dias AS, Moraes CL. Co-ocorrência de violência física conjugal e contra filhos em serviços de saúde. Rev saúde pública [serial on the internet]. 2006 [cited 2021 June 15];40(4):595-603. Available from: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/Vf5wS5YMrJ5RCpfBJRrGrhG/?lang=pt&format=pdf>

34. Instituto de Pesquisa DataSenado. Violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília (DF): Senado Federal; 2017.

35. Oliveira MT, Samico I, Ishigami ABM, Nascimento RMM. Violência intrafamiliar: a experiência dos profissionais de saúde nas Unidades de Saúde da Família de São Joaquim do Monte, Pernambuco. Rev bras epidemiol [serial on the internet]. 2012 [cited 2020 Sept 12];15(1):166-78. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v15n1/15.pdf>

36. Rodrigues EAS, Tavares R, Melo VH, Silva JM, Melo EM. Violência e Atenção Primária à Saúde: percepções e vivências de profissionais e usuários. Saúde debate [serial on the internet]. 2018 [cited 2020 Sept 12];42(n. esp.):55-66. Available from: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sdeb/v42nspe4/0103-1104-sdeb-42-spe04-0055.pdf

37. Pedrosa CM, Spink MJP. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. Saúde Soc [serial on the internet]. 2011 [cited 2021 Jan 06];20(1):124-35. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n1/15.pdf>

38. Aguiar FAR, Dourado JVL, Cavalcanti LF, Vieira LJES, Ferreira Júnior ARF, Silva RM, et al. Formação profissional e atenção a mulher vítima de violência sexual: revisão integrativa. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2020 [cited 2021 Jan 06];19(2):57-68. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1476/732>

39. Oliveira CAB, Alencar LN, Cardena RR, Moreira KFA, Pereira PPS, Fernandes DER. Perfil da vítima e características da violência contra a mulher no estado de Rondônia – Brasil. Rev cuid [serial on the internet]. 2019 [cited 2020 Sept 22];10(1). Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v10n1/2346-3414-cuid-10-1-e573.pdf>

40. Silva RA, Araujo TVB, Valongueiro S, Ludermit AB. Enfrentamento da violência infligida pelo parceiro íntimo por mulheres em área urbana da região Nordeste do Brasil. Rev saúde pública [serial on the internet]. 2012 [cited 2020 Sept 18];46(6):1014-22. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n6/ao3594.pdf>

41. Viana AL, Lira MOSC, Vieira MCA, Sarmiento SS, Souza APL. Violência contra a mulher. Rev enferm UFPE on line [serial on the internet]. 2018 [cited 2020 Sept 18];12(4):923-9. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/110273/28639>

42. Baigorria J, Warmling D, Neves CM, Delziovo CR, Coelho EBS. Prevalência e fatores associados da violência sexual contra a mulher: revisão sistemática. Rev salud pública [serial on the internet]. 2017 [cited 2020 Sept 22];19(6).

Available from: <https://www.scielo.org/pdf/rsap/2017.v19n6/818-826/pt>

43. Taquette SR, Vilhena MM. Uma contribuição ao entendimento da iniciação sexual feminina na adolescência. Psicol estud [serial on the internet]. 2008 [cited 2020 Sept 22];13(1):105-14. Available from: <https://scielo.br/pdf/pe/v13n1/v13n1a12.pdf>

44. Madureira AB, Raimondo ML, Ferraz MIR, Marcovicz GV, Labronici LM, Mantovani MF. Perfil de homens autores de violência contra mulheres detidos em flagrante: contribuições para o enfrentamento. Esc Anna Nery Rev Enferm [serial on the internet]. 2014 [cited 2020 Sept 20];18(4):600-6. Available from: http://www.revistaenfermagem.eean.edu.br/2017/detalhe_artigo.asp?id=1240

45. Duarte MC, Fonseca RM, Souza V, Pena ED. Gender and violence against women in nursing literature: a review. Rev bras enferm [serial on the internet]. 2015 [cited 2020 Sept 20];68(2):325-32. Available from: https://www.scielo.br/pdf/reben/v68n2/en_0034-7167-reben-68-02-0325.pdf

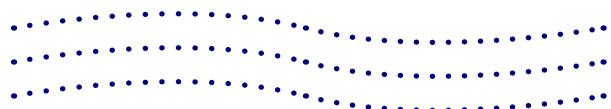
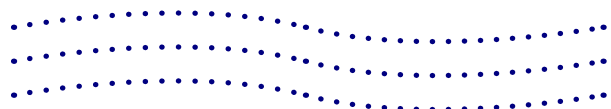
46. Brasil. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

47. Cerqueira D, Coelho DSC. Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde (versão preliminar). Brasília (DF): Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2014.

48. Miller L. Protegendo as mulheres da violência doméstica. Seminário de treinamento para juizes, procuradores, promotores e advogados no Brasil. 2ª ed. Brasília (DF): Tahirid Justice Center; 2002.

49. Machado DF, Almeida MAS, Dias A, Bernardes JM, Castanheira ERL. Violência contra a mulher: o que acontece quando a Delegacia de Defesa da Mulher está fechada? Ciênc Saude Colet [serial on the internet]. 2020 [cited 2020 Oct 15];25(2):483-94. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n2/1413-8123-csc-25-02-0483.pdf>

50. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil. Brasília (DF): Flacso; 2015.



CONDIÇÃO DE SAÚDE DAS MULHERES NO SISTEMA CARCERÁRIO BRASILEIRO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

WOMEN'S HEALTH CONDITION IN THE BRAZILIAN PRISON SYSTEM: A LITERATURE REVIEW

CONDICIÓN DE SALUD DE LAS MUJERES EN EL SISTEMA CARCELARIO BRASILEÑO: REVISIÓN DE LA LITERATURA

Gabriele de Brito Braga ¹Diogo Henrique Tavares ²Lieni Fredo Herreira ³Vanda Maria da Rosa Jardim ⁴Beatriz Franchini ⁵**Como Citar:**

Braga GB, Tavares DH, Herreira LF, Jardim VMR, Franchini B. Condição de saúde das mulheres no sistema carcerário brasileiro: uma revisão de literatura. Sanare (Sobral, Online). 2021;20(1):115-130.

Palavras-chave:

Mulheres; Prisões; Saúde; Brasil; Privação de liberdade.

Keywords:

Prisons; Health; Brazil; Deprivation of liberty.

Palabras clave:

Mujeres; Cárcenes; Salud; Brasil; Privación de libertad.

Submetido:

24/10/2020

Aprovado:

21/06/2021

Autor(a) para Correspondência:

Gabriele de Brito Braga
E-mail: gabriele19brito@gmail.com

RESUMO

Objetivou-se, no presente estudo, conhecer as condições de saúde das mulheres privadas de liberdade no Brasil, a partir de uma revisão da literatura científica, por intermédio de revisão integrativa em bancos de dados científicos: SciELO, PubMed, Portal da CAPES e Google acadêmico. Os descritores utilizados foram: mulheres (AND) Prisões (AND) Saúde. Após aplicar os critérios de inclusão e exclusão, fez-se a leitura dos artigos e o preenchimento de uma tabela no Excel para analisar os dados. Foram selecionados 36 artigos dentre o período de 2014 a 2019, que tratavam de temas referentes ao perfil epidemiológico das mulheres que cumprem pena no Brasil; saúde ginecológica; saúde mental e acesso à saúde no sistema prisional. O sistema carcerário brasileiro aprisiona, majoritariamente, mulheres negras e pobres, por crime de tráfico de drogas; não proporciona acesso à saúde em diversos contextos vivenciados pela mulher; trata com descaso questões referentes à prevenção e promoção de saúde para Infecções Sexualmente Transmissíveis e saúde mental; e não garante acompanhamento da mulher no período gestacional, conforme a Política de Saúde da Mulher preconiza.

1. Bacharel em Enfermagem. Enfermeira do Hospital Militar de Área de Porto Alegre/RS. E-mail: gabriele19brito@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2484-2283>

2. Bacharel em Enfermagem. Mestre em Ciências. Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPel. E-mail: enf.diogotavares@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0961-6421>

3. Bacharel em Enfermagem. Mestre em Ciências. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPel. E-mail: lienierreiraa@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2069-3839>

4. Bacharel em Enfermagem. Docente da Universidade Federal de Pelotas. E-mail: vandamrjardim@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8320-4321>

5. Bacharel em Enfermagem. Docente da Universidade Federal de Pelotas. E-mail: beatrizfranchini@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3122-7091>

ABSTRACT

The objective of this study was to understand the health conditions of women deprived of liberty in Brazil, based on a scientific literature review, by means of an integrative review of scientific databases: SciELO, PubMed, CAPES Portal and Google Scholar. The descriptors used were: Women (AND) Prisons (AND) Health. After applying the inclusion and exclusion criteria, the articles were read and a table was filled in Excel to analyze the data. Thirty-six articles were selected from 2014 to 2019, which dealt with themes related to the epidemiological profile of women who are serving sentences in Brazil; gynecological health; mental health; and access to health in the prison system. The Brazilian prison system imprisons black and poor women for the crime of drug trafficking. It does not provide access to health in different contexts experienced by women, it treats with disregard issues related to the prevention and promotion of health for Sexually Transmitted Infections and mental health, and does not guarantee monitoring women during pregnancy, as recommended by the Women's Health Policy.

RESUMEN

Se ha objetivado, en el presente estudio, conocer las condiciones de salud de las mujeres privadas de libertad en Brasil, a partir de una revisión de la literatura científica, por intermedio de revisión integrativa en las bases de datos científicos: SciELO, PubMed, Portal de CAPES y Google académico. Los descriptores utilizados fueron: mujeres (AND) cárceles (AND) salud. Pasada la aplicación de los criterios de inserción y exclusión, se hizo la lectura de los artículos y el relleno de una tabla en Excel para analizar los datos. Fueron seleccionados 36 artículos entre el período de 2014 y 2019, que trataban de temas referentes al perfil epidemiológico de las mujeres que cumplen la pena en Brasil; salud ginecológica, salud mental y acceso a la salud en el sistema carcelario. El sistema carcelario brasileño, en su mayoría, encarcela mujeres negras y pobres, por crimen de narcotráfico. No proporciona acceso a la salud en diversos contextos vividos por la mujer, trata con descuido cuestiones referentes a la prevención y promoción de salud para Infecciones Sexualmente transmisibles y salud mental, y no garantiza acompañamiento de la mujer en el embarazo conforme la Política de Salud de la mujer propone.

.....

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) norteia-se pelos princípios da universalidade, integralidade, equidade e controle social, devendo atender a todo cidadão brasileiro. Considera-se, nesse sentido, que pessoas privadas de liberdade são dotadas de direitos e também devem obter acesso à saúde assegurado pelo Estado^{1,2}.

Em 2003, foi criado o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), resultado da parceria entre os Ministérios da Saúde e da Justiça. Esse plano foi instituído para sistematizar o acesso da população, sob a tutela do Estado, aos serviços e ações do SUS em unidades penitenciárias, colônias agrícolas, hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico³.

A Portaria n.º 1 de 2 janeiro de 2014 instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), no âmbito do SUS, e tem como proposta assegurar o acesso à saúde das pessoas privadas de liberdade, garantindo que o SUS abarque o cuidado

integral dessa parcela da população⁴. Assim, a atenção à saúde prisional passa a fazer parte da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS.

Os cuidados à população privada de liberdade podem ser realizados pela equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) do território em que a casa prisional se localiza ou por uma Equipe de Saúde no Sistema Prisional (ESP). As unidades prisionais devem estar organizadas na RAS e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)⁴.

Quando quem está privado de liberdade é a população feminina, mulheres vulneráveis (pobres, negras e periféricas), observa-se que ocorre certa negação dos direitos à saúde, por mais que estejam assegurados por lei. Se comparadas a população privada de liberdade e mulheres livres, poder-se-á vislumbrar que o acesso é mais precarizado para a população apenada, isso ocorre em virtude das insuficientes ou inadequadas ações de saúde voltadas à população privada de liberdade⁵.

O período da privação de liberdade não somente

pode, como deve oportunizar promoção, prevenção e tratamento de saúde das mulheres privadas de liberdade, todavia esse movimento não se sucede. Ao abandonarem o sistema carcerário, elas apresentam morbidades físicas e mentais adquiridas no período do cumprimento da pena ou deixam o cárcere tendo seus problemas de saúde pré-existentes agravados⁶. Por essas razões que, apesar do sistema carcerário ser o espaço em que o Estado pune o indivíduo enfaticamente pelo não cumprimento das regras sociais, também é o lugar de cuidado e de garantias fundamentais e direitos humanos. Quando a pessoa adentra o sistema, tem o dever do cumprimento da pena, entretanto não fica desprotegida de seus direitos de cidadã.

O direito de acesso à prevenção, promoção e tratamento em saúde permanece e deve ser garantido pelo Estado brasileiro, e não pensar em estratégias de saúde específicas para essa população pode impactar negativamente a saúde pública. Nesse sentido, considerando o exposto, este estudo tem como objetivo conhecer as condições de saúde das mulheres privadas de liberdade no Brasil, a partir de uma revisão da literatura científica.

METODOLOGIA

Estudo do tipo revisão integrativa (RI) de literatura, em que a realização é importante não só para o desenvolvimento de políticas, protocolos e procedimentos, mas de pensamento crítico⁷. Os processos embarcados na realização da revisão integrativa compreendem: elaboração da pergunta norteadora, busca ou amostragem na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação do estudo⁸. Desse modo, tem-se como questão norteadora: “Quais são as condições de saúde da população feminina privada de liberdade no Brasil?”.

A coleta de dados ocorreu no período entre agosto e setembro de 2019. Foram usados os descritores extraídos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): saúde, mulheres e prisões, com o booleano AND, unicamente, em 3 idiomas (português, inglês e espanhol). Foram incluídas publicações de 2014 a 2019 (em razão da instituição da PNAISP), nas seguintes bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Publisher Medline* (PUBMED), Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

(CAPES) e Google Acadêmico.

Considerando que a CAPES é um Portal para acesso de diversas bases de dados e periódicos de universidades brasileiras e internacionais, foi utilizada para encontrar estudos não indexados na Scielo.org, no Google Acadêmico e na PUBMED. Para a utilização do Portal da CAPES, foram seguidos os passos: seção “busca por assunto”, “busca avançada”, descrição de estratégia de busca – sem demarcar os filtros disponíveis, o que permitiu a investigação ampliada.

Dentre os critérios de inclusão que orientaram a seleção, estão: artigos originais, publicação completa (em português, inglês e espanhol) e artigos que tratassem somente da temática da saúde das mulheres privadas de liberdade no Brasil.

Na primeira etapa, utilizando-se os descritores, foi obtido o resultado de 1.030 artigos. Com a realização da leitura dos títulos e resumos e aplicando os critérios preestabelecidos, foram excluídos 943 artigos que não condiziam com a proposta e 44 que estavam publicados em mais de uma base de dados.

No Google Acadêmico foram encontradas 990 publicações, sendo 943 excluídas por não atenderem aos critérios elencados e 23 duplicatas, restando 27 artigos. Na SciELO, encontraram-se 22 artigos, sendo 11 duplicatas e um que não se enquadrava nos critérios elencados, sendo selecionados dez estudos. Já no portal da CAPES foram encontrados nove artigos, sendo sete encontrados nos bancos de dados, restando dois artigos. Na base da PUBMED foram encontrados nove artigos, sendo cinco duplicatas, restando quatro artigos nessa base. Foi preenchida uma tabela, no programa Excel, contendo as seguintes colunas para preenchimento de dados: título, autores, periódico, página, volume, ano de publicação, endereço eletrônico, método, resumo e resultados. Com ela, fez-se uma primeira análise dos estudos encontrados.

Após a aplicação dos critérios para a seleção, restaram 43 artigos, sendo dez (23,25%) na base SciELO, dois (4,65%) no portal da CAPES, quatro (9,30%) na PUBMED e 27 (62,79%) no Google Acadêmico. Na etapa seguinte foi realizada a leitura completa dos estudos selecionados para identificar os que respondiam à questão norteadora da pesquisa.

Com a leitura completa dos artigos foi possível identificar sete revisões de literatura que foram excluídas do banco de artigo e do processo de

análise e discussão deste trabalho. Somaram-se, ao todo, 36 artigos científicos. Na etapa final, os estudos foram agrupados por temática, para a realização das discussões.

RESULTADOS

Com a estratégia de busca foram selecionados 36 estudos para esta revisão. No Quadro 1 é apresentado um detalhamento dos artigos selecionados na RI.

Quadro 1. Detalhamento dos artigos selecionados para a RI.

Título	Objetivo	Periódico e ano	Abordagem
Distorção e insatisfação da imagem corporal em mulheres encarceradas ⁹	Estimar a prevalência da distorção e da insatisfação com a Imagem Corporal e identificar seus fatores associados numa população de mulheres encarceradas em regime fechado.	Revista de Nutrição, 2019	Censo
Filhos do cárcere: representações sociais de mulheres sobre parir na prisão ¹⁰	Compreender as representações sociais de gestantes e puérperas encarceradas sobre o parir na prisão.	Interface – Comunicação Saúde, Educação, 2019	Qualitativa
Saúde sexual e saúde reprodutiva no cárcere: Uma discussão necessária para garantia de direitos das mulheres privadas de liberdade ¹¹	Discutir o acesso à saúde sexual e reprodutiva das mulheres em privação de liberdade, a partir dos direitos sexuais e reprodutivos, numa perspectiva interseccional de gênero.	Revista Catarinense de História, 2019	Qualitativa
Promoção do aleitamento materno no sistema prisional a partir da percepção de nutrizes encarceradas ¹²	Desvelar a promoção do aleitamento materno no sistema prisional, a partir da percepção de nutrizes encarceradas, à luz da estrutura dos sistemas abertos de Imogene King.	Texto e Contexto -Enfermagem, 2018	Qualitativa
Common mental disorder among incarcerated women: a study on prevalence and associated factors ¹³	Analisar a prevalência e os fatores associados ao transtorno mental comum entre mulheres encarceradas.	Revista Ciência & Saúde Coletiva, 2018	Estudo transversal
O impacto da prisão na saúde mental dos presos do Estado do Rio de Janeiro, Brasil ¹⁴	Analisar as condições de saúde mental dos presos e custodiados do Estado do Rio de Janeiro e sua relação com o aprisionamento, através da análise de escala de depressão e do Inventário de Sintomas de Estresse.	Revista Ciência & Saúde Coletiva, 2016	Quantitativa

Título	Objetivo	Periódico e ano	Abordagem
Diagnósticos de Enfermagem de mães encarceradas ¹⁵	Identificar os Diagnósticos de Enfermagem de nutrízes em privação de liberdade pela Taxonomia II da NANDA-I.	Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2018	Quantitativa
Infopen Mulheres de 2014 e 2018: Desafios para a Pesquisa em Psicologia ¹⁶	Analisar comparativamente os Levantamentos Nacionais de Informações Penitenciárias das Mulheres, de 2014 e 2018, com a finalidade de mapear e problematizar questões e desafios pertinentes à pesquisa psicológica.	Psicologia: Ciência e Profissão, 2018	Análise documental
Saúde como direito: aparatos legais e estrutura da atenção no sistema prisional de Mato Grosso ¹⁷	Identificar e descrever em quais aparatos legais se ampara e como se configura a atenção à saúde como direito das pessoas privadas de liberdade em Mato Grosso.	Revista Direitos, Trabalho e Política Social, 2018 (Revista no campo do Direito)	Qualitativa
Dificuldades das mulheres privadas de liberdade no acesso aos serviços de saúde ¹⁸	Conhecer como se dá o acesso aos serviços de saúde pelas reeducandas de uma cadeia pública.	Revista Brasileira em Promoção da Saúde, 2018	Qualitativa
Eficácia de ação educativa com reeducandas de cadeia pública de Mato Grosso sobre o vírus HPV ¹⁹	Analisar o impacto de ação educativa realizada com reeducandas de Cadeia Pública Feminina de Mato Grosso	Revista Saúde e Pesquisa, 2018	Estudo experimental
Avaliação do conhecimento de reeducandas de cadeia pública de Mato Grosso sobre o câncer de mama e câncer de colo do útero ²¹	Avaliar o conhecimento de reeducandas sobre câncer de mama e colo do útero a fim de instrumentalizá-las por meio da educação em saúde.	Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção, 2018	Estudo experimental
Mulheres encarceradas: perfil, sexualidade e conhecimento sobre infecções sexualmente transmissíveis ²²	Investigar as experiências relacionadas à sexualidade e o conhecimento sobre a transmissão de infecções sexualmente transmissíveis de mulheres encarceradas.	Revista UNINGÁ, 2017	Quantitativa
Maternidade na Prisão: consequências do sistema carcerário ²³	Elucidar sobre a atual situação das mães e grávidas detentas no sistema penitenciário brasileiro, em especial na cidade de Juiz de Fora – MG.	Jornal Eletrônico das FIVJ, 2017	Observação direta

