

Benedito Rodrigues da Silva Neto  
(Organizador)

# SAÚDE COLETIVA:

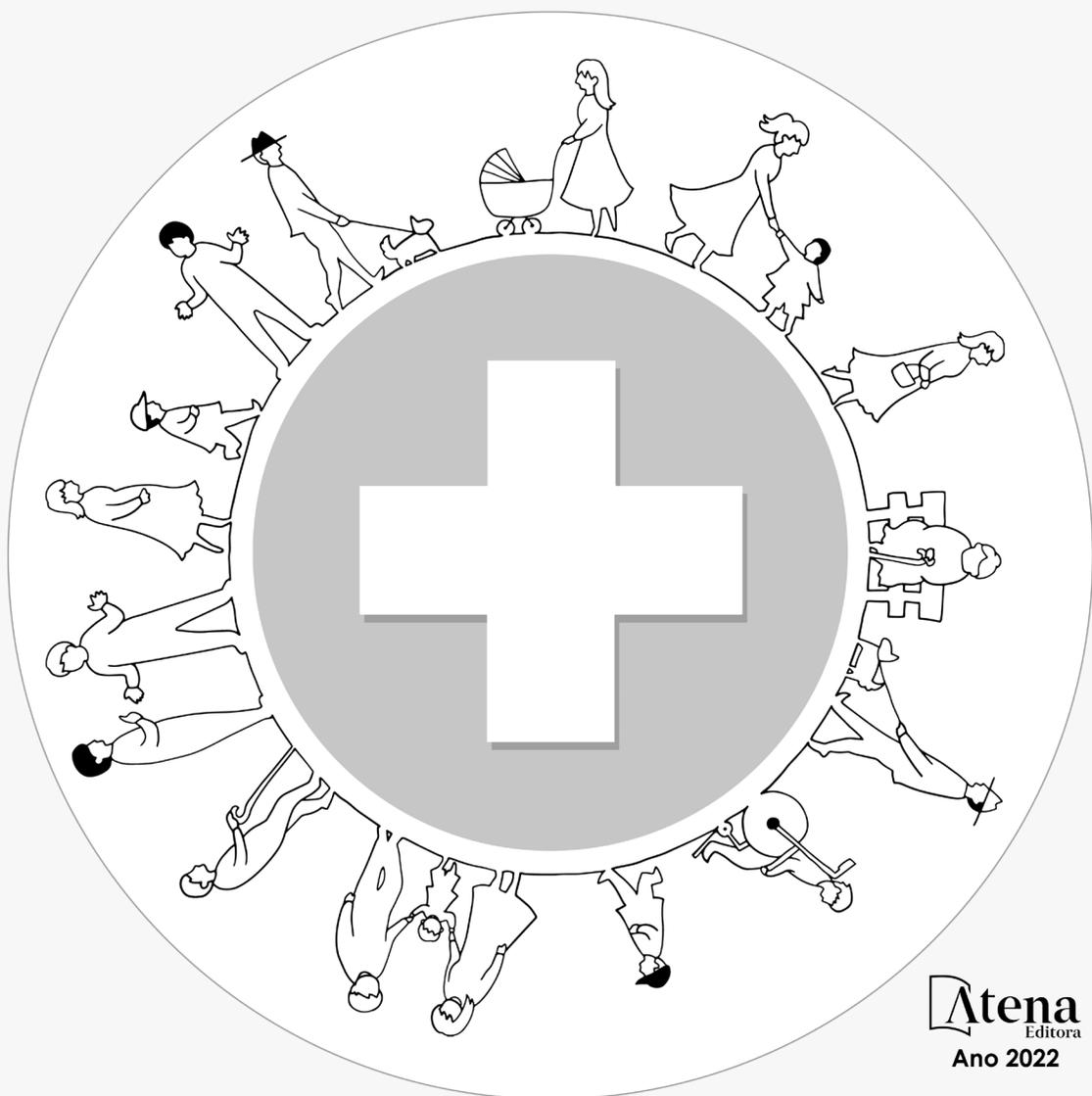
Mudanças, necessidades e embates  
entre sociedade e estado



Benedito Rodrigues da Silva Neto  
(Organizador)

# SAÚDE COLETIVA:

Mudanças, necessidades e embates  
entre sociedade e estado



**Editora chefe**

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

**Editora executiva**

Natalia Oliveira

**Assistente editorial**

Flávia Roberta Barão

**Bibliotecária**

Janaina Ramos

**Projeto gráfico**

Bruno Oliveira

Camila Alves de Cremona

Luiza Alves Batista

**Imagens da capa**

iStock

**Edição de arte**

Luiza Alves Batista

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 Atena

Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena

Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-Não-Derivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

**Conselho Editorial**

**Ciências Biológicas e da Saúde**

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão  
 Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
 Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira  
 Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco  
 Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras  
 Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
 Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco  
 Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande  
 Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará  
 Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí  
 Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
 Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe  
 Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás  
 Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande  
 Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará  
 Prof. Dr. Maurílio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte  
 Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá  
 Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

**Saúde coletiva: mudanças, necessidades e embates entre sociedade e estado**

**Diagramação:** Camila Alves de Cremo  
**Correção:** Maiara Ferreira  
**Indexação:** Amanda Kelly da Costa Veiga  
**Revisão:** Os autores  
**Organizador:** Benedito Rodrigues da Silva Neto

<b>Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)</b>	
S255	<p>Saúde coletiva: mudanças, necessidades e embates entre sociedade e estado / Organizador Benedito Rodrigues da Silva Neto. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.</p> <p>Formato: PDF  Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader  Modo de acesso: World Wide Web  Inclui bibliografia  ISBN 978-65-258-0820-8  DOI: <a href="https://doi.org/10.22533/at.ed.208221512">https://doi.org/10.22533/at.ed.208221512</a></p> <p>1. Saúde pública. I. Silva Neto, Benedito Rodrigues da (Organizador). II. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDD 362.1</p>
<b>Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166</b>	

**Atena Editora**  
Ponta Grossa – Paraná – Brasil  
Telefone: +55 (42) 3323-5493  
[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
contato@atenaeditora.com.br

## DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

## DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

Saúde coletiva é definida como uma área de conhecimento multidisciplinar construída pelas ciências biomédicas e pelas ciências sociais. Nesse sentido se propõe a pesquisar as origens e formas de reprodução social de algumas doenças, com o intuito de fornecer dados para planejamento e ações dos serviços de saúde competentes.

Se por um lado a saúde pública é correlacionada ao diagnóstico e tratamento das enfermidades, com acesso pela população em qualquer local do país, o que provê a assistência à saúde, na outra vertente temos a saúde coletiva que existe para pensar em novos conceitos e conjecturas futuras, exatamente por esse conceito observamos a formação do movimento sanitaria na América Latina, e conseqüentemente a chamada reforma sanitária brasileira. Nesse âmbito, a necessidade de realizar reformas sanitárias no Brasil surge na década de 1970, moldando um conjunto de ideias, que vislumbravam mudanças na saúde do país coincidindo na qualidade de vida da população. Foram basicamente esse conjunto de propostas, na denominada reforma sanitária que originaram a universalidade do direito à saúde para a população, instituído na Constituição de 1988, formalizando o Sistema Único de Saúde vigente no país.

Tendo em vista a importância de todos esses conceitos que fazem parte da história da saúde brasileira apresentamos esta obra que envolve vários conceitos da saúde coletiva, tais como: atenção primária à saúde, alto risco, serviço de acompanhamento de paciente, prevenção de doenças, cuidados, epidemiologia, serviços de saúde, taxa de mortalidade dentre outros. A categorização de dados, e o estabelecimento de conceitos e padrões baseados em literatura bem fundamentada é muito importante, por isso destacamos a relevância do material com dados e informações recentes sobre saúde coletiva levantados ao longo do país.

Assim, a obra “Saúde coletiva: mudanças, necessidades e embates entre sociedade e estado” torna-se relevante não apenas por abordar esta área que compõe as bases da pesquisa em saúde no país, mas também pela divulgação científica, deste modo, destacamos também a estrutura da Atena Editora capaz de oferecer uma plataforma consolidada e confiável para publicação e acesso aos dados e pesquisas dentro desta nobre área da saúde.

Desejo a todos uma ótima leitura.

Benedito Rodrigues da Silva Neto

**CAPÍTULO 1 ..... 1****A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO OBSTETRA NO PARTO HUMANIZADO E O USO DO BANQUINHO MEIA LUA: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Letícia Silva de Azevedo  
 Danielly da Costa Rocha  
 Jakline Silva de Azevedo  
 Jhully Sales Pena de Sousa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2082215121>

**CAPÍTULO 2 ..... 21****A SEGURANÇA PÚBLICA NA PREVENÇÃO E ABORDAGEM À VÍTIMAS DE TENTATIVA DE SUICÍDIO**

Orleilso Ximenes Muniz  
 Helyanthus Frank da Silva Borges  
 Alexandre Gama de Freitas  
 Jakson França Guimarães  
 Cristiano Braz Ferreira  
 Diógenes Martins Munhoz  
 Nayara de Alencar Dias  
 Raquel de Souza Praia  
 José Aluísio Ferreira Cruz  
 Eduardo Araújo dos Santos Neto  
 Midian Barbosa Azevedo  
 Fabrícia da Silva Cunha  
 Euler Esteves Ribeiro  
 Ciro Felix Oneti  
 Gabriela dos Santos Alves  
 Salomão Correa Praia  
 Inez Siqueira Santiago Neta

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2082215122>

**CAPÍTULO 3 .....29****CIÊNCIA COGNITIVA - CONFIGURAÇÃO DE CONSTRUTO EPISTEMOLÓGICO**

Adelcio Machado dos Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2082215123>

**CAPÍTULO 4 .....38****DIFICULDADES E RISCOS VIVENCIADOS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

Paulo Henrique dos Santos Martins  
 Davi da Silva Nascimento

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2082215124>

**CAPÍTULO 5 .....48****DOR DO PARTO: MÉTODOS DE ALÍVIO E SUAS REPERCUSSÕES NA SAÚDE MATERNO-FETAL**

Marina Mendes Coelho

Letícia Toss  
 Fabiane Bregalda Costa  
 Zenaide Paulo Silveira  
 Maria Margarete Paulo  
 Maicon Daniel Chassot  
 Claudia Carina Conceição dos Santos  
 Elizete Maria de Souza Bueno  
 Adriana Maria Alexandre Henriques

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2082215125>

**CAPÍTULO 6 ..... 61**

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UMA FERRAMENTA NECESSÁRIA NO COMBATE AOS IMPACTOS DAS PARASIToses NA SAÚDE PÚBLICA**

Izadora Larissa Cei Lima  
 Gabriel Itaparica de Oliveira  
 Simone Tavares Valente  
 Thayse Kelly da Silva Martino  
 João Vitor Silva  
 Jefferson Cardoso Coutinho  
 Camila Lima das Chagas  
 Lucas Vinicius Oliveira De Souza  
 Karina Lima das chagas  
 Carmem Lucia Gomes de Araujo Souza  
 Vivaldo Rosa de Souza Junior  
 Irene André da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2082215126>

**CAPÍTULO 7 .....63**

**LA GESTIÓN POR PROCESOS: UN RETO PARA LOS SISTEMAS DE SALUD EN LATINOAMÉRICA**

Shirley Janeth Mora Solórzano  
 Edwin Hernán Alvarado Chicaíza  
 Zully Shirley Díaz Alay  
 Carmen Obdulia Lascano Espinoza  
 Jeffry John Pavajeau Hernández

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2082215127>

**CAPÍTULO 8 .....69**

**O DESAFIO DA ESPIRITUALIDADE NO ENSINO DA ENFERMAGEM**

Josué Barbosa Sousa  
 Rita Maria Heck  
 Bruna Rodrigues Bosse  
 Bruna Da Silva Cabral  
 Gabriel Moura Pereira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2082215128>

**CAPÍTULO 9 .....83****O TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E A UNIVERSALIZAÇÃO DO ACESSO**

Erica Lima Costa de Menezes  
Melisse Eich  
Marta Inez Machado Verdi  
Magda Duarte dos Anjos Scherer

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2082215129>

**CAPÍTULO 10.....96****PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO À SAÚDE DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM**

Cláudia Carina Conceição dos Santos  
Elizete Maria de Souza Bueno  
Adriana Maria Alexandre Henriques  
Zenaide Paulo da Silveira  
Maria Margarete Paulo  
Letícia Toss  
Ester Izabel Soster Prates  
Telma da Silva Machado  
Simone Thais Vizini  
Elisa Justo Martins

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.20822151210>

**CAPÍTULO 11 ..... 105****PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AOS DISTÚRBIOS PSÍQUICOS MENORES EM FISIOTERAPEUTAS INTENSIVISTAS DE UMA GRANDE CIDADE DO ESTADO DA BAHIA**

Cleide Lucilla Carneiro Santos  
Lorena Pacheco Cordeiro Lisboa  
Núbia Samara Caribé de Aragão  
Gabriella Bené Barbosa  
Davi Félix Martins Júnior  
Mônica de Andrade Nascimento  
Carlito Lopes Nascimento Sobrinho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.20822151211>

**CAPÍTULO 12.....119****RELAÇÕES DO ADOECIMENTO MENTAL DE ALUNOS COM O ISOLAMENTO SOCIAL DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19**

Renata dos Santos Ribeiro Guzman  
Paula Trugilho Lopes Trentini  
Rafael Durant Pacheco  
Fernanda Delorence  
Josele da Rocha Monteiro  
Édna Berçaco Hermínio Candido  
Maxwell Ferreira Silva

Aparecida Dias de Macedo  
 Maycon Barbosa Arsénio  
 Leonardo Simões dos Santos  
 Bruna Adila Barros Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.20822151212>

**CAPÍTULO 13..... 132**

**SAÚDE COLETIVA – CONFIGURAÇÃO DE ÁREA EPISTEMOLÓGICA**

Adelcio Machado Santos  
 Anderson Antônio Mattos Martins

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.20822151213>

**CAPÍTULO 14..... 146**

**SÍNDROME METABÓLICA NA PEDIATRIA**

Vitória Del' Arco Cervo  
 Bruno Batista Berteli  
 Andrej Uriadenik Dobroski Bastos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.20822151214>

**CAPÍTULO 15..... 151**

**USO DE PROTEÇÃO CONTRA IST POR MULHERES QUE FAZEM SEXO COM MULHERES: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

Clara Louise Araujo Reis  
 Maria Evangelina de Oliveira  
 Mariana Barbosa Vieira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.20822151215>

**SOBRE O ORGANIZADOR..... 162**

**ÍNDICE REMISSIVO..... 163**

## A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO OBSTETRA NO PARTO HUMANIZADO E O USO DO BANQUINHO MEIA LUA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

*Data de submissão: 09/11/2022*

*Data de aceite: 01/12/2022*

**Letícia Silva de Azevedo**

0000-0002-6869-0568

**Danielly da Costa Rocha**

0000-0003-3674-0134

**Jakline Silva de Azevedo**

0000-0001-8145-997X

**Jhully Sales Pena de Sousa**

0000-0002-9975-101X

**RESUMO:** Na transposição do tempo o parto e a assistência ao parto sofreram mudanças. Inicialmente o parto era considerado como ato solitário e realizado geralmente com auxílio de parteiras, que atuavam segundo suas próprias experiências. Gradualmente foram sendo desenvolvidas novas práticas no processo de parturição frente esta afirmativa o presente trabalho busca caracterizar a Atuação do Enfermeiro Obstetra no Parto Humanizado. Como consequência dessas modificações ocorreram o aumento das intervenções no ciclo gravídico. A assistência humanística no parto é um conjunto de condutas e posicionamentos que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis. O

processo de humanização do parto traz à tona práticas atuais que necessitam ser repensadas. Um exemplo é a permanência da parturiente na posição horizontal durante o trabalho de parto, ou incentivo desta posição pela equipe de saúde ou pelo não estímulo à mobilização. O presente trabalho tem como objetivo geral, elucidar acerca da atuação do enfermeiro no parto humanizado com enfoque na relação entre as posições adotadas para o parto, em especial posições verticalizadas, com ênfase para o uso do banquinho meia-lua. Trata-se de uma revisão bibliográfica de leituras científicas, extraídos das bases de dados Scielo (Scientific Electronic Library Online), Bireme (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), além de literaturas com bases científicas apoiadas pela OMS, que trata da “Liberdade de escolha de posição e movimentação durante o trabalho de parto”, usando descritores humanização, assistência ao parto, papel do enfermeiro. Inúmeros benefícios são apontados sobre a posição vertical: mais rápida e cômoda; facilita a expulsão devido ao aumento do diâmetro pélvico e do efeito gravitacional; não oclusão da artéria aorta e veia cava e menor chance de laceração; diminui a

percepção de dor; refletindo na participação mais ativa da mulher em seu trabalho de parto e parto.

**PALAVRAS – CHAVE:** Parto Humanizado, Enfermeiro e o parto, Enfermeiro obstetra, Banquinho meia-lua.

**ABSTRACT:** In the transposition of time, childbirth and childbirth care underwent changes. Initially, childbirth was considered a solitary act and was usually performed with the help of midwives, who acted according to their own experiences. Gradually, new practices were developed in the parturition process. In view of this statement, the present work seeks to characterize the role of the Obstetric Nurse in Humanized Childbirth. As a result of these changes, there was an increase in interventions in the pregnancy cycle. Humanistic assistance in childbirth is a set of behaviors and positions aimed at promoting healthy childbirth and birth. The process of humanization of childbirth brings up current practices that need to be rethought. An example is the parturient's permanence in the horizontal position during labor, or encouragement of this position by the health team or by not encouraging mobilization. The present work has as general objective, to elucidate about the nurse's role in humanized childbirth, focusing on the relationship between the positions adopted for childbirth, especially vertical positions, with emphasis on the use of the half moon stool. This is a bibliographic review of scientific readings, extracted from Scielo (Scientific Electronic Library Online), Bireme (Latin American and Caribbean Center for Health Sciences Information), as well as scientifically based literature supported by the WHO, which deals with the "Freedom to choose position and movement during labor", using the descriptors humanization, childbirth care, and the nurse's role. Numerous benefits are pointed out about the vertical position: faster and more comfortable; facilitates expulsion due to increased pelvic diameter and gravitational effect; non-occlusion of the aorta and vena cava and less chance of laceration; decreases the perception of pain; reflecting the more active participation of women in their labor and delivery.

**KEYWORDS:** Humanized Childbirth, Nurse and childbirth, Obstetrician nurse, Half moon stool.

## 1 | INTRODUÇÃO

A Humanização foi instituída pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1996, como um conjunto de práticas que incluem respeito ao processo fisiológico e a dinâmica de cada nascimento, no qual as instituições devem ser cuidadosas, evitar os excessos de intervenções tecnológicas desnecessárias e utilizar criteriosamente os recursos disponíveis.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) têm incentivado práticas de cuidado ao parto e ao nascimento que garantam uma atenção materno-infantil qualificada, humanizada e segura. A assistência à saúde da parturiente vem sendo discutida na perspectiva de tornar o processo de parir e nascer um contexto de promoção à saúde da mulher e recém-nascido. Inibir os excessos de partos cirúrgicos (cesarianos) é apenas uma das metas dessa assistência que deverá ser consolidar com foco na atenção mais humanizada.

Na década de 90, surgiram várias políticas afim de regulamentar e incentivar as

práticas humanizadas na assistência e a inserção da enfermagem no campo obstétrico, a exemplo das portarias nº 2815 e nº 163 publicadas pelo MS que dispõe sobre a assistência ao parto de baixo risco pelos enfermeiros obstétricos e cria o modelo de Laudo de Enfermagem para Emissão de Autorização de Internação Hospitalar – (AIH). Também, a resolução COFEN- 223/99 que estabelece normas sobre a atuação dos enfermeiros na assistência a mulher no ciclo gravídico puerperal, tornando-a mais emancipada; e, a Portaria nº 116 que regulamenta a emissão de Declaração de Nascimento feita por enfermeiros, indicando a valorização e reconhecimento dos partos realizados pelos mesmos, deixando de ser atividade exclusiva dos médicos.

Em 2000, o Ministério da Saúde criou o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), visando acesso digno ao atendimento e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; ampliar o financiamento de cursos de especialização em enfermagem obstétrica; saber com segurança em qual maternidade terá seu filho; assistência ao parto e ao puerpério de forma humanizada e segura; além de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal e ampliar o acesso ao pré-natal (BRASIL, 2002).

A assistência humanística no parto é um conjunto de condutas e posicionamentos que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis. Este processo deve ter como princípio o profundo respeito à dignidade e a liberdade da mulher, sendo ela condutora de seu próprio processo de parto (MAMEDE, 2004).

O modelo humanizado de assistência ao parto e nascimento tem sido amplamente promovido pela enfermagem, a qual também tem aplicado tecnologias de cuidado que empregam os princípios físicos da água e da gravidade, como nos partos na banheira e em posições verticalizadas. Tais medidas de conforto e preservação da integridade corporal se fundamentam em evidências científicas, que ressaltam que algumas técnicas, como a proteção perineal, evitam intervenções desnecessárias, como a episiotomia de rotina (SILVA, 2011).

Neste contexto, é necessário a atuação de profissionais qualificados e comprometidos de forma pessoal e profissional, que recebam a mulher com respeito, ética e dignidade, que a incentive a exercer a sua autonomia no resgate de seu papel ativo no parto, como também a ser protagonista de sua vida de modo a reconhecer e repudiar qualquer tipo de discriminação e violência que possa comprometer os seus direitos de mulher e cidadã (ANDRADE et al. (2017).

Além de profissionais obstetras capacitados, há outras ferramentas e tecnologias que auxiliam na redução das dores e desconfortos por parte da parturiente como a utilização de técnicas que contribuem para o relaxamento entre eles, a adesão às posições verticalizadas através do uso do banquinho meia-lua.

Entre os profissionais que aderem aos princípios da humanização, há um consenso de que as posições verticalizadas estão em evidência de menor desconforto, diminuição

das lacerações vaginais e perineais, diminuição das dores na fase expulsiva que reduzem a asfixia neonatal. Estas posições de parto apresentam ainda, vantagens sobre a posição supina, como o efeito da gravidade, diminuição dos riscos de compressão da veia cava e artéria aorta, que melhora os indicadores sanguíneos do equilíbrio ácido-base nos recém-nascidos (SILVA, 2011).

Dado o exposto, o presente trabalho tem como objetivo, adotar conhecimentos específicos acerca da atuação do enfermeiro no parto humanizado com enfoque na relação entre as posições adotadas para o parto, em especial posições verticalizadas, com ênfase para o uso do banquinho meia-lua.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica de leituras científicas. Este método de revisão inclui a análise de pesquisas importantes, o que possibilita a síntese do conhecimento de determinado assunto, sem perder de vista os objetivos propostos, além de identificar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos (MENDES; SILVEIRA E GALVÃO, 2008). A revisão bibliográfica tem por finalidade reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um determinado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado.

Para a elaboração da presente pesquisa, foi realizada uma busca seletiva de textos através das bases: Scielo (Scientific Electronic Library Online), Bireme (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), usando descritores humanização, assistência ao parto e papel do enfermeiro, além de literaturas com bases científicas apoiadas pela OMS, que trata da “Liberdade de escolha de posição e movimentação durante o trabalho de parto”. No primeiro momento realizou-se um levantamento da literatura, leitura prévia e fichamento de 18 artigos. Após análise e refinamento do conteúdo, restaram em 11 artigos.

## 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 3.1 O parto

O parto que por muito tempo foi considerado um ato solitário, é marcado pela necessidade de ajuda, tornando um ato benevolente e compartilhado. Em circunstância disto sugeriram as denominadas cuidadoras e parteiras que estreitavam os laços de solidariedade e era também uma fonte de segurança e conforto em um momento tão delicado.

Os médicos ainda eram raros e pouco familiarizados com o nascimento, pois a atuação profissional no parto era considerada como um “trabalho sujo” que não estava à altura do cirurgião, tido na época como sendo o “homem da arte” assim como sugere LIPPI

et al. (2010, p.381 e 382):

O tempo e a vivência eram a sua capacitação. As distócias que observavam, as mortes de mulheres em consequência da gravidez, do parto e puerpério que testemunhavam e os resultados das ações que adotavam, capacitavam-nas a escolher o que era mais acertado para as circunstâncias do momento. Mortes ligadas ao parto eram encaradas como acidentes naturais e não existiam ações médicas para diagnósticos e tratamentos. A escola era a própria vida e o seu trabalho LIPPI et al. (2010, p.381 e 382).

A partir de meados dos séculos XVII a medicina obstétrica começou a tratar especificamente do corpo da mulher.

Seu desenvolvimento encontrou dificuldades e conflitos entre os médicos e as mulheres, seu ensino prático enfrentou, além da falta de recursos e investimentos nas escolas médicas, a competitividade da prática liberal e a resistência das mulheres em aderir à assistência hospitalar sob o olhar masculino. (LIPPI et al 2010, p.382)

### 3.2 Assistência Obstétrica no Brasil



Fonte: A gravidez na idade média “um parto medieval”, 2010.

Segundo RIESCO (2002), no Brasil, a incorporação do ensino de práticas obstétricas data de 1832, quando as Academias Médico Cirúrgicas do Rio de Janeiro e da Bahia foram transformadas em Faculdades de Medicina oferecendo o Curso de Partos, formando, portanto, parteiras. Até então, as mulheres que se dedicavam a partejar deveriam possuir uma “carta de exame”, concedida pelo Físico-Mor ou Cirurgião Mor do Império, e uma licença da Chancelaria. Mesmo que essa lei não fosse obedecida, representou um princípio de controle sobre o exercício da atividade das parteiras pelos médicos. As mulheres foram deixando o cenário dos cuidados ao parto, e a presença masculina foi ganhando espaço e

se fortalecendo, fazendo da obstetrícia uma prática ligada aos homens cirurgiões que, em princípio, tinham sua atuação restrita aos partos difíceis e perigosos.

De 1832 até 1949, toda a legislação do ensino de parteiras esteve contida na legislação do ensino da medicina. Faz jus a destaque a profissional Maria Josefina Matilde Durocher que em 1834 ingressou no curso da faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, tornando-se a primeira especialista, atendendo partos complicados. Realizou a maioria das operações obstétricas mais usadas no período. Antes de sua morte Maria Josefina Matilde Durocher (1894), presenciou a criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, ficando oficialmente instituído o Ensino de Enfermagem no Brasil.

No entanto, foi somente em 1920 que a denominação de enfermeira especializada, para a parteira, começou a ser usada e a de obstetrix apareceu pela primeira vez como o título conferido às formadas no Curso de Obstetrícia da Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará, entre 1922 e 1925. (XAVIER et al., 2010).

As mudanças que ocorreram no contexto histórico constataam a preocupação com o parto o nascimento, trazendo a confirmação de um ato de alta importância na vida do ser humano, deixando de ser realizado por parteiras e se tornando uma pratica exclusivamente de médicos, técnicos racional e institucional, assim como menciona Xavier et al. (2010).

### 3.3 Parto Institucionalizado



Fonte: "Get Me Out- A History of Childbrith", Randi Hutter Epstein, 2011.

Segundo Ministério da Saúde (MS) o nascimento no ambiente hospitalar se caracteriza pela adoção de várias tecnologias e procedimentos com o objetivo de torná-lo mais seguro para a mulher e seu bebê. O avanço da obstetrícia contribuiu para redução nos indicadores de óbitos maternos e perinatais, permitindo a modificação do modelo do

parto domiciliar, casas de parto e centro de parto para o parto institucional, fazendo com que as instituições passem a usar tecnologias de ponta, auxílio médico especializado e atendimento qualificado (BRASIL, 2017).

No contexto dos partos institucionalizados, podem ser considerados dois tipos: o parto normal e parto cesariano. O Conselho Regional de Enfermagem afirma que, o Parto Normal é mais natural, a recuperação é mais rápida, onde a mãe e o bebê correm menos risco de infecção (COFEN, 2010). Já a respeito dos partos cesarianos, segundo dados do IBGE estes equivalem a 43% dos partos, índice considerado elevado e longe do ideal pela Organização Mundial de Saúde, sendo motivado em grande maioria pela falta de informação ou até mesmo por ignorar os benefícios ofertados pelo parto normal (COFEN, 2010).

### **3.4 Atribuições do Enfermeiro ao Parto Normal**

A equipe enfermagem deve procurar respeitar, instruir, encorajar e incentivar o parto junto ao acompanhante sendo assim estabelecido uma relação de confiança entre as partes envolvidas. O enfermeiro diante de sua importância deverá dar informações sobre o parto, puerpério e puericultura e com isso, amenizar os medos e insegurança, promovendo um ambiente saudável e tranquilo para que essa mudança de gestante para puérpera ocorra sem traumas (FRELLO; CARRARRO, 2010).

Segundo Bessa (2010), é necessário ouvir, estar disponível, esclarecer dúvidas, apoiar suas decisões em relação ao parto por parte dos profissionais de saúde e principalmente do enfermeiro obstétrico, onde as questões de vínculo devem ser fortalecidas constantemente entre o profissional, cliente e a família.

Ainda em relação ao cuidado de enfermagem em obstetrícia devemos considerar que esse cuidado acontece no período marcante para a mulher, pois é um momento de celebração a vida. O processo do cuidar é um ato intrínseco ao fazer enfermagem, sendo necessário durante todo o processo do parir a valorização do cuidado através de um partear humanístico que respeite e valorize singularidades da parturiente (NASSIF et al,2012).

### **3.5 Condutas úteis que deveriam ser encorajadas**

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), algumas condutas devem ser encorajadas desde visando a preparação para o momento do parto, dentre elas destacam-se (UNA-SUS, 2014):

- Plano individual determinando onde e por que o parto será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação, e comunicado a seu marido/companheiro e, se aplicável, a sua família;
- Avaliar os fatores de risco da gravidez durante o cuidado pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde e no momento do primeiro contato com o prestador de serviços durante o trabalho de parto e parto;

- Monitorar o bem-estar físico e emocional da mulher ao longo do trabalho de parto e parto, assim como ao término do processo do nascimento
- Oferecer líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto;
- Respeitar a escolha da mãe sobre o local do parto, após ter recebido informações;
- Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante;
- Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto;
- Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto;
- Respeitar a escolha da mulher quanto ao acompanhante durante o trabalho de parto e parto;
- Oferecer às mulheres todas as informações e explicações que desejarem;
- Não utilizar métodos invasivos nem métodos farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto e parto e sim métodos como massagem e técnicas de relaxamento;
- Fazer monitorização fetal com ausculta intermitente;
- Usar materiais descartáveis ou realizar desinfecção apropriada de materiais reutilizáveis ao longo do trabalho de parto e parto;
- Usar luvas no exame vaginal, durante o nascimento do bebê e na dequitação da placenta;
- Liberdade de posição e movimento durante o trabalho do parto;
- Estímulo a posições não supinas (deitadas) durante o trabalho de parto e parto;
- Monitorar cuidadosamente o progresso do trabalho do parto, por exemplo pelo uso do partograma da OMS;
- Utilizar ocitocina profilática na terceira fase do trabalho de parto em mulheres com um risco de hemorragia pós-parto, ou que correm perigo em consequência de uma pequena perda de sangue;
- Esterilizar adequadamente o corte do cordão;
- Prevenir hipotermia do bebê;
- Realizar precocemente contato pele a pele, entre mãe e filho, dando apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto, conforme diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno;
- Examinar rotineiramente a placenta e as membranas.

### 3.6 Conduas prejudiciais ou ineficazes a serem eliminadas

O Ministério da Saúde em 2010 criou a Rede Cegonha com intuito de garantir e possibilitar através dessa política a assistência qualificada fundamentada na humanização, garantindo os direitos das gestantes e do recém-nascido, como: a ampliação de acesso, acolhimento e a qualidade da atenção pré-natal; a presença de acompanhante de escolha da mulher durante o parto; acesso à assistência de qualidade e com resolutividade para à criação de zero a 24 meses. (BRASIL, 2011)

Apesar disso existem ainda barreiras a serem vencidas para a implementação da assistência humanizada ao parto, como as rotinas e estrutura hospitalar e a falta de informação para as parturientes, que ainda acreditam no parto sob efeito medicamentoso. (BRASIL, 2011). Neste sentido, a OMS descreve condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas (UMA-SUS, 2014):

- Uso rotineiro de raspagem dos pelos púbicos;
- Infusão intravenosa rotineira em trabalho de parto;
- Inserção profilática rotineira de cânula intravenosa;
- Uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto;
- Exame retal;
- Administração de ocitócicos a qualquer hora antes do parto de tal modo que o efeito delas não possa ser controlado;
- Uso rotineiro da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto e parto;
- Esforços de puxo prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o período expulsivo;
- Massagens ou distensão do períneo durante o parto;
- Uso de tabletes orais de ergometrina na dequitação para prevenir ou controlar hemorragias;
- Uso rotineiro de ergometrina parenteral na dequitação;
- Lavagem rotineira do útero depois do parto;
- Revisão rotineira (exploração manual) do útero depois do parto.

### 3.7 Regulamentação e competências do enfermeiro no trabalho de parto

O exercício legal e a responsabilidade, bem como os limites jurídicos e éticos de profissões reconhecidas devem ser regulamentados por textos legais. A enfermagem obstétrica possui algumas atribuições que as diferenciam das demais habilitações e especialidades de enfermagem, visto que no parto normal, sem distocia, estão legalmente

habilitados para admissão, consulta, exames, especializados, aplicação de anestesia local, suturas perineais e manobra de despedimento fetal. (EINSTEIN, 2010).

Assim como afirma a Resolução do COFEN 524/2016 “A assistência ao parto normal, sem distorcia, pode e deve ser realizada pelo profissional de enfermagem”, pois possuem “treinamento e formação onde priorizam os aspectos sociais, científicos, psicológicos e humanos da assistência ao parto, sem, evidentemente, retirar desta atividade a figura e participação do médico”.

A resolução normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e demais locais onde ocorra essa assistência, a saber:

- Os profissionais referenciados deverão atuar nos estabelecimentos também referidos, conforme regulamentações da profissão e normativas do Ministério da Saúde.
- É vedado ao Obstetrix o exercício de atividades de Enfermagem fora da área obstétrica, exceto em casos de urgência, na qual, efetivamente haja iminente e grave risco de morte, não podendo tal exceção aplicar-se às situações previsíveis e rotineiras.
- Para a atuação profissional, estabelece-se como critérios mínimos de qualificação para a prática de obstetrícia: I - Realização de no mínimo, 15 (quinze) consultas de Enfermagem pré-natais; II - Realização de no mínimo, 20 (vinte) partos com acompanhamento completo do trabalho de parto, parto e pós-parto; III - Realização de, no mínimo, 15 (quinze) atendimentos ao recém-nascido na sala de parto.
- O Centro de Parto Normal e/ou Casa de Parto destinam-se à assistência ao parto e nascimento de risco habitual, conduzido pelo Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra ou Obstetrix, da admissão até a alta. Deverão atuar de forma integrada às Redes de Atenção à Saúde, garantindo atendimento integral e de qualidade, baseado em evidências científicas e humanizado, às mulheres, seus recém-nascidos e familiares e/ou acompanhantes.
- Ao Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix, atuando em Serviço de Obstetrícia, Centro de Parto Normal e/ou Casa de Parto ou outro local onde ocorra a assistência compete:
  - Acolher a mulher e seus familiares ou acompanhantes;
  - Avaliar todas as condições de saúde materna, clínicas e obstétricas, assim como as do feto;
  - Garantir o atendimento à mulher no pré-natal, parto e puerpério por meio da consulta de enfermagem;
  - Promover modelo de assistência, centrado na mulher, no parto e nasci-

mento, ambiência favorável ao parto e nascimento de evolução fisiológica e garantir a presença do acompanhante de escolha da mulher, conforme previsto em Lei;

- Adotar práticas baseadas em evidências científicas como: oferta de métodos não farmacológicos de alívio da dor, liberdade de posição no parto, preservação da integridade perineal do momento da expulsão do feto, contato pele a pele mãe recém-nascido, apoio ao aleitamento logo após o nascimento, entre outras, bem como o respeito às especificidades étnico-culturais da mulher e de sua família;
- Avaliar a evolução do trabalho de parto e as condições maternas e fetais, adotando tecnologias apropriadas nas assistências e tomadas de decisões, considerando a autonomia e protagonismo da mulher;
- Prestar assistência ao parto normal de evolução fisiológica (sem distócia) e ao recém-nascido;
- Encaminhar a mulher e/ou recém-nascido a um nível de assistência mais complexo, caso sejam detectados fatores de risco e/ou complicações que justifiquem;
- Garantir a integralidade do cuidado à mulher e ao recém-nascido por meio da articulação entre os pontos de atenção, considerando a Rede de Atenção à Saúde e os recursos comunitários disponíveis;
- Registrar no prontuário da mulher e do recém-nascido as informações inerentes ao processo de cuidar, de forma clara, objetiva e completa;
- Emitir a Declaração de Nascido Vivo – DNV;
- Prestar informações, escritas e verbais, completas e fidedignas necessárias ao acompanhamento e avaliação do processo de cuidado;
- Promover educação em saúde, baseado nos direitos sexuais, reprodutivos e de cidadania;
- Participar do planejamento de atividades de ensino e zelar para que os estágios de formação profissional sejam realizados em conformidade com a legislação de Enfermagem vigente;
- Promover, participar e ou supervisionar o processo de educação permanente e qualificação da equipe de enfermagem, considerando as evidências científicas e o modelo assistencial do Centro de Parto Normal ou Casa de Parto, centrado na mulher e na família;
- Participar de Comissões atinentes ao trabalho e a filosofia do Centro de Parto Normal ou Casa de Parto, como: comissão de controle de infecção hospitalar, de investigação de óbito materno e neonatal, de ética, entre outras;
- Participar de ações interdisciplinares e Inter setoriais, entre outras, que promovam a saúde materna e infantil;
- Notificar todos os óbitos maternos e neonatais aos devidos órgãos.
- Emissão de laudos de autorização de internação hospitalar (AIH) para o

procedimento de parto normal sem distócia;

- Identificação das distócias obstétricas e tomada de providências necessárias, até a chegada do médico, devendo intervir, em conformidade com sua capacitação técnico-científica, adotando os procedimentos que entender imprescindíveis, para garantir a segurança da mãe e do recém-nascido;
  - Realização de episiotomia e episiorrafia (rafias de lacerações de primeiro e segundo grau) e aplicação de anestesia local, quando necessária;
  - Acompanhamento obstétrico da mulher e do recém-nascido, sob seus cuidados, da internação até a alta.
- Ao Enfermeiro Responsável Técnico do Centro de Parto Normal ou Casa de Parto, além do disposto, compete ainda:
    - Gerenciar o Centro de Parto Normal ou Casa de Parto, supervisionar a equipe multiprofissional sob sua responsabilidade; e atuar de forma colaborativa com a equipe multiprofissional e interdisciplinar dos serviços aos quais está vinculada;
    - Submeter ao Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição, regimento interno, manuais de normas e rotinas, protocolos, instrumentos administrativos e afins, elaborados ou atualizados, relacionados à Assistência de Enfermagem à mulher e ao Recém-Nascido no Centro de Parto Normal ou Casa de Parto;
    - Zelar pelas atividades privativas do enfermeiro obstetra, obstetrix e da equipe de enfermagem, sob sua supervisão, em conformidade com os preceitos éticos e legais da Enfermagem.
    - Manter atualizado o cadastro dos profissionais responsáveis pela atenção ao parto e nascimento no Centro de Parto Normal ou Casa de Parto, junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde.
    - Providenciar junto às Autoridades competentes todos os documentos legais necessários à regularização do funcionamento das Unidades sob sua responsabilidade;
    - Cumprir e fazer cumprir a legislação do exercício profissional de enfermagem e o Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem.

### 3.8 O enfermeiro e o parto humanizado

Durante a assistência de enfermagem no trabalho de parto o enfermeiro deve valorizar o mais alto nível possível de bem-estar físico e mental à grávida e ao seu acompanhante, oferecendo esclarecimentos de dúvidas e buscando soluções de problemas e, assim, estreitar laços (LIMA, 2009). É requerido, do profissional além da competência técnica, sensibilidade para compreender o ser humano e o seu modo de vida e habilidade de comunicação, baseada na escuta e na ação dialógica

Para a atuação plena destes profissionais é imprescindível normas que padronizem a assistência ofertada. Originando assim uma assistência de qualidade, transferindo para a

população o reconhecimento profissional, levando a completa realização profissional como retorno do investimento realizado para a formação. A atuação qualificada da Enfermagem obstétrica está associada à melhoria dos indicadores de assistência e um dos pilares do processo de humanização do parto contribuindo para o sucesso do parto humanizado e redução das intervenções. (COFEN, 2014)

Dentre as atividades inerentes ao enfermeiro obstetra está o auxílio a mulher em TP que possa suportar a dor. Podendo ser alcançado por meio de práticas não farmacológicas, sendo esta uma ferramenta importante e com comprovação científica. No pré-natal é importante começar as orientações para que a gestante possa se habituar com os métodos, devendo ser sobrelevado também a importância do acompanhante definido pela parturiente, colaborando para que seja uma experiência positiva.

Uma das principais causas do medo, angústia e ansiedade é o desconforto causado pela dor, podendo propagar para o bebê. Portanto, diminuir os procedimentos tecnológicos, invasivos e uso de drogas durante o processo de parto, preservando métodos não farmacológicos para alívio da dor, facilitando o trabalho de parto. (FRELLO; CARRARO; BERNADI, 2011)

As condições emocionais e físicas são vitais para o bom desenvolvimento do trabalho de parto, resultando na redução de complicações e riscos. Para tal, o respeito, a privacidade, a segurança e conforto adepto a assistência humana e qualificada, informando a parturiente e acompanhante sobre as condutas e evoluções a serem realizadas.

A confiança facilita o trabalho em equipe, estabelecendo segurança no serviço, resultando na realização de um parto tranquilo dotado de amor (OLIVEIRA; RODRIGUES; FELIPE, 2010). Torna-se imprescindível falar sobre parto humanizado, com vistas a afastar práticas ponderadas como desnecessária e prejudiciais ao parto, ainda muito observadas nos serviços de saúde do Brasil, como o uso indiscriminado da ocitocina e episiotomia.

Segundo Carvalho et al. (2010), as condutas desnecessárias tornam-se arriscadas para as mulheres, pois invadem sua integridade corporal, e muitas vezes esses procedimentos são impostos contra a vontade da mulher, gerando maiores desconfortos, ansiedade e preocupação, ocasionando fortes dores e trazendo complicações durante todo o processo de parir.

Neste sentido, no Brasil, nas últimas décadas, revelaram-se movimentos de organizações não governamentais voltados tanto às mulheres e profissionais das mais diversas áreas assim como aos formuladores de políticas de pública saúde com intuito de conceder as mulheres um maior protagonismo na experiência do parto e nascimento. Assim, como sugerem Andrade et al. (2017), a humanização da assistência ao parto implica que os enfermeiros respeitem a fisiologia feminina, sem intervenções desnecessárias, reconheçam os aspectos sociais e culturais do parto e do nascimento e ofereçam suporte emocional à mulher e à sua família, garantindo assim os direitos de cidadania.

A humanização é indispensável no processo de nascença favorecendo o bem-estar

físico, mental e social da mulher, colaborando para diminuição dos riscos e complicações decorrentes do trabalho de parto. Inclui o acompanhamento adequado, considerando a individualidade de cada mulher e conciliado com uma base familiar durante a parturição, transfigurando o nascimento em um momento especialmente único.

Neste contexto, é necessário a atuação de profissionais qualificados e comprometidos de forma pessoal e profissional, que recebam a mulher com respeito, ética e dignidade, que a incentive a exercer a sua autonomia no resgate de seu papel ativo no processo parturitivo, como também ser protagonista de sua vida de modo a reconhecer e repudiar qualquer tipo de discriminação e violência que possa comprometer os seus direitos de mulher e cidadã (ANDRADE et al. (2017).

### 3.9 Uso do banquinho meia-lua

O processo de humanização do parto traz à tona práticas atuais que necessitam ser repensadas. Um exemplo é a permanência da parturiente na posição horizontal durante o trabalho de parto, ou incentivo desta posição pela equipe de saúde ou pelo não estímulo à mobilização (MIQUELUTTI, 2006).

Entre os profissionais que aderem aos princípios da humanização, há um consenso de que as posições verticalizadas estão em evidência de menor desconforto, diminuição das lacerações vaginais e perineais, diminuição das dores na fase expulsiva que reduzem a asfixia neonatal. Estas posições de parto apresentam ainda, vantagens sobre a posição supina, como o efeito da gravidade, diminuição dos riscos de compressão da veia cava e artéria aorta, que melhora os indicadores sanguíneos do equilíbrio ácido-base nos recém-nascidos (SILVA, 2011).

Evidencia ainda, a relação da força e da eficiência das contrações uterinas, melhor acomodação do feto no seu trajeto pela pélvis, além de proporcionar maior diâmetro pélvico. Recordando que a posição materna está intimamente associada às lesões genitais (SILVA, 2011).

Com base em estudos científicos – que mostram que a posição vertical, quando comparada com posições horizontais, reduzem a duração do período expulsivo, a queixa de dor intensa, o número de cesarianas, a necessidade de episiotomia, entre outros –, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda, atualmente, que a parturiente seja colocada em posição vertical, devido aos benefícios desta, no entanto, a mulher deve ter liberdade na escolha sobre a sua posição (GAYESKI, 2009).

Sabatino (1997) apud Mamede (2004) relata que há evidências históricas, de que na antiguidade, em muitas civilizações, os partos eram realizados com mulheres em posição vertical. Representações em hieróglifos, que retrataram o parto da rainha egípcia, Cleópatra, a descrevem em posição agachada, sentada em duas pilhas de tijolos, e em pé. Na mitologia grega, a mãe de Apolo deus do sol, escorou-se em uma palmeira, abraçou-a com as duas mãos, apoiou os pés contra o chão, e pariu. Até o início da era moderna,

apenas mulheres eram responsáveis pelos partos. A teoria, o aprendizado e a prática relacionados ao parto, eram atribuições das parteiras, que auxiliavam as parturientes sem a atuação de um médico ou cirurgião (SOUSA et al., 2018).

Até o início da era moderna, o parto era algo de responsabilidade de mulheres, apenas. A teoria, o treinamento e a prática eram atribuídos às parteiras, que costumavam auxiliar as parturientes sem a ajuda de um médico ou cirurgião. Todavia, esses costumes sofreram mudanças e a posição vertical entrou em desuso a partir do século XVII, quando os cirurgiões entraram em cena na prática obstétrica e a posição horizontal teve maior destaque, influenciado pela comodidade do médico ou do responsável pelo atendimento, como prática adotada nos hospitais modernos, para facilitar a antisepsia e o trabalho dos profissionais, não levando em conta a naturalidade do processo de parturição (MAMEDE, 2004; SOUSA et al. 2018)

Notoriamente, os avanços da medicina contribuíram muito com a melhoria dos indicadores de morbimortalidade materna e perinatal. Entretanto, esta participação colaborou para a transformação do parto e nascimento em um sinônimo de doença. A partir do século XX, por volta da década de 40, ampliaram-se as possibilidades de intervenção e a experiência do parto, antes vivenciada em um ambiente privado e familiar, as quais perderam espaço e ocupou a esfera pública e institucionalizada, com vários atores conduzindo o processo parturitivo, o que tornou a mulher sujeita aos procedimentos adotados à luz da ciência (SOUSA et al., 2018).

O nascimento no ambiente hospitalar caracterizou o crescimento da adoção de várias tecnologias e procedimentos com o objetivo de torná-lo seguro. Entretanto, o uso rotineiro e preferencial de alguns desses procedimentos e tecnologias vem, ao longo do tempo, fazendo mulheres e recém-nascidos serem expostos a inúmeras práticas invasivas, por vezes desnecessárias, como a episiotomia, o fórceps, a amniotomia, a cesariana, o uso de ocitócitos, entre outras (SOUSA et al., 2018).

Como condição para realização de algumas dessas práticas, mulheres assumem posições litotômicas para, assim, facilitar intervenções profissionais no momento do parto, tornando obsoletas as posições verticalizadas (BRASIL, 2017). Entretanto, mudanças ocorreram nas últimas décadas, no cenário obstétrico nacional e internacional, sendo mais notórias após o lançamento do documento “Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento” em 1996 pela Organização Mundial de Saúde (OMS). No estado do Amapá, Brasil, estudo revela resultados positivos em prol das boas práticas de atenção ao parto, com aumento significativo da presença do acompanhante e uso das posições verticalizadas ou cócoras, além da redução das taxas de amniotomia, do uso de ocitocina intravenoso e da posição litotômica (BRASIL, 2017).

Dos mecanismos de apoio utilizados no trabalho de parto em posições verticais, o banquinho meia-lua é objeto de importância, pois proporciona harmonia entre o corpo, o momento do trabalho de parto e parto, a gravidade, dá apoio para a parturiente

– se comparado à posição de cócoras–, e ainda vai oportunizar a participação do/a acompanhante, que se sentará atrás da parturiente para apoiá-la física e emocionalmente neste momento (SILVA, 2011; GAYESKI, 2009).

O uso do banquinho meia-lua favorece a expansão da dimensão pélvica, aumentando a eficiência das contrações devido à não ocorrência da oclusão da artéria aorta e veia cava, além do mais, a parturiente tem uma percepção melhor da pressão no períneo e da intensidade da contração. No entanto, essa prática requer cuidados específicos por parte dos profissionais de enfermagem – que são os que estão na linha de frente em partos normais sem distorcia –, como a proteção perineal, para evitar a episiotomia ou laceração e contaminação (GAYESKI, 2009).

Em um estudo realizado em 2007, foram identificados registros de 1.287 partos normais assistidos por enfermeiros obstétricos, de um total de 8.200 nascidos vivos, em uma maternidade do Rio de Janeiro. Foi elaborada uma relação dos cuidados prestados pela assistência, dentre estes estão o exercício respiratório, movimentos pélvicos, banho morno de aspersão e o decúbito lateral esquerdo. A deambulação, a postura de agachamento, o uso do banquinho meia-lua e da bola suíça, foi amplamente aplicado na posição vertical da expulsão, correspondendo as 78,3% do total de partos atendidos (SILVA; COSTA; PEREIRA, 2011).

Mamede (2004) relata em sua pesquisa sobre a duração do trabalho de parto, onde diz:

“...a posição em pé, de cócoras e/ou sentada diminui o tempo do trabalho de parto e parto...; ...a duração do primeiro e segundo estágio do parto era menor no grupo de mulheres que permanecia deambulando durante o primeiro estágio e era encorajada a dar à luz de cócoras, comparado ao grupo de mulheres que se manteve em posição supina nos dois estágios do parto.”

Observa-se a relação entre a posição de parto e a sua duração, demonstrado pelas vantagens fisiológicas da posição vertical, quando comparada com a supina.

Em contraste, a impressão que a parturiente tem de que o parto na horizontal é mais rápido, está relacionada com a episiotomia, como a fala de uma paciente, coletada na pesquisa de Gayeski e Bruggemann (2009): “Eu encontrei vantagem na horizontal porque quando eu já tava ali com nove de dilatação eu simplesmente fui para sala de parto e em seguida elas já deram aquele piquezinho. Em seguida, na primeira ou segunda força o nenê já saiu.” Observa-se que a visão das mulheres sobre a episiotomia está relacionada com a ampliação do canal de parto, acreditando ser algo benéfico e que torna o parto mais rápido, no entanto sabemos que é um procedimento muitas vezes desnecessário e que não deve ser rotineiro.

Gayeski e Bruggemann (2009) relatam que na posição horizontal as mulheres vivenciam dor mais severa e preferem assumir outras posições e descrevem as impressões de parturientes com relação as posições vertical e horizontal: a) posição vertical - a posição

vertical é mais cômoda, mais fácil e mais rápida para a expulsão do bebê; a parturiente sente-se mais livre para se movimentar; a força é melhor direcionada, reduzindo o esforço; a parturiente consegue participar mais e ver o nascimento do seu filho; a recuperação pós-parto é mais rápida; e, ocorre redução da dor na região dorsal; b) posição horizontal: o parto é mais rápido devido à episiotomia; gera segurança e sensação de ser mais “ajudada”; é mais confortável.

Outro ponto em que houve uniformidade entre estudos analisados, foi a relação entre a posição vertical, com o uso do banquinho meia-lua, explicitam que a gravidade colabora com a contrações uterinas, facilitando a expulsão, isso por causa da harmonia gerada entre a posição da parturiente, a dinâmica uterina, bem como o sentido gravitacional (SILVA, 2011; GAYESKI, 2009).

Os artigos também concordam no que diz respeito à não oclusão da veia cava e artéria aorta, como vantagem das posições verticalizadas por proporcionar melhor circulação uterina facilitando o funcionamento adequado das fibras musculares uterinas, visto que na posição dorsal ocorre a compressão destes grandes vasos, diminuindo o dinamismo uterino (GAYESKI, 2009; SILVA, 2011; MAMEDE, 2004).

No que se refere a laceração, o que se pode observar nos estudos, é que a posição vertical, com o uso do banquinho meia-lua, diminui as chances de laceração e praticamente elimina a necessidade de episiotomia, visto o favorecimento do aumento do diâmetro pélvico, e quando ocorre laceração, esta é classificada, em sua grande maioria como de 1º grau (GAYESKI, 2009; SILVA, 2011; MAMEDE, 2004).

#### 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu a compreensão da evolução do trabalho de parto, sendo possível observar a importância e benefícios do parto humanizado para binômio mãe/filho, bem como a incorporação da Normatização de atuação e as responsabilidades do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix, na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e aos recém-nascidos.

Ressalta-se ainda que a qualidade de formação dos profissionais de saúde reflete o tipo de assistência prestada ao usuário, e ainda a educação continuada e atualização, os quais devem ser consolidados visando possibilitar uma assistência de qualidade e com uma perspectiva humanística.

Considerando os benefícios apontados da posição vertical, revela-se que estes estão em congruência com as evidências científicas, por ser mais rápida e cômoda, facilita a expulsão devido ao aumento do diâmetro pélvico e do efeito gravitacional, além da não oclusão da artéria aorta e veia cava e menor chance de laceração, diminuindo a percepção de dor, e refletindo na participação mais ativa da mulher em seu trabalho de parto e parto.

