



EDITORA CONHECIMENTO LIVRE



CIÊNCIAS DA SAÚDE: ESTUDOS PARA MANUTENÇÃO E MELHORIA DA VIDA

VOLUME XVI

Frederico Celestino Barbosa

Ciências da saúde: estudos para manutenção e melhoria da vida

16^a ed.

Piracanjuba-GO
Editora Conhecimento Livre
Piracanjuba-GO

16ª ed.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Barbosa, Frederico Celestino
B238C Ciências da saúde: estudos para manutenção e melhoria da vida
/ Frederico Celestino Barbosa. – Piracanjuba-GO

Editora Conhecimento Livre, 2025

176 f.: il

DOI: 10.37423/2025.edcl1103

ISBN: 978-65-5367-637-4

Modo de acesso: World Wide Web

Incluir Bibliografia

1. equipe 2. prevenção 3. tratamento 4. prognóstico 5. diagnóstico I. Barbosa, Frederico Celestino II.
Título

CDU: 613

<https://doi.org/10.37423/2025.edcl1103>

O conteúdo dos artigos e sua correção ortográfica são de responsabilidade exclusiva dos seus respectivos autores.

EDITORIA CONHECIMENTO LIVRE

Corpo Editorial

MSc Edson Ribeiro de Britto de Almeida Junior

MSc Humberto Costa

MSc Thays Merçon

MSc Adalberto Zorzo

MSc Taiane Aparecida Ribeiro Nepomoceno

PHD Willian Douglas Guilherme

MSc Andrea Carla Agnes e Silva Pinto

Dr. Walmir Fernandes Pereira

MSc Edisio Alves de Aguiar Junior

MSc Rodrigo Sanchotene Silva

MSc Adriano Pereira da Silva

MSc Frederico Celestino Barbosa

MSc Guilherme Fernando Ribeiro

MSc. Plínio Ferreira Pires

MSc Fabricio Vieira Cavalcante

PHD Marcus Fernando da Silva Praxedes

MSc Simone Buchignani Maigret

Dr. Adilson Tadeu Basquerote

Dra. Thays Zigante Furlan

MSc Camila Concato

PHD Miguel Adriano Inácio

Dra. Anelisa Mota Gregoleti

PHD Jesus Rodrigues Lemos

MSc Gabriela Cristina Borborema Bozzo

MSc Karine Moreira Gomes Sales

Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares

MSc Pedro Panhoca da Silva

MSc Helton Rangel Coutinho Junior

MSc Carlos Augusto Zilli

MSc Euvaldo de Sousa Costa Junior

Dra. Suely Lopes de Azevedo

Dr. Francisco Odecio Sales

MSc Ezequiel Martins Ferreira

MSc Eliane Avelina de Azevedo Sampaio

MSc Carlos Eduardo De Oliveira Gontijo

Dr. Rodrigo Couto Santos

Dra. Milena Gaion Malosso

PHD Marcos Pereira Dos Santos

CAPÍTULO 1	7
PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MEMBROS DA EQUIPE PRIMÁRIA RELACIONADO AO TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA EM MEIO À PANDEMIA DO COVID-19.	
Eduardo Ferreira Antunes	
Gerson Da Silva Rael	
DOI 10.37423/250409847	
CAPÍTULO 2	10
RELAÇÃO DA MICROBIOTA DA MÃE E FORMAÇÃO DA BARREIRA HEMATOENCEFALICA DO FETO	
DIMITTRI LUNZ CONTARINI	
GUSTAVO HENRICK DE FREITAS SILVA	
GISELLE CHEBABE DE AZEVEDO	
DOUGLAS FRANÇA RIZZO	
MARCO ANTONIO MOREIRA DE OLIVEIRA	
JULIANA PEREIRA PASSOS	
BRUNO CRESPO MONTEIRO	
DANIEL MEDEIROS DE CARVALHO	
DANIELLE REZENDE	
JANYMARA RODRIGUES TOSO	
DOI 10.37423/250409853	
CAPÍTULO 3	12
MEL E PRÓPOLIS: POTENCIAL TERAPEUTICO COMPLEMENTAR NA SAÚDE HUMANA	
André Vinicius Wendling da Silva	
Sandra Ávila Gaspar	
Fábio de Almeida Bolognani	
Janete Vieira Moura De Freitas	
Alexandre dos Santos Pyrrho	
Simone da Silva	
Marcia Cristina Braga Nunes Varricchio	
Morgana Teixeira Lima Castelo Branco	
DOI 10.37423/250409854	
CAPÍTULO 4	26
SAÚDE NA RUA - UMA ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE	
Ana Luísa Gerheim da Silva	
Catarina Ricardo Guimarães	
Jefferson Augusto Brito Souza Barbosa	
DOI 10.37423/250409856	

CAPÍTULO 5	31
PESQUISA CIENTÍFICA: INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE NO BRASIL - 2015 A 2022	
Maria Vitória Moraes	
Nicole Werner	
Raquel Neves	
Letícia Nery	
Raphael Araújo	
Marjorie Figueiredo	
Nicole Arbex	
Bianca Serrão	
Larissa Risso	
Breno Oliveira	
DOI 10.37423/250409861	
CAPÍTULO 6	39
SÍNDROME DE GUILLAIN – BARRÉ COM APRESENTAÇÃO ATÍPICA	
MARCIA COUTINHO DA CRUZ	
DOI 10.37423/250409867	
CAPÍTULO 7	43
ALIMENTAÇÃO E SEGURANÇA NUTRICIONAL DOS GRUPOS FAMILIARES DA PRAIA DO CUMBUCO-CE: INFLUÊNCIAS E IMPACTOS	
EVELINE DE ALENCAR COSTA	
JOEL PINHEIRO DE ANDRADE	
REGINA MARIA SILVA BASTOS	
LEANDRO FLÁVIO RESTREPO FROTA	
DOI 10.37423/250409869	
CAPÍTULO 8	68
PADRÃO ALIMENTAR DAS FAMÍLIAS DE PACIENTES DA SAÚDE MENTAL DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19.	
Angélica Cristina de Vasconcelos Cardoso	
Fernanda Jurema Medeiros	
Renata Borchetta Fernandes Fonseca	
DOI 10.37423/250409870	
CAPÍTULO 9	108
EVOLUÇÃO CLÍNICA DE PACIENTES SUBMETIDOS À SIMPATECTOMIA TORÁCICA NO TRATAMENTO DE HIPERIDROSE PALMAR E PLANTAR	
Jack Eduarda Antunes Batista	
Mirian Pereira de Oliveira	
Anita de Oliveira Silva	
DOI 10.37423/250409879	

CAPÍTULO 10	124
UMA REVISÃO SOBRE A UTILIZAÇÃO DA VENTILAÇÃO MECÂNICA PROTETORA	
Viriato Ribeiro da Luz Filho	
DOI 10.37423/250409882	
CAPÍTULO 11	129
MANEJO DE PACIENTES POR ACIDENTES OFÍDICOS NO CENÁRIO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	
Luiza Wanzeller Monteiro	
Letícia Homci Moraes Sabathé	
DOI 10.37423/250409904	
CAPÍTULO 12	133
APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM POR GRADUANDOS NA PRÁTICA EM INFECTOLOGIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Agnês Alves Carmo da Silva	
João Pedro Soares Soares	
Airton Nascimento Herculano Júnior	
Ana Thayná Serrão Gonçalves	
Ana Karoline Maia Moreira Pinto	
DOI 10.37423/250409912	
CAPÍTULO 13	138
SEGURANÇA DO PACIENTE: DESAFIOS E OPORTUNIDADES NA PROMOÇÃO DE CUIDADOS SEGUROS	
Valquíria de Araújo da Hora	
Jaddy Kelly Matheus Alves	
Fabiana Gonçalves Vieira de Oliveira	
Kaique Santos Reis	
Vanesca Silva Batista	
Ana Carla Barbosa de Oliveira	
Tayara Graça Menezes de Almeida	
Isabella Ramos dos Santos	
Mara Larissa Lima Vasconcelos	
Elaine Kelly Nery Carneiro Zunino	
Laura Menezes Brito Gomes	
Fernanda Araújo Valle Matheus	
DOI 10.37423/250409915	
CAPÍTULO 14	151
A NUTRIÇÃO NA PREVENÇÃO DA DOENÇA DE ALZHEIMER	
Zenaide de Cassia Fonseca Wonsoscky	
Wesley Santana Corrêa de Arruda	
DOI 10.37423/250409920	

CAPÍTULO 15 165

RELATO DE CASO DE COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS NO CENÁRIO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Letícia Homci Morais sabathé

Luiza Wanzeller Monteiro

DOI 10.37423/250409921

CAPÍTULO 16 169

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA DE MANAUS: OS DESAFIOS DA PRÁTICA RURAL

Jane da Silva Paes

Wagner Santos Moura

Maressa Rebeca Ávila Aro

Vivianne Batista Riker De Sousa

Julia Silva dos Santos

Neli Batista Alfaia

Patrícia Belém Melo

Mayara Alvares Cabral

Janaina Evangelista de Lima

Klevia Paes Monteiro

DOI 10.37423/250509925

Capítulo 1



10.37423/250409847

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MEMBROS DA EQUIPE PRIMÁRIA RELACIONADO AO TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA EM MEIO À PANDEMIA DO COVID-19.

Eduardo Ferreira Antunes

*Centro Universitário Tancredo De Almeida
Neves*

Gerson Da Silva Rael

*Centro Universitário Tancredo De Almeida
Neves*



INTRODUÇÃO:

Durante o dia a dia dos atendimentos da Estratégia de Saúde de Família no bairro Guarda-Mor, localizada em São João del-Rei, MG, observou-se uma alta incidência do uso de medicações psicotrópicas pela população geral e, principalmente, pela população idosa. Com base nessa observação e nos conhecimentos farmacológicos, fisiológicos e de prevenção quaternária, os riscos que a população exposta estava correndo foram dimensionados: alterações de equilíbrio, quedas, demência, intoxicação pelo depósito do medicamento em tecido adiposo (que geralmente está aumentado nos idosos), sedação e alterações de memória. A partir dessa percepção, verificou-se a necessidade de uma ação de prevenção quaternária (orientação e análise do uso das medicações), com o intuito de conhecer os motivos e o padrão de consumo da pessoa como um todo, visando a redução de danos.

OBJETIVOS:

Analisar, por meio das experiências vividas na comunidade, as principais patologias e motivos que levaram à prescrição de tais medicamentos, os possíveis riscos para a população e, assim, desenvolver ações para melhoria da qualidade de vida e redução de riscos, envolvendo ou não a modificação das prescrições médicas,

MÉTODO:

Relato de experiência baseado na investigação de riscos individuais e familiares relacionado ao consumo de psicotrópicos, atendimento centrado na pessoa e aplicação de escalas e métodos de auxílio para entendimento do paciente como um todo.

RESULTADOS:

A percepção inicial a partir da experiência vivenciada na unidade foi que a maioria dos pacientes possuía mais de 60 anos, uma ou mais doenças crônicas (hipertensão, diabetes, asma, artrite, distúrbios da tireóide, quadros álgicos), quadro de insônia associado (inicial ou de manutenção) e/ou quadro de ansiedade e irritabilidade. Além disso, utilizavam a medicação há anos e não passavam por acompanhamento com médico especialista desde o diagnóstico inicial.

CONCLUSÃO:

Os resultados oriundos das observações preliminares comprovaram o alto nível de medicalização e o alto risco a que esses pacientes estão submetidos ao realizar o uso de tais medicações. Intervenções associadas a um planejamento (ou plano) terapêutico singular, com a participação de uma equipe multiprofissional, são necessárias a fim de melhorar as condições de saúde e a qualidade de vida dessa população.

Professor Orientador: Dr. Daniel Riani Gotardelo

Capítulo 2



10.37423/250409853

RELAÇÃO DA MICROBIOTA DA MÃE E FORMAÇÃO DA BARREIRA HEMATOENCEFALICA DO FETO

DIMITTRI LUNZ CONTARINI

UniSãoCarlos

GUSTAVO HENRICK DE FREITAS SILVA

UniSãoCarlos

GISELLE CHEBABE DE AZEVEDO

UniSãoCarlos

DOUGLAS FRANÇA RIZZO

UniSãoCarlos

MARCO ANTONIO MOREIRA DE OLIVEIRA

UniSãoCarlos

JULIANA PEREIRA PASSOS

UniSãoCarlos

BRUNO CRESPO MONTEIRO

UniSãoCarlos

DANIEL MEDEIROS DE CARVALHO

UniSãoCarlos

DANIELLE REZENDE

UniSãoCarlos

JANYMARA RODRIGUES TOSO

UniSãoCarlos

A barreira hematoencefálica tem como função proteger o sistema nervoso central de substâncias químicas presentes no sangue; é composta por agrupamento de células endoteliais unidas ao capilares cerebrais, conferindo uma maior densidade, sem prejudicar a passagem de substâncias essenciais ao metabolismo normal do cérebro. A deficiência dela pode permitir a entrada de bactérias no encéfalo, não sendo possível a passagem dos anticorpos e acesso de medicamentos afim de combatê-las. Por se tratarem de moléculas grandes que não ultrapassam a barreira hematoencefálica. Assim, entender os fatores que interferem na formação dessa estrutura ajuda a direcionar um melhor acompanhamento no período gestacional. O método utilizado neste trabalho será a revisão bibliográfica de estudos qualitativos e descritivos sobre a relação embriológica e bioquímica durante a gestação. Os estudos indicam que a microbiota intestinal da mãe pode comprometer a formação da barreira hematoencefálica do feto. Essa conclusão foi obtida através de um experimento realizado com camundongos, sendo evidenciado que as cobaias expostas à bactérias da microbiota intestinal normal, resultou em formação ideal da estrutura quando comparada a cobaias mantidas em ambiente estéril (REVISTA TRANSLATIONALSCIENCE, 2014). A deficiência da formação da barreira hematoencefálica no grupo estéril apresentou deficiência na formação da barreira, evidenciado por passagem de substâncias quimicamente marcadas, o que não aconteceu nas cobaias que não tiveram sua microbiota intestinal alterada. O experimento também aponta que a condição de deficiência na seletividade perdura ao longo da vida adulta do indivíduo estudado. O objetivo desta pesquisa é entender essa relação de formação da barreira hematoencefálica e explicita a importância de uso de substâncias que favorecem a manutenção da microbiota da gestante, incluindo a necessidade da inserção de profissionais nutricionistas no acompanhamento pré-natal. O estudo da formação de estrutura mais seletivas, pela nanotecnologia, também pode ajudar no desenvolvimento de métodos terapêuticos que permitam criar substâncias capazes de atravessar a barreira hematoencefálica para tratar patologias como câncer e infecções bacterianas do cérebro, visto que essa seletividade natural da estrutura é indicada como principal elemento que dificulta as terapias supracitadas.

Palavras chave: Barreira hematoencefálica, gestação, nanotecnologia.

Capítulo 3



10.37423/250409854

MEL E PRÓPOLIS: POTENCIAL TERAPEUTICO COMPLEMENTAR NA SAÚDE HUMANA

André Vinicius Wendling da Silva

Sandra Ávila Gaspar

Fábio de Almeida Bolognani

Janete Vieira Moura De Freitas

Alexandre dos Santos-Pyrro

Simone da Silva

Marcia Cristina Braga Nunes Varricchio

Morgana Teixeira Lima Castelo Branco

*Universidade Norte do Paraná - UNOPAR -
Projeto Saúde Ambiental, Parasitologia,
Bioética do Laborató
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro*

*Coordenador da Câmara Técnica de
Homeopatia do Conselho Regional de
Medicina do Rio de Janeiro
Universidade Anhembi Morumbi*

*Laboratório de Imunoparasitologia e Análises
Toxicológicas da Faculdade de Farmácia da
Universidade
Centro de Bionegócios da Amazônia -
Instituto de Tecnologia e Educação Galileu da
Amazônia
Laboratório de Imunologia do Hospital
Universitário Clementino Fraga Filho (UFRJ)*

*Laboratório de Imunologia do Hospital
Universitário Clementino Fraga Filho (UFRJ)*

Resumo: As abelhas desempenham um papel crucial na polinização de plantas, sendo agentes essenciais para a produção agrícola e para a manutenção da biodiversidade. A preservação das condições ambientais para as abelhas é fundamental para a qualidade e a quantidade econômica de diversas culturas. Desde a antiguidade, os produtos das abelhas, como o mel e a própolis, têm sido utilizados na medicina tradicional devido às suas propriedades terapêuticas. O mel é um fluido doce e viscoso produzido pelas abelhas a partir do néctar das flores, enquanto a própolis é uma substância resinosa usada pelas abelhas para selar e proteger a colmeia, que também possui importantes propriedades biológicas. Estudos recentes demonstram que a própolis possui atividades antioxidantes, antimicrobianas, anti-inflamatórias e até antitumorais, além de evidências de ação imunomoduladora. Essas propriedades sugerem um grande potencial da própolis como tratamento complementar, especialmente no contexto de doenças graves, como o câncer, podendo auxiliar na redução dos efeitos colaterais de tratamentos como a quimioterapia. O uso da própolis como recurso terapêutico oferece promissoras alternativas para melhorar a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida dos pacientes, especialmente os oncológicos.

Palavras-chave: Mel, própolis; nutrologia; imunomodulação; câncer.

INTRODUÇÃO

As abelhas desempenham um papel fundamental na polinização das plantas, estabelecendo uma relação de mutualismo com a flora. Segundo Souza et al. (2007), os vegetais produzem substâncias adocicadas que atraem esses insetos, os quais transportam o pólen entre as flores, promovendo a reprodução vegetal. Esse processo não apenas garante a perpetuação das espécies vegetais, mas também é essencial para a manutenção das colmeias, pois o pólen serve como principal fonte de proteína para as abelhas.

Estudos indicam que a qualidade e a produtividade de diversas culturas agrícolas são diretamente beneficiadas pela presença de polinizadores naturais, ressaltando a importância da conservação ambiental para a manutenção desses agentes biológicos (Souza et al., 2007). Nesse contexto, tanto as abelhas nativas quanto as naturalizadas dependem da vegetação local para garantir sua sobrevivência e a disponibilidade de pólen e néctar.

Além da sua relevância ecológica, as abelhas possuem um impacto econômico significativo. Villas-Bôas (2012) destaca que, assim como o bicho-da-seda, esses insetos fornecem diversos produtos de valor comercial, como mel, cera, geléia real e própolis. Estima-se que aproximadamente um terço da alimentação humana dependa diretamente da polinização realizada por abelhas, evidenciando sua importância para a segurança alimentar global.

A relação entre os povos indígenas e os meliponíneos é ancestral e fundamentada na criação e manejo das abelhas sem ferrão. Segundo Villas-Bôas (2012), antes da introdução das abelhas *Apis mellifera* no continente americano, o mel das abelhas nativas era amplamente utilizado como adoçante e fonte de energia, sendo essencial para as atividades diárias desses povos. O conhecimento tradicional acumulado pelos povos originários influenciou a prática da meliponicultura, tornando-a uma tradição consolidada em diversas regiões do Brasil, especialmente no Norte e Nordeste (Varricchio & Lage, 2020).

Diante desse cenário, este estudo tem como objetivo identificar a potencial participação do mel e da própolis na imunomodulação do hospedeiro, bem como analisar os mecanismos de ação já elucidado para essas atividades. Apesar da ampla aceitação popular sobre os benefícios desses produtos apícolas para a saúde humana, é fundamental consolidar e aprofundar tais conhecimentos sob a perspectiva científica, a fim de validar suas propriedades e potencialidades terapêuticas.

METODOLOGIA

O presente estudo consiste em uma revisão bibliográfica, com foco na análise de artigos científicos e trabalhos publicados entre 2001 e 2024. A pesquisa foi conduzida por meio de consulta à plataforma Google Acadêmico, utilizando os seguintes descritores: "abelhas", "mel", "própolis" e "ação medicinal". Durante o processo de seleção, foram identificados 11 estudos relevantes que abordam a importância das abelhas para a saúde humana, seja por meio da polinização de vegetais essenciais à alimentação humana, seja pelos produtos derivados das abelhas, como o mel e a própolis.

A revisão incluiu a análise do mel, especialmente devido ao seu valor nutricional, e da própolis, que se destaca por suas propriedades medicinais, com potencial no tratamento de diversas doenças. Entre os temas abordados nos estudos selecionados, foi dada ênfase aos possíveis efeitos benéficos do mel e da própolis no contexto da saúde humana, particularmente no tratamento complementar de doenças como o câncer e doenças autoimunes, com destaque para a imunomodulação como um dos mecanismos de ação. Alguns estudos foram discutidos para explorar as evidências sobre o uso terapêutico desses produtos apícolas, com ênfase em suas propriedades medicinais promissoras.

RESULTADOS

A análise da origem botânica do mel, conforme discutido por Moreira et al. (2001), é predominantemente realizada por meio da análise microscópica do sedimento, com o objetivo de contar e identificar os grãos de pólen presentes no mel. O mel é produzido principalmente por abelhas, sendo a espécie *Apis mellifera* L. a mais comum devido à sua domesticação e à alta demanda nos países consumidores, como destacado por Alves et al. (2005).

De acordo com Silva et al. (2006), o mel contém diversas substâncias benéficas à saúde, como vitaminas, sais minerais e enzimas, que conferem propriedades terapêuticas ao produto. O interesse por suas propriedades vai além de seu uso como adoçante, sendo demonstrada atividade antimicrobiana, cicatrizante e antioxidante. No entanto, a composição e as propriedades do mel podem variar de acordo com sua origem floral, o que reflete a complexidade e as variações nas suas propriedades terapêuticas.

Oldoni (2007) ressalta que, ao longo da história, civilizações antigas já utilizavam produtos naturais na medicina popular, e muitos desses produtos, incluindo o mel, eram utilizados como agentes terapêuticos. Nos últimos anos, o uso de produtos naturais tem ganhado atenção significativa,

especialmente pela sua relevância no desenvolvimento de novos medicamentos para doenças crônicas e degenerativas.

A análise físico-química do mel é essencial para garantir a qualidade do produto comercializado. Mendes et al. (2009) destacam que a análise microbiológica rigorosa é necessária, pois muitos méis não passam por pasteurização, o que pode afetar a segurança do produto.

Quanto à própolis, Oldoni (2007) descreve-a como uma das misturas mais complexas encontradas em fontes naturais, devido à sua diversidade química. Ela possui propriedades antioxidantes, anti-inflamatórias e antimicrobianas, conforme também indicado por Pinto et al. (2011), que observam seu uso empírico há séculos no tratamento de diversas doenças. Estudos recentes reforçam essas propriedades terapêuticas, destacando seu potencial em diferentes contextos de saúde.

Venturini et al. (2007) definem o mel como um fluido viscoso, aromático e doce, originado do néctar das flores ou de excreções de insetos sugadores de plantas, que as abelhas melíferas coletam e processam nas colmeias. As características do mel podem variar conforme a origem floral, o clima, o solo e outras variáveis ambientais.

Além disso, Lustosa et al. (2008) constataram, por meio de uma pesquisa na internet, que há aproximadamente noventa produtos à base de própolis disponíveis no mercado virtual brasileiro, incluindo cápsulas, cremes, pomadas, xampus, chás, sabonetes, entre outros. Isso reflete a crescente popularidade e o potencial comercial dos produtos derivados da própolis.

Bazoni (2012) investigou extensivamente a atividade antimicrobiana do mel e da própolis, apresentando resultados significativos. De acordo com o autor, "a atividade antimicrobiana do mel de *N. testaceicornis*, *P. remota*, *T. clavipes* e *S. depilis* foram mais eficientes do que a atividade antimicrobiana do mel de manuka, que é consagrado internacionalmente como mel terapêutico."

Além disso, a maioria das amostras de mel das 12 espécies de abelhas sem ferrão demonstraram atividade bactericida e fungicida, especialmente os méis de *N. testaceicornis*, *P. droryana*, *P. remota* e *T. clavipes*, que se mostraram eficazes no controle de micro-organismos. Esses méis têm, portanto, um grande potencial para uso tópico em terapias alternativas no combate a infecções cutâneas.

Dentre os 10 tipos de mel produzidos pelas abelhas *Apis mellifera*, apenas os méis de caju, cana, romã e eucalipto apresentaram atividade bactericida.

Os méis produzidos pelas abelhas sem ferrão *T. clavipes* e *S. depilis* demonstraram maior atividade antifúngica contra *T. rubrum* em comparação aos méis das outras quatro espécies de abelhas sem

ferrão, bem como às 25 amostras de mel de *Apis mellifera*. Em particular, os méis de *T. clavipes* e *S. depilis* geraram os maiores halos de inibição.

Curiosamente, nenhuma amostra de mel de *Apis mellifera* apresentou atividade antifúngica contra *T. rubrum*.

Além disso, os méis das abelhas sem ferrão *M. rufiventris*, *M. subnitida* e o mel de Laranjeira (de *Apis mellifera*) não apresentaram atividade antimicrobiana contra qualquer dos micro-organismos testados.

A linhagem da levedura *Candida albicans* mostrou-se resistente a todas as amostras de mel.

Em resumo, o estudo demonstrou o potencial antimicrobiano do mel de abelhas sem ferrão in vitro, sendo eficaz na inibição de bactérias Gram-negativas e Gram-positivas, além do fungo patogênico *T. rubrum*. Essas propriedades fazem do mel um excelente candidato para ser utilizado como medicamento no tratamento de feridas infectadas, devido à sua atividade antimicrobiana e à sua segurança para as células do corpo, facilitando a cicatrização. O autor espera que essas descobertas possam promover um aumento no uso terapêutico do mel, beneficiando tanto os pacientes quanto a sociedade como um todo.

Farnesi (2007) relata que a própolis tem sido utilizada desde a antiguidade, com registros que indicam sua aplicação durante o embalsamamento dos faraós no Egito, onde era utilizada em uma mistura de própolis e ervas. As propriedades antimicrobianas e curativas da própolis começaram a ser investigadas pelo Instituto de Veterinária de Kazan (URSS) em 1947. Neste estudo, foram identificadas atividades fungicida e bactericida sobre alguns microrganismos, destacando o potencial da própolis no tratamento de diversas patologias. As abelhas utilizam a própolis (do grego "pro", em defesa, e "polis", cidade) para selar aberturas na colmeia, protegendo-a contra microorganismos. Com o crescente interesse pelo potencial biotecnológico da própolis, estudos mais recentes se concentraram também na avaliação de sua atividade imunomoduladora.

Cardoso (2021) relatou que dados obtidos por seu grupo de pesquisa, juntamente com outros estudiosos, demonstraram propriedades antitumorais e imunomoduladoras da própolis, ampliando as possibilidades de novos estudos relacionados ao uso da própolis no tratamento de câncer. O grupo de Cardoso (2021) investigou a ação da própolis sobre células de defesa expostas a quimioterápicos, apresentando os seguintes resultados: "A própolis (EEP) combinada às concentrações reduzidas de docetaxel (DTX) apresentou in vitro atividade citotóxica contra a linhagem MCF-7 de câncer de mama,

induzindo necrose e inibindo sua migração. A combinação EEP+DTX induziu maior expressão de HLA-DR em monócitos humanos, favorecendo a apresentação de antígenos. EEP+DTX também induziu aumento na produção de TNF- α e IL-6 por monócitos, restaurou a atividade candidacida e reduziu o estresse oxidativo dessas células." Esses achados indicam que a combinação de EEP+DTX pode ter um impacto relevante no tratamento de cânceres de mama, além de possibilitar a redução dos efeitos colaterais da quimioterapia e a promoção de uma resposta imunomoduladora.

Messias et al. (2021) realizaram um estudo no qual o extrato de própolis verde foi utilizado como terapêutico adjuntivo em câncer pancreático estágio IV, resultando em uma melhora significativa no quadro geral e na qualidade de vida do paciente. Devido às suas propriedades imunomodulatórias e antioxidantes, a própolis verde pode ter contribuído para estabilizar a progressão da doença e reduzir os sinais e sintomas causados pela quimioterapia. Além disso, substâncias funcionais presentes na dieta do paciente, como curcumina e glicosinolatos, podem ter influenciado positivamente o processo de detoxificação, acelerando a eliminação de compostos tóxicos, promovendo a apoptose celular e exercendo atividade quimiopreventiva. A suplementação com cápsulas de própolis verde (1400mg/dia) foi associada à supressão do crescimento tumoral e à inibição das vias tumorais, com faixas de concentração das transaminases hepáticas e do marcador tumoral ficando abaixo dos limites de referência ao longo dos três anos de tratamento. Esses resultados corroboram os achados de Ryu & Kim (2016), que demonstraram que a própolis exerce efeitos hepatoprotetores, atuando na via do citocromo P450 (CYP450), promovendo a biotransformação hepática e reduzindo substâncias xenobióticas.

Santos e Nunes (2023) destacam as atividades biológicas da própolis, enfatizando sua importância tanto para as abelhas, que produzem o material resinoso, quanto para os seres humanos, que se beneficiam de suas propriedades terapêuticas. A atividade biológica da própolis, explicada pelos compostos químicos presentes nela, é essencial para o desenvolvimento de novos produtos com potencial terapêutico diversificado. O uso de métodos variados de detecção e identificação dos compostos bioativos da própolis é fundamental para o aprimoramento de suas aplicações farmacêuticas, oferecendo opções viáveis para pacientes.

DISCUSSÃO

Diversos estudos demonstraram que a própolis, como tratamento associativo, apresenta benefícios significativos devido ao seu potencial antifúngico, antibacteriano, anti-ulcerativo, anti-inflamatório e

antioxidante (Bolouri et al., 2015; Patel, 2016). Embora seu uso como terapêutica complementar ainda seja objeto de investigações no campo da nutrologia e medicina translacional, a revisão realizada por nosso grupo visa explorar as evidências científicas sobre as propriedades biológicas e farmacológicas da própolis, destacando seu papel no fortalecimento do sistema imunológico e sua aplicação em tratamentos adjuvantes.

O efeito imunomodulatório da própolis está intimamente associado à presença de polifenóis, compostos que desempenham um papel crucial na modulação da resposta inflamatória, regulando as cascatas de sinalização inflamatória. Um dos principais mecanismos envolvidos nessa regulação é a inibição do fator nuclear κB (NF- κB), uma via importante na mediação de processos inflamatórios (Oršolic et al., 2015; Bolouri et al., 2015), além da inibição da síntese de prostaglandinas. A própolis também contém nutrientes essenciais, como ferro e zinco, que são fundamentais para a síntese de colágeno e para a regulação da resposta imune (Ahn, Biswas, Chung, 2013). Esses aspectos evidenciam o potencial da própolis não apenas como um produto natural imunomodulador, mas também como uma intervenção terapêutica de apoio em condições inflamatórias e imunológicas.