Título	Objetivo	Periódico e ano	Abordagem
Saúde de mulheres no climatério em sistema prisional ²⁴	Identificar sinais, sintomas e problemas que afetam a saúde, nos relatos de mulheres que passam pelo período do climatério, quando se encontram privadas de liberdade.	Cogitare Enfermagem, 2017	Qualitativa
Circulação e consumo de drogas em uma penitenciária feminina: percepções de uma equipe de saúde prisional ²⁵	Analisar a percepção de uma equipe de saúde prisional quanto à circulação e ao consumo de drogas feitos por mulheres privadas de liberdade em uma penitenciária.	Saúde em Debate, 2017	Qualitativa
Prevalence of syphilis and HIV infection during pregnancy in incarcerated women and the incidence of congenital syphilis in births in prison in Brazil ²⁶	Estimar a prevalência de infecção de sífilis e HIV na gravidez, transmissão vertical de sífilis e incidência de sífilis congênita em filhos de mulheres encarceradas no Brasil, comparar as taxas com aquelas observadas em gestantes não encarceradas e verificar os fatores maternos associados à sífilis gestacional em mulheres encarceradas e não encarceradas, por meio dos dados de dois inquéritos nacionais realizados entre 2011 e 2014.	Cadernos de Saúde Pública, 2017	Censo
Saúde mental de mulheres encarceradas em um presídio do estado do Rio de Janeiro ²⁷	Identificar los factores relacionados con la salud mental de las mujeres en una prisión en el estado de Río de Janeiro.	Texto e Contexto -Enfermagem, 2017	Qualitativa
A saúde física de mulheres privadas de liberdade em uma penitenciária do estado do Rio de Janeiro ²⁸	Identificar fatores que interferem na saúde física de mulheres encarceradas numa instituição prisional no Estado do Rio de Janeiro.	Escola Anna Nery, 2017	Qualitativa

Título	Objetivo	Periódico e ano	Abordagem
Trajetórias de mulheres privadas de liberdade: práticas de cuidado no reconhecimento do direito à saúde no Centro de Referência de Gestantes de Minas Gerais ²⁹	Analisar a trajetória de cuidado de mulheres de um Centro de Referência a Gestantes Privadas de Liberdade (CRGPL), no que concerne às práticas dos trabalhadores no reconhecimento do direito à saúde e integralidade do cuidado.	Revista de Saúde Coletiva, 2016	Observação direta
Nascer na prisão: gestação e parto atrás das grades no Brasil ³⁰	Traçar o perfil da população feminina encarcerada que vive com seus filhos em unidades prisionais femininas das capitais e regiões metropolitanas do Brasil, bem como as condições e as práticas relacionadas à atenção à gestação e ao parto durante o encarceramento.	Revista Ciência & Saúde Coletiva, 2016	Censo
Inquérito sobre condições de saúde de mulheres encarceradas ³¹	Avaliar o perfil sociodemográfico e as condições de saúde de mulheres encarceradas. Método: Estudo transversal com 1.013 mulheres, realizado em penitenciária feminina.	Saúde em Debate, 2016	Estudo transversal
Vulnerabilidades no envolvimento feminino com drogas: um estudo com mulheres em situação de prisão ³²	Descrever elementos de vulnerabilidade no envolvimento feminino com drogas.	Revista Enfermagem Contemporânea, 2016	Qualitativa
Direitos reprodutivos das mulheres no sistema penitenciário: tensões e desafios na transformação da realidade ³³	Identificar e discutir violações e desafios à efetivação dos direitos reprodutivos das mulheres em situação de privação de liberdade, com ênfase na saúde sexual e reprodutiva.	Revista Ciência & Saúde Coletiva, 2016	Descritiva
Perfil socioeconômico e saúde ginecológica de presidiárias ³⁴	Identificar o perfil socioeconômico e ginecológico de mulheres detidas em regime fechado no município de Alfenas, no sul de Minas Gerais.	Revista de Políticas Públicas, 2016	Quantitativa

Título	Objetivo	Periódico e ano	Abordagem
Perfil epidemiológico da população carcerária feminina de vitória da conquista – BA ³⁵	Traçar o perfil epidemiológico da população carcerária feminina do presídio de Vitória da Conquista-BA	Revista Saúde, 2016	Quantitativa
Exame de Papanicolau em mulheres encarceradas ³⁶	Verificar a cobertura do exame de Papanicolau segundo características sociodemográficas e problemas de saúde referidos entre mulheres encarceradas.	Revista Brasileira de Epidemiologia, 2016	Estudo documental
Famílias de mulheres presas, promoção da saúde e acesso às políticas sociais no Distrito Federal, Brasil ³⁷	Discutir as estratégias e os caminhos adotados por familiares de mulheres presas na Penitenciária Feminina do Distrito Federal (PFDF) para a obtenção de direitos e o acesso às políticas públicas.	Revista Ciência & Saúde Coletiva, 2016	Qualitativa
Direitos reprodutivos das mulheres no sistema penitenciário: tensões e desafios na transformação da realidade ³⁸	Identificar e discutir violações e desafios à efetivação dos direitos reprodutivos das mulheres em situação de privação de liberdade, com ênfase na saúde sexual e reprodutiva.	Revista Ciência & Saúde Coletiva, 2016	Qualitativa
Determinantes sociais proximais relacionados ao câncer cervicouterino em mulheres privadas de liberdade ³⁹	Analisar os determinantes sociais de saúde proximais, considerados fatores de risco para a neoplasia cervicouterina, de mulheres privadas de liberdade segundo o nível 2 do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).	Revista Mineira de Enfermagem, 2015	Quantitativa
Vivência da maternidade para presidiárias ⁴⁰	Compreender a vivência da maternidade para presidiárias	Revista Eletrônica de Enfermagem, 2015	Qualitativa
Maternidade atrás das grades: em busca da cidadania e da saúde. Um estudo sobre a legislação brasileira. ⁴¹	Analisar as conexões entre saúde, direitos, legislação e políticas públicas a partir da pesquisa documental realizada no âmbito federal e nos estados do Rio Grande do Sul, Mato Grosso, Paraná e São Paulo, acerca das garantias legais das mulheres e seus filhos que vivem no cárcere.	Cadernos de Saúde Pública, 2015	Qualitativa

Título	Objetivo	Periódico e ano	Abordagem
Consumo de medicação psicotrópica em uma prisão feminina ⁴²	Mapear o uso de medicação psicotrópica em uma prisão feminina identificando os fatores associados ao uso dessas substâncias no contexto prisional.	Revista Psicologia Política, 2015	Qualitativa
Percepção de mulheres privadas de liberdade acerca da assistência à saúde no sistema penitenciário ⁴³	Conhecer a percepção de mulheres privadas de liberdade acerca da assistência à saúde no sistema penitenciário.	Revista Interdisciplinar, 2015	Qualitativa
Saúde sexual e reprodutiva no contexto da prisão: vivências de presidiárias de Salvador-BA ⁴⁴	Compreender a vivência de gestantes e puérperas presidiárias quanto à saúde sexual e reprodutiva no contexto da prisão; traçar o perfil sexual e reprodutivo e identificar as ações e cuidados de enfermagem relacionados.	Revista de Enfermagem Contemporânea, 2015	Qualitativa
Prevalência de sífilis em mulheres do sistema prisional de uma capital do Nordeste brasileiro ⁴⁵	Investigar a prevalência de sífilis e fatores associados em internas na penitenciária feminina de Teresina-PI, Brasil.	Revista Eletrônica de Enfermagem, 2015	Corte transversal

Fonte: Dados da pesquisa.

Os estudos encontrados apresentaram maior concentração de publicações nos seguintes anos: 2015 (21,21% – 7 publicações), 2016 (33,33% – 11 publicações), 2017 (21,21% – 7 publicações), 2018 (24,24% – 8 publicações) e 2019 (9,09% – 3 publicações).

Em relação às áreas do conhecimento científico, têm-se: Enfermagem (35% – 12 publicações), Saúde multidisciplinar (24% – 8 publicações), Saúde Coletiva (14% – 5 publicações), Direito (6% – 4 publicações), Psicologia (6% – 2 publicações), Epidemiologia (4% – 2 publicações), Política Pública (4% – 2 publicações), Saúde Pública (4% – 2 publicações) e História (3% – 1 publicação).

Um pouco mais da metade das publicações, em relação à metodologia investigatória, utilizou abordagens qualitativas, com entrevistas e análise documental (19 artigos). Porém, os estudos de abordagem quantitativa, que incluíram desenhos epidemiológicos, censitários, transversais, cortes transversais, experimentais, hipotéticos/dedutivos e observacionais, estão contidos em 17 publicações.

Pode-se observar que as discussões sobre “acesso à saúde” e “direito reprodutivo” foram os temas mais pesquisados pelos autores, seguidos de “parto, maternidade, aleitamento, câncer de colo de útero, climatério”, “saúde mental, uso de psicotrópicos e drogas ilegais”, “educação em saúde, ISTs”, “perfil epidemiológico e estudo censitário” e, com volume inferior de publicações, estudos com temática de “assistência de enfermagem no cárcere”.

DISCUSSÃO

De acordo com o que foi encontrado e o agrupamento dos dados, a discussão será apresentada a partir das temáticas: 1) Perfil epidemiológico das mulheres privadas de liberdade no Brasil e 2) Direito, acesso à saúde e abandono do Estado^{6,16}.

Perfil epidemiológico das mulheres privadas de liberdade no Brasil

O Brasil é um dos cinco países com maior população carcerária do mundo. Um estudo que descreve a média de pessoas presas a cada 100.000 habitantes, no ano de 2012, revelou que os números brasileiros quase dobram proporcionalmente à média mundial (mundo: 145 presos/100.000 habitantes – Brasil: 274 presos/100.000 habitantes)^{6,16}.

Sobre a população feminina apenada, até o ano de 2013, o Brasil era a quarta maior população do planeta terra. No ranking, os Estados Unidos da América ocupavam o primeiro lugar, com 201.200 mulheres presas; China, 84.600; Rússia, 59.200; e Brasil, 35.596. Em 2014, houve um aumento significativo para em torno de 37.380 presas brasileiras. Entretanto, no levantamento de 2018, foi possível observar valores estatísticos ainda maiores: 42.355 mulheres^{6,10}.

Entre 2014 e 2018, ocorreu um aumento do número de apenadas sem condenação – de 30,1% para 45%⁶ (de 11.214 para cerca de 19.000 mulheres presas sem condenação). Quando se diminui a escala geográfica para os estados da federação brasileira, os dados são ainda mais alarmantes, um exemplo é o Amazonas, em que o número equivalente à ausência de decisão condenatória chegou a 81% das presas¹¹.

Em relação às características da população feminina no cárcere, em 2014, apenas 72% tinham o ensino fundamental e, em 2018, esse índice diminuiu para 66%, sendo que, nos estados de Alagoas e Rio Grande do Norte, o analfabetismo era de 20%. Em 2018, observou-se que a maioria dessas mulheres eram jovens, 62% eram solteiras e 74% delas tinham filhos¹⁶. Dos crimes que resultaram em prisão, nesse mesmo ano (2014): 68% correspondiam ao tráfico de drogas, seguidamente de furtos (9%) e roubos (8%)¹⁶.

Em 2018, 62% das mulheres privadas de liberdade cumpriam pena por tráfico de drogas, roubo (11%) e furto (9%)¹⁶. O tempo total do cumprimento da pena variou: embora 29% da população feminina seja condenada por até 4 anos, somente 7% cumpria pena em regime aberto no ano de 2016¹⁶. Sendo que 41% cumpria pena de 4 a 8 anos. O regime semiaberto contemplava apenas 16% do total da população prisional feminina¹⁶.

A maioria das apenadas são jovens, negras e pobres³⁹. Todavia, a pesquisa realizada em uma

cidade da Bahia evidenciou que aquelas que obtinham algum nível escolar tinham a faixa etária de 18 a 22 anos (52,4%); união estável (42,9%); não concluíram o ensino fundamental (61,9%); atuavam como domésticas (42,9%) e 57,1% presas por crime de tráfico de drogas³⁹.

Direito, acesso à saúde e abandono do Estado

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), o conceito de saúde transcende diversas áreas, tendo em vista que é o “bem-estar físico, mental e social” das pessoas. A saúde está assegurada pela Constituição de 1988, no artigo 196, como direito de todos os indivíduos, sem qualquer distinção¹. Saúde se constitui na cidadania e está estabelecida por meio das políticas públicas, que são decisões interligadas e ações programadas para atender diferentes perfis e necessidades populacionais^{17,40}.

A saúde da população prisional é estabelecida no Plano Nacional de Saúde do Sistema Prisional (PNSSP), o qual preconizava que, para cada 500 presos, deveria existir uma equipe mínima de nível ambulatorial composta por: médico, enfermeiro, dentista, psicólogo, assistente social, auxiliar de enfermagem e atendente de consultório dentário^{4,17}. Em 2014, a PNAISP avançou e determinou que as ações de cuidado teriam de ser ofertadas por equipes multidisciplinares presentes em UBS, e aquelas que não fossem possíveis de serem oferecidas por esses serviços deveriam ser supridas pelas demais da rede de saúde⁵.

Nos casos em que não há serviços de saúde nas instituições prisionais, mulheres apenadas são assistidas por outras unidades da RAS, de preferência pelo serviço anexado ao território do presídio. Entretanto, os indicadores de saúde dessa população revelam que as estratégias de prevenção e promoção de saúde deveriam ser angariadas sob a perspectiva de ações direcionadas à prevenção de doenças transmissíveis (tuberculose, hanseníase e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) – HIV, sífilis e hepatites virais) e tratamento das crônicas não transmissíveis (hipertensão arterial sistêmica e diabetes), dentre outros cuidados de suma importância para a saúde da população prisional, como: imunização, saúde bucal e saúde mental⁴.

A literatura evidencia que o acesso à saúde por parte das mulheres privadas de liberdade é insuficiente e que, além disso, as expõe a vulnerabilidades e agravos à saúde^{5,6,20-41}. Nesse

sentido, essa população tem necessidades de saúde que vão da básica até a alta complexidade, como qualquer outro indivíduo¹². Um estudo revelou que 45% das presidiárias referiram não ter doenças, 7% relataram obter diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica e 23% apontaram outras patologias²⁷.

Apesar das garantias e direitos constitucionais adquiridos à saúde das mulheres privadas de liberdade, na prática, essas pessoas estão desprotegidas da possibilidade de terem acesso às ações de saúde concebidas em sua integralidade. Esse dado evidencia-se a partir dos serviços de saúde que estão ainda mais precarizados e pela falta de ações estratégicas e planos de promoção e prevenção da saúde específicos para pessoas nessas condições¹⁸. As mulheres em privação de liberdade têm diversas necessidades de saúde, precisam de cuidados nos campos da saúde psicológica e física, porém poucas estratégias são articuladas e realizadas. Os problemas em relação aos serviços de saúde penitenciários são muitos, mas, dentre eles, está a carência de recursos humanos⁶⁻²⁵.

As ações de saúde no sistema carcerário ocorrem da seguinte forma: as mulheres, quando adentram os presídios brasileiros, passam por uma avaliação de saúde em que os profissionais investigam doenças pré-existentes e devidas necessidades; levantam-se os principais problemas de saúde, os quais são repassados à direção geral do presídio que, após uma “triagem”, encaminha os casos de urgência para o atendimento com escolta policial. Dessa forma, o que se observa é a ausência de perspectiva para um cuidado integral, das ações de prevenção e promoção de saúde planejadas a partir de indicadores de saúde. As ações são pontuais (caráter de urgência e emergência) e não programadas¹⁸⁻³⁶.

A precarização da assistência atrela-se ao déficit de profissionais, principalmente de médicos, fato gerador da sobrecarga de trabalho da enfermagem. O enfermeiro torna-se referência para as apenadas, ele escuta e articula o acesso das mulheres aos serviços de saúde. Entretanto, devido à demanda exacerbada, muitas vezes não se consegue atender todas aquelas que precisam de assistência em saúde⁴².

Considerando ações específicas de saúde, alguns estudos revelaram que a população tem dificuldades no acesso, principalmente no que tange às ações de prevenção e promoção de saúde sexual, acesso aos medicamentos e às consultas

de pré-natal. Foi observado que as atividades de prevenção, nesse contexto, são restritas a palestras, norteadas por temáticas heterossexuais, o que não contempla as características de muitas mulheres. Esse processo é marcado pela forma que se vislumbra as mulheres nessas condições: uma vez adentrando no sistema carcerário, se é negado o direito à saúde integral garantido pela Constituição. Isso impossibilita o olhar e o cuidado singular, bem como traz consequências negativas à população carcerária^{18,39}.

O acesso aos serviços compreendidos no processo gestacional e puerperal são ainda mais perversos. Das mulheres no sistema, considera-se que em torno de 25% engravidam no interior do cárcere. Além de não ser proporcionado um local específico para vivenciar os diferentes processos da gestação e maternidade, o acompanhamento e consultas não são oportunizados adequadamente, fatores esses que, em muitos casos, desencadeiam piora nas condições de saúde de ordem mental e física preexistentes das gestantes e mães nas prisões brasileiras¹⁸⁻²⁵.

A saúde reprodutiva e ginecológica ainda é um desafio a ser enfrentado quando se trata da saúde da população carcerária feminina no Brasil⁴³. O acesso à saúde referente a temas de sexualidade e reprodução, no contexto prisional, é restrito, dissonante aos princípios do SUS e humanização da assistência à saúde. Nesse sentido, as vulnerabilidades de saúde da mulher se acentuam ao adentrar a prisão, já que os atendimentos são realizados de acordo com práticas médicas heteronormativas, centralizadas para assistir o ciclo gravídico puerperal e prevenir futuras gestações, com a utilização de contraceptivos¹¹⁻³⁷.

A saúde sexual e reprodutiva das mulheres em privação de liberdade é relacionada a fatores individuais, sociais e não programáticos, que proporcionam maiores riscos à saúde no interior do sistema carcerário³¹⁻⁴⁴. Tratando-se de características e comportamentos dessa população, pesquisadores expressaram que, quando se investiga a história clínica ginecológica e obstétrica da população feminina presa, identificam-se o início precoce sexual, taxas elevadas de gravidez e o não uso de anticoncepcional²⁷. Sendo assim, ao comparar as taxas de gravidez entre mulheres livres com as que estão privadas de liberdade é possível identificar que os números são maiores em mulheres encarceradas³⁸.

As dificuldades em promover saúde sexual no cárcere são identificadas a partir de fatos preocupantes revelados pela literatura. Aponta-se que, durante as visitas íntimas, tanto nas relações homoafetivas quanto nas heterossexuais, não são oferecidos preservativos às mulheres, dado importante que revela a desproteção ainda maior dessa população em relação às ISTs, bem como problemas de saúde advindos das infecções pelo *Human Papiloma Vírus* (HPV), como: lesões genitais e desenvolvimento do câncer de colo do útero³².