Vale ressaltar que a mulher deve ter liberdade na escolha da posição de parto a ser

adotada, deve ser informada das opções a que tem direito, as vantagens e desvantagens de cada uma, bem como as características de cada posição. Deixando a escolha a cargo da parturiente, que deve ser instruída a se sentir o mais confortável possível.

Espera-se que os resultados dessa revisão possam contribuir para o despertar de mais publicações sobre os benefícios do uso do banquinho meia-lua no parto normal, visto a escassez de literaturas sobre a temática.

## REFERÊNCIAS

GAYESKI, M.E.; BRÜGGEMANN, O.M. **Percepções de puérperas sobre a vivência de parir na posição vertical e horizontal**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 17, n. 2, abril, 2009.

SILVA, T.F.; COSTA, G.A.B.; PEREIRA, A.L.F. **Cuidados de enfermagem obstétrica no parto normal**. Cogitare Enfermagem, v.16, n. 1, Jan/Mar, 2011.

MAMEDE, F.V.; ALMEIDA, A.M.; CLAPIS, M.J. **Movimentação/deambulação no trabalho de parto: uma revisão**. Acta Scientiarum. Health Sciences. Maringá, v. 26, n. 2, p. 295-302, 2004.

SOUZA, N. K. S.; SILVA, J. M. A. L.; ALBUQUERQUE J. R. C.; SOARES, L. M.; GUIMARÃES, M. S. R.; SOUZA, N. K. S.; LIMA, C. G. O. **Assistência de enfermagem no parto humanizado**. Revista Saúde, v. 10, n.1 (ESP), 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 223/1999, de 03 de dezembro de 1999**. Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na Assistência à Mulher no Ciclo Gravídico COFEN, 1999 .

DIAS MAB, DOMINGUES RMSM; **Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto**. Ciênc. saúde coletiva, v. 10, n. 3, set, 2005

Brasil. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. 28/05/18 00:00

*Machado, N.X.S, Praça, N.S;* **Centro de parto normal e a assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente**. Acessado em 03/07/18, às 16hrs23min.

Nogueira LDP, Mamede FV, Souza L; **PERFIL DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE ATUAM NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: UM ESTUDO DESCRITIVO**. Acessado 31/05/2018, às 22hrs e 43 min

*Gonzaga M.S; Nascimento, L.P;* **PARTO NORMAL NA ÓTICA DAS PRIMÍPARAS E SUAS DIFICULDADES**. Acessado 03/07/2018 às 00:16.

Rattner, D; Velasque, E.A.G; Pradebon, V. M.; Cabral, F.B. **O ENFERMEIRO NO PROCESSO PARIR/NASCER: ESTRATÉGIA DE CUIDADO E HUMANIZAÇÃO DO PARTO**, Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. Acessado 02/07/2018 às 23:11.

CARVALHO, F.A.M.; PINHEIRO, A.K.B. XIMENES, L.B. Assistir á parturiente: uma visão dos acadêmicos de enfermagem. **Rev. Rene**, v;11. N1, p. 86-93, 2010.

Castro JC, Clapis MJ. **PARTO HUMANIZADO NA PERCEPÇÃO DAS ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS ENVOLVIDAS COM A ASSISTÊNCIA AO PARTO**

Revista Latino-am Enfermagem 2005 novembro-dezembro. Acessado em 02/07/2018 às 23:05.

Brasil. MINISTÉRIO DA SAÚDE; Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde, Brasília – DF 2017. Acessado em 02/07/17 às 23:33.

**Brasil, DIRETRIZES NACIONAIS DE ASSISTÊNCIA AO NORMAL PARTO** Acessado 02/07/2018 às 23:05.

GARCIA, S.; LIPPI, U.; GARCIA, S. **O Parto Assistido por Enfermeira Obstetra: perspectivas e controvérsias**, Fortaleza, 2010, p. 385-381.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal**, Brasília, 2017, p. -4.

OLIVEIRA, A.S.S. et al. Percepção de mulheres sobre a vivencia do trabalho de parto e parto. **Rev. Rene**, v;11. N. esp, p. 32-41, 2010. Disponível em: <[http://www.revistarene.ufc.br/edicao especial/a04v11esp\\_n4.pdf](http://www.revistarene.ufc.br/edicao especial/a04v11esp_n4.pdf)>

BRASIL. Conselho nacional de Enfermagem. **Portaria Nº0477 de 2015**. Ministério da Saúde, Brasília, 14 de Abril de 2015.

FRELLO, A.T.; CARRARO, T.E. Componentes dos cuidados de Enfermagem no processo do parto. Revista eletrônica de enfermagem 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a10.htm>. Acessado em 03 de novembro de 2018.

FRELLO, A.T.; CARRARO, T.E.; BERNARDI M.C. Cuidado e conforto: estudos na enfermagem brasileira. Rev. Baiana de Enfermagem, v; 13. N 2, p. 280-290, 2012. Disponível em: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/-5093/4474>>. Acessado em 03 de novembro de 2018.

BESSA, L.F.; MAMEDE, M.V. Ação Educativa uma perspectiva para a humanização do parto? Revista Baiana de Enfermagem. 2010

GOMES, M. L.; MOURA M.A.V. Modelo Humanizado de Atenção ao Parto no Brasil: Evidencias na Produção Científica. Revista Enfermagem. Rio de Janeiro, 2012.

CAUS, E.C.; SANTOS, E.K.; NASSIF, A.A. O processo de parir pela Enfermeira Obstétrica no contexto Hospitalar: Significados para as parturientes. Esc. Anna Nery, vol. 16, no 1, Rio de Janeiro, Março 2012,

OSAVA, R.H.; TANAKA, A.C.D'A. Os paradigmas de enfermagem obstétrica. Reve. Esc. Enf. USP, v31, n.1, p. 102, abril de 1997

“Get Me Out- A History of Childbrith”, Randi Hutter Epstein, 2011

A gravidez na idade média “um parto medieval”, 2010.

Nascimento na Nova Era, “Posições De Nascimento”

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Mulher. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Acessado 04/11/18. [bvsms.saude.gov.br/publicações/parto.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/publicações/parto.pdf)

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº1459 de 24 de junho de 2011: Institui no âmbito do SUS a Rede Cegonha. [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/20-11/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/20-11/prt1459_24_06_2011.html)

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010. Rede Cegonha. <http://bvsms.saude.gov.br>

SHIMIZU, H.E.; LIMA, M.G. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. Rev. Bras. Enfermagem. Vol. 62 no. 3 Brasília 2009

## CAPÍTULO 2

# A SEGURANÇA PÚBLICA NA PREVENÇÃO E ABORDAGEM À VÍTIMAS DE TENTATIVA DE SUICÍDIO

*Data de aceite: 01/12/2022*

### **Orleilso Ximenes Muniz**

Cel QOBM  
Comandante Geral do Corpo de Bombeiros Militar do Amazonas (CBMAM);  
Esp. em Segurança Pública

### **Helyanthus Frank da Silva Borges**

Cel QOBM  
Subcomandante Geral do CBMAM; Esp.  
em Segurança Pública

### **Alexandre Gama de Freitas**

Cel QOBM  
Chefe do Estado Maior Geral (CHEMG) do  
CBMAM; Esp. em Segurança Pública

### **Jakson França Guimarães**

Cel QOBM  
Chefe do Gabinete do Comandante Geral

### **Cristiano Braz Ferreira**

Tc QOBM  
Chefe da 3ª Seção do CHEMG-BM3

### **Diógenes Martins Munhoz**

Major BM/PMESP  
Diretor da ABEPS (Associação Brasileira de Estudos e Prevenção ao Suicídio; Idealizador da prática e do curso de Abordagem Técnica a Tentativas de Suicídio)

### **Nayara de Alencar Dias**

1º Ten QCOBM  
Subcomandante do GREM-CBMAM;  
Oficial de saúde – med; Residência Médica em Pediatria - UFAM

### **Raquel de Souza Praia**

1º Ten QCOBM  
Coordenadora do Núcleo de Biossegurança do CBMAM; oficial de saúde – enf; Mestra em Gerontologia- UFSM

### **José Aluísio Ferreira Cruz**

2º Ten QOABM  
Subcomandante de BBE/Fluvial Ponta Negra/CBMAM

### **Eduardo Araújo dos Santos Neto**

2º Ten QOABM  
Integrante da 3ª Sessão do Estado-Maior Geral do BM-3; Instrutor de cursos para combatentes

### **Midian Barbosa Azevedo**

3º Sgt QCPBM  
Integrante do núcleo de biossegurança do CBMAM; Esp. em Segurança Pública

### **Fabrcia da Silva Cunha**

3º Sgt QCPBM  
Integrante do núcleo de biossegurança do CBMAM; Esp. em Segurança Pública

**Euler Esteves Ribeiro**

Doutor em Gerontologia pela PUC-RS;  
Reitor da FUnATI (Fundação Universidade  
Aberta da Terceira Idade)

**Ciro Felix Oneti**

Mestre em Educação em Ciências na Amazônia;  
integrante do grupo de pesquisa do laboratório  
GERONTEC da FUnATI

**Gabriela dos Santos Alves**

Integrante do grupo de pesquisa FUnATI/AM  
Formada em Direito pela UFAM

**Salomão Correa Praia**

Acadêmico em Segurança do Trabalho;  
Integrante do Serviço de Atendimento  
Móvel de Urgência (SAMU)

**Inez Siqueira Santiago Neta**

Estudante de medicina na UBA;  
integrante da equipe de pesquisa FUnATI

**RESUMO:** A prevenção, vigilância e monitoramento do suicídio depende de um planejamento e operacionalização de políticas de saúde e segurança pública, este participa no resgate e muitas vezes são os primeiros em chegar ao local ou ter contato com a vítima. Desta forma, o presente estudo tem como objetivos identificar as ações das forças de Segurança pública na prevenção e abordagem a tentativas de suicídio; compilar resultados de estudos comparando a qualidade das ações de atendimento pela equipe de segurança pública na sobrevivência de vítimas de tentativa de suicídio. Realizou-se uma revisão integrativa de literatura em base de dados Pubmed com critérios relacionados a pergunta de pesquisa sendo selecionados 8 artigos. Os autores trazem uma abordagem da temática desde um nível global até suas cidades de estudo ou relato de caso, o que contribuiu na análise de resultados e propostas apresentadas. Nosso estudo mostrou que o treinamento específico das equipes em saúde mental e a diminuição no tempo de coordenação, saída, viagem e operação foram essenciais para resultados positivos das operações.

**PALAVRAS-CHAVE:** Suicídio; segurança pública; prevenção; abordador técnico.

**ABSTRACT:** The prevention, surveillance and monitoring of suicide depends on the planning and implementation of public health and safety policies. In this way, the present study aims to identify the actions of the Public Security forces in the prevention and approach to suicide attempts; to compile results of studies comparing the quality of care actions by the public safety team in the survival of victims of suicide attempts. An integrative literature review was carried out in the Pubmed database with criteria related to the research question, and 8 articles were selected. The authors bring an approach to the theme from a global level to their study cities or

case reports, which contributed to the analysis of results and proposals presented. Our study showed that the specific training of teams in mental health and the decrease in coordination, departure, travel and operation time were essential for positive results of operations.

**KEYWORDS:** Suicide; public security; prevention; technical boarder.

## 1 | INTRODUÇÃO

Segundo dados divulgados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2012 as taxas de suicídio a nível mundial foram de aproximadamente 11,4 a cada 100.000 pessoas, maior numero em homens que em mulheres, a pesar de que em alguns países como China esta relação encontrava-se invertida (MIRANDA B; SANCHEZ M; PEREZ R, 2016). Também os países que mais somaram nesse tipo de “auto violência” são os de baixa e média renda, o que reflete nos principais fatores de risco da tentativa de suicídio social, cultural, ambiental e econômico e mais de 90% relacionados a enfermidades mentais.

As sequelas deixadas por um suicídio não consumado o levaram em 2008 ao vigésimo lugar entre as principais causas de Anos de Vida ajustados por Incapacidade (DALY) (MIRANDA B; SANCHEZ M; PEREZ R, 2016). Em países que apresentaram baixa taxa devesse avaliar se é por uma omissão ou desinformação desses dados.

Entre os principais meios utilizados para tentativa de suicídio estão enforcamento, ingestão de praguicidas e uso de armas de fogo, e variam segundo cada grupo. Há maior prevalência na faixa etária de 70 anos ou mais, porém é a segunda maior causa de morte em jovens entre 15 e 29 anos (MIRANDA B; SANCHEZ M; PEREZ R, 2016). Durante a 66ª Assembleia Mundial de Saúde em 2013 a OMS trouxe como objetivo/desafio a todos países participantes uma diminuição dessa taxa em 10% para 2020 através da criação de agendas de saúde pública e políticas públicas prioritárias.

As forças de Segurança Pública participam neste tipo de resgate e muitas vezes são as primeiras em chegar ao “local do crime” e se necessita uma harmonia nas ações desses órgãos para que se tenha sucesso na perícia e prestação de socorro à vítima. O “abordador técnico” foi um termo criado pelo Corpo de Bombeiros Militar de São Paulo para se referir ao perfil dos profissionais que atuarão nesses casos e devem ter formação específica, respeitabilidade e confiabilidade, maleabilidade, paciência, espírito de equipe, disciplina, autoconfiança, autocontrole, comunicabilidade e perspicácia (DE SOUSA J et al, 2018).

Logo, o preparo da equipe pode ser um fator fundamental no resultado positivo ou negativo diante da ocorrência, que apresenta fases, desde o acionamento, deslocamento, estabelecimento da viatura, análise situacional (com observação inicial, avaliação de risco, isolamento, abordagem técnica, abordagem tática entre outros) (DE SOUSA J et al, 2018).

Diante da problemática e contexto mundial a presente pesquisa tenta responder a essa pergunta: como as forças de segurança pública tem contribuído para prevenção e abordagem eficaz ao indivíduo em risco de suicídio?

## 2 | OBJETIVOS

Identificar as ações das forças de Segurança pública na prevenção e abordagem a tentativas de suicídio.

Compilar resultados de estudos comparando a qualidade das ações de atendimento pela equipe de segurança pública na sobrevivência de vítimas de tentativa de suicídio.

## 3 | METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão integrativa de literatura. A revisão foi realizada com base à metodologia Prisma – Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses, utilizando-se a base de dados informatizada PubMed (U.S. National Library of Medicine). Foram utilizados como estratégia de busca: *suicide AND fire department*. E como Critérios de inclusão e exclusão: textos completos disponíveis para acesso, máximo 5 anos de publicação, inglês, português e espanhol. Se chegou a 34 resultados, dos quais foram selecionados os que abordavam em título e/ou resumo tentativa de suicídio, assistência por equipe de emergência, bombeiros e/ou policiais, prevenção, dos quais 8 cumpriam com dois ou vários destes critérios.

O estudo consistiu de cinco etapas distintas, a saber: (I) estabelecimento da pergunta norteadora da revisão; (II) busca de estudos científicos publicados na base de dados informatizada; (III) por meio dos critérios de inclusão e exclusão: análise de títulos e resumos, leitura crítica de artigos completos; (IV) discussão dos resultados; e (V) síntese do conhecimento.

## 4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 8 artigos incluídos todos foram publicados na língua inglesa. Quanto ao local de realização do estudo, tem-se a seguinte distribuição: 2 na América do Sul (Brasil), 1 na América do Norte (Canadá), 4 na Ásia (Nepal, Irã, Japão), um na Europa (Inglaterra). Os autores abordam a temática desde um nível global até sua cidade de estudo ou relato de caso, o que contribui na análise de seus resultados e propostas apresentadas.

DE ALMEIDA et al (2022) traz a vivência do Corpo de Bombeiros do estado de São Paulo (CBPMESP) que trabalha no atendimento de emergência a vítimas de tentativa de suicídio e se observou que entre os anos 2018 e 2020 houve um aumento significativo de 8% de ligações envolvendo este tipo de emergência, principalmente durante a pandemia por Covid-19. E que o tempo que a equipe tardava a chegar no local interferia na gravidade da ação suicida e em sua evolução ou não ao trauma crânio encefálico (TCE) grave. Porém o estudo é limitado pois ao se encaminhar o indivíduo ao serviço de saúde a equipe não tem mais como aceder a informações sobre o mesmo.

A equipe do CBPMESP atende em média 2000 ligações por ano relacionadas a

esta problemática e provavelmente é a única disponível pra esse tipo de atendimento, por isso a preocupação da categoria em aprimorar conhecimentos e técnicas referente ao tema. Com a pandemia por covid-19 se observou que alguns fatores contribuíram para que aumentasse esse número de casos, como medidas adotadas de distanciamento e quarentena, morte de pessoas próximas, falta de acesso a consulta e tratamento, aumento no consumo de álcool, situação econômica (DE ALMEIDA T et al, 2022).

Observou-se a importância de um treinamento específico destas equipes, pois atuam na linha de frente, desta forma se criou no Brasil uma Abordagem Técnica para tentativas de suicídio, com objetivo de contribuir positivamente para este tipo de atendimento, além da realização de palestras em prevenção e atuação em crise suicida para diversos profissionais envolvidos (DE ALMEIDA T et al, 2022). A Secretaria de Saúde do município de Suzano tem promovido palestras, ministrada pelo major Diógenes Martins Munhoz, do Corpo de Bombeiros de São Paulo, com um encontro intersetorial, tem constituído a nova política municipal de prevenção ao suicídio.

Um treinamento específico no Estágio de Aperfeiçoamento profissional em 2020, com ênfase na abordagem humanizada, observou-se que o mesmo contribuiu durante a pandemia principalmente no atendimento a vítimas com transtornos mentais, fundamentando a importância de um treinamento policial e de bombeiros em saúde mental (DE ALMEIDA T et al, 2022). Os autores também destacam necessidade de melhorar políticas de prevenção, através da conscientização e restrição de métodos letais, que vem sendo usados com mais frequência pelas vítimas.

Ao considerar o contexto mundial vários estudos relataram o aumento no número de ocorrências por tentativa de suicídio durante a pandemia em centros de trauma, ligações e busca por departamentos de emergência em países como China, Japão, Iraque, Canadá. Mulheres e jovens em países democráticos estão entre os que apresentam maior número de casos, e no Brasil as regiões sul e centro-oeste tiveram maior taxa, comparado a outras regiões, segundo estudos realizados entre 2010 e 2019, se necessitam informações atualizadas (DE ALMEIDA T et al, 2022).

De janeiro de 2017 a dezembro de 2021 houve um aumento nas ocorrências de tentativas de suicídio, no estado de São Paulo, um total de 11435, onde se destaca um crescimento de vítimas do sexo masculino (WAGNER, Gabriela et al, 2022). Durante a pandemia maioria destas mortes se relacionavam a insegurança econômica, desespero, associados a fatores sociais e econômicos, período prolongado de confinamento, com dificuldade no acesso a serviços de saúde mental (WAGNER, Gabriela et al, 2022). ATREYA et al (2021) trazem um Relato de caso em Nepal de um suicídio com arma de fogo por um paciente psiquiátrico que interrompeu seu tratamento devido ao bloqueio durante a pandemia por COVID-19. Divulgou-se aumento do número de suicídios em Nepal nesse período, com pacientes psiquiátricos sem acesso a seus medicamentos (ATREYA, Alok et al, 2021).

As equipes de segurança pública necessitam, desta forma, conhecer todo o contexto que impacta diretamente na comunidade onde se encontram, como pandemia, tragédias, desastres naturais, entre outros. BROWN et al (2019) abordam por exemplo o efeito negativo na saúde mental de adolescentes numa cidade do Canadá, que vivenciaram um incêndio florestal, em comparação aos de outra cidade que não vivenciaram esses desastres, com aumento de sintomas relacionados a depressão e pensamento suicida. Atentar para essa problemática da pós exposição a eventos traumáticos é de suma importância no planejamento de ações preventivas.

Isto vem a corroborar na importância de estratégias multisetoriais para prevenção, vigilância e monitoramento das tentativas de suicídio. Assim como analisar os passos a serem dados de acordo com cada caso em particular, desde o contato telefônico ou direto, o envio de bombeiros ao local, o encaminhamento a investigação forense (em vítimas fatais) ou no caso de vítimas não fatais, resgate (conversar e atender suas necessidades) e transportá-la ao serviço de saúde (DE ALMEIDA T et al, 2022). Este trabalho vem sendo observado por exemplo no Japão que mostrou uma diminuição nos casos de suicídio entre 2009-2018, devido aumento de apoio financeiro governamental em “saúde pública”, “polícia”, “ambulância/bombeiros”, “bem-estar” e “educação”, destes os maiores responsáveis por este efeito foram gastos em “ambulância/bombeiros” e “educação”, para manter e operar estes sistemas (SHIROYAMA, T.; FUKUYAMA, K.; OKADA, M, 2021).

Antes de 2009 o Japão apresentava uma alta taxa de suicídio devido à crise econômica que afetou a região na década de 90. Após melhora econômica a mortalidade por suicídio em homens, em particular idosos, diminuiu (esse não é um fator previsível em todos países), principalmente após políticas e investimentos públicos, por exemplo com a disponibilização às prefeituras de um “Fundo de Emergência para Melhorar a Contramedida de Suicídio Baseada na Comunidade” para programas de prevenção ao suicídio (HASEGAWA, T.; FUKUYAMA, K.; OKADA, M, 2021).

Um estudo realizado em 22 distritos de Teerã (Irã) no primeiro semestre de 2018 mostra que as ameaças e tentativa de suicídio estão entre as principais intercorrências que acionam ao serviço de corpo de bombeiros, estes passam a atuar como “psicólogos” e se não surte efeito partem para uma abordagem tática (DAMIRCHI E. et al, 2022).

A idade média de suicídio na região é de 32 anos, conhece-la ajuda a equipe na abordagem preventiva. Todo procedimento deve estar em conformidade com os padrões nacionais e internacionais como es a NFPA 1720, também se estabelece o tempo padrão de saída da estação e o tempo de viagem para uma resposta eficaz (tempo de resposta que depende de cada região) (DAMIRCHI E. et al, 2022).

O tempo médio de coordenação em Teerã (do recebimento da ligação até o alarme na estação) é de 54,94seg.; tempo médio de saída é de 30,34seg. muito menor do que se estabelece pelos padrões, assim como o tempo médio de viagem que é de 279,45seg. e o tempo de operação varia segundo o tipo ou tentativa de suicídio. 70 de 73 mulheres

que tentaram suicídio foram salvas e 117 dos 122 homens, no primeiro semestre de 2018 (salvamento/perdidas). Se destaca também a redução de lesões, devido o bom desempenho destes bombeiros. Como resultado de todos estes esforços a taxa de suicídio no Irã é a menor no mundo, cerca de 5 por cada 100.000 pessoas (DAMIRCHI E. et al, 2022).

DAMIRCHI et al (2022) destaca algumas medidas a serem trabalhadas para ajudar no bom desempenho dos profissionais:

1	Desenvolvimento da cultura pública – evitar aglomerações no local
2	Sistema de Comando Integrado (ICS) – estrutura e linguagem comum na operação
3	Aumento no número de estações de resgate
4	Estabelecer caminhos específicos para minimizar tempo de chegada

Outra complexidade ainda maior para os profissionais de segurança pública em emergência são os atentados suicidas, onde se necessita uma compreensão da complexidade que toma dimensões ainda maiores (CHUKWU-LOBELU R. et al, 2017). Investigações sobre o tema, ainda insipiente em alguns países, são fundamentais no planejamento de emergências futuras.

## 5 | CONCLUSÃO

Nossos resultados apresentam evidencias do papel fundamental que apresentam as forças de Segurança pública ao se discutir a problemática que envolve o suicídio consumado e tentativa de suicídio em diversos países.

Nossas descobertas são essenciais para necessidade de um enfoque em estratégias multisetoriais preventivas, tendo em vista as especificidades social, cultural, econômica e ambiental de cada região com vista a diminuir o número de casos e ampliação das equipes que atendem a estas emergências.

Nosso estudo mostrou que o treinamento específico das equipes em saúde mental, por ser essa uma das principais causas de intento suicídio, e a diminuição no tempo de coordenação, saída, viagem e operação foram essenciais para resultados positivos das operações, com diminuição no número de mortes.

Nosso trabalho encontrou como limitações a escassa literatura abordando a temática.

## REFERÊNCIAS

ATREYA, Alok et al. **Case Report: Penetrating Thoracic Trauma by A Gunshot Involving the Heart.** F1000Res, v.10, n.532, 2021.

BROWN, Matthew et al. **After the Fort McMurray wildfire there are significant increases in mental health symptoms in grade 7-12 students compared to controls.** BMC Psychiatry, v.19, n.1, 2019.

CHUKWU-LOBELU, R. et al. **Burn injuries from the london suicide bombings: a new classification of blast-related thermal injuries.** Ann Burns Fire Disasters, v.30, n.4, 2017, pp.:256-260.

DAMIRCHI, E. et al. **Performance Appraisal of Tehran Firefighting Stations in Attempted and Threatening Suicide with National and Global Standards (The First 6 Months of 2018).** Iran J Public Health, v.51, n.4, 2022, pp.946-955.

DE ALMEIDA, T.R. et al. **Suicide Attempts Assisted By Firefighters According to Traumatic Brain Injury.** J Prev (2022), v.43, n.6, 2022, pp.823-840.

DE SOUSA, Jose et al. **Abordagem na tentativa de suicídio: manual teórico-prático para profissionais da segurança pública.** Fortaleza: INESP, 2018.

HASEGAWA, T.; FUKUYAMA, K.; OKADA, M. **Relationships between Expenditure of Regional Governments and Suicide Mortalities Caused by Six Major Motives in Japan.** Int J Environ Res Public Health, v.19, n.1, 2021.

MIRANDA, Beatriz; SANCHEZ, Mariela; PEREZ, Rosa. **Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores.** Revista Habanera de Ciencias Médicas, vol. 15, n. 1, 2016, pp. 90-100.

SHIROYAMA, T.; FUKUYAMA, K.; OKADA, M. **Effects of Financial Expenditure of Prefectures/ Municipalities on Regional Suicide Mortality in Japan.** Int J Environ Res Public Health, v.18, n.16, 2021.

WAGNER, Gabriela et al. **Time series analysis of the suicide attempts assisted by firefighters from 2017 to 2021 in São Paulo, Brazil.** Rev Bras Epidemiol, v.25, n.e220026, 2022.

# CIÊNCIA COGNITIVA - CONFIGURAÇÃO DE CONSTRUTO EPISTEMOLÓGICO

*Data de aceite: 01/12/2022*

### **Adelcio Machado dos Santos**

Doutor em Engenharia e Gestão do Conhecimento (UFSC). Pós-Doutor em Gestão do Conhecimento (UFSC). Docente, orientador e pesquisador nos Programas de Pós-Graduação “*Stricto Sensu*” em Desenvolvimento e Sociedade e Educação da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe (Uniarp) Florianópolis (SC) Brasil

**RESUMO:** O desenvolvimento da Ciência Cognitiva configura estranho cenário. Em pouco mais de 40 anos de existência oficial, ela apresenta uma enorme disseminação. Posto que sempre enfatizando seu projeto interdisciplinar, esta nova Ciência sempre foi assinalada por uma oscilação entre o estudo do cérebro por oposição ao estudo da mente. Uma oscilação gerou o corolário do predomínio de uma disciplina ou de uma perspectiva específica na maneira como arquitetou sua investigação e sua proposta de interdisciplinaridade. Nas primeiras décadas de sua história, a Ciência Cognitiva apostou na analogia entre mentes e computadores, entre pensamento e símbolos. A mente seria o *software* do cérebro e a aposta na possibilidade

de simulá-la por meio de programas computacionais fez com que a Computação ocupasse um lugar privilegiado neste cenário inicial. Contudo, faz-se mister a elaboração de conceito para esta disciplina. **PALAVRAS-CHAVE:** Ciência Cognitiva. Estatuto epistemológico.

**ABSTRACT:** The development of Cognitive Science in the past decades sets a strange scenario. In just over 40 years of official existence, it has a huge spread. Since always emphasizing its interdisciplinary project, this new Science has always been marked by an oscillation between the study of the brain as opposed to the study of the mind. An oscillation generated the corollary of the predominance of a discipline or a specific perspective in the way he designed his investigation and his proposal for interdisciplinarity. In the first decades of its history, Cognitive Science bet on the analogy between minds and computers, between thought and symbols. The mind would be the brain’s software and the bet on the possibility of simulating it by means of computer programs made Computing occupy a privileged place in this initial scenario. However, it is necessary to develop a concept for this discipline.

**KEYWORDS:** Cognitive Science. Epistemological status.

## INTRODUÇÃO

Uma nova disciplina com uma antiga história, a Ciência Cognitiva está encontrando novas maneiras de atacar velhos problemas, principalmente ao empregar técnicas científicas para explorar questões sobre a natureza das mentes como tipos especiais de sistemas de processamento de dados, informações e conhecimento.

A noção de que a Ciência Cognitiva e a explicação do comportamento humano estão intimamente ligadas foi expressa habilidosamente por Jerry Fodor, de acordo com o qual as abordagens cognitivas tentam relacionar as propriedades intencionais dos estados mentais com suas capacidades causais de afetar o comportamento.

Embora possa levar algum tempo para se reconhecer o significado desta posição, ela deixa entrever uma ligação próxima entre a epistemologia cognitiva e a explicação do comportamento (FETZER, 2000).

O primeiro desafio encontrado ao considerar as perspectivas de uma ciência da cognição, parece ser determinar se essa atividade é de fato necessária. O termo Ciência da Cognição designa uma abordagem multidisciplinar no âmbito do estudo dos processos cognitivos.

Entre as disciplinas envolvidas neste projeto tem-se a psicologia cognitiva, as neurociências, a Linguística, a lógica e as ciências da computação. Não é difícil, pois, concluir que esta área é permeada por uma diversidade de abordagens e métodos.

É possível, no entanto, estabelecer um ponto comum em meio a toda esta diversidade: o interesse pelo estudo da inteligência.

A Ciência, verídico domínio cognitivo, não é exceção a esta forma de constituição, e se chama de critério de aceitabilidade, que define e constitui a ciência de aceitabilidade.

Outrossim, define e constitui a ciência como domínio cognitivo e que simultaneamente constitui como cientista a pessoa que o aplica, de critérios de validação das explicações científicas, é este critério de aceitabilidade que constitui a ciência como domínio cognitivo (MATURANA, 2001).

As peculiaridades da Ciência como domínio cognitivo surgem de sua forma de constituição pela aplicação do critério de validação das explicações científicas.

Desenvolver simulações de atividades mentais humanas é a tarefa primordial da ciência cognitiva. Neste sentido ela é, basicamente, uma ciência do artificial, ou seja, do comportamento das simulações entendidas como grandes experimentos mentais.

Nada atrapalhou mais o desenvolvimento das Ciências do que a hesitação em tratar o humano como objeto heurístico.

Aqueles que quiseram preservar o ser humano de uma abordagem científica tornaram as Ciências Humanas estéreis. Inicialmente, a Ciência Cognitiva surge como

alternativa intermediária entre tendências introspeccionistas e o behaviorismo.

## DESENVOLVIMENTO

Se existe vida entre *inputs* e *outputs* recebidos por um organismo, esta vida pode ser modelada na forma de um programa de computador. Esta foi a motivação inicial da Ciência Cognitiva, que logo percebeu que teria de se firmar como uma ciência interdisciplinar, lançando mão dos recursos da Psicologia, da Linguística, da Computação e da Neurociência.

Os primórdios desta nova Ciência foram marcados pelo discurso mistificador acerca dos cérebros eletrônicos e debates filosóficos *pueris* acerca do que computadores podem ou não fazer.

A própria ciência cognitiva teve suas disputas paradigmáticas internas ou diferentes escolas que se propunham a modelar a vida mental seja através da simulação da mente, seja através da simulação do cérebro.

Nos últimos anos, a Ciência Cognitiva recupera, cada vez mais, a robótica, à medida que cresce a percepção de que a replicação de mentes encarnadas, isto é, inteligências dotadas de um corpo que atue em um ambiente real.

Se entendida como ciência da simulação, dispõem, à guisa de ponto de partida, da construção de sistemas computacionais que instanciam as condições de possibilidade de algum tipo de vida mental que se assemelhe àquela dos seres humanos.

Neste sentido, a ciência cognitiva é uma investigação a priori, mas é, ao mesmo tempo, uma enorme tarefa de engenharia que pressupõe e estabelece a testabilidade de seus modelos, aproximando-se desta maneira das disciplinas empírico-formais (TEIXEIRA, 2004).

A grande dificuldade enfrentada pela Ciência Cognitiva consiste em identificar os invariantes organizacionais daquilo que se chama mente.

Tal Ciência, ainda, pode se devotar à construção de androides simuladores da vida mental humana; androides que, embora ainda não reproduzam invariantes organizacionais da mente, são essencialmente modelos possíveis do funcionamento mental.

O fim da inteligência artificial ou do chamado paradigma simbólico exige que a Ciência Cognitiva faça novas alianças heurísticas.

De outro vértice, se se aferir o desenvolvimento da Ciência Cognitiva, nas últimas décadas, com a Filosofia possivelmente se chegará a um estranho cenário: se, de um lado, a Ciência Cognitiva tentou se consolidar fundamentando-se na noção de representação, a Filosofia efetuou percurso inverso. Esta tentou, de seu lado, dismantelar a noção de representação e evitar o mentalismo nas suas concepções sobre o conhecimento.

Em fecunda aliança com a Filosofia, a Ciência Cognitiva demandou encontrar seus fundamentos e ferramentas conceituais: definições de conhecimento, representação,

inferência, entre outros.

A Ciência Cognitiva, ao ignorar a evolução da própria Filosofia que lhe serviria de fundamento, parece ter incorrido na ilusão ingênua de que a consolidação de uma disciplina como científica implica numa recusa positivista em discutir seus fundamentos filosóficos.

O preço desta surdez deliberada e da recusa de se dissociar de pressupostos assumidos até nos dias de hoje de maneira não-crítica pode ser tão alto a ponto de a Ciência Cognitiva comprometer seu futuro como programa de pesquisa.

A retomada do conexionismo e das pesquisas sobre redes neurais nas últimas décadas constituía um momento crucial para a ciência cognitiva reavaliar suas parcerias filosóficas.

A Ciência Cognitiva não pode prescindir de uma ou alguma noção de representação, mas, para incorporar os resultados da reflexão filosófica contemporânea, teria de situar-se para além da noção tradicional de representação.

Repensar o estatuto da representação na ciência cognitiva significa não apenas buscar novas parcerias filosóficas para esta disciplina, mas também repensar seu objeto e seu projeto científico a partir destas novas alianças.

Do ponto de vista da constituição epistemológica, esta nova perspectiva coloca os indivíduos numa posição vantajosa: a representação passa a poder ser desenvolvida como um fenômeno cognitivo.

Em consonância com o magistério da lavra de Teixeira (2004), se a Ciência Cognitiva aspira a romper com a visão clássica da representação deverá estudar não somente o sistema representacional dos variados organismos, como também o meio ambiente onde as representações se desenvolvem e as condiciona.

A motivação precípua da Neurociência contemporânea reside na possibilidade de reduzir fenômenos mentais a um substrato neurológico, e, destarte, interdisciplinarmente com a Ciência Cognitiva e a Filosofia, gerar visão holística do cérebro.

Na década de 1970, predominou concepção do funcionamento mental onde este era definido como um conjunto sequencial de computações efetuadas sobre representações simbólicas.

A Ciência Cognitiva se orienta por relação combativa entre seus dois principais paradigmas: o representacionalismo, o qual vê a mente como um manipulador de símbolos, e o conexionismo, o qual vê a mente como um associador de padrões.

Conquanto as palavras descortesas que ambas proferem a respeito uma da outra, as duas escolas não são tão divergentes quanto alegam seus defensores e cada uma tem problemas sérios exatamente nas características que supostamente a tornam atraente em relação a sua rival.

Semelhantemente à riqueza doutrina da Ciência Cognitiva, a crescente perquirição da obra de Vygotsky oferece muitos elementos úteis (FRAWLEY, 2000).A sua obra fundamenta-se em mutações e em crescimento, princípio orientador que ele expõe

abertamente em pensamento e linguagem.

Embora Vygotsky frise a mutabilidade e o desenvolvimento, ele não cai nunca no relativismo radical ou no niilismo autoderrotador.

Isto acontece porque ele aceita a fundamentação histórica e cultural do desenvolvimento e a visão clássica de que o desenvolvimento é teleológico – o progresso em direção a um estado final melhor. Isto liga duplamente o desenvolvimento ao mundo.

Quem aspira a compreender como o pensamento se modifica ao longo da vida estudam o desenvolvimento cognitivo, a investigação de como as habilidades mentais se criam e mudam com a crescente maturidade fisiológica.

Os pesquisadores do desenvolvimento cognitivo estudam as discrepâncias e as similaridades entre pessoas de diferentes idades, procurando descobrir como e por que as pessoas pensam e comportam-se diferentemente em diferentes épocas de suas vidas.

O desenvolvimento cognitivo envolve mudanças qualitativas no pensamento, tanto quanto mudanças quantitativas, tais como o aumento do conhecimento e da capacidade.

A maioria dos psicólogos cognitivos concorda com o fato de que as mudanças de desenvolvimento ocorrem em consequências da interação, do sazonalidade e da aprendizagem (STERNBERG, 2000).

Entretanto, alguns deles outorgam ênfase muito maior à maturação, que se refere a qualquer mudança relativamente permanente no pensamento ou no comportamento que ocorre simplesmente como resultado do amadurecimento, sem levar em conta as experiências particulares.

Outros, no entanto, enfatizam a importância da aprendizagem, que se refere a qualquer mudança relativamente permanente no pensamento, como resultado da experiência.

A hipótese do desenvolvimento cognitivo geralmente considerada mais abrangendo reside na Epistemologia Genética, codificada, sobretudo, por Jean Piaget.

Embora determinados aspectos dessa doutrina tenham sido questionados e, em alguns casos, refutados, sua influência é imensa. Em verdade, seu contributo mais relevante consiste mais na influência em pesquisas posteriores do que por sua exatidão máxima (STERNBERG, 2000).

Dessarte, para entender a inteligência, raciocinava Piaget, a investigação deve ser dupla: observar o desempenho de uma pessoa e considerar também por que esta pessoa assim se desempenhava, incluindo os tipos de pensamento subjacentes às ações da mesma.

Embora Piaget usasse a técnica de pesquisa da observação, grande parte de sua pesquisa era também uma exploração lógica e filosófica de como o conhecimento se desenvolve, desde formas primitivas até sofisticadas, acreditava que o desenvolvimento ocorre em estágios que evoluem pela equilibração, na qual as crianças procuram um balanço entre o que encontram em seus ambientes e as estruturas e os processos cognitivos que

levam a esse encontro, bem como entre as próprias capacidades cognitivas.

A equilíbrio envolve três processos. Em algumas situações, o modo de pensamento e as estruturas mentais existentes na criança são adequados para enfrentar e adaptar-se aos desafios do ambiente; ela está, assim, em um estado de equilíbrio.

Em outras ocasiões, entretanto, a criança é presenteada com informação que não se adapta aos seus esquemas existentes, de modo que surge o desequilíbrio cognitivo. Isto é, ocorre um desequilíbrio quando os esquemas existentes na criança são inadequados para os novos desafios que ela enfrenta.

Ela, conseqüentemente, tenta restaurar o equilíbrio pela assimilação – incorporação da nova informação aos esquemas existentes na criança. Em conjunto, os processos de assimilação e de acomodação resultam num nível mais sofisticado de pensamento do que era possível previamente. Além disso, esses processos resultam no restabelecimento do equilíbrio, oferecendo, desse modo, à pessoa níveis superiores de adaptabilidade.

Segundo Piaget, os processos equilibradores da assimilação e da acomodação são responsáveis por todas as mudanças associadas ao desenvolvimento cognitivo. Na sua concepção, é mais provável que o desequilíbrio ocorra durante os períodos de transição entre estágios (STERNBERG, 2000).

Conquanto Piaget ter postulado que os processos equilibradores continuam por toda a infância, à medida que as crianças se adaptam continuamente ao seu ambiente, ele também considerou que o desenvolvimento envolve estágios distintos, descontínuos. Particularmente, Piaget dividiu o desenvolvimento cognitivo em quatro estágios principais: os estágios sensório-motor, pré-operatório, operatório concreto e operatório formal.

O primeiro estágio de desenvolvimento, o estágio sensório-motor, envolve aumentos no número e na complexidade de capacidade sensoriais e motoras durante a infância.

Ao longo das primeiras fases do desenvolvimento cognitivo sensório-motor, a cognição infantil parece focalizar-se apenas no que eles podem perceber imediatamente, pelos seus sentidos. No estágio pré-operatório a criança começa a desenvolver ativamente as representações mentais internas, que se iniciaram no fim do estágio sensório-motor.

O aparecimento do pensamento representativo, durante o estágio pré-operatório, abre o caminho para o desenvolvimento subsequente do pensamento lógico, durante o estágio de operações concretas. Com o pensamento representativo, chega a comunicação verbal.

Entretanto, a comunicação é amplamente egocêntrica. Uma conversação pode parecer sem qualquer coerência. A criança diz o que está em sua mente, sem considerar muito o que a outra pessoa disse. À medida que as crianças se desenvolvem, no entanto, levam cada vez mais em consideração o que os outros disseram, quando criam seus próprios comentários e respostas.

Já no estágio de operações concretas as crianças tornam-se capazes de manipular mentalmente as representações internas que formaram, durante o período pré-operatório.

Em outras palavras, elas agora não só têm idéias e memórias dos objetos, mas também podem realizar operações mentais com essas idéias e memórias. Entretanto, podem agir assim apenas quanto a objetos concretos.

Por fim, o estágio operatório formal envolve operações mentais sobre abstrações e símbolos que podem não ter formas concretas ou físicas. Além do mais, as crianças começam a compreender algumas coisas que elas mesmas não tinham experimentado diretamente. Durante o estágio de operações concretas, elas começam a ser capazes de ver a perspectiva dos outros, se a perspectiva alternativa pode ser manipulada concretamente.

Dessarte, Piaget contribuiu imensamente para a compreensão do desenvolvimento cognitivo. A obra de Piaget teve e continua a ter grande impacto sobre a psicologia. Sua principal contribuição está em que ele estimula as pessoas a considerar as crianças sob uma nova perspectiva e a ponderar o modo como elas pensam (STERNBERG, 2000).

Todas as perspectivas precedentes relacionadas com o desenvolvimento cognitivo são influentes. Elas não são mutuamente exclusivas. Algumas foram perseguidas simultaneamente, algumas evoluíram como reações a outras e algumas são ramificações de outras.

Ainda outra concepção do desenvolvimento cognitivo considera o desenvolvimento fisiológico do cérebro e do aparato neural. À luz da Epistemologia Genética, o desenvolvimento cognitivo centraliza-se em adaptações progressivamente complexas ao ambiente, baseadas principalmente em mudanças decorrentes da maturação fisiológica.

Mais especificamente, o desenvolvimento cognitivo ocorre em grande parte por meio de dois processos de equilíbrio: assimilação e acomodação (STERNBERG, 2000).

À medida que as crianças se desenvolvem tornam-se menos egocêntricas, ou seja, menos concentradas em si mesmas e mais capazes de perceber as coisas a partir da perspectiva dos outros.

Elas também ficam mais capazes de descentrar-se de um aspecto perspectivamente notável de um objeto ou um conceito, para considerarem aspectos múltiplos. Em geral, parecem progressivamente capazes de considerar a informação, senão a que é imediatamente aparente através de seus sentidos, observável inicialmente com clareza no alcance da permanência do objeto, mas a que é aparente mais tarde, em outros desenvolvimentos cognitivos também.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Ciência, em última análise, consiste no domínio das explicações e afirmações científicas que os cientistas determinam através da aplicação do critério de validação das explicações científicas.

Destarte, os cientistas lidam na ciência com a explicação e a compreensão de sua experiência humana, e não com a explicação e a compreensão da natureza ou da

realidade como se estas fossem domínios objetivos de existência independentemente do que é realizado.

Por conseguinte, à semelhança de todo o remeio epistêmico, a Ciência Cognitiva é, em si, transdisciplinar, na medida em que a compreensão do fenômeno cognitivo demanda a contribuição oferecida por diferentes disciplinas que, ao se combinarem, produzem novo estatuto científico.

Cientistas cognitivos, amiúde, ampliam e aprofundam sua compreensão de seu objeto pelas pesquisas, empregando técnicas e métodos para evidenciar o estudo de como os seres humanos adquirem e utilizam o conhecimento. Também se beneficiam da colaboração com outros cientistas. Ademais, envolvem-se no estudo de uma vasta gama de fenômenos, incluindo não apenas percepção, aprendizagem, memória e pensamento, mas também fenômenos aparentemente de orientação menos cognitiva, como a emoção e a motivação. Em realidade, quase todos os tópicos podem ser estudados sob uma perspectiva cognitiva. A Inteligência Artificial envolve a tentativa de criar sistemas que processem a informação de maneira inteligente e efetiva, sem colimar se esses sistemas simulam a cognição humana ou demonstram inteligência, por via de processos que diferem dos processos cognitivos humanos.

Por fim, cumpre estudar o cérebro e o comportamento dos seres humanos para explicar a atividade mental através da construção de simulações cognitivas.

## REFERÊNCIAS

FETZER, James H. **Filosofia e ciência cognitiva**. Bauru, SP: EDUSC, 2000.

FIALHO, Francisco. **Ciências da cognição**. 1 ed. Florianópolis: Insular, 2001.

FRAWLEY, William. **Vygotsky e a ciência cognitiva: linguagem e integração das mentes social e computacional**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

MATURANA, Humberto. **Cognição, ciência e vida cotidiana**. Belo Horizonte: UFMG, 2001.

MOURA, Maria Lucia Seidl de; CORREA, Jane. **Estudo psicológico do pensamento**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1997.

OLIVEIRA, Silvério da Costa. **Kant & Piaget: inter-relação entre duas teorias do conhecimento** 2 ed. Londrina: Eduel, 2004.

SCHABELL, Corinna. **Redescobrimo a holística: uma identidade que se perdeu**. São Paulo: Iglu, 1994.

STERNBERG, Robert J. **Psicologia cognitiva**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

TEIXEIRA, João de Fernandes. **Filosofia e ciência cognitiva**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

TEIXEIRA, João de Fernandes. **Mente, cérebro e cognição**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

# DIFICULDADES E RISCOS VIVENCIADOS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

*Data de submissão: 14/11/2022*

*Data de aceite: 01/12/2022*

### **Paulo Henrique dos Santos Martins**

Universidade Católica do Salvador  
Salvador, Bahia  
<http://lattes.cnpq.br/7697032406248914>

### **Davi da Silva Nascimento**

Universidade Católica do Salvador  
Salvador, Bahia  
<http://lattes.cnpq.br/3481499555648959>

**RESUMO:** **Introdução:** O Brasil nos últimos anos vivenciou um conjunto de transformações, no qual doenças infectocontagiosas deixaram de ter predominância, passando para uma maior concentração das crônicas degenerativas. Como consequência dessa transição houve o aumento da necessidade de atendimentos de urgência e emergência no local do acontecimento, surgindo com isso os serviços de Atendimento Pré-Hospitalar (APH) que estão cotidianamente mais expostos aos riscos ocupacionais. Visando esse aspecto, o estudo aqui presente teve como **Objetivo:** Conhecer as dificuldades e riscos vivenciadas pelos profissionais de saúde no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, trazendo uma **Metodologia:** Norteada através de uma pesquisa de

revisão integrativa, foram escolhidas publicações baseadas na estratégia de busca: (Occupational Risks AND Prehospital Care AND Emergency Medical Services) compreendidas no recorte temporal de 20 anos, sendo de 2001 a 2020, publicados nos idiomas inglês, português e espanhol.

**Resultados:** A amostra do estudo foi proveniente de 13 artigos sendo 61,5% publicados abrangendo os anos de 2014, 2017 e 2019. Entre dificuldades e fatores de risco ocupacional, destacam-se: exposição a material biológico, ferimentos por agulhas, riscos físicos, agressões, exposição a ruídos, abusos verbais e assédio moral.

**Considerações Finais:** Foi possibilitado conhecer alguns dos principais riscos em que estão inseridos a equipe de saúde ao prestar o atendimento pré-hospitalar, tendo assim a necessidade de fomentar políticas públicas para o apoio e aumento da segurança a esses profissionais, bem como uma fiscalização e controle das estratégias já vigentes, para que dessa forma possibilite uma contribuição eficaz na prevenção de agravos a equipe.

**PALAVRAS-CHAVE:** Riscos Ocupacionais; Assistência Pré-Hospitalar; Serviços Médicos de Emergência.

## DIFFICULTIES AND RISKS EXPERIENCED BY HEALTHCARE PROFESSIONALS IN PRE-HOSPITAL CARE

**ABSTRACT: Introduction:** In recent years, Brazil has experienced a set of transformations, in which infectious diseases are no longer predominant, moving to a greater concentration of chronic degenerative diseases. As a consequence of this transition, there was an increase in the need for urgent and emergency care at the scene of the event, with the emergence of Pre-Hospital Care (PHC) services that are more exposed to occupational risks on a daily basis. Aiming at this aspect, the present study aimed to: Know the difficulties and risks experienced by health professionals in the Mobile Emergency Care Service, bringing a **Methodology:** Guided through an integrative review research, publications were chosen based on the search strategy: (Occupational Risks AND Prehospital Care AND Emergency Medical Services) comprised in the 20-year period, from 2001 to 2020, published in English, Portuguese and Spanish. **Results** The study sample came from 13 articles, 61.5% of which were published covering the years 2014, 2017 and 2019. Among difficulties and occupational risk factors, the following stand out: exposure to biological material, needlestick injuries, physical risks, aggressions, exposure to noise, verbal abuse and bullying. **Final Considerations:** It was made possible to know some of the main risks in which the health team is inserted when providing pre-hospital care, thus having the need to foster public policies to support and increase safety for these professionals, as well as an inspection and control of strategies already current, so that in this way it allows an effective contribution in the prevention of injuries to the team.

**KEYWORDS:** Occupational Risks; Prehospital Care; Emergency Medical Services.

### 1 | INTRODUÇÃO

O Brasil nos últimos anos vivenciou um conjunto de transformações, no qual doenças infectocontagiosas deixaram de ter predominância, passando para uma maior concentração das crônicas degenerativas, tendo as doenças cardiovasculares, neoplasias e causas externas representando as principais causas de morbimortalidade da população brasileira (BRASIL, 2010).

Como consequência dessa transição epidemiológica e mudança de perfil da morbimortalidade no país, houve o aumento da necessidade de atendimentos de urgência e emergência tanto nos hospitais, quanto no próprio local do acontecimento (CAMARA *et al.*, 2015).

Dessa forma, objetivando atender essas novas demandas surgiram os serviços de Atendimento Pré-Hospitalar (APH), que consiste no atendimento prestado fora do ambiente hospitalar visando uma assistência mais rápida à vítima, pois o atendimento é realizado no local da ocorrência do agravo (PEREIRA; LIMA, 2009).

Durante o APH, existem diversos riscos em que os profissionais de saúde estão inseridos, sendo esses relacionados aos riscos químicos, como contaminação por substâncias químicas, contato com material biológico, pressão psicológica e, principalmente,

riscos de violência verbais e ou físicas (SILVA *et al.*, 2014).

O estudo realizado na Austrália com profissionais de atendimento extra hospitalar, detectou que 82% dos profissionais já haviam sofrido violência no ambiente de trabalho, como, abuso verbal, roubo, intimidação, abuso físico, assédio sexual e agressão sexual, sendo as mais comuns, verbais, seguidas de intimidações e agressões físicas (BOYLE *et al.*, 2007).

Para além disso, as mulheres são as maiores prejudicadas com agressões verbais e físicas além de assédio e violência sexual, o que demonstra ainda a cultura machista que impera em todos os ambientes sociais (BOYLE *et al.*, 2007).

No Brasil a realidade não é diferente, conforme pesquisa realizada no estado de São Paulo, foi identificado que 77% dos profissionais de enfermagem são agredidos no trabalho sendo os agressores em sua grande maioria os próprios pacientes (COREN-SP, 2017). Corroborando com esse dado, o estudo realizado no Rio de Janeiro, foi identificado agressões sofridas em 76% dos profissionais, em que cerca de 87% delas, provém dos acompanhantes, seguidas dos pacientes, sendo a forma mais comum a agressão verbal (VASCONCELLOS; ABREU; MAIA, 2012).

Isso reflete diretamente na assistência prestada, pois, cerca de 67% dos profissionais da equipe de enfermagem relatam desgastes na atividade profissional, sendo o sentimento de falta de proteção contra a violência no trabalho descrito por mais de 40% deles (COFEN, 2013).

Este cenário, além de comprometer o trabalho desenvolvido pelo profissional de saúde, pode acarretar em um processo de adoecimento ao mesmo, tendendo a manifestar sinais de alerta como desânimo, frustração, medo, e que por vezes evolui até para o afastamento ou a desistência da profissão (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

A violência aos profissionais de atendimento pré-hospitalar consiste em uma escala global e as repercussões causadas, são relatadas como um evento traumático e gerador de grande sofrimento (FAIMAN, 2016). Além disso, esse sofrimento pode ser manifestado de formas físicas na saúde desse profissional, com instabilidade de peso, insônia, irritabilidade e o uso de substâncias psicoativas (FELLI *et al.*, 2015).

Por ainda ser uma temática pouco explorada, uma vez identificado os maiores problemas que atingem a equipe durante seu atendimento e como as suas repercussões influenciam diretamente no desenvolvimento do trabalho, gestores, estudantes e profissionais da área de saúde podem aderir condutas de mudanças e até mesmo promover estratégias e ações de controle em busca de melhores condições para a execução do trabalho.

Desta forma, este estudo, teve por objetivo identificar a produção da literatura quanto as dificuldades e riscos vivenciados por esses profissionais de saúde no atendimento pré-hospitalar.