Além de sua atividade imunomoduladora, a própolis também se destaca por seu efeito antioxidante, associado à sua capacidade de neutralizar radicais livres e espécies reativas de oxigênio. Esses radicais estão frequentemente envolvidos na progressão tumoral e no próprio tratamento oncológico, podendo, portanto, ser mitigados pelo uso de própolis. Esse efeito antioxidante pode contribuir para a redução da progressão tumoral e para a proteção do DNA contra danos, como demonstrado por Akhavan-Karbassi et al. (2016), fortalecendo ainda mais o papel da própolis como um coadjuvante no tratamento de cânceres e na proteção contra efeitos adversos do tratamento.

No estudo de Messias et al. (2021), a intervenção dietética com a suplementação de extrato hidroalcoólico de própolis verde demonstrou resultados positivos na redução dos efeitos colaterais da quimioterapia (QT) e no perfil inflamatório do paciente. Ao longo do estudo, observou-se uma melhora significativa na qualidade de vida dos pacientes, bem como a redução dos sinais e sintomas recorrentes, como mucosites, comuns durante o tratamento oncológico. Esse achado reforça a eficácia da própolis na melhoria do quadro geral dos pacientes em tratamento quimioterápico, destacando-a como um possível aliado terapêutico na abordagem nutricional de pacientes com câncer e outras doenças crônicas-degenerativas.

O efeito imunomodulador observado nos estudos citados demonstra o grande potencial da própolis como um alimento funcional, com a capacidade de participar da terapêutica complementar em

oncologia e outras condições de saúde. A inclusão da própolis na dieta pode fornecer benefícios imunológicos substanciais, favorecendo a resposta imune e a recuperação do organismo durante e após o tratamento de doenças graves.

Além disso, a valorização dos saberes étnicos e o acesso ao conhecimento tradicional de povos originários no Brasil têm ganhado destaque, promovendo a troca intercultural e a aplicação do conhecimento ancestral sobre os produtos naturais, como a própolis. No Brasil, a comercialização do mel de abelha Jataí tem se tornado cada vez mais frequente, o que reforça o crescente interesse pela utilização de produtos derivados das abelhas como aliados na saúde (Wendling DA Silva et al., 2024). Essa troca de saberes e o incentivo à pesquisa sobre produtos naturais contribuem para a ampliação das possibilidades terapêuticas e a promoção da saúde.

Em continuidade às investigações sobre o potencial de produtos naturais, como o mel e a própolis, em fortalecer a imunidade inata e adaptativa, estudos mais recentes, como os de Varricchio et al. (2025), devem aprofundar as comprovações científicas das propriedades biológicas e farmacológicas dessas substâncias. Esses estudos abrem portas para novas abordagens terapêuticas e contribuem para a evolução do uso de produtos naturais na medicina moderna.

CONCLUSÃO

Os produtos das abelhas, como o mel e a própolis, têm se mostrado de grande relevância para a saúde humana, não apenas pelo seu impacto ecológico e econômico, mas principalmente pelos benefícios terapêuticos comprovados em diversas pesquisas. A própolis, em particular, se destaca por suas propriedades antimicrobianas, anti-inflamatórias, antioxidantes e imunomoduladoras, mostrando um grande potencial como terapêutica complementar, especialmente no tratamento de doenças graves como o câncer.

Estudos recentes indicam que a própolis pode contribuir para a redução dos efeitos colaterais de tratamentos oncológicos, como quimioterapia e radioterapia, ao modular a resposta imunológica e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Além disso, seu uso como alimento funcional abre novas possibilidades para a promoção da saúde, atuando de maneira preventiva e terapêutica.

Por meio da valorização de saberes tradicionais e da ampliação do acesso ao conhecimento científico, é possível não apenas entender melhor os efeitos desses produtos, mas também explorar seu potencial biotecnológico na medicina translacional. O aprofundamento de estudos sobre a própolis e o mel, além de fortalecer o papel das abelhas na preservação ambiental e na produção sustentável,

pode levar a novas abordagens terapêuticas inovadoras, beneficiando tanto a saúde humana quanto o meio ambiente.

Em suma, os produtos apícolas, especialmente a própolis, representam uma promissora área de pesquisa para o desenvolvimento de tratamentos complementares e, futuramente, para a inovação em práticas terapêuticas, com impacto positivo na saúde pública global.

LIMITES DO ESTUDO

Este estudo constitui uma revisão bibliográfica preliminar, baseada exclusivamente em fontes acessadas por meio da plataforma Google Scholar. Embora tenha sido uma ferramenta eficaz para a seleção de artigos e pesquisas relevantes, a dependência de uma única plataforma pode limitar a abrangência da revisão, pois outros bancos de dados especializados ou fontes científicas específicas poderiam fornecer informações adicionais ou perspectivas complementares.

Além disso, a natureza do estudo de revisão impede a realização de experimentos práticos ou a coleta de dados empíricos, limitando a análise aos estudos já publicados. Deste modo, a interpretação dos resultados se restringe às informações disponíveis até o momento, e não reflete possíveis avanços recentes ou dados ainda não publicados.

Para uma compreensão mais profunda sobre os efeitos nutricionais do mel e as propriedades terapêuticas da própolis, futuros estudos experimentais e revisões mais abrangentes, utilizando diferentes plataformas e fontes, serão necessários. Esses estudos poderão proporcionar uma visão mais detalhada e atualizada sobre os benefícios desses produtos naturais, expandindo o conhecimento sobre seu potencial terapêutico e ampliando as possibilidades de aplicação na medicina e na nutrição.

CONTRIBUIÇÃO

Este estudo contribui para a compreensão dos efeitos antioxidantes e imunomoduladores dos produtos naturais das abelhas, com foco no mel e na própolis. As evidências científicas analisadas indicam que esses produtos apresentam um potencial significativo na modulação da resposta imunológica, especialmente por meio da redução de respostas inflamatórias. A ação sobre monócitos, células-chave da imunidade inata, destaca a capacidade desses compostos em fortalecer as defesas naturais do organismo, favorecendo uma resposta mais eficiente a patógenos.

Além disso, o estudo evidenciou o impacto da própolis na inibição do fator nuclear κB (NF- κB), um regulador central da inflamação, o que sugere um efeito benéfico na modulação de processos inflamatórios crônicos. Esses resultados reforçam o potencial terapêutico dos produtos naturais das abelhas, especialmente em contextos de doenças inflamatórias e em tratamentos complementares no câncer.

A partir dos achados apresentados, este trabalho propõe a continuidade das investigações, com novos estudos experimentais e ensaios clínicos, para aprofundar o entendimento sobre as propriedades biológicas e farmacológicas do mel e da própolis. Tais estudos poderão validar e expandir o conhecimento sobre os mecanismos de ação desses produtos, oferecendo novas perspectivas para a aplicação terapêutica e nutricional desses compostos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AHN, J. C.; BISWAS, R.; CHUNG, P. S. Synergistic effect of radachlorin mediated photodynamic therapy on propolis induced apoptosis in AMC-HN-4 cell lines via caspase dependent pathway. *Photodiagnosis and Photodynamic Therapy*, v. 10, n. 3, p. 236-243, out. 2013.

AKHAVAN-KARBASSI, M. H.; YAZDI, M. F.; AHADIAN, H.; SADR-ABAD, M. J. Randomized Double-Blind Placebo-Controlled Trial of Propolis for Oral Mucositis in Patients Receiving Chemotherapy for Head and Neck Cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, v. 17, n. 7, p. 3611-3614, dez. 2016. DOI: 10.14456/apjcp.2016.142.

ALMEIDA, D./TUKANO et al. Anemias e potencial biotecnológico nutracêutico de Echinacea e de Açaí – Plantas de uso indígena (Estudo de Revisão). *REVISTA SEIVA*, v. 6, n. 2, out. 2022. Disponível em: https://sites.google.com/view/lipat/sapb-revista_seiva#h.p8ofrbj63j6g. Acesso em: 25 mar. 2025.

ALVES, R. M. de O. et al. Características físico-químicas de amostras de mel de *Melipona mandacaia* Smith (Hymenoptera: Apidae). *Food Science and Technology*, v. 25, p. 644-650, 2005.

BAZONI, M. O. Atividade antimicrobiana dos meis produzidos por *Apis mellifera* e abelhas sem ferrão nativas do Brasil. 2012. 116 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

BOLOURI, A. J. et al. Preventing and Therapeutic Effect of Propolis in Radiotherapy Induced Mucositis of Head and Neck Cancers: A Triple-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Trial. *Iranian Journal of Cancer Prevention*, v. 8, n. 5, p. e4019, out. 2015. DOI: 10.17795/ijcp-4019.

BELLIZZI, G. et al. Produtos Naturais e SUD para Sustentabilidade, Diversidade Cultural, Saúde Ambiental: Ensino de Ética Ambiental – VITAE - ATENÇÃO, ASSISTÊNCIA, ENSINO. *REVISTA SAPB-LIPAT*, 2022. Disponível em: <https://sites.google.com/view/lipat/sapb-artigos#h.dqmr38jzwbo9>. Acesso em: 2025.

BELLIZZI, G. M. et al. Ações em Etnodesenvolvimento: Oficina de alimentos funcionais e etnonutrição a usuários étnicos em situação urbana no RJ/Brasil. *REVISTA FOCO*, v. 16, n. 11, e3725, p. 1-20, 2023. Disponível em: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/3725>. Acesso em: 2025.

CARDOSO, E. de O. Ação da própolis associada ao docetaxel sobre células de câncer de mama e sobre monócitos humanos. 2021. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Instituto de Biociências de Botucatu, 2021.

DE GOUVEIA MENDES, C. et al. As análises de mel: Revisão. *Revista Caatinga*, v. 22, n. 2, p. 7-14, abr./jun. 2009.

FARNESI, A. P. Efeitos da própolis de abelhas africanizadas e meliponíneos em microorganismos. 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17135/tde-20082007-162013/>. Acesso em: 5 jun. 2024.

LUSTOSA, S. R. et al. Própolis: atualizações sobre a química e a farmacologia. *Revista Brasileira de Farmacognosia*, v. 18, p. 447-454, 2008.

MESSIAS, A. C. et al. Efeito da suplementação de própolis verde no câncer de pâncreas: um relato de caso. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, v. 41, n. 2, 2021. DOI: 10.12873/412messias. Disponível em: <https://revista.nutricion.org/index.php/ncdh/article/view/104>. Acesso em: 28 nov. 2024.

OLDONI, T. L. C. Isolamento e identificação de compostos com atividade antioxidante de uma nova variedade de própolis brasileira produzida por abelhas da espécie *Apis mellifera*. 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Piracicaba, 2007.

ORŠOLIC, N. et al. Synergism Between Propolis and Hyperthermal Intraperitoneal Chemotherapy with Cisplatin on Ehrlich Ascites Tumor in Mice. *Journal of Pharmaceutical Science*, v. 102, n. 12, p. 4395-4405, dez. 2013.

PATEL, S. Emerging Adjuvant Therapy for Cancer: Propolis and its Constituents. *Journal of Dietary Supplements*, v. 13, n. 3, p. 245-268, fev. 2016. DOI: 10.3109/19390211.2015.1008614.

PINTO, L. de M. A.; DO PRADO, N. R. T.; DE CARVALHO, L. B. Propriedades, usos e aplicações da própolis. *Revista Eletrônica de Farmácia*, v. 8, n. 3, p. 25, 2011. DOI: 10.5216/ref.v8i3.15805. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/REF/article/view/15805>. Acesso em: 28 nov. 2024.

PURDOM-DICKINSON, S. E. et al. Induction of Antioxidant and Detoxification Response by Oxidants in Cardiomyocytes: Evidence from Gene Expression Profiling and Activation of Nrf2 Transcription Factor. *Journal of Molecular and Cellular Cardiology*, v. 42, n. 1, p. 159-176, jan. 2007. DOI: 10.1016/j.yjmcc.2006.09.012.

RYU, C. S. et al. Inhibition of Cytochrome P450 by Propolis in Human Liver Microsomes. *Toxicological Research*, v. 32, n. 3, p. 207-213, jul. 2016. DOI: 10.5487/TR.2016.32.3.207.

SILVA, R. A. da et al. Composição e propriedades terapêuticas do mel de abelha. *Alimentos e Nutrição*, v. 17, n. 1, p. 113-120, 2008.

VARRICCHIO, M. C. B. N. Análise quanto à efetividade da legislação sobre o acesso ao patrimônio genético brasileiro, a proteção e o acesso ao conhecimento tradicional associado, enquanto uso sustentável da biodiversidade. Relatório oficial de estágio pós-doutoral pelo INPI, 2020.

Capítulo 4



10.37423/250409856

SAÚDE NA RUA - UMA ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Ana Luísa Gerheim da Silva

Centro Universitário Nelson de Sá Earp

Catarina Ricardo Guimarães

Centro Universitário Nelson de Sá Earp

Jefferson Augusto Brito Souza Barbosa

Centro Universitário Nelson de Sá Earp



INTRODUÇÃO

A Atenção Básica à Saúde (ABS) segue uma abordagem essencial para cuidados de saúde em todo mundo, desempenhando um papel crucial na promoção da saúde, prevenção de doenças e tratamento das comorbidades mais prevalentes. A abordagem da ABS é centralizada nos princípios fundamentais, como acessibilidade, continuidade e integralidade dos cuidados, de forma a abranger não somente consultas médicas regulares, promoção de hábitos de vida saudáveis, aconselhamento e acolhimento sobre saúde mental, triagem de doenças crônicas (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2018).

A Atenção Básica à Saúde é o primeiro nível do sistema de saúde, atuando na coordenação do cuidado e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 1990). Sendo considerada a porta de entrada para o SUS, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o elo com a comunidade, tendo o agente comunitário de saúde como protagonista no vínculo e acolhimento à equipe de saúde. As ações em saúde no território propiciam proximidade e interação para identificação de comorbidades, vulnerabilidades e potencialidades do território (BRASIL, 2017).

Os países com a ABS bem desenvolvida e organizada apresentam melhores resultados de saúde, menores gastos públicos e maior satisfação dos pacientes. Além disso, apresenta um papel de suma importância na detecção precoce e gerenciamento de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, os quais apresentam uma carga financeira importante para os sistemas de saúde em todo mundo (OPAS, 2018).

No contexto atual pós-pandemia do COVID-19, é crucial que a ABS reforce suas iniciativas de promoção da saúde e prevenção, tanto em nível individual quanto coletivo. Isso deve ser feito com ênfase na continuidade do cuidado ao indivíduo e à sua comunidade. As ações de saúde no território foram desenvolvidas após a observação do afastamento da população do território nesse período pandêmico, redução no número de agentes comunitários de saúde e também pela integração de novos profissionais na equipe de saúde, havendo a necessidade de aproximação com a comunidade em que a ESF está inserida, objetivando a ampliação do acesso à saúde e vínculo com a população. Desta forma nasceu o “Saúde na Rua”.

METAS DA ATIVIDADE

1. Acolher pacientes vulneráveis e fortalecer o vínculo com a equipe de saúde da família.
2. Realizar orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças.

3. Realizar testagem rápida para Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).
4. Motivar os pacientes referente ao autocuidado e consequente mudanças no estilo de vida.
5. Acompanhar os pacientes portadores de doenças crônicas e seus dados vitais.
6. Aumentar o acesso ao diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

Trata-se de encontros da equipe de saúde da família na comunidade, denominado de Saúde na Rua que ocorrem uma vez ao mês, no turno matutino, com a equipe multidisciplinar, composta por médico, enfermeira, técnica de enfermagem, nutricionista e agente comunitário de saúde, e por vezes, a equipe de NASF-AB/e-MULTI. O local é escolhido através de um rodízio entre as microáreas do território adscrito, sendo realizadas ações de saúde como verificação de sinais vitais, realização de testes rápidos de IST, marcadores de consumo alimentar, e acolhimento e orientações com os profissionais de saúde.

A atividade Saúde na Rua é uma proposta de atendimento multidisciplinar itinerante para acompanhamento da população em vulnerabilidade social e assistencial. Cada encontro é realizado em locais previamente combinados e informado à população, ocorrendo na rua ou em casas de usuários participativos na comunidade.

RESULTADOS

Com a ação foi possível perceber o envolvimento da população em participar dos encontros. Diversos usuários apresentaram elevação da pressão arterial, alteração da glicemia capilar, além disso foi possível observar que grande parte estava há mais de 1 ano sem comparecer na ESF e sem realizar consultas e exames de rotina relativos às suas comorbidades, sendo assim tiveram a oportunidade de participar das atividades propostas e realizar testes de IST, aferição de pressão arterial e glicemia capilar, de forma cômoda e acessível próximo ao seu domicílio.

Perante os resultados encontrados durante as ações, podemos observar que foi possível criação de vínculos e reconhecimento da comunidade como parte pertencente da equipe, aumentando o acesso e o cuidado à saúde da população, estimulando hábitos saudáveis e autocuidado, melhorando a resposta ao cuidado continuado enquanto doenças crônicas não-transmissíveis. Além disso, foi possível a aproximação com lideranças comunitárias, favorecendo o vínculo e planejamento de novas ações e promoção da saúde, sendo alcançada a adesão da comunidade à atividade e a colocação dos

profissionais de saúde como atores no processo de educação em saúde. Por fim, percebe-se que as necessidades de cuidado com a saúde transcorrem em todos os âmbitos do cotidiano, e as políticas de saúde pública tem o desafio de garantir todos os direitos da população e fornecer a atenção especializada de forma integral, universal e equânime.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BRASIL. Portaria 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão das diretrizes para a organização da Atenção, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília – DF. 2017

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ;. Atenção primária e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. Saúde Debate 2018;

OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde). Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? Brasília : OPAS; 2018

Capítulo 5



10.37423/250409861

PESQUISA CIENTÍFICA: INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE NO BRASIL - 2015 A 2022

Maria Vitória Moraes

Faculdade de Medicina de Petrópolis

Nicole Werner

Universidade Federal de Rondônia

Raquel Neves

Faculdade de Medicina de Petrópolis

Letícia Nery

Faculdade de Medicina de Petrópolis

Raphael Araújo

Faculdade de Medicina de Petrópolis

Marjorie Figueiredo

Faculdade de Medicina de Petrópolis

Nicole Arbex

Faculdade de Medicina de Petrópolis

Bianca Serrão

Faculdade de Medicina de Petrópolis

Larissa Risso

Faculdade de Medicina de Petrópolis

Breno Oliveira

Faculdade de Medicina de Petrópolis

Resumo: O presente artigo aborda a tuberculose, uma doença infecciosa causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*, que afeta predominantemente os pulmões, mas pode também afetar outros órgãos do corpo humano, como rins, ossos, sistema nervoso central e linfonodos. A transmissão da tuberculose ocorre de pessoa para pessoa por meio do ar, quando um indivíduo infectado tosse, espirra, fala ou canta, liberando pequenas gotículas contendo as bactérias no ambiente.

O diagnóstico da tuberculose envolve uma variedade de testes, incluindo radiografias de tórax e exames laboratoriais, como o teste de escarro, para detectar a presença da bactéria. O tratamento requer a administração de antibióticos específicos para tuberculose ao longo de vários meses, sendo fundamental para a cura da doença e para prevenir sua disseminação.

A tuberculose já foi uma doença altamente prevalente no passado e ainda representa um problema de saúde global em algumas regiões, especialmente em países com sistemas de saúde mais frágeis e populações vulneráveis. Programas de controle da tuberculose, que incluem a detecção precoce, o tratamento adequado e medidas de prevenção, desempenharam um papel importante na redução da incidência da doença.

No contexto brasileiro, a persistência da tuberculose está ligada a uma série de fatores complexos e multifacetados, incluindo desigualdades socioeconômicas, fragilidades no sistema de saúde e desafios relacionados à infraestrutura, falta de recursos, desigualdades regionais e dificuldades no acesso ao diagnóstico e tratamento adequados, especialmente em áreas remotas.

Os objetivos do estudo em questão foram: Determinar a tendência da incidência de tuberculose no Brasil no período de 2015 a 2022, identificar o comportamento da incidência de tuberculose nos diferentes estados brasileiros e municípios durante o mesmo período e, identificar as principais causas da incidência de tuberculose no Brasil de 2015 a 2022.

A metodologia empregada envolveu uma pesquisa epidemiológica que coletou e analisou dados secundários de fontes oficiais de saúde pública, como o Datasus - Tabnet e o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde do Brasil. Foram realizadas análises descritivas das taxas de incidência de tuberculose com base nos casos notificados e na população estimada para cada ano e localidade. As análises foram conduzidas em nível nacional e desagregadas por estados, permitindo a avaliação da distribuição geográfica da doença e suas variações ao longo do período estudado. Além disso, foram realizadas revisões bibliográficas e análises exploratórias dos dados disponíveis para identificar as principais causas associadas à incidência da tuberculose no Brasil, considerando fatores socioeconômicos, estruturais e de acesso aos serviços de saúde.

Os resultados preliminares apontaram variações significativas na incidência da tuberculose ao longo dos anos e entre diferentes estados brasileiros. O Amazonas foi identificado como um estado com alta incidência constante, enquanto outros, como o Distrito Federal e Tocantins, apresentaram incidências menores em diversos anos. Essas variações podem estar relacionadas a fatores geográficos, socioeconômicos e de acesso aos serviços de saúde.

A discussão destacou a forte correlação entre a incidência da tuberculose e questões socioeconômicas, como condições precárias de moradia, nutrição inadequada e falta de acesso a serviços de saúde adequados. O Brasil enfrenta desafios significativos devido a desigualdades econômicas e sociais, o que favorece a disseminação da doença, especialmente em áreas urbanas densamente povoadas com más condições de habitação. Portanto, abordar efetivamente a tuberculose no Brasil requer não apenas intervenções médicas, mas também ações destinadas a melhorar as condições de vida das populações mais vulneráveis e fortalecer o sistema de saúde.

Em suma, o estudo contribuiu significativamente para o entendimento da dinâmica da tuberculose no Brasil e forneceu insights valiosos para a orientação de estratégias de prevenção e controle mais eficazes. A pesquisa ressalta a importância de abordagens abrangentes que considerem não apenas aspectos médicos, mas também sociais e estruturais na luta contra a tuberculose no país.

INTRODUÇÃO:

A tuberculose é uma doença infecciosa causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*. Ela afeta principalmente os pulmões, mas também pode afetar outros órgãos do corpo, como os rins, ossos, sistema nervoso central e linfonodos. A doença é transmitida de pessoa para pessoa através do ar, quando alguém infectado tosse, espirra, fala ou canta, liberando pequenas gotículas que contêm as bactérias no ar.

O diagnóstico da tuberculose envolve testes de imagem, como radiografias de tórax, e testes laboratoriais, como o teste de escarro para detectar a presença da bactéria. O tratamento geralmente envolve a administração de antibióticos específicos para tuberculose ao longo de vários meses. O tratamento adequado é fundamental para curar a doença e prevenir sua propagação.

A tuberculose foi uma doença muito prevalente no passado e ainda é um problema de saúde global em algumas regiões, especialmente em países com sistemas de saúde mais frágeis e populações vulneráveis. Programas de controle da tuberculose, como a detecção precoce, o tratamento adequado e as medidas de prevenção, desempenharam um papel importante na redução da incidência da doença.

A presença contínua da tuberculose na saúde brasileira é resultado de uma combinação de fatores complexos e multifacetados. Alguns dos principais motivos incluem as condições socioeconômicas (no Brasil, desigualdades socioeconômicas persistentes contribuem para a disseminação da doença, especialmente em áreas urbanas com aglomeração de pessoas e más condições de habitação), o sistema de saúde fragilizado, embora o Brasil tenha avançado significativamente na área da saúde, especialmente com o Sistema Único de Saúde (SUS), ainda existem desafios em relação à infraestrutura, falta de recursos, desigualdades regionais e dificuldades no acesso a diagnóstico e tratamento adequados, especialmente em áreas remotas.

OBJETIVOS:

Determinar a tendência do coeficiente da incidência de Tuberculose no território brasileiro, no período de 2015 a 2022.

Identificar o comportamento do coeficiente da incidência de tuberculose, de acordo com os municípios, nos diferentes estados brasileiros, do ano 2015 a 2022.

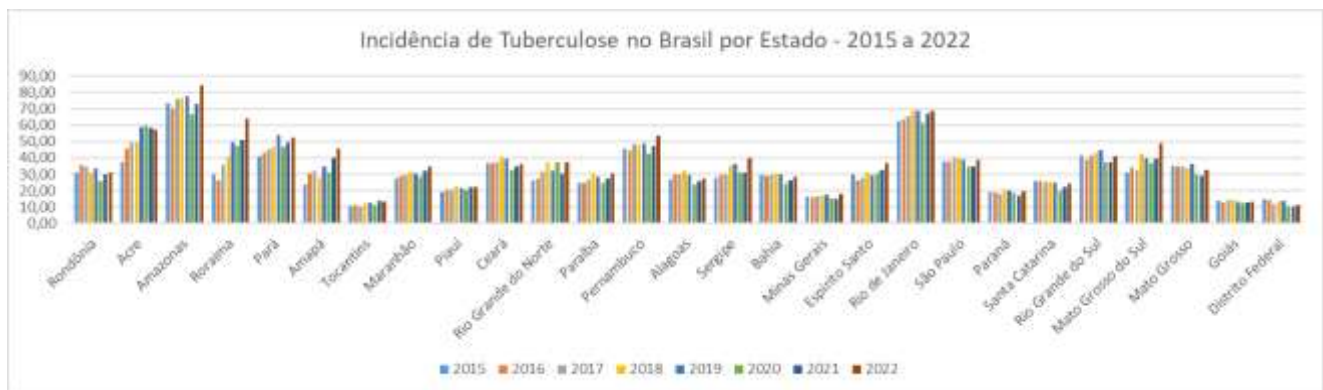
Identificar as principais causas da incidência de tuberculose no Brasil, do ano 2015 a 2022.

METODOLOGIA:

Este estudo tem como objetivo analisar a tendência da taxa de incidência da tuberculose no território brasileiro no período de 2015 a 2022, assim como identificar o comportamento dessa incidência nos diferentes municípios e estados do Brasil ao longo desse período. Trata-se de uma pesquisa de natureza epidemiológica, envolvendo a coleta e análise de dados secundários disponibilizados por fontes oficiais de saúde pública(Datasus - Tabnet). O sistema de informação utilizado para a obtenção dos dados foi o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), mantido pelo Ministério da Saúde do Brasil. Esse sistema compila informações sobre casos notificados de tuberculose e outras doenças de notificação compulsória, abrangendo uma ampla gama de variáveis epidemiológicas, clínicas e demográficas. A partir dos dados disponíveis no SINAN, foi realizado um estudo descritivo das taxas de incidência de tuberculose, utilizando os coeficientes de incidência calculados a partir do número de casos notificados e da população estimada para cada ano e localidade. As análises serão conduzidas tanto em nível nacional quanto desagregadas por estados, permitindo uma avaliação da distribuição geográfica da doença e suas variações ao longo do período em questão. Adicionalmente, busca-se identificar as principais causas associadas à incidência de tuberculose no Brasil, considerando fatores socioeconômicos,(agregando todas as faixas etárias em ambos os sexo), estruturais e de acesso aos serviços de saúde. Para tal, serão realizadas revisões bibliográficas e análises exploratórias dos dados disponíveis. Esta pesquisa contribuirá para um melhor entendimento da dinâmica da tuberculose no Brasil e auxiliará na identificação de estratégias eficazes de prevenção e controle da doença.

O estudo em questão visa analisar a incidência da tuberculose no Brasil ao longo de um período de oito anos, de 2015 a 2022. É evidente que o estudo é bem fundamentado, utilizando dados secundários fornecidos pelo Datasus - Tabnet, uma fonte oficial de saúde pública no Brasil. O uso do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde é uma escolha apropriada para coletar informações sobre a tuberculose, uma doença de notificação compulsória. Além disso, a pesquisa busca não apenas examinar as tendências gerais da incidência da tuberculose no país, mas também analisar as variações geográficas e identificar fatores associados à incidência da doença, considerando aspectos socioeconômicos e estruturais. Isso demonstra uma abordagem abrangente e promissora para entender e combater a tuberculose no Brasil(Barreira, 2018).

Resultados: Taxa de Incidência de Tuberculose no Brasil por Estado- 2015 a 2022 ”



Com o gráfico acima, baseado nos dados do DATASUS, foi possível fazer algumas análises, tais como: No ano de 2015, o estado com menor incidência de tuberculose foi o Goiás e com maior incidência foi o Amazonas, em 2016, o menor foi Tocantins e o maior foi o Amazonas, em 2017 o menor foi o Distrito Federal e o maior foi o Amazonas, em 2018, o menor foi Tocantins e o maior foi o Amazonas, em 2019 o estado com menor incidência foi o Tocantins e com maior foi o Amazonas, em 2020, o com menor foi o Distrito Federal e com o maior foi o Amazonas, em 2021, com menor foi o Distrito Federal e com o maior foi o Amazonas e, por fim, em 2022 o menor índice foi o Distrito Federal e o maior em Amazona.

DISCUSSÃO:

Os resultados preliminares indicam que houve variações significativas na incidência da tuberculose ao longo dos anos e em diferentes estados do Brasil. O Amazonas aparece como um estado com alta incidência constante, enquanto outros estados, como o Distrito Federal e Tocantins, têm uma incidência menor em vários anos. Essa análise inicial sugere a importância de entender as razões por trás dessas variações, que podem estar relacionadas a fatores geográficos, socioeconômicos e de acesso aos serviços de saúde. Então, a predominância da tuberculose no Brasil nos últimos anos tem uma clara correlação com questões socioeconômicas. A tuberculose é uma doença que frequentemente afeta populações em situação de vulnerabilidade social, devido à sua ligação com condições precárias de moradia, nutrição inadequada e falta de acesso a serviços de saúde adequados(Cortez, 2021).

Nesse sentido, o Brasil enfrenta desafios significativos em termos de desigualdades econômicas e sociais, com uma parte substancial da população vivendo em condições socioeconômicas

desfavoráveis. Essas circunstâncias favorecem a disseminação da tuberculose, uma vez que as pessoas nessas condições têm maior probabilidade de entrar em contato com a bactéria causadora da doença e menor acesso a diagnóstico precoce e tratamento eficaz. Portanto, abordar a tuberculose no Brasil requer não apenas estratégias médicas, mas também ações direcionadas para melhorar as condições socioeconômicas das populações mais vulneráveis, a fim de reduzir a incidência e o impacto da doença (Barreira,2018).