Em Teresina-PI, 38,5% das mulheres que estão sob regime de cumprimento de pena nunca utilizaram preservativo em suas relações sexuais e 62,2% não tinham conhecimento sobre transmissão da sífilis. Como resultado disso, houve a incidência da doença em 25,2% das mulheres³⁸. Esses dados assemelham-se a outro estudo encontrado nesta revisão de literatura⁴⁵.

Em relação ao pré-natal, mulheres em liberdade realizam, no mínimo, seis consultas, sendo que, em contrapartida, as que são privadas de liberdade fazem apenas uma e tardiamente. Esses entraves assistenciais de saúde expõem mulheres e conceito às doenças transmissíveis, como a sífilis. Nesse sentido, um estudo feito com população carcerária feminina na capital de um estado do Nordeste brasileiro revelou que a propagação da sífilis para o recém-nascido (RN) foi estimada em 66,7%, incidência de 58,1 para cada 1000 RN³⁸.

Os estudos que tratam a temática de maternidade no encarceramento revelaram que o ambiente carcerário promove danos emocionais e de ansiedade às mulheres. As fragilidades emocionais advêm de expectativas em relação à vida futura, à separação do filho, que tornam os pensamentos confusos e deturpados. Entretanto, há o comprometimento para a manutenção e desenvolvimento saudável na relação de mãe-filho^{10,12-34}.

Outra fragilidade sobre o acesso à saúde e direito negado às mulheres apenas, revelada pela literatura científica nesta pesquisa de RI, foi a dificuldade dos serviços de saúde em acolher as necessidades de saúde mental. As pesquisas demonstraram que, além dos problemas relacionados à dependência química de drogas legais e ilegais, sofrimento psíquico e transtornos psiquiátricos, a perspectiva de cuidado para sanar a complexidade do sofrimento humano, no contexto prisional, ocorre a partir da medicalização da vida.

Entre os fatores que afetam a saúde mental

das apenas, os estudos destacaram: ansiedade, estresse, depressão, alteração do padrão de sono, uso indevido de medicação psicotrópica e de drogas ilegais, abstinência sexual, interrupção das relações familiares, além das precárias condições de confinamento¹⁴⁻³⁰. Observou-se que 38,1% utilizam substâncias psicoativas ilegais, sendo a maconha e o crack as mais citadas; das legais, o tabagismo tem taxa elevada (76,2%), seguido do uso de bebida alcoólica (66,6%) e 6% são diagnosticadas com transtornos mentais, como depressão e ansiedade⁴⁴.

O volume de medicações psicotrópicas prescritas e consumidas é de, aproximadamente, 70%, índice superior ao das mulheres em liberdade²⁴. A prevalência de transtorno mental comum é de 66,7%⁴². Diante do exposto, torna-se importante a construção de uma psicologia política interdisciplinar, visto que 58,8% das mulheres passaram a fazer uso de psicotrópicos após adentrar o sistema carcerário³⁵.

Além disso, a distorção de imagem também foi um fator apontado pela literatura como problema de saúde mental. Insatisfação com o corpo (91,6%) e a distorção da autoimagem corporal (83,3%) indicam a necessidade de inclusão desses aspectos nas ações de promoção da saúde nos serviços anexados às prisões⁴³, visto que são motivos de sofrimento psicológico³⁹.

CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou conhecer o que tem sido pesquisado acerca das condições de saúde das mulheres privadas de liberdade no Brasil, sendo identificado que os serviços de saúde para essa população são precarizados e dificultadores do acesso às ações de prevenção e promoção da saúde de modo integral.

Foi possível identificar que há características comuns entre mulheres encarceradas no Brasil: a maioria delas são negras ou pardas, alvos de alguma violência (psicológica, física, sexual), seja social ou familiar, de baixo nível escolar e presas por tráfico de drogas.

A condição de saúde dessas mulheres, comparada à população feminina em geral, mostrou-se inferior, em virtude, principalmente, das insuficientes ou inadequadas ações de saúde para esse público. As doenças mentais foram relatadas frequentemente nos estudos que tratam da saúde da mulher encarcerada. A falta de ações estratégicas de

prevenção de doenças infectocontagiosas e promoção à saúde voltadas a essas formas de acometimento demonstram-se preocupantes no âmbito da saúde coletiva e pública.

Portanto, considerando as taxas de doenças físicas e mentais no sistema penitenciário, que surgem antes e depois da privação de liberdade, essas questões se colocam enquanto desafios na elaboração de estratégias e intervenções multidisciplinares das políticas em saúde pública.

Com a análise dos dados desta revisão, possibilitou-se, a partir das questões investigatórias dos estudos selecionados, refletir sobre as questões que permeiam a maneira como a mulher é visualizada na sociedade. As pesquisas, ao discutirem questões referentes à maternidade e reprodução humana, em grande parte, proporcionaram refletir sobre o entendimento limitado acerca da saúde da mulher, para além dos aspectos da reprodução e maternidade. Desse modo, cabe destacar a importância de superar paradigmas culturais e avançar no debate político, entendendo que as barreiras apontam uma relação mais estreita com a saúde biológica da mulher, e menos com a perspectiva de gênero e a concepção de saúde integral feminina no contexto de privação de liberdade.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Gabriele de Brito Braga contribuiu na concepção, delineamento do estudo, análise dos dados, redação do manuscrito, revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada. **Diogo Henrique Tavares** orientou o delineamento do estudo, análise dos dados, redação do manuscrito, bem como realizou a revisão crítica e intelectual da versão a ser aprovada para publicação. **Lieni Fredo Herreira** contribuiu com a redação e revisão crítica do conteúdo intelectual a ser aprovado para publicação. **Vanda Maria da Rosa Jardim** contribuiu com a redação e revisão crítica do conteúdo intelectual a ser aprovado para publicação. **Beatriz Franchini** contribuiu com a revisão crítica do conteúdo intelectual a ser aprovado para publicação.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal; 1988.

2. Brasil. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei orgânica da saúde. Diário Oficial da União. 19 Set 1990; Seção 1.

3. Brasil. Relatório sobre mulheres encarceradas no Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.

4. Brasil. Legislação em Saúde no Sistema Prisional. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.

5. Neto EJM, Bezerra TJSL. A prática da mistanásia nas prisões femininas brasileiras ante à omissão do direito à saúde e a negação da dignidade humana. Rev Bras Polít [serial on the internet]. 2018 [cited 2019 Sept 07];8(1):472-93. Available from: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/RBPP/article/view/5074/3708>

6. Audi CAF, Santiago SM, Andrade MGG, Andrade MGGA, Francisco PMSB. Inquérito sobre condições de saúde de mulheres encarceradas. Saúde debate [serial on the internet]. 2016 [cited 2019 Sept 7];40(109):112-24. Available from: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/VZnbxqFQ45ckyT6Sr4gMjbR/abstract/?lang=pt>

7. Polit DF, Beck CLT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

8. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão Integrativa: o que é e como fazer? Einstein (São Paulo) [serial on the internet]. 2010 [cited 2019 July 08];8(1):102-06. Available from: https://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf

9. Barbosa APDI, Lyra CO, Bagni UV. Body image distortion and dissatisfaction in incarcerated women. Rev Nutr [serial on the internet]. 2019 [cited 2019 Sept 09];32:1-12. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732019000100520&lng=en&nrm=iso

10. Matos KKC, Silva SPC, Nascimento EA. Filhos do cárcere: representações sociais de mulheres sobre parir na prisão. Interface [serial on the internet]. 2019 [cited 2019 Aug 02];23(10):1-12. Available from: <https://doi.org/10.1590/Interface.180028>

11. Reis CA, Zucco LP. Saúde sexual e saúde reprodutiva no cárcere: Uma discussão necessária para garantia de direitos das mulheres privadas de liberdade. Rev Catarinense de História [serial on the internet]. 2019 [cited 2019 Aug 02];1(33):66-86. Available from: <https://periodicos.uffs.edu.br/index.php/FRCH/article/view/10827/7153>

12. Guimaraes ML, Guedes TG, Lima LS, Morais SCR, Javorski M, Linhares FMP. Promoção do aleitamento materno no sistema prisional a partir da percepção

de nutrizes encarceradas. Texto contexto enferm [serial on the internet]. 2018 [cited 2019 Aug 2];27(4):1-11. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072018000400317&lng=en&nrm=iso

13. Audi CAF, Santiago SM, Andrade MGG, Francisco PMSB. Common mental disorder among incarcerated women: a study on prevalence and associated factors. Ciênc Saúde Colet [serial on the internet]. 2018 [cited 2019 Sept 7];23(11):3587-96. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232018001103587&lng=en&nrm=iso

14. Constantino P, Assis SG, Pinto LW. O impacto da prisão na saúde mental dos presos do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Ciênc Saúde Colet [serial on the internet]. 2016 [cited 2016 Sept 07];21(7):2089-99. Available from: <https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n7/2089-2100/#ModalDownloads>

15. Santos RMA, Linhares FMP, Moraes SCR, Guedes TG, Guimarães ML. Diagnósticos de Enfermagem de mães encarceradas. Rev esc enferm USP [serial on the internet]. 2018 [cited 2019 Aug 02];52:1-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100423&lng=en&nrm=iso

16. Alcântara RLS, SOUSA CPC, Silva TSM. Infopen Mulheres de 2014 e 2018: Desafios para a Pesquisa em Psicologia. Psicol cienc prof [serial on the internet]. 2018 [cited 2019 Sept 15];2(38):88-101. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932018000600088&lng=en&nrm=iso

17. Padilha WS, Barsaglini RA. Saúde como direito: aparatos legais e estrutura da atenção no sistema prisional de mato grosso. Rev Direitos, Trabalho e Política Social [serial on the internet]. 2018 [cited 2019 Aug 02];4(7):96-121. Available from: <http://revista91.hospedagemdesites.ws/index.php/rdtps/article/view/136>

18. Graça BC, Mariano MM, Gusmão MAJX, et al. Dificuldades das mulheres privadas de liberdade no acesso aos serviços de saúde. Rev Bras Prom Saúde [serial on the internet]. 2018. [cited 2019 Sept 7];31(2):1-9. Available from: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/408/40855558021/40855558021.pdf>

19. Corsino PKD, Nascimento VF, Lucieto GC, Hattori TY, Graça BC, Espinosa MM, et al. Eficácia de ação educativa com reeducandas de cadeia pública de mato grosso sobre o vírus HPV. Rev Saúde e Pesquisa [serial on the internet]. 2018 [cited 2019 Sept 20];11(1):115-26. Available from: <https://177.129.73.3/index.php/saudpesq/article/view/6372/3160>

20. Graça BC, Hattori TY, Nascimento VF, Zaniolo L, Reis J, Cabral J, et al. Avaliação do conhecimento de reeducandas de Cadeia Pública de Mato Grosso sobre o câncer de mama e câncer de colo do útero. Rev epidemiol controle infecç [serial on the internet]. 2018 [cited 2019 Sept 20];8(4):1-8. Available from: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/11813/7629>

21. Costa EDS, Santos JDM, Rocha MRC, Viana LMM, Oliveira DM, Silva BJC, et al. Mulheres encarceradas: perfil, sexualidade e conhecimento sobre infecções sexualmente transmissíveis. Rev UNINGÁ [serial on the internet]. 2017 [cited 2019 Sept 20];52(1):23-28. Available from: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20170504_223633.pdf

22. Bastos A, Neves A, Rossarola L, Abbud M, Brandão M. Maternidade na Prisão: consequências do sistema carcerário. Jornal eletrônico [serial on the internet]. 2017 [cited 2020 Oct 06];2:91-112. Available from: <https://jornaleletronicofivj.com.br/jefvj/article/view/55>

23. Santos RCF, Pereira AV, Alves VH, Santo MV, Rodrigues DP, Marchiori GRS. Saúde de mulheres no climatério em sistema prisional. Cogitare [serial on the internet]. 2017 [cited 2019 Sept 20];22(1):01-08. Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/48235/pdf>

24. Dalmaso TF, Meyer DEE. Circulação e consumo de drogas em uma penitenciária feminina: percepções de uma equipe de saúde prisional. Saúde debate [serial on the internet]. 2017 [cited 2019 Sept 20];41(115). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042017000401156&lng=en&nrm=iso

25. Domingues RMSM, Leal MC, Pereira APE, Pereira APE, Ayres B, Sánchez AR, Louzé B. Prevalence of syphilis and HIV infection during pregnancy in incarcerated women and the incidence of congenital syphilis in births in prison in Brazil. Cad Saúde Pública [serial on the internet]. 2017 [cited 2019 Aug 20];33(11):1-15. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/tCx58cqWpt8VxDPVNFTypN/?lang=en>

26. Santos MV, Alves VH, Pereira AV, Rodrigues DP, Marchiori GRS, Guerra LVV. Mental health of incarcerated women in the state of Rio de Janeiro. Texto contexto enferm [serial on the internet]. 2017 [cited 2019 Aug 02];26(2):1-10. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072017000200314&lng=en&nrm=iso

27. Santos MV, Alves MV, Pereira VH, Rodrigues DP, Marchiori GRS, Guerra JVV. A saúde física de mulheres privadas de liberdade em uma penitenciária do

estado do Rio de Janeiro. Esc. Anna Nery [serial on the internet]. 2017 [cited 2019 Aug 02];21(2):1-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14148145201700020205&lng=en&nrm=iso

28.Lopes TC, Pinheiro R. Trajetórias de mulheres privadas de liberdade: práticas de cuidado no reconhecimento do direito à saúde no Centro de Referência de Gestantes de Minas Gerais. *Physis [serial on the internet]*. 2016 [cited 2019 Sept 20];26(4):1193-1212. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000400007>

29. Leal MC, Ayres BVS, Pereira ANE, Sánchez AR, Larouzé B. Nascer na prisão: gestação e parto atrás das grades no Brasil. *Ciênc Saúde Colet* [serial on the internet]. 2016 [cited 2019 Aug 02];21(2):2061-70. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000702061&lng=en&nrm=iso

30.Thomaz GC, Oliveira JFT, Bispo CF. Vulnerabilidades no envolvimento feminino com drogas: um estudo com mulheres em situação de prisão. Rev Enferm Contemp [serial on the internet]. 2016 [cited 2019 Aug 02];5(2):230-241. Available from: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/1042/728>

31. Diuana V, Ventura M, Simas, L, Larouzé B, Correa M. Direitos reprodutivos das mulheres no sistema penitenciário: tensões e desafios na transformação da realidade. Ciênc Saúde Colet [serial on the internet]. 2016 [cited 2019 Aug 20];21(7):2041-50. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232016000702041&lng=pt&nrm=iso

32. Nicolau AIO, Aquino OS, Ximenes LB, Pinheiro KB. Determinantes sociais proximais relacionados ao câncer cervicouterino em mulheres privadas de liberdade. REME [serial on the internet]. 2015 [cited 2019 Aug 02];19(3):725-32. Available from: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1035>

33.Oliveira L, Miranda FA, Costa GM. Vivência da maternidade para presidiárias. Rev Eletr Enferm [serial on the internet]. 2015 [cited 2019 Aug 02];17(2):360-9. Available from: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/29784>

34. Ventura M, Simas L, Larouze B. Maternidade atrás das grades: em busca da cidadania e da saúde. Um estudo sobre a legislação brasileira. Cad Saúde Pública [serial on the internet]. 2015 [cited 2019 Sept 07];31(3):607-19. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2015000300607&lng=pt&nrm=iso

35. Figueiro RA, Dimenstein M, Alves D, Medeiros G. Consumo de medicação psicotrópica em uma prisão feminina. *Rev psicol polít* [serial on the internet]. 2015 [cited 2019 Aug 20];15(34):531-46. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2015000300006&lng=pt&nrm=iso

36. Pimentel IS, Carvalho LFS, Carvalho SN, Carvalho CMS. Percepção de mulheres privadas de liberdade acerca da assistência à saúde no sistema penitenciário. Rev Interd [serial on the internet]. 2015 [cited 2019 Aug 02];8(4):109-19. Available from: https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/659/pdf_268

37. Bispo TCF, Oliveira CAD, Ferreira Neto EA, Carvalho ER, Lino NN, Santos AM. Saúde sexual e reprodutiva no contexto da prisão: vivências de presidiárias de Salvador-BA. Rev Enferm Contemp [serial on the internet]. 2015 [cited 2019 Aug 02];4(2):109-20. Available from: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/747/539>

38. Araújo TME, Filho ACAA, Feitosa KVA. Prevalência de sífilis em mulheres do sistema prisional de uma capital do nordeste brasileiro. Rev Eletr Enf [serial on the internet]. 2015 [cited 2019 Sept 9];4(17):1-11. Available from: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/28898/20685>

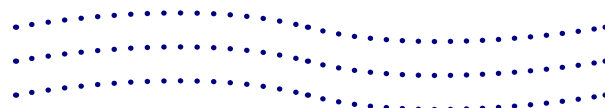
39. Oliveira KA, Santos LRCS. Perfil epidemiológico da população carcerária feminina de vitória da conquista-BA. Rev Saúde (Santa Maria) [serial on the internet]. 2016 [cited 2019 Aug 02]; 42(1):21-30. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/15242/pdf>

40.Souza GC, Cabral KDS, Leite-Salgueiro CDB. Reflexões sobre a assistência em enfermagem à mulher encarcerada: um estudo de revisão integrativa. Arq Cienc Saúde UNIPAR [serial on the internet]. 2018 [cited 2019 Aug 02];18(22):55-62. Available from: <https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/6240/3563>

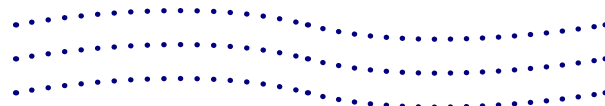
41. Audi CAF, Santiago SM, Andrade MGG, Francisco PMSB. Exame de Papanicolau em mulheres encarceradas. Rev bras epidemiol [serial on the internet]. 2016 [cited 2019 Sept 7];19(3):675-78. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000300675&lng=en&nrm=iso

42. Ribeiro MAT, Deus NMSF. Mulheres encarceradas: a saúde atrás das grades. Rev Psicol Divers Saúde [serial on the internet]. 2017 [cited 2019 Aug 02];6(4):325-39. Available from: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/1708>

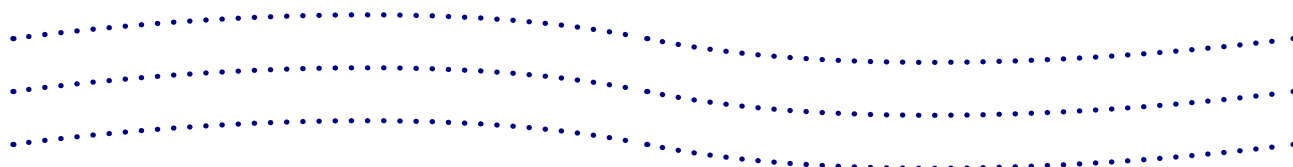
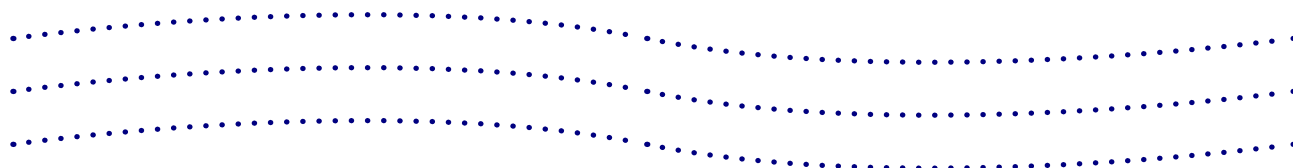
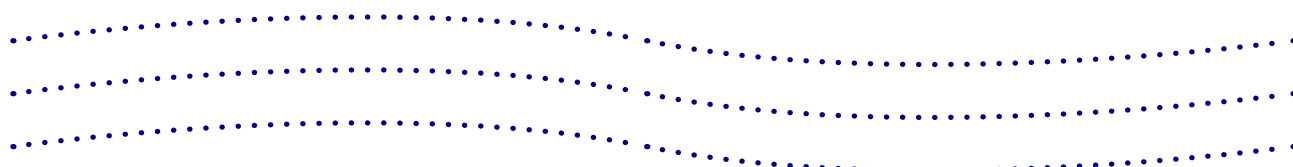
43. Brasil. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.