## 2 | METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa que é uma forma de pesquisa que utiliza como fonte de dados a literatura sobre determinado tema. Esse tipo de investigação é constituído por publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o “estado da arte” de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual.

Uma pesquisa de revisão é caracterizada pela análise e síntese de estudos relevantes já publicados sobre um determinado tema, onde se filtra um conhecimento já existente e adiciona contribuição para a conclusão final do assunto exposto (COOPER; HEDGES, 2009).

Foram considerados os artigos publicados na Biblioteca Virtual em Saúde, e desenvolvido nas bases de dados (Centro Latino Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde) BIREME, (Scientific Electronic Library Online) SCIELO, (Literatura Latino Americana em Crônicas de Saúde) LILACS e (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) MEDLINE, (Biblioteca Nacional de Medicina) PUBMED.

Inicialmente para busca dos artigos foram utilizados descritores selecionados mediante consulta aos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS), sendo o operador booleano “AND” adicionado, seguindo assim a estratégia de busca: (Occupational Risks AND Prehospital Care AND Emergency Medical Services). A partir dessa estratégia, foram encontradas 198 publicações. Além disso, para a seleção dos artigos, foram escolhidas publicações compreendidas no recorte temporal de 20 anos, sendo compreendido de 2001 a 2020, publicados nos idiomas inglês, português e espanhol.

Realizou-se a leitura dos títulos e resumos das 198 publicações com o objetivo de apurar a amostra. Com isso, foram excluídos da pesquisa 178 artigos, sendo eles não contemplantes do tema proposto, artigos de revisão de literatura, os que não se encontram na íntegra, teses, dissertação, carta ao leitor e os artigos que se apresentam em duplicidade, realizando então a leitura na íntegra de 20 artigos e selecionando uma amostra final constituída de 13 artigos.

Os materiais foram selecionados no período de agosto a outubro e passaram por uma leitura analítica para organizar as informações contidas na pesquisa, buscando identificar o objeto do estudo para que fosse estabelecida uma conexão entre eles e o tema proposto.

Os dados foram analisados a partir dos artigos, tendo como base os objetivos da pesquisa, com a finalidade de interpretar os resultados contidos nesse material, sem que houvesse interferência pessoal nas informações de cada autor. Para isso, foi feita uma abordagem comparativa entre os artigos selecionados, identificando as dificuldades e riscos vivenciados por profissionais de saúde no atendimento pré-hospitalar.

### 3 | RESULTADOS

A amostra final do estudo com base nos critérios de inclusão e exclusão ficou composta por 13 artigos selecionados, onde cerca de 77% encontra-se no idioma português, 15,4 % em inglês e 7,6% em espanhol. Os anos de publicação dos artigos variaram, sendo o mais antigo no ano de 2007 e o mais recente no ano de 2020. Cerca de 61,5% dos artigos totais foram publicados abrangendo os anos de 2014, 2017 e 2019, sendo esses, 15,4%, 15,4% e 30,7% respectivamente. Os estudos aqui tratados, trazem dados do Brasil e de países como, Canadá, África do Sul, Chile, Espanha e Dinamarca.

### 4 | DISCUSSÃO

A análise dos estudos possibilitou a identificação de alguns fatores de risco que acometem os profissionais de saúde durante o atendimento pré-hospitalar. Entre esses fatores destacam-se: Agressão verbal, acidentes de trabalho com perfuro cortantes, seguido de quedas e agressão física (GOULART, *et al.*, 2019), fatores associados a riscos psicossociais nos profissionais atuantes do atendimento pré-hospitalar devido sobrecargas físicas, insuficiência de recursos e divisão injusta de tarefas (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2019).

Os riscos ocupacionais enfrentados no decorrer de atividades desenvolvidas no ambiente pré-hospitalar geram acidentes de trabalho em uma frequência ainda constante, e essas ocorrências apresentam dados estaticamente significativos com as equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, onde no Rio Grande do Sul, por exemplo, cerca de 52,5% desses profissionais já sofreram algum tipo de acidente de trabalho (GOULART *et al.*, 2019).

Em estudo trazido por Mcdowall e Laher (2019), realizado em Joanesburgo, junto a equipe do serviço médico de emergência pré-hospitalar mostra que dentre 240 participantes, houveram incidentes por ferimento com agulha em 63 desses. A maioria dos profissionais abordados eram do sexo masculino (60,4%), com idade entre 25 a 29 anos e uma característica importante percebida foi que apenas 37,1% desses profissionais possuíam qualificação de Suporte Básico de Vida (BLS) como nível mais alto de treinamento.

Exposição a material biológico em pele não íntegra do profissional de saúde, como, ferimentos com material perfuro cortante previamente inseridos em acesso vascular, bem como profundamente, exposição a material contaminado com sangue, são alguns dos riscos que mais acometem acidentes aos profissionais no atendimento pré-hospitalar, sendo observado nesses riscos uma prevalência de 41,2% de acidentes (TIPPLE *et al.*, 2013).

Dentre as causas referidas, a ausência do recipiente adequado para descartes, superlotação ou utilização indevida, bem como o descuido da equipe quanto ao manuseio do material contaminado e o não uso de equipamentos de proteção individual – EPI's, são os fatores mais preponderantes para a ocorrência dos acidentes (TIPPLE *et al.*, 2013).

Guimarães *et al.* (2011), trazem algumas questões em seu estudo que sugere um possível motivo para essa limitação dos profissionais no que diz respeito ao não uso dos equipamentos de proteção individual, onde no Atendimento Pré-Hospitalar (APH) as atividades são desenvolvidas em um meio que exige agilidade, dinâmica e raciocínio lógico, e que muitas vezes todas essas ações ocorrem rodeadas de tensão, dificultando assim essa aderência, traz também o não fornecimento regular destes equipamentos pela instituição e até mesmo o desconhecimento dos profissionais sobre os riscos que os rodeiam, bem como sobre as normas regulamentadoras e o uso correto desses EPI'S.

Tipple *et al.* (2013), por sua vez, em conformidade com a característica trazida por Guimarães *et al.*, relaciona a alta prevalência de acidentes com os profissionais do APH a uma maior exposição durante o atendimento, a grande carga de estresse e a cobrança constante por resultados rápidos e eficazes associados também ao comportamento de risco adotado pelos profissionais ao não utilizar os equipamentos de proteção individual da forma correta e ao descarte incorreto de perfuro cortantes.

Guimarães *et al.* (2011), aborda também questões relacionadas a riscos físicos, causados pelas radiações, vibrações e ruídos, ponto esse que vai de acordo com o estudo de Hansen *et al.* (2017), o qual mostra em seu estudo realizado na Dinamarca com profissionais de saúde no atendimento pré-hospitalar, que níveis de exposição diários a ruídos durante o uso de sirenes em unidades móveis no atendimento de urgência ultrapassam o limite definido na regulamentação da União Europeia, sendo ele maior que 85 dB (decibéis), afetando com isso a função das células ciliadas externas do ouvido interno, reduzindo potencialmente a capacidade auditiva dos profissionais da equipe.

Um outro fator de risco é abordado por Donnelly *et al.* (2019), em seu estudo realizado com uma equipe de paramédicos no Canadá que traz a relação entre a fadiga e a segurança no atendimento desses profissionais, sendo que cerca de 55% deles relataram estarem cansados no seu trabalho, tendo 66% cometido erros no atendimento e uma ocorrência de acidentes e ferimentos para com eles em pouco mais de 35%.

Ao passo que se expõem mais, há uma multiplicidade de riscos em que os profissionais se enquadram durante o atendimento pré-hospitalar, e patologias infecciosas decorrentes de contaminação podem ser um deles (GUIMARÃES *et al.*, 2011).

Mahomed *et al.* (2007), visando esse problema, traz a ideia da implementação de políticas e protocolos operacionais que auxiliem nessa prevenção de riscos e contaminação.

No seu estudo realizado em nove províncias na África do Sul, Mahomed *et al.* (2007) constata que embora haja uma política geral para prevenção e controle da transmissão de infecções durante o atendimento, a falta de recursos financeiros, de pessoal e de equipamentos dificulta a implementação da mesma em todas as províncias. Das nove províncias abordadas apenas três possuem protocolos específicos para doenças transmissíveis e controle de infecção.

Campo e Klijn, (2017) abordam um outro ponto importante, relacionado a abusos

verbais e assédios morais sofridos pelos profissionais durante o atendimento, no qual 51,4% dos profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Chile já sofreram ou presenciaram abuso verbal no ambiente de trabalho. Abusos verbais em 80% dos casos são cometidos por pacientes, familiares ou público externo, enquanto a maioria dos autores de assédio moral são os próprios membros da equipe (CAMPO; KLIJN, 2017)

Apesar da ocorrência desses abusos sofridos, ainda há uma baixa porcentagem de trabalhadores que reportam a violência verbal para seus superiores por acharem ser um fato inútil ou sem importância (CAMPO; KLIJN, 2017).

Zandi *et al.* (2020), aborda questões organizacionais relacionadas a saúde mental da equipe na qual ao lidar com vários incidentes e doenças no ambiente de trabalho, a saúde psicossomática desses trabalhadores além de se tornar um risco ocupacional pode influenciar diretamente na qualidade do serviço prestado.

A pesquisa de Zandi *et al.* (2020), feita no leste do Irã no ano de 2018 revela por meio de lista de verificação para transtorno de estresse pós-traumático (PTSD) um percentual de 39,7% dos indivíduos com níveis elevados de estresse mental, indo de acordo com as colocações de Araújo e Oliveira, (2019) em sua pesquisa feita no Distrito Federal que analisam os riscos psicossociais no processo de trabalho do SAMU e constata 67% da equipe com tais níveis elevados. Ressaltam precariedade como insuficiência de recursos, espaço físico inadequado, equipe reduzida, uniformes desconfortáveis, poucas ambulâncias e sobrecarga física.

A implementação de apoio psicológico a equipe se torna uma necessidade nessa dinâmica de trabalho. Esse é um ponto tratado por Mesquita *et al.* (2014), que relatam em seu estudo realizado com gestores do SAMU do estado do Tocantins, Brasil, a falta de estratégias que visem identificar a presença de estresse ocupacional entre os funcionários, apesar de considerarem importante a implementação do apoio em que possibilita aos profissionais a oportunidade de verbalizar os sentimentos de ansiedade, insatisfação, insegurança e de conflitos.

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo nota-se diversos riscos ocupacionais e condições de trabalho que influenciam no atendimento prestado e ocasionam acidentes durante a atividade pré-hospitalar.

Os resultados possibilitaram conhecer alguns dos principais riscos em que estão inseridos a equipe de saúde ao prestar o atendimento de urgência fora do hospital, bem como acidentes ocasionados por esses riscos e como isso reflete na carga psicológica desses trabalhadores, sendo alguns deles: riscos por exposição a material biológico, agressões verbais, agressões físicas e assédio moral.

São colocadas também questões referentes a falta de aderência ao uso de EPI'S pela

equipe, o que se torna um grande facilitador para futuros problemas e acidentes durante o atendimento prestado, em que a busca por eficiência e agilidade simultaneamente trazem um ambiente propício a riscos.

Dessa forma, observa-se uma necessidade de fomentar políticas públicas para o apoio e aumento da segurança aos profissionais de atendimento pré-hospitalar, bem como uma fiscalização e controle das estratégias já vigentes como o uso correto de EPI'S pela equipe, para que dessa forma haja uma contribuição eficaz na prevenção de agravos aos profissionais e consequentemente a melhoria do serviço prestado.

## REFERÊNCIAS

- ABBASPOUR, S. *et al.* Prevalence and Correlates of Mental Health Status Among Pre-Hospital Healthcare Staff. **Clinical Practice e Epidemiology in Mental Health**, 2020. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/340715181\\_Prevalence\\_and\\_Correlates\\_of\\_Mental\\_Health\\_Status\\_Among\\_Pre-Hospital\\_Healthcare\\_Staff](https://www.researchgate.net/publication/340715181_Prevalence_and_Correlates_of_Mental_Health_Status_Among_Pre-Hospital_Healthcare_Staff). Acesso em: 18 de outubro. 2020.
- ARAUJO, L. K. R; OLIVEIRA, S. S. Mapeamento dos Riscos Psicossociais no SAMU/DF. **Psicol. cienc. Prof.** Brasília, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932019000100126&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932019000100126&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 07 de setembro. 2020.
- BOYLE, M *et al.* A pilot study of workplace violence towards paramedics. **Emergency Medicine Journal**, v. 24, n. 11, p. 760-763, 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2658319/>. Acesso em: 25 de Outubro. 2019
- BRASIL. Ministério da Saúde. Uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde, 1ª ed. Brasília, 2010. Acesso em: 26 de setembro. 2019. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2010.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2010.pdf).
- CAMARA, F. R. *et al.* O papel do enfermeiro no processo de classificação de risco na urgência: Uma revisão: **Revista Humano Ser - UNIFACEX**, Natal-RN, v.1, n.1, p. 99-114, 2015. Disponível em: <https://periodicos.unifacex.com.br/humanoser/article/download/628/146>. Acesso em: 11/09/2020
- CAMPO, V. R; KLIJN, T. P. Abuso verbal e assédio moral em serviços de atendimento pré-hospitalar no Chile. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** , Ribeirão Preto, v. 25, e2956, 2017. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692017000100413&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692017000100413&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em 01 de outubro. 2020.
- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Pesquisa: Perfil da Enfermagem no Brasil, 2013. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/index.html>. Acesso em: 30 de outubro. 2019.
- Conselho Regional de Enfermagem (COREN-SP). Sondagem com Médicos e Profissionais de Enfermagem, 2017. Disponível em: [http://cremesp.org.br/pdfs/SONDAGEM\\_VIOLENCIA\\_2017.pdf](http://cremesp.org.br/pdfs/SONDAGEM_VIOLENCIA_2017.pdf). Acesso em: 19 de outubro. 2019.
- COOPER, H; HEDGES, L. V. Research Synthesis as a Scientific Process. **The Handbook of Research Synthesis and Meta-Analysis**, 2009. (2 ed., pp. 3-18). New York, NY: Russel Sage Foundation.

- DONNELLY, A. E. *et al.* Fatigue and Safety in Paramedicine. **Canadian Journal of Emergency Medicine**, 2019. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/canadian-journal-of-emergency-medicine/article/fatigue-and-safety-in-paramedicine/4E335FF0A229260EE643E12DBD2A04A2>. Acesso em: 08 de setembro. 2020.
- FAIMAN, C. J. S. A queixa de assédio moral no trabalho e a psicoterapia. **Psicologia em Estudo**, Maringá, 2016; 21(1): 127-135. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/28311/pdf>. Acesso em: 11 de setembro. 2020.
- FELLI, V. E. A.; Baptista, P.C.P. Saúde do Trabalhador de Enfermagem. Barueri-SP: Manole, 2015. v. 1. 374p.
- GOULART, L. S. *et al.* Acidentes de trabalho e os riscos ocupacionais identificados no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 54, e03603, 2020. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342020000100452&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342020000100452&script=sci_arttext). Acesso em 01 setembro. 2020.
- HANSEN, T. C. M. *et al.* Noise exposure during Prehospital Emergency physicians work on mobile Emergency Care Units and Helicopter Emergency. Medical Service. **Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine**, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5717803/>. Acesso em 14 de setembro. 2020.
- LOPES, A. C. S. *et al.* Adesão às precauções padrão pela equipe do atendimento pré-hospitalar móvel de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1387-1396, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000600019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000600019&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 02 de setembro. 2020.
- MAHOMED, O. *et al.* The preparedness of emergency medical services against occupationally acquired communicable diseases in the prehospital environment in South Africa. **Emergency Medicine Journal**, 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2658403/>. Acesso em 15 de setembro. 2020.
- MCDOWALL, J; LAHER, E. A. Cross-sectional survey on occupational needle stick injuries amongst prehospital emergency medical service personnel in Johannesburg. **African Journal of Emergency Medicine**, 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211419X19301442?via%3Dihub>. Acesso em: 10 de setembro. 2020.
- MESKITA, K. L. *et al.* A visão do enfermeiro/gestor sobre a necessidade de implementar apoio psicológico aos profissionais do serviço de atendimento móvel de urgência. **Revista de Enfermagem do Centro-oeste Mineiro**, 2014. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/453>. Acesso em: 05 de setembro. 2020
- OLIVEIRA, S. I. A *et al.* Cargas psíquicas de trabalho e desgaste dos trabalhadores de enfermagem de hospital de ensino do Paraná, Brasil. **SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas**, v. 6, n. 1, p. 1-17, 2010. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762010000100016](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000100016). Acesso em: 27 de outubro. 2019.
- OLIVEIRA, V. C. *et al.* Percepção de técnicos de enfermagem sobre o uso de equipamentos de proteção individual em um serviço de urgência. **Cienc. enferm.**, Concepción, v. 17, n. 3, p. 113-123, dic. 2011. Disponível em: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532011000300010&lng=es&nrm=iso](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300010&lng=es&nrm=iso). Acesso em: 08 de setembro. 2020.

OLIVEIRA, W. A et al. A importância do enfermeiro na evolução do atendimento pré-hospitalar no Brasil. **Revista de Enfermagem da FACIPLAC**, v. 2, n. 2, 2017. Disponível em: <http://revista.faciplac.edu.br/index.php/REFACI/article/view/268/87>. Acesso em: 17 de outubro. 2019.

PEREIRA, W. A. P.; LIMA, M. A. D. S. O trabalho em equipe no atendimento pré-hospitalar à vítima de acidente de trânsito. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo. Vol. 43, n. 2, 2009. p. 320-327, 2009. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/69677/000703574.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 24 de outubro. 2019

QUIRÓZ, M. B. et al. Agresiones a los profesionales de las urgências extrahospitalarias de la Comunidad de Madrid. Diferencias entre los servicios de urgências y los de emergências. **Revista Científica de la Sociedad Española de Medicina de urgências y emergências**, 2014. Disponível em: <http://emergencias.portalsemes.org/download/agresiones-a-los-profesionales-de-las-urgencias-extrahospitalarias-de-la-comunidad-de-madrid-diferencias-entre-los-servicios-de-urgencias-y-los-de-emergencias/>. Acesso em: 05 de setembro. 2020.

SILVA, O. M et al. Riscos de adoecimento enfrentados pela equipe de enfermagem do SAMU: uma revisão integrativa. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, v. 7, n. 1, p. 107-121, 2014.

TIPPLE, A. F. V. *et al.* Acidente com material biológico no atendimento pré-hospitalar móvel: realidade para trabalhadores da saúde e não saúde. **Rev. bras. Enferm.**, 2013. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000300012](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000300012). Acesso em: 11 de outubro. 2020.

VASCONCELLOS, I. R. R.; ABREU, A. M. M.; MAIA, E. L. Violência ocupacional sofrida pelos profissionais de enfermagem do serviço de pronto atendimento hospitalar. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre (RS) 2012 jun;33(2):167- 175. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rngen/v33n2/24.pdf>. Acesso em: 11 de setembro. 2020

# DOR DO PARTO: MÉTODOS DE ALÍVIO E SUAS REPERCUSSÕES NA SAÚDE MATERNO-FETAL

*Data de aceite: 01/12/2022*

**Marina Mendes Coelho**

**Letícia Toss**

**Fabiane Bregalda Costa**

**Zenaide Paulo Silveira**

**Maria Margarete Paulo**

**Macon Daniel Chassot**

**Claudia Carina Conceição dos Santos**

**Elizete Maria de Souza Bueno**

**Adriana Maria Alexandre Henriques**

## 1 | INTRODUÇÃO

A dor, segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP, 2011), caracteriza-se como uma experiência sensitiva emocional desagradável relacionada à lesão tecidual ou descrita em tais termos. Devido ao seu caráter subjetivo, é um sintoma de difícil avaliação, mas sabe-se que ela representa um importante sinal do início do trabalho de parto e que, devido à sua intensidade,

um grande número de mulheres a considera insuportável. A dilatação do colo uterino apresenta-se como o principal componente da dor durante o trabalho de parto e soma-se a outros fatores como: a tração de anexos e peritônio, a contração e a distensão das fibras uterinas, a distensão do canal de parto, a pressão nas estruturas pélvicas, na uretra, na bexiga e sobre as raízes do plexo lombo-sacro.

Para que a dor não seja prejudicial à saúde materno-fetal, quando diagnosticado o trabalho de parto e as contrações regulares, ela pode e deve ser aliviada (BRASIL, 2001). Um dos objetivos do cuidado no processo de parturição é o manejo da dor e para tal existem dois métodos, os farmacológicos e os não farmacológicos, em que o primeiro destina-se ao alívio da sensação dolorosa por meios medicamentosos, enquanto o segundo visa principalmente a prevenção do sofrimento (SIMKIN; KLEIN, 2009).

Os métodos não farmacológicos de alívio da dor promovem em geral, mais calma e tranquilidade para as mulheres

durante as etapas do trabalho de parto, além disso, possibilitam que o acompanhante participe desse momento colaborando na sua execução, como na massagem por exemplo, onde ele atua sozinho, sem a necessidade de profissionais ou equipamentos. O uso dessas técnicas favorece o vínculo da parturiente com o acompanhante e com a equipe cuidadora, o que facilita a evolução natural do parto repercutindo de maneira positiva para o binômio mãe-bebê.

O alívio da sensação dolorosa durante o trabalho de parto permite que a mulher participe ativamente desse momento, que ocorra aumento da auto-estima, que haja maior interação com o bebê logo nos primeiros minutos após o parto e ainda permite que a parturiente guarde lembranças positivas desse momento para melhor enfrentar futuros trabalhos de parto (WEISSHEIMER, 2005). O conhecimento das medidas atuais e efetivas de alívio da dor durante o trabalho de parto, farmacológicas ou não, possibilita que cada mulher receba atendimento qualificado e individual. Os profissionais da área da saúde, que trabalham no atendimento às mulheres em processo de parturição devem valorizar o entendimento sobre essas práticas, para que possam estimular o uso seguro dos métodos de alívio da dor e propiciar à mãe e ao bebê um momento tão saudável e tranquilo quanto possível.

## **2 | OBJETIVO**

Identificar métodos de alívio da dor utilizados durante o trabalho de parto e as repercussões na saúde materno-fetal.

## **3 | METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura. A busca dos estudos foi realizada utilizando o descritor “dor do parto” nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foram selecionados artigos no idioma português e que abordavam a temática dos métodos de alívio da dor utilizados durante o trabalho de parto e suas repercussões à saúde materno-fetal.

## **4 | RESULTADOS**

A percepção da dor durante o trabalho de parto e as técnicas utilizadas para aliviá-la durante esse processo variam de acordo com a cultura e a geografia em que cada parturiente se encontra. Atualmente, os inúmeros métodos para o controle da dor durante o trabalho de parto, são seguros, eficazes e que podem ser utilizados individualmente ou associados (RICCI, 2008). Devemos oportunizar um parto com experiências positivas e

satisfatórias para as parturientes e suas famílias (WEISSHEIMER, 2005).

#### 4.1 Métodos farmacológicos e suas repercussões na saúde materno-fetal

Atualmente, vê-se que muitas mulheres não têm conhecimento sobre as adversidades dos métodos farmacológicos e, em algumas situações, submetem-se ao uso apenas por comodidade. Porém não se pode negar que a administração de alguns desses fármacos é benéfica durante o processo de parturição, em situações onde o trabalho de parto não progride devido à tensão que leva à dor, uma vez que esses medicamentos auxiliam no relaxamento, facilitando a dilatação do colo uterino.

Em relação à analgesia sistêmica, particularmente ao uso de opióides, Cunha (2010) considera a petidina, responsável pela sedação, como droga referência para analgesia no período de dilatação. O autor menciona esse fármaco como o mais utilizado por via intramuscular para o alívio da dor no trabalho de parto, mas faz alertas sobre sua efetividade e possibilidade de depressão respiratória no recém-nascido. Souza et al. (2010) referem-se à analgesia sistêmica como utilizável na existência de contraindicação para o bloqueio regional. Tratando-se dos bloqueios regionais, Souza et al. (2010) consideram que a analgesia seletiva constitui grande vantagem sobre a analgesia sistêmica. Classificam os bloqueios regionais em:

- Bloqueio do nervo pudendo (S2-S4) e anestesia infiltrativa: indicado para a realização de episiotomia. Essa técnica pode apresentar complicações como toxicidade sistêmica, hematomas e abscessos pela injeção venosa acidental de anestésico local.
- Bloqueio paracervical: promove efetiva analgesia no primeiro período do trabalho de parto e, entre as complicações associadas a essa técnica estão a depressão neonatal pela absorção de anestésico local, a punção da artéria uterina ou do couro cabeludo do bebê e a infecção.
- Analgesia espinhal: essas técnicas são amplamente utilizadas em obstetrícia. Minimizam os bloqueios motor e simpático, mantendo o tônus da musculatura abdominal, fundamental no período expulsivo.

Souza et al. (2010) consideram a raquianestesia com injeção única de anestésico local, como a técnica mais aceita para aplicação no período expulsivo e, em relação à analgesia peridural dizem que trata-se de uma técnica bastante difundida na condução do trabalho de parto, independente do grau de dilatação do colo uterino. Para os autores, a inserção do cateter no espaço peridural permite a realização de uma analgesia prolongada e limitada aos segmentos correspondentes à dor de cada estágio do trabalho de parto, evitando-se o relaxamento precoce do períneo, que poderia interferir com a rotação interna do feto e constituir-se fator de distócia. Assim, o grau de dilatação do colo uterino deveria ser critério para a administração de técnicas analgésicas e questão para o desenvolvimento de novas pesquisas, visto que, enquanto uns dizem que as técnicas só podem ser

administradas após quatro ou cinco centímetros de dilatação do colo do útero, outros, como Souza et al. (2010), dizem que as técnicas podem ser realizadas a qualquer momento.

O bloqueio combinado decorrente da união da raquianestesia com a analgesia peridural, segundo Souza et al. (2010) instala-se rapidamente proporcionando rápido alívio da dor, produz menor bloqueio motor e simpático e permite, em diversos casos, que a parturiente deambule.

Baraldi et al. (2007) ao pesquisarem o uso da analgesia peridural a partir de uma metanálise composta por 34 artigos científicos, detectaram que o período expulsivo do trabalho de parto foi prolongado após a administração da técnica. Os autores crêem que isso se justifica pelo fato de, no período expulsivo, a apresentação fetal ao pressionar o assoalho pélvico, estimula o reflexo de puxo e que o uso da analgesia pode diminuir essa sensibilidade, reduzindo este reflexo, aumentando assim o segundo período do trabalho de parto. Essa metanálise também aponta o aumento da utilização de ocitócitos nas parturientes que receberam a técnica peridural, entretanto, não houve alterações na contratilidade uterina após a realização da técnica peridural, mesmo após o uso da ocitocina exógena. Esse fato permite que os autores concluam que há aumento de práticas intervencionistas por parte dos profissionais de saúde ao conduzirem o trabalho de parto com o uso da analgesia peridural. O presente estudo considera que a realização da analgesia peridural pode realmente prolongar o trabalho de parto. Muitas mulheres que apresentam dilatação uterina com boa evolução recebem a analgesia e estagnam.

Sobre o feto e o recém-nascido, Baraldi et al. (2007) referem que foram encontrados elementos suficientes para afirmar que a analgesia peridural realizada durante o trabalho de parto é segura. Entretanto, sua realização próxima ao parto, deixou dúvidas acerca de provocar depressão respiratória no nascimento. Atualmente, percebe-se que as equipes envolvidas no processo de parturição preocupam-se bem mais com essa questão. Avaliam a evolução de cada mulher, considerando o número de gestações e de partos normais pelos quais ela já passou, pois esse fator pode interferir no tempo de duração do trabalho de parto. Multiparas tendem a parir mais rapidamente comparando-se às primíparas.

Para Cunha (2010), o uso da técnica peridural proporciona alívio da dor no trabalho de parto, entretanto, assim como para Baraldi et al. (2007), essa técnica pode retardar a evolução do trabalho de parto, além aumentar a incidência de parto vaginal operatório, possivelmente pela falta de vontade de “fazer força” expressa pelas parturientes expostas ao método. O autor aborda ainda, a associação entre raquianestesia e analgesia peridural e diz que o resultado é equivalente ao gerado pela analgesia peridural. Ressalta que a forma mais eficaz de diminuição da dor do parto, deve-se ao controle da dose de anestésico na técnica peridural lombar contínua pela própria paciente. Acredita-se que esse método reduza a necessidade de reposição analgésica, devido à continuidade da infusão de acordo com a necessidade da parturiente.

Na comparação entre anestesia combinada raquiperidural e analgesia contínua

peridural, Cortês et al. (2007) identificaram por intermédio da Escala Analógica Visual (VAS) que após cinco minutos de realização da técnica combinada houve significativo alívio da dor, ao contrário das parturientes que receberam analgesia peridural contínua nesse período de tempo, que continuaram a referir dor intensa. Os autores perceberam, também, que as pacientes deambularam sem dificuldades após a administração de ambos os métodos farmacológicos de alívio da dor, conseguiram urinar sem restrições e não sofreram bloqueio motor algum. Em relação ao feto, no grupo de mulheres que recebeu anestesia combinada, houve duas indicações de cesárea por bradicardia fetal sustentada e ambas ocorreram vinte minutos após a realização dessa técnica de alívio da dor. A etiologia da bradicardia fetal é incerta, mas parece estar relacionada com a rápida cessação da dor das contrações uterinas, o que reduz a concentração plasmática de beta-endorfinas e epinefrina, podendo resultar em hipertonia uterina e/ou espasmo arterial e conseqüente diminuição da oferta sanguínea uteroplacentária (SHNIDER; ABOUD; ARTAL, 1983; ALBRIGHT; FORSTER, 1997; SCULL; HEMMINGS; CARLI, 1998). Parece que a bradicardia fetal sustentada ocorre raramente, visto que a dosagem dos fármacos analgésicos é calculada cautelosamente para que efeitos adversos não ocorram.

No estudo desenvolvido por Souza, Silva e Maia Filho (2009), ao comparar ambas as técnicas analgésicas, foi constatado que no grupo de gestantes que recebeu analgesia combinada raquiperidural houve alívio da dor anteriormente ao grupo que recebeu a técnica peridural contínua, como também comprovado no estudo de Cortês et al. (2007). Em relação ao bloqueio motor, as parturientes que receberam analgesia peridural contínua tiveram menor dificuldade para mover-se no leito, acredita-se que pela menor quantidade de anestésico local utilizado. Foi detectado que a hipotensão apresentou-se mais frequentemente no grupo que recebeu analgesia peridural contínua, enquanto náuseas foram mais comuns naquelas que receberam analgesia combinada raquiperidural. Tratando-se do bebê, o estudo aponta que a maioria deles mostrou-se vigoroso, com índices de Apgar adequados de primeiro e quinto minuto.

Cortês et al. (2007) e Souza, Silva e Maia Filho (2009) consideram que apesar da técnica combinada raquiperidural proporcionar alívio da dor mais rapidamente, ambas são seguras e eficazes para a analgesia no trabalho de parto. Corroborando ao que dizem esses autores, Porto, Amorim e Souza (2010) afirmam que as analgesias peridural e combinada raquiperidural podem ser utilizadas para alívio da dor no trabalho de parto sem efeitos adversos sobre a mãe e o feto.

Silva, Passini Junior e Amorim (2010) avaliou a ocorrência da febre materna após a utilização de técnicas analgésicas e constatou que a febre materna intraparto parece ter clara ligação com a técnica peridural e que a ligação com a técnica combinada raquiperidural ainda não está estabelecida. O estudo sugere que a analgesia peridural produz alterações na termorregulação materna e que a febre decorrente da analgesia de parto é de etiologia não infecciosa e não está associada a efeitos deletérios maternos e neonatais. Os

autores ressaltam que, quando a equipe envolvida está ciente desse desfecho, reduz-se a suspeita e a investigação de infecção materna e neonatal, o que pode evitar investigações desnecessárias e exames adicionais para pesquisa de infecção, além da prescrição de antibióticos, que aumentam custos e efeitos colaterais. Esse aumento de temperatura não está envolvido com o aumento da morbidade materno-neonatal.

Atualmente, existe um consenso de que, se algum método farmacológico for indicado para manejo da dor no trabalho de parto, a analgesia regional com peridural ou a técnica combinada raquiperidural devem ser empregadas, preferencialmente em relação ao uso de opióides sistêmicos ou de analgesia inalatória (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010).

É direito da mulher brasileira receber atenção durante o trabalho de parto que ofereça possibilidades de controle da dor quando e se necessário, fato esse garantido pelas Portarias do Ministério da Saúde no 2815, de 1998, e no 572, de 2000, as quais incluem a analgesia de parto na tabela de procedimentos obstétricos remunerados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BARALDI et al. 2007).

## **4.2 Métodos não farmacológicos e suas repercussões na saúde materno-fetal**

Com o advento do Programa de Humanização do Parto e do Nascimento, causa cada vez mais discutida e valorizada no Brasil, as práticas não farmacológicas de alívio da dor no trabalho de parto ganham posição de destaque. Apesar de a dor ter uma função biológica importante, necessita ser aliviada, pois a sua persistência e intensidade associam-se ao aumento do estresse materno produzindo efeitos prejudiciais à mulher e ao concepto (OCHIAI, 2000).

As técnicas não farmacológicas difundem-se por serem capazes de reduzir efeitos colaterais e por permitirem à mulher a sensação de controle durante todo o processo do parto. As práticas que têm esses objetivos contextualizam a valorização do parto fisiológico e do uso adequado das tecnologias na assistência ao parto e ao nascimento (SILVA et al., 2011). Promover a assistência humanizada à parturiente, garantindo o uso de técnicas não invasivas, que possuem potencial para evitar as analgesias farmacológicas e a ocorrência de procedimentos cirúrgicos, deve ser o principal objetivo dos profissionais atuantes nessa área.

Acredita-se que a deambulação é benéfica às mulheres em trabalho de parto por favorecer a sua evolução, entretanto, deve ser desestimulada se a sensação dolorosa ultrapassar os limites da parturiente, por poder prejudicar o processo. Há divergência entre autores em relação aos efeitos causados pela técnica da deambulação da parturiente. Para MAMEDE et al. (2007) quanto maior o trajeto percorrido pela mulher, maior a dor sentida. Por outro lado, segundo Porto, Amorim e Souza (2010) essa técnica não ocasiona efeitos nocivos à mulher. Além da deambulação, as posições verticais são estimuladas no primeiro estágio do trabalho de parto e, segundo os autores, não se associam ao aumento de intervenções médicas ou efeitos negativos para mães e seus filhos. Citam

ainda, que as posições verticais, juntamente com o suporte contínuo, por intermédio de um acompanhante de escolha da parturiente, associam-se à redução da dor e ao maior grau de satisfação da mulher.

Em relação ao suporte contínuo e à presença de um acompanhante de escolha da parturiente, algumas publicações abordam essa temática (DAVIM; TORRES, 2008; CUNHA, 2010; PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010). Nelas, todos os autores concordam que o suporte contínuo e a presença de um acompanhante são benéficos à mulher. Porto, Amorim e Souza (2010) ressaltam que se o acompanhante for de escolha da parturiente, os benefícios são ainda maiores e a mulher apresenta-se mais satisfeita.

Ressalta-se a importância das instituições na valorização e respeito à presença do acompanhante, pois estes, além de prestarem auxílio físico e emocional à parturiente, podem auxiliar a equipe na condução do trabalho de parto. Cunha (2010) considera que a participação de um acompanhante durante todo o processo é benéfica, mas infelizmente nem todas as instituições públicas dispõem de estruturas que permitam adotar essa conduta. A mulher é capaz de suportar o trabalho de parto sem a utilização de analgesias ou anestésias, pelo simples fato de estar acompanhada por alguém de sua confiança.

Davim e Torres (2008) abordaram a questão da permanência de um acompanhante junto à mulher durante o processo de parturição e afirmam que esse papel deve ser estimulado em virtude do suporte oferecido. Destacam que, quando a pessoa provedora desse suporte não é um membro da equipe de saúde, e sim alguém escolhido pela mulher, os benefícios são mais acentuados, o que corrobora com o estudo de Porto, Amorim e Souza (2010). O Ministério da Saúde recomenda a presença de um acompanhante junto à mulher. Este poderá estar ao seu lado desde o pré-natal, no decorrer do trabalho de parto e parto, vivenciando juntamente a ela a experiência do nascimento (BRASIL, 2003). Vale destacar que, segundo a Lei no 11.108 de 7 de abril de 2005 (BRASIL, 2005), os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), da rede própria ou conveniada, são obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e puerpério imediato e o acompanhante deve ser indicado pela parturiente.

Para Davim e Torres (2008) e Porto, Amorim e Souza (2010) a mudança de posicionamento durante o trabalho de parto favorece o bem-estar da mulher e alivia as dores. Nilsen, Sabatino e Lopes (2011) estudaram algumas posições que podem ser adotadas pelas mulheres durante o parto, sendo elas: posição semi-sentada, posição decúbito lateral esquerdo (DLE) e posição litotômica. Consideram que mulheres que pariram em litotomia referiram dor em menor intensidade àquelas que pariram em DLE, entretanto, ao final da avaliação da intensidade da dor, o estudo mostra que não houve diferenças associadas às posições do parto. Vale ressaltar que estes autores apontam que a posição DLE reduz o uso de episiotomia e de traumas perineais em comparação à posição semi-sentada, considerada vertical. O fato de a posição DLE reduzir o uso de episiotomia é questionável,

entretanto pode ser explicado a partir da hipótese do risco de trauma perineal ser menor, pois é provável que o período de distensão seja prolongado, o que permite que o períneo se distenda aos poucos e não se rompa.

Os autores Nilsen, Sabatino e Lopes (2011) citam ainda, que, a posição semi-sentada (posição verticalizada) não teve relevância no quesito dor em relação às outras posições. Entretanto, vê-se que mulheres após parirem em posições verticais, principalmente múltiparas, que passaram pelas técnicas “tradicionais” (posição litotômica), em partos anteriores, parecem apresentar muito mais satisfação em relação à posição vertical, fato este também apontado no estudo realizado por Porto, Amorim e Souza (2010).

Para Porto, Amorim e Souza (2010) a hipnose reduz a necessidade de métodos farmacológicos e aumenta o grau de satisfação materna, a acupuntura associa-se à diminuição da dor e à redução do uso de ocitócitos, e a imersão em água em banheiras ou similares promove relaxamento e alívio da dor. Citam ainda, que métodos como a audioanalgesia, a aromaterapia, a massagem, o relaxamento, o biofeedback, e a Estimulação Elétrica Transcutânea (TENS) apresentam evidências limitadas sobre a redução da dor, devendo ser reservados a protocolos de pesquisa.

Para Cunha (2010) dentre a audioanalgesia, a pressão cutânea, a aromaterapia, a massagem, o relaxamento, a hipnoterapia e a acupuntura, apenas os dois últimos métodos citados apresentam evidências científicas de benefícios, entretanto as outras práticas não devem ser deixadas de lado, pois mesmo sem comprovações podem ter efeitos benéficos às mulheres.

Segundo Souza et al. (2010), as técnicas psicoprofiláticas, a hipnose, a acupuntura e a TENS auxiliam na analgesia, entretanto são insuficientes para bloquear toda a estimulação nociva do parto, quando utilizadas isoladamente. Toda a estimulação dolorosa, com certeza, não é cessada, entretanto a redução dela ocasionada pela utilização dos métodos não farmacológicos pode ser suficiente para deixar a mulher confortável às sensações do parto, não existindo a necessidade de complementá-las com o uso de fármacos.

Os exercícios respiratórios, o relaxamento muscular e a massagem lombossacral são estratégias estudadas por Davim e Torres (2008). Os autores concluíram que essas técnicas são efetivas na promoção do conforto físico, e que posturas variadas ao longo do trabalho de parto e a utilização de músicas, também minimizam o desconforto durante o processo.

Nunes e Vargens (2007) avaliaram o uso da crioterapia como estratégia no alívio da dor no trabalho de parto. Citam que o gelo age como anestésico loco-regional que envia, através da medula, estímulos ao cérebro obtendo respostas como relaxamento local (dormência) e geral (sono). Os autores observaram que o uso desse método não só proporcionou alívio da dor, mas também ajudou as parturientes a terem melhores condições de suportar as contrações uterinas durante o período de dilatação até o período expulsivo. Destacam ainda, que houve uma significativa diminuição da exaustão, do estresse, e que

a diminuição da ansiedade e a cooperação percebida durante o acompanhamento do trabalho de parto nas parturientes estudadas parecem ter sido diretamente estimuladas pela técnica referida. Os autores dizem que à medida que passava o tempo, com o gelo mantido na região lombar da mulher, instalava-se um estado de relaxamento físico e mental que algumas referiam vontade de dormir e outras solicitavam a permanência da cinta contendo o gelo. Não foram evidenciadas complicações em relação à mãe e ao feto pelo uso da crioterapia. Portanto, percebe-se que o uso do gelo traz vantagens às mulheres durante o trabalho e parto.

Publicações na área da obstetrícia abordam também técnicas psicoprofiláticas que auxiliam no alívio da dor no trabalho de parto e apontam em seus resultados repercussões positivas à mulher (RODRIGUES; SIQUEIRA, 2008; CUNHA, 2010; SOUZA et al., 2010). Entretanto, esses estudos apresentam poucas informações sobre as técnicas, quais foram utilizadas, qual a abordagem e qual a sua repercussão, apenas citam benefícios às parturientes, o que incita a necessidade de estudos. A aromaterapia também é citada por pesquisadores (CUNHA, 2010; PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010), porém estes não descrevem detalhadamente sua aplicação. Na prática, percebe-se que a sua utilização é incomum e pouco se sabe sobre ela, o que a torna carente de pesquisas.

A hipnose, a acupuntura e a Estimulação Elétrica Transcutânea (TENS) foram citadas por Cunha (2010), Porto, Amorim e Souza (2010) e Souza et al. (2010). Souza et al. (2010) referem que essas técnicas não possuem comprovação de efetividade, mas que devem ser utilizadas, pois não causam malefícios. Cunha (2010) e Porto, Amorim e Souza (2010) pouco falam sobre a TENS, apenas dizem que devem ser desenvolvidos protocolos sobre a utilização correta e que sua efetividade deve ser posta em estudo. Ambos concordam que a hipnose e a acupuntura proporcionam benefícios à mulher em trabalho de parto.

Estudos divergem em relação à utilização do relaxamento muscular e da massagem lombossacral. Para Davim e Torres (2008) essas técnicas proporcionam conforto físico à parturiente. Já para Porto, Amorim e Souza (2010) elas devem ser utilizadas, mas não existem estudos que indiquem sua efetividade. Deste modo, a realização de estudos sobre esses métodos é relevante para que o seu uso seja feito com respaldo científico.

A utilização das estratégias banho de chuveiro, crioterapia e bola suíça/bola obstétrica foram objetivo de estudo de Davim et al. (2008), Nunes e Vargens (2007) e Silva et al. (2011) respectivamente. Cada método foi objeto de estudo de um artigo e todos eles são considerados eficazes e benéficos à mulher em trabalho de parto, pois reduzem as dores e proporcionam conforto e relaxamento, dentre outros aspectos positivos. Percebe-se que os estudos apresentam repercussões dos métodos não farmacológicos sobre a saúde da mulher. Apenas SILVA et al. (2011) avalia a utilização da bola suíça no trabalho de parto, indicando sua repercussão na saúde do feto/recém-nascido.

Fator extremamente importante que merece atenção é o apoio emocional às parturientes. De acordo com Cunha (2010) esse deve começar nas consultas pré-natais,

por intermédio de esclarecimentos prestados à gestante sobre o seu trabalho de parto, sobre a dor nesse momento e o seu componente subjetivo, visando diminuir o medo da paciente pelo que está por vir. Um método em estudo, que valoriza a questão psicológica é a escuta. Rodrigues e Siqueira (2008) desenvolveram um estudo avaliando as dimensões de uma escuta responsiva em relação às dores e aos temores do parto. Verificaram, a partir das declarações das parturientes, que a “força” ou “energia positiva” recebida por doulas e obstetrias para encarar o trabalho de parto faz parte de um processo relacional onde a escuta não foi apenas valorizada, mas também sentida como processo de comunicação que gerou conseqüências positivas. Assim os autores têm a impressão que a presença de interlocutores com a característica de não só ouvir, mas também de criar empatia em relação à parturiente, produz atos capazes de reduzir o estresse gerado pelo momento, favorecendo a vivência dessas mulheres.

Sabe-se que a água tem poder relaxante. Frente a isso Davim et al. (2008) realizaram um estudo avaliando o banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor em parturientes e observaram que ela é efetiva no alívio da intensidade da dor de mulheres na fase ativa do período de dilatação e proporciona conforto a essas mulheres. Os autores ressaltam a necessidade de novas pesquisas clínicas que focalizem a utilização do banho de chuveiro, em busca da humanização do atendimento às parturientes, como também pela carência dessa temática na literatura. Assim, o banho de chuveiro terapêutico merece destaque por proporcionar momentos agradáveis às mulheres que o utilizam no processo de parturição.

Os primeiros registros do uso da bola suíça em obstetrícia surgiram na década de 1980, em uma maternidade da Alemanha onde era utilizada pelas obstetrias na assistência às parturientes para auxiliar na progressão do trabalho de parto. Essas obstetrias acreditavam que o método auxiliava na descida e na rotação da apresentação fetal (PEREZ, 2000). Silva et al. (2011) abordaram o uso da bola por enfermeiras obstétricas na assistência à mulher em trabalho de parto em serviços de atenção obstétrica que funcionam no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) do município de São Paulo. Os resultados do estudo afirmam que a maioria das indicações para o uso da bola foi auxiliar na descida da apresentação fetal, promover o relaxamento e aliviar a dor. Já a contra-indicação foi à existência de alguma intercorrência obstétrica, como síndrome hipertensiva gestacional ou descolamento prematuro de placenta. Os efeitos do emprego da bola foram comparados às indicações, predominando então o auxílio na descida e encaixe da apresentação fetal, seguido por relaxamento, progressão do trabalho de parto, exercícios da região perineal e alívio da dor. Além disso, o auxílio na dilatação do colo uterino e os benefícios psicológicos foram efeitos observados. As mulheres ao utilizarem a bola suíça apresentam significativa evolução, não só referente ao trabalho de parto, mas passam a aceitar melhor a situação a qual estão expostas naquele momento, pois a dor intensa é amenizada e torna-se mais suportável.

Observamos assim, um leque de possibilidades de estratégias não farmacológicas de alívio da dor para mulheres no processo de parturição que, além de possibilitarem alívio da intensidade dolorosa, relaxamento físico e mental, conforto e estímulo ao vínculo com o seu acompanhante, exigem que a equipe de saúde tenha um preparo qualificado, pois eles intensificam a interação com a parturiente, o que pode proporcioná-la momentos maravilhosos. Entretanto, deve-se salientar que as repercussões das técnicas não farmacológicas na saúde do feto/recém-nascido, pouco aparecem nas publicações atuais; o enfoque maior é voltado à saúde da mulher. O presente estudo estimula a execução de pesquisas que abordem a saúde do feto/recém-nascido que fizeram uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto.

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O movimento Pró Humanização do Parto e do Nascimento no Brasil deu seus primeiros passos em meados dos anos 70 e na década de 1980 vários grupos passaram a oferecer assistência humanizada à gravidez e parto propondo mudanças nas práticas de assistência a mulher durante o processo de parturição. Os métodos de alívio da dor no trabalho de parto, tanto farmacológicos como não farmacológicos corroboram para esse movimento, visto que objetivam um parto sem a utilização de intervenções desnecessárias.

Entretanto, deve-se destacar que a utilização da analgesia farmacológica contribuiu para a realização de práticas invasivas, como punções lombares para a administração dos anestésicos. Por outro lado, esta prática retira a dor da mulher, permitindo que ela protagonize o seu trabalho de parto e parto. Nesta revisão, foram identificados vários métodos farmacológicos de alívio da dor no processo de parturição e suas repercussões na saúde materno-fetal. Destaca-se a analgesia sistêmica por fármacos opióides, a qual pode provocar depressão respiratória no recém-nascido e a analgesia peridural que permite à parturiente deambular durante o trabalho de parto, mas pode prolongar o período, possibilitando repercussões sobre ela e o bebê.

De uma maneira geral, verifica-se nos estudos que os métodos farmacológicos não apresentam malefícios à parturiente, porém abordam de forma sucinta as repercussões na saúde fetal, fato este que deve ser levado em consideração para a elaboração de novas pesquisas, visto que, no processo de parto e nascimento, mãe e filho são o destaque. Atualmente, muitas instituições têm-se inclinado às práticas não farmacológicas de manejo da dor no processo de parturição e são diversas as justificativas. Há comprovação de que essas técnicas realmente proporcionam efeitos benéficos não só à mulher, mas também ao conceito e cabe àqueles que se interessam pela área obstétrica e pela saúde materno-infantil investir nessas práticas e em seus estudos.

Entre as estratégias não farmacológicas, verificou-se que estas proporcionam diminuição da intensidade da sensação dolorosa, relaxamento muscular e conforto à

mulher, sugerindo uma boa repercussão sobre a dor da mulher. Por outro lado, pouco é pesquisado em relação à repercussão ao feto/recém-nascido. A dificuldade de se obter dados precisos acerca de ambos os métodos, os farmacológicos e os não farmacológicos, foi identificada em grande parte dos artigos revisados e a justificativa dada é que existem poucos estudos qualificados que abordem a temática. Frente a esses achados, considera-se essencial a elaboração de novos estudos multidisciplinares para que essas práticas sejam abordadas em múltiplos aspectos.

## REFERÊNCIAS

ALBRIGHT, G. A.; FORSTER, R. M. Does combined spinal-epidural analgesia with subarachnoid sufentanil increase the incidence of emergency cesarean delivery? *Reg Anesth*, v. 22, p. 400-405, 1997.

BARALDI, A. C. P.; ALMEIDA, A. M.; PANOBIANCO, M. S.; MAMEDE, F. V. O uso da analgesia peridural em obstetrícia: uma metanálise. *Revista de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 64-71, 2007.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005. Do subsistema de acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CORTÊS, C. A. F.; SANCHEZ, C. A.; OLIVEIRA, A. S.; SANCHEZ, M. S. Analgesia de parto: estudo comparativo entre anestesia combinada raquíperidural versus anestesia peridural contínua. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, v. 57, n. 1, p. 39-45, jan./ fev., 2007.

CUNHA, A. A.; Analgesia e anestesia no trabalho de parto e parto. *Revista FEMINA*, v. 38, n. 11, p. 559-606, nov. 2010.

DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. V. Avaliação do uso de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes. *Revista RENE*, Fortaleza, v. 9, n. 2, p. 64-72, abr./ jun. 2008.

DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. V.; DANTAS, J. C.; MELO, E. S. M.; PAIVA, C. P.; VIEIRA, D.; COSTA, I. K. F. Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica o alívio da dor de parturientes. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 10, n. 3, p. 600-609, 2008.

IASP - ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL PARA O ESTUDO DA DOR. Definição de dor. Disponível em: <[http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain\\_Defi...isplay.cfm&ContentID=178#Pain](http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Defi...isplay.cfm&ContentID=178#Pain)>

MAMEDE, V. P.; ALMEIDA, A. M.; SOUZA, L.; MAMEDE, M. V. A dor durante o trabalho de parto: o efeito da deambulação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 15, n. 6, nov./ dez. 2007.

- NILSEN, E.; SABATINO, H.; LOPES, M. H. B. M. Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), v. 45, n. 3, p. 557-565, 2011.
- NUNES, S.; VARGENS, O. M. C. A crioterapia como estratégia para alívio da dor no trabalho de parto: um estudo exploratório. Revista de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p.337-342, 2007.
- PEREZ, P. Birth balls: use of a physical therapy balls in maternity care. Vermont: Cutting Edge Press, 2000.
- PORTO, A. M. F.; AMORIM, M. M. R.; SOUZA, A. S. R. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidência. Revista FEMINA, v. 38, n. 10, p. 527-537, out. 2010.
- RICCI, S. S. Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher. Rio de Janeiro : Editora Guanabara Koogan, 2008.
- RODRIGUES, A. V.; SIQUEIRA, A. A. F. Sobre as dores e temores do parto: dimensões de uma escuta. Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil, v. 8, n. 2, p. 179-186, Recife, abr./ jun. 2008
- SCULL, T. J.; HEMMINGS, G. T.; CARLI, F. Epidural analgesia in early labor blocks the stress response but uterine contractions remain unchanged. Can J Anaesth, v.45, p. 626-630, 1998.
- SHNIDER, S. M.; ABOUD, T. K.; ARTAL, R. Maternal catecholamines decrease during labor and after lumbar epidural anesthesia. Am J. Obstet Gynecol, v. 147, p13-15, 1983.
- SILVA, F. A. O. L. F.; PASSINI JÚNIOR, R.; AMORIM, M. M. R. Analgesia de parto e febre materna: revisão baseada em evidências. Revista FEMINA, v. 38, n. 12, p.661-665, dez. 2010.
- SILVA, L. M.; OLIVEIRA, S. M. J. V.; SILVA, F. M. B.; ALVARENGA, M. B. Uso da bola suíça no trabalho de parto. Acta Paulista de Enfermagem, v. 24, n. 5, p. 656-662, 2011.
- SIMKIN, P.; KLEIN, M. C. Nonpharmacological approaches to management of labor pain. Uptodate, jan. 2009.
- SOUZA, G. N.; FERREIRA, D. Q.; CAMANO, L.; MORAES FILHO, O. B. Analgesia e anestesia durante o trabalho de parto. Revista FEMINA, v. 38, n. 12, p. 655-659, dez. 2010.
- SOUZA, M. A.; SILVA, J. L. P.; MAIA FILHO, N. L. Bloqueio combinado raquiperidural versus bloqueio peridural contínuo para analgesia de parto em primigestas: resultados maternos e perinatais. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 31, n. 10, p. 485-491, 2009.
- WEISSHEIMER, A. M. O manejo da dor em obstetrícia. In: de OLIVEIRA, D. L. (org.). Enfermagem na gravidez, parto e puerpério: notas de aula. Porto Alegre: Editora da UFRGS, p. 341-55, 2005.