CONCLUSÃO:

O estudo sobre a incidência da tuberculose no Brasil no período de 2015 a 2022 oferece insights valiosos sobre a complexa interação entre fatores epidemiológicos, socioeconômicos e de saúde pública no contexto do país. A pesquisa, baseada em uma metodologia robusta e no uso de dados oficiais, revela variações significativas na incidência da doença ao longo dos anos e entre diferentes estados. Essas variações são um reflexo direto das desigualdades socioeconômicas persistentes no Brasil, que criam condições propícias para a propagação da tuberculose, especialmente em áreas urbanas densamente povoadas e com precárias condições de habitação. Além disso, o estudo enfatiza a importância da infraestrutura de saúde e do acesso a diagnóstico e tratamento adequados na luta contra a tuberculose. Portanto, conclui-se que abordar efetivamente a tuberculose no Brasil requer não apenas medidas médicas, mas também intervenções sociais e estruturais que visem melhorar as condições de vida das populações mais vulneráveis e fortalecer o sistema de saúde para garantir um controle eficaz da doença. Essa pesquisa desempenha um papel fundamental na compreensão da dinâmica da tuberculose no país e na orientação de estratégias de prevenção e controle mais eficazes.

REFERÊNCIAS

- 1- Barreira, Draurio. "Os Desafios Para a Eliminação Da Tuberculose No Brasil." *Epidemiologia E Serviços de Saúde*, vol. 27, no. 1, Mar. 2018, <https://doi.org/10.5123/s1679-49742018000100009>.
- 2- Werneck, Angela, et al. III -Etiopatogenia E Diagnóstico Da Tuberculose 6. Adoecimento. books.scielo.org/id/zyx3r/pdf/procopio-9788575415658-08.pdf, <https://doi.org/10.7476/9788575415658.0008>.
- 3- Barreira, Draurio. "Os Desafios Para a Eliminação Da Tuberculose No Brasil." *Epidemiologia E Serviços de Saúde*, vol. 27, no. 1, Mar. 2018, <https://doi.org/10.5123/s1679-49742018000100009>. Accessed 12 May 2019.

Capítulo 6



10.37423/250409867

SÍNDROME DE GUILLAIN – BARRÉ COM APRESENTAÇÃO ATÍPICA

MARCIA COUTINHO DA CRUZ

FACULDADE DE MEDICINA DE
PETROPOLIS



Objetivo :Relatar um caso de Síndrome de Guillain-Barré (SGB)de difícil diagnóstico e alertar quanto a sua apresentação atípica.**Método:** revisão de prontuário,entrevista com o paciente e registro dos métodos diagnósticos que o paciente foi submetido.**Considerações finais :**A manifestação atípica, exame neurológico pobre e ausência de paresia ascendente é incomum, porém não afasta o diagnóstico, devendo sempre ser pensado e complementado com exames especializados.

INTRODUÇÃO:

A síndrome de Guillain–Barré (SGB) é a maior causa de paralisia flácida no mundo ,com sinais e sintomas iniciais típicos, sugerindo por vezes transtorno de somatização. Neste relato de caso, ocorre um quadro atípico com paresia e parestesia generalizada,súbita e dor em região dorsal, não associada a quadro infeccioso anterior

OBJETIVOS:

Relato de um paciente portador SGB de difícil diagnóstico e sintomatologia atípica

Relato de Caso: M.G.C.M., 56 anos, feminina,admitida na Unidade de Pronto Atendimento relatando que há uma semana apresentou parestesia generalizada e epigastralgia em queimação,irradiando para o dorso,e associada a vômito.Foi medicada com Tramal e Morfina, sendo transferida para o Hospital Escola Alcides Carneiro (HEAC);

HPP: Colectomia há 25 anos; Alergia a Penicilina.

HFAM: Nega casos similares na família ou contato com pessoas com doenças infecto-contagiosas.

Exame físico:

Sinais vitais e exame clínico geral sem alterações dignas de nota.

Exame Neurológico: Trofismo, tônus preservados; Paresia em membros inferiores +2 e superiores +4, parestesia generalizada,Hiporreflexia patelar;

Hipóteses Diagnósticas: Síndrome de conversão,Síndrome de compressão radicular Conduta:

1.Hemograma e bioquímica sanguínea normais. 2.TC de tórax, abdome e pelve; sem alteração

3. EAD : Pangastrite Enantematosa moderada.

Avaliação pela neurologia do HEAC;

Parecer pela neurologia:Exame neurológico: Parestesia generalizada,sem território/dermatomo/segmento específico; Hiporreflexia patelar; Pares cranianos sem alterações; Tônus, trofismo e força preservados; Discreta perda de propriocepção; Sem qualquer outra alteração objetiva ao exame neurológico—à exceção de incapacidade motora em manter-se em pé: “joelhos dobram” .Distúrbio somatoforme?

Conduta: Eletroneuromiografia (ENMG) dos 4 membros; ENMG: polineuropatia de caráter desmielinizante; Indicada uma punção líquórica – resultados:

Proteínas: 213 mg/dl, celularidade: 1 mm³. Sendo assim foi iniciada terapia com Imunoglobulina Humana - dose padrão.

DISCUSSÃO :

A SGB é a maior causa de paralisia flácida generalizada no mundo ,com incidência anual de 1–4 casos por 100.000 hab e entre 20 e 40 anos de idade. É uma condição neurológica de provável origem autoimune e em 60% dos casos esta relacionada a quadros infecciosos. Os pacientes com SGB devem apresentar redução de força em mais de um segmento apendicular de forma simétrica e os reflexos miotáticos distais alterados .A progressão dos sintomas não ultrapassa 8 semanas e tem recuperação 2-4 semanas após a fase de platô. Febre e disfunção sensitiva são pouco frequentes.

RESULTADOS/ CONCLUSÃO:

Paciente foi diagnosticada com SGB, com parestesia generalizada por 23 dias não progressiva, foi realizado ENMG que evidenciou polineuropatia de caráter desmielinizante; Foi indicada punção líquórica que mostrou aumento de proteínas e celularidade. Foi iniciada terapia com Imunoglobulina Humana - dose padrão. Com 23 dias após o início dos sintomas apresentava melhora da força motora e alívio total da dor .Recebeu alta hospitalar.

CONCLUSÕES:

O caso proposto destaca a importância de uma avaliação criteriosa das alterações neurológicas agudas. O tratamento clínico associado a exames especializados e fisioterapia motora possibilitou melhora progressiva da força muscular e redução da dor levando a uma recuperação da independência funcional do paciente.

Capítulo 7



10.37423/250409869

ALIMENTAÇÃO E SEGURANÇA NUTRICIONAL DOS GRUPOS FAMILIARES DA PRAIA DO CUMBUÇO-CE: INFLUÊNCIAS E IMPACTOS

EVELINE DE ALENCAR COSTA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

JOEL PINHEIRO DE ANDRADE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

REGINA MARIA SILVA BASTOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

LEANDRO FLÁVIO RESTREPO FROTA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ



Resumo: O presente estudo teve como objetivo analisar o consumo alimentar dos grupos familiares da comunidade do Cumbuco-CE, incluindo os de pescadores (povos tradicionais) e classificá-los quanto à segurança alimentar e nutricional. A pesquisa foi de campo, do tipo qualitativa, descritiva e exploratória sobre o consumo alimentar de 13 representantes de grupos familiares da Praia do Cumbuco – CE e territórios adjacentes, incluindo pescadores (povos ou comunidades tradicionais). Para a identificação dos itens consumidos pela população em estudo foi utilizado Marcador de Consumo Alimentar proposto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2015) e Protocolo de Uso do Guia Alimentar para a População (Fascículo 4). A caracterização dos alimentos consumidos foi realizada conforme o Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014a): a) *in natura* ou minimamente processado; b) processado; c) ultraprocessado; e d) ingredientes culinários (óleos, gorduras, sal e açúcar). A entrevista seguiu um roteiro estruturado de perguntas com o objetivo de identificar os alimentos mais adquiridos em estabelecimentos comerciais, como mercearias, supermercados e padarias. Também foi investigado se esses alimentos eram utilizados em preparações consideradas culturais ou tradicionais, solicitando-se que os participantes especificassem as mesmas. Os dados obtidos indicaram que o turismo local exerce influência nos hábitos alimentares e na percepção sobre alimentos culturais e tradicionais. Além disso, observou-se a presença de ingredientes ultraprocessados nas preparações mencionadas pelos participantes como culturais e tradicionais. Em relação à situação de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), verificou-se sua predominância em domicílios sem menores de 18 anos, enquanto a Insegurança Alimentar (IA) foi identificada em 83% dos domicílios com crianças”.

Palavras-chaves: Comida; gastronomia social; povos tradicionais; segurança alimentar.

1 INTRODUÇÃO

A alimentação de um povo é considerada patrimônio cultural e deve ser valorizada ou resgatada e registrada como um mecanismo de fortalecimento de um território, de uma cultura e de uma história (Hoyo; D'Agostini, 2017). O patrimônio cultural compreende todos os aspectos de relevância histórica e cultural seja para uma pequena comunidade ou até mesmo uma nação, e pode ser registrado por meio de festas, danças, música, arquitetura, manifestações populares, artes e gastronomia (IPEA, 2006; UNESCO, 2020).

Alguns alimentos, para além de sabores, carregam consigo saberes culturais, principalmente do fazer, que podem ser repassados por gerações, como também aprimorados. Comumente, estes alimentos estão intimamente ligados a festas culturais e ou datas comemorativas para aquela comunidade. Desse modo, a produção dessas comidas/receitas/preparações resgata a história, a identidade e o caráter histórico do próprio produtor/cozinheiro (Zuin; Zuin, 2008).

O recorte com o qual trabalharemos no estudo proposto será a comunidade da Praia do Cumbuco. Esta comunidade está localizada na costa do sol poente do litoral cearense no município de Caucaia no estado do Ceará à 35 km da capital de Fortaleza e foi fundada por famílias de pescadores.

Até 1972 a Vila de Pescadores do Cumbuco era uma fazenda antiga, abandonada desde 1958, onde algumas famílias de pescadores dividiam-se em duas partes: Parnamirim e Jabaquara. Em 1976, havia nessa vila 79 famílias que moravam em barracas de palhas de coqueiros. Apesar da proximidade com Fortaleza (35 Km) e com o centro de Caucaia (20 Km), essa vila era isolada do mundo, pois não existia nenhum tipo de estrada, nem de comunicação (Prefeitura de Caucaia, 2022).

Apenas em 1978 aconteceu a inauguração oficial da Colônia de Pescadores Z-7 de Cumbuco, que até então não era reconhecida pela Capitania dos Portos; e somente em agosto do referido ano é que foi vendido o primeiro lote do Loteamento Praia do Cumbuco. Assim, nasceu a Praia do Cumbuco, com suas belezas e simplicidade que caracteriza a natureza e população nativa (Prefeitura de Caucaia, 2022). Atualmente, essa Praia continua habitada pelos pescadores e seus familiares, sendo considerados povos ou comunidades tradicionais. Contudo, a população total é de aproximadamente 361.400 habitantes conforme dados do IBGE (2021).

A Praia do Cumbuco faz parte da rota turística de muitos visitantes no estado do Ceará, sendo o 4º destino mais procurado e que merece ter sua história preservada, principalmente sua cultura, memória e tradições gastronômicas. (Prefeitura de Caucaia, 2022; Visite o Brasil, 2022).

Diante dos resultados previamente obtidos na etapa anterior da pesquisa (Costa; Andrade, 2023), observamos que dentre os insumos alimentícios consumidos pelas famílias de pescadores do Cumbuco-CE, considerados povos ou comunidades tradicionais, estão os processados e ultraprocessados, e que os alimentos tradicionais e culturais vêm recebendo a influência destes ingredientes no seu preparo, distanciando do fazer tradicional e do repasse deste saber de geração a geração, pois acabam sofrendo alterações. Além disso, podem influenciar na saúde nutricional desta população, sendo os referidos alimentos comumente relacionados com o surgimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT's) como diabetes, colesterolemia, doenças cardiovasculares e colaboram para o sobrepeso e a obesidade (Brasil, 2021).

De acordo com Little (2004), Diegues e Arruda (2001) os povos ou comunidades tradicionais formam um dos núcleos mais importantes da diversidade sociocultural do Brasil e compreendem grupos que possuem uma relação nativa com o território, como por exemplo: os remanescentes das comunidades dos quilombos que nomeiam suas áreas como “terras de preto”, “terras de santo”, incluindo ainda os indígenas e suas “terras de índio” e outras comunidades como de açorianos, babaçueiros, caboclos, caçairas, caipiras, campeiros, pantaneiros, praiérios, sertanejos, varjeiros, jangadeiros e pescadores artesanais.

Cunha, Magalhães e Adams (2021) ressaltam que as comunidades tradicionais, exceto indígenas e quilombolas, ainda não foram recenseados no Brasil, fato este que aumenta ainda mais a preocupação em salvaguardar os saberes desta população, bem como conhecer a situação de segurança alimentar.

No caso da comunidade de pescadores do Cumbuco-CE, observa-se que vem sofrendo silenciosamente com a expansão do turismo, com o surgimento de restaurantes internacionais e outros comércios que vão limitando e afastando geograficamente esta população do seu território nativo e das suas comidas tradicionais. É possível ainda, verificar *in loco*, que muitos já não se reconhecem mais como de origem de famílias de pescadores e, para além disso, verificamos que os estabelecimentos já são de propriedade de estrangeiros, que trazem seus costumes, hábitos e seus cardápios fusionados com as preparações e insumos brasileiros, principalmente os nativos, proporcionando uma interferência sociocultural no local em estudo.

Diante disso, a pesquisa foi motivada pela seguinte inquietação: Será que os moradores, especialmente os grupos familiares de pescadores, povos tradicionais, da Praia do Cumbuco-CE, vem inserido na sua alimentação alimentos processados e ultraprocessados em grande quantidade? O que leva estes grupos a ingerir estes alimentos, seria o acesso e o preço? E o consumo de vegetais

aumentou ou reduziu? E estes processados e ultraprocessados vem sendo utilizados nas receitas culturais e ou tradicionais? E estes grupos estão em segurança alimentar e/ou em qual classificação de insegurança alimentar (leve, moderada ou grave)?

Considerando que as preparações executadas frequentemente ou até mesmo em dias festivos são caracterizadas como culturais, pois fazem parte de costumes e que podem carregar significados emocionais e ou afetivos, no início da pesquisa, tomou-se como hipótese que na Praia do Cumbuco, Ceará, estes aspectos culturais, tradicionais e afetivos seriam evidenciados, além de que as receitas informadas pelos participantes teriam insumos típicos do Ceará e ou da região Nordeste a fim de caracterizá-la culturalmente.

Para Montanari (2008) a comida se expressa como cultura quando preparada, pois a partir dos produtos-base da alimentação, o homem promove modificações ao utilizar o fogo e técnicas culinárias, as quais se manifestam nas práticas da cozinha. O autor menciona ainda que:

Comida é cultura quando consumida, porque o homem, embora podendo comer de tudo, ou talvez justamente por isso, na verdade não come qualquer coisa, mas escolhe a própria comida, com critérios ligados tanto às dimensões econômicas e nutricionais do gesto quanto aos valores simbólicos de que a própria comida se reveste. Por meio de tais percursos, a comida se apresenta como elemento decisivo da identidade humana e como um dos mais eficazes instrumentos para comunicá-la (Montanari, 2008, p.15).

Diante disso, o objetivo da pesquisa foi analisar o consumo alimentar dos grupos familiares da comunidade do Cumbuco-CE, incluindo os de pescadores (povos tradicionais) e classificá-las quanto à segurança alimentar e nutricional. Por meio disso, os objetivos específicos foram: identificar o consumo alimentar dos grupos familiares da comunidade do Cumbuco-CE, incluindo os de pescadores; caracterizar os alimentos consumidos entre processados, ultraprocessados, in natura e ingredientes culinários; analisar o uso dos alimentos consumidos nas preparações tradicionais e culturais; e classificar a situação de segurança alimentar e nutricional da população em estudo.

2 METODOLOGIA

O presente estudo tratou-se de uma pesquisa de campo, do tipo qualitativa e quantitativa, descritiva e exploratória sobre o consumo alimentar de 13 representantes de grupos familiares, incluindo os de pescadores (povos ou comunidades tradicionais), residentes na Praia do Cumbuco e territórios adjacentes (Praias da Tabuba, Icaraí, Pacheco e Iparana), do município de Caucaia – Ceará. No ato da seleção destes grupos foi escolhido um representante da família para participar da pesquisa e o

mesmo foi convidado a ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TECLE. Ressalta-se que este estudo foi submetido ao comitê de ética e aprovado por parecer de nº 5.911.907.

A entrevista contou com um questionário estruturado que continham perguntas socioeducacionais, como gênero, idade e escolaridade.

Para a identificação dos itens alimentícios consumidos pela população em estudo foi utilizado Marcador de Consumo Alimentar proposto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2015) e Protocolo de Uso do Guia Alimentar para a População (Fascículo 4), mostrado na Figura 1 (BRASIL, 2022). Para a aplicação do marcador foi considerado recordatório do dia anterior.

Figura 1 – Avaliação do consumo alimentar

CRIANÇAS COM 2 ANOS OU MAIS, ADOLESCENTES, ADULTOS, GESTANTES E IDOSOS	Você tem costume de realizar refeições assistindo à TV, mexendo no computador e/ou celular?	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe
	Quais refeições você faz ao longo do dia? ☐ Café da manhã ☐ Lanche da manhã ☐ Almoço ☐ Lanche da tarde ☐ Jantar ☐ Ceia	
	Ontem, você consumiu:	
	Feijão	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe
	Frutas frescas (não considerar suco de frutas)	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe
	Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame)	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de côco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe	
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe	

Fonte: (BRASIL, 2022)

A caracterização dos alimentos consumidos foi realizada conforme os quatro grupos propostos pelo Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014a): a) in natura ou minimamente processado; b) processado; c) ultraprocessado; e d) ingredientes culinários (óleos, gorduras, sal e açúcar). Portanto, foi necessário realizar um roteiro de perguntas para proceder com a entrevista (Quadro 1), onde foi indagado quais itens alimentícios mais compravam no diferentes tipos de estabelecimentos comerciais (supermercado, mercearia, padaria e outros), quantidade e a frequência. Também foi perguntado se estes alimentos eram utilizados em preparações que eles consideravam como culturais ou tradicionais, necessitando que relatassem em qual ou em quais.

Quadro 1 – Roteiro de perguntas para a entrevista para avaliação do consumo alimentar

1) Destes alimentos citados informe a frequência de consumo e a quantidade:						2) Você utiliza em alguma receita que você considera como cultural?
FREQUÊNCIA / QUANTIDADE	Diariamente	Semanalmente	Quinzenalmente	Mensalmente	Esporadicamente	() Sim () Não (se sim, mencione o nome da receita)
Feijão						
Arroz, macarrão, polenta, cuscuz ou milho verde						
Verduras ou legumes (alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha – não vale batata, macaxeira)						
Salada de alface e tomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume CRU?						
Verdura sou legumes COZIDO COM a comida ou na sopa, como por exemplo, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha, sem contar batata, macaxeira						
Verdura ou legume cozido, consumido individual ou como salada						
Fruta						
Suco da fruta natural						
Refrigerante ou suco artificial						
Carne de boi (Carne bovina)						
Carne de porco (Carne suína)						
Frango (Aves)						
Peixe (Pescados)						
Ovos (frito, cozido ou mexido)						
Leite (Leite natural integral ou desnatado)						
Amendoim, castanha-de-caju ou castanha-do-Brasil/Pará						
Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)						
Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)						

Macarrão instantâneo (como miojo), sopa de pacote, lasanha congelada ou outro prato pronto comprado congelado						
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)						
Suco de fruta em caixa, caixinha ou lata						
Refresco em pó						
Bebida achocolatada						
Iogurte com sabor						
Salgadinho de pacote (ou chips) ou biscoito/bolacha salgado						
Biscoito/bolacha doce, biscoito recheado ou bolinho de pacote						
Chocolate, sorvete, gelatina, flan ou outra sobremesa industrializada						
Salsicha, linguiça, mortadela ou presunto						
Pão de forma, de cachorro-quente ou de hambúrguer						
Maionese, ketchup ou mostarda						
Margarina						
Bebida alcoólica						

FONTE: Adaptado de Vigitel (2020).

A situação de segurança alimentar e nutricional da população em estudo foi classificada a partir da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar – EBIA (Quadro 2), conforme IBGE (2020), classificando em: Segurança alimentar (SA) e; Insegurança alimentar (IA): leve, moderada e grave.

Quadro 2 – Perguntas que compõe a EBIA

1. Nos últimos três meses, os moradores deste domicílio tiveram preocupação de que os alimentos acabassem antes de poderem comprar ou receber mais comida?
2 - Nos últimos três meses, os alimentos acabaram antes que os moradores deste domicílio tivessem dinheiro para comprar mais comida?
3 - Nos últimos três meses, os moradores deste domicílio ficaram sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?
4 - Nos últimos três meses, os moradores deste domicílio comeram apenas alguns alimentos que ainda tinham porque o dinheiro acabou?
5 - Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade deixou de fazer uma refeição porque não havia dinheiro para comprar comida?
6 - Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez comeu menos do que devia porque não havia dinheiro para comprar comida?
7 - Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez sentiu fome, mas não comeu, porque não havia dinheiro para comprar comida?
8 - Nos últimos três meses, Algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez, fez apenas uma refeição ao dia ou ficou um dia inteiro sem comer porque não havia dinheiro para comprar comida?
9 - Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade, alguma vez, deixou de ter uma alimentação saudável e variada porque não havia dinheiro para comprar comida?
10 - Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade, alguma vez, não comeu quantidade suficiente de comida porque não havia dinheiro para comprar comida?
11 - Nos últimos três meses, alguma vez, foi diminuída a quantidade de alimentos das refeições de algum morador com menos de 18 anos de idade, porque não havia dinheiro para comprar comida?
12 - Nos últimos três meses, alguma vez, algum morador com menos de 18 anos de idade deixou de fazer alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar comida?
13 - Nos últimos três meses, alguma vez, algum morador com menos de 18 anos de idade, sentiu fome, mas não comeu porque não havia dinheiro para comprar comida?
14 - Nos últimos três meses, alguma vez, algum morador com menos de 18 anos de idade, fez apenas uma refeição ao dia ou ficou sem comer por um dia inteiro porque não havia dinheiro para comprar comida?

FONTE: (BRASIL, 2014b).

Para interpretação da EBIA foi considerada a pontuação na Tabela 1 referente aos domicílios com pelo menos um morador menor de 18 anos de idade e domicílios com apenas moradores adultos (com 18 anos ou mais de idade) (BRASIL, 2014b).

Tabela 1 – Classificação de pontuação domiciliar com pelo menos um morador menor de 18 anos de idade

Categorias de (SA/IA)	Escore de Pontuação Domiciliar	
	Pontuação aplicada em domicílios com pelo menos um morador menor de 18 anos de idade	Pontuação aplicada em domicílios com moradores de 18 anos ou mais de idade
Segurança Alimentar	0	0
Insegurança Alimentar Leve	de 1 a 5	de 1 a 3
Insegurança Alimentar Moderada	de 6 a 10	De 4 a 6
Insegurança Alimentar Grave	de 11 a 15	de 7 a 9

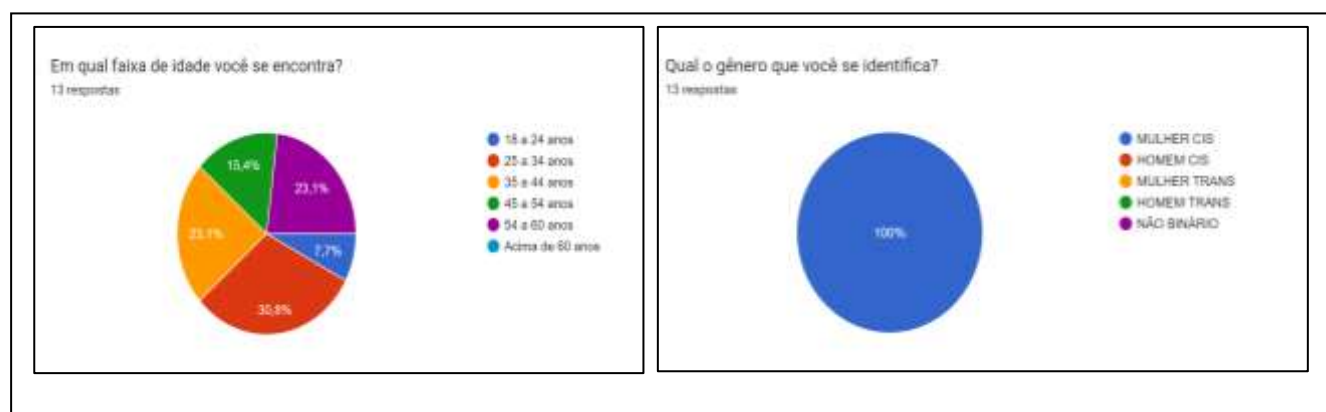
Fonte: (BRASIL, 2014b).

Os dados quantitativos foram tabulados no Microsoft Excel® e os resultados foram apresentados em percentuais.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo foi realizado por meio de entrevistas e aplicação de questionários respondidos por representantes de famílias moradoras da Praia do Cumbuco e áreas adjacentes, incluído as de pescadores, de diferentes idades e gênero. Destes participantes, três representantes eram de famílias de pescadores e se identificaram como sendo “mulher cis”. A maioria (31%) tinha idade entre 25 a 44 anos e 23% entre 35 e 44 anos e 54 a 60 anos, respectivamente (Figura 2).

Figura 2 – Identificação de público



Fonte: Dados da pesquisa (2024)

A participação massiva das mulheres neste estudo é justificada pelo ato atribuído às mesmas do cuidado com o ambiente doméstico, bem como da cozinha doméstica, ao longo dos tempos.

Os afazeres domésticos realizados pelas mulheres configuram as atividades não remuneradas que incluem o cuidado com os membros da família, os quais foram observados neste estudo, que ao iniciá-lo, foi realizada convocatória através da Associação de Pescadores da Praia do Cumbuco, com a intenção de assessorar representantes das famílias de pescadores, tanto do sexo masculino como feminino, porém apenas as mulheres se prontificaram a participar, revelando que a comunidade, marcada por grupos tradicionais de pescadores, ainda delimita papéis de gêneros, onde o homem só cozinha em alto mar.

É comum na sociedade enxergar como papel das mulheres atrelada à cozinha doméstica, enquanto a profissional aos homens (Ferreira; Wayne, 2018; Santos, Tavares e Minuzzo, 2023; Venturini; Godoy, 2017). Essa delimitação precisa ser desconstruída, pois com o decorrer do tempo, as mulheres vem conquistando seu espaço na cozinha profissional. Contudo, esse julgamento de ocupação trabalhista

entre os gêneros e o espaço da cozinha precisa ser superado quanto a questão da remuneração, devendo ser igualitária.

Ontudo, para DaMatta (1986, p.83) há uma relação íntima entre a comida e a mulher: “Comidas e mulheres, assim, exprimem teoricamente a sociedade, tanto quanto a política, a economia, a família, o espaço e o tempo, em suas preocupações e, certamente, em suas contradições” deveria percorrer um pouquinho mais sobre isso com suas palavras.

Com o engajamento das mulheres no mercado de trabalho, verificou-se uma mudança no consumo alimentar de muitas famílias, contudo, essa situação de transição nutricional deve ser compartilhada com os homens, que não abarçaram a oportunidade de cuidar da alimentação juntamente com os demais membros da família (Lelis; Teixeira; Silva, 2012).

Atualmente, o Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014a) sugere que todos os membros de uma mesma residência participem do processo da alimentação, desde a compra dos alimentos, preparação das refeições e organização da cozinha após consumação.

Por outro lado, os fatores que exercem influência sobre a mudança do consumo foram apontados por Lelis, Teixeira e Silva (2012), são eles: a renda, o tipo de trabalho remunerado realizado, presença ou não de empregada doméstica, a estrutura familiar e as preferências pessoais e familiares. Para os autores o consumo dos alimentos industrializados vem se tornando constante devido a praticidade e facilidade, independente da família com mulheres que trabalham ou não.

3.1 RESULTADO DO CONSUMO ALIMENTAR DOS GRUPOS FAMILIARES DA COMUNIDADE DO CUMBUCO-CE, INCLUINDO OS DE PESCADORES

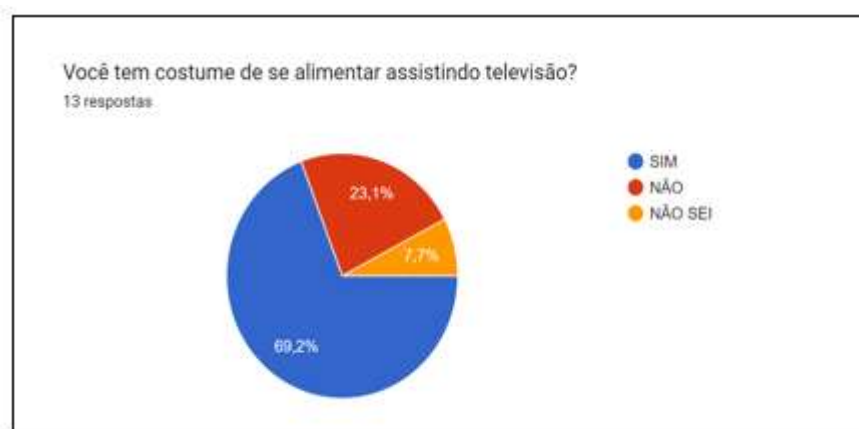
Para a identificação dos itens alimentícios consumidos pela população estudada, foi aplicado o Marcador de Consumo Alimentar (Figura 1), o qual levou o participante a lembrar do que havia se alimentado no dia anterior, além de assinalar quais as refeições que fazia diariamente. Entretanto, antes de indagar sobre os alimentos, o questionário apresenta a seguinte pergunta: Você tem costume de realizar refeições assistindo à TV, mexendo no computador e/ou celular? Apesar de aparentar ser uma pergunta destoante do sentido do questionário, diversas pesquisas e autores atualmente têm alertado sobre os impactos dos recursos eletrônicos e seus conteúdos durante o processo de alimentação da população.

De acordo com Khalil *et al.* (2020), os produtos eletrônicos têm impactado negativamente os hábitos alimentares das pessoas, acarretando uma maior ingestão de alimentos que não são saudáveis, como também a promoção de hábitos alimentares menos regulados.

Quando se analisa a questão das crianças nesse processo, os resultados são ainda mais preocupantes, uma vez que o público infantil vem tendo cada vez mais acesso aos recursos tecnológicos, como celulares e computadores, o que pode promover durante o ato de comer, um consumo exacerbado de alimentos e uma menor sensação de saciedade, contribuindo para modelos alimentares cada vez menos saudáveis (Kristo, 2021).