44. Silva BG, Mendes DRG. Realidade sexual de mulheres presidiárias. *Revisa* [serial on the internet]. 2016 [cited 2019 Aug 02];5(2):178-85. Available from: <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/269>



45. Macedo FRM, Terra FS, Santos SVM, Miranda RPR, Santana APA, Pereira SA. Perfil socioeconômico e saúde ginecológica de presidiárias. *Sanare (Sobral, Online)* [serial on the internet]. 2016 [cited 2019 Sept 20];15(2):30-36. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1035>



JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO A MEDICAMENTOS NO BRASIL: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

JUDICIALIZATION OF ACCESS TO MEDICATION IN BRAZIL: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

JUDICIALIZACIÓN DEL ACCESO A LOS MEDICAMENTOS EN BRASIL: UNA REVISIÓN INTEGRATIVA DE LA LITERATURA

Letícia Costa de Araújo ¹Marina Pereira Moita ²Lielma Carla Chagas da Silva ³Karina Oliveira de Mesquita ⁴Francisco José Leal de Vasconcelos ⁵Maria Socorro de Araújo Dias ⁶**Como Citar:**

Araújo LC, Moita MP, Silva LCC, Mesquita KO, Vasconcelos FJL, Dias MSA. Judicialização do acesso a medicamentos no Brasil: revisão integrativa da literatura. *Sanare (Sobral, Online)*. 2021;20(1):131-141.

Palavras-chave:

Judicialização da Saúde; Assistência Farmacêutica; Direito à Saúde.

Keywords:

Judicialization of Health; Pharmaceutical Assistance; Right to Health.

Palabras clave:

Judicialización de la Salud; Asistencia Farmacéutica; Derecho a la salud.

Submetido:

16/12/2020

Aprovado:

17/06/2021

Autor(a) para Correspondência:

Letícia Costa de Araújo
E-mail: leticiacostaenfermagem@gmail.com

RESUMO

O acesso a medicamentos tornou-se parte do direito à saúde da população, garantido constitucionalmente mediante a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS). Todavia, observa-se um crescimento da busca dos usuários do SUS pelo Poder Judiciário para efetivar tal direito, fenômeno denominado judicialização da saúde. Neste estudo, analisaram-se as evidências científicas acerca da judicialização do acesso a medicamentos no Brasil. Trata-se de uma revisão integrativa, realizada no período de abril a junho de 2020, na biblioteca digital SciELO e nas bases de dados indexadas à BVS, por meio dos descritores "Judicialização da Saúde", "Assistência Farmacêutica" e "Direito à saúde", sendo selecionados 11 estudos para a análise, utilizando-se a estratégia PRISMA. Evidenciaram-se a insuficiência financeira, dificuldades na oferta de medicamentos e a ausência de protocolos para as prescrições médicas como principais motivos das ações judiciais. Além disso, observaram-se impactos na gestão da assistência farmacêutica do SUS quanto à sua estrutura e organização, advindos de gastos não previstos no orçamento. Ademais, sugere-se a inclusão de suporte de profissionais de saúde para os operadores do direito para a tomada de decisões baseadas em evidências científicas. Constata-se que a judicialização da saúde tem ocasionado impactos nas políticas públicas de saúde.

1. Enfermeira pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). E-mail: leticiacostaenfermagem@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4048-9034>

2. Enfermeira. Residente em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (ESP VS). E-mail: marymoita@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1920-480X>

3. Enfermeira. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (ESP VS). E-mail: lielmacarla@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2688-9309>

4. Enfermeira. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (ESP VS). E-mail: karinamesquita1991@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1528-5339>

5. Enfermeiro. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). E-mail: zezeleal@yahoo.com.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5449-9677>

6. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). E-mail: socorroad@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7813-547X>

Cert. de Redação Científica: Central das Revisões. **Edição de texto:** Karina Maria M. Machado. **Revisão de provas:** Texto definitivo validado pelos(as) autores(as).

ABSTRACT

Access to medication has become part of the population's right to health, constitutionally guaranteed by instituting the Unified Health System (Sistema Único de Saúde, SUS). However, we observe an increased number of SUS users appealing to the Judiciary Power to implement this right, a phenomenon called judicialization of health. In this study, we analyzed the scientific evidence regarding the judicialization of access to medication in Brazil. This is an integrative review, carried out from April to June 2020, in the SciELO digital library, and in the databases indexed in the BVS, using the descriptors "Judicialization of Health", "Pharmaceutical Assistance", and "Right to health". Eleven studies were selected for analysis using the PRISMA strategy. Financial insufficiency, difficulties in supplying medication, and the absence of protocols for medical prescriptions were evidenced as the main reasons for the lawsuits. In addition, unforeseen expenditures affecting the budget impacted the SUS pharmaceutical care management regarding its structure and organization. Furthermore, we suggest including the support from health professionals for legal practitioners to make decisions based on scientific evidence. It appears that the judicialization of health has impacted public health policies.

RESUMEN

El acceso a medicamentos se ha convertido parte del derecho a la salud de la población, asegurado constitucionalmente mediante a la Institución del Sistema Único de Salud (SUS). Todavía se observa un crecimiento de la búsqueda de los usuarios del SUS por el Poder Judicial para efectivizar ese derecho, fenómeno denominado judicialización de la salud. En este estudio, se analizaron las evidencias científicas acerca de la judicialización del acceso a medicamentos en Brasil. Se trata de una revisión integrativa, realizada en el período de abril a junio de 2020, en la biblioteca digital SciELO y en las bases de datos indexadas en la BVS, por medio de los descriptores "Judicialización de la salud", "Asistencia farmacéutica" y "Derecho a la salud", siendo seleccionados 11 estudios para análisis, utilizándose la estrategia PRISMA. Se evidenciaron la insuficiencia financiera, dificultades en la oferta de medicamentos y la ausencia de protocolos para las prescripciones medicas como principales motivos de las acciones judiciales. Además, se observaron impactos en la gestión de la asistencia farmacéutica del SUS en cuanto a su estructura y organización, resultantes de gastos no previstos en el presupuesto. Asimismo, se sugiere la inclusión de apoyo de profesionales de salud para los operadores del derecho para la tomada de decisiones basadas en evidencias científicas. Se constata que la judicialización de la salud tiene ocasionado impactos en las políticas públicas de salud.

.....

INTRODUÇÃO

A partir da homologação da Constituição Federal (CF) de 1988, a saúde passou a ser um direito de todos e dever do Estado, o que permitiu um conceito ampliado de saúde, sendo estabelecida, no artigo 196, a sua garantia mediante: "políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação"¹.

Nessa perspectiva, criou-se uma política pública de Estado de caráter universal, o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei 8.080, que tem entre seus princípios a universalidade de acesso aos serviços de saúde e a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer

espécie, além de representar a promoção de ações e serviços de saúde por órgãos federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.

Vale ressaltar que, entre as atribuições do SUS, tem-se a assistência terapêutica integral, inclusive a farmacêutica, de acordo com o artigo 6º da Lei Orgânica da Saúde², em que o acesso a medicamentos torna-se representativo da garantia do direito à saúde, por meio da prestação de cuidados ao indivíduo e coletividade.

Diante disso, em busca de assegurar o fornecimento de medicamentos, o seu uso racional e a gestão de recursos, elaborou-se, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, que, mesmo sendo uma estratégia consistente, não tem conseguido atender a todas

as demandas da população, o que ocasionou a busca dos usuários do SUS pelo Poder Judiciário para a garantia do acesso aos medicamentos³.

O crescente número de ações judiciais, diante do Poder Público, com o fim de garantir o fornecimento de medicamentos, e até mesmo a incorporação de novas tecnologias no âmbito do SUS, tem sido motivo de preocupação para os gestores da saúde em todos os níveis federativos e vem sendo designado como “judicialização da saúde”⁴.

A judicialização da saúde é um fenômeno político e jurídico que vem se fortalecendo desde meados dos anos 2000. Compreende a busca do Poder Judiciário para a efetivação do direito à saúde, o que direciona atribuições referentes ao Poder Executivo para o âmbito jurídico, o que pode acarretar consequências institucionais⁵.

Tal fenômeno teve início com pedidos de medicamentos por portadores de HIV, sendo uma forma de garantia do direito à saúde efetivada, o que gerou o aumento das demandas por variados tratamentos. Ademais, um dos principais produtos de saúde solicitados nos tribunais são os medicamentos⁶.

Vale destacar que, em diversas regiões do país, foram constatadas algumas características pertinentes nas demandas judiciais: 1) assegurar o direito individual e ter como fundamento base a prescrição medicamentosa; 2) indicar a presença de medicamentos que constam ou que não constam na rotina da Assistência Farmacêutica do SUS; 3) registrar o crescimento significativo das ações judiciais e das despesas com medicamentos⁷.

Acrescenta-se também a escassez de estudos relacionados à temática da judicialização da saúde por medicamentos e a necessidade de ampliar o conhecimento acerca desse fenômeno como forma de contribuição para o planejamento em saúde e para a tomada de decisões pelos gestores no âmbito do SUS.

Esta pesquisa buscou analisar na literatura científica o fenômeno da judicialização da saúde sob a perspectiva do acesso a medicamentos no Brasil, a fim de compreender as causas, os impactos e as estratégias de racionalização desse fenômeno.

METODOLOGIA

Estudo qualitativo, do tipo revisão integrativa da literatura, realizado entre os meses de abril a junho de 2020. A revisão integrativa é um método

de pesquisa que permite a síntese de estudos sobre determinado tema ou questão, de maneira sistemática, o que colabora para uma ampliação do conhecimento acerca da temática investigada⁸.

Com isso, foram consideradas as seguintes etapas: delimitação do tema e questão de pesquisa; busca das produções científicas nas bases de dados; definição dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos; avaliação das informações encontradas nas publicações e análise crítica; apresentação dos resultados; síntese e conclusões dos achados⁸.

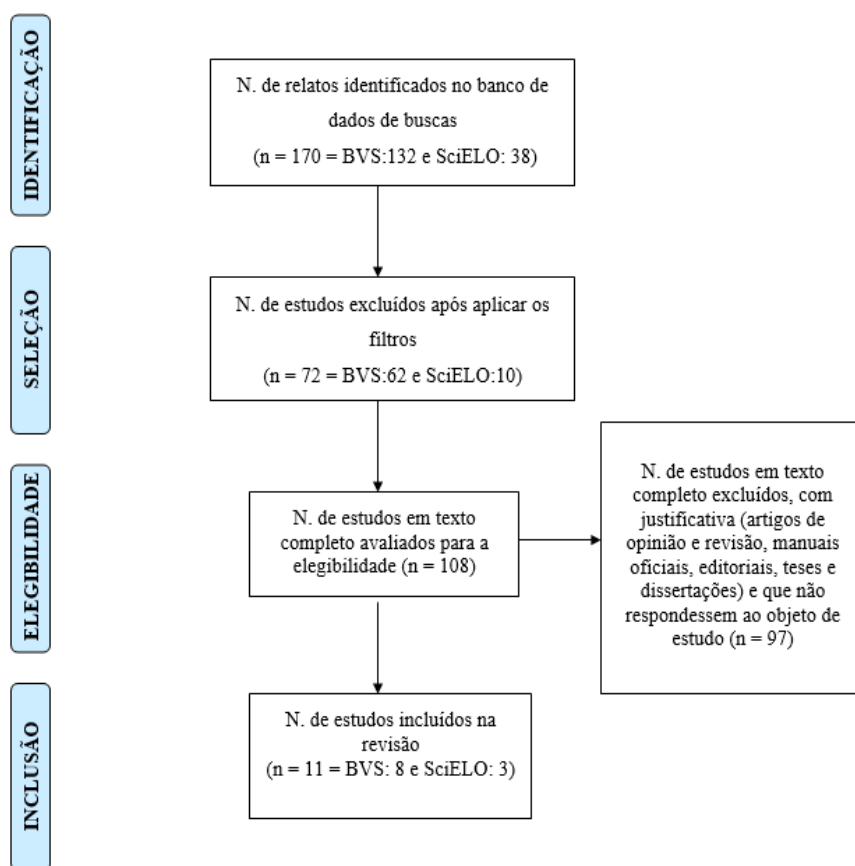
Nesse contexto, elaborou-se a seguinte pergunta norteadora: “qual é a produção científica existente sobre o acesso a medicamentos na perspectiva da judicialização da saúde brasileira?”. Por conseguinte, realizou-se a busca das evidências científicas por meio da biblioteca digital *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e das bases de dados indexadas à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Para isso, foram utilizados os termos “Judicialização da Saúde”, “Assistência Farmacêutica” e “Direito à saúde”, estabelecidos pelos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Para a busca dos estudos, realizaram-se os seguintes cruzamentos entre os descritores, incluindo o operador booleano “and”: “Judicialização da Saúde” and “Assistência Farmacêutica”; “Assistência Farmacêutica” and “Direito à Saúde”; “Judicialização da Saúde” and “Assistência Farmacêutica” and “Direito à Saúde”. Com a busca, identificaram-se 170 estudos, sendo 132 na BVS e 38 na SciELO.

Após isso, foram aplicados os critérios de inclusão: artigos completos disponíveis na íntegra, nos idiomas português e inglês e publicados nos últimos cinco anos (2015 a 2019). Assim, excluíram-se 72 estudos e permaneceram 108 estudos para a elegibilidade, sendo realizada a leitura dos resumos e a análise da relação do assunto dos artigos com a temática em questão, sendo excluídos 97 artigos por serem de opinião ou revisão, além de manuais oficiais, editoriais, teses e dissertações, o que resultou em 11 artigos aptos para a realização deste estudo.

O processo de seleção dos artigos encontra-se detalhado conforme o fluxograma *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA)⁹, na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma de seleção dos estudos conforme a estratégia PRISMA. Sobral, Ceará, Brasil, 2020.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Com os artigos obtidos, realizou-se uma leitura aprofundada do conteúdo, em sua integralidade, o que permitiu a construção de quadros contendo características pertinentes e objetivas dos estudos, que foram coletadas por meio de um roteiro semiestruturado (título do artigo, ano de publicação, autores e áreas de formação vinculadas, periódico e classificação pelo *Qualis* CAPES, objetivos e tipologia dos estudos, além dos achados presentes nos resultados). Ademais, foram elaboradas categorias de análise decorrentes do processo de interpretação e compreensão, dispostas nos resultados e discussões desta pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram selecionados para esta revisão integrativa 11 artigos, dos quais oito estavam na BVS e três na base SciELO. Destes, identificaram-se dez artigos disponíveis no idioma português e um em inglês. Esses estudos estavam distribuídos entre os anos de 2015 a 2019, com predominância de seis artigos no ano de 2019, como representado no Quadro 1.

Quadro 1. Caracterização dos artigos selecionados para o estudo quanto ao título, idioma e ano de publicação. Sobral, Ceará, Brasil, 2020.

Nº	Título	Idioma	Ano
1	Gestão da Assistência Farmacêutica e demandas judiciais em pequenos municípios brasileiros: um estudo em Mato Grosso do Sul	Português	2015
2	Why do people appeal to the courts for access to medication? The case of insulin analogues in Bahia (Brazil)	Inglês	2017
3	Direito à saúde: medicamentos mais solicitados por demandas administrativas e judiciais por uma secretaria estadual de saúde no biênio de 2013 a 2014	Português	2017

Nº	Título	Idioma	Ano
4	Análise do gasto com judicialização de medicamentos no Distrito Federal, Brasil	Português	2017
5	Operacionalização do Sistema Único de Saúde e de sua assistência farmacêutica diante da judicialização: um estudo de caso no município de São José/SC	Português	2017
6	Farmacoeconomia: gastos com análogos de insulina adquiridos por meio de judicialização em um município do estado do Pará, Brasil, no ano de 2016	Português	2019
7	Judicialização na saúde em um município de grande porte	Português	2019
8	Judicialização da saúde nos municípios da região metropolitana de Belém-PA	Português	2019
9	Integralidade e universalidade da assistência farmacêutica em tempos de judicialização da saúde	Português	2019
10	Judicialização da saúde e medicalização: uma análise das orientações do Conselho Nacional de Justiça	Português	2019
11	Impacto econômico das ações judiciais para o fornecimento de medicamentos no Estado de São Paulo	Português	2019

Fonte: Elaborado pelos autores.

Diante do exposto, observa-se um aumento crescente de estudos sobre o fenômeno da judicialização do acesso a medicamentos. Acrescenta-se que um estudo realizado pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), em 2019, mostrou um aumento de 130% das demandas judiciais que buscam a efetivação do direito à saúde, entre os anos de 2008 a 2017, no Brasil, sendo o fornecimento de medicamentos responsável por 8,76% dos principais assuntos discutidos nos processos em primeira instância¹⁰.

Vale ressaltar a importância da vinculação entre a temática pesquisada e a formação dos autores, em virtude de suas competências que contribuem para o aprimoramento do objeto de estudo investigado. Assim, identificou-se diante da totalidade dos autores (n=35) presentes nos artigos selecionados que a maioria (n=19) deles são da área da Farmácia, seguidos da Enfermagem (n=7), Direito (n=4), Ciências Sociais (n=2), Economia (n=1), Medicina (n=1) e Psicologia (n=1).

Com isso, verifica-se que os estudos relacionados à judicialização do acesso a medicamentos têm como principais aspectos o compartilhamento de saberes entre as diversas áreas de formação, o que propicia uma compreensão ampliada das causas pertinentes a esse fenômeno.

No que concerne aos objetivos dos 11 artigos designados, notou-se que a maioria (n=3) buscava analisar o perfil dos gastos com medicamentos solicitados por demandas judiciais, seguida

daqueles que apontaram os impactos de tais ações (n=2), as motivações (n=2), além das características dos processos (n=2), a gestão da assistência farmacêutica na perspectiva da judicialização (n=1) e a relação entre o fenômeno da judicialização e o acesso a medicamentos (n=1).

Em relação à tipologia metodológica, observou-se a predominância de estudos descritivos, documentais, com abordagem quantitativa. Os estudos descritivos consistem em pesquisas que têm como objetivos descrever as características de populações ou fenômenos, ao passo que as pesquisas documentais buscam realizar um tratamento analítico de materiais que ainda não foram processados e interpretados¹¹.

Dessa forma, as tipologias de estudo identificadas nos artigos tornam-se necessárias ao considerar como objeto de investigação o fenômeno da judicialização, pois trata-se de uma temática complexa, englobando diversos fatores causais, sendo assim, uma problemática multifacetada que necessita de uma análise qualificada.

Além disso, foi possível observar que todos os estudos identificados foram publicados em periódicos com critérios de avaliação de qualidade pelo *Qualis* CAPES, conforme apresentado no Quadro 2. Tais critérios são estabelecidos pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) para a classificação dos periódicos no Brasil, por meio de estratos de qualidade, desde A1, o mais elevado, a A2, B1, B2, B3, B4, B5 e

C, este com peso zero¹². Nessa perspectiva, os artigos selecionados para este estudo obtiveram avaliações significativas, o que mostra a qualidade dos delineamentos metodológicos dos estudos e os impactos da temática judicialização do acesso a medicamentos, na atualidade.

Quadro 2. Classificação dos periódicos identificados quanto ao *Qualis* CAPES. Sobral, Ceará, Brasil, 2020.