## CAPÍTULO 6

# EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UMA FERRAMENTA NECESSÁRIA NO COMBATE AOS IMPACTOS DAS PARASIToses NA SAÚDE PÚBLICA

*Data de aceite: 01/12/2022*

### **Izadora Larissa Cei Lima**

Graduada em Enfermagem da Faculdade Estácio de Castanhal

### **Gabriel Itaparica de Oliveira**

Graduado em Enfermagem da Faculdade Estácio de Castanhal

### **Simone Tavares Valente**

Graduada em Enfermagem da Faculdade Estácio de Castanhal

### **Thayse Kelly da Silva Martino**

Enfermeira, Universidade do Estado do Pará (UFPA). Mestranda em Administração Hospitalar, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales

### **João Vitor Silva**

Graduando de Medicina da Instituto de Educação Médica (IDOMED)

### **Jefferson Cardoso Coutinho**

Graduando de Farmácia Universidade da Amazônia (UNAMA)

### **Camila Lima das chagas**

Graduanda em Enfermagem da Faculdade Estácio de Castanhal

### **Lucas Vinicius Oliveira De Souza**

Graduando em Enfermagem da Faculdade Estácio de Castanhal

### **Karina Lima das Chagas**

Graduanda em Farmácia da Faculdade Estácio de Castanhal

### **Carmem Lucia Gomes de Araujo Souza**

Graduada Pedagogia da Universidade Paulista (UNIP) polo Castanhal; Pós-graduada em Neuropsicopedagogia e Psicopedagogia clínico e institucional da Faculdade de Educação Superior de Paragominas (FACESP) polo Castanhal, Graduanda de Enfermagem Universidade Paulista (UNIP)

### **Vivaldo Rosa de Souza Junior**

Graduando em Enfermagem da Universidade Paulista (UNIP) polo Castanhal

### **Irene André da Silva**

Graduanda em Enfermagem da Universidade Norte do Paraná (UNOPAR) polo Castanhal

**RESUMO: Introdução:** As parasitoses, têm como agentes etiológicos os helmintos ou protozoários formando patologias causadoras de morbidade, mortalidade e endemias importantes à saúde pública em países em desenvolvimento, como Brasil,

sendo consideradas determinantes no desenvolvimento da população. Então, é necessário que a educação seja o foco das políticas na prevenção e tratamento de parasitoses, não somente novos casos, dando suporte cognitivo aos clientes que procuram os tratamentos.

**Objetivo:** Estudar a importância da educação em saúde como instrumento de uso contínuo nos casos de parasitoses no âmbito da saúde pública brasileira. **Materiais e métodos:**

Revisão integrativa da literatura sobre o emprego da educação em saúde como estímulo ao controle e prevenção de doenças parasitárias, utilizando-se do questionamento: o uso da educação em saúde tem sido uma ferramenta eficaz no controle e prevenção de doenças parasitárias no Brasil? Foram consultadas a base de dados Scielo. Os artigos obedeceram aos critérios de inclusão: publicados em português, de 2017 a 2020 e que abordassem a temática educação em saúde no controle de parasitoses. **Resultados:** Por meio da pesquisa feita foram localizados 30 artigos. Destes, apenas 10 atenderam à proposta. De acordo com os resultados, verificou-se a inserção de projetos de educação em saúde em escolas, hospitais e em domicílio, enfatizando medidas profiláticas, assim como o conhecimento geral da doença envolvendo as formas de transmissão, tratamento e ciclo biológico do parasito. Além disso, alguns estudos realizaram intervenções direcionadas aos profissionais de saúde e professores, mostrando que o envolvimento desses profissionais é uma estratégia para a multiplicação da ação educativa. Um dos principais pontos levantados pelos achados é que, ao trabalhar-se a educação em saúde na infância aumentam-se as chances de que estas alcancem a vida adulta com uma maior qualidade de vida. Um outro ponto crucial foi o tempo como fator importante a ser considerado na educação em saúde, uma ela deve se estender por toda a vida e não limitando-se a um período específico. **Conclusão:** A educação em saúde é uma ferramenta eficaz para a melhoria da qualidade de vida da população. Os achados mostraram que a educação em saúde pode ser usada em vários momentos e espaços, com efeito positivo no prognóstico da população. Desta forma a educação em saúde pode contribuir efetivamente para o controle e prevenção de parasitoses, alcançando efeitos mais duradouros que outras abordagens, desde que não seja isolada, sendo fundamental a participação popular, da ciência e autoridades.

**PALAVRAS-CHAVE:** Educação em saúde; Doenças parasitárias.

## CAPÍTULO 7

# LA GESTIÓN POR PROCESOS: UN RETO PARA LOS SISTEMAS DE SALUD EN LATINOAMÉRICA

---

*Data de submissão: 30/10/2022*

*Data de aceite: 01/12/2022*

### **Shirley Janeth Mora Solórzano**

Licenciada en Enfermería, Especialista en Enfermería Psiquiátrica y Salud Mental. Profesora Ocasional - Carrera de Enfermería – Universidad Estatal Península de Santa Elena La Libertad – Santa Elena - Ecuador  
<https://orcid.org/0000-0003-3680-2403>

### **Edwin Hernán Alvarado Chicaíza**

Licenciado en Enfermería, Magíster en Salud Pública. Profesor Ocasional - Carrera de la Carrera de Enfermería – Universidad Estatal Península de Santa Elena La Libertad – Santa Elena - Ecuador  
<https://orcid.org/0000-0002-4335-2028>

### **Zully Shirley Díaz Alay**

Licenciada en Enfermería, Maestro en Enfermería, Magíster en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local. Profesora Ocasional - Carrera de Enfermería – Universidad Estatal Península de Santa Elena La Libertad – Santa Elena - Ecuador  
<https://orcid.org/0000-0001-7471-3415>

### **Carmen Obdulia Lascano Espinoza**

Licenciada en Enfermería, Doctora en Enfermería, Magíster en Gerencia en Salud. Profesora Titular - Carrera de Enfermería – Universidad Estatal Península de Santa Elena La Libertad – Santa Elena - Ecuador  
<https://orcid.org/0000-0002-7724-2855>

### **Jeffry John Pavajeau Hernández**

Médico, Magíster en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local, Maestro en Bioética y Biojurídica, Magíster en Ciencias Biomédicas. Profesor Ocasional - Carrera de Enfermería – Universidad Estatal Península de Santa Elena La Libertad – Santa Elena - Ecuador  
<https://orcid.org/0000-0001-5269-8074>

**PALABRAS CLAVE:** Administración de los Servicios de Salud Evaluación de Procesos y Resultados en Atención de Salud, Sistemas de Salud.

## 1 | INTRODUCCIÓN

Aunque el modelo de la gestión por procesos en el contexto nacional y latinoamericano no es una novedad en la actualidad existe un sinsabor a la hora de analizar este modelo organizacional ya que aunque en el papel existe una claridad operativa del mismo a la hora de cristalizarse en el escenario real surgen un sinnúmero de inconvenientes los cuales dificultan su ejecución clara y continúa en los diversos entornos laborales para de esta forma consolidar una verdadera gestión en pos de la mejora continua de la salud.

Ante dicho antecedente el presente artículo de posición, se propone analizar este modelo de gestión y su comparativa con diversos paradigmas establecidos en los países latinoamericanos hacia la búsqueda de una salud regida por principios de calidad y que propicien la autocorrección y mejora continua de todos los procesos que se desarrollan en los diversos niveles jerárquicos y competencias por áreas o profesiones; aquí surge la siguiente tesis Los modelos aplicados por los sistemas de salud en gran parte de Latinoamérica responden débilmente a la gestión por procesos, desarrollando modelos híbridos basados en el modelo burocrático.

## 2 | METODOLOGÍA

La presente artículo se desarrolló bajo la tipología de posición en el cual se sustentan las ideas del autor con el respaldo de la literaturas científica a través de una revisión bibliográfica de contenidos tomando como rango referencial los documentos emitidos desde el 2018 hasta la actualidad; de forma inicial se seleccionaron los descriptores de búsqueda a través del tesauro conocido como Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) seleccionándose los términos Administración de los Servicios de Salud Evaluación de Procesos y Resultados en Atención de Salud, Sistemas de Salud. Estos descriptores se usaron para la búsqueda aplicando además operadores booleanos “AND” y “OR”, aplicando en primera instancia un filtro de tipo de documento priorizando artículos de revisión en español en las bases de datos Biblioteca Virtual en Salud (BVS), Scielo, y Google Académico.

## 3 | DESARROLLO

De acuerdo a lo expresado por autores como Buendía(1) y Franco-Giraldo(2), “existe una ambigüedad en los términos paradigma, modelo, modalidades de atención y hasta teorías y estrategias, lo cual requiere de rigurosidad académica, al diferenciar los modelos de salud de los modelos económicos y gerenciales, de los cuales existen diversas tipologías”; es así como se clarifica la diversidad de modelos de gestión gerencia que muchas veces son no son comprendidos por el personal administrativo y operativo, dificultando en sobremanera su aplicación efectiva.

El modelo ecuatoriano actual resaltado desde la nueva dinámica propuesta Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio De Salud Pública(3),(4), “Se sustenta en la filosofía y enfoque de gestión por procesos determinando claramente su ordenamiento orgánico a través de la identificación de procesos, clientes, productos y/o servicios”; Este modelo aplicado en el Ecuador pretende el identificar los actores protagónicos en el proceso gerencial para la delegación de funciones y la organización del talento humano en función a la prestación de servicios de manera eficiente con calidad y calidez aunque en la realidad muchas veces no se concrete como tal, este modelo te asemeja a la gestión estratégica de algunos países vecinos entre ellos el Perú.

En el contexto peruano, según Robles y Urteaga (5) y Estela Rodríguez(6), Es evidente que el sector salud no es una organización propiamente dicha, o una empresa sensu stricto; entonces pretender aplicarle el análisis para la GpP revela que es forzado como ejercicio; Entonces la gestión por procesos en el sistema sanitario del Perú ha sido un reto para su aplicación debido a que las instituciones de salud propiamente dichas no se consideran como una empresa per se pero de alguna forma se constituyen en instituciones prestadoras de servicios en la cual se requieren insumos de entrada clientes o usuarios y productos los cuales están constituidos por las intervenciones ejecutadas en pos del mejoramiento de la salud de las personas Es por ello que se considera dentro de los modelos históricos para el manejo de la salud un cambio hacia la gestión por procesos centrada en la persona (pacientes).

En el escenario colombiano aunque existe un modelo mixto para la gestión de la salud de forma global según Perea Vásquez(7) y Parra Vera (8), en cada uno de ellos se “reproduce el paradigma burocrático weberiano predominante, ya que en la cúspide de la organización se ubicaba el director médico, mientras que la base de la pirámide hospitalaria la ocupaban los operadores de servicios clínicos que se brindarían a los pacientes”, Esto quiere decir que aunque se planteen modelos modernos para la gestión de la salud no siguen siendo más que un enmascaramiento de la realidad administrativa del sector sanitario el cual se basa en el sistema burocrático en el cual se identifican claras jerarquías desde rangos superiores hasta el nivel operativo lo cual ocasiona retrasos propiciados por los diversos obstáculos que existen entre cada uno de estos límites claramente establecidos lo cual se traduce en una tensión tardía hacia el usuario debería ser el elemento protagónico del acto clínico.

De la misma forma en el contexto de la gestión de la salud en el contexto de países como Venezuela y Bolivia, el sistema sanitario basa su accionar en la descentralización, lo que “significa el nivel de desconcentración del poder para la toma de decisiones y las actividades de control; esa toma de decisiones puede estar limitada a los niveles superiores de la jerarquía o la proporción de los niveles que participan en el proceso”; Aunque la descentralización es un modelo probado en diferentes contextos como parte de la gestión de diversas campos ocupacionales incluido el sector salud se requiere de

concreción para una real desconcentración para la toma de decisiones a nivel local ya que muchas veces este empoderamiento solo se da en lo documental pero al analizar el comportamiento de la estructura organizacional se dilucida qué múltiples escenarios el poder para dictar argumentos definitorios en los procesos está tomado por la cúpula de la organización perpetuando de esta forma el modelo burocrático aunque en el papel figuré un nuevo paradigma en la gestión de la organización de salud.

El modelo de gestión por procesos en el escenario brasileño según Vázquez Navarrete et al., (9), se encuentra debilitado en función a la predominancia de la jerarquización y el modelo administrativo de verticalidad, que aunque ha sido renovado en los últimos años gracias a las reformas sociales de la salud, no ha logrado más que la conformación de redes de salud que replican un modelo centralizado, el mismo que mantiene la toma de decisiones de importancia en salud a un grupo limitado de “jefes” y que no logra dar respuesta a la realidad de los territorios en este país tan extenso y con diversidad de entornos tanto personales como ambientales.

En el contexto argentino según Maceira (10), la gestión por procesos ha tenido una aplicabilidad parcial debido a que se ha propuesto la articulación de una descentralización de la oferta en salud pero sin un claro horizonte en el ámbito regional; es así como desde las instancias nacionales la existencia de tres grandes bloques de aseguramiento de la cobertura de salud en muchas ocasiones con visiones diferentes y aisladas no cristalizan una verdadera integración y que los procesos se determinen en función a responsabilidades claras de los sistemas.

Si a nivel central se presentan discrepancias, en las provincias de la argentina el escenario no es diferente ya que en el contexto local hay instituciones que debido a su naturaleza no responden al ente rector de la salud conocido como Superintendencia de servicios de salud, lo que dificulta en el territorio el regimiento de este tipo de instituciones prestadoras de salud y su integración al sistema que responda a la clara propuesta de descentralización central y a una gestión por procesos fidedigna.

Desde la perspectiva de los entes rectores de la salud en Chile, según Mascayano et al.(11), el sistema de este país es uno de los que ha desarrollado de mejor forma el modelo de gestión por procesos todo ello evidenciado por la clara gestión de programas y proyectos en salud con un claro direccionamiento y la designación de competencias a los diversos niveles geográfico-administrativos; este tipo de modelos establece estrategias en indicadores con amplia especificidad lo que ha dotado al sistema chileno de una acertada gestión de recursos tanto humanos como materiales destinados a la asistencia continua de la salud de su población y la ampliación constante de la cobertura hacia grupos históricamente excluidos.

En el escenario centroamericano se puede analizar la realidad guatemalteca en la cual se presume una transición desde el modelo clásico hacia un modelo nuevo modelo que según Calderón-Pinzón(12), funciona por medio de un modelo organizacional y funcional

basado en funciones, integración de infraestructuras y recursos, y mancomunación de fondos con una mentalidad de emprendedores y clientes, el que a su vez comprende el mejoramiento del desempeño de todos los actores de salud de un país, tanto público como privado y sin fines de lucro, incluyendo la integración de todo recurso interno y externo destinado a la producción de salud, bienestar y seguridad social en la población(13); De acuerdo a lo analizado por estos autores es claro que muchos de los países de la región latinoamericana se encuentran en un proceso transicional que va desde los modelos clásicos basados en la jerarquización para la toma de decisiones hacia un modelo más abierto hacia la desconcentración y descentralización de la salud todos ellos direccionados hacia la búsqueda de nuevas salidas que incidan en el mejoramiento en la calidad de atención hacia los usuarios y que de esta forma se consolide el desarrollo humano bajo la perspectiva social de niveles de salubridad incrementados incluyendo a múltiples sectores tanto públicos como privados en la contribución de tal propósito.

## 4 | CONCLUSIONES

Al analizar los diferentes escenarios latinoamericanos es claro identificar diferencias entre los sistemas de gestión y las estructuras orgánico funcionales que rigen o direccionan la salud en cada 1 de los contextos locales pero todos ellos aunque buscan un perfeccionamiento hacia la toma de decisiones de forma descentralizada y basada en sistemas no han alcanzado un real desarrollo ya que perpetúan en el escenario real una réplica del modelo burocrático en el cual unos pocos toman las decisiones De real significancia mientras que otros simplemente se convierten en accionarios de dichos lineamientos dificultando una verdadera gestión por procesos en la cual se otorgue un empoderamiento a cada uno de las áreas que revolucionen la administración de los sistemas de salud.

## REFERENCIAS

1. Buendía LF. Modelo gerencial; requerimientos para la implementación en Centros de salud de Comunidades Wayúu. Consensus [Internet]. 11 de noviembre de 2021 [citado 25 de septiembre de 2022];5(4). Disponible en: <http://pragmatika.cl/review/index.php/consensus/article/view/96>
2. Franco-Giraldo Á de J. Configuraciones, modelos de salud y enfoques basados en la Atención Primaria en Latinoamérica, siglo XXI. Una revisión narrativa\*. Rev Gerenc Políticas Salud [Internet]. 2020 [citado 25 de septiembre de 2022];19(1). Disponible en: [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/19%20\(2020\)/54562510018/](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/19%20(2020)/54562510018/)
3. Ministerio de Salud Pública. Acuerdo N° 144-2021 — Reforma el Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública. Texto consolidado. [Internet]. Reforma el Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública. Texto consolidado. 2021. Disponible en: <https://www.fao.org/faolex/results/details/es/c/LEX-FAOC201547/>

4. Matute-Calle BP, Murillo-Párraga DY. La Gestión por procesos: resultados para mejorar la atención en Instituciones de salud. *Rev Arbitr Interdiscip Koinonía*. 2021;6(12):179-212.
5. Robles L, Urteaga P. Aplicando la gestión por procesos en el sector salud del Perú. *Rev AcAd PeRu SALud*. 2017;24(1).
6. Estela Rodríguez RJ. Gestión por procesos, disciplina para diseñar la estructura organizacional del Ministerio de Salud del Perú - 2014 [Internet] [Tesis de pregrado]. [Piura]: Universidad de Piura; 2017 [citado 25 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://pirhua.udep.edu.pe/handle/11042/2630>
7. Vásquez LEP, Torres ILR. Modelos de gestión en instituciones hospitalarias. *Gerenc Políticas Salud*. 10 de abril de 2019;18(36):1-36.
8. Parra Vera MD. Modelo estructural y funcional de un sistema integral de salud mental para América Latina [Internet] [Especialidad]. [Bogotá]: Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano; 2016 [citado 25 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://expeditiorepositorio.utadeo.edu.co/handle/20.500.12010/25274>
9. Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I, Mogollón-Pérez AS, Silva MRF da, Unger JP, Paepe P de. Redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil. Un estudio de casos. [Internet]. Editorial Universidad del Rosario; 2018 [citado 4 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://books.scielo.org/id/xbqty>
10. Maceira D. Caracterización del Sistema de Salud Argentino. Debate en el contexto Latinoamericano. *Rev Estado Políticas Públicas* [Internet]. septiembre de 2020 [citado 4 de noviembre de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4536>
11. Mascayano F, Gajardo J, Mascayano F, Gajardo J. Ciencia de Implementación en la evaluación de programas y servicios de salud en Chile. *Rev Médica Chile*. julio de 2018;146(7):945-6.
12. Calderón-Pinzón MR. Reformando el sector de salud de Guatemala: un modelo organizacional y funcional para transformar el sistema de salud. *Rev Cuba Technol Salud*. 2019;10(4):20-32.
13. Velásquez AM. La desigualdad social en Guatemala: evolución y respuesta institucional. 20 de junio de 2022 [citado 25 de septiembre de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/47938>

# O DESAFIO DA ESPIRITUALIDADE NO ENSINO DA ENFERMAGEM

*Data de submissão: 26/09/2022*

*Data de aceite: 01/12/2022*

### **Josué Barbosa Sousa**

Residência Integrada em Saúde Mental  
Coletiva, Secretaria Estadual de Saúde  
Sapucaia do Sul – RS  
<http://lattes.cnpq.br/6088576467505261>

### **Rita Maria Heck**

Faculdade de Enfermagem, Universidade  
Federal de Pelotas  
Pelotas – RS  
<http://lattes.cnpq.br/7657863585902722>

### **Bruna Rodrigues Bosse**

Faculdade de Enfermagem, Universidade  
Federal de Santa Maria  
Santa Maria – RS  
<http://lattes.cnpq.br/8178686545274067>

### **Bruna Da Silva Cabral**

Faculdade de Enfermagem, Universidade  
Federal de Pelotas  
Pelotas – RS  
<https://lattes.cnpq.br/7395249524116116>

### **Gabriel Moura Pereira**

Faculdade de Enfermagem, Universidade  
Federal de Pelotas  
Pelotas – RS  
<http://lattes.cnpq.br/1088388096309531>

da enfermagem. Com a inclusão da espiritualidade no conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde, houve um endosso de pesquisas e práticas com essa abordagem, mais holística e menos normativa. A espiritualidade se apresenta como um importante domínio a ser explorado para o cuidado em enfermagem, e por isso é necessário sensibilizar os acadêmicos para que sejam profissionais aptos a tocar a temática. Discute-se nesse texto questões que atravessam a abordagem do tema *Espiritualidade em Saúde*, ao longo da formação de profissionais enfermeiros, a partir de uma Revisão Integrativa de Literatura.

**PALAVRAS-CHAVE:** “Espiritualidade”, “Cuidado de Enfermagem” e “Educação em Enfermagem”.

## THE CHALLENGE OF SPIRITUALITY IN NURSING EDUCATION

**ABSTRACT:** Integral care for human needs is a goal of nursing care. With the inclusion of spirituality in the concept of health of World Health Organization, there was an endorsement of research and practices with this approach, more holistic and less normative. Spirituality presents itself as an

**RESUMO:** O cuidado integral das necessidades humanas é uma meta

important domain to be explored for nursing care, and that is why it is necessary to sensitize students so that they are professionals able to deal with the theme. This text discusses issues that cross the approach to the theme Spirituality in Health, throughout the training of professional nurses, based on an Integrative Review of Literature.

**KEYWORDS:** “Spirituality”, “Nursing Care”, Nursing Education”.

## 1 | INTRODUÇÃO

As vivências durante a graduação na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, entre outros desafios, levaram a participação no Grupo de Estudos em Saúde Rural e Sustentabilidade (GESRS). Nesse grupo se oportuniza discussões teóricas, atividades de educação em saúde com realização de oficinas, desenvolvimento de pesquisas sobre as diversas práticas de cuidado possíveis no contexto do cuidado familiar e da saúde rural endossados pelas políticas públicas, em especial a Política de Promoção da Saúde. Neste percurso a abordagem cultural de “autoatenção”, foi um referencial que auxiliou a compreender o uso de plantas medicinais, como um sistema de cuidado que acontece paralelo ao não oficial de saúde, desenvolvido em/nas comunidades (MENENDEZ, 2003; BRASIL, 2010; SOUSA *et al*, 2018)

É dessa aproximação com outras formas de cuidar que emergiram questionamentos sobre a integralidade da assistência ofertada às pessoas, de modo tal que os contornos entre o mítico, o religioso e o espiritual, enquanto parte do cotidiano, pudessem ser acolhidos e aproximados como parte da promoção de saúde.

Assim, a partir da revisão de literatura (MENDES, SILVEIRA E GALVÃO, 2008) feita para o Trabalho de Conclusão do Curso apresentado em dezembro de 2020, que neste capítulo discutimos questões que atravessam a abordagem do tema *Espiritualidade em Saúde*, ao longo da formação de profissionais enfermeiros.

### 1.1 Resgate histórico

A partir da segunda metade do século XX, observamos um crescente conjunto de argumentos que denunciam a precarização do “estado de bem estar social” devido ao excesso de consumo dos recursos naturais, taxas de carbono aumentadas e crescimento de problemas de saúde associados ao modo de vida. Determinantes que reforçam preocupação com a qualidade da vida humana e a interação com o ambiental e social expressa nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS). Isso motivou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a empreender grande esforço para ampliar a compreensão de saúde, mais abrangente que a perspectiva biomédica, em vista a incluir a promoção da saúde e promover diálogos entre diferentes formas de cuidado. Com isso se reconhece o cuidado nas diferentes culturas como parte de expressão e identidade. E se passa a discutir a espiritualidade como parte integrante do significado de ter saúde para além de “*um estado de bem-estar biopsicossocial e espiritual*”, como a relação individual com o sagrado,

estabelecida a partir de contornos desinstitucionalizados e subjetivos, e que, assim como a dimensão física, psicológica e emocional, influenciam a qualidade de vida das pessoas. A espiritualidade numa nova perspectiva passa a ser valorizada como expressão de alianças locais em que se acentua o exercício ativo associado a intenções, opções e ações à medida que as pessoas trabalham para um estado ideal de saúde e bem-estar. Saúde é uma ação ativa e deixa de ser contemplativa. Com isso a espiritualidade pode se vincular a temas transversais em que o espiritual tem uma interface de conexão com a natureza, buscar sentido e significado de suas identidades e alteridades, inspirações da natureza, buscar significado e propósito de vida, meditar. Todas estas abordagens são perspectivas a ser exploradas em pesquisas sobre espiritualidade e saúde na contemporaneidade (OXFORD, 1986; TONIOL, 2018; MERMER, 2019; OMS, 2022).

Posto isso, entendemos que é importante expor que partilhamos do pressuposto que a espiritualidade é uma *dimensão* humana, individual e coletiva, das percepções e traduções que cada um possui do *eterno*, um movimento que pode ser expresso em cores, palavras e ritmos, onde se transcende, na lógica da busca de sentido para o próprio existir e fazer, justificando e reagindo, de maneira intuitiva, às circunstâncias da vida; é fato que esta dimensão seja comumente percebida diante da condição humana de sofrer ou morrer, mas é preciso estar atento, dentro da perspectiva de cuidado holístico, para ofertar a melhor assistência às necessidades em saúde, estejam elas associadas a dimensão biológica, psicológica, social ou espiritual (RÖHR, 2013; TONIOL, 2018; CUNHA *et al*, 2022).

## 1.2 A questão da enfermagem

A ideia do enfermeiro artista apresentada por Florence ainda em 1871, de certa forma é reflexo do processo de trabalho desse profissional, já que se pressupõem uma superação do tecnicismo e interação com a *obra*, cabendo uma significativa diferença: o objeto de trabalho de enfermagem é o corpo vivo que sente, reflete, interage e atribui valores distintos e únicos à saúde, à doença, ao sofrimento e a própria prática de cuidado (FIGUEIREDO *et al*, 2010).

À medida que a Enfermagem se esmera em fortalecer-se como ciência do cuidado às pessoas, há de promover a qualificação e reforma dos Sistemas de Saúde, para subsidiar esta temática, uma vez que se relaciona com a perspectiva de saúde adotada em diferentes épocas (HORTA, 1979; SILVA JR. e LOURENÇO, 2010).

Nas palavras de Florence Nightingale, o cuidado em Enfermagem é “tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus” (NIGHTINGALE, 1871), onde se interpõem discussões e técnicas que objetivam satisfazer as necessidades em saúde da pessoa cuidada, sendo este ente divino, um componente presente em diferentes culturas, que traduziram algumas de suas práticas de cuidado em saúde a partir das próprias relações de imanência e transcendência, com o mesmo intuito: ter uma compreensão integralizadora de objeto, processo e meta do trabalho da enfermagem, ou seja, o homem, o cuidado e a saúde,

respectivamente (CECCIM, 2004; SANNA, 2007).

À medida que o conceito de saúde se modificou, a ideia de cuidado se transformou, de tal modo que o homem deixou de ser objeto de diversão dos deuses, para assumir a própria satisfação, que pode estar associada, mas não limitada a necessidades de ordem física, sensitiva, emocional, racional e espiritual (RÖHR, 2012).

Essa assistência integral exige estratégias de abordagem singular do ser humano, complexo, indivisível e que responde aos problemas de saúde no âmbito do comportamento e das relações interpessoais, e que apesar dessa subjetividade precisa ser incluída na Sistematização da Assistência em Enfermagem, que tem referencial teórico pautado, dentre outras, em Wanda Horta (1979), que propôs a ciência da enfermagem como referência a um conjunto de entes que rodeiam e se relacionam com os pacientes e doenças que estes possam ter, apontado para uma busca pela satisfação de necessidades básicas a partir de um entendimento do indivíduo e seu “ser” humano, dinâmico e participativo no ecossistema (HORTA, 1979).

A partir de investigações realizadas pela Enfermagem em interface a outras áreas do saber científico, focados no tema do uso das plantas medicinais se observou que as relações de cuidado envolve reconhecer outros saberes, produtores de autonomia, embasado na dignidade e na identidade do sujeito, respeitando o conhecimento prévio do mesmo, sendo esse essencial na compreensão da organização do sistema de cuidado brasileiro, sendo importante este cuidado ser oficializado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (LIMA *et al.*, 2016).

## 2 | SOBRE A BUSCA DE ARTIGOS

Foi realizada uma revisão integrativa de literatura (MENDES, SILVEIRA e GALVÃO, 2008), que foi uma escolha necessária por facilitar o aglutinar de diversas produções e abordagens metodológicas, fornecendo um panorama sobre o tema investigado. A pergunta norteadora da revisão foi ***Qual a abordagem da espiritualidade no cuidado e educação em Enfermagem*** Para respondê-la, procurou-se nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e da Public Medline (PubMed), com os descritores: “Espiritualidade”, “Cuidado de Enfermagem” e “Educação em Enfermagem”, em inglês e português, combinados pelo operador booleano “AND”, artigos disponíveis para leitura gratuita na íntegra.

A busca foi feita entre os dias 11 e 12 de maio de 2021, com artigos publicados entre janeiro de 2018 e dezembro de 2020. Foram excluídos artigos de revisão, dissertações, teses e trabalhos de conclusão de curso, assim como trabalhos duplicados, que ignorasse a pluralidade religiosa, que não apresentassem discussões sobre educação/ensino da espiritualidade na enfermagem, que não colaborassem para resposta da questão norteadora ou que fossem de prospecção paliativa, isso foi feito para evitar uma visão

tendenciosamente voltada para o fim da vida, ou qualquer religião específica; como há de ser discutido, estes aspectos não podem ser determinantes na abordagem que se faz da temática da espiritualidade, enquanto parte da integralidade do ser.

Na seleção dos trabalhos, foram utilizadas as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) e está sumarizado na figura 1.

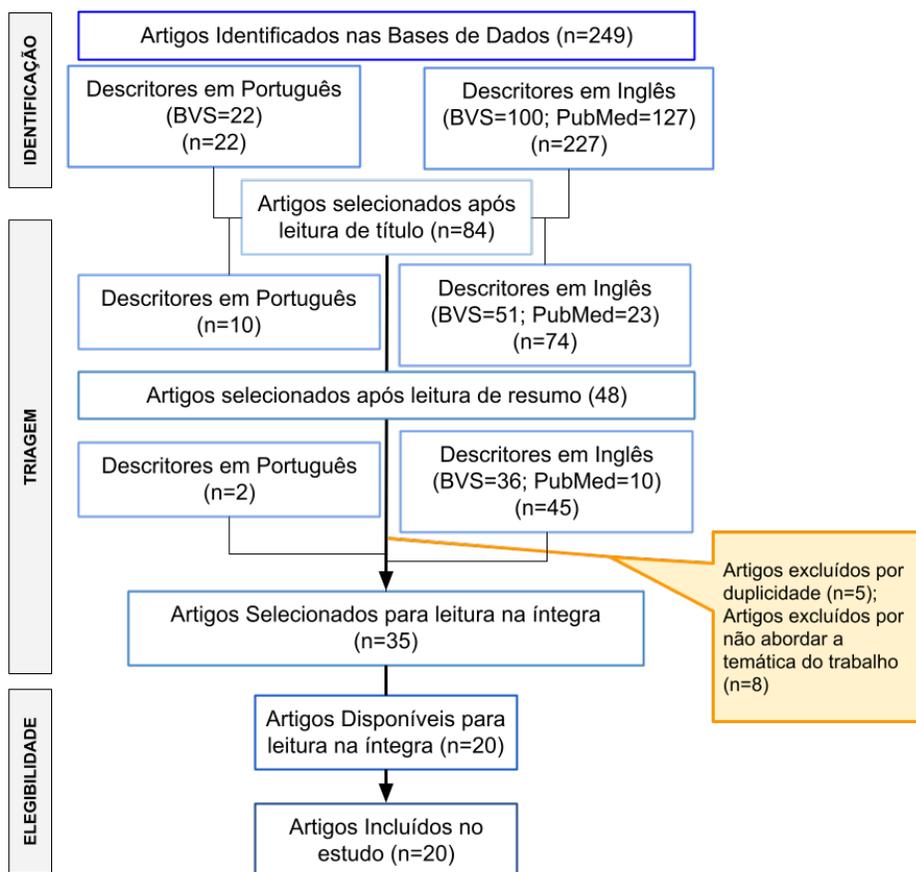


Figura 1 - Infográfico Revisão de Literatura

Fonte: Elaborado pelo autor (adaptado do modelo PRISMA)

### 3 | SOBRE OS ESTUDOS SELECIONADOS

Dos 20 artigos selecionados, sete eram de abordagem qualitativa, doze foram de abordagem quantitativa, e um utilizou métodos mistos; três dos trabalhos foram desenvolvidos com informação/colaboração internacional (quando um ou mais países participavam ou tinham suas informações utilizadas), quatro no Brasil, quatro foram realizados no Irã, três

nos Estados Unidos, e um nos seguintes países: China, Coreia do Sul, Holanda, Malásia, Noruega, Turquia; destes, 16 (dezesseis) estavam disponíveis exclusivamente em inglês, e 4 (quatro) tinham versão em Português. Participaram das pesquisas apresentadas nos artigos, estudantes, professores, trabalhadores da Enfermagem ou equivalente (*midwives*), independentemente da idade, sexo, religião.

Os estudos utilizaram diferentes estratégias para coletas de dados, uso de escalas padronizadas como a *Nurses Spiritual Care Therapeutics Scale* (NSCTS), *Spiritual Well-Being Scale* (SWBS), *Spirituality, Spiritual Care Rating Scale* (SSCRS), *Spiritual Care Competence Scale* (SCCS), *Spiritual Attitude and Involvement* (SAIL), *Duke Religion Index* (DUREL); *Scale for Assessment of the Nurse's Professional Competence in Spiritual Care* (SANCS); *King's Spiritual Intelligence Scale*; *Daily Spiritual Experience Scale* (DSES); Escala Likert, Questionário de atitudes e opiniões sobre espiritualidade e saúde (uma adaptação do instrumento de Curlin, *Religion and Spirituality in Medicine, Perspectives of Physicians* (RSMPP)); e ainda, questionários semi estruturados elaborados pelos autores, grupos focais, relatórios de atividades - *portfólios e diários de campo*. Um dos estudos apresentava uma proposta pedagógica.

Os trabalhos selecionados foram lidos exaustiva e atentamente, sendo criado um instrumento próprio, onde constavam: título, autoria, ano de publicação, país, público-participante, objetivo, metodologia de pesquisa, intervenção adotada e principais resultados apresentados.

O Quadro a seguir apresenta os artigos selecionados na revisão, logo em seguida, são descritas as principais discussões realizadas pelos autores.

<b>Título</b>	<b>Autores</b>
Perceived barriers to providing spiritual care among psychiatric mental health nurses.	Neathery, M; Taylor, E.J.; He, Z.
Spirituality and meaning of life in nursing education: report of experience in teaching.	Medeiros, A.Y.B.B.V. de; Pereira, E.R.; Silva, R.M.C.R.A.; Rocha, R.C.N.P.; Vallois, E.C.; Leão, D.C.M.R.
The Effect of Group Reflection on Nursing Students' Spiritual Well-being and Attitude Toward Spiritual Care: a randomized controlled trial.	Momennasab, M.; Shadfard, Z.; Jaberi, A.; Najafi, S.S.; Hosseini, F. N.
Talking about spiritual matters: First year nursing students' experiences of an assignment on spiritual conversations.	Kuven, B.M.; Giske, T.
Midwifery Students' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care: An Example from Western Turkey.	Mermer, G.; Demirelöz Akyüz, M.; Ozturk Can, H.
Integrating Spiritual Care During Interprofessional Simulation for Baccalaureate Nursing Students.	Huehn, S.L.; Kuehn, M.B.; Fick, K.E.
An Exploratory Study of Spirituality and Spiritual Care Among Malaysian Nurses.	Atarhim, M.A.; Lee, S.; Copnell, B.

Espiritualidade Dirigida ao Ensino de Enfermagem da Residência em Saúde Mental e Psiquiatria	Figueredo, L.P.; Carvalho Junior, A. de; Silva, J.C. de M.C.; Prates, J.G.; Oliveira, M.A.F. de.
Integrating spiritual care into nursing education and practice: Strategies utilizing Open Journey Theory.	Cone, P.H.; Giske, T.
Nursing and midwifery students' perceptions of spirituality, spiritual care, and spiritual care competency: A prospective, longitudinal, correlational European study.	Ross, L.; McSherry, W.; Giske, T.; van Leeuwen, R.; Schep-Akkerman, A.; Koslander, T.; Hall, J.; Steinfeldt, V. Ø.; Jarvis, P.
The association between spiritual well-being and burnout in intensive care unit nurses: A descriptive study.	Kim, H. S.; Yeom, H.
Competence and frequency of provision of spiritual care by nurses in the Netherlands.	Vogel, A.; Schep-Akkerman, A.E.
Opinions and attitudes on the relationship between spirituality, religiosity and health: A comparison between nursing students from Brazil and Portugal.	Cordero, R. de D.; Romero, B.B.; Matos, F.A. de.; Costa, E.; Espinha, D.C.M.; Tomasso, C. de S.; Lucchetti, A.L.G.; Lucchetti, G.
Espiritualidade e saúde: experiência de uma disciplina na graduação de enfermagem	Simões, N.D.; Martins, P.G.; Santos, R.O.P. dos; Santana, F.R.; Pilger, C.
Percepção de Acadêmicos de Medicina e de Outras Áreas da Saúde e Humanas (Ligadas à Saúde) sobre as Relações entre Espiritualidade, Religiosidade e Saúde	Ferreira, T.T.; Borges, M. de F.; Zanetti, G.C.; Lemos, G.L.; Gotti, E.S.; Tomé, J.M.; Silva, A.P. da; Rezende, E.A.M.R. de.
Assessing the Effect of Spiritual Intelligence Training on Spiritual Care Competency in Critical Care Nurses.	Riahi, S.; Goudarzi, F.; Hasanvand, S.; Abdollahzadeh, H.; Ebrahimzadeh, F.; Dadvari, Z.
Explaining the Relationship between Moral Intelligence and Professional Self-Concept with the Competency of Nursing students in Providing Spiritual Care to Promote Nursing Education	Eskandari, N.; Golaghaie, F.; Aghabarary, M.; Dinmohammadi, M.; Koohestani, H.; Didehdar, M.; Dehghankar, L.; Abbasi, M.
Pharmacy and Nursing Students' Perceptions Regarding the Role of Spirituality in Professional Education and Practice	Jacob, B.; Huynh, T. .; White, A.; Nwaesei, A. S.; Lorys, R.; Barker, W.; Hall, J.; Bush, L.; Allen, W.L.
Nursing Students Experiences of Clinical Education: A Qualitative Study	Bazrafkan, L.; Najafi Kalyani, M.
Effectiveness of spiritual care training to enhance spiritual health and spiritual care competency among oncology nurses	Hu, Y.; Jiao, M.; Li, F.

Quadro 2 - Trabalhos Selecionados na Revisão

Fonte: elaborado pelo autor

## 4 | DISCUSSÕES A PARTIR DA REVISÃO

Esta revisão sugere que o conceito de espiritualidade popular está muito associado a perspectiva paliativa de cuidado, o que se reflete na dificuldade para reconhecer outros aspectos de cuidado demandadas pela dimensão espiritual; os trabalhos encontrados descrevem conceitos de espiritualidade, religião, estratégias de abordagem da temática

assim como barreiras para desenvolvimentos sobre o tema na prática clínica. Destaca-se a visão humanista sobre a perspectiva religiosa e paliativa, em que a espiritualidade se expressa como a relação do ser com o universo de valores e significados que o rodeiam e constituem; sugerem ainda que o desafio da espiritualidade na saúde esteja associado aos estigmas que esse termo sofre, sendo, no entanto, fator crucial na humanização do profissional de saúde e, por conseguinte, do atendimento em serviços de saúde.

Para análise buscou-se os núcleos de sentido dos textos selecionados (MINAYO, 2016), que após serem exaustivamente lidos e resumidos, foram categorizados em: 1) Espiritualidade e Saúde; 2) Espiritualidade no Ensino de Enfermagem; 3) Desafios para o Ensino da Espiritualidade na Enfermagem; e 4) Metodologias para Ensino da Espiritualidade na Enfermagem; que correspondem as discussões feitas pelos autores.

#### 4.1 Espiritualidade e saúde

A espiritualidade foi identificada como uma forma de afastar as pessoas dos sentimentos de desesperança e desamparo, como potencializadora da sua capacidade de enfrentar as situações esses conceitos não se dissociam da meta profissional da enfermagem ao se considerar a essencialidade atribuída à espiritualidade para o bem viver humano (MERMER *et al.*, 2019).

Os inúmeros conceitos que apresentam a espiritualidade negativamente, como uma construção vaga, precisam ser apresentados às propostas teóricas que abordam a temática de maneira sensível, valorizando-a como tema intrínseco à sociedade, independente das interações religiosas que cada indivíduo estabelece com a própria espiritualidade, reconhecendo e acolhendo como parte do que significa ter saúde (CONE; GISKE, 2018; VOGEL; SCHEP-AKKERMA, 2018; MOMENNASAB *et al.*, 2020; NEATHERY *et al.*, 2020).

Apesar de ainda ter pouco aprofundamento teórico, um olhar humanístico sobre a espiritualidade como o resgate das práticas populares de saúde na medicina tradicional, não oficial, e outras que tenham interfaces com o transcendente, seja ele autocêntrico, social ou numinoso, podendo ser explorado como facilitador das discussões iniciais sobre o tema; esse movimento pode capacitar os enfermeiros para compreender, associar e aproveitar no cuidado integral do humano (CORDERO *et al.* 2018; SIMÕES *et al.*, 2018; KUVEN; GISKE, 2019; MEDEIROS *et al.*, 2020).

Por último, a religiosidade difere em relação à espiritualidade por remeter à prática de uma interpretação coletiva do plano espiritual, ditando um determinado padrão moral e ético a ser seguido com o intuito de obter alguma vantagem, prêmio ou conforto. O dilema promovido entre espiritualidade e religião, no entanto, não pode ser generalizado, já que pode nos fazer ignorar a própria religiosidade da pessoa sob nossos cuidados. Assim, como sugerem diversos autores, ao invés de limitar nossas atitudes a um conjunto de regras, em se tratando da espiritualidade, devem-se criar espaços de sensibilização e acolhimento, para a expressão da espiritualidade de cada pessoa, seja esta expressão artística, religiosa

ou reflexiva, haja visto o potencial terapêutico da fé (CORDERO *et al.*, 2018; SIMÕES *et al.*, 2018; VOGEL; SCHEP-AKKERMA, 2018; FIGUEIREDO *et al.*, 2019).

Assim, à medida que a Enfermagem se esmera em fortalecer-se como ciência do cuidado às pessoas, há de promover a capacitação e reforma dos Sistemas de Saúde, para subsidiar a temática da espiritualidade para além dos programas de cuidado paliativo (VOGEL; SCHEP-AKKERMA, 2018).

Nesse ponto, destacam-se os problemas associados aos limites éticos dessa temática, havendo inclusive a sugestão de que a espiritualidade seja um tabu ainda mais grave que outros temas como sexualidade; os principais resultados indicam a falta de educação sobre o cuidado espiritual, tempo e espaço, além de política gerenciais que não oportunizam esta assistência (FERREIRA *et al.*, 2018; FIGUEIREDO *et al.*, 2019; KUVEN; GISKE, 2019; NEATHERY *et al.*, 2020).

## 4.2 Espiritualidade no ensino de enfermagem

As discussões sobre a educação para o cuidado espiritual em enfermagem, devem considerar as subjetividades inerentes ao educador, ao educando, ao processo e ao objeto de trabalho, de modo que o docente de enfermagem assume um papel determinante sobre formação do educando ainda que se atribua certa austeridade quanto às funções do educador como facilitador do conhecimento, de modo que o educando seja o ator principal do próprio processo formativo, há de se considerar a influência dos preconceitos, ideais, posturas e práticas do docente sobre o profissional que estamos formando; assume-se nesse sentido a integralização das propostas curriculares em enfermagem com abordagens mais lúdicas, reflexivas e humanísticas, capacitando os educandos para tocar as dimensões mais subjetivas do que chamamos humanidade, e cuidar o mais holisticamente quanto possível (BAZRAFKAN; KALYANI, 2018; CONE; GISKE, 2018; CORDERO *et al.*, 2018; FERREIRA *et al.*, 2018; SIMÕES *et al.*, 2018; ESKANDARI *et al.*, 2019; FIGUEIREDO *et al.*, 2019; HUEHN *et al.*, 2019; KUVEN; GISKE, 2019).

É evidente que a formação em enfermagem para o cuidado espiritual é insuficiente, no entanto, são feitas sugestões pedagógicas para superação das barreiras impostas, de modo geral, por uma compreensão distorcida do significado e valor da espiritualidade na vida do outro; assim como se sugere, treinar o acadêmico para perceber a própria dimensão espiritual, a dos outros e as possibilidades terapêuticas a partir disso, se constitui um desafio aos docentes, que em geral não foram ensinados sobre o tema (CORDERO *et al.*, 2018; ATARHIM *et al.*, 2019; JACOB *et al.*, 2020; NEATHERY *et al.*, 2020).

Entre as práticas pedagógicas citadas na revisão, podemos citar a inclusão da temática de maneira transversal ao longo do curso, como matéria optativa, em workshops, grupos pequenos ou de reflexão e em simulações realísticas, onde se discutem Introdução às Religiões, Culturas e Hábitos, o Sentido da vida, uso de Práticas Integrativas e Complementares, Trabalho em Equipe Multidisciplinar, Autocuidado, Dignidade Humana e

Princípios éticos do cuidado espiritual; destaca-se ainda a articulação entre teoria e prática, incentivando a aproximação de agentes de saúde com experiência em cuidado espiritual dos espaços de ensino, incluso capelães e líderes religiosos, para que se favoreça a compreensão da dimensão como um todo de significados, valores e práticas, para além das teorias (BAZRAFKAN; KALYANI, 2018; KIM; YEOM, 2018; VOGEL; SCHEP-AKKERMA, 2018; SIMÕES *et al.*, 2018; FIGUEIREDO *et al.*, 2019; HU *et al.*, 2019; MOMENNASAB *et al.*, 2019).

### **4.3 Desafios para o ensino da espiritualidade na enfermagem**

Esta discussão, sobre espiritualidade e saúde, certamente pode deteriorar-se pelo dilema anterior da distância entre teoria e prática, idealizado e praticado por educadores, educandos e profissionais, mesmo que inconscientemente, tendemos a fortalecer esta separação (HU *et al.*, 2019). Além da ruptura entre a teoria e prática, ainda podemos citar a falta de privacidade e tempo para atender as demandas em espiritualidade, treinamento inadequado, medo de ser inconveniente ou infringir a ética profissional, e a crença de que se trata de uma abordagem inapropriada dentro dos cuidados de enfermagem, como dificuldades percebidas para oferta de cuidado espiritual (BAZRAFKAN; KALYANI, 2018; VOGEL; SCHEP-AKKERMA, 2018; MOMENNASAB *et al.*, 2019; NEATHERY *et al.*, 2020).

### **4.4 Metodologias para ensino da espiritualidade na enfermagem**

A fim de propor intervenções para capacitação dos profissionais e estudantes de enfermagem sobre as necessidades espirituais dos pacientes, há de se considerar a pluralidade dos currículos de enfermagem e a diversidade de contextos socioculturais dos docentes e discentes, não se pode esperar que professores muçulmanos tratem a temática da mesma forma que budistas, agnósticos ou cristãos; para tanto, grande parte das sugestões incluem o extrapolamento das limitações dogmáticas religiosas, explorando os diversos valores, significados, ritos e expressões da espiritualidade, sejam eles associados a aspectos religiosos ou humanísticos, de maneira que o profissional seja capaz de perceber e interagir com a dimensão espiritual, objetivando a organização das outras dimensões (física, sensitiva, emocional e racional), ou seja, cumprindo a meta do cuidado holístico da enfermagem (KIM; YEOM, 2018; RIAHI *et al.*, 2018; ROSS *et al.*, 2018; CORDERO *et al.*, 2018; ATARHIM *et al.*, 2019; ESKANDARI *et al.*, 2019; HU *et al.*, 2019; HUEHN *et al.*, 2019; MOMENNASAB *et al.*, 2019; MEDEIROS *et al.*, 2020).

Nesse sentido, as principais estratégias de intervenção incluem pedagogia contemplativa, introdução às crenças religiosas e práticas espirituais mais comuns, exploração do conceito da espiritualidade, articulação com capelães e outros profissionais que oferecem cuidados espirituais no ambiente clínico, treinamento para elaborar e desenvolver estratégias de cuidado espiritual, assim como ter a oportunidade de integrar os conhecimentos e estratégias elaboradas em ambientes protegidos das faculdades, workshops e oficinas em seus campos de trabalho/estágio. Destaca ainda que essa

prática deve ser multiprofissional e articulada de maneira sensível, atenta e continuada (MOMENNASAB *et al.*, 2019; MEDEIROS *et al.*, 2020).

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após uma análise das discussões de Lessing, alemão de muitas valências teóricas e artísticas do início do século XVIII sobre a imaturidade humana e as dificuldades associadas a esta, RÖHR (2013) propõe que o docente deva promover uma reconquista - e não abandono - dos desafios da tarefa educacional, abdicando de soluções pedagógicas fáceis, unilaterais ou universais, com o intuito de alcançar a liberdade e a felicidade, não apenas a profissionalização, mas também a satisfação da necessidade humana de se relacionar, conhecer e existir por inteiro.

Educar nesse sentido não pode ser *inculcar* complexos intelectuais, mas sim, um movimento para capacitação do intelecto para moderar as dimensões do humano, de maneira sensível e intuitiva, a fim do discente ser capaz de se reconhecer como parte do próprio desenvolvimento, empoderado para se relacionar e, no caso da enfermagem, assistir aos pacientes sob seus cuidados atentando para a inteireza biopsicossocial e espiritual deste, nos mais variados processos saúde, doença e cura.

Concorda com essa proposta a revisão feita, que ainda indica a espiritualidade como um conceito a ser desenvolvido no ensino da enfermagem, com o intuito de qualificar a assistência prestada e assim como outras ciências, ao invés de evitar o tema, propõem-se a buscar abordagens transversais e horizontais que fomentem discussões seja na sala de aula, na comunidade ou nas unidades de assistência em saúde, não com o intuito de encaixotar as espiritualidades, mas, como em uma releitura do mito grego de Hesíodo, ousadamente perscrutar o último dos itens da caixa aberta inicialmente por Pandora: a esperança, como caminho inexplorado para a integralidade do cuidado em saúde.

Essa revisão por fim, permitiu aprofundar a proposta investigativa quanto ao conceito e abordagem das espiritualidades no cuidado de Enfermagem e educação em Enfermagem, servindo para justificar a importância dessa pesquisa para a instrumentalização dos profissionais para dialogar e participar de diálogos com um mundo de estigmas sobre o tema.

Aqui não há possibilidade para um fim em si mesmo, mas para transformação positiva do Processo de Ensino e Trabalho em Enfermagem, superando o modelo biomédico naquilo que lhe couber na promoção do bem-estar em saúde dos pacientes/usuários.

## REFERÊNCIAS

ATARHIM, M.A.; LEE, S.; COPNELL, B. An exploratory study of spirituality and spiritual care among Malaysian nurses. **Journal of religion and health**, Califórnia-EUA, v. 58, n. 1, p. 180-194, 2019.

BAZRAFKAN, L.; NAJAFI KALYANI, M. Nursing Students' Experiences of Clinical Education: A Qualitative Study. **Investigacion y educacion en enfermeria**, Antioquia-CO, v. 36, n. 3, 2018

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M.. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, Jun., 2004

CONE, P.H.; GISKE, T. Integrating spiritual care into nursing education and practice: strategies utilizing open journey theory. **Nurse Education Today**, Edimburgo-UK, v. 71, p. 22–25, 2018.

CORDERO, R. DE D.; ROMERO, B.B.; MATOS, F.A. DE.; et al. Opinions and attitudes on the relationship between spirituality, religiosity and health: A comparison between nursing students from Brazil and Portugal. **Journal of clinical nursing**, Hull-UK, v. 27, n. 13-14, p. 2804-2813, 2018.

CUNHA, V. F. da; ALMEIDA, A. A. de; PILLON, S. C.; FONTAINE, A. M. G.; SCORSOLINI-COMIN, F. Religiosidade/Espiritualidade na Prática em Enfermagem: Revisão Integrativa. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande-BR, v. 14, n. 2, p. 131–150, 2022.

ESKANDARI, N.; GOLAGHAIE, F.; AGHABARARY, M.; HAMIDREZA K.; et al. Explaining the relationship between moral intelligence and professional self-concept with the competency of nursing students in providing spiritual care to promote nursing education. **Journal of education and health promotion**, Isfahan-IR v. 8, 2019.

FERREIRA, T.T.; BORGES, M. DE F.; ZANETTI, G.C.; et al. Percepção de acadêmicos de medicina e de outras áreas da saúde e humanas (ligadas à saúde) sobre as relações entre espiritualidade, religiosidade e saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília-DF, v. 42, n. 1, p. 67-74, 2018.

FIGUEREDO, L.P.; CARVALHO JUNIOR, A. DE; SILVA, J.C. DE M.C.; et al. Espiritualidade Dirigida ao Ensino de Enfermagem da Residência em Saúde Mental e Psiquiatria. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, Valparaíso de Goiás-BR, v. 8, n. 3, p. 246-254, 2019.

FIGUEIREDO, N.M.A. DE; TONINI, T.; FERREIRA, M.A.; DOS SANTOS, I.; LUZ, A.C.P. Enfermagem: a arte de cuidar. In.: FIGUEIREDO, N.M.A. DE. **Fundamentos, conceitos, situações e exercícios** / Nébia Maria Almeida de Figueiredo (Org). - São Caetano do Sul, SP : Yendis Editora, 2010. (Práticas de Enfermagem).