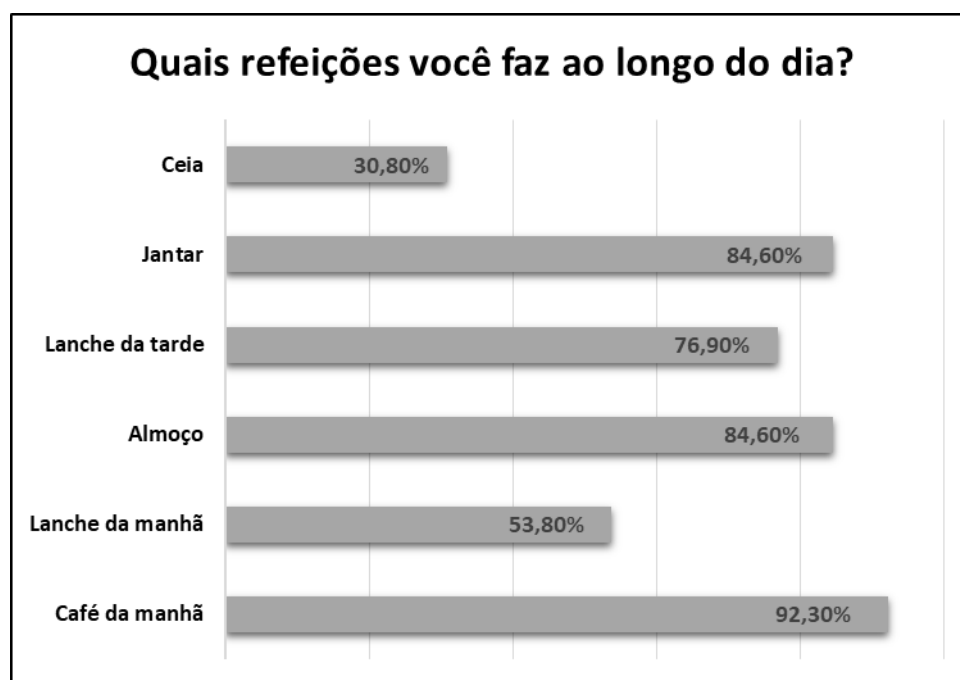
Diante disso, esses impactos se refletiram nas respostas da população da região estudada, pois a maioria (69 %) afirmou que estava habituada a fazer as refeições perante as telas de celulares, televisões ou computadores (Figura 3). Essas informações podem contribuir para iniciar a compreensão sobre o modo de se alimentar realizado na região, o que gera uma preocupação sobre as consequências desse hábito para a alimentação das futuras gerações, tanto para a cultura alimentar quanto para a saúde.

Figura 3 – Resultados sobre costume de se alimentar assistindo TV



Fonte: Dados da pesquisa (2024)

Ainda pretendendo compreender o consumo alimentar da região, foi requerido que os participantes informassem quais refeições faziam durante o dia, dentre: café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia. Então, foi verificado que o café da manhã (92,3%), o almoço (84,6%) e o jantar (84,6%) são as refeições mais consumidas, enquanto a ceia (30,8%) é a menos praticada entre os respondentes (Figura 4).

Figura 4 – Refeições realizadas pelos participantes diariamente

Fonte: Dados da pesquisa (2024)

Foi solicitado ainda que o respondente recordasse o que havia consumido no dia anterior e dentre as opções descritas no questionário, as mais consumidas foram: feijão, verduras e legumes, além de frutas frescas, revelando que a população ainda consegue ter acesso a produtos mais naturais e saudáveis. Contudo, informaram ainda o consumo de carnes industrializadas, embutidos (como linguiça e salsicha) e bebidas adoçadas, sinalizando um crescimento do consumo de alimentos industrializados na dieta dessa população e revelando como vem se caracterizando o consumo alimentar da região.

3.2 ALIMENTOS CONSUMIDOS ENTRE PROCESSADOS, ULTRAPROCESSADOS, IN NATURA E INGREDIENTES CULINÁRIOS

Sobre os tipos de alimentos consumidos, o Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014a) divide os alimentos em 4 categorias: alimentos *in natura* ou minimamente processados, processados, ultraprocessados e os ingredientes, sendo a compreensão de cada categoria consideravelmente importante para entender a realidade da alimentação na região. Os alimentos *in natura* são aqueles que foram obtidos diretamente da natureza e sofreram pouca ou nenhuma alteração, como frutas, vegetais, grãos, carnes e leite. Os processados são produzidos por meio da adição de ingredientes simples como sal, açúcar ou óleos aos alimentos *in natura*, como o queijo, o pão e as

conservas. Os insumos ultraprocessados são produtos industriais que contém muitos ingredientes e aditivos, como corantes, aromatizantes e emulsificantes, que não são encontrados na cozinha comum e devem ser evitados como, por exemplo: refrigerantes, biscoitos industrializados e refeições prontas. Já os ingredientes culinários são definidos como substâncias usadas em menores quantidades nas preparações, além de temperos de alimentos, como óleos, açúcares, sal e especiarias.

Quanto ao consumo alimentar dos moradores da Praia do Cumbuco e território adjacentes, incluindo representantes de famílias de pescadores, foi verificado que diariamente consumiam: feijão, arroz, macarrão, cuscuz ou milho verde, frutas, suco de frutas e hortaliças. Tais alimentos são destacados como produtos minimamente processados, que, por serem frescos ou naturais, são benéficos para a saúde e bem-estar do comensal (Pollan, 2008).

Por outro lado, foi identificado o consumo diário de margarina pelos respondentes (77%), destoando das demais alternativas saudáveis, sendo este produto um ultraprocessado.

A margarina é oriunda de uma fabricação utilizando vários ingredientes, incluindo alguns que já passaram por um processamento e substâncias conservantes, corantes e aromatizantes. No processamento industrial, o óleo é processado juntamente com outros ingredientes químicos, transformando-se num produto financeiramente mais acessível para a população (Martins, 2023).

Diante disso, foi identificado que além da margarina outros produtos processados ou ultraprocessados, como doces, guloseimas, biscoitos recheados, macarrão instantâneo e comidas congeladas, também foram indicados pelos respondentes que faziam parte da alimentação diariamente ou semanalmente, o que pode ser um indício de uma maior aceitação e, conseqüentemente, um possível crescimento nos índices de consumo desses produtos pela população da região.

Os alimentos processados e ultraprocessados oferecem praticidade devido à sua rápida preparação e consumo, características que podem impactar negativamente a produção de alimentos tradicionalmente associados a saberes ancestrais, os quais preservam aspectos culturais e identitários. Portanto, podemos afirmar que os ultraprocessados são ameaças aos alimentos repassados de geração a geração, que devido ao preço reduzido quando comparado aos *in naturas*, baixa taxação de impostos e grande variedade nas prateleiras dos mercados, torna-se cada vez mais presente na mesa dos brasileiros, inclusive dos povos tradicionais. Portanto, o consumo destes são ameaças para um impacto sociocultural e para uma ruptura nos costumes e tradições.

De acordo com Barros et al. (2024) os ultraprocessados possuem grandes teores de carboidratos, açúcar, gorduras saturadas, sódio e aditivos, apresentando densidade energética alta e, conseqüentemente, estão associados ao ganho de peso corporal, influenciando para o nível de sobrepeso e obesidade nos indivíduos, bem como doenças cardiovasculares e à diabetes mellitus, devido à resistência à insulina.

Corroborando com esta associação, Nilson e colaboradores (2023) associaram o risco de mortes prematuras ao consumo de ultraprocessados. Os autores utilizaram dados do IBGE e da mortalidade dos brasileiros e obtiveram uma estimativa de morte prematuramente de 57 mil brasileiros, a cada ano, devido aos ultraprocessados, ou seja, correspondendo a 10,5% do total de mortes precoces entre adultos com faixa etária de 30 a 69 anos.

Diante do exposto, os ultraprocessados além de interferir nos aspectos culturais influenciam negativamente na saúde dos indivíduos, sendo necessário uma sensibilização sobre as possíveis conseqüências do seu consumo.

3.3 ALIMENTOS CONSUMIDOS NAS PREPARAÇÕES TRADICIONAIS E CULTURAIS

A região da Praia do Cumbuco e seus arredores configura-se como um destino turístico com fluxo diário de visitantes. A partir do contato com a comunidade e convivência durante este estudo, foi possível inferir que houve uma miscigenação da cultura regional com as de outros locais do mundo, pois ao caminhar pelas ruas principais da localidade, verificou-se vários restaurantes que ofertavam diferentes gastronomias, como italiana, francesa, coreana, japonesa e chinesa.

A gastronomia cearense da Praia do Cumbuco e adjacências é vivenciada durante o dia nas barracas de praias, ou na comida de rua por meio da venda dos “pratinhos” no turno da noite. (O pratinho, conforme Costa (2018), é uma comida composta por uma quantidade pequena de arroz ou baião de dois, paçoca ou farofa, creme de galinha e vatapá; algumas variações podem conter saladas de maionese, calabresa acebolada, carne de sol ou outro tipo de corte de carne bovino – carne trinchada).

Desse modo, buscou-se entender quais eram os ingredientes que os participantes utilizavam nas preparações que consideravam como regionais. Muitas possibilidades de alimentos e preparações foram apresentadas, como o feijão na feijoada, o macarrão na lasanha, os legumes e a carne no cozidão, como também em sopas. Estas respostas confirmam que a região passa por um processo de intersecção de culturas, pois consideram vários alimentos culturais que levam insumos processados e

ultraprocessados na preparação, ou que são de origem internacional, como por exemplo: a lasanha. Os demais alimentos pontuados como regionais pelos entrevistados estão listados na Figura 5.

Figura 5 – Preparações citadas e consideradas regionais pelos participantes

Arroz com cenoura (Arroz)
Feijoada (Feijão)
Cozido (Carne de boi ou peixe)
Frango com farofa
Frango com legumes
Frango frito ou cozido
Galinhada com arroz
Arroz com feijão
Arroz refogado com cebola e alho
Feijão com calabresa
Farofa de ovo
Abobrinha refogada no azeite
Sopa de legumes com carne
Carne recheada com bacon
Peixada
Lasanha (Macarrão)

Fonte: Dados da pesquisa (2024)

Dentre os alimentos informados observa-se que a feijoada é um prato típico brasileiro e está presente em várias regiões do país. Galinhada com arroz, arroz e feijão e peixada são alimentos comumente presentes na mesa dos cearenses.

Durante a jornada da pesquisa foi esperado que preparações comumente conhecidas como regionais, ou seja, tipicamente cearenses fossem citadas como, por exemplo, baião de dois, paçoca, peixe frito, bolinha de peixe e outros pratos à base de pescados, uma vez que os participantes eram moradores de uma área litorânea. Este aspecto causa estranheza, mas pode ser explicado por fatores econômicos, turísticos e resultantes do impacto sociocultural.

A forma de se alimentar dessa população litorânea poderá levar a insegurança alimentar, uma vez que os alimentos processados e ultraprocessados estão diariamente presentes nas refeições e inseridos em novos alimentos considerados regionais.

3.4. SITUAÇÃO DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL DA COMUNIDADE DO CUMBUCO-CE, INCLUINDO OS DE PESCADORES

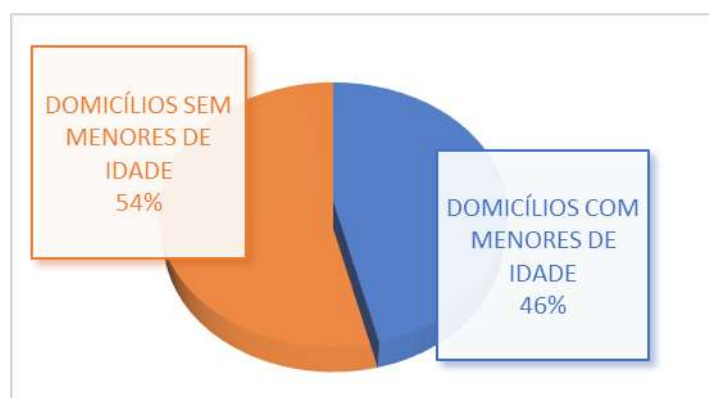
Segundo Hoffmann (1995), considera-se que há segurança alimentar para uma população se todas as pessoas dessa tiverem, permanentemente, acesso a alimentos suficientes para uma vida ativa e saudável. Entretanto, no caso de insegurança alimentar, pode-se haver uma considerável variação entre diferentes regiões urbanas do Brasil, refletindo suas desigualdades regionais e estruturais.

Para o IBGE (2024) e a Rede PENSSAN (2022) definem a segurança alimentar como a situação caracterizada quando a família ou domicílio tem como o acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais; a IA leve caracteriza-se pela incerteza em relação ao acesso aos alimentos num futuro próximo, onde a qualidade dos alimentos é substituída a fim de não comprometer a quantidade de alimentos na mesa; na IA moderada ocorre uma redução quantitativa de alimentos, há rompimento nos padrões de alimentação resultante da falta de alimentos; e a IA grave é a situação de fome, onde acontece a família consome apenas uma ou nenhuma refeição ao dia.

Quanto a outras necessidades sociais (para além da alimentação e incluindo infraestrutura, transporte, segurança pública e outras) da população da Praia do Cumbuco e territórios adjacentes, segundo alguns dos entrevistados, muitas vezes, é resumida apenas ao turismo, a população local e suas necessidades acabam sendo deixados em segundo plano.

A fim de classificar as famílias por meio das representantes, quanto a presença ou não de crianças menores, foi verificado que 54% dos participantes afirmaram residir apenas com adultos (Figura 7).

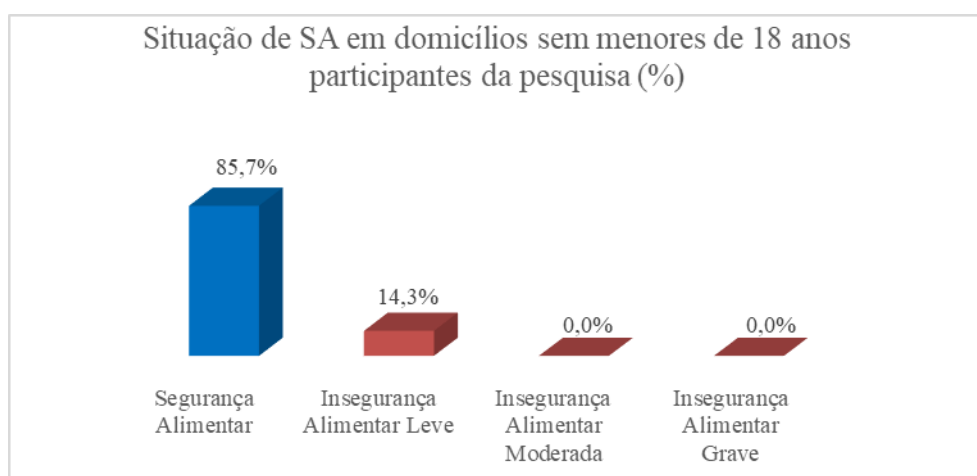
Figura 7 – Resultado do percentual de famílias ou residências, incluindo as de pescadores, sem e com menores de 18 anos, moradores da Praia do Cumbuco e territórios adjacentes, participantes da pesquisa



Fonte: Dados da pesquisa (2024)

Desse modo, após aplicar a EBIA verificou-se que 83,3% encontrava-se em situação de segurança alimentar, enquanto 16,6% em condições de IA leve (Figura 8), ou seja, nenhum dos participantes estava em IA moderada ou grave.

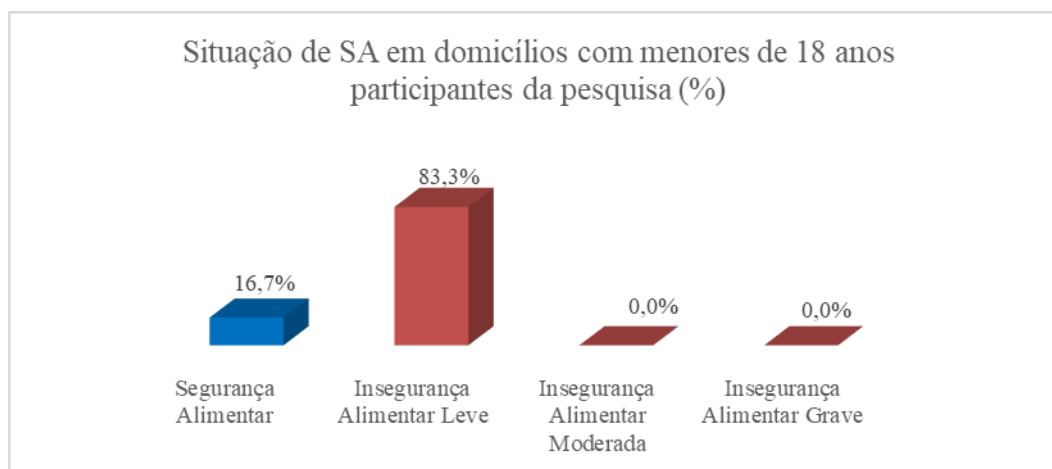
Figura 8 – Resultados da EBIA de famílias, incluindo as de pescadores, com apenas adultos, moradores da Praia do Cumbuco e territórios adjacentes



Fonte: Dados da pesquisa (2024)

Por outro lado, a parcela de participantes representantes de famílias que afirmaram residir com pelo menos um menor de 18 anos em sua residência (46%), informaram respostas opostas, onde 83% apresentaram características de IA leve, enquanto 17% estava em SA (Figura 9).

Figura 9 – Resultados da EBIA de famílias com pelo menos um menor de 18 anos de idade, incluindo as de pescadores, moradores da Praia do Cumbuco e territórios adjacentes



Fonte: Dados da pesquisa (2024)

Verifica-se que as famílias que convivem com menores de idade encontram-se mais vulneráveis à insegurança na alimentação. Portanto, cabe uma análise mais profunda desse processo, pois uma criança ou um jovem depende de uma alimentação mais variada e saudável do que um adulto, por se encontrar em fase de desenvolvimento, fazendo com que a alimentação promova consequências físicas, emocionais e comportamentais na vida do mesmo. Assim, é imprescindível a ampliação de ações e políticas públicas, principalmente voltadas para esse público, que promovam um acesso mais facilitado aos alimentos, para que não haja prejuízos para uma futura geração da região em estudo.

Entretanto, dentre as perguntas da EBIA que ficou evidenciada pela quantidade de respostas positivas, após análise individual, foi a indagação “Nos últimos três meses, os moradores da casa ficaram sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?”, pois a maioria dos respondentes, com menores de 18 anos na residência, afirmou ter dificuldade de obter este tipo de alimentação (saudável e variada).

O fato de não ter identificado nenhum participante com nível de IA moderada ou grave, não minimiza a ocorrência de haver famílias que ainda não conseguem ter acesso a alimentos saudáveis e variados, sendo um condicionante significativo para a saúde nutricional. Além disso, é um fator que indica vulnerabilidade desses grupos familiares participantes da pesquisa em relação a SA, pois estão muito próximos de uma realidade de IA grave, ou seja, um agravante para violação do Direito Humano a Alimentação Adequada (DHAA).

Em pesquisa desenvolvida por Santiago-Vieira *et al.* (2024) com 5.750.214 crianças brasileiras, de 3 a 10 anos, entre meninos e meninas, divididas em duas coortes, considerando os nascidos de 2001 a 2007, e os nascidos de 2008 a 2014 constatou a prevalência de excesso de peso para a faixa etária de 5 a 10 anos aumentou 3,2% entre meninos e 2,7% entre meninas. No caso da obesidade, o aumento da prevalência passou de 11,1% para 13,8% entre os meninos e de 9,1% para 11,2% entre as meninas (um aumento de 2,7% e 2,1%, respectivamente). O mesmo aconteceu para a faixa etária de 3 e 4 anos onde o aumento do excesso de peso foi de 0,9% entre os meninos e 0,8% entre meninas. Quanto a obesidade o aumento foi de 4% para 4,5% nos meninos e de 3,6% para 3,9% nas meninas.

Essa realidade reportada anteriormente é uma preocupação de saúde pública, principalmente em relação as famílias que possuem menores de idade, como a situação observada no presente estudo.

Através da vivência e entrevistas com a população local, durante a pesquisa, foi perceptível que a região tem passado por um processo de hipervalorização do turismo e do apreço pelos visitantes, mas que não pode e não deve ser motivo das autoridades da localidade não promoverem ações para melhoria de vida da população da Praia do Cumbuco e adjacências, incluindo os pescadores, para evitar, assim, que essas pessoas sofram ainda mais com as desigualdades e com a possível intensificação da insegurança alimentar na região.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar a alimentação da população praiana da região turística do Cumbuco e territórios adjacentes (Praias da Tabuba, Icarai, Pacheco e Iparana), do município de Caucaia – Ceará., que em parte está ligada a atividade pesqueira, foi desafiadora, pois foi necessário realizar indagações que entram na intimidade dos participantes. Entretanto, no decorrer da pesquisa, percebeu-se a importância do estudo e da divulgação da situação alimentar de uma região em que muitas vezes se prioriza o turismo.

Diante do proposto no projeto, haviam algumas hipóteses sobre como estaria a situação da alimentação na localidade estudada, porém, a partir dos resultados, foi perceptível que a população consegue ter acesso a alimentos *in natura*, como frutas e hortaliças diariamente, decrescendo uma ideia de desertificação alimentar. Contudo, o consumo de ultraprocessados se destaca, bem como a realização das refeições diante de telas. Além disso, a maioria da população vive em situação de SA e uma pequena parcela em IA leve, porém, não se descarta a vulnerabilidade social deste último grupo

que, caso os governantes não realizem políticas públicas de SAN poderá haver uma faixa da população convivendo diariamente com a IA grave, e até mesmo promovendo uma reação em cadeia.

Por fim, conclui-se que há uma necessidade de valorização da cultura alimentar da região, como também uma atenção das autoridades e de toda a população cearense sobre a alimentação.

Agradecemos ao PIBIC e à FUNCAP pela oportunidade.

REFERÊNCIAS

BARROS, D. de M.; MOURA, D. F.; MONTE, Z. S.; SILVA, K. G. de L. Alimentos ultraprocessados e sua influência sobre as doenças crônicas não transmissíveis. *Revista Contemporânea*, v. 4, n. 3, 2024. Disponível em: <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/3545> . Acesso em: 30 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 156 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 02 jun. 2024.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 33 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marcadores_consumo_alimentar_atencao_basica.pdf. Acesso em: 02 jun. 2024.

_____. Ministério da Saúde. Fascículo 4 - Protocolos de uso do guia alimentar para a população brasileira na orientação alimentar de crianças de 2 a 10 anos. Brasília: Ministério da Saúde, Universidade de São Paulo, 2022. 23 p. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_guia_alimentar_fasciculo_4.pdf. Acesso em: 02 jun. 2024.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2020: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 124 p. Disponível: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2021.pdf . Acesso em: 17 set. 2024.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Escala Brasileira de Insegurança Alimentar – EBIA: análise psicométrica de uma dimensão da Segurança Alimentar e Nutricional. Estudo técnico nº 01/2014. Brasília: Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, 2014b. 15 p.

COSTA, E. A.; ANDRADE, J. P. Relatório preliminar - Alimentos consumidos pelos grupos familiares de pescadores da praia do Cumbuco-CE e análise da situação de segurança alimentar e nutricional: impactos socioculturais. Fortaleza: Projeto Pibic - UFC, 2023.

COSTA, E. A. (org.). Fortaleza da Gastronomia de Rua. Caucaia: Universidade Federal do Ceará, Governo do Estado do Ceará, Centro Cultural Bom Jardim, 2018. 71p.

CUNHA, M. C.; MAGALHÃES, S. B.; ADAMS, C. (org.). Povos tradicionais e biodiversidade no Brasil: contribuições dos povos indígenas, quilombolas e comunidades tradicionais para a biodiversidade, políticas e ameaças. São Paulo: SBPC, 2022. 78 p. Disponível em: <https://portal.sbpcnet.org.br/publicacoes/povos-tradicionais-e-biodiversidade-no-brasil/>. Acesso em: 12 mar. 2025.

DAMATTA, Roberto, O que faz o Brasil, Brasil? Rio de Janeiro: Rocco: 1986.

DIEGUES, A. C.; ARRUDA, R. S. V. Saberes tradicionais e biodiversidade no Brasil. Brasília: Ministério do Meio Ambiente, 2001. Disponível em: <https://livroaberto.ibict.br/bitstream/1/750/2/Biodiversidade%20e%20comunidades%20tradicionais%20no%20Brasil.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2025.

FERREIRA, Jamile Wayne; WAYNE, Lara Steigleder. A cozinha das mulheres: de espaço de domesticação ao de empoderamento a partir de saberes e fazeres culinários. *RevistaEspacialidades*[online], 2018, v. 13, n. 1. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/espacialidades/article/view/17598/12682> . Acesso em: 01 out. 2024.

HOFFMANN, Rodolfo. Pobreza, insegurança alimentar e desnutrição no Brasil. *Estudos avançados*, v. 9, 1995. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-40141995000200007>. Acesso em: 17 mar. 2025.

HOYOS, C. J. C.; D'AGOSTINI, A. Segurança Alimentar e Soberania Alimentar: convergências e divergências. *Revista Nera*, n. 34, p. 174–198, 2017. Disponível em:

<https://doi.org/10.47946/rnera.v0i35.4855>. Acesso em: 21 mar. 2025.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Atlas nacional do Brasil: região nordeste / IBGE. Rio de Janeiro, RJ: IBGE, 2021. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/bibliotecacatalogo?id=287917&view=detalhes> . Acesso em: 21 mar. 2025.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018 - Análise da segurança alimentar no Brasil. Rio de Janeiro, RJ: IBGE, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101749>. Acesso em: 14 jun. 2024.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - Segurança alimentar 2023. Rio de Janeiro, RJ: IBGE, 2024. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2102084>. Acesso em: 17 ago. 2024.

IPEA. Gastronomia - Patrimônio à mesa. *Revista de Informações e Debates do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada*. 26 ed. Brasília: IPEA, 2006. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&view=article&id=1110:reportagens-materias&Itemid=39 . Acesso em: 18 mar. 2025.

KHALIL, Salman et al. A cross-sectional study of electronic media influence on eating habits among school going adolescents. *Journal Evolution Med Dent Sci*, v. 9, n. 46, 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/346055958_A_Cross-Sectional_Study_of_Electronic_Media_Influence_on_Eating_Habits_among_School_Going_Adolescents. Acesso em: 17 mar. 2025.

KRISTO, Aleksandra S. et al. Technological devices and their effect on preschool children's eating habits in communities of mixed socioeconomic status in Istanbul; a pilot cross-sectional study. *Behavioral*

Sciences (Basel), v. 11, n. 11, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34821618/>. Acesso em: 14 ago. 2024.

LELIS, C. T; TEIXEIRA, K. M. D; SILVA, N. M. A inserção feminina no mercado de trabalho e suas implicações para os hábitos alimentares da mulher e de sua família. *Saúde em Debate*, v. 36, n. 95, p. 523-532, 2012.

LITTLE, P. E. Territórios sociais e povos tradicionais no Brasil: por uma antropologia da territorialidade. In: *Anuário Antropológico/2002-2003*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2004. p. 251-290.

MARTINS, R. Alimentos ultraprocessados não devem ser confundidos com os processados. *Jornal da USP*, 28 jul. 2023. Disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/alimentos-ultraprocessados-nao-devem-ser-confundidos-com-os-processados/>. Acesso em: 14 ago. 2024.

MONTANARI, M. A comida como cultura. 2 ed. São Paulo: Senac São Paulo, 2008. 208p.

NILSON, E. A. F.; FERRARI, G.; LOUZADA, M. L. C.; LEVY, R. B.; MONTEIRO, C. A.; REZENDE, L. F. M. Premature Deaths Attributable to the Consumption of Ultraprocessed Foods in Brazil. *American Journal of Preventive Medicine*, v. 64, n. 1, p. 129-136, 2023. Disponível em: [https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(22\)00429-9/abstract](https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(22)00429-9/abstract) . Acesso em: 02 abr. 2025.

POLLAN, Michael. In *Defense of Food: An Eater's Manifesto*. New York: Penguin Books, 2008.

PREFEITURA DE CAUCAIA. Praia do Cumbuco, em Caucaia, é o quarto destino mais procurado por viajantes brasileiros. 2022. Disponível em: http://www.caucaia.ce.gov.br/index.php?tabela=pagina&acao=noticia_listar_unica&codigo=4702 . Acesso em: 03 abr. 2022.

REDE PENSSAN. II VIGISAN - Inquérito nacional sobre insegurança alimentar no contexto da pandemia da covid-19 no Brasil. *Insegurança Alimentar nos estados*. [S.l.]: Rede Penssan, 2022. 66p. Disponível em: <https://olheparaafome.com.br/wpcontent/uploads/2022/06/Relatorio-II-VIGISAN-2022.pdf>. Acesso em: 12 set. 2024.

SANTIAGO-VIEIRA, Carolina; VELASQUEZ-MELENDEZ, Gustavo; RIBEIRO-SILVA, Rita de Cássia; PINTO, Elizabete de Jesus; BARRETO, Maurício L.; LI, Leah. Recent changes in growth trajectories: a population-based cohort study of over 5 million Brazilian children born between 2001 and 2014. *The Lancet Regional Health – Americas*, v. 32, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100721>. Acesso em: 01 out. 2024.

SANTOS, Annah Bárbara Pinheiro dos; TAVARES, Beatriz Carvalho; MINUZZO, Daniela Alves. Percepções e vivências de gênero na formação superior em gastronomia. *Caderno de Gênero e Tecnologia*, Curitiba, v. 16, n. 47, p.185-205, jan./jul. 2023. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/cgt/article/view/14778>. Acesso em: 01 out. 2024.

UNESCO. Patrimônio Mundial no Brasil. 2020. Disponível em: <https://pt.unesco.org/fieldoffice/brasil/expertise/world-heritage-brazil>>. Acesso em: 05 ago. 2020. Acesso em: 15 set. 2024.

VENTURINI, Maria Cleci; GODOY, Ana Carolina. Da beleza ao talento: novas formas de representação do feminino na gastronomia. *Entremeios: Revista de Estudos do Discurso*, v. 15, jul.-dez./2017.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20337/ISSN2179-3514revistaENTREMEIOSvol15pagina47a58>. Acesso em: 01 out. 2024.

VISITE O BRASIL. Cumbuco Ceará Região Nordeste Brasil. 2022. Disponível em: <<https://www.visiteobrasil.com.br/nordeste/ceara/litoral-oeste/historia/cumbuco>>. Acesso:15 mar. 2022.

ZUIN; L. F. S.; ZUIN, P. B. Produção de alimentos tradicionais: contribuindo para o desenvolvimento local/regional e dos pequenos produtores rurais. Revista REFeira de Gestão e Desenvolvimento Regional, v. 4, n. 1, p. 109-127, jan./abr., 2008. Disponível em: <https://www.rbgdr.net/revista/index.php/rbgdr/article/view/117> . Acesso em: 30 set. 2024.