Título do Periódico	Área/Classificação				Nº de artigos
	Interdisciplinar	Saúde Coletiva	Enfermagem	Direito	
Saúde em Debate	B1	B2	B2	(*)	1
Ciência & Saúde Coletiva	B1	B1	B1	B1	1
Journal of Health & Biological Sciences	B4	B4	B4	(*)	1
Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário	B4	B4	(*)	B4	3
Revista de Direito Sanitário	B1	B3	B3	B1	1
Jornal Brasileiro de Economia da Saúde	B4	B4	B3	B5	1
Revista Mineira de Enfermagem	B2	B4	B1	(*)	1
Saúde e Sociedade	B1	B1	B1	B2	1
Estudos Avançados	B1	B2	(*)	A1	1
TOTAL					11

(*) ausência de classificação *Qualis* CAPES.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Os artigos foram lidos na íntegra e analisados de forma interpretativa e compreensiva, o que possibilitou a construção de três categorias: “Aspectos motivacionais da judicialização da saúde por medicamentos”; “Impactos decorrentes da judicialização na gestão da Assistência Farmacêutica no SUS”; e “Estratégias de racionalização das ações judiciais por medicamentos”.

Aspectos motivacionais da judicialização da saúde por medicamentos

A judicialização da saúde por medicamentos trata-se de um fenômeno recente e complexo, com poucos estudos relacionados à investigação das suas causas. Com isso, deve-se considerar os diversos fatores que têm dificultado a Assistência Farmacêutica (AF) no contexto do SUS e que corroboram o aumento de tal fenômeno.

Nesse contexto, a judicialização da saúde descende da década de 1990 com pedidos de medicamentos antirretrovirais para o HIV/aids, quando o sistema de saúde não ofertava o referido tratamento. Com o passar dos anos, surge uma demanda reprimida, que opta pela via judicial para a garantia da assistência farmacêutica pelo SUS¹³.

Vale salientar que, conforme o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)¹⁴, as famílias brasileiras demonstram, entre os gastos relacionados à saúde, o consumo de medicamentos como principal componente, sendo maior entre as famílias de menor renda. Alguns estudos selecionados^{15,16} identificaram a predominância da falta de condições financeiras como motivo para a busca da aquisição de medicamentos por via judicial.

Não obstante, também se verificou, por meio dos estudos citados anteriormente^{15,16}, que parte da população não tem acesso aos medicamentos padronizados, que deveriam ser ofertados no sistema público de saúde, já que o mesmo detém garantia de financiamento. Conforme estudo de Damasceno e Ribeiro¹⁷, as justificativas para o aumento da frequência das demandas judiciais estão relacionadas à insuficiência da assistência farmacêutica

dos serviços públicos, à descontinuidade das atividades prestadas e até mesmo à sua omissão. Assim, o não fornecimento dos medicamentos corrobora o aumento das demandas judiciais.

Quanto aos medicamentos solicitados, é importante destacar que eles podem ter comprovação de eficácia e segurança registrada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), incorporados ou não no SUS, além dos medicamentos novos, com ou sem registro sanitário no país¹⁸. Os medicamentos disponíveis pelo SUS devem ser prescritos em conformidade com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do SUS direcionados para o diagnóstico, tratamento e reabilitação de diversas patologias, e na ausência destes, deve-se considerar a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) elaborada pelo Ministério da Saúde (MS) e atualizada a cada dois anos.

Nesse sentido, evidenciou-se em dois estudos^{19,20} que a maioria dos medicamentos não estavam presentes na Rename, todavia apresentavam registro junto à ANVISA. Em relação à ausência dos medicamentos na Rename, infere-se o aumento das demandas judiciais por medicamentos não disponibilizados nos serviços de saúde²¹.

Conforme o estudo que buscou analisar orientações do CNJ a respeito da judicialização e a medicalização, observou-se a disposição de recomendações visando à eficiência na solução das demandas judiciais. Sendo assim, entre estas, cita-se: “evitar autorizar o fornecimento de medicamentos ainda não registrados pela ANVISA, ou em fase experimental, ressalvadas as exceções expressamente previstas em lei”²².

Acrescenta-se ainda que as prescrições não fundamentadas nos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, concentrações e formas farmacêuticas não padronizadas contribuem para o aumento de demandas judiciais por tecnologias não incorporadas ao SUS²⁰.

Portanto, torna-se importante compreender o contexto socioeconômico existente, a fim de subsidiar a elaboração de políticas públicas voltadas para a melhoria da assistência à saúde, assim como a estruturação do sistema de saúde, no que tange ao acesso a medicamentos e à sua padronização, considerando a qualidade, segurança e eficácia registradas junto à autoridade sanitária, o que promove a segurança no consumo pela população.

Impactos decorrentes da judicialização na gestão da Assistência Farmacêutica no SUS

A judicialização da saúde no Brasil possibilitou a retomada das discussões acerca da efetivação do direito à saúde nas instâncias gestoras das políticas públicas, apesar dos seus impactos. Todavia, tal fenômeno ocasionou o surgimento de grandes desafios a serem enfrentados pelos entes federados, no que tange aos gastos imprevisíveis com as ações judiciais¹⁵.

Nesse sentido, estudos mostraram^{18-20,23} uma tendência crescente de gastos com ações judiciais por medicamentos. Tal fato pode ser decorrente da não padronização de medicamentos no SUS, o que implica no orçamento desse sistema, pois o cumprimento de ações judiciais por medicamentos gera gastos elevados e que não foram planejados pelos gestores da saúde²⁰.

No que concerne ao processo de gerenciamento da AF, em um estudo foi possível identificar o fenômeno da judicialização como contribuinte para deficiências significativas nesse processo, como a falta de recursos humanos, falta de estrutura física para uma adequada disponibilização de medicamentos aos usuários e uma gestão financeira pouco eficiente. Contudo, não foi possível determiná-lo como a causa dos problemas, mas como uma consequência inerente aos déficits no processo de gerenciamento²⁴.

Ademais, verificou-se²⁵ que o Judiciário, ao conceder as demandas judiciais que condenam o município sem considerar as políticas públicas de saúde do SUS, contribui para a desestruturação e desorganização desse sistema, que é garantido constitucionalmente como forma de viabilizar o direito à saúde da população.

Dessa forma, a concessão indiscriminada de medicamentos vem ocasionando a fragmentação da gestão da AF e desperdícios no orçamento público, o que poderia ser evitado por meio da atuação intersetorial entre os operadores do direito e os representantes da assistência farmacêutica para a operacionalização da política de medicamentos, considerando os aspectos constitucionais e legais que compõem as portarias e regulamentos da saúde pública²⁶.

Estratégias de racionalização das ações judiciais por medicamentos

Por meio da análise dos artigos foi possível inferir que muitos dispuseram de propostas a fim de contribuir para a racionalização da judicialização do acesso a medicamentos no Brasil. Nesse quesito, essa categoria corresponde a uma realização de discussões a respeito das formas de atenuar as consequências de tal fenômeno, sendo uma estratégia colaborativa para a efetividade das políticas públicas ou dos tratamentos disponibilizados pelo SUS em prol do fortalecimento da Saúde Coletiva.

Nesse contexto, um estudo realizado em Minas Gerais, que buscou analisar os impactos dos critérios de acesso universal à assistência farmacêutica integral, identificou que a Lei n.º 12.401/2011, que criou a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), e o Decreto n.º 7.508/2011, que dispõe sobre a organização do SUS por meio das Redes de Atenção à Saúde, são ferramentas potenciais para a racionalização da judicialização da saúde no país, caso o Judiciário passasse a utilizá-las como norteadoras na sua atuação frente às demandas judiciais²⁷.

No âmbito da AF, vale destacar que, conforme a Lei n.º 12.401/2011, a dispensação de medicamentos está envolvida na assistência terapêutica integral, em conjunto com os produtos de interesse para a saúde e a oferta de procedimentos terapêuticos²⁸, e que o Decreto n.º 7.508/2011 apresenta em seu artigo 28 parâmetros cumulativos para o acesso universal e igualitário à AF:

Estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS; II – ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS; III – estar a prescrição em conformidade com a Renam e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos; e IV – ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS^{29:4}.

Diante do exposto, torna-se importante a utilização de tais políticas públicas como estratégias de fundamentação para a tomada de decisões pelo Poder Judiciário, considerando a integralidade da AF e o seguimento de orientações

acerca do fornecimento de medicamentos em conformidade com as normativas do SUS.

Ressalta-se ainda a importância da inserção de uma equipe multiprofissional capacitada para assessorar os juízes na análise de evidências científicas acerca dos tratamentos solicitados nas ações judiciais, a fim de evitar a concessão de medicamentos ou procedimentos que não estejam comprovados cientificamente, o que colabora para a redução do número de ações judiciais e dos gastos elevados com a saúde²⁰.

No que concerne à análise das decisões judiciais de forma multiprofissional, um estudo realizado por meio da análise das orientações do CNJ, acerca da judicialização por medicamentos, evidenciou um caráter medicalizante nos documentos. Isso pode ocorrer em virtude da sobrevalorização do conhecimento médico e farmacêutico no ato de julgamento das ações. Assim, a pouca participação de outros profissionais da saúde na tomada de decisões no âmbito do judiciário favorece a reprodução da ideia de saúde como a ausência de doença, desconsiderando os aspectos biopsicossociais dos indivíduos²².

Contudo, a judicialização da saúde pode ocasionar efeitos positivos para a organização do SUS e de sua AF. Para isso, torna-se necessária uma racionalização das ações judiciais por meio do exercício da cooperação e participação ao se planejar e efetivar o direito à saúde, estabelecendo um diálogo qualificado diante da complexidade de tal fenômeno para o sistema de saúde brasileiro²⁵. Nessa perspectiva, torna-se necessário que esse diálogo seja constante entre os gestores da área da saúde e os operadores do Direito, para que se busquem alternativas antes de adentrar a via judicial, com o intuito de garantir a universalidade e integralidade da assistência e direito à saúde, sem acarretar danos às finanças públicas³⁰.

CONCLUSÃO

A judicialização do acesso a medicamentos tornou-se um fenômeno crescente no Brasil, em que as pessoas buscam a tutela do Poder Judiciário para a efetivação do direito à saúde estabelecido na Constituição Federal de 1988, o que tem ocasionado dificuldades na implementação de políticas públicas de saúde, pois os recursos destinados para as ações em prol da coletividade são orientados para atendimentos individuais.

Com isso, este estudo possibilitou identificar a presença de obstáculos no acesso aos medicamentos, como a presença de prescrições que solicitam medicamentos não incluídos nas listas oficiais do SUS, assim como as dificuldades para disponibilizá-los. Tal fato corrobora a congestão processual e distorções organizativas na gestão da AF no SUS.

Logo, torna-se importante a utilização de estratégias que busquem a capacitação permanente dos prescritores acerca das políticas públicas de saúde existentes. Além disso, tem-se a necessidade do apoio de uma equipe multiprofissional na análise das ações que buscam o fornecimento de medicamentos pelo Poder Judiciário, para que as decisões dos juízes sejam fundamentadas e orientadas pelos princípios e diretrizes organizativas do SUS.

Dessa forma, espera-se que este estudo possa contribuir para o fortalecimento da gestão da AF no SUS e a racionalização das demandas judiciais por medicamentos. Vale ressaltar que a realização de novas pesquisas acerca das causalidades e características dessa temática, nos diversos contextos regionais do país, é estratégia que contribui para o fortalecimento das políticas públicas de saúde no Brasil.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

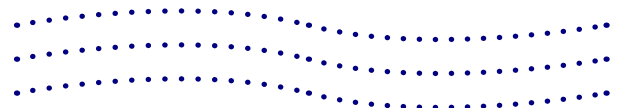
Letícia Costa de Araújo contribuiu com o delineamento e a realização da pesquisa e a redação do manuscrito; **Marina Pereira Moita** contribuiu com o delineamento e a realização da pesquisa; **Lielma Carla Chagas da Silva, Karina Oliveira de Mesquita e Francisco José Leal de Vasconcelos** contribuíram com a revisão crítica do manuscrito, **Maria Socorro de Araújo Dias** contribuiu com o delineamento da pesquisa e a revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

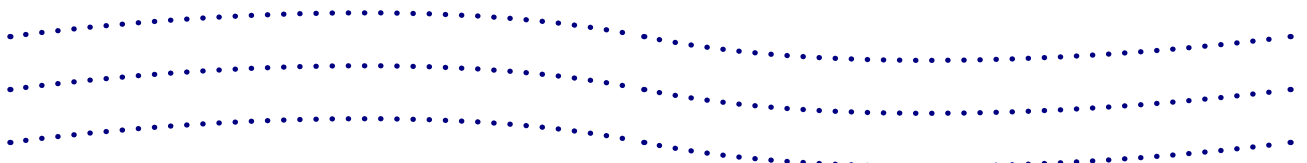
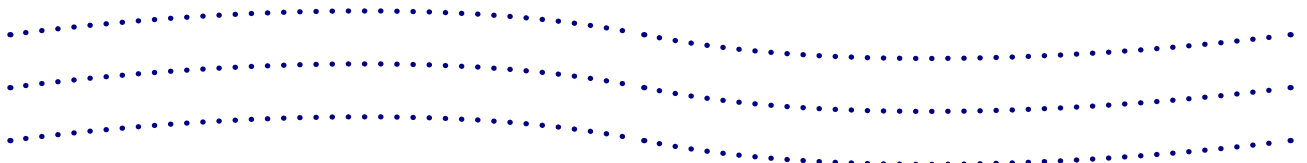
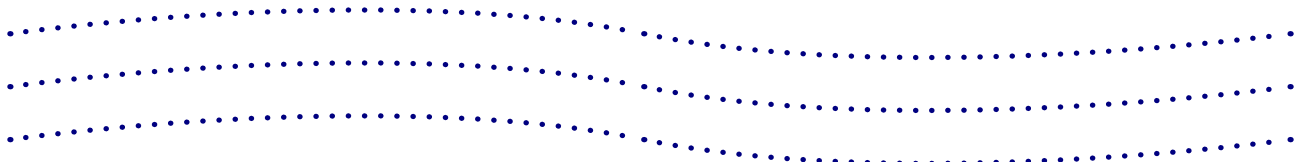
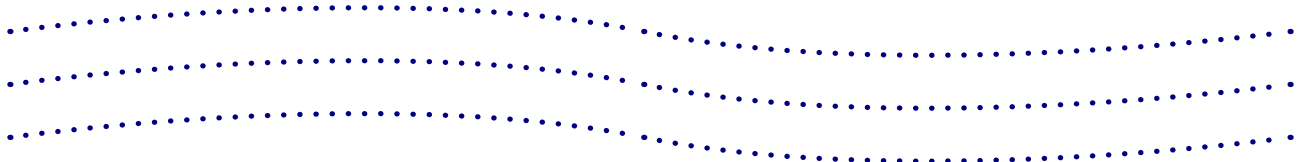
1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal; 1988.
2. Brasil. Lei nº 8.080/1990, de 19.09.1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília (DF); 1990.
3. Brasil. Progestores. Livro 7: Assistência farmacêutica no SUS. Brasília (DF): Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2007.
4. Silva EM, Almeida KC, Pessoa GSC. Análise do gasto com judicialização de medicamentos no Distrito Federal, Brasil. Cad Ibero Am Direito Sanit (Impr.) [serial on the internet]. 2017 [cited 2020 May 21];6(1):112-16. Available from: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/358>
5. Domingos LO, Rosa, GFC. O direito fundamental e coletivo à saúde no contexto da judicialização. Cad Ibero Am Direito Sanit (Impr.) [serial on the internet]. 2019 [cited 2020 June 13];8(2):82-89. Available from: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/524>
6. Vieira FS, Zucchi P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. Rev Saúde Públ. 2007;41(2):214-22.
7. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, INCA; 2014.
8. Mendes KDS, Silveira RC de CP, Galvão CM. Integrative literature review: a research method to incorporate evidence in health care and Nursing. Texto Contexto Enferm [serial on the internet]. 2008 [cited 2020 May 23];17(4):758-64. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010407072008000400018&lng=e&nrm=iso&tlng=pt
9. Galvão TF, Pansani TSA, Harrad D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. Epidemiol Serv Saúde. 2015;24(2).
10. Conselho Nacional de Justiça. Judicialização da Saúde no Brasil: perfil das demandas, causas propostas de solução. Relatório analítico propositivo 2008-2017 [document on the internet]. Brasília (DF): CNJ; 2019 [cited 2020 June 06]. Available from: <http://cnsaude.org.br/wp-content/uploads/2019/07/JUDICIALIZAC%CC%A7A%CC%83O-DA-SAU%CC%81DE-NO-BRASIL.pdf>
11. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2008.
12. Brasil. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Critérios de classificação Qualis – Ensino [home-page on the internet]. [cited 2020 June 06]. Available from: https://www.capes.gov.br/images/stories/download/avaliacaotrienal/Docs_de_area/qualis/ensino.pdf

13. Dias MSA, Gomes DF, Dias TA, Silva LCC, Brito MCC, Carneiro Neto MC, et al. Judicialização da saúde pública brasileira. *Rev Bras de Políticas Públicas* (Online) [serial on the internet]. 2016 [cited 2020 June 24];6(2):132-45. Available from: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/RBPP/article/view/4012>
14. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Dimensões do acesso a medicamentos no Brasil: perfil e desigualdades dos gastos das famílias, segundo as pesquisas de orçamentos familiares 2002-2003 e 2008-2009. Brasília (DF): IPEA; 2013.
15. Lisboa ES, Souza LEPPF. Why do people appeal to the courts for access to medication? The case of insulin analogues in Bahia (Brazil). *Ciênc Saúde Colet* [serial on the internet]. 2017 [cited 2020 June 09];22(6):1857-64. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S141381232017002601857&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
16. Botelho PA, Pessoa NT, Lima AMA. Direito à saúde: medicamentos mais solicitados por demandas administrativas e judiciais por uma secretaria estadual de saúde no biênio de 2013 a 2014. *J. Health BiolSci* [serial on the internet]. 2017 [cited 2020 June 09];5(3):253-58. Available from: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/1170>
17. Damasceno TV, Ribeiro KCB. Judicialização da saúde nos municípios da região metropolitana de Belém-PA. *Cad Ibero Am Direito Sanit* (Impr.). 2019;8(2):100-115.
18. Simone ALM, Melo DO. Impacto econômico das ações judiciais para o fornecimento de medicamentos no Estado de São Paulo. *Cad Ibero Am Direito Sanit* (Impr.). 2019;8(3):60-69.
19. Pinheiro PNQ, Garcia JVM, Cardoso ETC, Luz DA, Silva AG. Farmacoeconomia: gastos com análogos de insulina adquiridos por meio de judicialização em um município do estado do Pará, Brasil, no ano de 2016. *J Bras Econ Saúde* (Online) [serial on the internet]. 2019 [cited 2020 June 09];11(1):42-8. Available from: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/07/1005719/jhes-111-art-06.pdf>
20. Batistella PMF, Ferrari RP, Giroto E, Pieri FM, Rossaneis MA, Haddad MCFL, et al. Judicialização na saúde em município de grande porte. *REME Rev Min Enferm* [serial on the internet]. 2019 [cited 2020 June 08];23:e-1244. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1390>
21. Santos ECB, Teixeira CRS, Zanetti ML, Istilli PT, Pereira LHTR, Torquato MTCG. Judicialização da saúde: acesso ao tratamento de usuários com diabetes mellitus. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(1):e0800016. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018000800016>
22. Marques A, Rocha C, Asensi F, Monnerat DM. Judicialização da saúde e medicalização: uma análise das orientações do Conselho Nacional de Justiça. *Estud av* [serial on the internet]. 2019 [cited 2020 June 08];33(95):217-33. Available from: <https://www.revistas.usp.br/eav/article/view/159486>
23. Silva EM, Almeida KC, Pessoa GSC. Análise do gasto com judicialização de medicamentos no Distrito Federal, Brasil. *Cad Ibero Am Direito Sanit* (Impr.). 2017;6(1):112-26.
24. Pinto CDBS, Osório-de-Castro CGS. Gestão da Assistência Farmacêutica e demandas judiciais em pequenos municípios brasileiros: um estudo em Mato Grosso do Sul. *Saúde debate* [serial on the internet]. 2015 [cited 2020 June 09];39(esp.):171-83. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042015000500171&script=sci_abstract&tlng=pt
25. Canut L. Operacionalização do Sistema Único de Saúde e de sua Assistência Farmacêutica diante da judicialização: um estudo de caso no município de São José/SC. *Revista de Direito Sanitário* [serial on the internet]. 2017 [cited 2020 June 09];18(2):62-91. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/download/142012/137255>
26. Ribeiro KD, Vidal JP. Uma análise da produção acadêmica sobre a evolução do fenômeno da judicialização da saúde no Brasil. *Cad Ibero Am Direito Sanit* [serial on the internet]. 2018 [cited 2020 June 09];7(2):239-61. Available from: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/493>
27. Lopes LMN, Coelho TL, Diniz SD, Andrade EIG. Integralidade e universalidade da assistência farmacêutica em tempos de judicialização da saúde. *Saúde Soc* [serial on the internet]. 2019 [cited 2020 June 09];28(2):124-31. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902019000200010
28. Brasil. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS [document on the internet]. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 abr. [cited 2020 June 09]. Available from: <http://conitec.gov.br/legislacao>
29. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa,

e dá outras providências [document on the internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 jun. [cited 2020 June 09]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm



30. Vasconcelos FJL, Dias MAS, Saraiva MJG, Silva MMS. Judicialização da saúde: análise judiciais demandas na comarca de Sobral, Ceará. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2017 [cited 2020 Jan 11];16(2):06-13. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1172>



PLANO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: UM COMO FAZER COM BASE NO NORDESTE BRASILEIRO

PUBLIC POLICY FOR PERMANENT EDUCATION IN HEALTH: A HOW-TO FOR THE BRAZILIAN NORTHEAST

POLÍTICA PÚBLICA DE EDUCACIÓN PERMANENTE EN SALUD: UN CÓMO HACERLO BASADO EN EL NORESTE BRASILEÑO

Ricardo Burg Ceccim¹Sílvia Maria Negreiros Bomfim Silva²Luís Fernando de Souza Benício³Kilvia Paula Soares Macedo⁴Cândido Sampaio de Castro Neto⁵Karina Oliveira de Mesquita⁶José Luís Paiva de Mendonça Ferreira⁷Ívina Maria Siqueira Lima⁸**Como Citar:**

Ceccim RB, Silva SM, Benício LF, Macedo KP, Castro Neto CS, Mesquita KO, et al. Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde: um como fazer com base no Nordeste brasileiro. *Sanare* (Sobral, Online). 2021;20(1):142-152.