HORTA, Vanda de Aguiar. **Processo de enfermagem** / Wanda de Aguiar Horta, com a colaboração de Brigitta E. P. Castellanos. - São Paulo : EPU 1979.

HUEHN, S.L.; KUEHN, M.B.; FICK, K.E. Integrating spiritual care during interprofessional simulation for baccalaureate nursing students. **Journal of Holistic Nursing**, Sandy Hook-EUA, v. 37, n. 1, p. 94-99, 2019.

HU, Y; JIAO, M; LI, F. Effectiveness of spiritual care training to enhance spiritual health and spiritual care competency among oncology nurses. **BMC palliative care**, Londres-UK, v. 18, n. 1, p. 1-8, 2019.

JACOB, B.; HUYNH, T. ; WHITE, A.; et al. Pharmacy and Nursing Students' Perceptions Regarding the Role of Spirituality in Professional Education and Practice. **American journal of pharmaceutical education**, Arlington-EUA, v. 84, n. 9, 2020.

KIM, H.S.; YEOM, H. The association between spiritual well-being and burnout in intensive care unit nurses: A descriptive study. **Intensive and Critical Care Nursing**, Londres-UK, v. 46, p. 92-97, 2018.

Lima CAB, Lima ARA, Mendonça CV, Lopes CV, Heck RM. O uso das plantas medicinais e o papel da fé no cuidado familiar. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre-BR, v. 37, 2016

KUVEN, B.M.; GISKE, T. Talking about spiritual matters: First year nursing students' experiences of an assignment on spiritual conversations. **Nurse education today**, Edimburgo-UK, v. 75, p. 53-57, 2019.

MEDEIROS, A.Y.B.B.V. DE; PEREIRA, E.R.; SILVA, R.M.C.R.A.; ROCHA, R.C.N.P.; et al. Spirituality and meaning of life in nursing education: report of experience in teaching. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília-DF, v. 73, n. 2, 2020.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 17, n. 4, p758-64, 2008.

MERMER, G.; AKYÜZ, M.D.; CAN, H.O. Midwifery Students' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care: An Example from Western Turkey. **Journal of religion and health**, Califórnia-EUA, v. 58, n. 2, p. 666-676, 2019.

MINAYO, M.C. de S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade** / Maria Cecília de Souza Minayo (org.); Suely Ferreireira Deslandes; Romeu Gomes. - Petrópolis, RJ : Vozes, 2016. 95 p.

MOMENNASAB, M.; SHADFARD, Z.; JABERI, A. et al. The Effect of Group Reflection on Nursing Students' Spiritual Well-being and Attitude Toward Spiritual Care: a randomized controlled trial. **Investigacion y educacion en enfermeria**, Antioquia-CO, v. 37, n. 1, p. 80-89, 2019

NEATHERY, M.; TAYLOR, E.J.; HE, Z. Perceived barriers to providing spiritual care among psychiatric mental health nurses. **Archives of psychiatric nursing**, Filadélfia-EUA, v. 34, n. 6, p. 572-579, 2020.

NIGHTINGALE, F., **Una and the Lion**, Riverside Press, 1871.

RIAHI, S.; GOUDARZI, F.; HASANVAND, S.; ABDOLLAHZADEH, H.; et al. Assessing the effect of spiritual intelligence training on spiritual care competency in critical care nurses. **Journal of medicine and life**, Cluj-Napoca - RO v. 11, n. 4, p. 346, 2018.

RÖHR, F. **Educação e espiritualidade: contribuições para uma compreensão multidimensional da realidade, do homem e da educação** / Ferdinand Röhr. - Campinas, SP : Mercado das Letras, 2013. 355 p.

ROSS, L.; MCSHERRY, W.; GISKE, T; VAN LEEUWEN, R.; et al. Nursing and Midwifery Students' Perceptions Of Spirituality, Spiritual Care, and spiritual care competency: a prospective, longitudinal, correlational European study. **Nurse education today**, Edimburgo-UK, v. 67, p. 64-71, 2018.

SANNA, Maria Cristina. Os processos de trabalho em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília-DF, v. 60, n. 2, p. 221-224, 2007.

SIMÕES, N.D.; MARTINS, P.G.; SANTOS, R.O.P. DOS; et al. Espiritualidade e saúde: experiência de uma disciplina na graduação de enfermagem. **Revista de Enfermagem UFSM**, Santa Maria-BR, v. , n, p.1-11, 2018

SOUSA, J.B; BUSS, E; LOPES, L.B; HECK, R.M. Práticas de Autocuidado de Famílias Rurais do Sul Gaúcho. *In: SEMANA INTEGRADA DE INOVAÇÃO, ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO*, 4.; CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 27., 2018, Pelotas. **Anais [...]**. Pelotas, 2018.

SIVA JR, O.C. DA; LOURENÇO, L.H.S.C. A história da história da Enfermagem. *In.: FIGUEIREDO, N.M.A. DE. Fundamentos, conceitos, situações e exercícios / Nêbia Maria Almeida de Figueiredo (Org).* - São Caetano do Sul, SP : Yendis Editora, 2010. (Práticas de Enfermagem).

OXFORD PRINT. Ottawa Charter for Health Promotion. (1986). *In: Health Promotion* (vol. 1, iii-v). World Health Organization. Disponível em <<https://doi.org/10.1093/heapro/1.4.405>> . Acesso em 23/09/2018

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Sobre o nosso trabalho para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil.** [WEB]. Disponível em <<https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>>. Acesso em 23/09/2022

TONIOL, Rodrigo. Atas do espírito: a Organização Mundial da Saúde e suas formas de instituir a espiritualidade. **Anuário Antropológico**, Brasília-DF, n. 2, p. 267-299, 2018.

VOGEL, A.; SCHEP-AKKERMAN, A.E. Competence and frequency of provision of spiritual care by nurses in the Netherlands. **Scandinavian journal of caring sciences**, Västra Frölunda-SE, v. 32, n. 4, p. 1314-1321, 2018.

# O TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E A UNIVERSALIZAÇÃO DO ACESSO

*Data de aceite: 01/12/2022*

**Erica Lima Costa de Menezes**

**Melisse Eich**

**Marta Inez Machado Verdi**

**Magda Duarte dos Anjos Scherer**

para concretizar a universalidade do acesso no Brasil. Podemos afirmar que está no escopo da bioética o questionamento e a deliberação sobre a melhor forma de realizar as ações de saúde, discutindo e argumentando os valores expostos durante as pactuações coletivas e representadas por meio das leis, portarias e políticas públicas, articulando com os constantes na vida de cada indivíduo e /ou coletividade.

A abordagem ergológica surge na década de 1980 na França. Trata-se de “uma disciplina de pensamento, própria às atividades humanas, que tem como objetivo construir conceitos rigorosos e indicar nestes conceitos como e onde se situa o espaço das (re)singularizações parciais, inerentes às atividades de trabalho” (SCHWARTZ, 2000, p. 45). Para o grupo de estudiosos, era importante saber o que estava mudando no mundo econômico, do trabalho e social naquela época e, para isso, era fundamental fazer uma aproximação do trabalho estabelecendo uma troca entre os elementos teóricos levados pelos pesquisadores e a

## INTRODUÇÃO

No campo da bioética, os problemas da vida cotidiana, invisibilizados por algum tempo pelos casos de fronteira, começam a ocupar centralidade na análise a partir da bioética cotidiana cunhada por Giovanni Berlinguer como a bioética mais próxima à experiência de todas as pessoas e de todos os dias (Berlinguer, 2004, p. 10). A bioética cotidiana “considera que viver de modo digno significa viver e conviver em saúde e que as regras morais têm valor na experiência humana” (LIMA, 2013, p.15). Nos auxilia assim, na compreensão dos valores intrínsecos aos modos de produção do cuidado, bem como nas políticas públicas para a APS e sobre os desafios

experiência dos trabalhadores, analisando a situação de trabalho em grupo (SCHWARTZ, 2006). Pretendia-se assim, conhecer melhor a atividade e potencializar a capacidade de intervenção e produção de transformações (SCHWARTZ, DUC E DURRIVE, 2007). A abordagem ergológica utiliza-se da integração de disciplinas, como: a Ergonomia, a Linguística, a Antropologia, a Psicologia, a Economia e a Engenharia (SCHWARTZ, 2006).

No presente capítulo, trazemos uma reflexão sobre as políticas públicas para Atenção Primária à Saúde no Brasil e os modos de produção do cuidado, tendo como horizonte a consolidação do princípio da universalidade do acesso, a partir de dois referenciais teóricos: a ergologia e a bioética cotidiana.

## **REFLEXÕES SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS E A UNIVERSALIDADE DO ACESSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Mesmo após quase duas décadas de políticas públicas de inclusão social, o Brasil sofreu um retrocesso nos últimos 5 anos, voltando a ocupar uma posição dentre os países com as maiores taxas de desigualdades sociais. Internamente, essas desigualdades se refletem nas iniquidades socioeconômicas e de saúde entre regiões, estados e municípios e dentro de regiões do mesmo município, com grande influência do setor privado e do mercado em torno da saúde. Para Berlinguer (1996), as iniquidades distributivas da saúde e das doenças entre as pessoas e populações tem relação direta com as diferenças genéticas, psicológicas, comportamentais, sobretudo com os fatores sociais e culturais (instrução, trabalho, habitação, nutrição). Iniquidades são entendidas como as diferenças desnecessárias, evitáveis, reprováveis e injustiças, podendo ser reduzidas mediante a oferta de igualdade de oportunidades e remoção de obstáculos que não possam ser superados por meio da vontade e das atitudes pessoais, configurando-se como “o desafio moral mais relevante no relacionamento entre ética e saúde” (BERLINGUER, 1996, p.82).

Ao passo que se busca esclarecer a terminologia “igualdade de oportunidades” é preciso considerar o fato de não equivaler

“A algo como igualdade de liberdades abrangentes (overall freedoms). Isto é assim devido (1) à diversidade fundamental dos seres humanos, e (2) à existência e importância de meios variados (tais como renda ou riqueza) que não se enquadram no domínio da definição padronizada de ‘igualdade de oportunidades’. Nos termos da posição delineada e defendida neste trabalho, um modo mais adequado de apreciar a igualdade ‘real’ de oportunidades deve ser por intermédio da igualdade de capacidades (ou da eliminação das desigualdades claras nas capacidades, pois as comparações de capacidade são caracteristicamente incompletas)” (SEN, 2001, p.37, grifos do autor).

Assim, as oportunidades ‘reais’ não são caracterizadas apenas pelos recursos disponibilizados às pessoas, e sim, funções cujos valores determinantes são permeados por uma série de fatores: “recursos, talentos, condicionamentos, direitos, expectativas, escolhas anteriores, consequências controláveis ou não de ações individuais ou coletivas,

autoestima, poder de iniciativa, voz da comunidade, processos decisórios etc.” (SEN, 2001, p.13).

É possível, também, considerar que as iniquidades vivenciadas pelo povo brasileiro foram ainda mais graves antes da Constituição de 88, quando o acesso era limitado aos contribuintes da Previdência Social o que restringia o direito a atenção à saúde. A saúde, como um direito fundamental do ser humano, precisa ser compreendida como uma construção histórica e social a partir dos embates e lutas por direitos em várias sociedades. Dessa forma, é reconhecida pelo ordenamento jurídico como um direito fundamental, inerente aos seres humanos, existente independentemente e anteriormente a presença de qualquer documento formal, mas que a população brasileira entendeu, no decorrer da história, como necessária à sua formalização tanto na Constituição Federal (CF) como em outros instrumentos jurídicos. É um direito essencial para o desenvolvimento humano, pois gera interferências e produção de benefícios. Os direitos sociais, fundamentais, universais e de competência estatal ganharam força após a segunda guerra mundial (1939-1945) para proteção da dignidade humana, atingida fortemente pelo regime nazista (LIMA et al, 2009).

Conhecer “o processo histórico de conformação do sistema de saúde é um elemento de grande valia para a compreensão das bases do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil” (SCOREL; TEIXEIRA, 2011, p. 333). Ao passarmos do império ao populismo e do golpe militar à reforma sanitária destacam-se “a ocupação de espaços de poder pelos representantes do movimento da Reforma Sanitária, a realização da 8º Conferência Nacional de Saúde, o processo constituinte e a aprovação do direito à saúde em 1988, encerrando-se com a legislação infraconstitucional (...)” (SCOREL, 2011, p. 385).

Após 1988, no Brasil, o direito amplo da saúde é entendido como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1998), considerando os fatores socioeconômicos que interferem nas formas como as pessoas vivenciam esse direito (GIOVANELLA E FLEURY,1995).

A existência de direitos fundamentais, por si só, não garante que a população deles consiga usufruir, são necessárias garantias jurídicas, políticas, processuais e institucionais eficazes que defendam o direito à saúde (AITH, 2010). O Sistema Único de Saúde foi instituído pelos brasileiros como garantia fundamental do direito à saúde e configura-se como a primeira política social universal do Brasil. O Direito à Saúde passa a ser um valor importante para as políticas públicas com princípios agregados de universalidade, da solidariedade, da dignidade humana e da equidade. A política de saúde se configura então como política social e a saúde passa a ser um direito vinculado à cidadania (VERDI, 2013).

A legalidade do direito a saúde e do acesso universal está instituída, entretanto a sua efetiva implementação tem sido construída ao longo dos anos com avanços importantes, mas ainda longe das expectativas de décadas passadas. Com o passar dos anos o SUS

sofreu ameaças constantes tanto pelo subfinanciamento como pelo desmonte na estrutura dos serviços, ocasionando para a sociedade brasileira uma interpretação superficial dessa Política Pública com apoio de forte manipulação midiática. Mais recentemente, as propostas de planos populares de saúde, mudanças na forma de financiamento e a concepção de que o SUS é financeiramente inviável, por parte de gestores federais estratégicos, demonstram que esse importante sistema público de saúde com suas políticas está ainda mais ameaçado.

Percebemos assim, que é preciso olhar para forma como essas políticas mobilizam o fazer em estados e municípios. É fundamental o constante questionamento sobre qual sistema de saúde e qual sociedade queremos construir, sendo limitadas as mudanças nos modelos de atenção à saúde de forma setorial exclusiva. É preciso fortalecer a construção de formas de conservação/manutenção do SUS e da participação popular para que os brasileiros discutam as suas necessidades oriundas de condições de vidas vivenciadas e experimentadas no cotidiano. Trata-se de uma luta constante, realizada com muita persistência por inúmeros grupos sociais provenientes dos movimentos sociais, das universidades, de gestores e trabalhadores dos mais diversos setores para uma tentativa de manutenção dos direitos adquiridos, ampliação das garantias necessárias e redução das iniquidades.

Em suma, a defesa do sistema público de saúde no Brasil perpassa a discussão sobre a universalidade do acesso, ressaltando-se a importância da solidariedade humana, em relação aos problemas sanitários em escala internacional, na busca pela contraposição da “ofensiva neoliberal” que apresenta uma concepção de responsabilidade individual pela situação de saúde de cada pessoa, desconsiderando os fatores sociais como determinantes do processo saúde-doença, bem como a influência da posição social na frequência, no decurso e no resultado da doença, exaltando o valor do egoísmo em detrimento ao da solidariedade (BERLINGUER, 2004). Para Berlinguer (2004) há uma necessidade de luta ampliada pelos direitos sociais, direcionados ao combate dos desperdícios e distorções nos serviços de saúde, de avaliação da eficácia na prestação dos serviços, considerando a eficiência e a humanização; e na adoção de um sistema que não atenda apenas as emergências evitáveis, mas que atue para que estas não ocorram.

Nesse contexto, é importante ponderar as diferenças entre a universalidade do acesso e a cobertura universal, conceitos que, por vezes, têm sido utilizados como sinônimos, mas que guardam diferenças importantes entre si. Ainda que a cobertura universal, concebida pela Fundação Rockefeller e acolhida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), se estruture a partir da oferta de acesso a todos aos serviços de saúde, essa separa os que podem pagar com acesso a um número maior de serviços e os com menos recursos financeiros com um número menor ou básico de serviços (RIZZOTTO E COSTA, 2014). De acordo com Pires (2016, p. 2), “a expressão cobertura universal, muitas vezes, refere-se ao quantitativo populacional coberto por serviços de saúde, o que não significa

que o referido número de indivíduos utilize o serviço ou que o mesmo seja capaz de atender a múltiplas e complexas necessidades em saúde”.

Em contrapartida, a universalidade do acesso aos serviços e ações de saúde, um dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde, traduz um importante valor ético que é a afirmação de que a vida de todas as pessoas deve ser respeitada e cuidada. Para Paim e Silva (2010), os conceitos de universalidade e equidade estão relacionados ao princípio da igualdade e, este, por sua vez, à ideia de justiça; estando a ideia de universal presente no lema da revolução francesa e nas disputas dos socialistas utópicos e se referindo a aquilo que é comum a todos e, na saúde, um princípio reforçado nas propostas dos Estados de Bem-Estar Social e da Conferência de Alma Ata, como defesa da saúde como direito.

Por sua vez, a universalidade do acesso ingressa no debate da bioética, assim como as políticas públicas passam a ser campo de estudo dos pesquisadores da área (GARRAFA, 2013). Para Berlinguer (1996), apesar de não ser fácil fazer essa afirmação, as iniquidades em saúde são menores nos países que desenvolveram sistemas de saúde universais e eficazes, mesmo reconhecendo que esses países adotaram políticas de restrição e seletividade, justificadas pelo alto custo do sistema. Entretanto, aponta que se fizermos uma análise para além da questão econômica e dos gastos em saúde, mas olhando para a saúde e a produção do cuidado, as iniquidades em saúde são menores nesses locais.

No Brasil, a APS torna-se a principal estratégia para fazer valer o princípio da universalidade no SUS, como a ordenadora dos serviços de saúde e a porta de entrada preferencial do sistema, ganhando contornos próprios e, por isso, também uma definição distinta, pelo movimento sanitário. Nomeada de Atenção Básica à Saúde (ABS) pretendeu demarcar uma discordância com parte do movimento internacional que rotulava a APS como uma forma de ofertar um pacote de ações básicas para aqueles que não poderiam pagar por assistência, almejando afirmar a universalidade e integralidade consolidadas pelo Sistema Único de Saúde (GIOVANELLA E MAGALHÃES DE MENDONÇA, 2012). A Atenção Básica, como ordenadora dos serviços de saúde, tinha entre os objetivos principais, associados à expansão dos serviços, a mudança de aspectos do modelo de atenção, como foco na doença, a excessiva especialização, a centralidade no profissional médico e a passividade imposta ao “paciente”. Assim como, a conformação de equipes multiprofissionais capazes de um cuidado mais integral, uma proximidade com a população a ser cuidada e que previa uma ampliação de vínculo e cuidado longitudinal e uma corresponsabilização com a produção do cuidado, entendendo a saúde em seu conceito ampliado e a responsabilidade sanitária como compromisso de todos.

A maneira como essas políticas se efetivam em cada território são distintas e sofrem a influência de um conjunto de fatores, mesmo havendo em comum as normativas elaboradas em âmbito nacional que influenciam como os princípios do SUS se efetivam, dentre eles o da universalidade do acesso. Inclusive, as políticas públicas federais precisam

traduzir os princípios ordenadores do SUS e devem estar conectadas com que acontece no cotidiano dos serviços de saúde. Assim, uma aproximação dos modos de produção do cuidado no cotidiano da APS se faz fundamental para a compreensão dos avanços e desafios na universalidade do acesso.

## **UMA APROXIMAÇÃO AOS MODOS DE PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL**

A Atenção Primária à Saúde se configura como um espaço do sistema de saúde que deve estar mais próximo, no sentido amplo e não meramente geográfico, dos sujeitos individuais e coletivos. Uma proximidade que se traduz no conhecimento das especificidades, singularidades, indicadores de saúde e modos de viver das pessoas, na responsabilização sobre a produção do cuidado, na produção de vínculo e de confiança entre usuários e serviços de saúde e na prestação de serviços de saúde de qualidade com resolubilidade. Missão complexa e diversa quando consideramos tanto as diferenças presentes nos encontros cotidianos quanto toda a diversidade cultural, social, econômica e política existente em um país como o Brasil. Neste delineamento, convivemos com formas distintas de se produzir atos de saúde a despeito das normas estabelecidas no nível federal, estadual e municipal do sistema público de saúde.

A partir dessa constatação, é preciso esclarecer que o conceito de trabalho ao englobar inúmeros elementos, possui definições essenciais a sua compreensão tais como a definição de atividade proposto pela ergologia. Por sua vez, a atividade, sempre enigmática e não passível de padronização, acontece no momento do encontro entre o trabalhador e o usuário, onde esse apresenta a sua necessidade de saúde e é preciso dar uma resposta ao que é solicitado. Esse momento é composto por um conjunto de histórias de vida, de normas antecedentes e de valores (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007).

Por norma antecedente, entendemos tudo aquilo que o trabalhador traz de conhecimento sistematizado, seja da formação ou da sua experiência, e que existe antes do momento de realização da atividade. Os profissionais de saúde, possuem, por exemplo, as diretrizes organizacionais da Estratégia Saúde da Família como a adscrição da clientela, o trabalho em equipe multiprofissional, a carga horária de 40 horas, as ações programáticas, o acolhimento, bem como as normas específicas para cada categoria profissional. Compõem também as normas antecedentes, as experiências e vivências dos trabalhadores, sejam elas profissionais ou pessoais, os valores e normas presentes na cultura, religião e no meio de vida em que essas pessoas se constituíram e se constituem como seres sociais (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007).

Nesta perspectiva, a atividade é uma contínua recomposição, recriação de normas antecedentes, que resguardam uma distância do que realmente é solicitado em cada situação de trabalho (SCHWARTZ, 2007). Por conseguinte, o que está escrito e prescrito bem como todo o conhecimento que possuímos acerca do modo como produzimos o cuidado, seja ele

científico ou produzido por uma experiência, nunca será igual à experiência propriamente dita. No encontro entre trabalhadores e usuários, ambos se transformam, transformam o ambiente onde atuam e transformam uns aos outros. Para Schwartz (2007, p.9):

...cada ser humano – principalmente cada ser humano no trabalho – tenta mais ou menos (e sua tentativa nem sempre é bem-sucedida), recompor em parte, o meio de trabalho em função do que ele é, do que ele desejaria que fosse o universo que o circunda. Ora mais ou menos! Esta recomposição pode ser mínima ou mais significativa– e isso é algo muito positivo.

Trabalhar é, nos debates de normas presentes em nossos encontros, tentar estabelecer uma sinergia para a tríplice ancoragem: (a) biológica composta pelo corpo dado no nascimento, com suas potencialidades e seus limites, (b) histórica: mediante o debate de normas que a constituem e só ganham sentido em um dado momento da história; (c) singular e que tem relação com a experiência de vida de cada pessoa, que a ergologia chama de corpo-si (SCHWARTZ, 2003).

É o corpo-si, que, no momento da atividade, faz a gestão entre o prescrito e o real, representando o sujeito da atividade que faz escolhas, menos ou mais conscientes, em função de critérios que são orientados por valores. É preciso se apropriar de certo número de normas antecedentes, compreender que existe algo que é distinto e novo frente a essas normas no momento da atividade e que é preciso saber fazer a gestão entre elas e o inédito, para conseguir produzir cuidado com qualidade (SANT'ANNA; HENNINGTON, 2010, p. 210). Existe então, uma primeira antecipação da atividade, oriunda das normas antecedentes e uma segunda antecipação, ao constatar, por exemplo, que esse saber não contempla toda a atividade, havendo sempre uma renormalização, recriação da primeira antecipação (NEVES, 2010).

Convém ainda lembrar que a finalidade do trabalho é exterior ao homem, é social, pois toda prescrição, à qual o trabalho tem que responder, é produzido pela sociedade. O trabalhador então, se produz como ser social, carregando em si questões que são da sociedade (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007). A mudança pretendida na forma como o cuidado é produzido na APS requer reflexão, dos diferentes atores envolvidos, sobre os fatos, as normas e os valores que orientam à prática dos profissionais de saúde, bem como aquelas que originam as demandas e necessidades de saúde dos usuários.

Políticas Públicas que traduzem os valores do respeito à vida de todos, das produções singulares de cuidado, que fomentam a autonomia e a constituição de consciência sanitária, que estimulam o diálogo e a escuta, também orientam à produção do cuidado para o encontro com esses valores. O trabalhador busca atuar de acordo com que o meio espera e exige dele, mas também de acordo com o que ele exige de si mesmo. Ele faz escolhas, conscientes ou inconscientes, a partir de critérios e valores, originando um debate do trabalhador com o próprio trabalhador (suas expectativas, valores, necessidades e possibilidades) e debate da ordem social (respeito ao outro, respeito ao direito do outro)

(SCHWARTZ; DURRIVE, 2007).

As políticas públicas fazem parte de um lado do conjunto de saberes que compõem as normas antecedentes dos trabalhadores e, como toda norma antecedente é resultante de uma construção histórica que agrega também valores de bem comum de uma sociedade (NEVES, 2010) e de outro compõem, as múltiplas experiências de vida e de trabalho vivenciadas por cada um, influenciando diretamente o modo de realizar a atividade. Alguns trabalhadores quando questionados, por exemplo, sobre o motivo de realizarem a sua atividade de uma forma que nos parece regida por discussões teóricas há muito renovadas, nos relatam ter aprendido com outro profissional mais antigo da equipe que, por sua vez, responde a uma exigência da maneira como a gestão organizava o trabalho da equipe. Na concepção das políticas públicas e na gestão cotidiana dos serviços de saúde a renovação constante das normas, a partir do que é produzido nos encontros entre serviços de saúde e população, é fundamental para qualidade das ações que são produzidas.

Presente no encontro, nas decisões, nas normas antecedentes e nas formas de produzir cuidado, os fatos, as normas e valores são determinantes na construção de atos de saúde mais humanizados ou mais protocolares. Para Schwartz (2011, p.27):

Há, pois, uma relação estreita, frequentemente subestimada ou tão simplesmente ignorada, entre nossa ligação com o mundo dos valores e nossa maneira de trabalhar os saberes. Se há debates de normas em todos os nossos agires e, notadamente, no trabalho, e se a respeito deles temos que tomar decisões todos os dias, é porque um universo de valores está intimamente presente em nós e, em nome desses, tomamos tais decisões: (...) Fazer esse trabalho, em função do peso que se dá a esses valores, é, também, uma escolha do que queremos ser.

É imprescindível, segundo Schwartz (2011, p. 22) questionar o contexto das ações no trabalho a partir de perguntas como: Qual a postura do profissional de saúde no momento do encontro entre trabalhadores e usuários? Os usuários devem ser entendidos como objetos de intervenção, como “situações-tipo” [termo utilizado pelo autor] ou como pessoas que trazem também com elas uma história de vida, conhecimentos prévios, experiências e modos singulares de cuidar? Um encontro que é ativo e atento às diferenças e que convoca os envolvidos a aprender e co-construir a partir dele, considerando não só o motivo da queixa que levou o usuário à unidade básica de saúde, mas usando essa queixa como ponte para dialogar sobre como esse sujeito entende o seu processo saúde-doença-cuidado e auxiliando-o a ser uma pessoa com mais autonomia no seu processo de caminhar a vida. Portanto, é necessário ir “além dos muros”, “procurando elementos fundamentais nesse processo” na cotidianidade, nas famílias, nas comunidades”... “onde a história se faz” (SCHWARTZ, 2011, p.22). Além disso, é essencial a busca pela compreensão do modo como essas pessoas produzem cuidado, como vivem suas vidas e dão conta de enfrentar e superar as dificuldades, conhecendo e incluindo no desenvolvimento do projeto terapêutico aquilo que a ergologia chama de “reserva de alternativas” presentes no dia a dia dessas

pessoas, no seu meio de vida.

Para Berlinguer (1996), a medicina ocidental pode ser considerada imprópria por alguns motivos: existência de outras medicinas com fundamentos éticos mais holísticos; as dificuldades vivenciadas por todos os modelos assistenciais sejam os baseados em seguros privados, ou em seguros sociais ou em serviços nacionais e; pela existência, na relação entre profissionais de saúde e usuários, dos desvalores paternalismos e autoritarismo que usurpam dos usuários sua autonomia, um valor princípio moral que deve ser não só respeitado e como estimulado.

Os atos em saúde, para Schwartz (2011), ganham ares de um processo artístico, dialético, que exigem criatividade e capacidade de, no debate de normas presentes, decidir entre os saberes formalizados aqueles que serão utilizados a partir do que é convocado, ensinado pelos usuários. Serviços de saúde convivem constantemente com essa dupla possibilidade antagonica de respeitar a procura por construções singulares de saúde, próprias a todas as pessoas ou de “domesticar” através, somente, das “normas e prescrições já citadas” (SCHWARTZ, 2011, p.34).

Por vezes, essa exigência, algo difícil a depender das necessidades apresentadas pelos usuários, dos recursos existentes nas unidades de saúde, da disponibilidade, capacidade dos sujeitos, faz com que equipes de saúde se apoiem quase que exclusivamente nos protocolos, procedimentos, normas tornando os serviços de saúde espaços extremamente burocratizados e limitadores de acesso.

Aos trabalhadores de saúde resta ainda a decisão (que muitas vezes não é individual, pois depende de questões que extrapolam o espaço micro da produção do cuidado) entre responder às necessidades de saúde com qualidade, rapidez e de forma humanizada e o que a ergologia chama de “economia de si”. Esses relatam que o fazer em saúde carrega inúmeras responsabilidades quando uma escuta mais atenta é realizada e que os usuários apresentam questões que os profissionais de saúde não encontram respostas nos protocolos e, nos sistemas de saúde Além disso, as condições de trabalho, os vínculos empregatícios, a satisfação com a função que exerce e tantas outras questões presentes na vida das equipes de saúde, de dentro e de fora do mundo do trabalho, exigem dos trabalhadores considerar no momentos de reflexões e prudência para o desenvolvimentos das ações em saúde, os aspectos que diminuam o desgaste físico e emocional no cotidiano do cuidado para com o outro, ocasionando menor sofrimento e uma maior satisfação no trabalho, em uma constante dialética entre aquilo que o meio exige desse trabalhador (uso de si pelos outros) e aquilo que o próprio trabalhador entende ser o melhor caminho a percorrer (o uso de si por si).

Sobre os usos de si, Schwartz (2000, p. 41) afirma:

“quando se diz que o trabalho é uso de si, isto quer, portanto, dizer que ele é lugar de um problema, de uma tensão problemática, de um espaço de possíveis sempre a negociar: há não execução, mas uso, e este supõe

um espectro contínuo de modalidades. É o indivíduo em seu ser que é convocado, são, mesmo no inaparente, recursos e capacidades infinitamente mais vastos que os que são explicitados, que a tarefa cotidiana requer, mesmo que este apelo possa ser globalmente esterilizante em relação às virtualidades individuais. Há uma demanda específica e incontornável feita a uma entidade que se supõe de algum modo uma livre disposição de um capital pessoal. Tal é a justificação da palavra “uso” e tal é aqui a forma indiscutível de manifestação de um ‘sujeito’”.

É cada vez mais difícil de se perceber o “trabalho do uso de si por si mesmo” em uma sociedade dominada por normas e produtividade, mas que “com o encontro dos seres humanos que se dá nos serviços, a ideia do debate de normas referidas a valores que ele chama ‘sem dimensão’ – como a saúde, a justiça, a cultura, o bem viver, o bem comum – coloca-se mais e mais intensa” (SCHWARTZ, 2006, p. 406).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os desafios e as ameaças ao SUS, frente à crise política e econômica que o país está passando, tem sido tema de discussões em todo o Brasil, reafirmando o compromisso e a responsabilidade de todos os cidadãos brasileiros com a luta e o pacto político assumido em 1988 com a universalidade do acesso, a construção de políticas públicas e os modos de produção do cuidado fundamentados nos princípios da justiça, equidade e solidariedade social.

A construção de um sistema público de saúde com a participação dos profissionais de saúde e dos usuários, forjada, entre outros elementos, a partir da análise dos fatos, valores e normas que circundam o processo do cuidado, pode nos ajudar a traçar caminhos para alcançar uma Atenção Primária à Saúde como um modelo de atenção orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Precisamos estabelecer no cotidiano do trabalho a reflexão sobre os “encontros” produzidos e tornar visível a atividade de trabalho, no conceito da ergologia. O encontro no momento do cuidado, entre duas (ou mais) pessoas pode promover a troca de saberes científicos e os específicos de cada profissão e os saberes populares que serão retrabalhados e que nada tem de mecânico e pré-determinado; sendo sempre inédito e reinventado e que demanda um constante estado de estranhamento tanto da equipe de saúde quanto dos usuários (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007).

Para o desenvolvimento da atividade, o trabalhador constrói atos de saúde a partir daquilo que ele conhece das normas antecedentes, da sua experiência, do que é solicitado pelo meio, do debate de valores, bem como dos mecanismos de usos e economia de si. Assim, para construção de políticas públicas que promovam, cada vez mais, à consolidação

do SUS e da universalidade do acesso é importante compreender como as ações de saúde são produzidas no cotidiano das práticas das equipes de saúde.

## REFERÊNCIAS

AITH, F. Direitos e garantias fundamentais: As garantias do direito à saúde no Brasil. In: Santos, L. Direito à Saúde no Brasil. Campinas, SP: Saberes Editora, 2010.p 210.

BERLINGER, G. (1996). Ética da Saúde. São Paulo: HUCITEC.

\_\_\_\_\_. Bioética Cotidiana. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2004. 280p.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2488 de 21 de Outubro de 2011. Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

\_\_\_\_\_. Portal do Departamento de Atenção Básica. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php). Acessado em: 17 abril de 2016.

DUC, M. DURAFFOURG, J., DURRIVE, L. O Trabalho e o ponto de vista da atividade. In: SCHWARTZ, Y; DURRIVE, L. Trabalho e ergologia: conversas sobre atividade humana. Niterói, Ed. UFF, 2007. Capítulo 2.p. 47-82.

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: Políticas e sistema de saúde no Brasil (Orgs.) GIOVANELLA, L.,

ESCOREL, S., LOBATO, L.V.C. et al. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

ESCOREL, S., TEIXEIRA, A.T. . História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimento populista. In: Políticas e sistema de saúde no Brasil (Orgs.) GIOVANELLA, L., ESCOREL, S., LOBATO, L.V.C. et al. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

GARRAFA, V. Proteção e acesso à saúde como um bem social. In: HELLMAN, F. VERDI, M., GABRIELLI, R., CAPONI, S. Bioética e Saúde Coletiva: perspectivas e desafios contemporâneos. Florianópolis: DIOESC, 2012.

GIOVANELLA L, FLEURY S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ C, organizadora. Política de Saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. p. 177-198.

GIOVANELLA L.; MAGALHÃES DE MENDONÇA, MH. Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados? Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

LIMA, R. de C. G. S. Giovanni Berlinguer: uma história de luta pela consolidação do direito à saúde. In: Hellmann F. et al. Bioética e saúde coletiva: perspectivas e desafios contemporâneos. Editora Primas: Curitiba, 2013. p.16-35.

LIMA, R. de C. G. S.; SEVERO, D. O.; VERDI, M. I. M. and DA ROS, M. A..A construção do direito à saúde na Itália e no Brasil na perspectiva da bioética cotidiana. Saude soc. [online]. 2009, vol.18, n.1, pp.118-130

MARIANO, CM. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. Revista de Investigações Constitucionais, Curitiba, vol. 4, n. 1, p. 259-281, jan./abr. 2017

MERHY, E.E. Universalidade, Equidade e Acesso Sim. Mas, Não Bastam. Disponível em: <http://www.ufr.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-10.pdf>. Acesso em: 01 de março de 2016.

MORA, J. F. Dicionário de Filosofia. 2º Ed. São Paulo: Ed. Loyola, 2004.

NEVES, T. P. A incorporação da abordagem ergológica na formação dos profissionais de saúde: em busca da integralidade da atenção à saúde. Rev. APS, Juiz de Fora, v. 13, n. 2, p. 217-223, abr./jun. 2010.

PAIM, J. S., SILVA, L.M.V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.) v.12 n.2 São Paulo ago. 2010

PIRES, D.E.P., et al. Cargas de trabalho da enfermagem na saúde da família: implicações no acesso universal. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2677. Acesso em: 10jan2017. Disponível em [www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt\\_0104-1169-rlae-0992-2682.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-0992-2682.pdf). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0992.2682>.

RIZZOTTO, M.L.F, COSTA. A.M. 25 anos do direito universal à saúde. Rio de Janeiro: CEBES, 2014. 246p

SANT'ANNA, S. R., HENNINGTON, E. A. Promoção da saúde e redução das vulnerabilidades: estratégia de produção de saberes e (trans)formação do trabalho em saúde com base na Ergologia. Interface (Botucatu) [online]. 2010, vol.14, n.32, pp. 207-215.

SCHERER, M.D.A. et al. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva, 18(11):3203-3212, 2013.

Schwartz Y. Trabalho e uso de si. Pro-Posições 2000; 5(32):34-50.

\_\_\_\_\_. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro , v. 4, n. 2, p. 457-466, Sept. 2006 . (Entrevista). Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462006000200015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462006000200015&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 16 Apr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462006000200015>.

\_\_\_\_\_. A dimensão coletiva do trabalho e as Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes (ECRP). In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Orgs.). Trabalho & ergologia – conversas sobre a atividade humana. Niterói: EdUFF, 2007.

\_\_\_\_\_. Intervenção, experiência e produção de saberes. Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP Campinas, v. X, n. 12, Dez. 2011.

\_\_\_\_\_. Motivações do conceito de corpo-si: corpo-si, atividade, experiência. Letras de Hoje, Porto Alegre, v. 49, n. 3, p. 259-274, jul.-set. 2014

SCHWARTZ, Y; DURRIVE, L. Trabalho e ergologia: conversas sobre atividade humana. Niterói, Ed. UFF, 2007. Capítulo 1.p. 24-46.

SEN, A. Desigualdade Reexaminada. Rio de Janeiro: Ed. Record, 2001.

STARFIELD, B. . Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília : UNESCO: Ministério da Saúde, 726p., 2004.

VERDI, M. O lugar da bioética nas políticas públicas de atenção básica à saúde. Florianópolis, set. 2013. Palestra ministrada no X Congresso Brasileiro de Bioética e II Congresso Brasileiro de Bioética Clínica.

# PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO À SAÚDE DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

*Data de aceite: 01/12/2022*

**Cláudia Carina Conceição dos Santos**

**Elizete Maria de Souza Bueno**

**Adriana Maria Alexandre Henriques**

**Zenaide Paulo da Silveira**

**Maria Margarete Paulo**

**Letícia Toss**

**Ester Izabel Soster Prates**

**Telma da Silva Machado**

**Simone Thais Vizini**

**Elisa Justo Martins**

estratégias terapêuticas que possibilitem uma redução do desgaste profissional da enfermagem no âmbito hospitalar.

**METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão da literatura através da busca de artigos no *Google* acadêmico e na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) realizada entre dezembro de 2015 a fevereiro de 2016.

**CONCLUSÃO:** Os estudos encontrados apontaram que o enfermeiro do trabalho é o profissional que atua nas organizações visando não só o cuidado à saúde do trabalhador, mas, também, a prevenção de doenças decorrentes do trabalho e que o uso das PICS na saúde do trabalhador tem mostrado resultados significativos. Em estudo realizado com acadêmicos de enfermagem 86,46% recomendaram o uso, por acreditar na sua eficácia, porém apenas um terço as utiliza, demonstrando que é necessário implementar disciplinas sobre o uso dessas práticas durante a formação dos enfermeiros para ampliar as discussões sobre o tema e incentivar seu uso na saúde do trabalhador.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem do trabalho. Saúde do Trabalhador. Terapias Complementares.

**RESUMO: INTRODUÇÃO:** As práticas integrativas e complementares (PICS) incorporam diversas abordagens com o objetivo de promover e manter a saúde por meio de uma visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção completa das necessidades humanas básicas em especial do autocuidado (BRASIL,2012).

**OBJETIVO:** Identificar as práticas integrativas e complementares (PICS) utilizadas na saúde do trabalhador como

**ABSTRACT: INTRODUCTION:** Integrative

and complementary practices (PICS) incorporate several approaches with the objective of promoting and maintaining health through an expanded view of the health-disease process and the complete promotion of basic human needs, especially self-care (BRASIL, 2012). **OBJECTIVE:** To identify integrative and complementary practices (PICS) used in workers' health as therapeutic strategies that enable a reduction in the professional exhaustion of nursing in the hospital environment. **METHODOLOGY:** This is a literature review by searching for articles on Google academic and on the Virtual Health Library (VHL) database carried out between December 2015 and February 2016. **CONCLUSION:** The studies found showed that nurses of work is the professional who works in organizations aiming not only at the care of the worker's health, but also at the prevention of diseases resulting from the work and that the use of PICS in the worker's health has shown significant results. In a study carried out with nursing students, 86.46% recommended their use, believing in their effectiveness, but only a third use them, demonstrating that it is necessary to implement disciplines on the use of these practices during the training of nurses to broaden discussions about the theme and encourage its use in workers' health.

**KEYWORDS:** Occupational nursing. Worker's health. Complementary Therapies.

## INTRODUÇÃO

As práticas integrativas e complementares (PICS) incorporam diversas abordagens com o objetivo de promover e manter a saúde por meio de uma visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção completa das necessidades humanas básicas em especial do autocuidado (BRASIL, 2012).

As horas de trabalho dos profissionais da saúde estão entre as mais extensas, eles deparam-se com plantões noturnos, com o manuseio de produtos químicos, ficam expostos à radiação ionizante e na maioria das vezes é necessário utilizar a força física para sustentar o peso dos pacientes durante a assistência (MANETTI et al., 2008). Esses fatores agregados a constante tensão que esses trabalhadores são submetidos podem gerar um significativo desgaste na saúde e interferir na qualidade de vida desses profissionais (NOVAIS et al., 2016).

Conforme Kurebayashi et al. (2012) a saúde física, psíquica e espiritual dos profissionais de saúde pode interferir de maneira significativa na assistência prestada por estes. Dessa forma, é essencial que enfermeiro do trabalho estimule e adote estratégias terapêuticas que possibilitem uma redução do desgaste profissional no âmbito hospitalar (KUREBAYASHI et al., 2015). O papel do enfermeiro do trabalho é a busca da qualidade de vida e saúde do trabalhador e o de desenvolver formas que ajudem a minimizar os riscos aos quais os trabalhadores poderão estar expostos (LIMA, 2012).

Devido à essas questões, foram identificadas quais as PICS atualmente são oferecidas aos profissionais da enfermagem para melhorar as condições físicas e psíquicas desses trabalhadores como estratégias terapêuticas que possibilitem uma redução do desgaste profissional da enfermagem no âmbito hospitalar.

O interesse em realizar esse estudo foi decorrente do conhecimento pessoal da autora sobre a temática. A partir de sua experiência profissional como enfermeira, vivenciou muitas vezes situações onde percebeu que a influência das crenças pessoais e a busca por equilíbrio através das PICS auxiliava a equipe de enfermagem a enfrentar situações de ameaça ou de desafio quando não havia disponível uma rotina ou uma resposta automática para essas situações.

## A HISTÓRIA E ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM DO TRABALHO

Através da análise dos artigos podemos evidenciar que a história da enfermagem do trabalho no Brasil é bem recente (LIMA, 2012). Ela foi proposta inicialmente para atender as emergências nas empresas com mais de 3.000 funcionários por meio da portaria nº3.460 de 1957 do Ministério do Trabalho e a partir da publicação da Norma Regulamentadora 4, que trata dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e da Medicina do Trabalho, definiu-se a obrigatoriedade da inserção do enfermeiro do trabalho em hospitais, ambulatórios e estabelecimentos similares entre outras recomendações (BOBROFF, 2011).

Bulhões (1986, p. 243) descreve a enfermagem do trabalho como:

**A enfermagem do trabalho é uma especialidade destinada ao cuidado daquele que trabalha, portanto, preocupa-se com trabalhadores. Sua atenção volta-se para os trabalhadores de todas as categorias e de todos os setores de ocupação, onde quer que se encontrem.**

Conforme Lima (2012), enfermeiro do trabalho é uma especialização do profissional com bacharelado em Enfermagem que o torna licenciado para atuar nas organizações visando não só o cuidado à saúde do trabalhador, mas também a prevenção de doenças decorrentes do trabalho e a promoção da saúde desses trabalhadores. Acrescenta-se ainda que enfermagem do trabalho tem evoluído em virtude da preocupação crescente das empresas com a saúde e com qualidade de vida dos seus trabalhadores a fim de evitar o absenteísmo (LIMA, 2012).

O enfermeiro do trabalho deve requerer das empresas subsídios para desenvolver atividades que julgar necessárias para melhorar a qualidade da saúde na empresa, devendo estar atento ao ambiente de trabalho e aos sujeitos que estão sobre a sua responsabilidade levando informações de maneira clara e objetiva (LIMA, 2012).

De acordo com a ANENT – Associação Nacional de Enfermagem do Trabalho, as atribuições dele vão desde o estudo inicial das condições de trabalho, identificando possíveis riscos, até o desenvolvimento de ações que visem promover a saúde do trabalhador, envolvendo cuidados de segurança e higiene no local de trabalho (ANENT, 2011).

Para Presoto (2008), os hospitais são estabelecimentos prestadores de serviços de alta complexidade organizacional, onde a busca da qualidade adquire um caráter primordial, pois geralmente significa vida ou morte de quem busca esse serviço. E essa

exigência sobre o trabalhador irá impactar diretamente na sua saúde e qualidade de vida, pois poderá levar a deterioração das relações afetivas, predomínio da individualidade e indiferença com o sofrimento alheio entre os trabalhadores (SOUZA et al., 2011).

Nesse contexto a atuação do enfermeiro do trabalho no âmbito hospitalar, local insalubre onde os profissionais de enfermagem estão expostos a inúmeros riscos ocupacionais que podem ocasionar doenças e acidentes laborais, é de extrema importância, pois ele irá atuar em todos os níveis de prevenção primária, secundária e terciária (RIBEIRO et al., 2012; GAMA et al., 2008). Conforme Gama et al., (2008) para atuar nesse contexto esse profissional deve possuir um bom embasamento técnico científico, pró-atividade, ética, comprometimento, empreendedorismo e trabalho em equipe, pois é fundamental para o enfermeiro dessa área trabalhar com os demais profissionais pensando sempre no crescimento coletivo da instituição.

Além disso, é fundamental que ele incentive e busque soluções viáveis para a implementação de ações de promoção da saúde e da adoção de medidas preventivas de doenças do trabalho visando restabelecer a saúde física e mental dos trabalhadores da saúde (LIMA, 2012; GAMA et al., 2008), pois o bem-estar físico, psíquico e mental pode interferir de forma expressiva nos resultados do trabalhador, especialmente daqueles que concebem a saúde, impedindo a possibilidade de se alcançar um cuidado humanizado uma vez que o processo de humanizar a assistência inicia pela humanização dessa assistência (KUREBAYASHI et al., 2012).

## **As práticas integrativas e complementares**

Terapias alternativas ou Práticas Integrativas e Complementares em Saúde são todas as técnicas devidamente regulamentadas e descritas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do Ministério da Saúde (PNPIC/MS) de caráter multidisciplinar, entre as quais abrangem a Medicina Tradicional Chinesa, a Homeopatia e a Medicina Antroposófica, os Recursos Terapêuticos, como a Fitoterapia, as Práticas corporais e meditativas e o Termalismo-Crenoterapia, além de demais práticas que surjam e sejam reconhecidas pela PNPIC/MS (GALLI et al., 2012; Brasil, 2006).

No Brasil, com a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS em 2006 foi dado um passo importante para a expansão dessa política, a partir do mapeamento nacional da oferta dessas práticas no âmbito do SUS e a criação de grupos de trabalho para tratar da Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa-acupuntura, Medicina Antroposófica e Plantas Medicinais e Fitoterapia (BARROS et al., 2007).

Já o Conselho Federal de Enfermagem – COFEn em 1997 através da resolução 197/97 estabelece e reconhece as Terapias Integrativas como especialidade ou qualificação do profissional de Enfermagem, desde que aprovado em instituição reconhecida de ensino, com carga horária mínima de 360 horas.

Nessa perspectiva, o enfermeiro possui o respaldo legal para atuar no gerenciamento das PICS e participar na apresentação das possibilidades terapêuticas e preventivas aos trabalhadores e segundo Torvo et al. (2003) elas podem ser agrupadas de acordo com suas características em terapias nutricionais, terapias botânicas, terapias físicas, terapias energéticas, terapias psicológicas e terapias farmacológicas.

As PICS são definidas como práticas que estimulam os mecanismos naturais de prevenção dos agravos e recuperação da saúde e cooperam para a promoção da saúde, inserção social, redução do consumo de medicamentos, melhoria da autoestima e da qualidade de vida (BRASIL, 2006) e buscam a prevenção e a cura de doenças através do fortalecimento do organismo enquanto que a medicina convencional tem sua ação centrada nas doenças, elas podem ser a primeira opção terapêutica ou ser empregada de forma complementar (ALVIM et al., 2013). Buscam realizar o tratamento dos pacientes através de uma abordagem holística, pois estão intimamente ligadas a espiritualidade, suas terapêuticas são baseadas na compreensão tridimensional do ser, onde o espiritual, o psíquico e o físico precisam estar em equilíbrio para atingir o bem-estar do corpo (ROCHA, 2004; NOVAIS et al., 2016).

Nas PICS a avaliação da saúde do indivíduo é realizada como um todo, analisando seus vários aspectos: físico, psíquico, emocional e social. Buscando uma mudança de modelo de intervenção focada na doença para uma que seja voltada para a saúde do indivíduo (MAGALHÃES, 2012). Além da redução dos custos, têm sido eficazes na promoção e educação da saúde em saúde, contribuindo muitas vezes para impedir que a doença se instale ou que suas sequelas sejam muito agravadas (ISCHKANIAN, 2012).

## **METODOLOGIA**

Consiste em uma revisão da literatura que permite reunir e sintetizar as evidências disponíveis sobre o tema investigado.

Após a definição do tema foi, foi feito primeiro uma busca de artigos através da ferramenta de busca do *Google* acadêmico. Em seguida foi utilizada a base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e além de outras publicações eletrônicas de relevância em território nacional realizada entre dezembro de 2015 a fevereiro de 2016, no qual se realizou uma consulta a artigos científicos.

A busca nos bancos de dados foi realizada utilizando as combinações das palavras-chaves cadastradas nos Descritores em Ciências da Saúde-BVS (DeCS): Enfermagem do trabalho; Saúde do Trabalhador; Terapias Complementares.

Foram utilizadas, também, outras fontes de informações como livros, manuais, teses e dissertações, além de documentos oficiais do Ministério da Saúde.

Os critérios para a seleção dos artigos foram: Publicados em português, textos disponíveis na íntegra, aderência temática. Foram excluídos os estudos que não tivessem

aderência ao tema, artigos não disponíveis em português.

Efetuiu-se primeiramente a leitura dos artigos e posteriormente, foram selecionados os que tinham maior compatibilidade com a temática e com os objetivos do estudo.

## **APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

### **Uso das PICS na Saúde do trabalhador**

As PICS são constituídas pelo cuidado de cada um, consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de ter controle sobre sua própria vida, é de caráter unificador, pois revitalizam as energias integrando a pessoa à natureza e a outros seres que a constituem (ALVIM et al., 2013).

Doenças e riscos ocupacionais podem ser adquiridos ou desencadeados em funções das condições de trabalho desempenhado pelos profissionais e o enfermeiro do trabalho deve atuar para evitar ou tratando esses riscos (GAMA et al., 2008).

Conforme Marzilane (2001) as doenças como depressão, Síndrome de Burnout e doenças osteomusculares, tem causado nos profissionais atuantes em hospitais um quadro de insatisfação pessoal, devido às mudanças que a doença gera no seu modo de vida. Em uma pesquisa utilizando o Reiki para tratamento da Síndrome de Bournot em enfermeiros, houve melhora nos índices da pressão arterial diastólica e aumento significativo dos níveis das imunoglobulinas (IgAs), que tem a função de proteger o organismo de invasões virais ou bacterianas, demonstrando que o Reiki pode ser uma abordagem para prevenção de doenças ocupacionais e fortificação do organismo (DÍAZ-RODRIGUES et al., 2011).

O uso da PICS pelos profissionais de saúde tem como finalidade minimizar o cansaço e o estresse, minimizar o nervosismo do dia a dia, reequilibrar o organismo melhorar o sistema nervoso, estimular os sistemas circulatório e linfáticos e diminuir as tensões a fim de equilibrar o corpo que está em constante agitação (MORO, 2011).

Em outro estudo, onde foi utilizado o uso da reflexologia podal para diminuição de dores em membros inferiores, pelos colaboradores de um hospital trouxe um impacto positivo na qualidade de vida deste, pois foi identificado pelos sujeitos da pesquisa uma maior tolerância e disposição para comunicar-se, sensação de felicidade e melhora na área do corpo afetada (MORO, 2011).

Conforme Haddad (2011) no contexto hospitalar a atividade desempenhada, pode acarretar nos profissionais sofrimentos psíquicos e físicos que podem desencadear ou aumentar o risco para obesidade e que o enfermeiro durante as consultas periódicas ocupacionais deve estar atento para indicar métodos e orientar esse profissional a assumir atitudes para promoção da sua saúde.

Nesse sentido para minimizar os impactos do trabalho na saúde, onde os trabalhadores relatavam sentir stress, insônia, dores músculos-esqueléticas e ansiedade, foi utilizado a acupuntura para minimizar tais sintomas e segundo os pesquisados ela

contribuiu para o equilíbrio físico e mental e proporcionou melhora na qualidade de vida, que foram comprovadas através dos prontuários desses profissionais onde as queixas diminuíram significativamente (SOUZA et al., 2011).

Já Kurebayashi et al. (2016) ressalta que cuidar dos profissionais que oferecem serviços de saúde, produz bons resultados no atendimento dos pacientes por estes cuidados e mantém a equipe de enfermagem saudável.