Capítulo 8



10.37423/250409870

PADRÃO ALIMENTAR DAS FAMÍLIAS DE PACIENTES DA SAÚDE MENTAL DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19.

Angélica Cristina de Vasconcelos Cardoso

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO
RIO DE JANEIRO

Fernanda Jurema Medeiros

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO
RIO DE JANEIRO

Renata Borchetta Fernandes Fonseca

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO
RIO DE JANEIRO



Resumo: As medidas de saúde pública adotadas para o controle da COVID-19 afetaram a população de diversas formas e dimensões nas suas condições de vida, saúde geral e principalmente mental. Muitos indivíduos modificaram suas ações e pensamentos quando se viram diante do inimigo invisível, dificultando a manutenção de um adequado “bem estar”. O objetivo desse estudo foi conhecer o Padrão Alimentar das famílias de pacientes da saúde mental durante a pandemia da COVID-19. Foi desenvolvido estudo transversal, com amostra de 128 famílias de pacientes internados num hospital psiquiátrico da rede municipal de saúde do Rio de Janeiro e em tratamento domiciliar, realizado entre os meses de janeiro a novembro de 2021. Para a avaliação do consumo alimentar utilizou-se de questionário de frequência de consumo alimentar, para critérios sociodemográficos, questionário com perguntas sobre o sexo, escolaridade, renda familiar, recebimento de auxílio financeiro, composição familiar, dificuldades para a aquisição de alimentos e ingestão de bebidas em geral no período, além do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram aplicados de forma on line e presencial. Os Padrões Alimentares foram identificados pelo método de análise de componentes principais, seguida de rotação ortogonal varimax. A normalidade dos dados foi avaliada pelos testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk ($p < 0,005$). Para análise estatística utilizamos o programa SPSS® versão 25.0. Resultados: 70 famílias responderam à pesquisa, 72,9% dos respondentes foram do sexo feminino, 34,3% tinham crianças e 30% tinham idosos na sua composição familiar. Três padrões alimentares foram encontrados: padrão 1 (equilibrado e natural), padrão 2 (ultraprocessados e gorduras) e padrão 3 (ocidental). A variância acumulada explicada por esses fatores foi de 34,75%. Observou-se que 34,3% das famílias relataram dificuldade para a compra de proteína animal. Famílias que receberam auxílio financeiro tiveram maior dificuldade da aquisição de proteínas. Houve associação positiva entre dificuldade para aquisição de alimentos e aumento no consumo de bebidas alcoólicas e ainda, pode-se afirmar que quanto maior a renda e a escolaridade dessas famílias, o seu consumo alimentar será caracterizado pelos padrões equilibrado e natural e ocidental. Conclusão: Através desse trabalho foi possível conhecer o padrão alimentar das famílias do grupo populacional da saúde mental. Padrão diverso, considerado de minorias, mostrando que famílias, com renda de até 2 salários mínimos, escolaridade fundamental completo, com dificuldades para aquisição de alimentos, necessitam de ações de intervenção para adquirirem alimentos em quantidade e qualidade e ter garantido o seu direito a uma alimentação adequada. Em função dos poucos estudos na área de segurança alimentar e nutricional no grupo da saúde mental, faz-se necessário a visualização, a inclusão e a intensificação de estratégias de ação no âmbito da segurança alimentar e nutricional, na figura dos Conselhos de

Segurança Alimentar e Nutricional para auxiliar possíveis políticas de alimentação e nutrição para esse grupo específico.

Palavras-chaves: Segurança alimentar e nutricional, Saúde Mental, Covid-19, Padrão alimentar e Análise componentes principais.

1. INTRODUÇÃO:

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE, 2021), a população estimada do município do Rio de Janeiro foi de 6.775.561 habitantes, em uma área territorial de 1.200,329 Km² e uma densidade demográfica de 5.265,82 hab./Km² (ano 2010). Em 2019, o salário médio mensal equivaleu a 4,2 salários-mínimos. Pelo relatório de 2010, 31,4% da população carioca recebeu rendimento nominal mensal, per capita de até ½ salário-mínimo.

Diante desse cenário econômico apresentado pelo IBGE para o município do Rio de Janeiro, grande parte de seus moradores provavelmente encontram-se com dificuldades em adquirir alimentos. Segundo a Pesquisa de Orçamento Familiar, POF 2017-2018, realizada pelo IBGE e publicada em 2020, na região sudeste 31,2% dos domicílios encontravam-se em situação de insegurança alimentar, expondo o aumento no contingente de famílias que estavam em risco alimentar, antes mesmo do surgimento da pandemia do COVID-19. Dados similares foram encontrados para renda nominal per capita no município do Rio de Janeiro. Dessa forma, podemos considerar que o panorama referente à segurança alimentar e nutricional para cerca de 1/3 dessa população é desfavorável e as pessoas portadoras de doenças psiquiátricas estão incluídas no grupo de risco nutricional, uma vez que essas doenças podem impossibilitar a continuidade da manutenção da sua capacidade laborativa (SANTANA, LENI et al. 2016).

Segundo FAGUNDES JÚNIOR (2016), a cidade do Rio de Janeiro, no seu plano administrativo possui 160 bairros, distribuídos em 10 Áreas de Planejamento (AP). A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município do Rio de Janeiro está constituída por dezoito Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), seis Centros de Atenção Psicossocial especializados em álcool e outras drogas (CAPS ad), sete Centros de Atenção Psicossocial infantil (CAPS i) e mais três CAPS das gerências estadual e federal, além das três unidades hospitalares próprias, Instituto Municipal Philippe Pinel, Instituto Municipal Nise da Silveira e o Instituto Municipal Juliano Moreira e três enfermarias psiquiátricas nos hospitais gerais de emergência da rede municipal.

O Instituto Municipal Philippe Pinel é a instituição coparticipante deste estudo e uma das unidades hospitalares de atendimento psiquiátrico da rede municipal própria. Em 2019, possuía 81 leitos para internação e uma emergência psiquiátrica com 6 leitos, realizando por média/mês 656,6 atendimentos na emergência e 65,61 internações, representando 81% dos leitos ocupados. No período compreendido entre os meses de janeiro de 2020 a setembro de 2021, houve aumento no número de leitos para internação, passando de 81 para 91, oferecendo 10 leitos de internação para a rede de

saúde. Nesse mesmo período, houve aumento de 6,08% de atendimentos pela emergência, totalizando 699,1 atendimentos e 154,5 internações (dados foram fornecidos pela seção de planejamento e controle do próprio hospital). O aumento de leitos se justifica, pois, a partir de março de 2020, começamos a vivenciar a pandemia da COVID-19.

Diante desse cenário, nos últimos anos somam-se as medidas de contenção da pandemia da COVID-19, como o distanciamento e isolamento social que aumentaram a queda da renda média no Brasil em 6,1% segundo dados do IPEA (2021). O aumento da crise financeira no país gerando pânico, desânimo e outras desordens na área da saúde mental, cresceu a busca por tratamento de saúde mental (PEREIRA, MD, et al, 2020). Pelo exposto, torna-se importante conhecer o consumo alimentar e nutricional das famílias de pacientes da saúde mental, pois a insegurança alimentar e nutricional e os transtornos psiquiátricos são problemas de saúde interligados, mesmo antes da pandemia da COVID-19, justificando maiores estudos para esse público na área de segurança alimentar e nutricional.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. SAÚDE MENTAL

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (1948) define saúde não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social. Sob o olhar do processo de produção de saúde, no contexto da atenção ao sofrimento psíquico, COSTA-ROSA (2012) relata diferentes modos e as consequências produtivas sobre a hipótese de que a saúde e a subjetividade são indissociáveis.

O campo de estudos em saúde mental evolui rapidamente, desde o início dos anos 2000, foram incentivadas pesquisas nessa área com intuito de melhorar a compreensão das doenças mentais e obter mais respostas baseadas em evidências para otimização do tratamento empregado. O documento “The Burden of Mental Disorders in the Region of the Americas, 2018” da Pan American Health Organization (PAHO) é um relatório informativo da instituição sobre a preocupação que a OMS está tendo com a região da América Latina, em relação ao aumento de casos de doenças psiquiátricas e como o aumento da incidência dessas patologias estejam sendo um fardo para seus governantes, uma vez que esse grupo de doenças afastam as pessoas dos estudos, do trabalho e das suas atividades diárias, podendo incapacitá-las ou até mesmo matá-las prematuramente.

Durante as epidemias, o número de pessoas cuja saúde mental é afetada tende a ser maior que o número de pessoas afetadas pela infecção. Tragédias anteriores mostraram que, as implicações para

a saúde mental podem durar mais tempo e ter maior prevalência que a própria epidemia, e que os impactos psicossociais e econômicos podem ser incalculáveis. Se considerarmos sua ressonância em diferentes contextos. A melhoria das estratégias de tratamento em saúde mental pode levar a ganhos tanto na saúde física quanto no setor econômico. Além de um medo concreto da morte, a pandemia do COVID-19 trouxe implicações para outras esferas: organização familiar, fechamento de escolas, empresas e locais públicos, mudanças nas rotinas de trabalho, isolamento, levando a sentimentos de desamparo e abandono. Além disso, aumentou a insegurança devido às repercussões econômicas e sociais (ORNELL, F. et al, 2020).

As medidas de saúde pública adotadas para o controle da COVID-19 afetaram a população de diversas formas e dimensões, nas suas condições de vida, saúde geral e principalmente, na saúde mental. Muitos indivíduos modificaram suas ações e pensamentos quando se viram diante do inimigo invisível, dificultando a manutenção de um adequado “bem estar”. Esse sofrimento psíquico e alterações no padrão de sono depreciaram a qualidade de vida das pessoas e contribuiu para um aumento relevante de diagnósticos de transtornos mentais (BARROS, MBA et al, 2020). O desconhecimento para o tratamento, a falta de acesso ao alimento e a renda, a obrigatoriedade de mudanças de padrão comportamental e o medo da finitude, propiciaram uma crescente mudança de comportamento e aumento de casos de transtornos mentais no período (QIU, J et al, 2020).

SHI, Le; ZHENG-NA, Lu, et al. (2020) num estudo transversal, de base populacional, online, no período de 28 de fevereiro a 11 de março de 2020, utilizando questionário com dados de saúde, desordens de ansiedade generalizada, insônia severa e escala de estresse agudo, com 56.679 participantes em todas as 34 províncias na China. Apresentaram o seguinte resultado, 27,9% dos participantes tinham sintomas de depressão, 31,6% de ansiedade, 29,2% de insônia e 24,4% tinham sintomas de estresse agudo durante esse período da pandemia da COVID-19.

Outro estudo que corrobora com o aumento de diagnósticos de doença mental durante a pandemia foi o de BO, H. X. et al. (2020), eles aplicaram um questionário online para verificação de estresse pós-traumático em 714 pacientes que foram portadores da COVID-19, internados em hospitais de campanha, clinicamente estáveis e que gostariam de apoio psicoeducativo. Como resultado, foi encontrado que 96,2% relataram algum sintoma de estresse pós-traumático e 49,8% consideraram o serviço psicoeducativo útil.

Diante dessa necessidade de isolamento social, normativas como suspensão de aulas pelas escolas públicas e privadas, fechamento de empresas e comércio formal e informal, adoção do home office

como forma de trabalho, apenas os serviços considerados essenciais foram permitidos funcionar por um grande período do ano de 2020. Indivíduos portadores de doenças psiquiátricas foram bastante afetados durante a pandemia em função do nível de estresse e sofrimento psicológico. A associação entre a diminuição da atividade física, o sedentarismo imposto pela pandemia e o aumento do consumo de alimentos ultra processados e a baixa ingestão de frutas e verduras ocorreu igualmente entre portadores de doenças psiquiátrica e não portadores WERNECK, et al. (2020).

O inquérito de saúde ConVid conduzido pela Fundação Instituto Osvaldo Cruz em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais e a Universidade Estadual de Campinas de forma online, abordou temas de comportamentos em saúde, dados quanto ao consumo de tabaco, álcool, alimentação e atividade física, revelando um aumento de comportamentos de risco à saúde. Observou-se que os brasileiros passaram a praticar menos atividade física, reduziram o consumo de alimentos saudáveis e aumentaram o consumo de alimentos ultra processados, assim como também aumentou o consumo de cigarros e álcool, piorando a qualidade de saúde desses adultos MALTA, DC (2020).

2.2. PADRÕES ALIMENTARES

Nos estudos de epidemiologia nutricional, identificar os padrões alimentares é uma forma de analisar o consumo de alimentos de uma determinada população ou grupo de indivíduos. Ou seja, padrão alimentar é uma caracterização do consumo alimentar de indivíduos ou grupos populacionais ,não se baseando em alguns alimentos ou nutrientes. A partir do seu conhecimento é possível visualizar a dieta realizada por esses indivíduos de forma mais abrangente, tornando possível considerar o comportamento alimentar dos diversos grupos populacionais, MARCHIONI (2019).

Os estudos na área de padrões alimentares podem ser avaliados por dois métodos, a priori e a posteriori. Esses métodos se distinguem em função do objetivo final do estudo. Se na pesquisa existir correlação com desfechos de doenças, utiliza-se o método a priori,contudo se as correlações forem com dados sociodemográficos e econômicos, utiliza-se o método a posteriori. Sendo este último, utiliza metodologia estatística de análises multivariadas, bastante utilizadas por pesquisas nas áreas da economia, psicologia, engenharia e ciências sociais, HOFFMANN K.,et al.(2004)

2.3. PADRÃO ALIMENTAR E SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Estudos como o de WERNECK, et al. (2020) e MALTA, DC. (2020) já citados anteriormente, demonstram que mudanças nos hábitos alimentares e de vida da população brasileira, nos fazendo refletir sobre a importância de estudar o padrão alimentar neste período de pandemia.

GABE e JAIME (2020), nos lembram que, o paradigma ampliado de alimentação saudável, leva em conta, além de aspectos biológicos, os impactos socioculturais e ambientais gerados por diferentes padrões alimentares. As escolhas alimentares realizadas pelos indivíduos sofrem diversas influências, como as culturais, socioeconômicas, étnicas, interferindo diretamente na sua saúde. GORGULHO, M. (2016), em seu trabalho, mostrou como identificar e analisar as refeições, permitindo entender como diferentes combinações de alimentos e bebidas em eventos alimentares podem influenciar a qualidade geral da dieta e os impactos na saúde humana. Mantendo essa mesma lógica de pensamento, os guias alimentares e nutricionais devem considerar uma abordagem baseada em refeições, tornando o entendimento das diretrizes alimentares de mais fácil compreensão pela maior parte da população.

A alimentação adequada, quali e quantitativamente, é um requisito básico para a promoção e a proteção da saúde, sendo reconhecida como um fator determinante e condicionante da situação de saúde de indivíduos e comunidades em geral (JAIME, P.C. et al., 2018). A Lei de Segurança Alimentar e Nutricional- LOSAN-LEI Nº 11.346, DE 15 DE SETEMBRO DE 2006, no artigo 2 dispõe o seguinte: “A alimentação adequada é direito fundamental do ser humano, inerente à dignidade da pessoa humana e indispensável à realização dos direitos consagrados na Constituição Federal, devendo o poder público adotar as políticas e ações que se façam necessárias para promover e garantir a segurança alimentar e nutricional da população (BRASIL. Lei 11.346, 2006).

A vulnerabilidade social perpassa pelo contexto de percepções sociais, econômica e políticas (PAHO, 2020). A lógica da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) foi construída a partir dessa ótica, a do Direito Humano a Alimentação Adequada (DHAA), sendo LOSAN a incorporadora e a garantidora desse conceito do direito de todos, ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer a promoção das outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras da saúde, respeitando a diversidade cultural, ambiental, econômica e ser socialmente sustentável (SILVA, C.C.S et al, 2012). O DHAA relaciona-se a outros

direitos fundamentais dos indivíduos e a sua não garantia, proteção e efetivação podem gerar situações de Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN), transparecendo a piora do estado de saúde do indivíduo ou da coletividade, mostrando-se como um processo progressivo para anemia, desnutrição, hipovitaminoses, obesidade, diabetes, hipertensão, síndromes metabólicas, asma, cárie, HIV/Aids, aumento violência doméstica e comunitária e dos transtornos mentais (GUERRA, LDS; CERVATO-MANCUSO, A.M. et al, 2019).

ALPINO, et al. (2020) relataram que o isolamento social trouxe repercussões econômicas, sociais e psicológicas de formas diferentes na sociedade brasileira. Sendo as camadas sociais mais vulneráveis as que mais sofreram com a falta de recursos para o acesso à saúde, trabalho, água e esgoto, habitação e a educação. As desigualdades sociais e demográfica do país, o aumento do desemprego, o “aparecimento” de inúmeros trabalhadores que viviam de renda informal e que não estavam cadastrados no Programa Bolsa Família ou no Instituto Nacional de Seguridade Social evidenciou muitos cidadãos que tiveram seus direitos humanos violados, inclusive o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) e consequentemente a sua segurança alimentar e nutricional.

O comportamento, o estilo de vida e o padrão alimentar alterados pela insegurança alimentar, são fortemente influenciados pelo status socioeconômico e escolaridade do responsável ou chefe da família (MALTA, DC, 2020). A investigação do consumo alimentar individual é capaz de detectar a situação de insegurança alimentar, permitindo conhecer a ingestão alimentar, nos seus aspectos qualitativos e quantitativos. Os indicadores sociodemográficos e econômicos também são uma forma de mensurar a insegurança alimentar já que domicílios com acesso precário a renda, bens e serviços estão mais vulneráveis a esta situação e às repercussões da mesma, como alterações nutricionais e no desenvolvimento psicomotor em crianças. Além disso, indivíduos de baixa renda frequentemente enfrentam barreiras à alimentação saudável, o que pode piorar o prognóstico dos portadores de doença mental, pois, repetidamente vivenciam insegurança alimentar e possuem pouco acesso a alimentos nutritivos (MORAIS, D.C. et al, 2014).

Este cenário resulta de uma série de fatores, dentre os quais ganham luz em função da pouca existência de políticas públicas para a promoção de uma alimentação saudável e acessível entre as famílias de baixa renda, a falta de informação sobre o que são os produtos ultraprocessados, os impactos do seu consumo e o marketing incisivo da indústria de alimentos na mídia. Quadro que se agrava ainda mais, com o aumento da vulnerabilidade e da insegurança alimentar, provocadas pela redução de renda das famílias de menor poder aquisitivo no contexto da pandemia de COVID-19,

impactadas pela perda de emprego e exclusão dos programas de transferência de renda do governo federal.

2.4. IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NA SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

A China informou à OMS, em dezembro de 2019 sobre um surto de uma nova doença, semelhante a uma pneumonia. Sendo essa doença, transmitida pelo novo corona vírus, o SARS-COV-2, sendo denominada COVID-19 (WU F. et al., 2020). Em janeiro de 2020, novos casos da COVID-19 foram notificados fora da China, então a OMS resolveu declarar emergência internacional de saúde pública. Na América Latina, o primeiro caso registrado foi em São Paulo, no Brasil, no dia 26 de fevereiro de 2020 (BEZERRA, 2020).

Durante o ano de 2020 e ainda hoje, o mundo está vivenciando a pandemia causada pelo vírus do SARS-CoV-2, microrganismo novo e até então, desconhecido. Esse contexto pandêmico modificou a vida das pessoas. Na falta de conhecimento técnico e científico por parte das autoridades em saúde, foram adotadas medidas de quarentena de isolamento e/ou distanciamento social para a contenção da doença, sendo as melhores formas de prevenção encontradas, até então (WHO,2020).

A prática do isolamento social causou polêmicas no país, uma vez que algumas autoridades se mostraram céticas quanto à sua eficácia. O fato é que a maior parte dos tomadores de decisão optaram por incentivar essa medida, adotando estratégias de controle da mobilidade da população, como o fechamento de escolas e universidades, do comércio não essencial, e de áreas públicas de lazer etc. Como resultado, grande parte da população brasileira apoiou e aderiu ao movimento do isolamento social com o objetivo de se prevenir da COVID-19 e de colaborar com a atenuação da curva de contágio no país (BEZERRA,2020).

Apesar de ser causada por um agente biológico, a pandemia estava longe de se restringir a ele e revelando, com nitidez, o caráter social do processo saúde-doença. Assim como a Covid-19 pôde agravar, dependendo do histórico de saúde de um paciente, o quadro de instabilidade socioeconômica, agravou-se também as condições pré-existentes da desigualdade social, da crescente precarização do trabalho e do aumento do desemprego estrutural (SCOPINHO,2021).

O acesso aos cuidados de saúde psiquiátricos e ao alimento foram limitados, principalmente no início da pandemia. A dificuldade imposta pela “nova” conduta social afetou o modo de viver das pessoas. BEZERRA, 2020, em seu estudo, avaliou como o isolamento social durante a pandemia da COVID-19 afetou as pessoas,utilizando os fatores de saúde, socioeconômicos e ambientais foram impactados na

população. Assim como o feito realizado por BEZERRA, 2020, conhecer o consumo alimentar do grupo da saúde mental e relacioná-lo com fatores sociodemográficos se torna necessário para fins de maiores conhecimentos dos hábitos alimentares, qual a qualidade desses hábitos e se eles foram modificados por algum fator sociodemográfico nesse período, podendo mostrar se existiu dificuldades na aquisição de alimentos por esse grupo social.

Famílias com insegurança alimentar são mais vulneráveis e propensas a consumir alimentos de baixo valor nutricional, por terem maior acessibilidade e baixo custo. Acredita-se que a pandemia pode ter contribuído para agravar ainda mais esta questão, pois a crise econômica gerou perda de empregos, o que tornou o acesso à compra de gêneros alimentícios de alto custo como carnes e leite, se torna mais difícil.

Diante desse panorama econômico e social negativo que a pandemia da COVID- 19 explicitou, CARDOSO, BB, 2020, relata a criação do Auxílio Emergencial, Lei nº 13.982, de 2020, pela atual gestão governamental com o objetivo de incluir os trabalhadores informais e os demais cidadãos que estavam desprotegidos por alguma política pública de transferência de renda. A crise econômica gerada pela COVID-19 apenas aumentou as desigualdades sociais, agregando mais insegurança alimentar nos domicílios brasileiros (RIBEIRO-SILVA, 2020).

Apesar da relevância do tema, trabalhos que investigaram de forma prospectiva o impacto da pandemia sobre práticas alimentares em pacientes da saúde mental assistidas em unidades de saúde são escassos, o que demonstra a importância da realização do presente estudo.

3.OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Identificar o padrão alimentar das famílias de pacientes da saúde mental no período da pandemia da COVID-19.

3.2. OBJETIVO ESPECÍFICO:

Relacionar o padrão alimentar encontrado com variáveis sociodemográficas.

4. MÉTODO

4.1. CENÁRIO E SUJEITOS DA PESQUISA

Trata-se de um estudo transversal, descritivo de base populacional, realizado com familiares de pacientes internados e em tratamento domiciliar, num hospital público psiquiátrico do município do Rio de Janeiro entre os meses de janeiro a novembro de 2021.

Por meio do prontuário médico, foram coletados dados de identificação dos pacientes internados e em processo de alta hospitalar, como nome, número de prontuário e contato telefônico dos familiares. Foram excluídos da pesquisa os indivíduos com problemas de audição por causa da necessidade do contado inicial verbal para a apresentação da pesquisa, podendo deixá-lo constrangido ou impaciente para responder aos questionamentos e os analfabetos, em função do constrangimento ou pelo uso da ferramenta de formulário eletrônico vindo a necessitar da leitura e compreensão para as perguntas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), do Questionário de Frequência de Alimentar (QFA) e do questionário com perguntas sociodemográficas e os possíveis respondentes que não aceitaram participar do estudo.

4.2. INSTRUMENTOS DA PESQUISA

O contato telefônico deu-se de três formas, por meio de ligação pessoal, na qual a pesquisa foi apresentada, de forma online, utilizando a ferramenta eletrônica do Google forms® e pessoalmente quando liberada as visitas aos pacientes. Os familiares receberam para preenchimento online e presencial, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), anexo A, no qual autorizavam a sua participação ou não na pesquisa. Caso aceitassem participar, recebiam dois questionários. O primeiro questionário (Anexo B) continha 13 perguntas sociodemográficas adaptadas, similares as utilizadas pelo Critério Brasil do IBGE (KAMURA, 2016).

O segundo questionário refere-se ao questionário de frequência alimentar (QFA) (Anexo C), com 36 perguntas, enfatizando alimentos ricos em gordura saturada e alimentos fontes de fibras, como frutas legumes e verduras, utilizado na tese de mestrado de RODRIGUES (2005).

Para a identificação do(s) padrão(ões) alimentar(res) da amostra foi escolhido o método “a posteriori”, utilizando processos de análises multivariadas, tais como análise de componentes principais e exploratória, buscando reduzir e extrair da amostra uma quantidade dimensional menor de variáveis significativas, possibilitando que os fatores, no caso, o(s) padrão(ões) fossem conhecidos e permitisse análises de correlação com as variáveis sociodemográficas.

4.3. ESTATÍSTICA

Para a análise estatística foi utilizada a avaliação da distribuição das variáveis contínuas utilizando o teste de Shapiro-Wilk. Para descrição das variáveis paramétricas, foi utilizada a média aritmética e respectivo desvio padrão. Variáveis categóricas foram expressas em valor absoluto e percentual.

A comparação das proporções/frequências entre os grupos foi realizada pelo teste Qui-Quadrado. A significância estatística foi considerada quando p bicaudal $< 0,05$. As análises foram realizadas através do programa SPSS® versão 25.0.

A análise estatística utilizada para a identificação do padrão (ões) alimentar (es) consistiu na análise fatorial por componentes principais (ACP) (HAIR, Jr; BLACK, W.C et al. 2010), para tal, as 36 variáveis alimentares do QFA, foram colocadas em escalas numeradas de 0 a 4 de acordo com a frequência de consumo, sendo zero correspondente ao menor consumo da variável alimentar e 4 ao maior consumo dessa variável. Em seguida, os dados foram copiados para o programa estatístico SPSS® 25.0, transformados em ordinais. Após essa adequação, na área de análises multivariadas, solicitou-se a extração dos dados pela análise de componentes principais, verificando se existiam correlações positivas e negativas entre as variáveis, resultando numa matriz de correlação. Cada componente principal foi interpretado baseando-se nos alimentos com cargas fatoriais, $r \geq 0,3$ ou $\geq -0,3$, sendo considerada importante contribuição para a análise do padrão alimentar. Dentro de um componente, cargas negativas indicam associação inversa do item alimentar e cargas positivas indicam associação direta. Posteriormente, a matriz de correlação foi decomposta em autovalores e autovetores para fazerem associações entre si, recebendo uma rotação ortogonal do tipo varimax, com o intuito de explorar geometricamente todas as possíveis associações entre os autovalores. A adequação dos dados da análise fatorial foi confirmada por meio do coeficiente de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). O número de fatores retidos foi definido com base da visualização do componentes com autovalores maiores que 1,5 no gráfico de Scree de Catell, possibilitando visualizar qual ou quais padrões (ão) puderam se destacar (BORGES, CA; SLATER, B et al, 2018).

A normalidade dos dados foi avaliada pelos testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk. O pressuposto de homogeneidade de variância foi avaliado por meio do teste de Levene. Foram realizados procedimentos de bootstrapping (1000 re- amostragem) para se obter uma maior confiabilidade dos resultados, corrigindo desvios de normalidade da distribuição da amostra e diferenças entre os tamanhos dos grupos, apresentando um intervalo de confiança de 95% para as diferenças entre as médias Haukoos & Lewis (2005).

Para a correlação do (s) componente (s) alimentar (es) ou padrão (oes) alimentar (es) encontrado (s) e os dados sociodemográficos de escolaridade, renda familiar, recebimento de auxílio financeiro, aquisição de alimentos e aumento do consumo de bebidas no período, foram verificadas correlações significativas ($p < 0,05$) com cada componente.

4.4. ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (ANEXO A), sob o número de CAAE nº 36073120.7.0000.5285, seguindo as normas éticas para pesquisa envolvendo seres humanos, constantes da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, respeitando os princípios da autonomia, privacidade e não maleficência. Antes de responder aos questionários, os familiares foram informados sobre os objetivos da pesquisa e das garantias de sigilo e anonimato dos participantes.

5. RESULTADOS:

Foram colhidos e encaminhados para resposta de forma online, 116 contatos telefônicos e 12 questionários foram aplicados de forma presencial, totalizando 128 possíveis respondentes. 70 pessoas responderam completamente os questionários, sendo

58 inqueridos de forma eletrônica e 12 presenciais, ou seja, 54,68% do total de selecionados.

A maioria dos respondentes foi do sexo feminino 72,9% ($n=51$). Os bairros de moradia destas famílias foram diversos, distribuídos entre a zona oeste, norte e sul do município do Rio de Janeiro e três outros municípios próximos ao município do Rio de Janeiro. Sobre a composição familiar observou-se que 34,3% ($n=24$) relataram ter crianças e 30% ($n=21$) idosos no núcleo familiar.

As características sociodemográficas das famílias analisadas estão descritas na tabela 1.

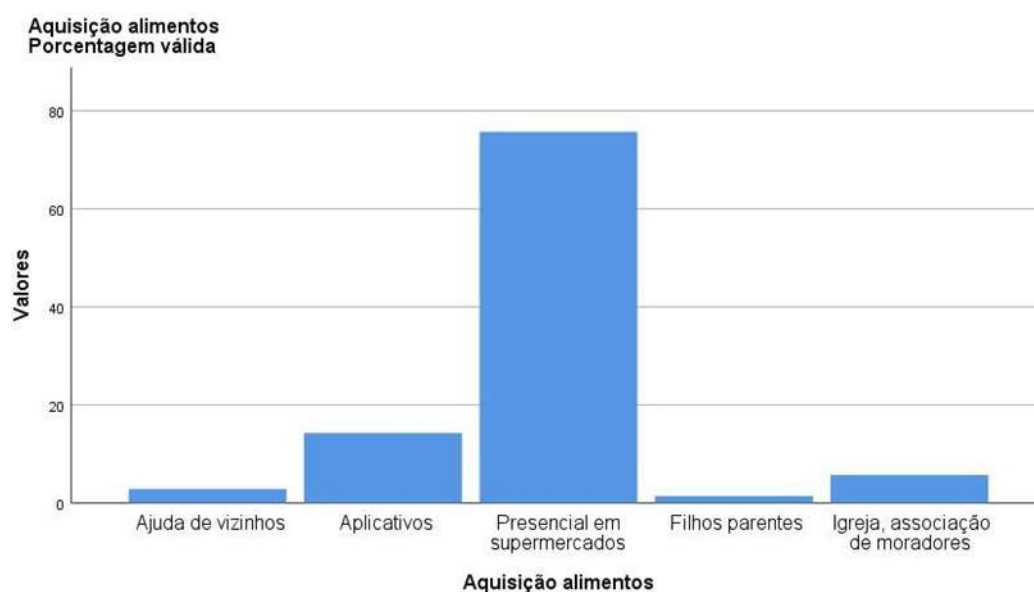
Tabela 1. Características sociodemográficas das famílias participantes.