Palavras-chave:

Pessoal de Saúde; Apoio ao Desenvolvimento de Recursos Humanos; Aprendizagem; Educação em Saúde; Educação Permanente.

Keywords:

Health Personnel; Training Support; Learning; Health Education; Education, Continuing.

Palabras clave:

Personal de Salud; Apoyo a la Formación Profesional; Aprendizaje; Educación en Salud; Educación Continua.

Submetido:

16/12/2020

Aprovado:

17/06/2021

Autor(a) para Correspondência:

Ricardo Burg Ceccim
E-mail: burgceccim@gmail.com

RESUMO

No Estado do Ceará, Nordeste brasileiro, em 2018, foi empreendida uma pesquisa-formação acoplada ao planejamento participativo em saúde que escutou e analisou realidades locais mediante oficinas locais. O objetivo foi a escuta e a análise problematizadoras (pesquisa-formação) e a formulação de um projeto de intervenção como política pública (planejamento participativo). Da pesquisa, emergiu a compreensão de um particular conceito de saúde, próprio à região do semiárido nordestino, “saúde cabra da peste”, que veio como saúde do cuidado em família, diferente do propalado conceito de saúde da família. A presença da Educação Popular como transversal às práticas de cuidado e a noção de território como centro, vieram inovadoras, não com o paroquialismo frequente nos discursos sobre saúde da família, mas como presença do “lugar” (adaptação ao global, mas também resistência local). Também foi evidente a presença de estudantes e universidades nas realidades locais, especialmente pelo interior. O planejamento se concluiu com seis eixos estratégicos, em que a atenção e a gestão da clínica vieram, não como carro-chefe, mas sucedâneas a uma estrutura de desenvolvimento do sistema e do trabalho em saúde. Como ganho e produto final, tem-se a emergência de um “como fazer”, que contempla pesquisa, formação, intervenção e gestão de política pública.

1. Sanitarista. Mestre em Educação. Doutor em Psicologia Clínica. Professor Titular na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Educação. E-mail: burgceccim@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0379-7310>

2. Administradora (Saúde). Mestre e Doutoranda em Planejamento Urbano e Regional. Professora da Faculdade de Tecnologia de Horizonte, Ceará. E-mail: silvianegreiros@uol.com.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5835-3229>

3. Psicólogo. Mestre e Doutorando em Psicologia. Professor Substituto na Universidade Estadual do Ceará. E-mail: luisf.benicio@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0765-2568>

4. Enfermeira. Mestre e Doutoranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. E-mail: kilviapsmacedo@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5976-9883>

5. Fisioterapeuta. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Consultor na Região Sertão Central da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. E-mail: candidofisio@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1482-1646>

6. Enfermeira. Mestre em Saúde da Família. Docente na Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia, Sobral. E-mail: karinamesquita1991@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1528-5339>

7. Fisioterapeuta. Mestre em Gestão em Saúde. Assessor Técnico na Escola de Saúde Pública do Ceará. E-mail: joseluispaiva01@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0466-3747>

8. Enfermeira. Especialista em Gestão de Sistemas Locais de Saúde. Mestre em Ensino na Saúde. Assessora Técnica na Escola de Saúde Pública do Ceará. E-mail: ivina.siqueira.esp@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4633-6020>

Cert. de Redação Científica: Central das Revisões. **Edição de texto:** Karina Maria M. Machado. **Revisão de provas:** Texto definitivo validado pelos(as) autores(as).

ABSTRACT

In 2018, in the state of Ceará in the Brazilian north-east, a research-training took place coupled with participative health planning, that listened and then analyzed local realities through local-regional workshops. The goals were of a problematizer listening and analysis (research-training) and the shaping of an intervention project as public policy (participative planning). The research resulted in the understanding of a specific health concept pertaining to the semi-arid north-eastern region – “cabra da peste” health – health as care in family, which differs from the renowned concept of family health. The innovation came with Popular Education intersected by care practices, and the notion of the territory as center; not with the frequent parochialism in discourses about family health, but as the presence of place (adaptation to the global, but also local resistance). There was also the evident presence of universities and students in local realities, especially in the countryside. Planning resulted in six strategic axes, where health care and clinical management came not as flagship programs but as the result of the developmental structure of working with health and the health system. The positive final product, a “how-to”, was reached, contemplating research, training, intervention, and public policy management.

RESUMEN

En el estado de Ceará, noreste brasileño, en 2018, se emprendió una investigación-formación acoplada a la planificación participativa en salud que escuchó y analizó realidades locales mediante talleres locoregionales. El objetivo fue la escucha e el análisis problematizadores (investigación-formación) y la formulación de un proyecto de intervención como política pública (planificación participativa). De ello emergió la comprensión de un particular concepto de salud, propio al semiárido nordestino – salud “cabra da peste” – utilizado en lugar del difundido concepto de salud de la familia. La presencia de la Educación Popular como transversal a las prácticas de cuidado y la noción de territorio como centro, son innovadoras, no con el parroquialismo frecuente en los discursos sobre salud de la familia, sino como presencia del lugar, adaptación al global y resistencia local. Además, hay evidencias de la presencia de estudiantes y universidades en las realidades locales, especialmente en el interior. La planificación se concluyó con seis ejes estratégicos, en que la atención y la gestión de la clínica vinieron no como centrales, sino análogas a una estructura de desarrollo del sistema y del trabajo en salud. Como ganancia y producto final, la emergencia de un “cómo hacerlo” que abarca investigación, formación, intervención y gestión de política pública.

.....

INTRODUÇÃO

Em 2017, o Governo Federal lançou o “Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde” no sistema sanitário brasileiro (Pró-EPS/SUS)^{1,2}, tendo como objetivo estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS). Diante disso, no Estado do Ceará, região Nordeste do Brasil, foi montada uma estratégia de construção do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde em que as propostas fossem pautadas pela *escuta* e pela *análise* das realidades locais³, priorizando o fortalecimento da regionalização, o pensamento das redes e a incorporação do aprender ao cotidiano do trabalho.

Esse desenho foi resultado da iniciativa de acoplar o planejamento participativo em saúde⁴ e a pesquisa-formação por círculos em rede⁵. No correr do processo, impuseram-se a educação popular em saúde e a linguagem do acesso, acolhimento e vínculo com os usuários da atenção básica, assim como uma particular linguagem das ligas acadêmicas e da universidade presente na cidadania. O Plano foi elaborado ao longo do ano de 2018, finalizado e aprovado na última reunião do Conselho Estadual de Saúde (CESAU) daquele ano, na última plenária de dezembro.

Um grupo de estudos foi reunido em 2018, pela Escola de Saúde Pública, em torno da temática da integração ensino-serviço em saúde, para que acompanhasse a elaboração do Plano mediante a metodologia da pesquisa-formação por círculos

em rede⁵. Um plano é uma prospecção de futuros, um delineamento de expectativas. Desse modo, o planejamento participativo em saúde pode ser um instrumento, uma tecnologia ou uma metodologia, mas, daqueles que trabalham no campo sanitário, espera-se que agregue crescente autonomia e protagonismo de usuários, trabalhadores e gestores junto ao sistema de saúde⁶.

A pesquisa-formação se configura na medida em que se articula a interatividade pesquisadores-pesquisados e se ensina a aprendizagem significativa pela presença *dos/com os/nos* cotidianos, em que os encontros de pesquisa são também encontros de formação⁶. O produto alcançado, entretanto, vem aqui sumariado por meio da Análise Documental, uma vez que, recuperado a posteriori e para fins de difusão, permite encontrar restos, marcas e vestígios no tempo e no espaço, não se tratando de buscar uma prova e sim uma pista de que algo ocorreu, tampouco restituir uma totalidade histórica, mas colocar em narrativa uma articulação do presente com o passado, justificando-se também como dispositivo de memória⁷.

No Ceará, Programas como Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde têm inserção desde os anos 1980, e a Estratégia Saúde da Família desde 1994. Iniciativas que, no Brasil, têm sido reportadas à modelagem tecnoassistencial sugerida à Atenção Básica⁸. Desde a primeira edição de uma Política Nacional de Atenção Básica, em 2006, projeta-se esse perfil de experiências como modelagem substitutiva e de reorganização da atenção à saúde. Os anos 2000 estiveram fortemente marcados pela expansão da proposta designada por Estratégia Saúde da Família, incluindo os grandes centros urbanos, em que pese ter perseverado em muitas regiões do país a falta de médicos e outros profissionais, como é o caso da Região Nordeste, especialmente do sertão nordestino⁹.

Todavia, na configuração da modelagem assistencial cearense, há uma bagagem cultural que vem como *experiência do lugar*¹⁰. A noção de *lugar*, conforme Milton Santos, corresponde à noção de território vivo e dinâmico no qual se desenrola a vida. O lugar, nesse caso, traz as dimensões da agroecologia e da pecuária do semiárido brasileiro, da economia solidária e humana. É essa noção de Nordeste e essa noção de território que, nessa região, dá nome ao cuidado em saúde como “saúde do cuidado em família”, região cuja subsistência tem base na agricultura familiar, na criação familiar

de caprinos e ovinos e em uma estrutura fundiária onde predominam as pequenas propriedades de base familiar¹¹. A pesquisa-formação encontrou na palavra família uma construção particular, expressão da vida no lugar.

Uma *saúde do cuidado em família* se reporta ao cuidado às pessoas ou grupos sociais que, independentemente de relações de parentesco, coabitam uma moradia ou um pátio, compartilham um conjunto de estratégias de sobrevivência e compartilham práticas culturais e contexto social, a articulação de recursos institucionais e comunitários e o agenciamento do cuidado em saúde com as redes sociotécnicas. Nessa modelagem, o território (ou o lugar) é o centro da geração de práticas cuidadoras.

O presente artigo traz a Educação Permanente em Saúde (EPS) como parte estruturante da introdução e expansão das características nordestinas que conquistaram um perfil tecnoassistencial à atenção básica com a imagem da *saúde do cuidado em família*, apoiando-se na sabedoria da Educação Popular, na valorização das redes e territórios de encontro e nas lutas que conduzem à valorização da vida local e fazem das culturas tradicionais a força propulsora de uma saúde que ampara e quer a vida forte e criadora de mais vida. Dito isso, o poeta cearense Patativa do Assaré, em “Cabra da Peste”, faz ver a saúde como afirmação da vida:

Eu sou de uma terra que o povo padece,
mas não esmorece e procura vencer. Da
terra querida, que a linda cabocla, com
riso na boca zomba no sofrer. Não nego
meu sangue, não nego meu nome. Olho
para a fome, pergunto: o que há? Eu sou
brasileiro, fio do Nordeste, sou Cabra da
Peste, sou do Ceará¹².

A metodologia da pesquisa-formação acoplada ao planejamento participativo em saúde singularizou a construção do plano estadual de educação permanente em saúde no Ceará. Uma pesquisa de base documental revelou a elaboração do Plano como um processo ascendente e participativo, superando práticas comuns nesse tipo de atividade, abandonando a prática da elaboração de listas de cursos, vazias de sentidos e pessoas¹³. Não só foi construído um plano para prestar contas da tarefa prescrita pelo Governo Federal junto ao Pró-EPS/SUS, mas operada uma ação de *pensamento*, não um *planejar estratégico*, mas um *pensar* a ação política em saúde, como na orientação de Mário Testa¹⁴.

Fortalecer a EPS não se apresentou como ação programática, mas como ação educativa.

O objetivo foi a escuta e a análise problematizadoras (pesquisa-formação) e a formulação de um projeto de intervenção como política pública (planejamento participativo). O objetivo da pesquisa-formação acoplada ao planejamento participativo em saúde envolveu, então, escutar e analisar realidades locais mediante oficinas locais em busca do quadrilátero da formação e da educação permanente em saúde.

A SAÚDE DO LUGAR, O QUADRILÁTERO DA FORMAÇÃO E A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

O Sistema Único de Saúde, no Estado do Ceará, tem uma construção histórica particular. Tem bagagem na Educação Popular, na atuação de agentes comunitários e na implicação com as culturas tradicionais, o que conduz à valorização da vida local, dos territórios de encontro e das sensíveis lutas pela vida. Essas características conquistaram um perfil tecnoassistencial à atenção básica com a imagem da *saúde em família* (saúde com as práticas da cultura, saúde com as variações linguísticas e culturais do Nordeste, saúde “cabra da peste”). Na medida em que a Atenção Básica se impôs como política nacional de proteção à saúde para dar conta da população, sensível aos seus diversos grupos populacionais locais, essas delicadezas da imagem de uma saúde em convívio ganharam o lugar de informação à gestão. A “vida que vinga” não vinga apenas porque suas doenças e motivos de morte são conhecidos, vinga porque a vida e o viver valem a pena¹⁵. É apenas no interior de uma vida que vale a pena que interessa conhecer *adoecimentos* e *morrimentos*. Quando as forças de vida mingam, toda vida morre; quando as forças de vida vingam, a saúde é o que a ampara.

O Brasil construiu, aos poucos, a posição da Atenção Básica como ordenadora e impulsionadora do sistema sanitário, introduzindo a noção de Redes de Atenção à Saúde^{16,17} como estratégia para superar a fragmentação entre as ações e os serviços para as diversas necessidades e para os diversos grupos populacionais, assim como a noção de Regiões de Saúde¹⁷, tendo em vista aperfeiçoar a institucionalidade política e gerencial do Sistema. Redes e Regiões deveriam assegurar, então, a

descentralização da gestão, a integralidade da atenção e a abertura para a participação.

Assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços de que necessita, com efetividade e eficiência, entretanto, requer o desenvolvimento e a apropriação de conhecimento, o que implica educação (ensino, aprendizado e mutação¹⁸) e pesquisa (investigação, produção e inovação¹⁹). Descentralização da gestão, integralidade da atenção e abertura para a participação são diretrizes constitucionais do SUS. Esse “triângulo”, entretanto, mostra-se limitado sem a introdução desse quarto ângulo: educação e pesquisa na saúde. Na política nacional, esse quarto ângulo ficou conhecido como Política Nacional de Educação Permanente em Saúde²⁰. Na saúde, sem permanente educação, não acontece consistente territorialização: o aprender é da ordem vital do fazer e da experiência. Aprender é agir em construção provisória de si e dos entornos, sempre em relação a processos de encontro. Aprender é sempre sair de um lugar dado e construir outro sob invenção/criação afetiva.

A oferta de ações ou a formulação de políticas que visam acoplar o ensino-aprendizagem à realidade vivida pelos sistemas e serviços de saúde, tendo os problemas enfrentados no cotidiano do trabalho e as experiências dos trabalhadores como base de interrogação e mudança, compõem a educação permanente em saúde. Contudo, a EPS também diz respeito à integração ensino-serviço-comunidade proposta às instituições educacionais para a formação dos novos quadros profissionais requeridos e para a qualificação da docência. Diante desse desafio, a EPS, como política, enseja um esforço de elaboração participativa, envolvendo negociação e pactuação com os segmentos da gestão, dos serviços (clínica e gestão da clínica), das instituições de ensino e das instâncias de controle social via Comissões de Integração Ensino-Serviço em Saúde (CIES)²¹.

UM COMO FAZER MEDIANTE PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO E PESQUISA-FORMAÇÃO

A pesquisa-formação foi uma tarefa da Escola de Saúde Pública, enquanto o planejamento participativo foi uma tarefa da Coordenadoria de Gestão da Educação Permanente em Saúde, estrutura

responsável pela valorização, educação e negociação do trabalho, junto à Secretaria de Estado da Saúde. No presente documento de escrita, apresenta-se de modo descritivo o produto conceitual alcançado no Pró-EPS/SUS para o Estado do Ceará. A Análise Documental foi um método relevante por agregar conteúdo às informações de pesquisa e normativas. O presente documento cumpre o papel de resgatar a memória – do percurso ao resultado – considerando o pertencimento dos autores à pesquisa-formação. O processo iniciou com a leitura e organização dos documentos essenciais para descrever o objeto. À medida que as informações eram organizadas em linha do tempo, foram sendo concatenadas as conexões para a melhor apreensão do processo desencadeado e do produto alcançado. A primeira fonte de análise foi o próprio Plano e documentos que fomentaram normativa e financeiramente sua produção. A cronologia começa com a Nota Técnica Conjunta²², de 1º/12/2017, entre Coordenadoria de Gestão da Educação Permanente em Saúde, Conselho Estadual das Secretarias Municipais de Saúde e CIES Estadual, relativa à adesão do Estado ao Pró-EPS/SUS, e finaliza com a Ata de aprovação no CESAU (13/12/2018), e a Resolução n.º 188/2018²³, de pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB – 14/12/2018).

A construção do Plano envolveu a CIES Estadual e cinco CIES macrorregionais. As CIES são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da política de educação na saúde²¹. As CIES foram o cenário para as discussões e elaboração do Plano, de modo que cada uma contou com a participação de um bolsista de pesquisa, selecionado por conhecimentos formais ligados à EPS, com formação de mestrado ou mestrados, e um consultor doutor para a orientação metodológica. É essencial destacar que quando iniciaram as discussões acerca do Plano só havia três CIES instituídas, além da Estadual: Fortaleza, Cariri e Sobral. As outras duas, Sertão Central e Litoral Leste/Jaguaribe, foram instituídas durante o movimento de elaboração e discussão do Plano.

A elaboração do Plano foi discutida, primeiramente, em plenária, durante reunião extraordinária da CIES Estadual, realizada em 18/04/2018. O primeiro movimento foi a deliberação pela construção por Eixos, o que daria estrutura de intervenção à pesquisa-formação.