Em experiência realizada em um hospital de grande porte de Porto Alegre, pelo grupo de enfermagem dessa instituição, que durante a semana de enfermagem disponibiliza um espaço biocêntrico de cuidado aos profissionais de saúde, chamado de Espaço da Alma oferece práticas integrativas e complementares aos profissionais de saúde, tem alcançado a cada ano alto índices nas pesquisas de satisfação dos profissionais que realizaram alguma prática. Dentre as PICS disponibilizadas ao longo de uma década estão: relaxamento, massagem, reflexologia podal, auriculoterapia, reiki e imposição de mãos, meditação, biodanza e danças circulares (WEISSHEIMER et al., 2017).

Para Weissheimer et al. (2017) é um momento para nutrir quem cuida de pessoas em circunstância de adoecimento, proporcionando a estes um tempo para o autoconhecimento, para ser cuidado e para promoção de bem-estar, suavizando o estresse no local de trabalho.

Estudos tem demonstrado que a espiritualidade é um fator que contribui para a saúde e a qualidade de vida e conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS) ela deve ser considerada na avaliação da promoção de saúde (ROCHA, 2011; OMS, 2006).

Para Rocha (2004) e Pazini (2007) a espiritualidade é explicada como uma busca individual ou coletiva pelo sentido da vida é o conjunto de todas as emoções e convicções de natureza não material que dão significado a existência.

Referem ainda que vários autores têm relatado a importância da religiosidade como um fator protetor para a saúde mental, dando significado e razão de viver para o indivíduo e diminuindo as tentativas de suicídio, o uso de drogas e outros sofrimentos, pois esse passa a ter esperança e fé em si mesmo, nos outros e em Deus (ROCHA, 2004; PAZINI et al., 2007).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Estudos demonstram que as terapias alternativas e complementares levam a diminuição da ansiedade, do estresse e da falta de atenção, melhorando a qualidade de vida dos usuários dessas práticas.

Foi observado que os enfermeiros que se beneficiam do uso das terapias conseguem manter o equilíbrio físico e psicológico durante as situações estressantes vivenciadas no dia a dia hospitalar e que um grande número de profissionais já se beneficia do uso dessas práticas, facilitando assim a aceitação do uso delas no meio hospitalar. Além disso, algumas PICS são de fácil realização no cotidiano hospitalar e podem ser aplicadas através

de intervenções de um profissional capacitado ou por palestras sobre auto aplicação. Assim a implementação do conteúdo sobre as PICS na formação dos profissionais de enfermagem do trabalho como parte do currículo poderia ampliar as discussões sobre o tema e incentivar essas práticas no âmbito da saúde do trabalhador proporcionando a o enfermeiro do trabalho maiores subsídios para implementar o seu uso para auxiliar a minimizar os efeitos do estresse a que os profissionais de enfermagem são expostos todos os dias no local de trabalho fazendo-se necessário um incentivo maior a produção artigos científico bem-desenhados apoiados em coleta sistemática de dados, voltados a este tema, para que se possa disseminar, sistematizar e legitimizar o conhecimento sobre as PICS.

## REFERÊNCIAS

1. ANENT – Associação Nacional de Enfermagem do Trabalho. 2011. Disponível em: [www.anent.org.br](http://www.anent.org.br). Acesso em 20/09/17.
2. BARROS, N.F. et al. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: passos para o pluralismo na saúde**, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.23, n.12, Dec.2007.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica. Práticas integrativas e complementares**. Plantas Medicinais e Fitoterápicos na atenção básica. Ministério da Saúde: Brasília, 2012.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS**. 2006. Brasília (DF): Ministério da Saúde.
5. DÍAZ-RODRÍGUEZ, L. et al. **Uma sessão de Reiki em enfermeiras diagnosticadas com síndrome de Burnout tem efeitos benéficos sobre a concentração de IgA salivar e a pressão arterial**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 19, n. 5, set./out. 2011.
6. FOGLIATTO, F. **Organização de textos científicos, 2007**. Disponível em: <[Http://www.producao.ufrgs.br/arquivos/disciplinas/146\\_seminario\\_de\\_pesquisa\\_2\\_diretrizeshttp://www.producao.ufrgs.br/arquivos/disciplinas/146\\_seminario\\_de\\_pesquisa\\_2\\_diretrizes\\_referencial\\_teorico.doc](http://www.producao.ufrgs.br/arquivos/disciplinas/146_seminario_de_pesquisa_2_diretrizeshttp://www.producao.ufrgs.br/arquivos/disciplinas/146_seminario_de_pesquisa_2_diretrizes_referencial_teorico.doc)>. Acesso em: 20 abr. de 2016.
7. **In: pesquisando em enfermagem**, 15. 2008, Rio de Janeiro. **Trabalho**. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, 2008. v. 1, p. 1 - 20. Disponível em: <<http://www.pesquisando.eean.ufrj.br/viewabstract.php?id=253&cf=2>>. Acesso em: 20 fev. 2016.
8. HADDAD, M.L.; MARCON, S.S. **Acupuntura e apetite de trabalhadores obesos de um hospital universitário**. Acta paul. enferm. [Online]. 2011, vol.24, n.5, pp.676-682. ISSN 1982-0194. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000500013>.
9. KUREBAYASHI, L.F.S. et al. **Aplicabilidade da auriculoterapia para reduzir estresse e como estratégia de coping em profissionais de enfermagem**. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. set.-out. 2012 [acesso em: 20 mar. 2016;20(5): [08 telas]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/pt\\_21.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/pt_21.pdf).

10. KUREBAYASHI, L.F.S.; SILVA, M.J.P. **Auriculoterapia chinesa para melhoria de qualidade de vida de equipe de Enfermagem**. Rev Bras Enferm. 2015 jan-fev;68(1):117-23. [Acesso em: 20 mar. 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/0034-7167-reben-68-01-0117.pdf>.
11. LIMA, B. de O.; LIMA, J.A. de. **O papel do enfermeiro do trabalho na orientação e prevenção de acidentes e doenças laborais**. Anuário de produção científica. São João del Rei – Mg. v. 1, n. 1, p.1-14, ago. 2012. Disponível em: <[http://www.iptan.edu.br/publicacoes/anuario\\_producao\\_cientifica/resumos.php](http://www.iptan.edu.br/publicacoes/anuario_producao_cientifica/resumos.php)>. Acesso em: 20 jan. 2016.
12. MAGALHÃES, F.C.G. **As práticas integrativas e complementares na interface do processo saúde-doença-cuidado**. 2012. Disponível em: [http://artigos.netsaber.com.br/resumo\\_artigo\\_74631/artigo\\_sobre\\_as-praticas-integrativas-e-complementares-na-interface-do-processo-saude-doenca-cuidado](http://artigos.netsaber.com.br/resumo_artigo_74631/artigo_sobre_as-praticas-integrativas-e-complementares-na-interface-do-processo-saude-doenca-cuidado). Acessado em: 10 jan. 2017.
13. MANETTI, M.L. et al. **Revisando os Fatores Psicossociais do Trabalho de Enfermagem**. Revista Rene, Fortaleza, v. 9, n. 1, p. 111-119, janeiro/março 2008. Disponível em: <<http://tinyurl.com/3kz8qo7>> Acesso em: 25 abril 2017.
14. MORO, G. **A reflexologia como suporte para satisfação e motivação da promoção da saúde do trabalhador no município de São Paulo**. Revista Nursing, São Paulo, v. 155, n. 13, p.199-203, 17 out. 2011.
15. NOVAIS, A.M. et al. **PRÁTICAS INTEGRATIVAS E QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO: Interrelações no cotidiano da enfermagem**. Disponível em: < [http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq\\_535\\_arquivo11.pdf](http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_535_arquivo11.pdf)>. Acesso em: 05 mar. 2016.
16. OMS. Organização Mundial de Saúde. **Estratégia sobre Medicina Tradicional 2002-2005**. Genebra: OMS; 2006.
17. PRESOTO, L.H. **Promoção da saúde e qualidade de vida do trabalhador em hospitais estaduais da cidade de São Paulo**. 2008. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. doi:10.11606/T.6.2008.tde-09042009-155720. Acesso em: 20 SET. 2017.
18. PANZINI, R.G. et al. **Qualidade de vida e espiritualidade**. Rev. psiquiatr. clin. [online]. 2007, vol.34, suppl.1, pp.105-115. ISSN 0101-6083. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000700014>.
19. ROCHA, N.S. da; FLECK, M.P. da A. **Avaliação de qualidade de vida e importância dada a espiritualidade/religiosidade/ crenças pessoais (SRPB) em adultos com e sem problemas crônicos de saúde**. Rev. psiquiatr. clin. [online]. 2011, vol.38, n.1, pp.19-23. ISSN 0101-6083. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832011000100005>.
20. WEISSHEIMER, M. et al. **Espaço da alma 2007 a 2017: 10 anos oferecendo práticas integrativas aos trabalhadores do hospital de clínicas de porto alegre**. In: SEMANA DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE, 28. 2017, Porto Alegre. Anais. Porto Alegre: Hospital de Clinicas, 2017. v. 1, p. 91 - 92.

# PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AOS DISTÚRBIOS PSÍQUICOS MENORES EM FISIOTERAPEUTAS INTENSIVISTAS DE UMA GRANDE CIDADE DO ESTADO DA BAHIA

*Data de aceite: 01/12/2022*

### **Cleide Lucilla Carneiro Santos**

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil  
ORCID: 0000-0002-9894-3781

### **Lorena Pacheco Cordeiro Lisboa**

Mestre em Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana Feira de Santana, Bahia, Brasil  
ORCID: 0000-0001-7381-2702

### **Núbia Samara Caribé de Aragão**

Universidade Estadual de Feira de Santana. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde Feira de Santana-BA, Brasil  
ORCID: 0000-0002-2308-7474

### **Gabriella Bené Barbosa**

Professora da Unidade de Ensino Superior de Feira de Santana - UNEF e da União Metropolitana de Educação e Cultura-UNIME Feira de Santana, Bahia, Brasil  
ORCID: 0000-0001-7183-0333

### **Davi Félix Martins Júnior**

Professor do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana Feira de Santana, Bahia, Brasil  
ORCID: 0000-0002-7687-7373

### **Mônica de Andrade Nascimento**

Professora do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana Feira de Santana, Bahia, Brasil  
ORCID: 0000-0003-3945-4301

### **Carlito Lopes Nascimento Sobrinho**

Professor do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana Feira de Santana, Bahia, Brasil  
ORCID: 0000-0002-6387-3760

**RESUMO:** Estudos indicam que fatores relacionados ao trabalho podem levar ao adoecimento de trabalhadores de Unidades de Terapia Intensiva. Os estudos sobre Distúrbios Psíquicos Menores (DPM) em fisioterapeutas intensivistas são escassos. Esse estudo visa estimar a prevalência e os fatores associados aos Distúrbios Psíquicos Menores em fisioterapeutas

trabalhadores intensivistas de uma grande cidade do Estado da Bahia. Trata-se de um estudo epidemiológico de corte transversal, em uma população de 60 fisioterapeutas trabalhadores de Terapia Intensiva na cidade de Feira de Santana, Bahia. Um questionário autoaplicável avaliou dados sociodemográficos, características do trabalho, aspectos psicossociais do trabalho e Distúrbios Psíquicos Menores. A prevalência de DPM encontrada foi de 41,7% e verificou-se associação entre as variáveis sociodemográficas, características do trabalho, hábitos de vida, aspectos psicossociais do trabalho e DPM. Observou-se elevada prevalência e uma diversidade de fatores associados aos DPM entre os fisioterapeutas estudados. Os resultados apontam para a necessidade de novos estudos epidemiológicos que possam identificar com mais precisão os fatores associados aos DPM nesses trabalhadores.

**PALAVRAS-CHAVE:** Sofrimento Mental. Fisioterapeutas. Prevalência. Unidade de Terapia Intensiva.

## PREVALENCE AND FACTORS ASSOCIATED WITH MINOR PSYCHIC DISTURBANCES IN INTENSIVIST PHYSIOTHERAPISTS IN A LARGE CITY IN THE STATE OF BAHIA

**ABSTRACT:** Studies indicate that work-related factors can lead to illness of workers in Intensive Care Units. Studies on Minor Psychological Disorders (MPD) in intensive care physiotherapists are scarce. This study aims to estimate the prevalence and factors associated with Minor Psychological Disorders in intensive care physiotherapists in a large city in the state of Bahia. This is an epidemiological cross-sectional study in a population of 60 physiotherapists working in intensive care in the city of Feira de Santana, Bahia. A self-administered questionnaire assessed sociodemographic data, work characteristics, psychosocial aspects of work and Minor Psychological Disorders. The prevalence of MPD found was 41.7% and there was an association between sociodemographic variables, work characteristics, lifestyle, psychosocial aspects of work and MPD. There was a high prevalence and a diversity of factors associated with MPD among the physiotherapists studied. The results point to the need for new epidemiological studies that can more accurately identify the factors associated with MPD in these workers.

**KEYWORDS:** Mental Suffering. Physiotherapists. Prevalence. Intensive Care Unit.

## INTRODUÇÃO

O trabalho é parte integrante da vida do ser humano, nele acontece a produção de significações psíquicas e a construção de relações sociais, com mediação entre o psíquico e o social, e dependendo da forma como este é organizado e realizado, ele pode ser ou não nocivo à saúde mental dos trabalhadores<sup>1</sup>.

O interesse por questões relacionadas ao trabalho e saúde em trabalhadores intensivistas, vem ganhando visibilidade nos últimos anos, devido a estudos que observaram eleva prevalência de sofrimento mental e Síndrome de *Burnout* nesses trabalhadores<sup>2-6</sup>.

O aumento dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, entre os quais os Distúrbios Psíquicos Menores (DPM), ganha cada vez mais repercussão entre os pesquisadores da área de saúde do trabalhador. Estes distúrbios caracterizam-se como um problema

de saúde pública, apesar de não se configurar como uma categoria nosológica da 10<sup>a</sup> Classificação Internacional de Doença (CID-10), e no Manual de Diagnóstico e Estatística (DSM) da Associação Psiquiátrica Americana. Podem ser causados por diversos fatores, destacando-se aqueles relacionados ao ambiente profissional, como baixo nível de controle sobre o próprio trabalho, elevadas demandas psicológicas e baixo apoio social<sup>7</sup>.

Os DPM são condições clínicas caracterizadas por alterações nos pensamentos e nas emoções ou por comportamentos relacionados à angústia pessoal e/ou à deterioração do funcionamento psíquico, apresentando efeitos deletérios que atinge não somente o indivíduo, mas a família e a comunidade. Os sintomas incluem esquecimento, dificuldade na concentração e tomada de decisões, insônia, irritabilidade e fadiga, assim como queixas somáticas que demonstram ruptura do funcionamento normal do indivíduo como cefaleia, falta de apetite, tremores, má digestão, entre outros<sup>8</sup>.

Diversas pesquisas demonstraram que os principais fatores associados ao sofrimento mental entre trabalhadores de terapia intensiva, como por exemplo, os fisioterapeutas intensivistas são: carga horária excessiva de trabalho, estresse crônico, sobrecarga psíquica e cognitiva, trabalho noturno, ausência de pausas para descanso e falta de controle sobre o trabalho<sup>2-6,9</sup>. Em estudos epidemiológicos realizados com trabalhadores de saúde foi verificada associação entre o trabalho exercido por esses profissionais e a ocorrência DPM<sup>10,11</sup>, e algumas pesquisas foram realizadas analisando os aspectos psicossociais do trabalho e verificaram elevada prevalência de DPM com alta demanda e o baixo controle no trabalho<sup>3,12</sup>.

Na área de saúde do trabalhador, os aspectos psicossociais do trabalho vêm merecendo atenção especial nos estudos, por representarem estressores ocupacionais com importante repercussão na saúde dos trabalhadores. Esses estudos apontam para a interação entre o local, conteúdo, as condições, a organização do trabalho e as condições individuais do trabalhador destacando-se a sua capacidade de adaptação, habilidades e necessidades pessoais que podem influenciar no seu estado de saúde, de acordo com suas experiências e percepções de mundo<sup>7</sup>.

Barros et al.<sup>2</sup>, observaram em seu estudo com médicos trabalhadores de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) de Salvador, Bahia, que o ambiente da UTI, tem se destacado como ambiente laboral estressante para a equipe profissional. Este estresse pelo trabalho em UTI ocorre principalmente por se tratar de um ambiente fechado, com condições e ritmos de trabalho extenuantes, rotinas exigentes, questões éticas que cabem decisões frequentes e difíceis, convívio com sofrimento e morte, imprevisibilidade e carga horária de trabalho excessiva.

Os fisioterapeutas passaram a integrar as equipes multidisciplinares em terapia intensiva, junto com médicos e enfermeiros, a partir da Portaria 3432/98 do Ministério da Saúde. Essa portaria também definiu a proporção de leitos por fisioterapeuta (01 (um) fisioterapeuta para cada 10 (dez) leitos de UTI)<sup>13</sup>.

Estudos observaram elevada prevalência de DPM entre trabalhadores de saúde<sup>6,11,14,15</sup> porém, existe poucos estudos abordando a prevalência de DPM e os fatores associados entre fisioterapeutas intensivistas. Diante disso, esse estudo tem por objetivo estimar a prevalência e os fatores associados aos Distúrbios Psíquicos Menores em fisioterapeutas trabalhadores intensivistas de uma grande cidade do Estado da Bahia.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico de corte transversal, populacional, exploratório com os fisioterapeutas trabalhadores de UTI, da cidade de Feira de Santana, Bahia.

Foi estudada uma população de 60 fisioterapeutas intensivistas, esses profissionais trabalhavam em sete (07) dos oito (08) hospitais, que tinham Unidade de Terapia Intensiva e foram incluídos no estudo, após a autorização da sua participação, pela direção dos referidos hospitais. A direção de um hospital não autorizou a pesquisa, porém, os fisioterapeutas intensivistas que trabalhavam nessa unidade foram pesquisados em outros hospitais da cidade. Dentre as unidades incluídas no estudo: um (01) hospital geral de referência em urgência e emergência da macrorregião Centro-leste da Bahia, um (01) hospital estadual de referência em atendimento pediátrico, um (01) hospital municipal e quatro (04) hospitais particulares, sendo uma (01) maternidade, um (01) de referência em cardiologia, e dois (02) de urgência/emergência (adulto/pediátrico).

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário autoaplicável, anônimo, composto por nove blocos de questões: identificação geral; informações gerais sobre o trabalho; características psicossociais do trabalho; síndrome de estafa profissional; qualidade de vida; capacidade para o trabalho; aspectos relacionados à saúde; hábitos de vida e padrão de sono e fatores de estresse na UTI.

Para a detecção dos Distúrbios Psíquicos Menores foi utilizado o SRQ-20 (*Self Report Questionnaire*) composto por 20 questões (4 sobre sintomas físicos e 16 sobre sintomas psicoemocionais). As respostas são do tipo dicotômicas, “sim” ou “não”, atribuindo-se, respectivamente, valores de “1” e “0”. O ponto de corte sugerido para a identificação de Distúrbio Psíquico Menor foi o escore  $\geq 7$  respostas positivas<sup>6</sup>.

Para descrever os aspectos psicossociais do trabalho foi utilizado O JCQ (*Job Content Questionnaire*). O JCQ é um questionário padronizado que identifica as dimensões psicossociais do trabalho: demanda psicológica e controle da atividade pelo trabalhador. A partir da combinação dessas duas dimensões o instrumento distingue situações de trabalho específicas que por sua vez, estruturam riscos diferenciados à saúde. Sua versão recomendada é composta por 41 questões que abordam o controle, a demanda psicológica e o suporte social proveniente da chefia e dos colegas de trabalho. A versão do JCQ em português inclui 41 questões: 17 a respeito de controle sobre o trabalho (6 sobre habilidades e 11 sobre poder de decisão), 13 perguntas sobre demanda (8 sobre demanda psicológica

e 5 sobre demanda física), e 11 perguntas sobre suporte social. Trinta e oito questões são medidas em uma escala de 1 a 4 (1= discordo fortemente; 2= discordo; 3= concordo e 4= concordo fortemente)<sup>7</sup>.

A construção dos indicadores de demanda e de controle foi realizada a partir do somatório das variáveis referentes a cada um desses indicadores, considerando-se as ponderações previstas na operacionalização do modelo. Para a dicotomização da demanda (baixa/alta) e do controle (baixo/alto) foi definida a mediana como ponto de corte. Com base nos pressupostos assumidos no modelo demanda controle, o trabalho realizado em condições de alta demanda e baixo controle (alta exigência) foi considerada a situação de maior exposição. No outro extremo, encontrar-se-á o trabalho de menor exposição, ou seja, com baixa demanda e alto controle (baixa exigência). As demais combinações foram consideradas situações de trabalho de exposição intermediária<sup>7</sup>.

O questionário e o TCLE foram entregues a cada profissional nas unidades de saúde pelos pesquisadores, marcando-se com os trabalhadores o local e a hora da devolução. Os profissionais que não devolviam o questionário na data agendada eram contatados por telefone, buscando-se minimizar perdas. Os questionários eram devolvidos em envelopes lacrados para garantir o sigilo e a confidencialidade.

Foi realizada dupla digitação dos dados coletados no programa EpiData versão 3.1, para minimizar possíveis erros. Utilizou-se o software *Statistical Package for Social Science* (SPSS®) para a análise estatística.

A análise descritiva dos dados foi realizada com o cálculo das frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas e da média e do desvio padrão das variáveis numéricas. Para a análise bivariada foi utilizada a razão de prevalência (RP) como medida de associação. Por se tratar de estudo populacional, não foram realizados cálculos de significância estatística<sup>16</sup>.

O estudo cumpriu-se com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEP/UEFS), Parecer nº 1.355.188, CAAE 49119315.4.0000.0053, cumprindo dessa forma as determinações da Resolução 466/2012<sup>12</sup>, e a coleta de dados foi realizada de julho a setembro de 2016.

## RESULTADOS

Participaram do estudo 60 fisioterapeutas e a prevalência estimada de DPM foi de 41,7% dos trabalhadores estudados. Entre os profissionais estudados, 80% era do sexo feminino e 20% do sexo masculino, a média de idade foi de  $32,2 \pm 4,9$ , 55% era solteiro e 58,3% não possuíam filhos. A maioria dos fisioterapeutas 51,7% trabalhava em UTI adulto, 20,0% em UTI pediátrica e 28,3% em UTI neonatal. A renda mais frequente 63,3% foi de R\$ 3.001,00 - 6.000,00, seguida de menor que R\$ 3.000,00 com 18,3 %, entre 6.001-10.000,00, 11,7% e entre 10.001- 20.000,00 6,7%.

Em relação as características do trabalho, a maioria dos fisioterapeutas participantes, 63,3 % apresentavam menos de 5 anos de trabalho em UTI, 56,7% trabalhavam em plantões de 24horas e 40% em plantões de 12 horas. Em relação à carga horária semanal de plantão, 65% trabalhavam de 24 a 30 horas, 30% trabalhavam de 36 a 78 horas e apenas 5% trabalhavam 12 horas semanais. A carga horária total de trabalho semanal incluindo todas atividades laborais que geram renda, 50,8% dos profissionais trabalhavam menos que 56 horas e 45,8% mais que 56 horas. Entre outras atividades laborais, diferentes do trabalho em UTI, 63,3% trabalhavam em outra especialidade, 13,3% eram docentes, 5% informaram trabalhar em outra atividade e 18,3% não relataram outra atividade.

Com relação ao trabalho noturno em UTI, 90% dos profissionais trabalhavam entre 12 a 24 horas e 10% trabalhavam entre 36 a 96 horas. Em relação à quantidade de hospitais que esses trabalhadores atuavam, verificou-se que a maioria 61,7% trabalhavam em 1 hospital, 30% trabalhavam em 2 hospitais, 6,7% trabalham em 3 hospitais e 1,7% em até 4 hospitais. A maioria dos trabalhadores 75% atendiam 10 pacientes por plantão. Em relação aos hábitos de vida da população estudada, 58,3% informaram não fazer uso de bebida alcoólica. Quanto ao hábito de fumar, 88,3% nunca fumaram. A prática de atividade física estava presente nos hábitos de vida de 56,7% dos fisioterapeutas estudados, entre os que informaram praticar atividade física 73,5% apresentavam frequência de duas vezes por semana, 20,6% três vezes por semana e 5,9% 1 vez por semana, (Tabela 1).

A prevalência de DPM apresentou associação com sexo feminino (RP=1,87), ter idade igual ou inferior a 33 anos (RP=1,71), ser solteiro (RP=1,45), não ter filhos (RP=1,83), não praticar atividade física (RP=1,66), tempo de trabalho menor que 6 anos (RP=1,48), carga horária semanal de plantão noturno entre 15 a 95 horas (RP=1,45), mais de dez pacientes atendidos por plantão (RP=1,65), vir de outro trabalho antes do plantão da UTI (RP=1,87) (Tabela 2).

A prevalência de DPM variou segundo os quadrantes do Modelo Demanda Controle. A situação de alta exigência (alta demanda e baixo controle) apresentou uma prevalência de DPM de 62,5%. No extremo oposto, a situação de baixa exigência (baixa demanda e alto controle) apresentou prevalência de 42,9%. O trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle) apresentou uma prevalência de 55,6% e o trabalho ativo (alta demanda e alto controle) apresentou a menor prevalência 28,5% (Tabela 3).

<b>Características sociodemográficas e do trabalho dos fisioterapeutas intensivistas</b>	<b>N*</b>	<b>%</b>
<b>Sexo (N=60)</b>		
Feminino	48	80,0
Masculino	12	20,0
<b>Faixa Etária (N=60)</b>		
≤ 33 anos	36	60,0
34 anos ou mais	24	40,0
<b>Situação Conjugal (N=60)</b>		
Solteiro	33	55,0
Com companheiro	27	45,0
<b>Filhos (N=60)</b>		
Não	35	58,3
Sim	25	41,7
<b>Tempo/Trabalho na UTI (anos) (N= 60)</b>		
≤ 5 anos	38	63,3
≥ 6 anos	22	36,7
<b>CHS** de plantão noturno em UTI (N= 60)</b>		
12 – 24 Horas	54	90,0
36 – 96 Horas	6	10,0
<b>CHS** total (n=57)</b>		
≤ 56 horas	30	50,8
Maior que 56 horas	27	45,8
<b>Vem de Outro Trabalho(n=60)</b>		
Não	38	63,3
Sim	22	36,7
<b>Pratica alguma atividade física (N=60)</b>		
Sim	34	56,7
Não	26	43,3
<b>Bebida alcoólica (N=60)</b>		
Sim	25	41,7
Não	35	58,3

\* Respostas válidas excluídas as ignoradas.

\*\*CHS =Carga Horária Semanal.

Tabela 1 - Características sociodemográficas, do trabalho e hábitos de vida da população de fisioterapeutas intensivistas, Feira de Santana, Bahia, 2016.

Características Sociodemográficas/trabalho	Sim		DPM Não		RP
		%		%	
<b>Sexo (n=60)</b>					
Feminino*	22	46,8	25	53,2	<b>1,87</b>
Masculino	3	25,0	9	75,0	
<b>Idade (n= 60)</b>					
≤ 33 anos	18	50,0	18	50,0	<b>1,71</b>
34 anos ou mais*	7	29,2	17	70,8	
<b>Situação Conjugal (n= 60)</b>					
Solteiro*	16	48,5	17	51,5	<b>1,45</b>
Com companheiro (a)	9	33,3	18	66,7	
<b>Ter filhos (n=60)</b>					
Não*	18	51,4	17	48,6	<b>1,83</b>
Sim	7	28,0	18	72,0	
<b>Prática de Atividade Física</b>					
Não*	14	58,3	12	46,2	<b>1,66</b>
Sim	11	32,4	23	67,6	
<b>Tempo /anos de Trabalho (n=60)</b>					
< que 6 anos*	18	47,4	20	52,6	<b>1,48</b>
≥ 6 anos	7	31,8	15	68,2	
<b>CHS** Plantão noturno UTI (n=60)</b>					
15 a 96 horas*	11	52,4	10	47,6	<b>1,45</b>
12 horas	14	35,9	25	64,1	
<b>Nº Paciente plantão(n=60)</b>					
>10 pacientes*	2	66,7	1	33,3	<b>1,65</b>
≤ 10 pacientes	23	40,4	34	59,6	
<b>Vem de Outro Trabalho(n=60)</b>					
Sim*	13	59,1	9	40,9	<b>1,87</b>
Não	12	31,6	26	68,4	

\* Valor Referente no Numerador.

\*\* CHS = Carga Horária Semanal

Tabela 2 – Prevalência e Razão de Prevalência entre as características sociodemográficos, características do trabalho, hábitos de vida e DPM na população de fisioterapeutas intensivistas, Feira de Santana, Bahia, 2016.

Resultado do JCQ	DPM		RP		
	Sim	%		Não	%
Alta exigência	5	62,5	3	37,5	1,00
Trabalho passivo	10	55,6	8	44,4	1,12
Baixa exigência	6	42,9	14	57,1	1,46
Trabalho ativo	4	28,5	10	71,5	2,19

Tabela 3 – Prevalência e Razão de Prevalência entre o resultado do JCQ e o SRQ-20 na população de fisioterapeutas intensivistas, Feira de Santana, Bahia, 2016.

## DISCUSSÃO

O perfil dos fisioterapeutas intensivistas estudados na cidade de Feira de Santana-BA foi de uma população jovem (idade < 34 anos), predominantemente feminina, solteiros, sem filhos, com tempo de até 6 anos de trabalho em UTI, renda mensal entre R\$ 3.001,00 a 6.000,00, carga horária de trabalho semanal de 24 a 30 horas, carga horária habitual de plantão de até 24 horas, carga horária de plantões noturnos de 12 - 24 horas. A maioria trabalhava em apenas um hospital, atendia pelo menos 10 pacientes por plantão, possuía vínculo de trabalho assalariado (privado/público), não fazia uso de bebida alcoólica, não fumava e realizava atividade física com uma frequência de duas vezes por semana.

Observou-se, um perfil de trabalhadores semelhante a outros estudos realizados em Unidade de Terapia Intensiva. Houve predomínio do sexo feminino, solteiros<sup>5,9</sup>, idade média menor que 40 anos,<sup>6,17,18</sup> e tempo de trabalho em UTI menor que 5 anos<sup>6,9</sup> e identificou-se nos trabalhadores estudados uma prevalência de sofrimento mental de 41,7%.

O resultado dessa pesquisa é semelhante a alguns estudos encontrados na literatura: o estudo de Carvalho et al.<sup>19</sup>, estimou uma prevalência de 56,2% em médicos residentes da cidade de Recife; o estudo de Marcelino Filho e Araújo (2015)<sup>17</sup>, que pesquisou profissionais de saúde de um centro especializado de Aracaju, apresentou uma prevalência de DPM de 57,1%; Pinhatti et al.<sup>14</sup>, estimou uma prevalência global para suspeita de DPM entre os trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário público do Paraná de 32,6% nos trabalhadores participantes.

A prevalência de DPM desse estudo foi maior do que a encontrada na pesquisa de Araújo et al.<sup>12</sup>, que obteve uma prevalência de 33,3% em profissionais de enfermagem de um hospital público em Salvador, Bahia, do estudo de Nascimento Sobrinho et al.<sup>20</sup>, que estimou uma prevalência de 26,0% em uma amostra aleatória de médicos em Salvador, Bahia, do de Alves et al.<sup>21</sup>, que obteve 27,9% de positividade para DPM em profissionais de saúde do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, do de Rodrigues et al.<sup>11</sup>, que estimou uma prevalência de 35,0% em enfermeiros de um hospital geral em Feira de Santana, Bahia e com o de Nascimento et al.<sup>6</sup>, de 24,6%, em enfermeiras intensivistas de Feira de Santana, Bahia.

Verificou-se associação positiva entre DPM e as características sociodemográficas: sexo feminino, idade menor igual a 33 anos, solteiros e não ter filhos. Deve-se considerar que no presente estudo, sendo a amostra predominantemente feminina, é plausível a maior ocorrência de DPM entre mulheres. Contudo algumas pesquisas também apresentaram maior prevalência de DPM no sexo feminino em profissionais de saúde<sup>14,21,15</sup>. Segundo Pinho; Araújo (2012)<sup>22</sup>, Nunes e colaboradores (2016)<sup>23</sup>, a maior prevalência de sofrimento mental entre as mulheres pode estar relacionada ao sofrimento resultante da desigualdade de gênero e representada pela sobrecarga decorrente da multiplicidade de atividades exercidas, principalmente as que associam o trabalho remunerado com o volume excessivo

de tarefas domésticas.

Em relação à faixa etária, no presente estudo os mais jovens, menor igual a 33 anos, foram os mais propensos a desenvolver DPM, sendo observado uma razão de prevalência de 1,71, resultado semelhante com os estudos de Kirchof et al.<sup>10</sup>, Alves et al.<sup>21</sup>, Pinhatti et al.<sup>14</sup>; Nascimento et al.<sup>6</sup>. Esse achado pode estar relacionado a menor experiência dos trabalhadores mais jovens no desenvolvimento de suas atividades laborais e, conseqüentemente menor capacidade de enfrentar os fatores que podem desencadear o sofrimento mental<sup>15</sup>. Estado civil e não ter filhos apresentaram resultados semelhantes com os achados do estudo de Nascimento et al.<sup>6</sup>, em enfermeiras intensivistas, onde solteiras e sem filhos tiveram maior probabilidade de DPM.

A análise da prevalência de DPM segundo as características do trabalho identificou associação positiva em tempo de trabalho em UTI menor que 5 anos, carga horária de plantão noturno, número de pacientes assistidos por plantão, vir de outro trabalho antes do plantão na UTI e para os fisioterapeutas que não praticavam atividade física. Tais achados são semelhantes aos encontrados em outros estudos nacionais. Alves et al.<sup>21</sup> e Nascimento et al.<sup>6</sup>, ao pesquisarem DPM em profissionais de saúde observaram maior prevalência de DPM entre os profissionais que trabalhavam à noite. Como possível explicação para esse achado, os estudos apontaram, que o trabalho em sistema de plantão noturno pode trazer prejuízos para a saúde do profissional, apontado muitas vezes como causa de estresse, pois dificulta a quantidade e a qualidade do sono<sup>21,24</sup>. Realizar outro trabalho antes do plantão na UTI, mostrou associação positiva com o DPM, resultado semelhante encontrado no estudo de Nascimento et al.<sup>6</sup> em enfermeiras intensivistas.

Nesse estudo, a maioria dos fisioterapeutas pesquisados 56,7% relatou prática de atividade física. Entre os praticantes, 73,5% a realizam com frequência de duas vezes por semana. Observou-se maior prevalência de DPM entre os profissionais que não tinham hábito de praticar atividade física e essa associação corrobora com o estudo de Nascimento et al.<sup>6</sup>, que evidenciou maior prevalência de DPM entre os enfermeiros intensivistas que não praticavam atividade física. Estudos apontam inúmeros benefícios relacionados à prática da atividade física nos hábitos cotidianos e profissionais, tais como: melhora cognitiva, combate ao estresse, ansiedade, depressão, melhora das relações interpessoais, energia e menos cansaço durante a vida laboral e melhores níveis de qualidade de vida nos trabalhadores intensivistas fisicamente ativos<sup>9,25</sup>.

Os Distúrbios Psíquicos Menores relacionados ao trabalho têm sido considerados um problema de saúde pública em função de sua alta prevalência em profissionais de saúde e de suas conseqüências, como absenteísmo, incapacidade para o trabalho e aposentadoria precoce, apesar desses distúrbios ainda não serem reconhecidos com frequência nos atendimentos clínicos. Vale lembrar que ambientes laborais em que as demandas psicossociais são elevadas como as Unidades de Terapia Intensiva devido às características estressantes do tipo de trabalho realizado torna os trabalhadores mais

vulneráveis ao adoecimento e ao sofrimento psíquico<sup>15</sup>.

A elevada prevalência de DPM observada na situação de alta exigência do modelo demanda-controle mostrou que o trabalho em alta exigência concentra os maiores riscos à saúde dos trabalhadores estudados, seguido do trabalho passivo que nas duas predições se configuraram situações em que o trabalhador tem baixo controle sobre a atividade laboral. Este resultado é semelhante com o estudo de Tironi et al.<sup>3</sup> que investigou a síndrome de *burnout* em médicos intensivistas, obtendo uma elevada prevalência de *burnout* na situação de alta exigência do modelo demanda-controle e na situação de trabalho passivo. Esses resultados sugerem que o trabalho realizado em baixo controle, mesmo em situação de baixa demanda, pode ser prejudicial à saúde mental dos trabalhadores. Tais achados sugerem que o controle pode ter um papel mais relevante que a demanda psicológica na produção de sofrimento psíquico<sup>3</sup>.

Araújo et al.<sup>7</sup>, apontam que os distúrbios psíquicos menores podem ser causados por diversos fatores, destacando-se aqueles relacionados ao ambiente profissional, como baixo nível de controle sobre o trabalho, elevadas demandas psicológicas e baixo apoio social considerados fatores associados ao estresse dos trabalhadores e ao sofrimento mental.

Este estudo é pioneiro no sentido de fornecer um perfil detalhado dos fisioterapeutas que trabalham em UTI e avaliar a prevalência de DPM e os fatores associados a essa população. Entretanto, faz-se necessário algumas considerações metodológicas referentes ao desenho de estudo, nesse caso, corte transversal. O estudo de corte transversal examina a relação exposição-doença em uma dada população ou amostra, em um momento particular, fornecendo um retrato de como as variáveis estão relacionadas naquele momento. Por isso, esse tipo de estudo não estabelece nexos causais, apenas aponta a associação entre as variáveis estudadas.

Outra observação é a utilização de questionários autoaplicáveis, que oferece ao entrevistado a opção de não responder a todas as questões colocadas, dificultando o controle das perdas de dados. Entretanto, a coerência e a consistência dos achados, apontaram para uma associação positiva entre o DPM e os fisioterapeutas intensivistas do sexo feminino, idade menor igual a 33 anos, solteiros, que não tinham filhos, tempo de trabalho em UTI menor que 5 anos, que trabalhavam em regime de plantão noturno, vinham de outro trabalho antes do plantão da UTI, com carga horária semanal de plantão noturno entre 15 a 95 horas, que atendiam mais de 10 pacientes por plantão e que não praticavam atividade física. Por fim, observou-se escassez na literatura de estudos que abordem os DPM em fisioterapeutas intensivistas prejudicando assim a comparação e a discussão dos resultados encontrados. Os resultados revelaram uma elevada prevalência e uma diversidade de fatores associados aos DPM entre os fisioterapeutas estudados e a necessidade de novos estudos epidemiológicos sobre os fatores associados aos DPM nesses trabalhadores.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao apoio recebido da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO), aos alunos da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS): Adriana Mendonça, Enéias Ribeiro de Oliveira, Gabriel Silva Rocha, Jamile Prado Oliveira Santos, Karole Brito Alves Costa e Roan da Silva Gomes Sampaio e a Jailson Vieira Machado e Silvia Feitosa de Sousa que ajudaram na coleta e digitação dos dados.

## CONFLITOS DE INTERESSES

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluído mas não se limitando a subvenções e financiamentos, conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc).

## REFERÊNCIAS

1. Borsoi ICF. Da relação entre trabalho e saúde à relação entre trabalho e saúde mental. *Psicologia & Sociedade*. 2007;19(spe):103-11. DOI: 10.1590/s0102-71822007000400014
2. Barros DDS, Tironi MOS, Nascimento Sobrinho CL, Neves FS, Bitencourt AGV, Almeida ADM, et al. Médicos plantonistas de unidade de terapia intensiva: perfil sócio-demográfico, condições de trabalho e fatores associados à síndrome de burnout. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2008;20(3):235–40. DOI: 10.1590/S0103-507X2008000300005
3. Tironi MOS, Nascimento Sobrinho CL, Barros DDS, Reis EJFB, Marques Filho ES, Almeida A, et al. Trabalho e síndrome da estafa profissional (Síndrome de Burnout) em médicos intensivistas de Salvador. *Rev Assoc Med Bras*. 2009;55(6):656–62. DOI: 10.1590/S0104-42302009000600009
4. Tironi MOS, Teles JMM, Barros DS, Vieira DFVB, Silva Filho CM, Martins DF, et al. Prevalência de síndrome de burnout em médicos intensivistas de cinco capitais brasileiras. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2016;28(3):270–7. DOI: 10.5935/0103-507X.20160053
5. Santos CLC, Barbosa GB, Nascimento DSS, Martins Júnior DF, Nascimento Sobrinho CL. Prevalência de Síndrome da Estafa Profissional e fatores associados em fisioterapeutas intensivistas. *Rev Pesqui Fisioter*. 2018 Sep 17;8(3):336–44. DOI: 10.17267/2238-2704rpf.v8i3.2032
6. Nascimento DDSS, Barbosa GB, Santos CLC, Martins Júnior DF, Sobrinho CLN. Prevalência de Distúrbio Psíquico Menor e fatores associados em enfermeiros intensivistas. *Rev Baiana Enferm*. 2019;21;33:280–91. DOI: 10.18471/rbe.v33.28091
7. Araújo T, Graça C, Araújo E. Estresse ocupacional e saúde : contribuições do Modelo Demanda-Controlle Occupational stress and health : Job Strain Model contribution. *Stress Int J Biol Stress*. 2003;285–97. DOI: 10.1590/S1413-81232993999499921

8. Fiorotti KP, Rossoni RR, Borges LH, Miranda AE. Transtornos mentais comuns entre os estudantes do curso de medicina: prevalência e fatores associados Common mental disorders in medical students: prevalence and associated factors. *J Bras Psiquiatr.* 2010;59(1):17-23. DOI: 10.1590/S0047-20852010000100003
9. Silva GJP, Ferreira PAM, Costa RP, Jesus SFC, Gondim LAR, Ferreira PR. Danos à saúde relacionados ao trabalho de fisioterapeutas que atuam em terapia intensiva. *ASSOBRAFIR Cienc.* 2016;7 DOI: 10.47066/2177-9333/ac.25328
10. Kirchoff AL, Magnago TSBS, Camponogara S, Griep RH, Tavares JP, Prestes FC, et al. Working conditions and social-demographic characteristics related to the presence of minor psychic disorders in nursing workers Portuguese]. *Texto Context Enferm [Internet].* 2009;18(2):215-23. DOI: 10.1590/S0104-07072009000200003
11. Rodrigues EP ereir., Rodrigues US antan., Oliveira L de MM ot., Laudano RC unh. S, Sobrinho CL ope. N. Prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem em um hospital da Bahia. *Rev Bras Enferm.* 2014;67(2):296-301. DOI: 10.5935/0034-7167.20140040
12. Araújo TM, Aquino E, Menezes G, Santos CO, Aguiar L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Rev Saude Publica.* 2003;37(4):424-33. DOI: 10.1590/S0034-89102003000400006
13. Portaria GM/MS no 3432, de 12 de agosto de 1998 (Brasil). Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo - UTI. [Internet]. Gabinete do Ministro; 1998. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3432\\_12\\_08\\_1998.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3432_12_08_1998.html).
14. Pinhatti EDG, Ribeiro RP, Soares MH, Martins JT, Lacerda MR. Distúrbios psíquicos menores na enfermagem: prevalência e fatores associados. *Rev Bras Enferm.* 2018;71:2176-83. DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0028
15. Carvalho DB, Araújo TM, Bernardes KO. Transtornos mentais comuns em trabalhadores da Atenção Básica à Saúde. *Rev Bras Saúde Ocup.* 2016;41(0). DOI: 10.1590/2317-6369000115915
16. Silvary Neto AM. *Bioestatística sem segredos.* Salvador: 1ª edição, 2008.
17. Marcelino Filho A, Araújo TM de. Estresse ocupacional e saúde mental dos profissionais de Centro de Especialidades Médicas de Aracaju. *Trab Educ e Saúde.* 2015;13(suppl 1):177-99. DOI: 10.1590/1981-7746-sip00016
18. Pascoal KPMF, Santos ACB da C, Silva JASS da, Fernandes VM de S, Sousa MN de. Avaliação da qualidade de vida, estresse e saúde mental dos profissionais de saúde das Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Interdiscip em saúde.* 2019 Nov 25;6(5):19-30. DOI: 10.35621/23587490.v6.n5.p19-30
19. Carvalho CN, Melo-Filho DA, Alberto J, Carvalho G, Carla A, Amorim G. Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns em residentes médicos e da área multiprofissional. *J Bras Psiquiatr.* 2013;62(1):38-45. DOI: 10.1590/S0047-20852013000100006
20. Nascimento Sobrinho CL, Carvalho FM, Bonfim TAS, Cirino CAS, Ferreira IS. Condições de trabalho e saúde dos médicos em Salvador, Brasil. *Cad. Saúde Pública* vol.22 no.1 Rio de Janeiro. 2006. DOI: 10.1590/S0102-311X2006000100014

21. Alves AP, Pedrosa LAK, Coimbra MAR, Miranzi MAS, Hass VJ. Prevalência de transtornos mentais comuns entre profissionais de saúde. *Rev Enferm.* 2015;1;23(1):64-9. DOI: 10.12957/reuerj.2015.8150
22. Pinho PDS, Araújo TM. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres Association between housework overload and common mental disorders in women. *Ver Bras. Epidemiol.* 2012;15(3). DOI: doi.org/10.1590/S1415-790X2012000300010
23. Nunes MA, Pinheiro AP, Bessel M, Brunoni AR, Kemp AH, Benseñor IM, et al. Common mental disorders and sociodemographic characteristics: Baseline findings of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *Rev Bras Psiquiatr.* 2016;38(2):91-7. DOI: 10.1590/1516-4446-2015-1714
24. Monteiro JK, Oliveira ALL, Ribeiro CS, Grisa GH, Agostini N. Adoecimento psíquico de trabalhadores de Unidades de Terapia Intensiva. *Psicol Ciênc Profissão.* 2013;33(2):366-79. DOI: 10.1590/S1414-98932013000200009
25. Freire CB, Dias RF, Schwingel PA, França EET, Andrade FMD, Costa EC, et al. Qualidade de vida e atividade física em profissionais de terapia intensiva do sub médio São Francisco. *Rev Bras Enferm.* 2015;1;68(1):26-31. DOI: 10.1590/0034-7167.2015680104p

# RELAÇÕES DO ADOECIMENTO MENTAL DE ALUNOS COM O ISOLAMENTO SOCIAL DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

*Data de aceite: 01/12/2022*

### **Renata dos Santos Ribeiro Guzman**

Faculdade Interamericana de Ciências  
Sociales - FICS  
Assunção - Paraguai  
<http://lattes.cnpq.br/2033249163549557>

### **Paula Trugilho Lopes Trentini**

Faculdade Interamericana de Ciências  
Sociales - FICS  
Assunção - Paraguai  
<http://lattes.cnpq.br/9233482220125456>

### **Rafael Durant Pacheco**

Faculdade Interamericana de Ciências  
Sociais – FICS  
Assunção - Paraguai  
<http://lattes.cnpq.br/8118812433921470>

### **Fernanda Delorence**

Faculdade Interamericana de Ciências  
Sociales - FICS  
Assunção - Paraguai  
<https://orcid.org/0000-0002-3884-9451>

### **Josele da Rocha Monteiro**

Faculdade Interamericana de Ciências  
Sociais – FICS  
Assunção - Paraguai  
<http://lattes.cnpq.br/5778266780087320>

### **Édna Berçaco Hermínio Candido**

Faculdade Interamericana de Ciências  
Sociales - FICS  
Assunção - Paraguai  
<https://orcid.org/0000-0001-9150-3049>

### **Maxwell Ferreira Silva**

Faculdade Interamericana de Ciências  
Sociais – FICS  
Assunção - Paraguai  
<http://lattes.cnpq.br/3390581861256474>

### **Aparecida Dias de Macedo**

Faculdade Interamericana de Ciências  
Sociales - FICS  
Assunção - Paraguai  
<http://lattes.cnpq.br/5754709708810971>

### **Maycon Barbosa Arsênio**

Faculdade Interamericana de Ciências  
Sociales - FICS  
Assunção - Paraguai  
<http://lattes.cnpq.br/9761794147580378>

### **Leonardo Simões dos Santos**

Faculdade Interamericana de Ciências  
Sociales - FICS  
Assunção - Paraguai  
<http://lattes.cnpq.br/0844663045144151>

**RESUMO:** Trata-se de um artigo de revisão com objetivo de apresentar as relações do adoecimento mental de alunos com o isolamento social durante a pandemia de covid-19. Em 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi notificada de vários casos de pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, República Popular da China. Era uma nova cepa (tipo) de coronavírus que não havia sido identificada anteriormente em humanos. Uma semana depois, em 7 de janeiro de 2020, as autoridades chinesas confirmaram que haviam identificado um novo tipo de coronavírus. A preocupação com a saúde mental da população aumenta durante uma grave crise social. A pandemia de COVID-19 pode ser descrita como uma daquelas crises que tem se caracterizado como um dos maiores problemas de saúde pública internacional nas últimas décadas, atingindo praticamente todo o planeta. Logo que a pandemia demonstrou o potencial crítico foi necessário o fechamento das escolas, o que gerou um grande isolamento social, principalmente de alunos (crianças e adolescentes). Esse isolamento social expôs um problema social grave, o agravamento de doenças como doenças da mente, que atingiu em cheio durante e pós-pandemia jovens e adolescentes do mundo todo, tendo uma relação próxima com o isolamento. Conclui-se que a saúde mental dos alunos foi prejudicada pela pandemia, e que novos métodos e políticas de saúde devem ser incluídas no cotidiano para que o problema seja superado. O apoio às famílias, educadores e profissionais de saúde inclui a manutenção de uma vida diária saudável, o desenvolvimento de novas habilidades, como comunicação e colaboração, resolução de problemas, gerenciamento de emoções, limitação de tempo e atividades baseadas na internet, incentivo a atividades criativas como arte, música, dança, etc. são estratégias para proporcionar bem-estar para a saúde mental desses jovens.

**PALAVRAS-CHAVE:** Covid-19. Saúde Mental. Educação e Covid-19. Pandemia. Políticas Educacionais.

## RELATIONSHIPS OF STUDENTS' MENTAL ILLNESS WITH SOCIAL ISOLATION DURING THE COVID-19 PANDEMIC

**ABSTRACT:** This is a review article with the objective of presenting the relationship between mental illness of students and social isolation during the covid-19 pandemic. On December 31, 2019, the World Health Organization (WHO) was notified of several cases of pneumonia in Wuhan City, Hubei Province, People's Republic of China. It was a new strain (type) of coronavirus that had not been previously identified in humans. A week later, on January 7, 2020, Chinese authorities confirmed that they had identified a new type of coronavirus. Concern about the mental health of the population increases during a serious social crisis. The COVID-19 pandemic can be described as one of those crises that has been characterized as one of the biggest international public health problems in recent decades, affecting practically the entire planet. As soon as the pandemic showed its critical potential, it was necessary to close schools, which generated great social isolation, especially among students (children

and adolescents). This social isolation exposed a serious social problem, the aggravation of diseases such as mental illness, which hit young people and adolescents around the world during and post-pandemic, having a close relationship with isolation. It is concluded that the mental health of students was harmed by the pandemic, and that new health methods and policies must be included in everyday life so that the problem is overcome. Support for families, educators and healthcare professionals includes maintaining a healthy daily life, developing new skills such as communication and collaboration, problem solving, managing emotions, limiting time and internet-based activities, encouraging activities creative activities such as art, music, dance, etc. are strategies to provide well-being for the mental health of these young people.

**KEYWORDS:** Covid-19. Mental health. Education and Covid-19. Pandemic. Educational Policies.

## 1 | INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) anunciou em janeiro de 2020 que o surto de COVID-19 representava uma ameaça internacional à saúde pública que mais tarde foi caracterizada como uma pandemia. Com o aumento contínuo de doenças graves, hospitalizações e mortes relacionadas à doença, estratégias foram adotadas para reduzir o risco de exposição ao vírus para grande parte da população, como o distanciamento social. No entanto, na direção oposta, os profissionais de saúde correram maior risco de contrair a infecção por SARS-CoV-2 (SILVA-COSTA et al., 2022).

Mesmo sabendo que alguns dos sinais e sintomas não são claramente compreendidos e até o momento não existe um tratamento comprovadamente eficaz, medidas de quarentena, distanciamento e isolamento social foram implementadas para conter a disseminação do novo coronavírus, que, quando atrelado a fake news, tem carregado incerteza, pânico e medo, afetando diretamente a saúde mental da população e dos trabalhadores da saúde (MIZUMOTO; CHOWELL, 2020).

O distanciamento social também foi usado em outras pandemias, como a espanhola e a peste negra, para impedir a propagação de doenças que assolavam a época e que também resultaram no fechamento de escolas. No cenário atual, também tivemos o fechamento imediato das escolas entre nossos reflexos de distanciamento social em relação ao COVID-19. O fechamento repentino das escolas levou à necessidade de adoção emergencial do ensino a distância (REZENDE, 2009).

Behar (2020, online) descreve esse modelo de ensino a distância como:

[...] uma modalidade de ensino que pressupõe o distanciamento geográfico de professores e alunos e foi adotada de forma temporária nos diferentes níveis de ensino por instituições educacionais do mundo inteiro para que as atividades escolares não sejam interrompidas. Dessa forma, o ensino presencial físico precisou ser transposto para os meios digitais. No ensino remoto, a aula ocorre num tempo síncrono (seguindo os princípios do ensino presencial), com videoaula, aula expositiva por sistema de webconferência,

e as atividades seguem durante a semana no espaço de um ambiente virtual de aprendizagem (AVA) de forma assíncrona. A presença física do professor e do aluno no espaço da sala de aula presencial é “substituída” por uma presença digital numa aula online, o que se chama de ‘presença social’. Essa é a forma como se projeta a presença por meio da tecnologia.

Este ensino a distância tem sido adotado em todo o mundo. Assim, o fechamento não só repercutiu dentro dos muros escolares, mas também influenciou o contexto social por meio de reflexo direto ou indireto no contexto de pais e alunos. A educação é sempre um dos primeiros setores a ser atingido por uma crise, principalmente em caso de pandemia, epidemia ou surto de alta intensidade e magnitude (CORRÊA, 2020).