Escolaridade	N	%
Analfabeto	4	5,7
Fundamental Incompleto/Fundamental II incompleto	2	2,9
Fundamental II completo/ ensino médio incompleto	15	21,4
Ensino médio completo/Superior incompleto	28	40,0
Superior completo	21	30,0
Total	70	100
Renda Familiar		

< 1 salário-mínimo	4	5,7
Até 2 salários-mínimos	22	31,4
De 2 a 4 salários-mínimos	20	28,6
De 4 a 10 salários-mínimos	20	28,6
>10 salários-mínimos	4	5,7
Total	70	100
Auxílio financeiro		
Bolsa família	5	7,1
Auxílio emergencial	8	11,4
Seguro desemprego	3	4,3
Aposentadoria INSS	3	4,3
Auxílio doença	1	1,4
LOAS	5	7,1
Não recebe	45	64,3
Total	70	100

Observou-se que a maioria da amostra não deixou de frequentar presencialmente o mercado para realizar as compras durante a fase de isolamento social, 75,7% (n= 53) mantiveram o hábito da aquisição dos alimentos de forma presencial. A figura 1 ilustra a forma de aquisição dos alimentos durante a fase de isolamento social pelas famílias.

Figura 1. Forma de aquisição dos alimentos pela amostra durante o isolamento social.



Quando questionados sobre a dificuldade de obtenção de alimentos durante o isolamento social, 34,3% (n= 24) relataram dificuldade para comprar proteína animal (frango, peixe, carne bovina e carne suína) e 64,3% (n= 45) não relataram dificuldade.

O teste qui-quadrado mostrou que existe associação significativa entre a faixa de renda familiar e o relato de dificuldade na compra de proteína animal ($X^2(8) = 18,98$; $p=0,015$). Observou-se também uma associação significativa entre o grau de escolaridade e a faixa de renda familiar ($X^2(16) = 30,0$; $p=0,018$). Mostrando que quanto menor a renda e a escolaridade dessas famílias, maior é a dificuldade para a aquisição de proteína animal.

Verificou-se associação significativa entre o recebimento ou não de auxílio financeiro com o relato da dificuldade de aquisição de alimentos, confirmando que as famílias que receberam algum tipo de auxílio financeiro relataram dificuldades para a compra de proteína animal. ($X^2(1) = 17,65$; $p=0,000$)

A correlação de Spearman identificou uma correlação negativa e moderada entre o relato de dificuldade na compra de alimentos e o consumo de proteína bovina ($\rho = -0,398$; $p=0,03$). Demonstrando que quanto maior a dificuldade na compra de alimentos, menor foi o consumo de proteína bovina. Além disso, ao correlacionarmos a faixa de renda familiar ao consumo de proteína bovina verificamos uma correlação positiva e moderada ($\rho = 0,477$; $p=0,000$). Demonstrando que quanto maior a renda familiar maior o consumo de proteína animal.

Ao serem perguntados sobre o tipo de refeições normalmente consumidas durante a pandemia, a maior parte das famílias 69,4% ($n=48$) relatou que preparavam as refeições em casa ou que passaram a prepará-las nas residências durante o isolamento social, porém 2,8% ($n=2$) passaram a consumir mais alimentos industrializados.

Quando questionados se houve aumento do consumo de bebidas no período da pandemia, 20 % das famílias relatou aumento da ingestão de bebidas alcoólicas. Outro resultado importante encontrado foi a associação significativa entre o relato da dificuldade de compra de alimentos e o aumento do consumo de bebidas alcoólicas ($X^2(1) = 4,79$; $p=0,037$) Observamos também, aumento no consumo de sucos engarrafados e da ingestão de suco de frutas, dados ilustrados na tabela 2.

Tabela 2. Tipos de bebidas consumidas pelas famílias durante o isolamento social .

		Frequência	Porcentagem
Bebidas	Água	28	40,0
	Álcool	14	20,0
	água de coco	1	1,4
	Refrigerante	10	14,3
	suco em pó	1	1,4

suco de garrafa	7	10,0
suco natural	7	10,0
Chá	2	2,9
Total	70	100,0

Três padrões alimentares foram identificados, os quais explicaram 34,75 % da variabilidade do total dos dados de alimentação. Suas características estão descritas na Tabela 3.

Tabela 3. Distribuição das cargas fatoriais dos padrões alimentares encontrados.

Alimentos	Padrões alimentares encontrados		
	Equilibrado e natural (1)	Ultraprocessado e gorduras (2)	Ocidental (3)
Frango_assado	0,368	-0,010	0,180
Hamburguer_sand	-0,041	0,570	0,107
Batata_inhame	0,233	-0,178	0,136
Margarina	-0,477	0,011	-0,039
C_boi_cozida	0,587	0,175	0,222
Pão_Frances	-0,186	-0,012	-0,335
Arroz_integral	0,510	-0,068	0,388
Pão_integral	0,424	0,085	0,591
Pães_de_forma	-0,009	0,324	0,153
Verduras	0,676	-0,068	0,085
Arroz_macarrao	0,014	-0,178	-0,250
Cenoura_chuchu	0,668	0,124	0,161
Feijão_lentilha	0,388	0,164	-0,553
Leite_d._semi_desntd	0,194	0,024	0,733
Manteiga	0,661	0,320	0,046
Bolos_indust	0,067	0,500	0,251
Frutas	0,812	0,015	0,014
Sorvete_ind	-0,044	0,382	0,474

Suco_natural	0,551	0,109	0,057
Q_branco	0,563	-0,224	0,365
Q_amarelo	0,565	0,496	-0,022
L_integral	0,116	0,229	-0,145
Coxinha_risol	-0,072	0,444	0,466
Pizza_pronta	0,232	0,154	0,489
Biscoito_ind	-0,099	0,301	0,003
Batata_frita	0,120	0,443	-0,230
Cachorro_quente	0,085	0,580	-0,069
Ovo_cozido	0,144	-0,250	-0,215
Frango_frito	0,024	0,632	0,057
C_boi_frita	0,127	0,589	0,043
Peixe_frito	0,154	0,447	0,156
Ovo_frito	-0,013	0,081	0,015
Salsicha_linguiça	-0,193	0,388	-0,403
C_peixe_grelhada	0,233	0,511	0,101
C_porco_frita	0,107	0,582	-0,016
Peixe_cozido	0,549	0,079	-0,093
Número de itens	14	16	10
% de explicação da variância	16,964	11,062	6,726
% variância acumulada	16,964	28,027	34,753

Fatores com carga $\geq 0,3$ ou $\geq -0,3$ estão em negrito.

A tabela 4 descreve os alimentos que mais se correlacionaram em cada padrão alimentar encontrado, sendo denominados dessa forma em função das características apresentadas.

Tabela 4. Descrição das características dos Padrões alimentares encontrados:

Padrões Alimentares	Características
Equilibrado e natural (1)	Carne de boi cozida, arroz integral, vegetais A, vegetais B, manteiga, frutas, queijo branco, queijo amarelo, pão integral, suco de frutas naturais, leguminosa, frango assado e peixe cozido e de forma negativa com margarina.
Consumo de ultraprocessados e gorduras (2)	Hambúrguer, pão de forma, manteiga, bolo industrializado, sorvete industrializado, queijo amarelo, coxinha, biscoito industrializado, batata frita, cachorro-quente, salsicha e linguiça, peixe frito, frango frito, carne porco frita e peixe grelhado.
Ocidental (3)	Pão integral, leites desnatado e semidesnatado, sorvete industrializado, coxinha, pizza pronta e salsicha, linguiça e leguminosas de forma negativa.

A figura 2 ilustra a matriz de correlação dos padrões alimentares encontrados no estudo. A partir dela, é possível visualizar a correlação dos padrões alimentares encontrados com as 36 variáveis alimentares avaliadas.

Figura 2. Matriz de correlação dos padrões alimentares encontrados.

A partir da matriz de correlação, podemos dizer que, o padrão 1 apresentou correlação negativa com os alimentos industrializados, fritos e/ou fontes de gordura trans, possibilitando dizer que é um padrão alimentar mais equilibrado e natural.

O padrão 2 apresentou correlação negativa com os vegetais C, vegetais A, queijo branco, ovo cozido, cereais integrais e refinados. Mostrando-se, um padrão alimentar com maior ingestão de alimentos industrializados, ultraprocessados e rico em gordura trans.

Ao avaliarmos o padrão 3 verificamos correlação negativa com os alimentos com margarina, pão francês, cereais refinados, leguminosas, leite integral, batata frita, cachorro-quente, ovo cozido, salsicha e linguiça, carne porco frita e peixe cozido. Constatamos ênfase em alimentos como leite desnatado, coxinha, arroz integral, pizza pronta, sorvete industrializado e queijo branco, mostrando-se bastante heterogêneo, com características de um padrão de consumo alimentar ocidental.

A correlação de Spearman mostrou uma correlação positiva e moderada entre escolaridade e o primeiro (equilibrado) e terceiro (ocidental) padrões alimentares ($p=0,404$; $p=0,001$) e ($p=0,410$; $p=0,000$), respectivamente. Portanto, nesta amostra, pode-se dizer que, quanto maior o nível da escolaridade, o consumo alimentar dessas famílias foi caracterizado por padrões alimentares mais saudáveis.

Observou-se também correlação positiva entre a renda familiar e os primeiro (equilibrado) e o terceiro (ocidental) padrões alimentares ($p = 0,460$; $p=0,000$) e ($p=0,384$; $p=0,001$), respectivamente. Nessa amostra identificamos que, quanto maior a renda familiar melhor a qualidade da dieta.

6. DISCUSSÃO:

Estudos utilizando padrões alimentares estão sendo bastante usados com o objetivo de conhecer o perfil de consumo alimentar nos diversos grupos populacionais, pois recebe diversas influências, tais como, ambiental, cultural, social, econômica, étnica e demográfica. O presente trabalho identificou três padrões alimentares nos familiares de pacientes da saúde mental participantes, foram eles: equilibrado e natural (1), ultraprocessado (2) e ocidental (3). Os padrões 1 e 3 apresentaram alimentos com características mais naturais ou minimamente processados, diferentemente do padrão 2, cuja a predominância de consumo foram os alimentos ultraprocessados.

O presente estudo identificou que 34,3% das famílias tinham crianças e 30% idosos morando nessas residências. Observou-se também que 35,71% receberam algum tipo de auxílio financeiro. POBLACION, ANA et al. (2021) em sua pesquisa com 3920 lares brasileiros, validou um instrumento brasileiro para avaliação de insegurança alimentar durante a pandemia da COVID-19, levando em consideração fatores como estado civil de mulheres, renda, escolaridade, se residiam com crianças ou idosos e se recebiam auxílio financeiro governamental, semelhante ao questionário sociodemográfico utilizado pelo nosso estudo, concluindo que a pandemia da COVID- 19 aumentou a insegurança alimentar nos domicílios com crianças e idosos. Os lares que tinham crianças menores de 5 anos foram os mais afetados, 74,6% da amostra com crianças e 22,8% com idosos. Destes, 80,2% dos domicílios, necessitaram de auxílio financeiro governamental e 54,3% não conseguiram comprar proteína animal e frutas legumes e verduras. Contudo, seus resultados foram superiores aos nossos, acreditamos que seja em função do tamanho da nossa amostra.

DOMENE, S.M.A. (2003), no seu relatório sobre a conferência de alimentação e nutrição de 2002 já apontava indicadores nutricionais e políticas públicas, fazendo um apanhado de observações acerca do conceito de segurança alimentar e nutricional, erradicação da fome e doenças crônicas não transmissíveis, confirmando que o binômio escolaridade e renda são os principais fatores de impedimento a garantia da segurança alimentar e nutricional e de saúde por parte das minorias sociais.

GOMES, AP, et al.(2018) analisou dados como sexo, idade, escolaridade e renda familiar no padrão alimentar de idosos no sul do Brasil. Foi um estudo que também utilizou a metodologia de análise de componentes principais para identificar padrões alimentares, relacionou-os com dados sociodemográficos e doenças como hipertensão e diabetes. Encontraram dois principais padrões alimentares consumidos pelo grupo de idosos, o primeiro com alimentos saudáveis e outro não saudável, com bastante alimentos ultraprocessados. Concluíram que idosos com mais escolaridade e renda possuíam um consumo alimentar mais saudável, resultados semelhantes aos encontrados nesse estudo. Mostrando novamente que o binômio escolaridade e renda interferem diretamente nas escolhas nutricionais das pessoas.

BOGEA, E. G. et al. (2019), verificou padrões alimentares de crianças de 13 a 35 meses, relacionando-os com a dieta materna, utilizando método de análise de componentes principais, encontrando 4 padrões alimentares relacionando-os com idade, escolaridade da mãe e número de filhos. Concluíram que hábitos alimentares mais saudáveis nessa faixa etária estavam associados a maior escolaridade materna e ao menor número de filhos. Foi visto também que a renda familiar era menor quando existia multiparidade e que filhos mais velhos influenciavam no consumo alimentar dos filhos mais novos. Justificaram esse resultado principalmente a idade materna, pois mães mais velhas apresentaram mais interesse quanto ao acesso a informações sobre alimentação e saúde das crianças.

Durante a fase de isolamento social, 75, 7% das famílias entrevistadas neste estudo frequentou presencialmente os mercados para aquisição de alimentos. MAYASARI, N. R et al. (2020) verificou de forma on line utilizando a ferramenta do Google Trends®, durante o período de 19 de março a 30 de abril de 2020, fez correlação de Spearman com os dados de escassez de alimentos, segurança alimentar, delivery, take-away, compras em mercados e estilo de vida. Chegou a conclusão pessoas sedentárias e com maior renda utilizaram as ferramentas de entrega por delivery ou take-away. Quanto aos dados de segurança alimentar e escassez de alimentos, pessoas com menor renda compraram presencialmente seus alimentos ou utilizaram ajuda de banco de alimentos ou de mercados populares, visto principalmente no Reino Unido, Austrália e Estados Unidos.

Com relação ao nosso estudo, 20% das famílias relataram aumentar a ingestão de bebidas alcoólicas nesse período. BRAGA, L.H.R. et al. (2022), em seu estudo transversal, entre 19 de agosto a dezembro de 2020, de forma on line com população LGBTQI+ com 975 participantes concluiu que houve aumento no consumo de cigarro e álcool principalmente em mulheres cis gênero que aderiram ao uso

de máscaras como proteção contra a COVID-19, mostrando que esse foi um grupo mais vulnerável na questão da saúde mental durante esse período de isolamento social.

MOTA, I.A. et al. (2021) realizou estudo transversal de forma on line 710 trabalhadores da saúde verificando a qualidade do sono, ingestão de bebidas alcoólicas, hábito de fumar e ingestão de doces e alimentos ultraprocessados. Concluíram que estresse provocado pelo excesso de trabalho durante esse período pandêmico fez com que o grupo aumentasse a ingestão de ultraprocessados e doces em 17,8%, o aumento da ingestão alcoólica foi de 38,2%, e o consumo de cigarros foi de 11%.

Os estudos de BRAGA (2022) e MOTA (2021) também verificaram aumento na quantidade de bebidas alcoólicas, porém em percentual maior que a encontrada por nosso estudo.

MARQUES, A. L. M. et al. (2022) em seu trabalho durante a pandemia da COVID-19 relatou quem foram as minorias sociais que durante o isolamento social tiveram dificuldades ao acesso a direitos humanos e sociais básicos. Seu objeto de estudo foram os usuários da saúde mental (moradores de rua e usuários de drogas), idosos, mulheres negras, trabalhadores informais, crianças e população LGBTQIA+. Demonstrando claramente que essas faixas populacionais, incluindo o grupo da saúde mental carece de políticas públicas com um olhar mais ampliado quanto aos seus direitos básicos, principalmente a alimentação.

Todos esses trabalhos demonstraram claramente que minorias sociais, renda, escolaridade, estresse, influenciaram escolhas alimentares, o acesso ao alimento e a qualidade do alimento consumido durante a pandemia da COVID-19.

Como limitação do estudo, houve baixa adesão dos respondentes aos questionários, deixando amostragem pequena. O isolamento social e a proibição da visita das famílias aos pacientes internados durante os anos de 2020 e 2021, dificultou a aplicação dos questionários de forma presencial e para dar continuidade a pesquisa, foi necessário utilizarmos a estratégia de questionários on line.

Outra possível limitação foi a utilização do método de análise por componentes principais, pois esse método não avalia a qualidade do produto extraído por essa técnica, tornando necessários outros métodos de investigações estatísticas para o enriquecimento e complementação dos resultados encontrados .

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Através desse trabalho foi possível conhecer o padrão alimentar de famílias do grupo populacional da saúde mental. Padrão diverso, considerado de minorias, mostrando que famílias, com renda de até 2 salários mínimos, escolaridade fundamental completo, com dificuldades para aquisição de alimentos, necessitam de ações de intervenção para adquirirem alimentos em quantidade e qualidade e ter garantido o seu direito a uma alimentação adequada. Em função dos poucos estudos na área de segurança alimentar e nutricional no grupo da saúde mental, faz-se necessário a visualização, a inclusão e a intensificação de estratégias de ação no âmbito da segurança alimentar e nutricional, na figura dos Conselhos de Segurança Alimentar e Nutricional para auxiliar possíveis políticas de alimentação e nutrição para esse grupo específico.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALPINO, Tais de Moura Ariza et al. COVID-19 e (in)segurança alimentar e nutricional: ações do Governo Federal brasileiro na pandemia frente aos desmontes orçamentários e institucionais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 36, n. 8, e00161320, 2020 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000805013&lng=en&nrm=iso>.accesson 28 Feb. 2021. Epub Sep 02, 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00161320>.

AZEVEDO, Edynara Cristiane de Castro et al. Consumo alimentar de risco e proteção para as doenças crônicas não transmissíveis e sua associação com a gordura corporal: um estudo com funcionários da área de saúde de uma universidade pública de Recife (PE), Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 19, n. 05. 2014[Acessado 26 Maio 2022] , pp. 1613-1622. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014195.06562013>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014195.06562013>.

81232014195.06562013.

BARROS, Marilisa Berti de Azevedo et al. Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [online]. v. 29, n. 4 [Acessado 1 Fevereiro 2021] , e2020427.

BEZERRA, A. C. V. et al. Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. pp. 2411-2421, v. 25, suppl 1. 2020. [Acessado 22 janeiro 2022]. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10792020>>. Epub 05 Jun 2020. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10792020>.

BO, H. X., Li, W., YANG, Y., WANG, Y., ZHANG, Q., CHEUNG, T., XIANG, Y. T.

Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China. *Psychological Medicine*, 1–2. 2020

BOGEA, Eduarda Gomes et al. Padrões alimentares de crianças de 13 a 35 meses de idade e associação com características maternas. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2019, v. 35, n. 4 [Acessado 23 Julho 2022] , e00072618. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/0102-311X00072618>>. Epub 08 Abr 2019. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00072618>.

BORGES CA, Slater B, Santaliestra-Pasías AM, Mouratidou T, Huybrechts I, Widhalm K, Gottrand F, Manios Y, Jimenez-Pavón D, Valtueña J, Le Donne C, Marcos A, Molnar D, Castillo MJ, De Henauw S, Moreno LA. Dietary Patterns in European and Brazilian Adolescents: Comparisons and Associations with Socioeconomic Factors. *Nutrients*; 10(1):57.2018. <https://doi.org/10.3390/nu10010057>

BOTELHO, LAÍS VARGAS, CARDOSO, LETÍCIA DE OLIVEIRA E CANELLA, DANIELA SILVA. COVID-19 e ambiente alimentar digital no Brasil: reflexões sobre a influência da pandemia no uso de aplicativos de delivery de comida. Cadernos de

Saúde Pública [online]. v. 36, n. 11 2021.[Acessado 26 Maio 2022] , e00148020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00148020>>. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00148020>.

BRAGA, Luciana Helena Reis et al. Fatores associados à piora no estilo de vida durante a pandemia de COVID-19 na população brasileira de lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, travestis e identidades relacionadas: estudo transversal. Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]. 2022, v. 31, n. 1 [Acessado 23 Julho 2022] , e2021752. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1679-49742022000100005>>. Epub 25 Fev 2022. ISSN 2237-9622. <https://doi.org/10.1590/S1679-49742022000100005>.

BRASIL. Lei nº 11.346 de 15 set. 2006. Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União. 18 set 2006. [internet]. [acesso em 14 de dez 2021]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11346.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CARDOSO, Bruno Baranda. A implementação do Auxílio Emergencial como medida excepcional de proteção social. Rev. Adm. Pública, Rio de Janeiro , v. 54, n. 4, p. 1052-1063, Aug. 2020 .Available from<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122020000401052&lng=en&nrm=iso>.

COSTA-ROSA, Abílio da. A instituição de saúde mental como dispositivo social de produção de subjetividade. Estudos de Psicologia (Campinas) [online].v. 29, n. 1. 2012 [Acessado 22 Janeiro 2022] , pp. 115-126. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/S0103-166X2012000100013>>. Epub 27 Abr 2012. ISSN 1982-0275. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2012000100013>.

DOMENE, Semíramis Martins Álvares. Indicadores nutricionais e políticas públicas. Estudos Avançados [online]. 2003, v. 17, n. 48 [Acessado 23 Julho 2022] , pp. 131-135. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-40142003000200011>>. Epub 17 Fev 2004. ISSN 1806-9592. <https://doi.org/10.1590/S0103-40142003000200011>.

FAGUNDES JUNIOR, Hugo Marques; DESVIAT, Manuel; SILVA, Paulo Roberto Fagundes da. Reforma Psiquiátrica no Rio de Janeiro: situação atual e perspectivas futuras. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 21, n. 5, p. 1449- 1460, May 2016 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501449&lng=en&nrm=iso>.

GORGULHO, B., POT, G., SARTI, F., MARCHIONI, D. Indices for the assessment of nutritional quality of meals: A systematic review. *British Journal of Nutrition*, 115(11), 2017-2024. 2016. doi:10.1017/S0007114516000994

GUERRA, Lúcia Dias da Silva; CERVATO-MANCUSO, Ana Maria; BEZERRA, Aída Couto Dinucci. Alimentação: um direito humano em disputa - focos temáticos para compreensão e atuação em segurança alimentar e nutricional. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 3369-3394, Sept. 2019. Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000903369&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Oct. 2020. Epub Sep 09,

2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018249.20302017>.

HAIR, JR., BLACK, WC., BABIN, BJ., ANDERSON, RE., TARHAM, RI. *Multivariate data analysis*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall. 7ed. 2010.

HAUKOOS, J. S., & Lewis, R. J. Advanced statistics: Bootstrapping confidence intervals for statistics with "difficult" distributions. *Academic Emergency Medicine*, 12(4), 360-365. 2005. <https://doi.org/10.1197/j.aem.2004.11.018>

HOFFMANN K., Schulze M.B. Schienkiewitz A., nothlings U. Boing H. Application of a new statistical method to derive dietary patterns in nutritional epidemiology. *Am J. Epidemiol.*; 159 (10):935-44. 2004.

<https://www.ipea.gov.br/cartadeconjuntura/index.php/category/mercado-de-trabalho/>

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/rio-de-janeiro/panorama>. Acesso em: 15 de janeiro de 2022.

JAIME, Patricia Constante et al. Um olhar sobre a agenda de alimentação e nutrição nos trinta anos do Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1829-1836, June 2018. Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601829&lng=en&nrm=iso>.

KAMAKURA, WAGNER e MAZZON, JOSÉ AFONSO. Critérios de estratificação e comparação de classificadores sócioeconômicos no Brasil. *Revista de Administração de Empresas* [online]. 2016, v. 56, n. 1 [Acessado 27 Setembro 2021], pp. 55-70. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-759020160106>>. ISSN 2178-938X. <https://doi.org/10.1590/S0034-759020160106>

MALTA DC, Szwarcwald CL, Barros MBA, Gomes CS, Machado IE, Souza Júnior PRB, et al. A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal. *Epidemiol Serv Saúde* [préprint]. 2020 [citado 2020 ago 13]:[25 p.]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-497420200004000026>

MARCHIONI, D.M.L et al. *Consumo alimentar: guia para avaliação*. 1 edição. Barueri (SP): Manole, 2019.

MARQUES, Ana Lucia Marinho et al. O impacto da Covid-19 em grupos marginalizados: contribuições da interseccionalidade como perspectiva teórico-política. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 2021, v. 25, suppl 1 [Acessado 23 Julho 2022] , e200712. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/Interface.200712>>. Epub 17 Maio 2021. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/Interface.200712>.

MAYASARI, N. R., Ho, D., Lundy, D. J., Skalny, A. V., Tinkov, A. A., Teng, I. C.,

Wu, M. C., Faradina, A., Mohammed, A., Park, J. M., Ngu, Y. J., Aliné, S., Shofia, N. M., & Chang, J. S. (2020). Impacts of the COVID-19 Pandemic on Food Security and Diet-Related Lifestyle Behaviors: An Analytical Study of Google Trends-Based Query Volumes. *Nutrients*, 12(10), 3103. <https://doi.org/10.3390/nu12103103>

MORAIS, DAYANE DE CASTRO et al . Insegurança alimentar e indicadores antropométricos, dietéticos e sociais em estudos brasileiros: uma revisão sistemática. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro ,v. 19, n. 5, p. 1475- 1488, May 2014 .

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000501475&lng=en&nrm=<<<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014195.13012013.

MOTA, Isabella Araújo et al. Impact of COVID-19 on eating habits, physical activity and sleep in Brazilian healthcare professionals. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria* [online]. 2021, v. 79, n. 5 [Accessed 23 July 2022] , pp. 429-436. Available from: <<https://doi.org/10.1590/0004-282X-ANP-2020-0482>>. Epub 24 May 2021. ISSN

1678-4227. <https://doi.org/10.1590/0004-282X-ANP-2020-0482>.

ORNELL, F, Schuch JB, Sordi AO, Kessler FHP. Pandemia de medo e COVID-19: impacto na saúde mental e possíveis estratégias. *Revista Debates in Psychiatry* 2020. [acessado 22 de janeiro 2022]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/ufrgs/noticias/arquivos/pandemia-de-medo-e-covid-19-impacto-na-saude-mental-e-possiveis-estrategias>

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). Modes of transmission of virus causing COVID-19: implications for infection prevention and control (IPC) precaution recommendations. Scientific resumen. July, 9 2020. Disponível em:

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52472/OPASWBRACOVID-1920089_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). Guidance for implementing non pharmacological public health measures in populations in situations of vulnerability in the context of COVID-19. PAHO/IMS/FPL/COVID-19/20-0021, 2020.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, PAHO. The Burden of Mental Disorders in the Region of the Americas, 2018. Washington, D.C.; 2018. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49578?locale-attribute=pt>

PEREIRA, MD, OLIVEIRA, LC, COSTA, CFT, BEZERRA, CMO, PEREIRA, MD, SANTOS, CKA & DANTAS, EHM. The COVID-19 pandemic, social isolation, consequências on mental health and coping strategies: an integrative review. *Research, Society and Development*, 9(7): 1-35, 2020. e652974548. DOI:

10.33448/rsd-v9i7.4548. Disponível em:
<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/4548>. Acesso em: 18 jan. 2022.

IBGE. Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: análise da segurança alimentar no Brasil. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

POBLACION, Ana et al. Validity of a 2-item screening tool to identify families at risk for food insecurity in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2021, v. 37, n. 6 [Accessed 23 July 2022], e00132320. Available from: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00132320>>. Epub 23 June 2021. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00132320>.

QIU, J., SHEN, B., ZHAO, M., WANG, Z., XIE, B., & XU, Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: Implications and policy recommendations. *General Psychiatry*, 33(2), 2020. doi: 10.1136/gpsych-2020-100213

RIBEIRO-SILVA, Rita de Cássia et al. Implicações da pandemia COVID-19 para a segurança alimentar e nutricional no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3421-3430, Sept. 2020. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000903421&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Feb. 2021. Epub Aug 28, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020259.22152020>.

RODRIGUES, T. F. F. Avaliação nutricional e risco cardiovascular em executivos submetidos a check-up em hospital privado. 2005. São Paulo. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

SANTANA, Leni de Lima et al. Absenteísmo por transtornos mentais em trabalhadores de saúde em um hospital no sul do Brasil. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [online]. 2016, v. 37, n. 1 [Acessado 5 Março 2022], e53485. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.53485>>. Epub 12 Abr 2016. ISSN 1983-1447. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.53485>.

SCOPINHO, R. A. et al. "Trabalhar é preciso, viver não é preciso": ideologia e necropolítica na pandemia covid-19. *Rev. psicol. polít.*, São Paulo, v. 21, n. 51, p. 390-408, ago. 2021. Disponível em
 <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2021000200007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 22 jan. 2022

SEGRE, MARCO e FERRAZ, FLÁVIO CARVALHO. O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública* [online]. pp. 538-542, v. 31, n. 5. 1997. [Acessado 22 janeiro 2022]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89101997000600016>>. Epub 16 Ago 2001. ISSN 1518-8787. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101997000600016>.

SES- Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. Disponível em:
<https://www.saude.rj.gov.br/planejamento-em-saude/estado/relatorio-anual-de-gestao> Acessado em 21 de fev de 2021.

SHI, Le; ZHENG-NA, Lu,; QUE, Jian-Yu et al. Prevalence of and Risk Factors Associated With Mental Health Symptoms Among the General Population in China During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *JAMA Netw Open*. 3(7), 2020:e2014053. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.14053

SILVA, CLEYTON CÉZAR SOUTO et al. Associação entre consumo alimentar e (in)segurança alimentar e nutricional em São José dos Ramos - PB. Brazilian Journal of Food Technology [online]. 2012, v. 15, n. spe [Acessado 5 Setembro 2021] , pp. 23-

30. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1981-67232012005000036>>. Epub 27 Nov 2012. ISSN 1981-6723. <https://doi.org/10.1590/S1981-67232012005000036>.

SOUSA, Sarah Queiroga de et al. Associação entre risco de transtornos mentais comuns e insegurança alimentar entre mães com filhos menores de um ano de idade. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2019, v. 24, n. 5 [Acessado 18 Dezembro 2021] , pp. 1925- 1934. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.17012017>>. Epub 30 Maio 2019. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.17012017>.