Tais eixos deveriam evidenciar uma política de educação na saúde, não um programa de ensino. Portanto, supunham a criação ou fortalecimento de instâncias; desenvolvimento ou implantação de estruturas permanentes de formação; construção de competências de gestão, de ensino e de atenção; familiarização com tecnologias científicas, populares e participativas; e ativação de práticas colaborativas em serviços e intersetoriais.

Foram pactuados, naquele momento, cinco grandes eixos: Construção e consolidação do Sistema de Saúde Escola; Incentivo ao desenvolvimento científico e tecnológico; Contribuição às inovações metodológicas de educação na saúde; Participação no desenvolvimento de gestores e lideranças no SUS; e Fortalecimento da integração ensino-serviço. Foi no correr das oficinas regionais que emergiu um sexto eixo: Desenvolvimento e aperfeiçoamento da Atenção Integral à Saúde. Chama atenção, conforme descrito no documento de apresentação ao CESAU, a inversão dos processos anteriores que se esgotavam exatamente neste último eixo, dessa vez emergente apenas ao longo das sistematizações do processo e que, segundo foi declarado, enunciava o esforço de uma estratégia estruturante de sustentabilidade regionalizada, em arquitetura de redes e em aprendizagem incorporada aos cotidianos de uma saúde do lugar, não a lista de cursos, elencada apenas na reunião das áreas técnicas da Secretaria de Estado da Saúde (o que merece tematização específica em outro documento de escrita, pois a pesquisa-formação identificou como a necessidade de formação de formuladores).

As noções de planejamento participativo e pesquisa-formação se acoplaram de modo inédito. O percurso escolhido foi o de oficinas regionais e oficinas temáticas, que teceram o aprofundamento dos eixos. Foram realizadas dez oficinas regionais, sendo duas em cada macrorregião, cinco oficinas temáticas e uma última de consolidação do Plano com a CIES Estadual. Os pesquisadores tiveram papel fundamental na articulação dos representantes do quadrilátero^{4,24} em cada região e na organização da representação dos gestores municipais, participando em momentos das Comissões Intergestores Regionais (CIR). A primeira oficina em cada região serviu à identificação de conhecimentos e práticas vigentes, servindo à intervenção da pesquisa-formação como *círculo regional*, e à elaboração de propostas para a constituição do Plano. A segunda oficina operava a ação crítico-colaborativa da

pesquisa-formação e a qualificação da minuta de Plano. Já com a contribuição de todas as regiões, a segunda oficina colocava os *círculos em rede*, como previsto na metodologia de *pesquisa-formação por círculos em rede*⁵. Todas as regiões puderam problematizar e qualificar a minuta, atendendo aos requisitos teórico-metodológicos do planejamento participativo.

Cada oficina da 1ª Etapa foi organizada em quatro momentos: 1) acolhimento, promovido pela própria região, e apresentação da estratégia de desenvolvimento do Plano; 2) apresentação referencial dos eixos, apresentação do cenário macrorregional de educação na saúde, demonstrando as potencialidades, dificuldades e demandas represadas de formação; 3) grupos de trabalho para debulhar e circunscrever os eixos do plano, respondendo: nos sentimos representados nessa proposta do Plano? O que sugerimos? Quais as maiores potências da nossa macrorregião? Quais os maiores desafios/dificuldades da nossa macrorregião? 4) plenária para a apresentação dos grupos e providência de uma leitura de síntese por observador especialista.

A 2ª Etapa foi dividida em três momentos: 1) acolhida pela região, com apresentação do andamento da construção coletiva do Plano; 2) apresentação da análise de situação de saúde da macrorregião; 3) grupo de trabalho com os seguintes questionamentos: quais sugestões e alterações você faria no Plano; que estratégias podem ser pensadas para articular o Plano Estadual com os Planos Municipais? 4) plenária e síntese.

A regionalização orientou a sistematização dos dados e os processos de negociação e pactuação entre os gestores (CIES Regionais), contribuindo à gestão solidária entre os gestores locais e entre esses e o gestor estadual. Cada etapa macrorregional foi capaz de mobilizar olhares, ouvidos e práticas de trabalhadores, gestores, docentes, estudantes, residentes em saúde, educadores populares e movimentos sociais.

UM PLANO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO TERRITÓRIO NORDESTINO

A Portaria GM n.º 4.279¹⁶, de 30 de dezembro de 2010, diz que Redes de Atenção à Saúde têm por objetivo promover a integração de ações e

serviços sanitários no âmbito do território e que devem prover uma atenção contínua, integral, de qualidade e humanizada, construindo um sistema integrado de saúde, articulado em todos os âmbitos do cuidado. A Atenção Básica tem na Estratégia Saúde da Família (ESF) a modelagem prioritária para seu arranjo organizativo de ações e serviços no âmbito das unidades básicas de saúde. A partir da implantação da ESF²⁵, como desafio nacional, foi possível melhor distribuir e provisionar equipes locais de cuidado individual e coletivo, o que repercutiu em melhoria da cobertura e da qualidade da atenção pré-natal e de puericultura, com consequente redução da mortalidade infantil, assim como a ampliação do acesso a serviços de saúde para populações vulnerabilizadas pelas desigualdades sociais de nosso país.

A ESF, como pauta às Redes de Atenção, ponto obrigatório nas Linhas de Cuidado e requerimento à colaboração interprofissional²⁶, levou à reorganização das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação a que os sistemas tradicionais de ensino e de trabalho na saúde estavam acostumados, colocando em evidência a formação de trabalhadores, mas também de gestores e de docentes. Se a ESF implicou a redução de internações por condições sensíveis à Atenção Básica, há necessidade, entretanto, de ampliar a capacidade de resposta das equipes de Saúde da Família (eSF) frente aos agravos que surgem e ressurgem no Brasil²⁷.

Quando foi lançado no país o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde²⁸, com o objetivo de melhorar a infraestrutura da rede de serviços e prover as condições mais adequadas para o seu funcionamento, assim como melhorar o acesso à atenção básica e a qualidade da atenção prestada, tudo isso englobou ampliação de unidades, estruturação tecnológica e qualificação das equipes multiprofissionais. A ampliação da qualidade e da resolutividade da Saúde da Família requer também o recurso às tecnologias de informação e comunicação remotas (meio digital), com a finalidade de que os serviços contem, mesmo na distância, com acesso ao conhecimento de que necessitam, isto é, incorporar sistemas de telessaúde, segundo suas atividades educacionais de tele-educação, teleconsultoria, telediagnóstico e segunda opinião formativa.

A noção de lugar aparece sem qualquer perspectiva paroquialista, o local não pode ignorar

visões e interesses mais vastos e abrangentes. O lugar se mostra como expressão de resistência, mas ao mesmo tempo de adaptação à ordem global²⁹. Obtêm-se consciência e presença de mundo, segundo se estabeleça o domínio e a apropriação do local. Longe da homogeneização do local, a noção de lugar reforça a diferenciação e as especificidades locais, sem se desvincular da ordem global. Trata-se de uma singularização que incide no global, constituindo força viva ou de território vivo. Por isso, é a saúde do/no lugar, é a saúde cabra da peste que passa a informar o Plano Cearense, não mais o “Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Ceará”, mas o Plano Cearense de Educação Permanente em Saúde¹³. Foi o que descobriu a pesquisa-formação no confronto pesquisadores-pesquisados, na escuta e análise emergentes da pesquisa-formação por círculos em redes.

O PLANO COMO PRODUTO

A 1ª Etapa envolveu 375 participantes, enquanto a 2ª Etapa reuniu 426 participantes. Verificou-se nos dois movimentos a desnaturalização do Plano pelo processo participativo e de pesquisa: a emergência de um sexto eixo não existente na pactuação inicial, a singularização das necessidades em saúde, marcada pelo debate das vulnerabilidades geradas às vidas pelo perfil das regiões e dos serviços no semiárido ou paradigmas de gestão e a urgência de uma ampla política de educação transversal ao trabalho. A vulnerabilidade foi problematizada como acontecimento que não está nos indivíduos, mas provocado pelos preconceitos, incapacidade de escuta e perspectiva moral das instituições e das políticas, além da histórica concentração de renda, riquezas, água e terra¹¹. A educação foi problematizada como articulação de ações com expansão da formação para introduzir e consolidar outros olhares para o cuidado, indivíduos e populações, construção de outras aprendizagens sobre o acolhimento em rede. A noção de atualização serviu à indicação dos estudos feministas, *queer* e trans, virilidade nociva (*masculinidade tóxica*), população de rua e redução de danos. Um ponto marcante foi a enunciação, em todas as regiões, relativa às práticas integrativas e complementares de cuidado em saúde; a integração das ações de saúde com ações de arte, cultura e educação; e a inserção da educação popular em saúde na agenda da atenção integral (aspectos fora

da racionalidade médica hegemônica). Esses temas não estavam presentes antes da primeira rodada regional e ganharam densa expressão na segunda rodada.

Uma sumarização do Plano aponta, então, seis eixos finais: o Eixo um, com seis objetivos e 18 metas; o Eixo dois, com seis objetivos e 21 metas; o Eixo três, com nove objetivos e 26 metas; o Eixo quatro, com seis objetivos e 13 metas; o Eixo cinco, com seis objetivos e 17 metas; e o Eixo seis, com 13 objetivos e 45 metas.

Eixo 1 - Construção e consolidação do Sistema de Saúde Escola: EPS como política de educação e desenvolvimento dos trabalhadores da área. Formulou a construção e consolidação da rede de atenção – assim como seus órgãos ou instâncias de gestão e controle social – em comunidades de aprendizagem/coletivos aprendentes, locais onde se aprende e se ensina em serviço, recebendo estudantes e profissionais em formação e colocando-se em contínuo processo de desenvolvimento do trabalho e dos trabalhadores. As propostas contribuíam para instaurar núcleos ou articulações de educação permanente nos serviços, no âmbito de gestão municipal e na instância regional do gestor estadual da saúde.

Eixo 2 - Incentivo ao desenvolvimento científico e tecnológico: os processos de acesso e geração de informação guardam relações de correspondência; assim, os trabalhadores devem ter acesso on-line e ativo ao conhecimento em ferramentas como Estação BVS, Rede BiblioSUS, Telessaúde, Comunidades de Prática e Comunidades de Aprendizagem, como também produzir e divulgar o conhecimento originado de suas ações e seus desafios locais. Foi enunciada a proposta de um sistema repositório da informação científica e tecnológica; centros de documentação por regiões e/ou em municípios; processos de gerenciamento de bibliotecas em saúde; análise das necessidades de formação científica e o fortalecimento das Escolas do SUS no estado, apoio à manutenção e reforma de infraestrutura da rede educacional do SUS e estratégias de acompanhamento de egressos da formação em cursos promovidos pelo SUS.

Eixo 3 - Contribuição às inovações metodológicas de educação na saúde: responder aos desafios metodológicos (os modos de fazer), valorizar as inovações locais e transformá-las em metodologias de educação a fim de que possam ser compartilhadas ou transferidas em programas

de cooperação intergestores no estado e na região Nordeste, assim como programas de caráter nacional e internacional. O debate das inovações metodológicas apareceu referido ao ensino e formação. A defesa foi de um sistema democrático e sustentável dirigido aos estudantes e aos recém-formados, além dos servidores dos sistemas de saúde. Evidenciou-se grande valorização das residências integradas em saúde, das vivências e estágios na realidade do SUS, dos programas de bolsas para estudantes de graduação e para a incorporação do desenvolvimento tecnológico com especialistas, mestres e doutores. Destacou-se o desenho de um conjunto de ações para apoiar o provimento de profissionais de Atenção Básica e de Atenção Psicossocial por meio da Ação Educativa e Integração Ensino-Serviço.

Eixo 4 - Participação no desenvolvimento de gestores e lideranças no SUS: captar e capacitar gestores e lideranças de modo a gerar e qualificar pessoas que pudessem assumir quadros de gestão e/ou de controle social em saúde, assim como assessorias parlamentares e representantes de movimentos sociais. Para cumprir os desígnios do SUS há necessidades de bons gestores, o que não significa carreira, mas desenvolvimento de competências de gestão. Igualmente, há necessidade de desenvolver lideranças, fortalecendo o controle social e preparando possíveis quadros para os conselhos de saúde, postos de administração em políticas, serviços e sistemas. Evidenciou-se a proposta de que uma política de educação também seja permanente na direção da gestão e da participação popular, não apenas para a clínica ou saúde na comunidade/no bairro, até mesmo a formação sobre políticas de saúde para assessores parlamentares e membros do sistema judiciário, tendo em vista a defesa do SUS nas ações legislativas e jurídicas.

Eixo 5 - Fortalecimento da integração ensino-serviço na saúde: incentivo e regulação às interações educativas na rede de saúde, estabelecendo relações de troca e colaborativas entre gestores do SUS e instituições formadoras de nível superior ou de nível técnico. Esse eixo apresentou a consolidação de práticas educativas que facilitariam o processo de formação profissional na área da saúde, em consonância com as diretrizes do SUS. Os objetivos do eixo incluíram o planejamento e avaliação continuados e participativos em EPS de forma ascendente; o

fortalecimento e alinhamento organizacional e político-institucional das CIES; o fortalecimento e a capilarização da Regulação das Práticas de Ensino na Saúde nos municípios; e o maior compromisso social das Instituições de Ensino Superior e Técnico com o SUS. Foram defendidos espaços de trabalho permeados por dimensões da educação, que se tornariam mais acolhedores de estudantes, abrindo espaços para ligas acadêmicas e propostas de pesquisa-intervenção e extensão inovadora. A ideia foi a de criar condições favoráveis para a experimentação de formas inovadoras de interação universidade-sociedade no âmbito do ensino, da pesquisa, da extensão e da formação interprofissional, nelas inserindo chance real de desenvolvimento institucional do SUS e chances de ações que resultassem em uma educação na saúde mais contextualizada nas demandas atuais do sistema, mais inclusiva e geradora de autonomia.

Eixo 6 - Desenvolvimento e aperfeiçoamento da Atenção Integral à Saúde: qualificar a atenção à saúde, ouvidas as áreas técnicas ou programáticas, aperfeiçoando padrões de interpretação e de intervenção no processo saúde-doença e a abordagem clínica no diagnóstico e tratamento. Sob o princípio da integralidade, desponta a promoção de serviços para atender às necessidades da população quanto à promoção e manutenção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e agravos, reabilitação, redução de danos e cuidados paliativos, tudo isso envolto à responsabilidade de prestar serviços de elevada qualidade e resolutividade, identificar adequadamente as necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais que causam doenças, além de gerenciar as várias tecnologias de atendimento e gerenciamento necessárias para esses propósitos, o que amplia a autonomia humana e protege a saúde. Para tanto, os conceitos de território em saúde, gestão da clínica e rede de atenção coordenada pela atenção básica.

CONCLUSÃO

Olhar para esse processo nos fez ver a construção de um sistema de saúde em rede que, dentre seus principais desafios, procura tornar a rede de saúde uma rede de ensino e aprendizagem³⁰. É no cotidiano, na lida diária, que trabalhadores e usuários descobrem e inventam formas de trabalho e luta, convivendo com o outro e apreendendo de

modo sensível as necessidades sociais em saúde²⁷. Organizar um serviço que opere segundo a lógica do território, com uma saúde cabra da peste, requer adesão do trabalhador aos projetos de vida que ali se movem. Uma territorialização assim consistente demanda um processo de permanente aprendizagem local ou com os recursos locais existentes e, ao mesmo tempo, capacidade de ativar redes com tais características e tais recursos.

Como foi aprendido na pesquisa-formação, há necessidade de entrelaçamento com grupos de educação popular, de artesanaria, de arte de rua e com movimentos e práticas da cultura para potencializar a participação social, o desenvolvimento da autonomia dos usuários e as ações de afirmação das singularidades em todos os pontos da rede. A imagem da *saúde do cuidado em família* orienta a necessidade da colaboração interprofissional e da criação de porosidades entre as ações e os serviços de saúde com os recursos locais ou locorregionais. O espaço geográfico em escala local ou dimensão pontual passou à dimensão de lugar, manifestando uma expressão da existência que se apresenta por meio de um cotidiano compartilhado entre as mais diversas pessoas, instituições, setores e conexões sociais e políticas.

O lugar é a manifestação local das relações com o mundo ou com o global. O local é território vivido e de invenção da existência, implica as necessidades existenciais e as mobilidades afetivas e sociotécnicas, as interações com os objetos e com as pessoas, a nossa corporeidade e o nosso estar em um mundo em coexistência (visão de mundo vivido local-global). O lugar expressa relações verticais, resultado do poder hegemônico, e relações horizontais, resultado de coexistência e resistência. Uma saúde do lugar requer redes de atenção, práticas interprofissionais e visão de sistema integrada ao desenvolvimento do trabalho e dos trabalhadores.

A EPS se mostrou como ação vital se os trabalhadores reordenam suas inserções, redesenham a história e reconfiguram a si mesmos, suas equipes, seus ambientes de trabalho e as relações dos ambientes de trabalho para com seus usuários. A construção de saberes de equipe e a produção de saberes no trabalho auxiliam na constituição da própria formação profissional. A EPS comparece como conhecimento e como mediação com a pluralidade. Sendo assim, convoca sempre ao debate de normas, valores, regras e

estilos do trabalho, da gestão, da participação e do desenvolvimento institucional. Na saúde, a permanente educação torna consistente a territorialização, permitindo a expressão de maior efetividade do trabalho e de melhor saúde às pessoas e coletividades. A pesquisa-formação levou significativas contribuições para pensar o encontro entre educação (um processo micropolítico) e a gestão do sistema de saúde (um processo normativo). O planejamento apareceu exposto ao inesperado, ao diferente e ao plural de uma “saúde do/no lugar” ou, melhor dito, de uma “saúde cabra da peste”, que existe e resiste.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

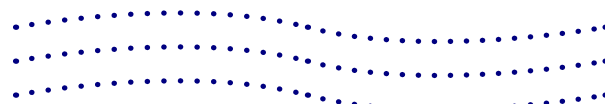
Ricardo Burg Ceccim contribuiu com o delineamento dos estudos de base, a realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **Sílvia Maria Negreiros Bomfim Silva** contribuiu com o delineamento da pesquisa e a revisão crítica do manuscrito. **Luís Fernando de Souza Benício, Kilvia Paula Soares Macedo, Cândido Sampaio de Castro Neto e Karina Oliveira de Mesquita** contribuíram com o delineamento e a realização da pesquisa e com a redação do manuscrito. **José Luís Paiva de Mendonça Ferreira e Ívina Maria Siqueira Lima** contribuíram com a realização da pesquisa e a redação do manuscrito.