Em decorrência do fechamento das escolas e do isolamento social, os alunos foram submetidos a uma nova realidade, ficar em casa por um tempo indeterminado, deixar de frequentar ambientes socializadores fez com que o adoecimento mental aumentasse, e agravou os números da ansiedade e da depressão, que já não eram pequenos. Os dados ainda não foram fechados, e boa parte da população ainda está vulnerável a doenças causadas pelo isolamento social (SILVA-COSTA et al., 2022).

Na situação atual, a OMS já publicou atualizações sobre a ansiedade global como resultado da pandemia. Certos grupos são os mais afetados, como os profissionais de saúde que estão na linha de frente da luta contra o vírus, as mulheres que precisam equilibrar o trabalho doméstico e os cuidados com os filhos, as crianças com deficiência e as que trabalham em ambientes lotados e de rua. O aumento do consumo de álcool foi significativo entre aqueles de 15 a 49 anos e contribuiu para o declínio dos serviços de saúde mental, segundo um estudo da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2020).

Segundo Noal e Damásio (2020), estima-se que um terço a metade da população exposta a uma epidemia possa sofrer de determinados sintomas psicopatológicos se não for realizada nenhuma intervenção de cuidado específica para a resposta e os sintomas manifestados. Mas como o estresse gerado por situações extremas como a que vivemos desde o início de 2020 está relacionado ao adoecimento das pessoas? Existe uma explicação fisiológica para como o estresse pode afetar nosso corpo? Podemos prevenir doenças induzidas pelo estresse?

Postas as considerações iniciais, traça-se como objetivo do presente estudo apresentar as relações do adoecimento mental de alunos com o isolamento social durante a pandemia de Covid-19.

## **2 | A COVID-19**

Em 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi notificada de vários casos de pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, República Popular da China. Era uma nova cepa (tipo) de coronavírus que não havia sido identificada anteriormente em humanos (OPAS, 2020).

Uma semana depois, em 7 de janeiro de 2020, as autoridades chinesas confirmaram que haviam identificado um novo tipo de coronavírus. Os coronavírus estão por toda parte. Eles são a segunda causa mais comum de resfriados (depois do rinovírus) e, até as últimas décadas, raramente causavam doenças mais graves em humanos do que o resfriado comum (GARCIA; DUARTE, 2020).

Um total de sete coronavírus humanos (HCoV) foram identificados: HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63, HCoV-HKU1, SARS-COV (causando síndrome respiratória aguda), MERS-COV (causando o Oriente Médio) e o novo coronavírus mais recente (que foi inicialmente denominado 2019-nCoV provisoriamente e foi nomeado SARS-CoV-2 em 11 de fevereiro de 2020). Este novo coronavírus é responsável por causar a doença COVID-19 (OPAS, 2020).

Em 30 de janeiro de 2020, a OMS anunciou que o surto do novo coronavírus representa um Perigo para a Saúde Pública Internacional – o nível de alerta mais alto da Organização de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional. Esta decisão visava fortalecer a coordenação, cooperação e solidariedade globais para conter a propagação do vírus. Esta decisão fortalece a coordenação, cooperação e solidariedade globais para conter a propagação do vírus (GARCIA; DUARTE, 2020).

A doença do vírus tem sido uma grande preocupação em todo o mundo, causando a morte entre pessoas de todas as faixas etárias. Os vírus são partículas livres de células que consistem em um fragmento de DNA ou RNA envolto em uma cápsula de proteína, capsídeo; é um parasita intracelular obrigatório que geralmente infecta células humanas ou animais para se reproduzir e se espalhar ainda mais. Eles têm um alto potencial de variação genética, graças ao qual novas cepas de vírus surgem muito rapidamente (NOGUEIRA; SILVA, 2020).

De acordo com Nogueira e Silva (2020), sars-cov-2, nome recomendado pelo comitê internacional de taxonomia de vírus, é um vírus da família Coronaviridae, cujo material genético é RNA fita simples positiva, envolto por um envelope lipoprotéico, contendo nesta estrutura a proteína Spike ou Proteína S, que se liga fortemente à enzima ACE 2 (a enzima conversora de angiotensina tipo 2), este tipo de enzima e mais comumente expressa em células pulmonares humanas.

A compreensão científica insuficiente do novo coronavírus, sua rápida disseminação e o potencial de causar a morte em populações vulneráveis cria incerteza sobre as melhores estratégias que poderiam ser usadas para combater epidemias em diferentes partes do mundo. No Brasil, os desafios são ainda maiores, pois pouco se conhece sobre as características de transmissão da COVID-19 em um contexto de grande desigualdade social, com populações vivendo em moradias e saneamento precários, sem acesso sistemático à água e em situação de aglomeração (HORTON, 2020).

No Brasil, a questão de qual seria a estratégia mais adequada no atual contexto da epidemia, se “isolamento vertical” ou “isolamento horizontal” tem dominado o debate

em diversos setores da sociedade civil, mas também diretamente entre pesquisadores e especialistas ou indiretamente envolvidos na luta contra a epidemia. Esse debate é análogo ao dilema de escolher intervenções baseadas em “estratégias de alto risco” ou “estratégias populacionais” (CARDOSO, 2020).

A adoção de várias estratégias de isolamento social, vertical ou horizontal, deve se basear na análise da situação e do curso da epidemia em um determinado contexto. Assim, do ponto de vista puramente teórico, uma estratégia bem-sucedida de “isolamento vertical” pode ser a mais eficaz, também porque reduz as repercussões econômicas e sociais do “isolamento horizontal”. Às vezes, porém, as condições para um efetivo “isolamento vertical” na atual situação da epidemia no Brasil são muito limitadas. Isso se deve em parte à alta taxa de disseminação da infecção e à dificuldade em monitorar e acompanhar de perto os casos e contatos, já que o percentual de pessoas assintomáticas se aproxima de 80% dos infectados (CARDOSO, 2020).

Além disso, principalmente devido à falta de um sistema abrangente de testes estabelecido no início da epidemia para permitir a identificação precoce dos infectados. De fato, a experiência da China mostra que, no início da epidemia, cerca de 86% das infecções não foram detectadas, mas foram a fonte de infecção para cerca de 79% dos casos. Não surpreendentemente, o progresso no controle da epidemia na China ocorreu somente após a introdução de medidas amplas e drásticas de distanciamento social. Em países que têm grandes restrições tanto para testes no início de uma epidemia quanto para a prestação de cuidados a pacientes graves, como Estados Unidos e Itália, o “isolamento vertical” foi inicialmente introduzido, mas o número de casos de pacientes evoluiu rapidamente, embora com atraso, foi preciso iniciar uma estratégia de amortecimento através de “isolamento horizontal” (SSRC, 2020).

O primeiro caso de Covid-19 no Brasil foi confirmado em 26 de fevereiro de 2020. Tratava-se de um idoso residente em São Paulo/SP que havia retornado de uma viagem à Itália. A doença se espalhou rapidamente. Menos de um mês após a confirmação do primeiro caso, uma transmissão comunitária já havia ocorrido em algumas cidades. Em 17 de março de 2020, a primeira morte do país por Covid-19. Tratava-se de outro idoso residente em São Paulo/SP que sofria de diabetes e hipertensão sem histórico de viagem ao exterior. Em 20 de março de 2020, a transmissão comunitária do Covid-19 foi reconhecida em todo o país (FREITAS et al., 2020).

Quando a doença foi introduzida no país, a maioria dos casos foi importada e a estratégia de contenção baseou-se na busca e isolamento de casos e contatos para evitar a transmissão pessoa a pessoa de forma permanente. Com o aumento dos casos de Covid-19 e a incidência de transmissão extra-hospitalar, estratégias de mitigação foram adotadas para evitar casos graves e óbitos pela doença. Tais estratégias incluíram medidas de atendimento hospitalar para casos graves, bem como medidas de isolamento para casos leves e contatos (FREITAS et al., 2020).

Com o advento das vacinas, o cenário de crise sanitária continuou devido à falta de apoio político federal para esse fármaco, o que favoreceu a desorganização da estratégia de vacinação do país em nível nacional. Soma-se a isso o agravamento da crise sanitária, redução da adesão às medidas não farmacológicas para limitar e bloquear a transmissão e atraso na vacinação, com apenas 22,8% da população vacinada com duas doses ou dose única e 52,9% com a primeira dose da vacina nos primeiros seis meses da campanha. Vale lembrar que em novembro de 2020, países europeus onde mais de 80% dos vacinados voltaram a enfrentar um aumento significativo na incidência, principalmente com o advento da variante Delta, o que torna necessário ficar atento à vacinação contra SARS- CoV-2 (MACIEL et al., 2022).

### **3 | DESENVOLVIMENTO**

A preocupação com a saúde mental da população aumenta durante uma grave crise social. A pandemia de COVID-19 pode ser descrita como uma daquelas crises que tem se caracterizado como um dos maiores problemas de saúde pública internacional nas últimas décadas, atingindo praticamente todo o planeta. Um evento como esse causa distúrbios psicológicos e sociais que afetam a capacidade de enfrentamento de toda a sociedade, com variados graus de intensidade e propagação. Para propor formas de lidar com o contexto que permeia a crise, são necessários esforços extraordinários de diversos campos do conhecimento – inclusive da psicologia (FARO et al., 2020).

O combate a tais situações já foi objeto de debate pela OMS, que em 2007 publicou um documento enfatizando a necessidade de planejamento prévio dos países diante de crises e desastres inesperados. Vale ressaltar também que outros estudos sobre crises de saúde pública também enfatizaram que a atenção psiquiátrica deve ser tão importante quanto a atenção primária à saúde.

Além do medo de contrair a doença, a COVID-19 criou um sentimento de insegurança em todos os aspectos da vida, da perspectiva coletiva à individual, do funcionamento cotidiano da sociedade às mudanças nas relações interpessoais. Quando se trata de saúde mental, é importante dizer que as consequências de uma pandemia superam as mortes. Os sistemas de saúde dos países estão entrando em colapso, os profissionais de saúde estão exaustos por longas jornadas de trabalho e a maneira mais eficaz de controlar doenças, o distanciamento social, está tendo um impacto significativo na saúde mental da população.

#### **3.1 O isolamento social dos alunos durante a pandemia**

As pandemias, como outros desastres, fazem parte da história da humanidade há séculos. No entanto, a resposta às pandemias é necessariamente diferente, pois requer separação, isolamento e quarentena. Além dos potenciais impactos da proteção das comunidades atribuídos à quarentena, as ameaças às pessoas em quarentena devem ser

identificadas. Pesquisas mostram que essa situação afeta o comportamento das pessoas no dia a dia, causando ansiedade, medo, depressão e pânico (ALMEIDA et al., 2021).

Ainda para Almeida e colaboradores (2021), cada vez mais, reconhece-se que as pessoas que vivenciam o isolamento social são mais propensas a desenvolver a doença. Experiências psicossociais adversas, como o isolamento social, podem ser particularmente prejudiciais ao desenvolvimento de crianças e adolescentes. O distanciamento social pode exacerbar ou gerar dificuldades funcionais e comportamentais nessa faixa etária.

Consequentemente, a saúde física e mental de crianças e adolescentes deve ser abordada, visto que fazem parte de uma população vulnerável. A incerteza gerada pelo COVID-19 pode causar raiva, depressão e ansiedade, considerando a perda de contato com outras pessoas devido à distância, doença ou morte de familiares e amigos. Como as mudanças causadas pelo COVID-19 são repentinas e abrangem muitos aspectos do nosso cotidiano, essas reações adversas tendem a piorar, prejudicando a função humana. Por isso, passa ser importante garantir que eles não sofram traumas de longo prazo como resultado da experiência com doenças pandêmicas, sendo necessário desenvolver estratégias de resposta à saúde pública (ALMEIDA et al., 2021).

Até junho de 2021, foram mais de 173 milhões de casos confirmados e três milhões de mortes em todo o mundo, com um aumento diário exponencial. No Brasil, no mesmo período, foram mais de 16 milhões de casos e mais de duzentas mil mortes. Assim, como medida de contenção em situações de congestionamento, suspende-se *inter alia*: atividades escolares, atividades de escritório, grandes eventos e feiras públicas (BARBOSA et al., 2022).

Nesse sentido, uma série de medidas foram tomadas para superar o isolamento social, por meio de decretos federais, estaduais e municipais, com o fechamento de comércio e escolas, liberando apenas as atividades que forem necessárias, consideradas necessárias para atender as necessidades da população. Em todo o mundo, outros países tomaram medidas semelhantes (BARBOSA et al., 2022).

Uma das consequências da necessidade de isolamento social é a restrição das aulas nas escolas que foram fechadas primeiro. As instituições de ensino, independentemente do nível de ensino, foram obrigadas a buscar alternativas para manter pelo menos algumas de suas atividades, como o regime especial de exercício domiciliar, que se caracteriza pelo ensino a distância e envolve atividades síncronas e assíncronas entre professores e alunos (VIEIRA et al., 2020).

Nesse cenário, os alunos, até então adaptados e acostumados ao ensino presencial, passaram a conviver com um duplo desafio: a necessidade de isolamento e aprendizagem a distância, que levam a uma maior autonomia. O que as escolas utilizam é conhecido como ensino a distância como medida de contingência para um momento inusitado. O ensino a distância é uma adaptação ao uso de recursos tecnológicos e ferramentas de TI, mas sem alterar a metodologia das aulas presenciais, mantendo o desenho pedagógico

da educação presencial. Por isso, as aulas foram adaptadas para possibilitar e facilitar a realização de atividades e encontros por meio das plataformas digitais disponíveis (ALVES, 2020).

### **3.2 O adoecimento mental dos alunos relacionado ao isolamento social**

O impacto do isolamento social na aprendizagem e no comportamento dos alunos brasileiros no último ano da pandemia de Covid-19 é um tema constante de debate entre os profissionais da saúde infantil. O Brasil é um país com grandes desigualdades sociais, inclusive na educação, que foram agravadas ainda mais pela pandemia da Covid-19. Apesar das melhorias no acesso das crianças ao ensino primário, essas crianças não conseguiram permanecer na escola ao longo dos anos: as taxas de repetência, desistência e desistência continuam altas (MANGUEIRA et al., 2020).

Uma pesquisa do Instituto Ayrton Senna com a Secretaria de Educação do Estado de São Paulo explicou o forte impacto que a pandemia e o consequente isolamento social tiveram na condição sociopsicológica da maioria dos estudantes. O estudo foi apresentado a uma subcomissão da Comissão de Educação (CE), que está avaliando o impacto da pandemia no setor. A pesquisa ouviu 642 mil alunos de todo o estado de São Paulo, desde a quinta série do ensino fundamental até a terceira série do ensino médio. A pesquisa mostra que 70% dos alunos relataram depressão ou ansiedade quando foram consultados ao retornar ao ensino presencial (BRASIL, 2021).

As preocupações com a saúde mental da população se intensificam durante as graves crises sociais. Indiscutivelmente uma dessas crises é a pandemia de COVID-19, que tem sido descrita como um dos maiores problemas de saúde pública internacional nas últimas décadas, afetando quase todo o planeta. Eventos como esses podem causar barreiras psicológicas e sociais que afetam a capacidade de enfrentamento da sociedade como um todo, variando em intensidade e disseminação. Esforços urgentes de diferentes áreas do conhecimento, incluindo a psicologia, são necessários para encontrar formas de lidar com o contexto que atravessa a crise (FARO et al., 2020).

A infância e a adolescência vêm de um período temporal onde a fase de desenvolvimento torna tudo mais vulnerável, exigindo um olhar mais focado na promoção e prevenção de problemas de saúde mental neste ciclo vital. Portanto, é importante que as pessoas ao seu redor queiram ouvi-los ativamente criando canais de confiança, para que essas crianças e jovens se sintam acolhidos e queiram compartilhar seus sentimentos e angústias sem medo de serem julgados pelas pessoas em seu convívio social (ANGELELLI; ANGELELLI, 2021).

Cabe saber que a infância marcará a vida de uma criança, pois durante este período da vida ela interage ativamente com outras crianças para brincar e construir laços. Também não é diferente na adolescência, onde as interações sociais são muito maiores, pois é quando essas pessoas começam a querer ser livres, sair com os amigos, fazer

relacionamentos e conhecer novas pessoas (SOUZA et al., 2021).

O isolamento social é classificado como ação voluntária ou involuntária que visa isolar um indivíduo do contato com outros indivíduos ou sociedade. Portanto, ao colocar o isolamento social como medida obrigatória para limitar a disseminação da COVID-19, adolescentes e crianças estão se tornando mais solitários, o que tem um impacto negativo na saúde, evidenciado por sintomas de ansiedade, depressão, distúrbios do sono e apetite. Além disso, a crise econômica e a pobreza resultante e o aumento da desnutrição infantil, a redução de serviços médicos, a perda de cuidadores, o fechamento de escolas e universidades, a falta de comunicação interpessoal e informações incorretas ou enganosas sobre o COVID-19 afetam diretamente o bem-estar mental de crianças e adolescentes durante a pandemia (MATA et al., 2021).

Com isso, é possível atestar que as crianças e os adolescentes que deixam de frequentar as escolas devido o isolamento social, deixam de frequentar um ambiente sociável, e ficam vulneráveis ao adoecimento mental. Não somente o isolamento é considerado fato para esse adoecimento, mas vários outros agravantes como questões sociais, geográficas, familiares e a principal se tratando o Brasil, a econômica (MATA et al., 2021).

Como expõe Lima (2020, p.2), medidas começaram ser tomadas na contenção do problema:

No Brasil, começa a circular material nacional produzido por grupos de pesquisa, associações e instituições ligadas a categorias profissionais, com informações e recomendações sobre saúde mental no contexto da pandemia, tendo os documentos internacionais como referência. Um exemplo é a série de cartilhas lançadas pelo Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde (CEPEDES/ FIOCRUZ), abrangendo desde recomendações à população em geral até temas mais específicos, como o cuidado de crianças em isolamento hospitalar e a violência doméstica e familiar. As iniciativas têm explorado outros recursos da internet, como as transmissões ao vivo, como é o caso das lives "Pandemia, isolamento social e sofrimento psíquico", da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), e "O novo Coronavírus e nossa saúde mental", do Conexão Fiocruz Brasília, e dos podcasts "As contribuições da Psicologia Hospitalar na pandemia da Covid-19" e "Coronavírus e a atuação da Psicologia nas políticas de saúde e assistência social", do Conselho Federal de Psicologia (CFP).

Assim, para reduzir o impacto na saúde mental de crianças e adolescentes nesse período, pode-se utilizar como estratégia a utilização e ampliação de opções de tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), em especial a introdução da Integração e Complementação (PICs), o que já é uma realidade em sistema, mas ainda pouco ofertado. Nesse sentido, praticar meditação, mindfulness e exercitar a espiritualidade pode ser um instrumento para aliviar o estresse dessas crianças e jovens durante a pandemia (MANGUEIRA et al., 2020).

Percebe-se que as estratégias preconizadas enfatizam a prevenção no sentido de

criar ou potencializar hábitos de autocuidado considerados saudáveis, reduzindo o risco de adoecimento mental, além de estimular uma ética comunitária considerada rara na vida das grandes cidades. No entanto, deve-se considerar se as recomendações ou os meios virtuais em que circulam são adequados para todos os territórios e classes sociais. Nas populações marginalizadas, os problemas gerados pela distância e pelo isolamento têm nuances diferentes. Nas favelas, o menor compromisso com o “ficar em casa” está relacionado a fatores como a geografia urbana diferenciada, que consiste em vielas e casas com poucos cômodos, grandes aglomerações e condições sanitárias inadequadas; a necessidade de continuar trabalhando para sobreviver, dado o alto nível de informalidade; e a “naturalização” da ameaça à vida, efeito de se acostumar a circular pela comunidade mesmo em dias de tiroteios e operações policiais (ABRASCO, 2020).

Nesse grupo, os problemas psicológicos podem estar ligados aos mesmos fatores que afetam a população em geral, mas o medo da fome caso a epidemia leve à diminuição da renda e à perda do emprego é uma marca, revelando uma ligação entre a dimensão individual e o sofrimento social (ABRASCO, 2020).

#### **4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Durante a pandemia do COVID-19, a saúde mental dos alunos foi impactada diretamente, muitas vezes como resultado das condições impostas pelo ambiente desafiador apresentado: isolamento social, fechamento de escolas, aprendizado online, uso inadequado de tecnologia e uso de mídia. Através da Internet, além de vulnerabilidades pré-existentes, como gênero feminino, desvantagem socioeconômica, necessidades de neurodiversidade ou deficiência.

O apoio às famílias, educadores e profissionais de saúde inclui a manutenção de uma vida diária saudável, o desenvolvimento de novas habilidades, como comunicação e colaboração, resolução de problemas, gerenciamento de emoções, limitação de tempo e atividades baseadas na internet, incentivo a atividades criativas como arte, música, dança, etc. são estratégias para proporcionar bem-estar para a saúde mental desses jovens.

Diante do exposto, acredita-se que investigar os fatores de risco, seu impacto na saúde mental e as estratégias de enfrentamento utilizadas por pais, educadores e profissionais de saúde para intervir na saúde mental do adolescente são etapas essenciais para a elaboração de um plano de ação. Pois visa reduzir a prevalência e o impacto dos transtornos mentais nessa população durante momentos de crise.

Dessa forma, espera-se que os resultados obtidos por meio desta revisão possam auxiliar na construção do conhecimento sobre esse relevante tema e subsidiar o desenvolvimento de programas e ações voltados para a saúde mental dos alunos.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, I. L. L.; et al. Isolamento social e seu impacto no desenvolvimento de crianças e adolescentes: uma revisão sistemática. **Rev Paul Pediatr**, v. 40, s/n, p. 1-9, 2021.
- ALVES, L. Educação remota: entre a ilusão e a realidade. **Interfaces Científicas-Educação**, v. 8, n. 3, p. 348-365, 2020.
- ANGELELLI, A.M.M.; ANGELELLI, C. **Campanha maio amarelo: Depressão entre crianças e adolescentes**: Pare-observe-acolha, departamento científico de saúde mental da SPSP. Automutilação na adolescência. Disponível em: [www.encurtador.com.br/nqrvH](http://www.encurtador.com.br/nqrvH). Acesso em: 5 de out. 2022.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). **Coronavírus nas favelas: “É difícil falar sobre perigo quando há naturalização do risco de vida”**. Disponível em: [www.encurtador.com.br/vwENV](http://www.encurtador.com.br/vwENV). Acesso em: 6 de out. 2022.
- BARBOSA, A. L. A.; et al. Impactos na aprendizagem de estudantes da educação básica durante o isolamento físico social pela pandemia do COVID-19. **Revisão Crítica ou Revisão de Escopo**, v. 34, n. 4, p. 1-7, 2022.
- BEHAR, P. A. **O Ensino Remoto Emergencial e a Educação a Distância**, 2020. Disponível em: [www.encurtador.com.br/hmAM3](http://www.encurtador.com.br/hmAM3). Acesso em: 3 de out. 2022.
- CARDOSO, T. **Grupos antivacina mudam foco para covid-19 e trazem sérios problemas à saúde pública**. *Jornal da USP, São Paulo*, 31 mar. 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3iuFnK0>. Acesso em: 4 de out. 2022.
- CORRÊA, A. **BBC Brasil. O que era a ‘Liga Anti-Máscara’, que protestava contra restrições na gripe espanhola**, 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-52588711>. Acesso em: 3 de out. 2022.
- FARO, A.; et al. COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. **Estud. psicol.**, v. 37, s/n, p. 1-14, 2020.
- FREITAS, A. R. R.; et al. Análise da gravidade da pandemia de Covid-19. **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 20, n. 2, p. 1-5, 2020.
- GARCIA, L. P.; DUARTE, E. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da covid-19 no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 2, 2020.
- HORTON, R. Offline: covid-19 and the NHS: “a national scandal”. **The Lancet, London**, v. 395, n. 10229, p. 1022, 2020.
- MACIEL, E.; et al. A campanha de vacinação contra o SARS-CoV-2 no Brasil e a invisibilidade das evidências científicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 3, p. 951-956, 2022.
- MANGUEIRA, L.F.B. et al. Saúde mental das crianças e adolescentes em tempos de pandemia: uma revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 11, p. e4919-e4919, 2020.
- MATA, A. A. da; et al. Impacto da pandemia de COVID-19 na saúde mental de crianças e adolescentes: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal Of Development**, v.7, s/n, p. 6901-6917, 2021.

MIZUMOTO, K, CHOWELL, G. **Transmission potential of the novel coronavirus (COVID-19) onboard the diamond Princess Cruises Ship**, 2020.

NOAL, D.; DAMÁSIO, F. (Coord.). **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID -19**. Ministério da Saúde: FIOCRUZ, 2020.

NOGUEIRA, J. V. D.; SILVA, C. M. da. Conhecendo a origem do Sars-Cov-2 (Covid-19). **Revista Saúde e Meio Ambiente – RESMA**, v. 11, n.2, p. 115-124, 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **ONU destaca necessidade urgente de aumentar investimentos em serviços de saúde mental durante a pandemia de COVID-19**. 14 de maio de 2020. Disponível em: [www.encyrtador.com.br/pyCNR](http://www.encyrtador.com.br/pyCNR). Acesso em: 4 de out. de 2022.

REZENDE, J. M. **À sombra do plátano: crônicas de história da medicina**. São Paulo: Editora Unifesp, 2009.

SILVA-COSTA, A.; et al. Percepção de risco de adoecimento por COVID-19 e depressão, ansiedade e estresse entre trabalhadores de unidades de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 3, p. 1-13, 2022.

SOCIAL SCIENCE RESEARCH COUNCIL (SSRC). **Covid-19 and the Social Sciences, 2020**. Disponível em: <https://covid19research.ssrc.org>. Acesso em: 5 de out. 2022.

SOUZA, C. H. L. de; et al. O Adoecimento Mental de Crianças e Adolescentes Frente ao Isolamento Social Imposto Pela Pandemia do COVID-19. **Revista de Casos e Consultoria**, v. 12, n.1, p. 1-14, 2021.

VIEIRA, K. M. et al. Vida de Estudante Durante a Pandemia: Isolamento Social, Ensino Remoto e Satisfação com a Vida. **EaD em Foco**, v. 10, n. 3, e1147, 2020.

# SAÚDE COLETIVA – CONFIGURAÇÃO DE ÁREA EPISTEMOLÓGICA

*Data de aceite: 01/12/2022*

### **Adelcio Machado Santos**

Doutor em Engenharia e Gestão do Conhecimento (UFSC). Pós-Doutor (UFSC). Docente, pesquisador e orientador no Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Sociedade e em Educação da Universidade Alto Vale Rio do Peixe (Uniarp)  
<https://orcid.org/0000-0003396-972X>

### **Anderson Antônio Mattos Martins**

Doutor em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina. Graduado em Engenharia Agrônoma pela Universidade Federal de Santa Catarina (1988). Mestre em Administração pela Universidade Federal de Santa Catarina, Vice-Reitor Acadêmico da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe (UNIARP). Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Sociedade da UNIARP  
<https://orcid.org/0000-0001-6812-4219>

**RESUMO:** A presente pesquisa teve como objetivo discutir o que é saúde coletiva, seu objeto e campo de atuação. Para isso, realizou-se um estudo de revisão integrativa entre novembro e março de 2022, guiado

pela seguinte pergunta norteadora: quais as contribuições da Saúde Coletiva para os mais diversos âmbitos da sociedade? Para o levantamento dos artigos na literatura, realizou-se uma busca nas seguintes bases de dados: 1. Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde; 2. Portal de periódicos da Capes. Foram utilizados, para busca dos artigos, os seguintes descritores e suas combinações na língua portuguesa: saúde coletiva e campos de atuação e saúde coletiva e sistema único de saúde. A partir das definições, critérios e combinações de palavras-chaves definidas para o estudo foram localizadas 5974 publicações. A amostra final foi composta por 10 artigos. De acordo com os resultados da presente pesquisa foi possível constatar que na atualidade, pode-se assegurar que a Saúde Coletiva se estabeleceu, consolidando espaço específico e autônomo, e como tal, convive em frequente processo de validar-se socialmente. Evidencia-se ainda, as contribuições da Saúde Coletiva em múltiplas esferas da sociedade, todavia, alguns estudos salientaram um certo impasse na inserção para o mercado de trabalho recomendando que permaneça a necessidade de intervenções para beneficiar o ingresso de egressos ao

mercado de trabalho. Percebeu-se ainda, não haver um campo científico mais interdisciplinar do que a Saúde Coletiva, pois os indivíduos e seu contexto de vida são complexos e, por esse motivo, demandam do profissional de saúde uma compreensão crítico-reflexiva sobre a determinação social do processo saúde-doença.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde Coletiva; Saúde Pública; Interdisciplinaridade; Integralidade; Ciências Humanas e Sociais.

## COLLECTIVE HEALTH - EPISTEMOLOGICAL AREA CONFIGURATION

**ABSTRACT:** This research aimed to discuss what collective health is, its object and field of action. For this, an integrative review study was carried out between November and March 2022, guided by the following guiding question: what are the contributions of Public Health to the most diverse spheres of society? To search for articles in the literature, a search was carried out in the following databases: 1. Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences; 2. Capes journal portal. The following descriptors and their combinations in Portuguese were used to search for articles: collective health and fields of activity and collective health and the single health system. From the definitions, criteria and combinations of keywords defined for the study, 5974 publications were located. The final sample consisted of 10 articles. According to the results of the present research, it was possible to verify that at present, it can be ensured that Collective Health has been established, consolidating a specific and autonomous space, and as such, it coexists in a frequent process of social validation. It is also evident the contributions of Collective Health in multiple spheres of society, however, some studies have highlighted a certain impasse in the insertion into the labor market, recommending that the need for interventions to benefit the entry of graduates into the labor market remains. It was also noticed that there is not a more interdisciplinary scientific field than Public Health, because the individual and his life context are complex and, for this reason, demand from the health professional a critical-reflexive understanding of the social determination of the process health-disease.

**KEYWORDS:** Collective Health; Public health; Interdisciplinarity; completeness; Human and Social Sciences.

## 1 | INTRODUÇÃO

A instituição da Saúde Coletiva no Brasil como uma área planejada e estruturante de métodos e fundamentos teórico-políticos se deu a partir do final dos anos de 1970 e começo da década de 1980, sob interferência do panorama socioeconômico e político-ideológico do país e da América Latina (SOUZA et al., 2017). Além disso, a conjuntura de consecutivas tensões no plano epistemológico, nas práticas de saúde pública e na instauração de trabalhadores da saúde, volvia imprescindível a superação do biologicismo e funcionalismo hegemônicos e uma maior abertura à interdisciplinaridade para enfrentar com a complexidade dos indivíduos em seus processos de adoecimento (VELLOSO et al., 2016).

Determina-se, então, a Saúde Coletiva como um campo do saber que toma como

elemento as indigências sociais de saúde (e não somente as enfermidades, os agravos ou os riscos) abrangendo a circunstância de saúde como um seguimento social (o seguimento saúde-doença) pertinente ao arranjo da sociedade e idealizando as intervenções de atenção à saúde como práticas respectivamente técnicas e sociais (SOUZA, 2014). Ainda de acordo com Paim e Almeida Filho (1998), a Saúde Coletiva é uma área do saber composta para acender a heterogeneidade do processo saúde-doença, ponderando seus distintos aspectos e decorrências na realidade social, a partir do julgamento a um ponto de vista reducionista de saúde.

Recentemente, o acúmulo de meditações sobre o campo da Saúde Coletiva nos consente anunciá-la como um âmbito sancionado, regularizado e cientificamente sólido, proporcionando uma natureza epistemológica e uma prática política distinta estabelecida na interconexão das Ciências Naturais e das Ciências Humanas e Sociais (NOGUEIRA; BOSI, 2017).

Nesse contexto, com o desenvolvimento da Saúde Coletiva e a emergência de um corpo bem instituído de produções científicas, verifica-se a relevância em discutir a respeito de suas limitações e competências. Uma primeira aproximação exhibe que a área da Saúde Coletiva, talvez por ser nova, ou talvez por articular-se também em uma dimensão mais prática dos serviços de saúde, por vezes confundindo-se com essa dimensão de corte político-administrativo, necessita de reflexões mais aprofundadas no campo epistemológico (OSMO; SCHRAIBER, 2015). Importante destacar, que é corriqueiro autores empregarem como sinônimos, em um mesmo texto, os termos Saúde Coletiva e Saúde Pública, ou Saúde Coletiva e Medicina Social, ou ainda Saúde Coletiva e Epidemiologia (SILVA; SCHRAIBER; MOTA, 2019).

Destaca-se também, uma particularidade associada à Saúde Coletiva que é a de ser um campo interdisciplinar (às vezes seus agentes usam a terminação multidisciplinaridade, ou então transdisciplinaridade) (VELLOSO et al., 2016). Nunes (1994) destaca que o campo se baseia na interdisciplinaridade como possibilitadora de um conhecimento expandido de saúde e na multiprofissionalidade como forma de encarar a variedade interna ao saber/fazer das práticas sanitárias.

Sempre em constituição e muito podendo caminhar na construção e em marcos de reflexão sobre a própria identidade, a Saúde Coletiva, como outros, estabelece-se como um “campo vivo” (SILVA; SCHRAIBER; MOTA, 2019). Mas o impasse em localizar subsídios aglutinadores, tecendo alvos comuns, pode conceber, por um lado, uma vulnerabilidade, ainda que, por outro, tornar a Saúde Coletiva um campo sempre “acessível à incorporação de propostas inovadoras” (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998, p. 312).

Nesse contexto, a saúde coletiva coloca em ampla, e às vezes incômoda, proximidade profissional de campos distintos, com diversos instrumentos de trabalho, e comumente com elementos imediatos bastante característicos. Isso tem instigado a múltiplas ponderações sobre o significado de Saúde Coletiva como campo de conhecimento e do seu objeto.

Assim sendo, o objetivo do presente estudo visa, discutir o que é saúde coletiva, seu objeto e campo de atuação por meio de uma revisão de literatura integrativa.

## 2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa com abordagem qualitativa de natureza exploratória, que consiste em um método de pesquisa da prática baseada em evidências, pois sintetiza as pesquisas disponíveis sobre determinado tema, fundamentando-se em conhecimento científico (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). Ainda, de acordo com Beyea e Nicoll (1998, p.879),

A revisão integrativa da literatura consiste na construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, assim como reflexões sobre a realização de futuros estudos. O propósito inicial deste método de pesquisa é obter um profundo entendimento de um determinado fenômeno baseando-se em estudos anteriores. É necessário seguir padrões de rigor metodológico, clareza na apresentação dos resultados, de forma que o leitor consiga identificar as características reais dos estudos incluídos na revisão.

Nessa perspectiva, o processo de elaboração do presente estudo foi realizado entre novembro e março de 2022 e apresentou as seguintes fases: (i) definição da pergunta norteadora, estratégia de busca na literatura, identificação dos estudos e coleta de dados; (ii) análise dos estudos incluídos; (iii) discussão dos resultados (iiii) apresentação da revisão integrativa (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

### 2.1 Definição da pergunta norteadora

Quais as contribuições da Saúde Coletiva para os mais diversos âmbitos da sociedade?

### 2.2 Estratégia de busca na literatura

Para o levantamento dos artigos na literatura, realizou-se uma busca nas seguintes bases de dados: 1. Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); 2. Portal de periódicos da Capes (CAPES). Foram utilizados, para busca dos artigos, os seguintes descritores e suas combinações na língua portuguesa: saúde coletiva e campos de atuação e saúde coletiva e sistema único de saúde.

### 2.3 Critérios de inclusão e exclusão

#### 2.3.1 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram:

- Publicações disponibilizadas nas línguas portuguesa;

- Disponibilidade dos textos na versão integral;
- Periódicos revisados por pares;
- Período de publicação entre 2017 e 2021;
- Busca por artigos científicos, excluindo-se outros tipos de trabalhos (teses, dissertações, livros e resenhas).

### 2.3.2 Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão foram as publicações em duplicidade e aquelas em que o objeto de estudo não estabelecia relação com o tema abordado.

## 2.4 Identificação dos estudos e coleta de dados

Inicialmente todos os estudos identificados na pesquisa foram avaliados a partir de seus títulos e/ou resumos. Posteriormente, os estudos que atenderam aos critérios de inclusão foram recuperados para leitura do texto completo e nova avaliação quanto aos critérios de inclusão. Do total de estudos selecionados, foi realizada uma leitura prévia e identificados alguns eixos para análise. Após essa etapa, as informações extraídas dos estudos selecionados incluíram: título, autores, base de dados, ano de publicação, idioma, objetivo do estudo e conclusão. A Figura 1 apresenta o fluxograma desenvolvido para atender o objetivo do estudo.

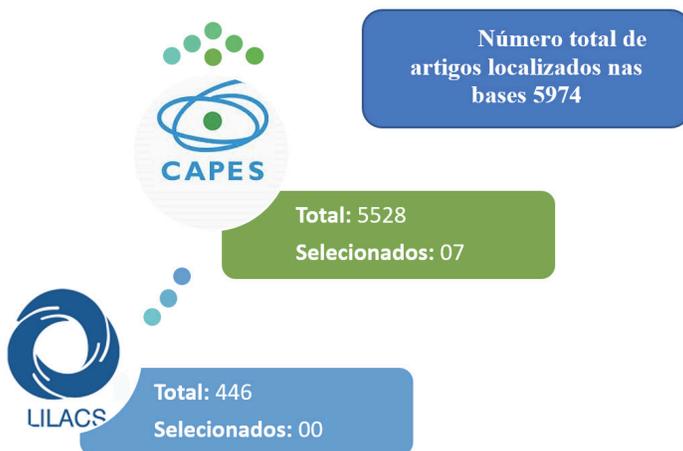


Figura 1 - Distribuição e seleção dos artigos segundo os critérios de elegibilidade estabelecidos na pesquisa (Nov-Fev, 2022).

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

## 2.5 Análise dos dados

A análise dos estudos selecionados, em relação ao delineamento de pesquisa, pautou-se em Polit, Beck e Hungler (2004) e Lo Biondo-Wood e Haber (2001), sendo que tanto a análise quanto a síntese dos dados extraídos dos artigos foram realizadas de forma descritiva, possibilitando observar, contar, descrever e classificar os dados, com o intuito de reunir o conhecimento produzido sobre o tema explorado na revisão.

## 3 | RESULTADOS

Foram selecionados sete artigos para análise, sendo os sete da base de dados CAPES. Quanto ao ano de publicação dos artigos, quatro correspondem ao ano de 2019 obtendo assim, uma maior representatividade. Os demais resultados encontram-se na tabela 1.

Ano de publicação	Número absoluto	%
2017	01	14,29%
2018	01	14,29%
2019	04	57,14%
2020	01	14,29%
2021	00	0,00%
<b>Total</b>	<b>07</b>	<b>100%</b>

Tabela 1- Distribuição dos estudos incluídos na revisão, referente aos anos de publicação, compreendidos entre 2017 e 2021.

Fonte: Dados dos autores

Em relação ao Quadro 1, tem-se a seguir uma sinopse que contém as principais características dos artigos selecionados neste trabalho, sendo os mesmos retratados com título do estudo, autor, ano de publicação, objetivo e conclusão do estudo.

Nº	Título	Autores	Ano	Base de dados	Objetivo do estudo	Conclusão
1	Contribuições da Saúde Coletiva para o trabalho de enfermeiros	Káren Mendes Jorge de Souza; Clarissa Terenzi Seixas; Helena Maria Scherlowski Leal David; Aline Queiroz da Costa	2017	CAPES	Analisar as percepções de alunos do curso de bacharelado em Enfermagem acerca das contribuições da Saúde Coletiva para o trabalho de enfermeiros no Sistema Único de Saúde.	Para a maior parte dos entrevistados, o campo da Saúde Coletiva é caracterizado pela atuação na Atenção Básica, voltada ao coletivo e com base epidemiológica. Outras unidades de significação relacionam a Saúde Coletiva a promoção da saúde, a prevenção de doenças e ao conceito ampliado de saúde, além de representar a porta de entrada do SUS.
2	Identidade profissional e movimentos de emprego de egressos dos cursos de graduação em Saúde Coletiva	Vinício Oliveira da Silva; Isabela Cardoso de Matos Pinto; Carmen Fontes de Souza Teixeira	2018	CAPES	Analisar a construção da identidade profissional dos estudantes e egressos dos cursos de graduação em Saúde Pública/Coletiva no Brasil	Os resultados encontrados apontam para os desafios na inserção desse novo profissional no mercado de trabalho do setor, indicando a necessidade de ações que favoreçam o acesso dos egressos ao emprego, de modo que avancem no processo de profissionalização e no delineamento de sua identidade específica.
3	Trajetórias e aproximações entre a saúde coletiva e a agroecologia	Andre Campos Burigo; Marcelo Firpo de Souza Porto	2019	CAPES	Discutir a trajetória da aproximação entre a saúde coletiva e a agroecologia	Desde a X CNS (1996), o debate sobre a agroecologia estava presente em espaços da saúde pública, mas, somente a partir dos anos 2000, começaram a ser publicados os primeiros trabalhos acadêmicos na saúde coletiva, bem como foi sendo construído um conjunto de políticas públicas (inter)setoriais de integração da pauta agroecológica ao SUS.
4	Desenvolvimento de tecnologia dura para tratamento do pé diabético: um estudo de caso na perspectiva da saúde coletiva	Mário Fabrício Fleury Rosa; Sílvia Maria Ferreira Guimarães; Aldira Guimarães Duarte Dominguez; Rebeca Soares Assis; Cecília Balbino Reis; Suélia de Siqueira Rodrigues Fleury Rosa	2019	CAPES	Analisar, na perspectiva da saúde coletiva, o processo de desenvolvimento do equipamento médico para o tratamento do pé diabético realizado pela parceria entre o Ministério da Saúde (MS) e a Universidade de Brasília (UnB) no período de dezembro de 2016 a janeiro de 2019	A contribuição da saúde coletiva na produção da tecnologia dura minimizou lacunas para a provável transformação da ideia em produto assimilável pelo SUS e diminuiu os espaços entre as áreas do conhecimento envolvidas, aproximando a universidade da iniciativa privada e dos órgãos reguladores.

5	Saneamento é saúde? O saneamento no campo da saúde coletiva	Paulo Rubens Guimarães Barrocas; Flavia Franchini de Mattos Moraes; Ana Cristina Augusto Sousa	2019	CAPES	Investigar a relevância dada ao tema do saneamento pelos pesquisadores do campo da saúde coletiva no Brasil, buscando entender os possíveis fatores associados ao aparente divórcio entre o saneamento e esse campo do conhecimento	Poucos grupos de pesquisa em saúde coletiva estudam e publicam sobre saneamento nos periódicos avaliados. Fatores que poderiam estar associados à aparente baixa relevância dada ao tema pela comunidade acadêmica da saúde coletiva são discutidos.
6	Da Samarco em Mariana à Vale em Brumadinho: desastres em barragens de mineração e Saúde Coletiva	Carlos Machado de Freitas; Christovam Barcellos; Carmen Ildes Rodrigues Fróes Asmus; Mariano Andrade da Silva; Diego Ricardo Xavier	2019	CAPES	Apresentar e discutir a complexidade de desastres da natureza para a Saúde Coletiva e o SUS, tendo como referência os desastres recentes	A Saúde Coletiva e o SUS como um todo devem trabalhar os efeitos à saúde causados pelos desastres e os processos de reabilitação e recuperação da saúde, bem como a prevenção de doenças integrados com os de reconstrução
7	A urgência da Saúde Coletiva na formação em Educação Física: lições com o COVID-19	Mathias Roberto Loch; Cassiano Ricardo Rech; Filipe Ferreira da Costa	2020	CAPES	Buscou-se neste ensaio, sem a intenção de esgotar o assunto ou realizar receituário acadêmico, sustentar nossa posição a respeito da urgência da aproximação da formação em EF com o campo da Saúde Coletiva, bem como apresentar algumas proposições para que ela, de fato, aconteça.	O presente estudo defende uma formação que favoreça uma visão mais ampliada da saúde, que possibilite que profissionais e professores compreendam a relação potencial entre a EF e a saúde, mas que ao mesmo tempo reconheçam que a atividade física não é uma panaceia e que a saúde humana tem muitos outros determinantes e condicionantes.

Quadro 1- Sinopse demonstrativa dos artigos compreendidos entre 2020 e 2021 incluídos no estudo.

Fonte: Dados dos autores

## 4 | DISCUSSÃO

A partir da década de 1970, constituiu-se o nascimento do campo da Saúde Coletiva no Brasil, com a integração de conhecimentos dos âmbitos das Ciências Humanas e Sociais, e uma crítica à saúde pública convencional, na qual se implantava o “sanitarismo”.

O Movimento Sanitarista teve como exercício operações preventivas fundamentadas no bom emprego de tecnologias (saneamento, imunização e domínio de vetores), propostas sobretudo aos pobres e esferas excluídas da população, e tendo o Estado como núcleo de delineamento e efetivação (OSMO; SCHRAIBER, 2015).

Nesse sentido, a Saúde Coletiva pode ser determinada como um campo de concepções de conhecimentos volvidos para o entendimento da saúde e a explicação de seus determinantes sociais, bem como o domínio de métodos voltados majoritariamente para a promoção da saúde, além de voltada para a precaução e o cuidado a agravos e doenças, adotando por objeto não apenas os sujeitos, mas, especialmente os grupos sociais, logo a coletividade (PAIM, 1982; DONNANGELO, 1983).

Mesmo que a Saúde Coletiva consagradamente tenha sido instituída, sobretudo, por médicos, outros profissionais, como cientistas sociais, enfermeiros, odontólogos, farmacêuticos, e também agentes provenientes de outros campos do conhecimento, como engenheiros, físicos e arquitetos, colaboraram para sua constituição. Trata-se, deste modo, de um campo multiprofissional e interdisciplinar (VIEIRA-DA-SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014).

Nessa perspectiva, a interdisciplinaridade no campo da Saúde Coletiva encontra-se como reivindicação interna, visto que seu objeto de trabalho – a saúde e a doença no seu domínio social – submerge respectivamente: as conexões sociais, as manifestações emocionais e afetuosas e a biologia, manifestando, por meio da saúde e da doença, as circunstâncias e pretextos sócio-históricos e culturais dos sujeitos e coletivos (VELLOSO et al., 2016).

Não obstante haja obstáculos de estabelecer um plano interdisciplinar, esse é visto como um obstáculo possível e desejável no campo da saúde, dado que há um ilimitado campo de probabilidades a ser investigado, pois permanece, a seu benefício, um acordo direto e estratégico com o mundo vivido, da amargura, da aflição e da morte (VELLOSO et al., 2016).

*Dessa forma, atribui-se um papel integral e estratégico ao agente da Saúde Coletiva: a encargo pela direção do processo coletivo de trabalho, tanto no aspecto epidemiológico e social de inquietação e entendimento das indigências de saúde, quanto no aspecto organizacional e gerencial de escolha e intervenção de tecnologias para o atendimento dessas necessidades.*

*Nessa perspectiva, Freitas et al., (2019) buscaram em seu estudo, discutir a complexidade de desastres, por natureza para a Saúde Coletiva e o SUS, tendo como referência os desastres recentes em barragens de mineração como Samarco em Mariana e Vale em Brumadinho. De acordo com os autores, do ponto de vista da Saúde Coletiva, a importância de se entender os mesmos está não só no quantitativo de mortes e agravos à saúde adjacentes, mas também na assimilação da emergência de novos problemas e imperativos de saúde ao longo do tempo, de forma que movimentem todo o arcabouço de*

Saúde Pública.

Além do mais, as catástrofes tecnológicas, por submergirem contaminantes, determinam deliberações em condições de urgência carregadas de improbabilidades, para deter ou suavizar as exposições e riscos, assim como cuidar dos prejuízos e enfermidades, não só as de curto prazo, como também as de médio e longo prazo (*FREITAS et al., 2019*).

*De acordo com Barrocas, Moraes e Sousa (2019)*, a estruturação do campo da Saúde Coletiva nasceu e se solidificou no Brasil a mesma ocasião em que as apreensões com os problemas ambientais alcançaram escala global. Dessa forma, as inclusões das demandas ambientais no campo da Saúde Coletiva tiveram princípio no fim dos anos 1970, quando a produção de informação sobre a saúde do trabalhador demonstrou a união entre a atmosfera ocupacional e a saúde.

Em seguida, tornaram-se amplamente aceitas que as alterações determinadas pelo homem no meio ambiente, e não somente as ocasionadas dos processos de produção, eram responsáveis pela aparição ou agravamento de doenças. Assim, determinados estudos têm assinalado para a anexação de questões ambientais na agenda de investigação do campo da Saúde Coletiva, com o aumento de linhas de pesquisa em grupos de pesquisa e nos programas de pós-graduação (*BARROCAS; MORAES; SOUSA, 2019*).

*Dentro desse contexto, Burigo e Porto (2019)*, também discutiram a trajetória da aproximação entre a saúde coletiva e a agroecologia. O estudo aponta que a demanda agrária esteve bastante distante na solidificação da Saúde Coletiva desde seu início nos anos 1970. Contudo, nas últimas décadas, a afinidade da saúde com as demandas agrárias e o confronto do agronegócio, especialmente a partir da agenda dos agrotóxicos, vêm acendendo de importância estratégica. De acordo com os autores supracitados, a aproximação entre saúde e agroecologia é importante por, pelo menos, duas razões:

Primeiro, vivemos um momento de agravamento das crises democrática, social, sanitária e ecológica não só no País, mas também no conjunto do planeta. Vivemos tempos contraditórios de neoliberalismo e globalização de fluxos financeiros e mercadorias, com o acirramento de disputas geopolíticas internacionais, que conduziram a um sistema agroalimentar indutor do consumo de agrotóxicos e transgênicos e a uma síndrome de obesidade, desnutrição e mudanças climáticas. Uma segunda razão diz respeito ao próprio significado da questão agrária e da agroecologia para a saúde coletiva. O País é marcado pela concentração de terras, de poder e de acesso a riquezas naturais, e isso guarda relação estrutural com desigualdades sociais e iniquidades em saúde, como as manifestações da miséria e da fome (*BURIGO; PORTO, 2019, p. 249*).

Logo os autores defendem as aproximações entre os movimentos sanitário e agroecológico como uma passagem fértil com ambientes para que diferentes áreas e profissionais da saúde coletiva e agroecologistas possam se engajar em uma agenda emancipatória de trabalho que colabore para outros futuros possíveis.

Nesse íterim, outro achado da presente revisão integrativa diz respeito a urgência

da aproximação da formação em Educação Física com o campo da Saúde Coletiva. Loch, Rech e Costa (2020), defendem a emergência do debate sobre uma maior participação do campo da Saúde Coletiva nos cursos de formação em Educação Física. Entre os motivos que explicam essa “emergência” os autores destacam que:

A Educação Física necessita para além de uma formação pautada nos efeitos clínicos da atividade física nas doenças, ampliar sua reflexão sobre elementos da gestão em saúde e determinantes socioambientais e políticos de saúde. Essa é uma demanda atual e apontada, entre outros documentos, pela Resolução do Conselho Nacional da Educação<sup>2,3</sup> que reforça o campo da saúde como um eixo de formação para os novos currículos em formação em Educação Física (LOCH; RECH; COSTA, 2020, p. 3212).

Entretanto, os autores salientam que não se faz uma aproximação, de fato eficaz, com o campo da Saúde Coletiva, simplesmente com o estabelecimento e oferta de disciplinas mais características a esta área. Dessa forma, um provável caminho é fazer com que elementos curriculares que habitualmente focalizam exclusivamente em questões individualizadas e centralizadas no mercado privado da atuação, procurem uma visão mais ampla de saúde e discorram com a oferta e desempenho dos serviços públicos de saúde. Além do mais, outro ponto primordial é que os educandos sejam submersos na experiência, desde os primeiros semestres (LOCH; RECH; COSTA, 2020).

Além disso, a formação necessitaria ir para além dos subsídios técnicos científicos das áreas de conhecimento, e deveria abarcar aspectos que colaborariam para que os universitários conheçam a dinâmica dos principais Sistemas de Gestão das Políticas Públicas do país (ex: SUS, Sistema Nacional de Previdência Social, Sistema Nacional de Educação, entre outros). Unicamente a partir de uma compreensão expandida da realidade, será possível progredir em direção à uma formação mais humanizada, que cooperaria para se evitar debates pouco conexos com as reais necessidades e condições de vida dos sujeitos (LOCH; RECH; COSTA, 2020).

Nessa perspectiva, Souza et al., (2017) buscaram investigar as contribuições da Saúde Coletiva para o trabalho de enfermeiros no Sistema Único de Saúde. Para isso, os autores realizaram uma pesquisa em uma instituição de Ensino Superior pública situada no estado do Rio de Janeiro. Os participantes foram 15 alunos matriculados no oitavo período (Internato) do curso de bacharelado em Enfermagem, durante estagio curricular em unidades da Atenção Básica (AB) nas quais são desenvolvidas práticas e debates na esfera da Saúde Coletiva.

Os resultados do estudo expressam a Saúde Coletiva como sinônimo da Atenção Básica, restringindo a uma questão de atenção do SUS, que visa especialmente a precaução de doenças, o acesso da saúde e a entrada do usuário no sistema de saúde. Como subsídios ao enfermeiro em formação inicial, os entrevistados argumentaram que a Saúde Coletiva proporciona saberes e práticas pertinentes ao conceito expandido de saúde, a profundidade do cuidado e a educação em saúde, sobretudo as intervenções

educacionais para o autocuidado (SOUZA et al., 2017).

Dessa forma, os autores observaram que a contribuição da Saúde Coletiva para o trabalho do enfermeiro no SUS desponta com o padrão biologicista e implanta debates de natureza social e política referentes ao cuidado no processo saúde-doença das sociedades.