SOUZA, Amanda de M. et al. Alimentos mais consumidos no Brasil: Inquérito Nacional de Alimentação 2008-2009. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 47, supl. 1, p. 190s-199s, Feb. 2013 .Available from<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000700005&lng=en&nrm=iso>.

WERNECK, André Oliveira et al . Lifestyle behaviors changes during the COVID-19 pandemic quarantine among 6,881 Brazilian adults with depression and 35,143 without depression. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 25, supl. 2, p. 4151- 4156, Oct. 2020 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020006804151&lng=en&nrm=iso>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Transmission of SARS-CoV-2: implications for infection prevention precautions: scientific brief, World Health Organization (WHO), 09 July 2020. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333114>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental health: a state of well-being. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Oct, 2019. Available from:

<https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/mental-health>. Acesso em : 17 de junho de 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preparation and use of food dietary guidelines: report of joint FAO/WHO consultation.WHO technical report series 880.1998

WU, F, ZHAO S, et al. A new coronavirus associated with human respiratory disease in China. Nature . 579(7798):265-269.2020.

9. APÊNDICE:

Produto de dissertação do mestrado profissional da aluna Angélica Cristina de Vasconcelos Cardoso: Organização de evento acadêmico científico sobre práticas alimentares, com divulgação pelo Programa de Pós graduação em Segurança Alimentar e Nutricional- PPGSAN-UNIRIO, tendo como título: Estudos de Práticas Alimentares na Segurança Alimentar e Nutricional.

9.1-INTRODUÇÃO:

Os estudos na área de práticas alimentares são diversos e com objetivos distintos ou semelhantes dependendo das relações ou desfechos do seu objetivo final. Para tal, utiliza-se de diversas ferramentas e metodologias para análises do consumo alimentar de forma individual ou coletiva nos mais diversos grupos populacionais, levando em consideração, etnias, comportamentos alimentares, gêneros sexuais, faixa etária, aspectos econômicos e sociais, cultura, acesso ao alimento e ao nutriente. São pesquisas dependentes da aplicação de métodos e técnicas que reconheçam a complexidade do fenômeno da alimentação humana, a sua natureza e a correção dos erros de uma alimentação inadequada à saúde individual ou coletiva MARCHIONI (2019).

Por causa da sua relevância, o conhecimento adquirido sobre a ingestão de alimentos por indivíduos ou grupos fornece informações de valor para diversas ações como monitoramento da disponibilidade nutricional para estudos com associações com doenças ou para fins de acompanhamento e supervisão para políticas públicas, a exemplo da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), nos anos de 2002-2003, 2008-2009 e a mais recente 2017-2018, IBGE (2020).

As pesquisas na área de Segurança Alimentar e Nutricional utilizam as ferramentas metodológicas aplicadas no âmbito do consumo alimentar e seus resultados como forma de vigilância epidemiológica, para garantir pesquisas, ações e políticas que assegurem uma alimentação adequada em qualidade e quantidade para os indivíduos ou grupos, garantindo assim, o direito humano alimentação adequada, IBGE (2020) .

9.2- JUSTIFICATIVA:

Divulgar estudos na área de práticas alimentares como forma de ferramenta para a segurança alimentar e nutricional, pois através do conhecimento obtido por essas pesquisas de consumo alimentar e padrões alimentares permite-se visualizar a quantidade e a qualidade dos alimentos e

nutrientes ingeridos pelos diversos grupos populacionais, possibilitando as intervenções, quando necessárias, no âmbito dos processos saúde- doença, sociais e das políticas públicas

9.3- OBJETIVO:

Propiciar visibilidade de estudos na área de práticas alimentares utilizando o PPGSAN-UNIRIO como um divulgador de pesquisas desse campo na área da segurança alimentar e nutricional.

9.4- MÉTODO:

9.4.1-EVENTO:

Trata-se de um encontro virtual com duas pesquisadoras da área de práticas alimentares, dia 30/8/2022, com início às 19h e término às 21h pelo canal do YouTube® institucional do PPGSAN-UNIRIO. Necessário fazer o streaming para o YouTube®.

Durante o evento serão apresentadas duas palestras, com duração de 30 minutos cada, a primeira sobre consumo alimentar de crianças e apresentação de um aplicativo que avalia a qualidade alimentar da dieta de crianças e adolescentes e a segunda palestra .Será utilizada a figura do apresentador/ moderador. Ao final das palestras, os ouvintes terão um tempo para perguntas às palestrantes. No final, haverá agradecimentos aos envolvidos no projeto.

9.4.2- FORMULÁRIOS DE INSCRIÇÃO PARA O EVENTO, LISTA DE PRESENÇA E DE CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO.

Todos os formulários do evento, para inscrição, lista de presença e certificado de participação foram feitos no Google forms® e estão compartilhados com a secretaria do PPGSAN-UNIRIO. A lista de presença será fixada ao final da descrição do evento no YouTube®.

O certificado de participação do palestrante e ouvintes serão emitidos pelo PPGSAN-UNIRIO.

9.4.3- DIVULGAÇÃO DO EVENTO.

Para divulgação do evento, será utilizado o Instagram® institucional do PPGSAN-UNIRIO, com a arte da chamada do evento, contendo o link de inscrição, sendo direcionado para o formulário de inscrição do evento.

9.5- RESULTADO:

O evento proposto teve 184 inscritos. Ocorreu de forma on line pelo canal institucional do YouTube® do PPGSAN- UNIRIO.

Foram 55 ouvintes, das 5 regiões do Brasil, sendo possível debater os resultados das palestras apresentadas, disseminando saberes da área de práticas alimentares.

9.6- PROGRAMAÇÃO DO EVENTO:

Título do evento: Estudos de Práticas Alimentares na Segurança Alimentar e Nutricional.

Dia 30/8/2022 Horário de início: 19h

Horário de término: 21h

19-19:05h- Abertura do encontro pela Professora Dr^a Fernanda Medeiros e pela discente Angélica Cristina de Vasconcelos Cardoso

19:05h- Palestra 1: “Obtenção de padrões alimentares através da análise de componentes principais”, palestrante a discente de Nutrição da UNIRIO, Giovanna da Conceição Nepomuceno

19:35h- Palestra 2: “ Desenvolvimento de um aplicativo (App) para avaliar o consumo alimentar de crianças escolares brasileiras.”; palestrante a Nutricionista Jade Veloso Freitas, Mestre pela ENSP/Fiocruz e Doutoranda pelo IMS-UERJ

20:05h: Perguntas e discussão.

20:30h: Agradecimentos e encerramento.

10. ANEXOS:

10.1. ANEXO A:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Projeto de pesquisa intitulado Segurança Alimentar e Nutricional durante a pandemia da COVID-19 nas famílias de pacientes da saúde mental, através desse contato telefônico, está convidando o Senhor (a) para participar dessa pesquisa que será que realizada pela Nutricionista Angélica Cristina de

Vasconcelos Cardoso do Instituto Municipal Philippe Pinel para o mestrado profissional do PPGSAN-UNIRIO, com as orientações das professoras da UNIRIO Fernanda Jurema Medeiros e Renata Borchetta Fernandes Fonseca. Essa pesquisa deseja avaliar a segurança e hábitos alimentares das famílias durante o período de pandemia da COVID-19.

O recrutamento do Senhor (a) foi realizado através da coleta do seu contato no prontuário do seu familiar no Instituto Municipal Philippe Pinel. A pesquisa constará de perguntas de dois questionários, o primeiro com 24 questões rápidas sobre a frequência de consumo de alimentos prontos e industrializado e alimentos mais naturais e de preparo caseiro e o outro questionário serão 8 questões referentes a segurança alimentar e nutricional, para sabermos como a família está adquirindo os seus alimentos durante a pandemia da COVID-19 e terá duração de 3-5 minutos. Essa pesquisa tem como objetivos conhecer seus hábitos alimentares e a identificação da ausência ou presença de segurança alimentar. Como o contato com as famílias que aceitarem participar do estudo ocorrerá por telefonema feito pelo entrevistador e depois por preenchimento de perguntas pelo WhatsApp e/ou e-mail não ocorrerá o risco de contato físico. Porém, o Senhor (a) poderá achar que está perdendo seu tempo, sentir-se cansado ou impaciente para responder as 32 perguntas, contudo, o Senhor (a) poderá interromper as perguntas a qualquer momento e negar a sua participação. O Senhor (a) poderá desistir de participar da pesquisa em qualquer fase dela, sem que exista qualquer prejuízo à sua pessoa.

Com os dados coletados poderemos produzir uma cartilha com informações sobre quais são os alimentos mais saudáveis, quais os que estimulam a imunidade, como aproveitar os alimentos de forma mais completa, como deverão ser preparados e terá instruções sobre como cultivar uma horta caseira e orientações e ações práticas nutricionais específicas para os participantes para a atenuação dos possíveis problemas identificados.

Surgindo qualquer dúvida, em qualquer momento das perguntas, o Senhor (a) poderá interromper o entrevistador e tirar suas dúvidas.

Caso o Senhor (a) aceite participar da pesquisa, receberá uma cópia desse TCLE por MMS, conhecido também por “torpedo”, o retorno dos dados coletados também será por MMS. A ligação será gravada e todas as informações colhidas serão confidenciais, mantidas em sigilo para sua proteção, proteção do seu familiar e da própria pesquisa, pois seu nome receberá um código.

Para contato ou possíveis dúvidas posteriores, o Senhor (a) poderá procurar pela Nutricionista Angélica Cardoso do Instituto Municipal Philippe Pinel, pelo e-mail: angelicacvcardoso7@gmail.com ou contato telefônico (21) 2542-3049, ramais: 2068, 2069, nas segundas e sextas-feiras ou pode-se

contatar também a professora da UNIRIO Fernanda Medeiros pelo telefone (21) 2542-7796 ou pelo e-mail: cep@unirio.br

Eu, Angélica Cristina de Vasconcelos Cardoso, Nutricionista, CRN4: 98100126- 2, ID: 10376575-6, DETRAN-RJ, CPF: 070.689.037-03, responsabilizo-me pelas informações dos dados coletados e pelo sigilo da identidade dos participantes, segundo as exigências contidas Resolução CNS 466, de 12 de dezembro de 2012, item III.2.i e o item IV.3 do Conselho Nacional da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

Quanto a aceitação do entrevistado no presente estudo:

Tendo sido esclarecido, por contato telefônico, todas as informações quanto ao estudo, EU, _____, em, ____ / ____ / ____ , concordo participar desse estudo e receberei cópia desse TCLE por WhastApp ou e-mail.

8.2. ANEXO B:

Questionário de Avaliação de Segurança Alimentar e Nutricional

1- Gênero: A) Feminino; B) Masculino; C) Prefiro não dizer;
2- Bairro onde mora.
3- Renda familiar, pergunta obrigatória: A) Menor que 1 salário-mínimo; B) Até 2 salários-mínimos; C) 2 a 4 salários-mínimos; D) 4 a 10 salários-mínimos; E) Acima de 10 salários-mínimos.
4- Escolaridade: A) Analfabeto/Fundamental 1 incompleto; B) Fundamental 1 completo/Fundamental 2 incompleto; C) Fundamental 2 completos/ Ensino médio incompleto; D) Ensino médio completo/ Superior incompleto; E) Superior completo.

5-A família recebe algum tipo de auxílio financeiro do governo? A) Bolsa família B) Auxílio emergencial C) Seguro-desemprego D) Auxílio da merenda escolar da escola pública E) Aposentadoria-INSS F) Auxílio-doença G) LOAS H) Auxílio natalidade I) Não recebo auxílio
6- Durante a pandemia, como os alimentos foram adquiridos:
A) Presencialmente em supermercados e mercados B) Com ajuda de vizinhos para fazer as compras C) Por aplicativos (internet) D) Com ajuda dos filhos e/ou outros familiares, amigos, vizinhos E) Com ajuda de projetos da igreja ou da lista de associação de moradores F) Horta caseira ou urbana
7- Moram crianças na sua casa? A) Sim B) Não
8- Moram crianças na sua casa? C) Sim D) Não
9- Moram idosos na sua casa? A) Sim B) Não
10- Algum membro da família ficou responsável pelas compras dos alimentos? A) Sim B) Não
11-Tiveram dificuldades para obter algum tipo de alimento? A) Não B) Carnes (frango, peixe, bovina e suína) C) Leite e derivados (queijo, iogurte, manteiga) D) Frutas E) Legumes e verduras F) Leguminosa
12-Com relação ao tipo de alimento normalmente consumido pela família, durante a pandemia: A) Foi possível comprar alimentos e ou preparações prontas de restaurantes, lanchonetes ou mercados; B) A família passou a preparar todos os alimentos em casa; C) A família não comprava alimentos prontos, sempre cozinhava todos os alimentos consumidos. A) A família passou a consumir mais alimentos industrializados (exemplo pizza e lasanhas prontas).

13- Durante a pandemia, sua família aumentou a ingestão de alguma dessas bebidas?

- B) Água;
- C) Refrigerantes;
- D) Bebidas alcóolicas (cerveja, cachaça, vinho etc.);
- E) Sucos e chás industrializados, tipo de 'caixinha";
- F) Sucos industrializado tipo pó;
- G) Sucos concentrados engarrafados, exemplo suco de caju de garrafa;
- H) Suco de fruta natural;
- I) Água de coco.

8.3 ANEXO C:

Questionário de frequência alimentar (QFA)

Alimento	Menos que 1vez/Mês	2 a 3 vezes/Mês	1 a 2 vezes/ Semana	3 a 4 vezes/ Semana	5 ou mais vezes/ Semana
Frango grelhado/assado					
Frango frito					
Peixes frito					
Frango cozido/assado					
Carne de boi frita					
Carne de boi cozida/assada					
Carne de porco cozida/assada					
Carne de porco frita					
Salsicha/linguiça					
Ovo frito					
Ovo cozido					

Hamburguer (sanduíche)					
Cachorro quente					
Biscoitos industrializados					
Batata frita					
Coxinha, risole					
Pizza e lasanha prontas					
Leite integral					
Leite desnatado /semidesnatado					
Queijo amarelo					
Queijo branco					
Margarina					
Manteiga					
Sorvete industrializado					
Bolo industrializado					
Suco natural					
Frutas					
Verduras					
Vegetais C (batata)					
Leguminosas (feijão)					
Vegetais B (cenoura)					
Cereais (arroz, macarrão)					
Pão de forma					
Pão integral					

Cereais integrais (arroz, macarrão, aveia)					
Pão francês					

Capítulo 9



10.37423/250409879

EVOLUÇÃO CLÍNICA DE PACIENTES SUBMETIDOS À SIMPATECTOMIA TORÁCICA NO TRATAMENTO DE HIPERIDROSE PALMAR E PLANTAR

Jack Eduarda Antunes Batista

Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais

Mirian Pereira de Oliveira

Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais

Anita de Oliveira Silva

Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais



Resumo: O objetivo é identificar a evolução clínica de pacientes com hiperidrose palmar e plantar após a simpatectomia torácica. Foi realizada uma busca nas bases de dados PubMed, Scielo e Lilacs, com os descritores controlados "hyperhidrosis", "sympathectomy"; e não controlado "palmar and plantar". Os critérios de inclusão foram artigos disponíveis em inglês, espanhol ou português e entre 2003 a 2023 e os critérios de exclusão foram artigos que não apresentam relação com a temática da pergunta norteadora, artigos duplicados e estudos de revisão. Foram identificados 22 artigos, dos quais 9 foram selecionados para leitura completa e 7 foram incluídos. Dos artigos incluídos 28,6% demonstraram que os participantes dos estudos apresentaram melhora imediata na sudorese palmar e plantar pós-cirúrgico, que foi decrescendo a longo prazo entre 7 dias a 1 ano do pós-operatório, mas que não se aplicou a todos os casos. Pelo menos 57,1% dos artigos mencionam a diferença de melhora significativa entre a hiperidrose palmar e plantar, sendo maior para as mãos. Todos os estudos mencionaram ocorrência de hiperidrose compensatória em variados graus de manifestação que vão de leve, moderada a grave. A causa da piora da sudorese a longo prazo e a alta frequência de hiperidrose compensatória pós-simpatectomia torácica ainda carecem de explicações claras na literatura. Sugere-se que a simpatectomia lombar seja o tratamento mais indicado para hiperidrose plantar. Conclui-se que a simpatectomia torácica atua como uma alternativa eficaz no tratamento da hiperidrose palmoplantar, com foco particular na melhoria da sudorese das mãos em comparação com a dos pés.

Palavras-chave: Simpatectomia; Hiperidrose; Evolução Clínica

INTRODUÇÃO

A hiperidrose palmar e plantar é uma condição crônica que causa sudorese excessiva nas palmas das mãos e plantas dos pés, ultrapassando as necessidades de termorregulação. Embora mais comum nessas regiões, a hiperidrose também pode afetar outras áreas do corpo, como axilas e face, comprometendo a qualidade de vida dos indivíduos afetados.¹

Essa patologia pode ser categorizada como primária (HP) ou secundária (HS). A variante primária está associada à hiperatividade do sistema nervoso autônomo simpático, o que ocasiona um aumento na produção de suor pelas glândulas sudoríparas écrinas em áreas anatômicas específicas.²

A fisiopatologia da hiperidrose está relacionada à disfunção do sistema nervoso simpático, que controla a atividade das glândulas sudoríparas écrinas. Essas glândulas, responsáveis pela produção de suor, são ativadas por estímulos colinérgicos provenientes das fibras simpáticas, geralmente em resposta ao aumento da temperatura corporal ou ao estresse. No entanto, na hiperidrose, ocorre uma ativação excessiva dessas fibras, resultando na liberação anormalmente alta de acetilcolina, o que estimula de forma exagerada os receptores muscarínicos nas glândulas sudoríparas. Esse processo pode ser exacerbado por distúrbios sistêmicos ou medicamentos que aumentam a liberação de acetilcolina, levando a uma sudorese excessiva, sem a necessidade de regulação térmica.³

Em termos epidemiológicos, os dados de prevalência ainda não se encontram plenamente consolidados e esclarecidos na população em geral, apresentando divergências na literatura. Entretanto, estima-se que a hiperidrose impacte cerca de 3% da população mundial, com grande variação entre os países. Ela atinge 38% da população na Índia e 20,6% no Brasil.⁴ A doença tipicamente se inicia na infância, com a manifestação clínica tornando-se mais pronunciada durante a adolescência, período de maturação hormonal e sexual, quando ocorrem mudanças fisiológicas significativas no organismo.⁵ Afeta homens e mulheres igualmente, entretanto, as mulheres procuram atendimento médico com maior frequência.⁶ Indivíduos com histórico familiar positivo de hiperidrose primária têm maior probabilidade de desenvolver a condição, indicando uma forte predisposição genética. A investigação genética mostrou que a herança é autossômica dominante, com penetrância variável, sendo essa característica independente do sexo.⁷

O diagnóstico da hiperidrose focal é feito de maneira clínica, ou seja, baseado na anamnese e no exame físico. Dessa forma, o *Multi-Specialty Working Group on the Recognition, Diagnosis, and Treatment of Primary Focal Hyperhidrosis* sugeriu, em seu estudo⁸, que os critérios de diagnóstico

devem incluir presença de suor excessivo focal, que seja visível e persista por um período mínimo de seis meses, sem causa aparente. Além disso, devem ser observadas pelo menos duas das seguintes características: sudorese bilateral e relativamente simétrica, frequência de pelo menos um episódio por semana, comprometimento das atividades diárias, início dos sintomas antes dos 25 anos de idade, história familiar positiva para hiperidrose e cessação da transpiração durante o sono.

Existem diversas opções terapêuticas para o tratamento da hiperidrose, incluindo abordagens não cirúrgicas, tais como antitranspirantes tópicos, betabloqueadores, anticolinérgicos, benzodiazepínicos, iontoforese e injeção de toxina botulínica. Dessa forma, apesar dessas alternativas, muitos pacientes apresentam recorrência de sudorese excessiva, o que os leva a considerar, cada vez mais, a simpatectomia torácica endoscópica como uma intervenção cirúrgica minimamente invasiva para aliviar os sintomas.⁹

A técnica de simpatectomia torácica mais utilizada atualmente é a versão endoscópica. Tipicamente conduzida por um cirurgião torácico, essa intervenção ocorre sob anestesia geral, utilizando-se de pequenas incisões intercostais (variando de 1 a 3) para introdução do toracoscópio. Os métodos empregados para a excisão compreendem a eletrocauterização ou o pinçamento.¹⁰ Essa técnica oferece vantagens significativas, como menor tempo de recuperação, menor dor pós-operatória e redução do risco de complicações em comparação com abordagens mais invasivas, como a simpatectomia torácica aberta.

Portanto, nesta presente revisão integrativa da literatura científica, objetiva-se identificar a evolução clínica de pacientes com hiperidrose palmar e plantar após serem submetidos à simpatectomia torácica.

MÉTODOS

Este estudo se trata de uma Revisão Integrativa da Literatura, a qual representa uma metodologia que permite a síntese do conhecimento e a integração da utilidade de resultados de estudos relevantes na prática profissional, além de constituir um instrumento da Prática Baseada em Evidência (PBE).¹¹⁻¹²

A presente revisão integrativa foi realizada por meio de seis fases apontadas pelo referencial teórico utilizado.¹¹ Dessa forma, conforme a primeira fase, foi construída a pergunta norteadora, utilizando a estratégia PICOT, um acrônimo em que P (População), I (Intervenção), C (Comparação), O (Desfecho) e T (Tempo)¹³, sendo a pergunta de pesquisa adotada para a revisão integrativa: Quais informações

estão disponíveis na literatura científica, nos últimos 20 anos, tangentes à evolução clínica de pacientes com hiperidrose palmar e plantar submetidos à simpatectomia torácica?

Referente à segunda fase, ou fase de busca ou amostragem na literatura, foi realizada uma pesquisa, via internet, nas bases de dados PubMed da *National Library of Medicine*, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e o diretório de revista *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*. Para isso, foram selecionados descritores controlados em Ciências da Saúde (DeSC)/*Medical Subject Heading* (MeSH) e descritor não controlado que se relacionava com a pergunta de pesquisa, além da utilização de descritor booleano "AND" para associação entrecruzada entre eles. Os descritores controlados: "hyperhidrosis", "sympathectomy"; e não controlado: "palmar and plantar".

Os critérios de inclusão foram artigos disponíveis nos idiomas inglês, espanhol ou português e entre 2003 a 2023. Os critérios de exclusão foram artigos que não apresentam relação com a temática da pergunta norteadora, artigos duplicados em mais de uma base de dados e estudos de revisão. Posteriormente à busca, os artigos foram listados no *software* de auxílio para revisão sistemática Rayyan QCRI (aplicativo web e móvel para revisões do *Institute Qatar Computing Research*). Com isso, a apuração dos estudos foi conduzida por intermédio da análise dos títulos e resumos, sendo que aqueles que apresentaram consonância com a pergunta de pesquisa e atenderam aos critérios de inclusão foram minuciosamente examinados em sua totalidade. Os estudos que cumpriram esses requisitos foram criteriosamente selecionados para compor a amostragem da revisão integrativa, assegurando assim a representatividade e relevância dos artigos incluídos no processo de análise.

Conforme à terceira fase, para a extração dos dados dos artigos selecionados, foi utilizado o instrumento validado por Ursi, 2005. Esse material contempla os seguintes itens: identificação do artigo original, características metodológicas do estudo, avaliação do rigor metodológico, das intervenções mensuradas e dos resultados encontrados.¹⁴

Na quarta fase, os estudos incluídos passaram por uma análise crítica de dados para se ponderar o rigor de cada estudo. Sendo eles agrupados de acordo com a hierarquia em que cada um ocupa conforme ao que o delineamento metodológico utilizado orienta¹⁵. Nesse sentido, os estudos são classificados em: Nível 1: Estudos de meta-análise e estudos clínicos randomizados; Nível 2: Estudos individuais experimentais; Nível 3: Estudos quase-experimentais; Nível 4: Estudos descritivos ou com abordagem qualitativa; Nível 5: Estudos de relatos de caso ou relatos de experiência; Nível 6: Estudos baseados em opiniões de especialistas.

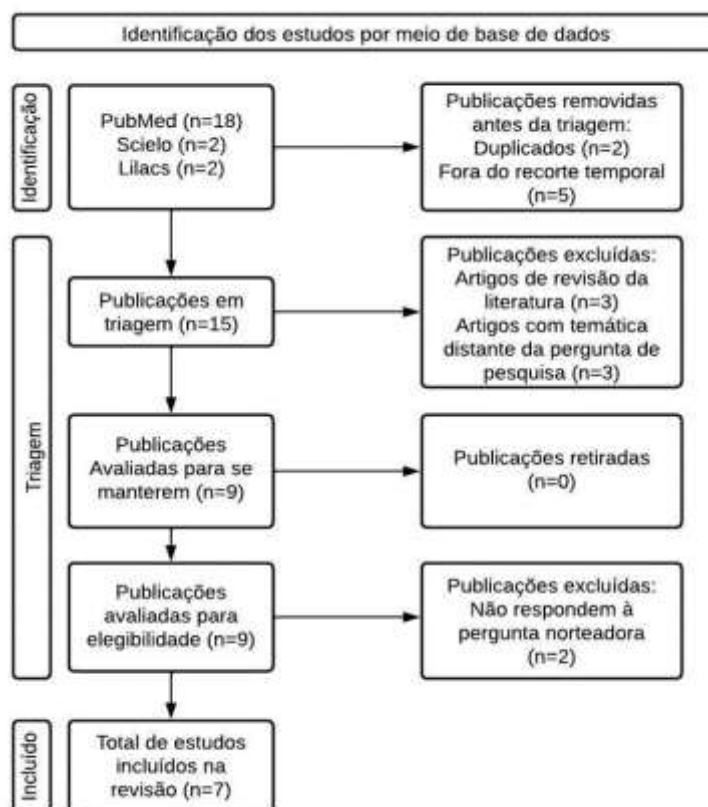
Com isso, para a quinta etapa, foi realizada a interpretação e discussão dos resultados de forma descritiva.

Por fim, na sexta etapa, a síntese dos dados extraídos também foi efetuada de forma descritiva, de modo a analisar, quantificar, detalhar e categorizar os dados, visando consolidar o entendimento gerado a respeito do assunto explorado na revisão.

RESULTADOS

Foram identificados 22 artigos e, após a aplicação de filtros que obedecem aos critérios de inclusão, 7 deles foram desconsiderados. Tais exclusões decorreram de sua incongruência com o intervalo temporal previamente estipulado, sua natureza como estudos de revisão, sua duplicação ou a abordagem de temas alheios à questão norteadora. Dos 9 estudos remanescentes para a leitura completa, 7 foram integrados à amostragem desta revisão, conforme evidenciado no esquema delineado na Figura 1.

Figura 1: Fluxograma adaptado conforme o *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), evidenciando o processo de seleção de artigos.



Fonte: Elaborado pelos autores

Em relação ao nível de evidência, foi observado um maior número de artigos originais nível 2 (n=5) e um menor número de nível 1 (n=1) e nível 4 (n=1), sendo artigos com apresentação de evidências de estudos quantitativos. Além disso, dos 7 estudos incluídos, 4 foram publicados no Brasil, um no Egito, um na China e um nos Estados Unidos da América. Dentre estes, 5 estão redigidos em inglês e dois em português.

Foi elaborada uma listagem dos artigos admitidos, englobando os títulos das publicações, os nomes dos autores, o ano de publicação e os principais resultados, a qual está disponível para análise no Quadro 1.

Quadro1: Caracterização dos artigos quanto à identificação dos títulos, ano de publicação, nome dos autores e principais achados.

Título	Ano	Autores	Principais achados
Objective evaluation of plantar hyperhidrosis after sympathectomy	2012	Wolosker N, et al. ¹⁶	Avaliação cirúrgica da sudorese em 40 pacientes: Diferença significativa entre grupos ($p<0,01$). Para sudorese plantar avaliada entre 7 dias a 1 ano: melhora de 46,25% para 30%; piora de 21,25% para 47,5%; estabilidade de 32,5% para 22,5%. Hiperidrose compensatória em 87,5%, com 2,5% grave.
Estudo dos efeitos da sazonalidade sobre os resultados operatórios e grau de satisfação após simpatectomia videotoracoscópica e do desempenho dos métodos de expansão pulmonar empregados	2010	de Lima AG, et al. ¹⁷	Em uma amostra de 75 pacientes, no sétimo dia pós-operatório, todos relataram cessação completa do suor nas palmas das mãos. A resolução do suor plantar apresentou mediana de 70 +/- 60 (KolmogorovSmirnov $p<0,001$), variando de 0 a 100. Cerca de 44% não tiveram suor reflexo, enquanto 56% tiveram, com predominância de graus leve (28%) e moderado (26,7%), e apenas 1,3% intenso.
Bloqueio por clipagem de gânglios simpáticos torácicos no tratamento da hiper-hidrose	2006	Stori Jr, et al. ¹⁸	Em uma amostra de 45 pacientes submetidos à clipagem de gânglios para resolver sudorese palmar, os resultados aos 7 dias, 30 dias e 6 meses pós-operatório foram: 82,1% excelentes, 17,9% bons; 79,5% excelentes, 20,5% bons; e 84,6% excelentes, 10,3% bons, 5,1% regulares, respectivamente. Quanto à sudorese plantar, a satisfação diminuiu em 6 meses, com 21,1% sem melhora e 84,4% desenvolvendo sudorese compensatória, incluindo 3 com manifestação intensa.

Plantar hyperhidrosis associated with primary palmar hyperhidrosis: Outcome following video-assisted thoroscopic sympathectomy	2021	Abu Arab WS, et al. ¹⁹	Em um estudo com 518 pacientes submetidos à VAST, houve redução significativa no suor palmar e plantar após 7 dias, 30 dias e 6 meses pós-operatório. Desses, 505 apresentaram hiperidrose compensatória, reduzindo para 485 em 30 dias e mantendo-se quase estável em 6 meses.
Long-Term Efficacy of T3 Versus T3+T4 Thoroscopic Sympathectomy for Concurrent Palmar and Plantar Hyperhidrosis	2021	Yang C, et al. ²⁰	Em uma amostra de 220 pacientes, observou-se alívio significativo para hiperidrose palmar ($p=0,048$) e plantar ($p=0,01$). A taxa total de alívio foi maior com simpatectomia em T3-T4 para ambas as condições. Não houve diferença significativa na manifestação de hiperidrose compensatória entre os grupos T3-T4 e T3, mas houve uma tendência crescente de hiperidrose grave com T3-T4. Após 1 ano, houve recorrência em 4 pacientes do grupo T3 e 2 do grupo T4.
Factors affecting long-term satisfaction after thoracic sympathectomy for palmar and plantar hyperhidrosis. Is the sudomotor reflex the only villain?	2011	de Lima AG, et al. ²¹	Em uma amostra de 75 pacientes, após 7 dias do pós-operatório, todos relataram resolução completa da hiperidrose palmar, com uma mediana de 70 ± 60 para a hiperidrose plantar ($p<0,001$). Dessa amostra, 56% dos pacientes tiveram reflexo sudomotor.
Temporary thoroscopic sympathetic block for hyperhidrosis	2008	Miller DL, et al. ²²	De uma amostra de 25 pacientes, 18 apresentavam hiperidrose palmar, plantar e axilar, enquanto 3 tinham hiperidrose palmar e plantar. Após a simpatectomia torácica videoassistida, com bloqueio simpático nos níveis T2 a T3 (72%), T3 a T4 (16%) e T2 (12%), e bloqueio dos gânglios acessórios, todos os pacientes (100%) experimentaram resolução completa da hiperidrose. No entanto, 12% desenvolveram hiperidrose compensatória (2 leves e 1 grave).