REFERÊNCIAS

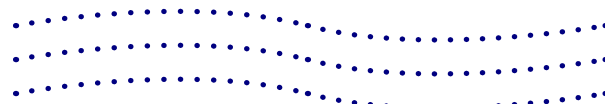
1. Brasil. Portaria GM nº 3.194, de 28 de novembro de 2017. Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde – Pró-EPS/SUS. Diário Oficial da União [document on the internet]. 30 de novembro de 2017 [cited 2018 Jan 28]; Seção 1:141. Available from: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/574490/do1-2017-11-30-portaria-n-3-194-de-28-de-novembro-de-2017-574486
2. Brasil. Manual Técnico 2018 – Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS – Pró-EPS/SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018.
3. L’Abbate S. Análise institucional e intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva. Mnemosine [serial on the internet]. 2012 [cited 2018 Apr 10];8(1):194-219. Available from: <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41580>

4. Parente JRF. Planejamento participativo em saúde. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2011 [cited 2019 Apr 10];10(1):54-61. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/144>
5. Ceccim RB, Müller GS, Maia LP, Cataluña RV. Círculos em rede: da construção metodológica à investigação em saúde como pesquisa-formação. Fórum Sociológico. 2014;2(24):104-12. doi: <https://doi.org/10.4000/sociologico.1111>
6. Veloso MM, Bonilla MH. O jornal de pesquisa e o diário de campo como dispositivos da pesquisa-formação. EDU. 2017;6(1):47-58. doi: <https://doi.org/10.17564/2316-3828.2017v6n1p47-58>
7. Lemos FC, Galindo D, Reis LP, Moreira MM, Borges AG. Análise documental: algumas pistas de pesquisa em psicologia e história. Psicol estud (Maringá) [serial on the internet]. 2015 [cited 2019 Mar 20];20(3):461-69. Available from: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/27417>
8. Viana AL, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. Physis. 2005;15(supl):225-64. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73311998000200002>
9. Melo EA, Mendonça MHM, Oliveira JR, Andrade GCL. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. Saúde debate. 2018;42(esp.1):38-51. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s103>
10. Santos M. O lugar: encontrando o futuro. Rua [serial on the internet]. 1996 [cited 2019 Apr 10];4(1):34-39. Available from: <https://periodicos.ufba.br/index.php/rua/article/view/3113>
11. Coutinho MJ, Carneiro MS, Edvan RL, Pinto AP. A pecuária como atividade estabilizadora no semiárido brasileiro. Vet zootec [serial on the internet]. 2013 [cited 2019 Apr 10];20(3):434-41. Available from: <https://www.fundaj.gov.br/images/stories/observafundaj/a-pecuaria-como-atividade-estabilizadora-no-semiarido-brasileiro.pdf>
12. Assaré P. Antologia poética. 5. ed. Fortaleza: Demócrito Rocha; 2007.
13. Ceará. Plano Cearense Educação Permanente em Saúde: construção e modelagem da formação e desenvolvimento de pessoal para o SUS [document on the internet]. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará; 2018 [cited 2019 Apr 10]. Available from: <https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/PLANO-CEARENSE-DE-EDUCA%C3%87%C3%83O-PERMANENTE-EM-SA%C3%9ADE-19dez2018-DIGITAL-ilovepdf-compressed.pdf>
14. Giovanella L. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. Cad Saúde Pública. 1990;6(2):129-53. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1990000200003>
15. Rodrigues E. Dos estilhaços de uma pesquisa. Interface (Botucatu). 2017;21(61):469-80. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0186>
16. Brasil. Portaria GM nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União [document on the internet]. 06 de outubro de 2011 [cited 2018 May 28]; Seção 1:88. Available from: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf
17. Brasil. Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União [document on the internet]. 29 de junho de 2011 [cited 2018 Jun 02]; Seção 1:1. Available from: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DEC&numero=7508&ano=2011&ato=16fgXUE9UMVpWT875>
18. Santos LM, Ceccim RB. Educação do/no trabalho no caso da saúde: micropolítica e o componente imaterial da “educó(trans)formação”. In: Fernandes RMC, organizadora. Educação no/do trabalho no âmbito das políticas sociais. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2019. p. 119-136.
19. Viana ALD, Iozzi FL, Albuquerque MV, Bousquat A. Saúde, desenvolvimento e inovação tecnológica: nova perspectiva de abordagem e de investigação. Lua Nova. 2011;28(83):41-77. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-64452011000200003>
20. Ceccim RB. Emergência de um “campo de ação estratégica”: ordenamento da formação e educação permanente em saúde. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2019 [cited 2019 Dec 10];18(1):68-80. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1307>
21. Souza FL, Ponte MA, Linhares AK, Cavalcante NA, Dias MSA, Soares C, et al. A política municipal de educação permanente em Sobral/CE. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2008 [cited 2019 Apr 10];7(2):14-22. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/27>

22. Ceará. Nota técnica conjunta, de 1º de dezembro de 2017. Adesão a Portaria 3.194, de 28 de novembro de 2017, que dispõe sobre o Pró-EPS/SUS [document on the internet]. Fortaleza: Secretaria de Saúde do Ceará; 2017 [cited 2021 Apr 10]. Available from: <https://www.cosemsce.org.br/documentos/notastecnicas/notatecnicaconjuntaproepssus.pdf>

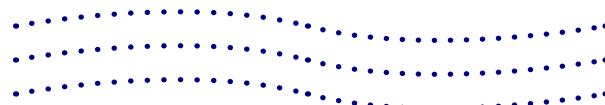


23. Ceará. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução nº 188, de 14 de dezembro de 2018. Fortaleza: Secretaria de Saúde do Ceará [document on the internet]; 2018 [cited 2019 Apr 10]. Available from: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/resolucao_188_2018.pdf



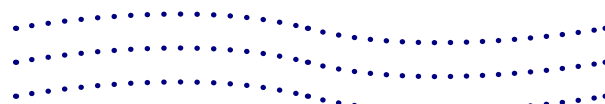
24. Paiva GM, Pedroza AS, Ribeiro MA, Vasconcelos MI, Albuquerque IM, Linhares MS. Estudo bibliométrico acerca da política nacional de educação permanente em saúde. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2015 [cited 2019 Apr 10];14(2):141-47. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/839>

25. Rosa WAG, Labate RC. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. Rev Latino-am Enfermagem. 2005;13(6):1027-34. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000600016>



26. Aguiar FAR, Souza TC, Branco JGO, Costa FBC, TorresARA. Produção do cuidado na rede de atenção ao câncer de mama: revisão integrativa. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2018 [cited 2019 Apr 16];17(1):84-92. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1226>

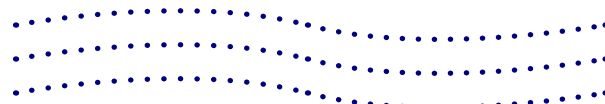
27. Batista VCL, Ribeiro LCC, Ribeiro CDA, Paula FA, Araújo A. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde segundo os profissionais de saúde da família. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2016 [cited 2019 Apr 12];15(2):87-93. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1042>



28. Brasil. Portaria GM nº 2.206, de 14 de setembro de 2011. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e o respectivo Componente Reforma. Diário Oficial da União [document on the internet]. 19 de setembro de 2011 [cited 2021 Jan 28]; Seção 1:50. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2206_14_09_2011.html

29. Santos M. Da totalidade ao lugar. São Paulo: Edusp; 2005.

30. Soares CHA. Sistema Saúde Escola de Sobral/CE. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2008 [cited 2019 Apr 17];7(2):7-13. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/26/21>



DIRETRIZES PARA AUTORES

SANARE (*tornar sã, em latim*) é uma revista que tem por finalidade divulgar toda e qualquer experiência, prática e teórica, em políticas públicas na área de Saúde Coletiva, como forma de contribuir com o processo de elaboração e sistematização voltado para a construção de novos paradigmas sobre a gestão governamental. A Revista, de periodicidade semestral, publica artigos que contribuem com saberes e práticas na área da Saúde Coletiva passando pelo debate da construção da interdisciplinaridade nessa seara. A submissão dos artigos far-se-á pela plataforma online: <http://sanare.emnuvens.com.br>

CATEGORIAS DE ARTIGOS

A SANARE – Revista de Políticas Públicas publica artigos temáticos, originais, relatos de experiência, revisões sistemáticas e integrativas.

A apresentação dos manuscritos deve obedecer às regras de formatação definidas nessas Diretrizes para Autores, diferenciando-se apenas pelo número permitido de palavras em cada uma das categorias.

- **Artigo Original:** de caráter original, resultado de pesquisas de natureza empírica, experimental ou conceitual sobre o assunto, avaliação de programas e análises de custo-efetividade. Cada artigo deve conter objetivos e/ou hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões. O texto deve ser organizado em tópicos para guiar os leitores quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido. Deve conter entre 4.000 a 5.000 palavras (incluindo referências). Máximo de 20 referências.
- **Artigos de Revisão ou Teóricos:** compreende a análise da literatura sobre temas específicos, podendo ser revisão crítica, revisões sistemáticas (com e sem meta-análise), revisões integrativas e ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes). Deve incluir uma seção que descreva os métodos utilizados para localizar, selecionar, extrair e sintetizar os dados e as conclusões (entre 3.500 a 4.500 palavras, excluindo as referências). Especificamente nessa categoria de artigos, a quantidade de referências é ilimitada, desde que mantenha coerência com o estudo.
- **Relatos de Experiência:** São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde coletiva de caráter intervencionista, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão de maior aprofundamento. Deve conter entre 3.000 a 4.000 palavras (incluindo referências). Máximo de 15 referências.

Do ineditismo do material

O conteúdo dos artigos enviados para publicação não pode ter sido publicado anteriormente ou encaminhado simultaneamente a outro periódico. A identificação de plágio implica em exclusão imediata do sistema de avaliação. Por plágio considera-se copiar um estudo, ou parte dele, de outro autor ou mesmo de publicação própria (autoplágio). Para maiores informações sobre plágio, acesse o link <http://www.dsce.fee.unicamp.br/~antenor/Plagio.pdf>

Da autoria

O número máximo de autores do manuscrito está limitado a seis (06). A partir desse número, em situações de pesquisas multicêntricas, é preciso apresentar uma justificativa, que será analisada pelo Editor. Esclarece-se que a autoria deve ser omitida do Documento Principal do manuscrito, com vistas a proceder o processo de avaliação cega por pares.

Recomenda-se que as pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve basear-se nas deliberações do *International Committee of Medical Journal Editors* (<http://www.icmje.org>) que orienta os seguintes aspectos a serem considerados na contribuição substancial para o reconhecimento da autoria: 1. Concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou a sua revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; e, 3. Aprovação da versão a ser publicada.

Importante!

Após a aprovação do Artigo e recebimento de Carta de Aprovação, os autores devem atender os seguintes passos:

- Confirmar a intenção de publicação dentro de 48 horas;
- E, na sequência, cumprir os requisitos do processo de edição de texto, enviando o manuscrito para a Editora de Texto Oficial da Revista.

A Revista não cobra taxas de submissão e publicação. Contudo, o processo de revisão da língua portuguesa e tradução dos títulos e resumos para o inglês e espanhol serão financiados pelos autores

FORMA E PREPARO DOS MANUSCRITOS

Formato

O arquivo contendo o manuscrito deve ser elaborado no Editor de Textos MS Word com a seguinte configuração de página: papel tamanho A4, margens de 2 cm em todos os lados; fonte *Times New Roman*, tamanho 12 com espaçamento entrelinhas de 1,5 pt.

Estrutura da Página de Título

Os autores devem ser identificados em um arquivo suplementar, Página de Título, de acordo com os itens identificados a seguir:

- Deve conter título do manuscrito (conciso, mas informativo, com no máximo 15 palavras) nos idiomas português, inglês e espanhol;
- Nome completo de cada autor; informações dos autores em nota de rodapé: formação; afiliação institucional; cidade, estado e país; e-mail; e registro do ORCID. Ainda em nota de rodapé, informar a origem do manuscrito (Artigo extraído de tese, dissertação, trabalho de conclusão de curso, projetos de pesquisa, informando o título do trabalho, instituição de vínculo e ano da apresentação).
- Autor para Correspondência: Nome completo, vínculo institucional, endereço completo e e-mail.
- Resumos nos idiomas português, inglês e espanhol.
- Agradecimentos: incluem instituições que possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os **critérios** de autoria.
- Contribuição de autoria segundo os critérios estabelecidos pelo *International Committee of Medical Journal Editors* (<http://www.icmje.org>) e já anteriormente apresentados.

Exemplo:

Paulo Átila da Silva Viana contribuiu com o delineamento e a realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **Joaquim David Carneiro Neto** contribuiu com o delineamento da pesquisa e a revisão crítica do manuscrito. **Camila Teles Novais, Isabelle Furquim Guimarães e Yan Sousa Lopes** contribuíram com o delineamento e a realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **Breno Cotrim Reis** contribuiu com a realização da pesquisa e a redação do manuscrito.

- Fontes de financiamento: informar o nome das instituições públicas ou privadas que deram apoio financeiro, assistência técnica e outros auxílios.
- Aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa: informar o número de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição e do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE), quando pesquisa envolvendo seres humanos.
- Conflito de interesses: declarar a presença ou ausência, e relacionar, se houver, os conflitos de interesse de todos os autores.

Estrutura do Documento Principal

- I. A ordem dos elementos que compõem o corpo do manuscrito deve obedecer ao seguinte padrão: título (nos idiomas português, inglês e espanhol); resumo e palavras-chave, abstract e keywords, e resumen e palabras clave; texto (introdução, metodologia, resultados, discussão e conclusão); e referências.
- II. Deverá conter as seguintes informações no cabeçalho, nessa ordem: 1) título do artigo (nos idiomas português, inglês e espanhol), com no máximo 15 palavras. **O texto não deve incluir qualquer informação que permita a identificação de autoria;** os dados de todos os autores deverão ser informados apenas nos campos específicos do formulário de submissão (Passo 3 – Inclusão de Metadados) e na Página de Título.
- III. Resumo, abstract e resumen: deverá conter de 150 a 200 palavras, apresentando: objetivo da pesquisa, metodologia adotada, principais resultados e as conclusões. Deverão ser destacados os novos e mais importantes aspectos do estudo. Itens não permitidos no resumo: siglas e citações de autores.
- IV. Palavras-chave, keywords e palabras clave: incluir 3 a 5 palavras-chave segundo o índice dos Descritores em Ciências da Saúde - DeCS (<http://decs.bvs.br>) ou o Medical Subject Headings (MeSH) do Index Medicus, disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>. Devem ser separadas entre si por ponto-e-vírgula.
- V. Às tabelas e quadros deve-se atribuir um título breve. Notas explicativas podem ser colocadas abaixo da tabela/quadro. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem fazer a citação do autor e revista; devem ser elaboradas para reprodução direta pelo Editor de Layout, sem cores, inseridas no texto, com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte superior, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto. Conteúdo em fonte *Times New Roman*, tamanho 12pt com a primeira letra em maiúscula, apresentadas em tamanho máximo de 14 x 21 cm (padrão da Revista) e comprimento não deve exceder 55 linhas, incluindo título. Devem possibilitar a edição.
- VI. As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.) devem ser citadas como figuras. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto; as ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução, editáveis (quando possível), utilizando escala de cinza e outros recursos para impressão em preto e branco. Não se permite que figuras representem os mesmos dados de Tabela. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem fazer a citação do autor e revista.
- VII. A quantidade de Tabelas e Ilustrações não deve ser superior a cinco (05).
- VIII. Abreviaturas e símbolos: Não deve conter abreviações no título e no resumo. Os termos por extenso aos quais as abreviações correspondem devem preceder sua primeira utilização no texto, a menos que sejam unidades de medidas padronizadas.
- IX. Aspectos Éticos: nas pesquisas que envolvem seres humanos, os autores deverão deixar claro que as mesmas atenderam à Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O documento de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deve ser encaminhado sob a forma de documento digitalizado via Documentos Suplementares (Passo 4 da submissão do artigo).

- X. Citação de Referência: numerar as referências de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. **Identificar as referências no texto por números arábicos sobrescritos e antes da pontuação necessária**, sem a identificação do autor e ano, e sem uso de parênteses. Quando se tratar de citação sequencial, separe os números por traço (ex: 1-3); quando intercalados, use vírgula (ex: 1,3,5). Quando a citação for direta, deve acrescer o número da página (ex.: 4:54).
- XI. Depoimentos: frases ou parágrafos ditos pelos participantes da pesquisa. Não utilizar aspas, e observar a seguinte estrutura: recuo do parágrafo (1,25 cm), fonte tamanho 11, em itálico, espaçamento simples, com sua identificação entre parênteses, codificada a critério do autor e separadas entre si por um espaço simples. Supressões devem ser indicadas pelo uso das reticências entre colchetes “[...]”, e as intervenções dos autores ao que foi dito pelos participantes do estudo devem ser apresentadas entre colchetes.
- XII. NÃO USAR rodapé/notas/espaçamento entre parágrafos e grifos (aspas, negrito, sublinhado e itálico).
- XIII. Cada autor deverá assinar uma **“Declaração de Responsabilidade”** na qual seja especificada a contribuição de cada um, conforme modelo (Anexo 1), e anexada via Documentação Suplementar.

Referências

A quantidade referências varia de acordo com o tipo de artigo submetido, orientando-se incluir apenas aquelas estritamente pertinentes e relevantes à problemática abordada. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. Os autores são os responsáveis pela exatidão das referências.

- I. As referências seguem o Estilo Vancouver, tendo como base as normas adotadas pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (Estilo Vancouver), publicadas no ICMJE - Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (<http://www.icmje.org/index.html>).
- II. Os títulos de periódicos devem ser referidos abreviados, de acordo com o Index Medicus: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals>.
- III. Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consultar o site: <http://portal.revistas.bvs.br> eliminando os pontos da abreviatura, com exceção do último ponto para separar do ano.
- IV. As referências devem ser numeradas consecutivamente, conforme a ordem que foram mencionadas pela primeira vez no texto.
- V. Evitar o uso de referências de monografias, dissertações e teses (exceto quando a pesquisa incluir Banco de dissertações/teses em pesquisas de Revisões).
- VI. Será considerado o percentual de 60% de produções publicadas nos últimos 5 anos, 30% nos últimos 3 anos e 10% sem limite temporal. Em estudos de revisão, o percentual referente às produções “sem limite temporal” poderá ser ampliado.
- VII. Recomenda-se a inclusão de, pelo menos, uma citação de referência de periódicos estrangeiros na versão em inglês.

Exemplos:

- Livros como um todo:

Dias FAC, Dias MAS. Território, cultura e identidade. Rio de Janeiro: Abrasco; 2010.

- Capítulo de livro:

Lachapelle R. L'expertise Québécoise D'action Territoriale en Promotion de La Santé. In: Dias FAC, Dias MSA, organizadores. Território, Cultura e Identidade. Rio de Janeiro (RJ): Abrasco; 2010. p. 48-79.

- Trabalhos apresentados em eventos científicos:

Moreira V. O método fenomenológico mundano na pesquisa em saúde. In: Anais do 4º Congresso de Pesquisa Ibero americano de Pesquisa Qualitativa em Saúde; 2010; Fortaleza: Abrasco; 2010. p.143.

- Artigos de periódicos:

- 1) Artigo Padrão

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Cien Saude Colet. 2010;15(5):2297-305.

- 2) Com mais de seis autores

Carneiro Neto MC, Carneiro JC, Moreira AP, Soares CHA, Pinto VPT, Melo MSS, et al. Aspectos jurídicos do enfrentamento da dengue no município de Sobral, Ceará. Sanare 2010;9(1):27-8.

- 3) Instituição como autor

Fundação Oswaldo Cruz. O legado de Oswaldo Cruz. Hist Cienc Saude Manguinhos. 2007;10:40-1.

- Material eletrônico

- 1) Artigo de revista em formato eletrônico

Vilela EM, Mendes IJM. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2003 [cited 2012 Apr 21];11(4):525-31. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n4/v11n4a16.pdf>

Castro SS, Pelicioni AF, Cesar CLG, Carandina L, Barros MBA, Alves MCGP et al. Uso de medicamentos por pessoas com deficiências em áreas do estado de São Paulo. Rev saúde pública [Internet]. 2010 [cited 2012 Jun 10];44(4):601-10. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n4/03.pdf>

Rozenfeld M. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. Cad saúde pública [Internet]. 2003 [cited 2012

May 10];19(3):717-24. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19n3/15875.pdf>

2) Matéria publicada na Internet

Brasil. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança - 2006 [home-page on the Internet]. [cited 2014 Mar 20]. Available from: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds>

- Dissertação e tese

Brito MCC. Formação do Enfermeiro para atenção básica: análise da orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica a partir de um curso de graduação [dissertação]. Sobral (CE): Universidade Federal do Ceará; 2014.

Marques ADB. Aplicativo multimídia em plataforma móvel para a promoção de cuidado com os pés de pessoas com diabetes: ensaio clínico controlado randomizado [tese]. Fortaleza (CE): Universidade Estadual do Ceará; 2018.