*Seguindo os achados da presente revisão, percebeu-se que a Saúde Coletiva, também se faz presente no processo de desenvolvimento de equipamentos médicos.* Rosa et al., (2019), analisaram, na perspectiva da Saúde Coletiva, o processo de desenvolvimento do equipamento médico para o tratamento do pé diabético realizado pela parceria entre o Ministério da Saúde (MS) e a Universidade de Brasília (UnB). De acordo com os resultados do estudo, os autores concluíram que a Saúde Coletiva, por estar integrada no grande círculo das Ciências da Saúde e ter conhecimentos científicos sobre políticas de saúde, idealização e gestão de sistemas e serviços de saúde para o estudo de caso, originou uma dinâmica importante na inter-relação entre a bancada e o leito do SUS, orlando na mesma totalidade racionalidades médico-sanitárias e científico-tecnológicas. Os autores destacam ainda que a participação da Saúde Coletiva reduziu os espaços entre os campos do conhecimento entrelaçados, aproximando a universidade da iniciativa privada e dos órgãos reguladores (ROSA et al., 2019).

Entretanto, apensar o reconhecimento da Saúde Coletiva em diversos campos, Silva, Pinto e Teixeira (2018), buscaram analisar a construção da identidade profissional dos estudantes e egressos dos cursos de graduação em Saúde Pública/Coletiva no Brasil. Dessa forma, os resultados encontrados no estudo apontam para grandes obstáculos na introdução desse novo profissional no mercado de trabalho, advertindo a necessidade de intervenções que beneficiem a ascensão dos egressos ao emprego, de maneira que progridam no processo de profissionalização e no delineamento de sua identidade particular.

De acordo com a pesquisa, as demandas políticas e burocráticas se exibem como uma grande problemática para a introdução dos egressos assim como, os problemas de inclusão nos editais. Juntam-se a isso a pluralidade de pré-requisitos sobre o perfil do concorrente determinado pelos editais e, por outro lado, a falta de informação e nitidez sobre as possibilidades de atuação do sanitarista egresso da graduação (SILVA; PINTO; TEIXEIRA, 2018).

## 5 | CONCLUSÃO

Como conclusões desse estudo, é possível destacar que a Saúde Coletiva no Brasil apresenta a particularidade de ser estabelecida a partir de uma circunstância na qual a demanda democrática era discutida pela sociedade civil, sobretudo por movimentos sociais e de classe média. Dessa forma, evidenciou-se naquela ocasião a luta pela democratização da saúde, popular como Movimento da Reforma Sanitária ou “movimento sanitário”, que apoiava o reconhecimento do direito à saúde como intrínseco a vitória da cidadania.

Na atualidade, pode-se assegurar que a Saúde Coletiva se estabeleceu, consolidando espaço específico e autônomo, e como tal, convive em frequente processo de validar-se socialmente. Evidencia-se ainda, as contribuições da Saúde Coletiva em múltiplas esferas da sociedade, todavia, alguns estudos salientaram um certo impasse na inserção para o mercado de trabalho recomendando que permanece a necessidade de intervenções para beneficiar o ingresso de egressos ao mercado de trabalho.

Assim sendo, percebeu-se, não haver um campo científico mais interdisciplinar do que a Saúde Coletiva, pois os indivíduos e seu contexto de vida são complexos e, por esse motivo, demandam do profissional de saúde uma compreensão crítico-reflexiva sobre a determinação social do processo saúde-doença.

## REFÊRENCIAS

BARROCAS, P. R. G., MORAES, F. F. D. M., & SOUSA, A. C. A. Saneamento é saúde? O saneamento no campo da saúde coletiva. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 26, p. 33-51, 2019.

BEYEA, S. C.; NICOLL, L. H. Writing an integrative review. **AORN Journal, Philadelphia**, v. 67, n. 4, p. 877-880, Apr. 1998.

BURIGO, A. C.; PORTO, M. F. D. S. Trajetórias e aproximações entre a saúde coletiva e a agroecologia. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 248-262, 2020.

FREITAS, C. M. D.; BARCELLOS, C.; ASMUS, C. I. R. F.; SILVA, M. A. D.; XAVIER, D. R. Da Samarco em Mariana à Vale em Brumadinho: desastres em barragens de mineração e Saúde Coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, 2019.

LO BIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.

LOCH, M. R.; RECH, C. R.; COSTA, F. F. D. A urgência da Saúde Coletiva na formação em Educação Física: lições com o COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 3511-3516, 2020.

NOGUEIRA, J. A. D.; BOSI, M. L. M. Saúde Coletiva e Educação Física: distanciamentos e interfaces. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1913-1922, 2017.

NUNES, E. D. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 5-21, 1994.

OSMO, A.; SCHRAIBER, L. B. O campo da saúde coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saúde e Sociedade**, v. 24, p. 205-218, 2015.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas?. **Revista de saúde Pública**, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

- PARO, C. A.; PINHEIRO, R. Interprofissionalidade na graduação em Saúde Coletiva: olhares a partir dos cenários diversificados de aprendizagem. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1577-1588, 2018.
- PEREIRA, É. L.; CARNEIRO, R. O que podem nos contar os estágios supervisionados em/sobre saúde coletiva?. **Saúde e Sociedade**, v. 28, p. 53-66, 2019.
- POLIT, D. F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5a ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2004.
- RIBEIRO, P. T.; CASTRO, L. Ciências sociais em saúde: perspectivas e desafios para a saúde coletiva. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 165-178, 2020.
- ROSA, J. C. S.; MÜLLER, G. S. A experiência do bacharel em Saúde Coletiva no Sistema Único de Saúde (SUS): contribuições para refletir sobre o trabalho na saúde em tempos de crise. **Saúde em Redes**, v. 4, n. 1, p. 161-172, 2018.
- ROSA, M. F. F.; GUIMARÃES, S. M. F.; DOMINGUEZ, A. G. D.; ASSIS, R. S.; REIS, C. B.; ROSA, S. D. S. R. F. Desenvolvimento de tecnologia dura para tratamento do pé diabético: um estudo de caso na perspectiva da saúde coletiva. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe2, p. 87-100, 2019.
- SILVA, M. J. S.; SCHRAIBER, L. B.; MOTA, A. O conceito de saúde na Saúde Coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção científica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, 2019.
- SILVA, V. O. D.; PINTO, I. C. D. M.; TEIXEIRA, C. F. D. S. Identidade profissional e movimentos de emprego de egressos dos cursos de graduação em Saúde Coletiva. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 799-808, 2018.
- SOUZA, K. M. J. D.; SEIXAS, C. T.; DAVID, H. M. S. L.; COSTA, A. Q. D. Contribuições da saúde coletiva para o trabalho de enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, p. 543-549, 2017.
- SOUZA, L. E. Saúde pública ou saúde coletiva. **Rev Espaço Saúde**, v. 15, n. 4, p. 7-21, 2014.
- SOUZA, M.T.D.; SILVA, M.D.D.; CARVALHO, R.D. Integrative review: what is it? How to do it?. **Einstein (São Paulo)**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.
- VELLOSO, M. P.; GUIMARÃES, M. B. L.; CRUZ, C. R. R.; NEVES, T. C. C. Interdisciplinaridade e formação na área de saúde coletiva. **Trab Educ Saúde**, v.14, n. 1, p. 257-71, 2016.
- VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; PAIM, J. S.; SCHRAIBER, L. B. O que é saúde coletiva? In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 3-12.

# SÍNDROME METABÓLICA NA PEDIATRIA

*Data de aceite: 01/12/2022*

**Vitória Del' Arco Cervo**

UNIFRAN. Universidade de Franca - SP

**Bruno Batista Berteli**

UNIFRAN. Universidade de Franca - SP

**Andrej Uriadenik Dobroski Bastos**

UNIFRAN. Universidade de Franca - SP

**RESUMO:** A obesidade vem aumentando de forma preocupante, tendo sido notável o seu crescimento também na faixa etária pediátrica, desde lactentes até a adolescência, tornando-se fator de relevância em saúde coletiva em todo o mundo. Esse distúrbio, quando associado a outras alterações metabólicas específicas, desenvolve um conjunto de sinais e sintomas que levam ao aparecimento da chamada síndrome metabólica (SM). O objetivo é apresentar o caso de um paciente de 9 anos com critérios para diagnóstico de SM, observados em consulta de puericultura. A metodologia usada neste relato foi o estudo do prontuário de atendimento em consulta no ambulatório escola e a revisão de literatura médica.

**PALAVRAS-CHAVE:** Síndrome Metabólica; Obesidade; Saúde da Criança.

## METABOLIC SYNDROME IN PEDIATRICS

**ABSTRACT:** Obesity has been increasing at a worrying rate, and its growth has also been remarkable in the pediatric age group, from infants to adolescence, becoming a relevant factor in public health worldwide. This disorder, when associated with other specific metabolic alterations, develops a set of signs and symptoms that lead to the appearance of the so-called metabolic syndrome (MS). in childcare consultation. The methodology used in this report was the study of medical records in consultation at the school outpatient clinic and the review of the medical literature.

**KEYWORDS:** Metabolic syndrome; Obesity; Child Health.

## INTRODUÇÃO

O número de crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade tem aumentado em diversos países a cada ano, configurando situação de endemia. Estima-se que no mundo existam em torno de 155 milhões de crianças com sobrepeso e, destas, cerca de 30 a 45 milhões são

obesas (Ho TF.- 2009). No Brasil, dados de 2004 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística demonstraram que 18% dos meninos e 15% das meninas estão acima do peso (Kochi C. - 2009).

Até o momento, observam-se dificuldades na adoção de critérios diagnósticos uniformes para definição da Síndrome metabólica (SM). De fato, três entidades: Organização Mundial da Saúde (OMS), National Cholesterol Education Program - Adult Treatment Panel III (NCEP-ATPIII) e International Diabetes Federation (IDF) buscaram desenvolver critérios diagnósticos para SM, sendo estes preconizados para utilização em adultos. Sendo assim, convém observar que, independentemente da entidade em questão, os componentes propostos para definição diagnóstica da síndrome apresentam-se bastante próximos, com poucas variações entre os mesmos (Steemburgo T - 2007). Sendo os critérios diagnósticos definidos como o conjunto de alterações metabólicas presentes no organismo que incluem resistência à insulina, intolerância à glicose, hipertensão arterial sistêmica, aumento de triglicérides e diminuição do HDL (Ferranti SD - 2007).

Para crianças e adolescentes, tais critérios têm sido empregados a partir de adaptações (Steemburgo T - 2007) (Grundy SM - 2008) (Reaven GM. - 2006). O IDF sugeriu definição pediátrica da SM parecida com a de adultos, sendo que, para adolescentes acima de 16 anos, os pontos de corte são os mesmos utilizados para os adultos. Em crianças de 10 a 16 anos tem-se utilizado o percentil acima de 90 para a medida da circunferência abdominal. Naquelas de seis a 10 anos, usa-se o mesmo percentil, porém não é condição essencial para o diagnóstico de SM, devendo-se intensificar a suspeita clínica para história familiar positiva para demais condições predisponentes (Ferranti SD - 2007) (Madeira IR - 2008).

Devido a falta de literatura a respeito da SM na população pediátrica, este estudo tem como objetivo a realização de pesquisa bibliográfica de revisão sobre os critérios empregados na definição diagnóstica da SM em crianças e adolescentes, descrevendo dados epidemiológicos relevantes e fatores de risco associados à síndrome metabólica nesses grupos etários em especial.

## DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente, do sexo masculino, 9 anos 3 meses, chegou ao consultório do ambulatório escola de pediatria, em que foi atendido por alunos do curso de Medicina, acompanhado pela mãe para consulta de puericultura, apresentou como queixa principal dor no joelho há 2 meses, ausência de hiperemia, edema ou limitações de movimentos, com início da dor ao final do dia sem fator desencadeante ou de melhora.

Na mesma ocasião foram analisados os exames laboratoriais solicitados na última consulta com os seguintes resultados: TGO: 47 U//L, TGP 50 U/L, HDL:35mg/dl, LDL 140 mg/dl, colesterol total 203 mg/dl, triglicérides 150 mg/dl , glicemia 115mg/dl em jejum, urina

sem alterações.

Ao exame físico paciente apresentava lesões semelhantes a acantose nigricans em região cervical posterior. Se encontrava classificado como obesidade grave, pelas curvas de IMC da OMS, com valor de 23,9, acima do percentil 99,9%. Bom estado geral, afebril, FR de 20 irpm, FC de 90 bpm, PA 117/80 mmHg, evidenciado hipertensão arterial estágio II, ao analisar os níveis pressóricos para idade, sexo e estatura.

Antecedentes pessoais com indicação de parto cesárea por desproporção céfalo-pélvica, tendo como antropometria ao nascimento o peso de 4000kg, macrossomia fetal, e 52 cm de comprimento; apgar 8/10; Idade gestacional (IG) de 38 semanas e 5 dias; vacinação em dia; e dieta rica em gorduras saturadas, gordura trans e carboidratos, ingestão de proteínas 1 a 2x ao dia, com deficiência de vitaminas

Entre os antecedentes familiares, foi encontrado mãe com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional (DMG) e Hipercolesterolemia paterna.

## DISCUSSÃO

A síndrome metabólica é um reconhecido fator de risco para o desenvolvimento de doença cardiovascular e fortemente associada ao excesso de peso. É bem descrita em adultos e caracteriza-se pela presença de três ou mais dos seguintes critérios: pressão arterial elevada, HDL colesterol baixo, triglicerídeos elevados, presença de resistência insulínica e obesidade abdominal (National Institute of Health - 2001).

Há poucos estudos avaliando a prevalência de síndrome metabólica em crianças e adolescentes, não existindo consenso sobre critérios e pontos de corte a serem utilizados, os quais variam de estudo para estudo (Antunes H - 2006) (Ferreira AP - 2007). O qual se for avaliar o paciente acima citado pelos critérios diagnósticos da OMS, NCEP- ATPIII e IDF, preenche critérios em todos os meios de avaliação, por apresentar aumento da circunferência abdominal, o qual na criança é avaliado pelo IMC acima do percentil 90 (Antunes H - 2006) (Cook S - 2003), hipertensão arterial sistêmica grau 1, pois apresenta valores entre percentil p 95 e p 95 + 12 mmHg, apresenta também resistência insulínica, com glicemia de jejum 115 e acantose nigricans, hipertrigliceridemia e diminuição do HDL.

A obesidade é considerada o maior fator de risco para anormalidades metabólicas e SM na população geral e está intimamente ligada a todos os outros fatores associados a essa síndrome (Ferranti SD - 2007). Isto também pode ser notado na faixa etária pediátrica (Madeira IR - 2008).

Outras condições clínicas também estão frequentemente associadas à SM, embora sem participação nos critérios diagnósticos. Entre elas estão a síndrome de ovário policístico, a acantose nigricans, a hepatopatia gordurosa não alcoólica, os estados pró-trombóticos, pró-inflamatórios e de disfunção endotelial, além da hiperuricemia (Ciolac EG

- 2004) (Sociedade Brasileira de Cardiologia. - 2005).

Como em crianças ainda não existem pesquisas conclusivas a respeito do diagnóstico da SM, nota-se que alguns autores têm sugerido diferentes critérios para a sua definição diagnóstica, enquanto outros têm utilizado adaptações das definições já estabelecidas para adultos. Outra dificuldade encontrada refere-se à ausência de pontos de corte precisos em relação a alguns dos fatores que levam ao diagnóstico entre crianças e adolescentes (Flávio Diniz Capanema - 2010).

## REFERÊNCIAS

1- Antunes H, Resende D, Paiva M, Santos C. **Metabolic Syndrome in a paediatric obese population by the IDF new criteria.** J Pediatric Gastroenterol Nutr 2006;42:9-10.

2- Ciolac EG, Guimarães GV. **Exercício físico e síndrome metabólica.** Rev Bras Med Esporte. 2004;10(4):319-24.

3- Cook S, Weitzman M, Auinger P, Nguyen M, Dietz WH. **Prevalence of a metabolic syndrome phenotype in adolescents.** Arch Pediatrics Adolesc Med 2003;157:821-7.

4- Ferranti SD, Osganian SK. **Epidemiology of paediatric metabolic syndrome and type 2 diabetes mellitus.** Diab Vasc Dis Res. 2007 Dec;4:285-96.

5- Ferreira AP, Oliveira CE, Franca NM. **Metabolic syndrome and risk factors for cardiovascular disease in obese children: the relationship with insulin resistance (HOMA-IR).** J Pediatr (Rio J) 2007;83:21-6

6- Flávio Diniz Capanema; Daniela Sousa Santos; Eveny Teles Rezende Maciel; Gustavo Barbosa Pedercini Reis. **Crítérios para definição diagnóstica da síndrome metabólica em crianças e adolescentes.** Faculdade da Saúde e Ecologia Humana - FASEH. 2010.

7- Grundy SM. **Metabolic syndrome pandemic. Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology.** J Am Heart Assoc. 2008;28:629-36.

8- Ho TF. **Cardiovascular risks associated with obesity in children and adolescents.** Ann Acad Med Singapore. 2009 Jan;38(1):48-56.

9- Kochi C. **Proteína e síndrome metabólica em crianças e em adolescentes.** São Paulo: Nestlé Nutrition Institute; 2009. p.2-7.

10- Madeira IR, Carvalho CN, Gazolla FM, Matos HJ, Borges MA, Bordallo MA. **Cut-off point for Homeostatic Model Assessment for Insulin Resistance (HOMA-IR) index established from Receiver Operating Characteristic (ROC) curve in the detection of metabolic syndrome in overweight pre-puberal children.** Arq Bras Endocrinol Metabol. 2008 Dec;52(9):1466-73.

11- National Institute of Health. **Adult treatment panel III.** Washington: US Government Print Office, 2001.

12- Reaven GM. **The metabolic syndrome: is this diagnosis necessary?** Am J Clin Nutr. 2006;83:1237-47.

13- Sociedade Brasileira de Cardiologia. **1ª Diretriz brasileira de diagnóstico e tratamento da síndrome metabólica.** Arq Bras Cardiol. 2005 abr;84(Supl 1):1-28.

14- Steemburgo T, Dall'alba V, Gross JL, Azevedo MJ. **Fatores dietéticos e síndrome metabólica.** Arq Bras Endocrinol Metabol. 2007;51(9):1425-33.

# USO DE PROTEÇÃO CONTRA IST POR MULHERES QUE FAZEM SEXO COM MULHERES: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

*Data de aceite: 01/12/2022*

### **Clara Louise Araujo Reis**

Fisioterapeuta pelo Centro Universitário-UNINOVAFAPI (2021), Teresina-PI

### **Maria Evangelina de Oliveira**

Fisioterapeuta pela Universidade Metodista de Piracicaba (UNIMEP) – SP (1989); Docente no Centro Universitário-UNINOVAFAPI, Teresina-PI

### **Mariana Barbosa Vieira**

Fisioterapeuta pelo Centro Universitário-UNINOVAFAPI (2021), Teresina-PI

**RESUMO:** As mulheres cisgêneras que têm relações sexuais com outras mulheres cisgêneras (MCSM) até hoje têm sua sexualidade pouco estudada e têm pouco acesso aos serviços de saúde devido à falta de preparo dos profissionais. Esses fatores contribuem para a suscetibilidade das MCSM a adquirirem as infecções sexuais transmissíveis (IST). **Objetivo:** Apresentar dados sobre o conhecimento e comportamento de MCSM em relação a métodos de proteção contra IST que estão disponíveis no mercado. **Resultados:** Foram encontrados sete estudos nas bases de dados BDEFN, LILACS, PKP,

Periódicos CAPES e SciELO e após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão sobraram cinco artigos de caráter qualitativo, quantitativos e descritivos publicados entre 2017 e 2021 que falavam sobre o comportamento sexual de MCSM e o uso de métodos de barreiras por essa população. As práticas sexuais mais citadas pelas MCSM participantes dos cinco artigos incluídos foram o sexo oral, a penetração vaginal e a penetração anal. O uso dos métodos não foi tão citado em nenhum dos estudos. **Considerações finais:** As MCSM não possuem afinidade com o uso dos métodos de proteção por diversos motivos. Dentre eles, a ideia de que não é preciso e por acharem que os métodos não são práticos e tiram o prazer sexual.

**PALAVRAS-CHAVE:** Infecções Sexuais Transmissíveis, Mulher lésbica, Mulher bissexual.

### USE OF PROTECTION AGAINST STIS BY WOMEN WHO HAVE SEX WITH WOMEN: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

**ABSTRACT:** The sexuality of the cisgender women who have sex with other cisgender women (CWSW) has been little studied until

today, and they have little access to health services due to the professionals' lack of training. These factors contribute to the susceptibility of the CWSW to acquire sexually transmitted infections (STIs). Objective: To present data about the CWSW knowledge and behavior in relation to methods of protection against STIs that are available on the market. Results: Seven studies were found in BDENF, LILACS, PKP, CAPES Periodicals e SciELO database, and, after the application of inclusion and exclusion criteria, there were left five qualitative, quantitative and descriptive articles published between 2017 and 2021, which discussed about the CWSW sexual behavior and the use of barrier methods by this population. The most mentioned sexual practices by the participating CWSW of the five included articles were the oral sex, vaginal penetration and anal penetration. The use of methods was not mentioned as much in any of the studies. Final considerations: The CWSW do not have affinity with the use of protection methods for several reasons. Among them, the idea that there is no need and for thinking the methods are not convenient and take away the sexual pleasure.

**KEYWORDS:** Sexually Transmitted Infections, Lesbian woman, Bisexual woman.

## 1 | INTRODUÇÃO

Orientações sexuais e identidades de gênero, assim como as formas não heteronormativas de comportamento, relacionamento ou comunidade são frequentemente desacreditadas e estigmatizadas. Isso se apresenta, por exemplo, em não oferecer aos casais homoafetivos os direitos que os heteroafetivos possuem, como o casamento e o direito à pensão; no tratamento de instituições religiosas sobre o assunto como se fosse pecado ou doença; nos crimes de ódio contra pessoas LGBTQIA+ e a impunidade dos mesmos (BELL; PERRY, 2015).

São graves as consequências do preconceito sofrido por pessoas não heteronormativas. O medo de futuras situações estressantes e o medo internalizado que obriga a pessoa a adotar um comportamento heteronormativo como forma de se proteger de uma possível violência acabam sendo um fator degradante para a saúde mental, manifestando-se como ansiedade, depressão, pensamentos suicidas, tentativas de suicídio e mortes por suicídio (CHINAZZO *et al.*, 2020).

A heteronormatividade é algo naturalizado na cultura brasileira, está ligada a edificação do que é tido como masculino e feminino (PETRY; MEYER, 2011), e diz respeito a práticas e instituições que dão legitimidade e privilégios a heterossexualidade e heterossexuais como sendo naturais e fundamentais (COHEN, 2005).

Adolescentes LGBTQIA+ possuem mais dificuldades em seu desenvolvimento que os que não são. As preocupações decorrentes do estigma relacionado à orientação sexual além dos problemas típicos da adolescência são um combo mais estressante para lidar em comparação com os dos demais jovens (COKER *et al.*, 2010). Quanto ao contexto de saúde física, Mulheres CIS que fazem Sexo com Mulheres CIS (MCSM) são mais propensas a problemas como abuso de álcool e drogas, obesidade, Infecções Sexuais Transmissíveis (IST), câncer de mama e de útero, entre outros. E além disso buscam cuidados em saúde

somente em condições graves (RIBEIRO *et al.*, 2019; ALBUQUERQUE *et al.*, 2016).

As IST, anteriormente chamadas de doenças venéreas e de Doenças Sexuais Transmissíveis, são infecções transmitidas por contato sexual causadas por microrganismos infecciosos como vírus, fungos, bactérias e protozoários. Esses agentes ocasionam uma grande variedade de sintomas e manifestações clínicas na região genital dos infectados, ou ainda em outras partes do corpo, embora, na maioria dos casos, possam evoluir com poucos ou nenhum sintoma (SANTOS *et al.*, 2009; AZEVEDO, 2008).

Brasil, Cardoso e Silva (2019) falam em seu artigo que muitas pessoas desconhecem as IST. Algumas delas podem evoluir para graves complicações se não tratadas imediatamente. Infertilidade, câncer e até mesmo morte são exemplos dessas complicações. É comum que muitas pessoas não saibam reconhecer quando possuem IST, seja por não apresentar sintomas ou mesmo por ignorar os sinais e sintomas que eventualmente aparecem. Os autores ainda descreveram as IST mais conhecidas por um público escolar, que são: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (*Acquired Immunodeficiency Syndrome* – AIDS), hepatites, sífilis, herpes, gonorreia, candidíase, Vírus T-Linfotrópico Humano (*Human T-Lymphotropic Virus* – HTLV), cancro mole, tricomoníase, donovanose e clamídia, respectivamente da mais conhecida para a menos conhecida.

No artigo de Pereira *et al.*, (2019) são descritas as tendências epidemiológicas do Vírus da Imunodeficiência Humana (*Human Immunodeficiency Virus* – HIV) e AIDS no Brasil. Em 2017 houve 42.420 novos casos de HIV e 37.791 casos de AIDS e nos últimos cinco anos, uma média de 40 mil novos casos de AIDS, dos quais cerca de 67% são em homens e 33% em mulheres. É estimado aproximadamente que 866 mil indivíduos vivam com HIV no país e, que entre estes, 135 mil não possuem conhecimento disto.

Dourado *et al.*, (2020) estudaram os aspectos epidemiológicos e clínicos de pacientes diagnosticados com IST. Os autores concluíram que em relação às IST diagnosticadas no período do estudo, tiveram 40,06% de casos de Papilomavírus Humano (*Human Papillomavirus* – HPV), 27,02% de casos de uretrite, 18,32% de casos de sífilis latente tardia, 12,73% de casos de úlceras genitais, 4,35% de casos de sífilis secundária e 0,62% de casos de vulvovaginites por tricomoníase. Foram um total de 322 prontuários de pacientes atendidos em 2017, destes 229 pertenciam a pacientes do sexo masculino e 93 pertenciam ao sexo feminino. Entre as mulheres, a IST mais prevalente foi o HPV com 56 casos (60,2%) e três casos são de coinfectadas, uma com hepatite B, uma com sífilis latente tardia e o outra com cervicite.

As relações sexuais entre indivíduos do mesmo sexo são descritas em publicações científicas há muito tempo e ainda há escassez de estudos, novas tecnologias e estratégias de combate às IST voltados para MCSM. E a preconização do uso da camisinha masculina (recortada longitudinalmente para formar um retângulo), dedeira de látex, *dental dam*, camisinha nos brinquedos sexuais e na prática digito-vaginal já é trabalhada a mais de 20 anos e, ainda assim, o uso não é muito popular e conveniente para algumas práticas

sexuais, o que colabora para a baixa adesão (FONTES *et al.*, 2021).

A ausência de políticas e ações de prevenção às IST exclusivas para MCSM está intimamente relacionada a invisibilização social desse público e, com isso, é comum que ao procurar profissionais de saúde a mulher receba informações com viés heteronormativo que não condizem com o seu contexto e demandas, dessa forma, acentuando a dimensão da vulnerabilidade do seu grupo (BATISTA; ZAMBENEDETTI, 2017).

Políticas públicas são uma série de ações que visam a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho, também, regularizando as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade (LUCCHESI *et al.*, 2004).

É imprescindível que políticas públicas específicas para a população de MCSM sejam elaboradas de acordo com cada necessidade e vivência, para assim, reduzir o surgimento de novos casos de IST e promover atendimentos em saúde adequados à população. E para que estas sejam elaboradas é necessário que haja base científica, por isso a importância da realização deste estudo. Portanto, o objetivo deste artigo é apresentar dados sobre o conhecimento e comportamento de mulheres Cisgêneras (CIS) que têm relações sexuais com outras mulheres CIS em relação a métodos de proteção contra infecções sexuais transmissíveis que estão disponíveis no mercado.

## 2 | METODOLOGIA

O presente trabalho de conclusão de curso refere-se à uma revisão integrativa da literatura. Souza e Carvalho (2010), falam que uma revisão integrativa combina dados de delineamento de pesquisa diversos e é um instrumento excepcional no campo da saúde, pelo fato de sintetizar as pesquisas disponíveis sobre um determinado tema e direcionar a prática fundamentando-se em conhecimento científico.

Para a busca dos artigos foram utilizadas as bases de dados BDNF, LILACS, PKP, Periódicos Capes e SciELO. E o período de publicação dos artigos foi entre 2015 e 2021. Quanto aos descritores da pesquisa, foram tanto na língua inglesa quanto na portuguesa utilizando os operadores booleanos *OR* e *AND* para unir as palavras-chave. Os descritores foram os seguintes: 'mulher lésbica', 'mulher bissexual', 'doenças sexualmente transmissíveis', 'infecções sexuais transmissíveis', '*lesbian woman*', '*bisexual woman*', '*sexually transmitted diseases*' e '*sexually transmitted infections*'.

Foram incluídos artigos com data de publicação entre 2015 e 2021 que contém questionário e/ou entrevistas sobre o conhecimento e comportamento sexual de mulheres CIS que fazem sexo com mulheres CIS sobre IST, ou seja, artigos classificados como pesquisas qualitativas, quantitativas e descritivas. Os excluídos foram artigos duplicados e artigos que fugiram do tema da pesquisa.

Os resultados estão inseridos da seguinte forma: analisados, descritos e organizados em uma tabela com uma ordem cronológica decrescente.

### 3 | RESULTADOS

A quantidade de artigos encontrados foi de sete e após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão sobram cinco estudos. Cada um destes estudos incluídos está analisado e descrito na tabela 1.

Autoria e Ano	Objetivo	Amostra	Metodologia	Resultados
FONTES <i>et al.</i> , 2021	Identificar os tipos de práticas sexuais mais comuns entre mulheres que fazem sexo com mulheres e, secundariamente, caracterizar epidemiologicamente o grupo estudado.	454 MCSM.	Estudo observacional, descritivo, com dados coletados através de questionário próprio.	As práticas sexuais: penetração vaginal por objetos ou partes do corpo (97,58%), penetração anal (226; 49,67%). Sobre o não uso de proteção: por não conhecer os métodos eficazes (140; 37,7%); por falta de praticidade e acessibilidade aos métodos que são conhecidos (89; 24%); por acreditar que não é preciso usá-los (48; 12,9%). Além disso, apenas 38 utilizam proteção no primeiro encontro sexual (8,4%);
ANDRADE <i>et al.</i> , 2020	Identificar as dimensões da vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo com mulheres associadas às IST.	150 MCSM.	Estudo transversal onde aplicou-se um questionário estruturado. A análise de dados foi realizada por modelo de regressão logística.	Sobre as práticas sexuais: penetração vaginal (88%), tribadismo (22%), penetração anal (19,3%), relação no período menstrual (24,7%). Quanto a proteção durante a relação sexual, 82% não fazia uso consistente do preservativo. Além disso, 42,7% não procuravam os serviços de saúde para ações de prevenção, 19,3% não tinham conhecimentos básicos sobre IST, 10,7% tinham antecedente de IST.
RUFINO <i>et al.</i> , 2018	Descrever práticas sexuais e cuidados em saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM).	582 MCSM.	Estudo transversal, com dados obtidos por questionário eletrônico, de MSM das cinco macrorregiões do país.	Predominaram o sexo oral (95,2%) a penetração vaginal digital (97,3%) e a penetração anal (27%) com raro uso de método de barreira; nos últimos cinco anos, mulheres que fizeram sexo exclusivo com mulher, comparadas àquelas que fizeram sexo com mulher e homem, foram menos propensas a usar método de barreira na prática com mulher (28,3% versus 41,1%).

BATISTA; ZAMBENEDETTI, 2017	Conhecer a percepção e as estratégias de prevenção às IST/AIDS entre mulheres lésbicas e bissexuais.	5 Mulheres Lésbica (ML) e Mulheres Bissexuais (MB).	Pesquisa-intervenção onde foram realizados três grupos focais, trabalhar com o grupo um potencial transformador de suas percepções/ações com relação prevenção de IST.	Os métodos de prevenção que as participantes conheciam eram considerados pouco usuais e práticos, como a utilização de plástico filme ou a camisinha feminina. Há um consenso, no grupo, de que o sabor das secreções vaginais faz parte do prazer sexual, o que ficaria inibido com o uso de barreiras. Observou-se que o grupo indicou não considerar os métodos disponíveis totalmente viáveis para adesão após as discussões.
OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2017	Avaliar o conhecimento, atitudes e práticas relacionadas à prevenção e transmissão do HIV/AIDS em mulheres que fazem sexo com mulheres.	91 MCSM.	Estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, desenvolvido por meio de um inquérito avaliativo. As análises estatísticas foram obtidas pelo SPSS 20.0.	45 mulheres (49,45%) consideraram que seu conhecimento sobre HIV não é suficiente para se prevenir; 58 (63,75%) adotam métodos de prevenção; 40 (43,96%) nunca utilizaram um preservativo feminino; 50 (54,94%) compartilham acessórios durante a relação; e, 55 (60,44%) teve relação desprotegida durante a menstruação.

Tabela 1. Análise e descrição dos estudos incluídos.

Fonte: a autora.

## 4 | DISCUSSÃO

A sexualidade é algo ligado a todas as pessoas e é dependente de diversos fatores e contextos (FONTES *et al.*, 2021). Alguns dos contextos que envolvem a sexualidade de MCSM são questões como a luta por visibilidade, as diferenças de gênero, a heteronormatividade, a falta de preparo dos profissionais de saúde e a falta de conhecimento sobre as IST (ANDRADE *et al.*, 2020). Esses contextos podem ser somados as dificuldades de acesso à saúde e as experiências ruins com esses serviços que levam a redução do uso dos mesmos por esse grupo (RUFINO *et al.*, 2018).

A baixa procura das MCSM pelos serviços de saúde possui grande relação com a invisibilização do grupo nos serviços de saúde acarretando numa forte vulnerabilidade as IST, que possui como atos primordiais de prevenção a educação em saúde dos indivíduos em utilizar os métodos de barreira (OLIVEIRA *et al.*, 2017). No entanto, as práticas sexuais de MCSM são pouco conhecidas, há precariedade de estudos sobre o assunto e o principal foco das políticas públicas brasileiras com relação às IST ainda é a preconização do uso de preservativo masculino (BATISTA; ZAMBENEDETTI, 2017).

Mulheres CIS que possuem múltiplos parceiros e parceiras sexuais são duas vezes

mais suscetíveis a adquirir alguma IST do que as mulheres CIS que fazem sexo somente com homens. E as que fazem sexo apenas com mulheres apresentam um risco menor que as anteriores (FONTES *et al.*, 2021; ANDRADE *et al.*, 2020, OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Fontes *et al.* (2021), produziram um estudo onde participaram 454 mulheres com média de idade de 23,7 anos, dentre elas, 174 eram ML e 273 eram MB. Penetração vaginal por objetos ou partes do corpo, penetração anal e penetração por uso de brinquedos sexuais foram as práticas sexuais mais citadas entre as participantes, respectivamente, 444, 226 e 177. Além disso, apenas 38 mulheres afirmaram usar proteção contra IST já na primeira relação sexual com outras mulheres.

No estudo de Andrade *et al.* (2020), participaram 150 mulheres, 86 delas com idade igual ou superior a 24 anos. Os autores obtiveram resultados preocupantes a respeito do comportamento sexual da amostra: 85 mulheres afirmaram não se perceber em risco de IST, 107 tinham relação sexual após uso de drogas ilícitas e/ou álcool, 123 não faziam uso consistente do preservativo, 29 não tinham conhecimentos básicos sobre IST e 37 tinham relação sexual no período menstrual. As práticas sexuais mencionadas pelas participantes foram a penetração vaginal (132), a penetração anal (29) e o tribadismo (33).

Rufino *et al.* (2018), reuniram 582 MCSM de todas as regiões do Brasil com idade entre 20 e 29 anos, onde 387 delas identificaram-se como ML e 183 como MB. Das práticas sexuais mais comuns, a penetração digital-vaginal e o sexo oral foram as mais citadas, 566 e 554, nessa ordem. Nas práticas de penetração vaginal com brinquedos sexuais (182) e penetração anal (83) o preservativo masculino foi apontado como o método de barreira mais utilizado. E na penetração digital-vaginal o uso de luva de dedos foi citado apenas por 32 mulheres.

Vê-se que as práticas de sexo oral e penetração vaginal e anal, independentemente de serem feitas com parte do corpo (ex.: dedos e punho) ou brinquedos sexuais (ex.: dildos e vibradores), são as mais citadas dentre as participantes dos estudos de Fontes *et al.* (2021), Andrade *et al.* (2020) e Rufino *et al.* (2018). Porém, o uso de barreiras para transmissão de IST não chega nem perto de ser equivalente à frequência das práticas citadas.

Das participantes do estudo de Fontes *et al.* (2021) que afirmaram fazer uso de brinquedos sexuais, apenas 75 usam proteção contra IST nesses equipamentos. Quanto à prática de sexo oral, 437 participantes não usam nenhuma proteção e as que utilizam (17), optam por preservativo masculino (recortado para improvisar um *dental dam*, formando um retângulo) e plástico filme.

O artigo de Oliveira *et al.* (2017) avaliou o conhecimento, atitudes e práticas de MCSM relacionadas à prevenção e transmissão do HIV/AIDS. Neste estudo foram incluídas 91 mulheres com a média de idade de 29,5 anos. Das mulheres envolvidas no estudo, 58 afirmaram adotar métodos de prevenção nas relações sexuais, 55 tiveram relação desprotegida durante a menstruação e 50 compartilham acessórios durante a relação.

Com relação ao sexo oral, o que diz o estudo de Rufino *et al.* (2018) é que o uso de métodos de proteção durante a prática foi citado raramente. Sendo, o plástico filme o único método descrito no artigo e foi citado apenas por 6,7% da amostra, o que totaliza em 32 participantes. E, de acordo com Fontes *et al.* (2021), esse método não possui dados científicos suficientes para confirmar seu efeito positivo de prevenção de IST.

Ao reunirem cinco MCSM e discutirem as estratégias de prevenção do Sistema Único de Saúde (SUS) às IST e AIDS e a percepção das mesmas sobre o assunto, Batista e Zambenedetti (2017) perceberam que o tema não é presente no cotidiano das participantes e que as buscas sobre o tema, em geral, acontecem através de plataformas digitais. Houve um consenso entre as participantes com relação aos métodos de prevenção: o uso de barreiras para troca de secreções durante o sexo oral reduziria o prazer sexual, pois inibe o sabor das secreções vaginais; os métodos conhecidos são considerados pouco aplicáveis a elas por falta de praticidade.

Sobre os motivos do não uso de proteção, Fontes *et al.* (2021), conseguiram justificavas como a falta de domínio sobre os métodos (140), a falta de praticidade e de acesso aos métodos já conhecidos (89) e a ideia de que não há necessidade em usar (48). Porém, a maioria possui hábito positivo de higiene como realizar a limpeza da região da vulva (363) e urinar (349) após as relações sexuais como uma forma de se proteger contra infecções.

A crença de que as IST não são transmitidas nas relações sexuais entre duas mulheres ainda é presente e forte para muitas MCSM e esta ideia errônea é uma das justificativas para não se utilizar os métodos de proteção (FONTES *et al.*, 2021; ANDRADE *et al.*, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2017). As MCSM têm menos acesso a orientações sobre IST, AIDS, sobre dúvidas sexuais e são menos propensas a usar métodos de barreira em suas relações sexuais se colocadas lado a lado com mulheres que variam entre parceiros e parceiras (RUFINO *et al.*, 2018).

O contato do grupo de MCSM, que participou do estudo de Batista e Zambenedetti (2017) com campanhas do SUS abordando a saúde sexual da mulher lésbica ou bissexual sobre prevenção à IST foi precário. As participantes afirmaram não terem conhecido nenhuma ação relacionada a esse tema específico e as que encontraram, geralmente abordavam temas como gravidez indesejada, estimulando o uso da camisinha masculina e da pílula anticoncepcional. E Andrade *et al.* (2020) informam que as MCSM de seu estudo não receberam informações sobre IST nos serviços de saúde, referiram dificuldade de acesso a estes com relação a estrutura e organização e afirmaram não frequentar serviços de atenção primária à saúde.

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

As práticas sexuais de MCSM são pouco conhecidas, estudadas e debatidas pelos

profissionais de saúde. Essa falta implica no modo de vida dessas mulheres tornando-as mais vulneráveis a adquirirem as IST, pois sem a informação correta e passada de forma aplicável, somada ao desenvolvimento de novas tecnologias específicas, os hábitos positivos não são estabelecidos no cotidiano dessa população.

Com este estudo, se compreende que as práticas sexuais mais comuns entre MCSM são o sexo oral e as penetrações vaginal e anal (com dedos ou com brinquedos sexuais). E, dentre as três práticas, não se constatou o uso responsável e frequente de métodos de proteção contra IST conhecidos. Mesmo o preservativo masculino que é constantemente divulgado em campanhas de prevenção do SUS.

A maioria das mulheres que participaram dos cinco artigos estudados não utilizam métodos de barreira para IST por achar que não há necessidade do uso, falta de praticidade e conhecimento sobre o assunto, ou mesmo por sentir que retira o prazer sexual. E estas mesmas mulheres continuam com práticas sexuais de risco de transmissão e não têm acesso à métodos específicos para seus corpos e necessidades.

É importante comentar que as mulheres CIS que fazem sexo com outras mulheres CIS são historicamente invisibilizadas e até então não possuem um espaço específico nas políticas públicas de saúde do Brasil, com relação à proteção contra IST. Também, há uma invisibilização das diversidades de orientações sexuais e de gênero nos estudos. Em geral, é presumido que as mulheres sejam cisgêneras e de orientação sexual lésbica ou bissexual.

A temática deste artigo ainda é em grande parte inexplorada e escassa no que concerne as publicações científicas. É fundamental que surjam novas pesquisas, assim como um maior comprometimento das políticas públicas em relação ao assunto.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, G.A. *et al.* Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review. **BMC International Health and Human Rights**. 2016; 16(1):2. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12914-015-0072-9>. Acesso em: 10 mar. 2021.

ANDRADE, Juliane *et al.* Vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo com mulheres às infecções sexualmente transmissíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 3809-3819, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25n10/3809-3819/pt/>. Acesso em: 22 mar. 2021.

AZEVEDO, Jacinta. Infecções sexualmente transmissíveis. **Sexualidade e Planejamento familiar**, nº 50/51, Julho/Dezembro 2008. Disponível em: [http://www.apf.pt/sites/default/files/media/2016/sex\\_plan\\_familiar\\_50\\_51.pdf#page=45](http://www.apf.pt/sites/default/files/media/2016/sex_plan_familiar_50_51.pdf#page=45). Acesso em: 25 mar. 2021.

BATISTA, Monique Cristina Henares; ZAMBENEDETTI, Gustavo. Uma pesquisa-intervenção sobre prevenção às IST/HIV com mulheres lésbicas e bissexuais. **Revista Psicologia em Pesquisa**, v. 11, n. 2, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/psicologiaempesquisa/article/view/23455>. Acesso em: 10 mar. 2021.

BELL, James G.; PERRY, Barbara. Outside looking in: The community impacts of anti-lesbian, gay, and bisexual hate crime. **Journal of homosexuality**, v. 62, n. 1, p. 98-120, 2015. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00918369.2014.957133>. Acesso em: 01 mar. 2021.

BRASIL, Marcela Estevão; CARDOSO, Fabrício Bruno; SILVA, Lauanna Malafaia da. Conhecimento de escolares sobre infecções sexualmente transmissíveis e métodos contraceptivos. **Revista de Enfermagem UFPE On line**, v. 13, p. e242261, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/242261/33849>. Acesso em: 10 mar. 2021.

CHINAZZO, Ítala R.; LOBATO, Maria I.R; NARDI, Henrique C.; KOLLER, Sílvia H.; SAADEH, Alexandre; COSTA, Angelo B.. Impacto do estresse de minoria em sintomas depressivos, ideação suicida e tentativa de suicídio em pessoas trans. **Cien Saude Colet** [periódico na internet] (2020/Jan). Está disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/impacto-do-estresse-de-minoria-em-sintomas-depressivos-ideacao-suicida-e-tentativa-de-suicidio-em-pessoas-trans/17485>. Acesso em: 02 mar. 2021.

COHEN, C. J. Punks, bulldaggers, and welfare queens: the radical potential of queer politics? **GLQ**, v. 3, p. 437-465, 2005. Disponível em: <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/9780822387220-004/html>. Acesso em: 10 mar. 2021.

COKER, Tumaini R.; AUSTIN, S. Bryn; SCHUSTER, Mark A. The health and health care of lesbian, gay, and bisexual adolescents. **Annual review of public health**, v. 31, p. 457-477, 2010. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.publhealth.012809.103636>. Acesso em: 02 mar. 2021.

DOURADO, Évila Souza *et al.* Aspectos epidemiológicos e clínicos dos pacientes atendidos num serviço de referência em IST. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 4, p. 9579-9596, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/14141/0>. Acesso em: 10 mar. 2021.

FONTES, Gabriela de Queiroz *et al.* Comportamento sexual e infecções sexualmente transmissíveis em mulheres que fazem sexo com mulheres no Brasil. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 1, p. 2739-2752, 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/24505>. Acesso em: 12 mar. 2021.

LUCCHESI, Patrícia T.R. *et al.* Políticas públicas em saúde pública. **São Paulo: Bireme/OPAS/OMS**, v. 90, 2004. Disponível em: [http://www.professores.uff.br/jorge/wp-content/uploads/sites/141/2017/10/polit\\_intro.pdf](http://www.professores.uff.br/jorge/wp-content/uploads/sites/141/2017/10/polit_intro.pdf). Acessado em: 15 mar. 2021.

OLIVEIRA, Adélia Dalva da Silva *et al.* Conhecimentos, atitudes e práticas sobre HIV/AIDS de mulheres que fazem sexo com mulheres. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 2736-2742, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23447/19154>. Acesso em: 22 mar. 2021.

PEREIRA, Gerson Fernando Mendes *et al.* HIV/AIDS, STIs and viral hepatitis in Brazil: epidemiological trends. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190001.supl.1>. Acessado em: 9 mar. 2021.

PETRY, Analídia Rodolpho; MEYER, Dagmar Estermann. Transexualidade e heteronormatividade: algumas questões para a pesquisa. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 10, n. 1, p. 193-198, 2011. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/fass/article/view/7375>. Acesso em: 12 mar. 2021.

RIBEIRO, R. C., IGLESIAS, F., CAMARGOS, E.F.. Atitudes toward lesbians and gay men scale: validation in brazilian physicians. **Einstein** (São Paulo). 2019; 17(2):eAO4527. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-45082019000200212&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-45082019000200212&script=sci_arttext). Acesso em: 10 mar. 2021.

RUFINO, Andréa Cronemberger *et al.* Práticas sexuais e cuidados em saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres: 2013-2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, p. e2017499, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ress/2018.v27n4/e2017499/>. Acesso em: 22 mar. 2021.

SANTOS, Sônia Maria J.; RODRIGUES, Jailson Alberto; CARNEIRO, Wendell S. Doenças Sexualmente Transmissíveis: conhecimento de alunos do ensino médio. **DST j Brás doenças sex transm**, v. 21, n. 2, p. 63-8, 2009. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-549622>. Acesso em: 25 mar. 2021.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-45082010000100102&script=sci\\_arttext&lng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-45082010000100102&script=sci_arttext&lng=pt). Acesso em: 25 mar. 2021.

**BENEDITO RODRIGUES DA SILVA NETO** - Dr. Neto possui graduação em Ciências Biológicas com especialização na modalidade médica em Análises Clínicas/Microbiologia pela Universidade do Estado de Mato Grosso e Universidade Candido Mendes – RJ, respectivamente. Obteve seu Mestrado em Biologia Celular e Molecular pelo Instituto de Ciências Biológicas (2009) e o Doutorado em Medicina Tropical e Saúde Pública pelo Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (2013) da Universidade Federal de Goiás. Tem Pós-Doutorado em Genética Molecular com habilitação em Genética Médica e Aconselhamento Genético. O segundo Pós doutoramento foi realizado pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências Aplicadas à Produtos para a Saúde da UEG (2015), com concentração em Genômica, Proteômica e Bioinformática e período de aperfeiçoamento no Institute of Transfusion Medicine at the Hospital Universitätsklinikum Essen, Germany. Seu terceiro Pós-Doutorado foi concluído em 2018 na linha de bioinformática aplicada à descoberta de novos agentes antifúngicos para fungos patogênicos de interesse médico. Possui ampla experiência nas áreas de Genética médica, humana e molecular, atuando principalmente com os seguintes temas: Genética Médica, Engenharia Genética, Micologia Médica e interação Patógeno-Hospedeiro. O Dr. Neto é Sócio fundador da Sociedade Brasileira de Ciências aplicadas à Saúde (SBCSaúde) onde exerce o cargo de Diretor Executivo, e idealizador do projeto “Congresso Nacional Multidisciplinar da Saúde” (CoNMSaúde) realizado anualmente desde 2016 no centro-oeste do país, além de atuar como Pesquisador consultor da Fundação de Amparo e Pesquisa do Estado de Goiás - FAPEG. Na linha da educação e formação de recursos humanos, em 2006 se especializou em Educação no Instituto Araguaia de Pós graduação Pesquisa e Extensão, atuando como Professor Doutor de Habilidades Profissionais: Bioestatística Médica e Metodologia de Pesquisa e Tutoria: Abrangência das Ações de Saúde (SUS e Epidemiologia), Mecanismos de Agressão e Defesa (Patologia, Imunologia, Microbiologia e Parasitologia), Funções Biológicas (Fisiologia Humana), Metabolismo (Bioquímica Médica), Concepção e Formação do Ser Humano (Embriologia Clínica), Introdução ao Estudo da Medicina na Faculdade de Medicina Alfredo Nasser; além das disciplinas de Saúde Coletiva, Biotecnologia, Genética, Biologia Molecular, Micologia e Bacteriologia nas Faculdades Padrão e Araguaia. Como docente junto ao Departamento de Microbiologia, Parasitologia, Imunologia e Patologia do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP) da Universidade Federal de Goiás desenvolveu pesquisas aprovadas junto ao CNPq. Na Pós-graduação Lato Senso implementou e foi coordenador do curso de Especialização em Medicina Genômica e do curso de Biotecnologia e Inovações em Saúde no Instituto Nacional de Cursos, e atualmente coordena a especialização em Genética Médica, diagnóstico clínico e prescrição assim como a especialização em Medicina Personalizada aplicada à estética, performance esportiva e emagrecimento no Instituto de Ensino em Saúde e Educação. Atualmente o autor tem se dedicado à pesquisa nos campos da Saúde Pública, Medicina Tropical e Tecnologias em Saúde. Na área clínica o doutor tem atuado no campo da Medicina personalizada e aconselhamento genético, desenvolvendo estudos relativos à área com publicações relevantes em periódicos nacionais e internacionais.

**A**

Abordador técnico 22, 23  
 Administración 63, 64, 67  
 Assistência Pré-Hospitalar 38  
 Atención de salud 63, 64

**B**

Banquinho meia-lua 1, 2, 3, 4, 14, 15, 16, 17, 18

**C**

Ciência cognitiva 29, 30, 31, 32, 36  
 Ciências Humanas e Sociais 133, 134, 139  
 Covid-19 24, 25, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 139, 144  
 Cuidado de enfermagem 7, 69, 72

**D**

Doenças parasitárias 62

**E**

Educação 11, 17, 22, 26, 29, 61, 62, 69, 70, 72, 77, 79, 80, 81, 100, 105, 120, 122, 127, 130, 132, 139, 142, 144, 145, 156, 162  
 Educação em Enfermagem 69, 72  
 Educação em saúde 11, 61, 62, 70, 142, 156  
 Enfermagem do trabalho 96, 98, 100, 103  
 Enfermeiro 1, 2, 4, 7, 9, 10, 12, 13, 17, 18, 45, 46, 47, 71, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 103, 104, 142, 143  
 Enfermeiro obstetra 1, 2, 10, 12, 13, 17  
 Estatuto epistemológico 29  
 Evaluación de procesos 63, 64

**F**

Fisioterapeutas 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117

**I**

Infecções sexuais transmissíveis 151, 152, 154  
 Integralidade 11, 70, 73, 79, 87, 92, 94, 133  
 Interdisciplinaridade 29, 94, 133, 134, 140, 145

**M**

Mulher bissexual 151, 154

Mulher lésbica 151, 154, 158

**O**

Obesidade 101, 141, 146, 148, 152

**P**

Pandemia 24, 25, 26, 119, 120, 121, 122, 125, 127, 128, 129, 130, 131

Parto 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 148

Parto humanizado 1, 2, 4, 12, 13, 17, 18, 19

Políticas educacionais 120

Prevalência 23, 42, 43, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 129, 148

Prevenção 21, 22, 23, 24, 25, 26, 38, 43, 45, 48, 62, 96, 98, 99, 100, 101, 104, 127, 128, 138, 139, 154, 155, 156, 157, 158, 159

**R**

Resultados 4, 5, 15, 18, 22, 24, 27, 32, 38, 41, 42, 43, 44, 49, 56, 57, 60, 62, 63, 64, 68, 74, 77, 96, 99, 101, 102, 106, 109, 114, 115, 129, 132, 135, 137, 138, 142, 143, 147, 151, 155, 157

Riscos ocupacionais 38, 42, 44, 46, 99, 101

**S**

Saúde coletiva 18, 93, 94, 105, 130, 132, 133, 134, 135, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 159

Saúde da criança 146

Saúde do trabalhador 46, 96, 97, 98, 100, 101, 103, 104, 106, 107, 141

Saúde mental 22, 25, 26, 27, 44, 69, 75, 80, 102, 106, 115, 116, 117, 120, 121, 122, 125, 127, 128, 129, 130, 131, 152

Saúde pública 23, 26, 46, 47, 61, 62, 103, 104, 107, 114, 117, 120, 121, 123, 125, 126, 127, 130, 131, 133, 134, 138, 139, 141, 143, 144, 145, 160

Segurança pública 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28

Servicios de salud 63, 64, 66, 68

Serviços médicos de emergência 38

Síndrome metabólica 146, 147, 148, 149, 150

Sofrimento mental 106, 107, 113, 115

Suicídio 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 102, 152, 160

**T**

Terapias complementares 96, 100

**U**

Unidade de terapia intensiva 106, 108, 113, 116, 117

# SAÚDE COLETIVA:

Mudanças, necessidades e embates  
entre sociedade e estado

-  [www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)
-  [contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  [www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)

# SAÚDE COLETIVA:

Mudanças, necessidades e embates  
entre sociedade e estado

-  [www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)
-  [contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  [www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)