Fonte: Elaborado pelos autores

DISCUSSÃO

A simpatectomia toracoscópica emerge como uma alternativa eficaz quando todas as outras modalidades de tratamento não cirúrgico foram esgotadas.²³⁻²⁵ Todavia, dada a natureza, ainda que minimamente invasiva, do procedimento, é mister que os riscos cirúrgicos e os efeitos compensatórios, como o reflexo sudomotor recorrentemente observado na maioria dos estudos abordados nesta revisão, sejam devidamente elucidados aos pacientes antes do procedimento. As potenciais complicações da simpatectomia toracoscópica incluem pneumotórax, hemotórax, o surgimento de hiperidrose compensatória no pós-operatório, sudorese recorrente e, em menor frequência, a síndrome de Horner.²⁶⁻²⁸ Dessa forma, a presente revisão de literatura explorou estudos que investigaram os efeitos da simpatectomia sobre a evolução da hiperidrose palmoplantar.

RESULTADOS DA SIMPATECTOMIA TORÁCICA A LONGO PRAZO

Foi possível observar que os resultados da simpatectomia torácica variam de forma significativa ao decorrer do tempo. 28,6% dos artigos incluídos ^{16,18} demonstraram que os participantes dos estudos apresentaram melhora imediata na sudorese palmar e plantar no pós-cirúrgico, que foi decrescendo a longo prazo em um período que variou de 7 dias a 1 ano pós-operatório, mas que não se aplicou a todos os casos.

Mais especificamente, o estudo de Wolosker N, et al. ¹⁶, com 40 pacientes, utilizou de um dispositivo sudorômetro, que mensura o nível de sudorese plantar como instrumento de avaliação do efeito da simpatectomia sobre a hiperidrose plantar. Ao realizar um acompanhamento dos pacientes durante 1 ano, foi demonstrado que ao longo do tempo a melhora da sudorese dos pés regrediu de 46,25% para 30%, a piora aumentou de 21,25% para 47,5% e os pacientes que eram estáveis tiveram uma diminuição da melhora de sudorese plantar de 32,5% para 22,5%.

Também, o estudo de Stori Jr, et al. ¹⁸, com amostra de 45 pacientes submetidos à simpatectomia com clipagem de gânglios, 39 apresentavam hiperidrose palmar. O estudo demonstrou, desses 39 pacientes, que em 7 dias do pós-operatório, 82,1% dos pacientes tiveram resultados excelentes (sem suor na região de interesse) e 17,9% tiveram bons resultados (melhora moderada da sudorese). Já depois de 30 dias pós-operatórios, a resolução da sudorese regrediu, de modo que 79,5% tiveram excelentes resultados e 20,5% tiveram bons resultados. Após 6 meses, 84,6% tiveram excelentes resultados, 10,3% bons resultados e 5,1% regulares (melhora discreta da sudorese). Além disso, dos 45 pacientes da amostra, 35 apresentava sudorese plantar. Desses, em 7 dias do pós-operatório, 28,9% apresentaram resultados excelentes, 42,1% bons resultados, 21,1% resultados regulares e 7,9% resultados ruins. Em 30 dias, 10,5% tiveram excelentes resultados, 50% bons resultados, 29% resultados regulares e 10,5% resultados ruins. Em 6 meses 2,6% tiveram excelentes resultados, 39,5% bons resultados, 36,8% resultados regulares e 21,1% resultados ruins.

A publicação de Abu Arab WS, et al. ¹⁹, a qual contou com uma amostra de 518 pacientes com hiperidrose palmoplantar submetidos à VAST (*Video-Assisted Thoracoscopic Surgery*), apresentou resultados de melhora significativa da hiperidrose palmar e plantar avaliados em 7 dias, 30 dias e 6 meses pós-operatórios com uma ligeira regressão da melhora da sudorese em 7 dias a 30 dias, que os autores associam à recuperação das fibras nervosas da cadeia simpática da lesão térmica pelo

cautério, porém estabilizou e se manteve após 6 meses sem regressão da melhora. É válido ressaltar que os resultados desse estudo foram obtidos por meio de um método subjetivo.

Portanto, fica evidente que a resolução da sudorese, especialmente a palmar, tende a ser imediata no pós-cirúrgico; entretanto, a melhora, de maneira geral, apresenta uma regressão a longo prazo. É importante ressaltar que essa dinâmica não é universal e pode variar em diferentes contextos. Além disso, muitos estudos sobre essa temática na literatura utilizam instrumentos subjetivos para coletar dados, destacando a necessidade premente de empregar métodos de mensuração cada vez mais objetivos para assegurar a validade dos resultados obtidos.

RESOLUÇÃO PALMAR VERSUS PLANTAR COM A SIMPATECTOMIA TORÁCICA

Pelo menos 57,1% dos artigos mencionam a diferença de melhora entre a hiperidrose palmar e a plantar, sendo maior para as mãos.

Foi analisado que a simpatectomia torácica é um procedimento mais recomendável para o tratamento de hiperidrose palmar em comparação com a plantar. Estudos evidenciam que a simpatectomia torácica alivia a sudorese das mãos em 90% a 100%, mas para os pés, a hiperidrose permanece inalterada em até 60% a 70% dos casos e em alguns pode estar aumentada, sendo a simpatectomia lombar o procedimento mais recomendado para hiperidrose plantar.²⁹ O nível de ressecção da cadeia simpática torácica favorece um maior controle da sudorese palmar, todavia, somado a esse benefício, uma resolução plantar, ainda que mais discreta, pode ser identificada como resultado, porém com menor impacto do que a palmar, o que afeta a percepção dos pacientes no que tange à satisfação pós-cirúrgica.

Diante do exposto, segundo de Lima AG, et al.^{17,21}, em seu estudo composto por uma amostra de 75 pacientes, no sétimo dia do pós-operatório, todos os pacientes referiram solução completa do suor palmar, já a resolução plantar teve mediana de 70 ± 60 (Kolmogorov-Smirnov $p < 0,001$), variando de 0 a 100. Isso evidencia a tendência da simpatectomia torácica em promover melhores resultados na resolução palmar em comparação à plantar.

Ademais, a publicação de Stori Jr, et al.¹⁸ demonstra que num período de 7 dias a 6 meses, os resultados excelentes de resolução da sudorese palmar foram de 82,1% dos pacientes para 84,6%. Já em relação aos resultados excelentes de resolução da sudorese plantar no mesmo período de tempo, eles foram de 28,9% dos pacientes para 2,6%.

No estudo de Yang C, et al.²⁰ que teve uma amostra de 220 pacientes, observou-se alívio significativo para hiperidrose palmar ($p=0,048$) e plantar ($p=0,01$). A taxa total de alívio foi maior com a simpatectomia em T3-T4 para ambas as condições, sendo a palmar de 98,75% e a plantar de 65,63%.

Nesse contexto, torna-se notório que a simpatectomia torácica é um procedimento recomendado para pacientes que sofrem de hiperidrose palmar ou hiperidrose palmoplantar associadas, não sendo aconselhável para aqueles com hiperidrose plantar isolada. Isso se deve à comprovada eficácia no tratamento dessas condições quando afetam as mãos e, em menor grau, os pés, enquanto a eficácia para a hiperidrose plantar isolada é mais variável e menos previsível.

HIPERIDROSE COMPENSATÓRIA

A hiperidrose compensatória é um fenômeno que ocorre após a cirurgia de simpatectomia torácica, manifestando-se por sudorese em graus diversos, que pode variar de leve a profusa. Geralmente, essa sudorese afeta regiões do corpo que não foram submetidas à simpatectomia, como a região dorsal, o abdome e ocasionalmente os membros inferiores, onde previamente não havia sudorese anormal.³⁰ Nesse sentido, a hiperidrose compensatória é uma das principais preocupações e limitações associadas à simpatectomia para tratamento da hiperidrose. Devido à complexidade de se avaliar o seu grau, os dados sobre a sua incidência já publicados são controversos, variando de 3 a 90%.³¹⁻³⁴

Dos artigos analisados, 100% mencionaram ocorrência de hiperidrose compensatória em variados graus de manifestação. Wolosker N, et al.¹⁶, em seu estudo com 40 pacientes, observou que houve hiperidrose compensatória em 87,5% pacientes e desses, 2,5% é na forma grave. Já, no estudo de Stori Jr, et al.¹⁸, dos 45 pacientes, 84,4% desenvolveram sudorese compensatória após 6 meses, sendo 3 pacientes com manifestação intensa. Também, no estudo de Miller DL, et al.²², com 25 pacientes, 12% desenvolveram hiperidrose compensatória, sendo 2 leves e 1 grave. A partir dos resultados expostos, é possível afirmar que a hiperidrose compensatória pode se manifestar em graus variados. Os possíveis fatores que influenciam a gravidade são idade, gênero, índice de massa corporal, nível e extensão da ressecção cirúrgica.³⁵⁻³⁷

Com uma amostra de 75 pacientes, de Lima AG, et al.¹⁷ observou que 56% dos pacientes tiveram suor reflexo. A maioria foi de grau leve (28%) e moderado (26,7%), sendo 1,3% intenso. Além disso, a presença e o grau de suor reflexo sofrem interferência da sazonalidade, de modo que o verão é o de maior presença de suor reflexo e a primavera o de menor. Outros estudos também observaram que a

frequência de relato de sintomas compensatórios e a intensidade da sudorese está intimamente ligada à influência do clima quente.³⁰

Dos 518 pacientes que Abu Arab WS, et al.¹⁹ estudou, 505 apresentaram hiperidrose compensatória que melhorou depois de 30 dias e 6 meses, de modo que o número de pacientes com hiperidrose compensatória reduziu para 485 em 30 dias e permaneceu quase estável em 6 meses.

Yang C, et al.²⁰, ao comparar os resultados da simpatectomia em T3-T4 versus T3 num grupo de 220 pacientes, dos quais 60 são do grupo T3 e 160 do grupo T3-T4, observou que não houve diferença para manifestação de hiperidrose compensatória quando se compara o nível T3-T4 versus T3, mas há tendência crescente de hiperidrose grave em 10% para simpatectomia T3-T4 versus 5% em T3. É importante levar em consideração a discrepância entre o tamanho das amostras comparadas antes de se inferir resultados. Segundo outros autores, acredita-se que quanto mais baixo o nível do gânglio e menor a extensão da secção, melhores serão os resultados e menor índice de hiperidrose reflexa.³⁷³⁸

Desse modo, é possível deduzir que a hiperidrose compensatória é uma ocorrência bastante comum após a simpatectomia, caracterizada por uma manifestação variável em sua gravidade. Os fatores que influenciam essa gravidade são múltiplos e ainda pouco esclarecidos na literatura. Esse fenômeno frequentemente afeta a satisfação dos pacientes com o procedimento cirúrgico.

CONCLUSÃO

Em conclusão, esta revisão integrativa destaca a simpatectomia torácica como uma alternativa eficaz no tratamento da hiperidrose palmoplantar, com foco particular na melhoria da sudorese das mãos em comparação com a dos pés. Os resultados revisados indicam uma melhora imediata da anidrose nas áreas tratadas, embora essa eficácia possa diminuir ao longo do tempo sem uma explicação clara na literatura. A ocorrência frequente de hiperidrose compensatória em diferentes graus entre os pacientes submetidos ao procedimento também foi observada, o que pode impactar negativamente a satisfação dos pacientes.

No entanto, é importante ressaltar as limitações deste estudo, incluindo o número limitado de artigos analisados e a carência de estudos de alto nível de evidência com metodologias de avaliação mais objetivas para maior confiabilidade dos resultados. Essas limitações destacam a necessidade de mais pesquisas para melhor compreender os resultados e as complicações associadas à simpatectomia torácica, bem como para orientar estratégias de tratamento mais eficazes e personalizadas para os pacientes com hiperidrose palmoplantar.

REFERÊNCIAS

1. Silva FV da, Bastos APS de, Brito CEP de, Aguiar MJNO, Ribeiro TF, Moraes FGM de, et al. Toxina botulínica como opção de tratamento para hiperidrose primária: uma revisão de literatura. *Braz. J. Implantol. Health Sci.* [Internet]. mar de 2024; 6(3):1820-4. Disponível em: <https://bjih.s.emnuvens.com.br/bjih/article/view/1675>
2. Lockmann LO. Toxina botulínica tipo A no tratamento de hiperidrose primária: uma revisão da literatura [undergraduate thesis on the Internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Ciências Básicas da Saúde, Curso de Biomedicina; 2023. 39 p. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/263980>
3. Brackenrich J, Fagg C. Hyperhidrosis. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls. 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29083676/>
4. Rosário CC do, Fagundes AM, Costa CG, Bessa ABM de, Gonçalves LD, Provenzani APB, et al. O uso de botox para controle da hiperidrose. *JMBR* [Internet]. set de 2024;1(4):219-26. Disponível em: <https://journalmbr.com.br/index.php/jmbr/article/view/246>
5. Marani A, Gioacchini H, Paolinelli M, Bobyr I, Martina E, Radi G, et al. Pain control during the treatment of primary palmar hyperhidrosis with botulinum toxin A by a topical application of liposomal lidocaine: clinical effectiveness. *Toxins* (Basel). 2024;16(1):28. Doi:10.3390/toxins16010028.
6. Loureiro M de P, Novais PM, Coelho RM, Paulin JAN. Sexual effects and long-term outcomes of endoscopic lumbar sympathectomy for plantar hyperhidrosis in men: a cross-sectional study. *J vasc bras* [Internet]. 2024;23:e20240014. Available from: <https://doi.org/10.1590/1677-5449.202400142>
7. Parveen A, Abbas S, Mehmood N, Patafi MAM, Wajid U, Luqman M, et al. Primary hyperhidrosis: From a genetics point of view. *J Family Med Prim Care*. 2023;12(12):3028-3032. doi:10.4103/jfmpc.jfmpc_1568_22.
8. Hornberger J, Grimes K, Naumann M, Glaser DA, Lowe NJ, Naver H, et al. Recognition, diagnosis, and treatment of primary focal hyperhidrosis. *J Am Acad Dermatol*. 2004 Aug;51(2):274-86. doi: 10.1016/j.jaad.2003.12.029.
9. Solish MJ, Savinova I, Weinberg MJ. A Practical Approach to the Diagnosis and Treatment of Palmar Hyperhidrosis. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2022;10(3):e4172. doi:10.1097/GOX.0000000000004172
10. Walling HW, Swick BL. Treatment options for hyperhidrosis. *Am J Clin Dermatol*. 2011 Oct 1;12(5):285-95. doi: 10.2165/11587870-000000000-00000. PMID: 21714579.
11. Souza MT de, Silva MD da, Carvalho R de. Integrative review: what is it? How to do it?. *Einstein* (São Paulo) [Internet]. 2010Jan;8(1):102–6.
12. Dantas HL de L, Costa CRB, Costa L de MC, Lúcio IML, Comassetto I. Como elaborar uma revisão integrativa: sistematização do método científico. *Revista Recien* [Internet]. mar de

2022;12(37):334-45.

Disponível

em:

<https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/575>

13. Liu X, Anstey J, Li R, Sarabu C, Sono R, Butte AJ. Rethinking PICO in the machine learning era: ML-PICO. *Appl Clin Inform.* 2021;12(2):407-416. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34010977/>
14. Ursi ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.
15. Stetler CB, Morsi D, Rucki S, Broughton S, Corrigan B, Fitzgerald J, et al. Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. *Appl Nurs Res.* 1998;11(4):195-206.
16. Wolosker N, Ishy A, Yazbek G, Campos JRM de, Kauffman P, Puech-Leão P, et al.. Objective evaluation of plantar hyperhidrosis after sympathectomy. *Clinics* [Internet]. 2013;68(3):311–5. Available from: [https://doi.org/10.6061/clinics/2013\(03\)OA05](https://doi.org/10.6061/clinics/2013(03)OA05)
17. Lima AG de. Estudo dos efeitos da sazonalidade sobre os resultados operatórios e grau de satisfação após simpatectomia videotoracoscópica e do desempenho dos métodos de expansão pulmonar empregados [Internet]. 2011 ;Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5156/tde-17012013-143803/>
18. Stori Jr. W de S, Coelho M de S, Guimarães P de SF, Bergonse Neto N, Pizarro LDV. Bloqueio por clipagem de gânglios simpáticos torácicos no tratamento da hiper-hidrose. *An Bras Dermatol* [Internet]. 2006Sep;81(5):425–32. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0365-05962006000500004>
19. Abu Arab WS, Elhamami MM. Plantar hyperhidrosis associated with primary palmar hyperhidrosis: Outcome following video-assisted thoracoscopic sympathectomy. *Asian Cardiovasc Thorac Ann.* 2021 May;29(4):310-317. doi: 10.1177/0218492321996508.
20. Yang C, Li Z, Bai H, Mao H, Li JX, Wu H, et al. Long-Term Efficacy of T3 Versus T3+T4 Thoracoscopic Sympathectomy for Concurrent Palmar and Plantar Hyperhidrosis. *J Surg Res.* 2021 Jul;263:224-229. doi: 10.1016/j.jss.2020.11.064.
21. de Lima AG, Das-Neves-Pereira JC, de Campos JR, Jatene FB. Factors affecting long-term satisfaction after thoracic sympathectomy for palmar and plantar hyperhidrosis. Is the sudomotor reflex the only villain? *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* 2011 Apr;12(4):554-7. doi: 10.1510/icvts.2010.245720.
22. Miller DL, Force SD. Temporary thoracoscopic sympathetic block for hyperhidrosis. *Ann Thorac Surg.* 2008 Apr;85(4):1211-4; discussion 1215-6. doi: 10.1016/j.athoracsurg.
23. Gonçalves AM, Silva RVM da, Cavalcante BH de S, Bezerra MO de L. Hiperidrose: o impacto das opções terapêuticas na qualidade de vida dos pacientes. *REAMed* [Internet]. 2023;23(2):e12010. Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/medico/article/view/12010>

24. Nascimento IBO, Matias GFS, Oliveira LA, Nascimento BBO, Santos DO, Figueiredo MBGA. Tratamento da hiperidrose primária infanto-juvenil: uma revisão integrativa. *Res Soc Dev.* 2023;12(4):e20412441231. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/41231>
25. Akil A, Semik M, Fischer S. Efficacy of Miniuniportal Video-Assisted Thoracoscopic Selective Sympathectomy (Ramicotomy) for the Treatment of Severe Palmar and Axillar Hyperhidrosis. *Thorac Cardiovasc Surg.* 2019;67(5):415-419. doi:10.1055/s-0038-1642030
26. Lee HJ, Kang JJ, Oh SY. Persistent Horner Syndrome Following Bilateral Endoscopic Thoracic Sympathotomy: A Case Report. *Neuroophthalmology.* 2024;48(5):364-368. Published 2024 Mar 12. doi:10.1080/01658107.2024.2324397
27. Dini TR, Tanimitsu LYR, Sakuma RH, Teixeira MLS. Simpatectomia torácica assistida por vídeo: revisão da literatura. *Arch. Health [Internet].* 2024 Jul;5(3):e1971. Available from: <https://ojs.latinamericanpublicacoes.com.br/ojs/index.php/ah/article/view/1971>
28. Silva JCPS, Morard MRS, Duarte AJV, Virla A, Magalhães P, Teixeira AQ, et al. Simpatectomia videotoroscópica uniportal: um avanço da técnica minimamente invasiva no tratamento da Hiperidrose Primária. *Anais da Academia Nacional de Medicina.* 2021;192(4):150-162. doi:10.52130/27639878-AANM2021v192n4p150-162
29. Rieger R, Loureiro Mde P, Pedevilla S, de Oliveira RA. Endoscopic lumbar sympathectomy following thoracic sympathectomy in patients with palmo-plantar hyperhidrosis. *World J Surg.* 2011 Jan;35(1):49-53. doi: 10.1007/s00268-010-0801-0
30. Lyra R de M, Campos JRM de, Kang DWW, Loureiro M de P, Furian MB, Costa MG, et al. Diretrizes para a prevenção, diagnóstico e tratamento da hiperidrose compensatória. *J bras pneumol [Internet].* 2008Nov;34(11):967-77. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1806-37132008001100013>.
31. Xu J, Liang W, Cai J, Xiong J, Huang C, Xu Z, Guan J. Long term outcomes and risk factors of compensatory hyperhidrosis after thoracoscopic sympathectomy in primary palmar hyperhidrosis patients: a retrospective single-center study. *J Cardiothorac Surg.* 2024 Oct 4;19(1):590. doi: 10.1186/s13019-024-03086-y.
32. Woo W, Kim BJ, Kang D, Won J, Moon DH, Lee S. Patient experience and prognostic factors of compensatory hyperhidrosis and recurrence after endoscopic thoracic sympathectomy. *Surg Endosc.* 2022;36(11):8340-8
33. Turhan K, Kavurmaci O, Akcam TI, Ergonul AG, Ozdil A, Cakan A, Cagirici U. Long-term outcomes and course of compensatory sweating after endoscopic sympathectomy. *Thorac Cardiovasc Surg.* 2022;70(2):167-72
34. Horslen LC, Wilshire CL, Louie BE, Vallières E. Long-term impact of endoscopic thoracic sympathectomy for primary palmar hyperhidrosis. *Ann Thorac Surg.* 2018;106(4):1008-12.
35. Hyun KY, Kim JJ, Im KS, Lee BS, Kim YJ. Machine learning analysis of primary hyperhidrosis for classification of hyperhidrosis type and prediction of compensatory hyperhidrosis. *J Thorac Dis.* 2023;15(9):4808-4817. doi:10.21037/jtd-23-471

36. Yazbek G, Ishy A, Alexandrino da Silva MF, et al. Evaluation of compensatory hyperhidrosis after sympathectomy: The use of an objective method. *Ann Vasc Surg.* 2021;77:25-30. doi:10.1016/j.avsg.2021.05.014
37. Yazbek G, Wolosker N, Kauffman P, Campos JRM de, Puech-Leão P, Jatene FB. Twenty months of evolution following sympathectomy on patients with palmar hyperhidrosis: sympathectomy at the T3 level is better than at the T2 level. *Clinics [Internet].* 2009;64(8):743–9. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1807-59322009000800006>
38. Hsu CP, Shia SE, Hsia JY, Chuang CY, Chen CY. Experiences in thoracoscopic sympathectomy for axillary hyperhidrosis and osmidrosis: focusing on the extent of sympathectomy. *Arch Surg.* 2001 Oct;136(10):1115-7. doi: 10.1001/archsurg.136.10.1115.

Capítulo 10



10.37423/250409882

UMA REVISÃO SOBRE A UTILIZAÇÃO DA VENTILAÇÃO MECÂNICA PROTETORA

Viriato Ribeiro da Luz Filho

Pontifícia Universidade Católica do Paraná



Resumo: A utilização da Ventilação Mecânica (VM) de forma protetora vem sendo utilizada frequentemente em pacientes com Lesão Pulmonar Aguda (LPA) ou Síndrome da Angústia Respiratória em Adultos (SARA). Porém, em pacientes os quais as condições supracitadas encontram-se ausentes, o uso de Volume Corrente (VC) ainda é muito comum. A existência de estudos retrospectivos vem indicando que poderia haver uma relação de causalidade entre o surgimento de LPA e da forma SARA em pacientes sujeitos a este tipo de intervenção. O objetivo desta revisão é encontrar evidências científicas que sirvam de argumento para a escolha de uma estratégia adequada na intervenção.

Palavras-Chave: Ventilação Mecânica; Lesão Pulmonar Aguda; Síndrome da Angústia

Respiratória em Adultos

Área Temática: Outros temas relacionados à saúde

INTRODUÇÃO

Lesões pulmonares decorrentes de processos de ventilação mecânica ocorrem majoritariamente devido a 4 processos, sendo eles: Estiramento Alveolar, Barotrauma, Atelectrauma e Biotrauma. As três primeiras condições traumáticas são causadas pelo volume corrente excessivo, pressão de platô alveolar elevada e variações cíclicas de pressão, resultando em colapso intermitente das vias respiratórias. A condição de Biotrauma é protagonizada por uma resposta inflamatória exacerbada, decorrente das complicações do mau uso da ventilação. A evolução destas condições pode, frequentemente, levar a forma aguda conhecida como SARA, caracterizada por infiltrados pulmonares difusos, lesão alveolar difusa, insuficiência respiratória aguda e finalmente a falência respiratória. Dessa forma, ao analisar o processo de ventilação, poderemos entender como os traumas de vias respiratórias podem ser evitados e quais seriam as melhores estratégias para prevenir lesões e evitar a forma grave conhecida como SARA, a qual requer um suporte ventilatório ainda mais complexo.

METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa e posterior revisão narrativa de artigos disponíveis em plataformas como PubMed, SciELO e Google Acadêmico, onde encontram-se os temas relacionados à “ventilação mecânica” protetiva e as estratégias frequentemente utilizadas.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A etiologia é distinta para LPA e SARA, variando a mortalidade em torno de 25% a 40%, sendo que na SARA esta pode chegar a 58%. Fatores como idade, grau de disfunção de órgãos, imunossupressão, doença hepática crônica e pontuação em escore de gravidade (SAPS II - Simplified Acute Physiological Score II) 8-10 também influenciam o prognóstico.

Aproximadamente 1/3 dos episódios de SARA resultam em doença pulmonar crônica. O dano alveolar em SARA está relacionado a uma resposta inflamatória desequilibrada. As agressões pulmonares e extrapulmonares induzem a liberação de mediadores inflamatórios. A ativação dos monócitos e macrófagos - citocinas, TNF- α e interleucina - leva a uma resposta inflamatória sistêmica liberando enzimas proteolíticas e oxidantes, levando a morte do epitélio alveolar.

Há coerência entre os estudos que comparam estratégias de ventilação mecânica em pacientes com LPA/SARA. Estes confirmaram que o uso de VC menor reduz os níveis de mediadores inflamatórios, evitando assim as formas obstrutivas crônicas decorrentes de danos.

O baixo VC na VMP é responsável pelo menor estiramento alveolar em comparação com o VC comumente utilizado. De forma semelhante, o barotrauma é minimizado evitando assim o atelectrauma resultante de colapso das vias respiratórias. O biotrauma, por sua vez, é minimizado tendo sob controle os danos físicos causados ao epitélio e controlando a produção de espécies reativas derivadas da fosforilação nas mitocôndrias. Um ensaio clínico randomizado mostrou que a VM protetora resultou em melhor relação PaO_2/FiO_2 durante a ventilação monopulmonar e uma hora após a cirurgia, além de se verificar a redução no tempo de VM no pós-operatório. O índice de infecção em pacientes ventilados com VC mais baixos foram reduzidos e eles ficaram menos tempo na VM e menos dias no CTI.

CONCLUSÃO

Fica demonstrado que, mesmo novos estudos sendo perfeitamente esperados, há uma grande vantagem observada na VM protetiva em relação a intervenção com VC, tendo em vista a diminuição dos principais traumas relacionados a este procedimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMATO, M. B., MEADE, M. O., SLUTSKY, A. S., BROCHARD, L., COSTA, E. L., SCHOENFELD, D. A., ... & CARVALHO, C. R. (2015). Driving pressure and survival in the acute respiratory distress syndrome. *New England Journal of Medicine*, 372(8), 747-755.

BROWER, R. G., MATTHAY, M. A., MORRIS, A., SCHOENFELD, D., THOMPSON, B. T., & WHEELER, A. (2000). Ventilation with lower tidal volumes as compared with traditional tidal volumes for acute lung injury and the acute respiratory distress syndrome.

New England Journal of Medicine, 342(18), 1301-1308.

DUSHIANTHAN, A., GROCOTT, M. P., POSTLE, A. D., & CUSACK, R. (2012). Acute respiratory distress syndrome and acute lung injury. *Postgraduate medical journal*, 88(1041), 612-622.

LUSHCHAK, V. I. (2014). Free radicals, reactive oxygen species, oxidative stress and its classification. *Chemico-biological interactions*, 224, 164-175.

SIES, H., & JONES, D. P. (2020). Reactive oxygen species (ROS) as pleiotropic physiological signalling agents. *Nature Reviews Molecular Cell Biology*, 21(7), 363-383.

SLUTSKY, A. S., & RANIERI, V. M. (2013). Ventilator-induced lung injury. *New England Journal of Medicine*, 369(22), 2126-2136.

Capítulo 11



10.37423/250409904

MANEJO DE PACIENTES POR ACIDENTES OFÍDICOS NO CENÁRIO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Luiza Wanzeller Monteiro

*Centro Universitário Metropolitano da
Amazônia*

Letícia Homci Morais Sabathé

*Centro Universitário Metropolitano da
Amazônia*



INTRODUÇÃO:

O atendimento adequado a vítimas de acidentes ofídicos ainda representa um desafio significativo na prática médica, evidenciando pelo desconhecimento de muitos profissionais de saúde sobre as condutas corretas nesses casos. Esse déficit de conhecimento é frequentemente atribuído a falta de abordagem aprofundada do tema durante a formação acadêmica e na educação continuada dos profissionais de saúde.

OBJETIVO:

Este estudo visa explorar e delinear as melhores práticas para o manejo de pacientes vítimas de acidentes ofídicos, especialmente no ambiente de urgência e emergência, a fim de aprimorar o atendimento e os desfechos clínicos.

METODOLOGIA:

O estudo foi baseado em uma revisão de literatura, no qual foram selecionados artigos das diversas bases de dados, dentre elas: Pubmed, Scielo, Biblioteca Virtual de Saúde e Cochrane Library.

RESULTADOS:

O manejo de pacientes vítimas de acidentes ofídicos no cenário de urgência e emergência é uma prática crucial, especialmente em áreas endêmicas, pois segundo Aguiar *et al.* (2021), a gravidade dos acidentes ofídicos varia conforme a espécie de serpente envolvida, a quantidade de veneno injetada, o local da picada e o tempo decorrido até o atendimento. Segundo Gomes (2023) na chegada ao serviço de urgência, deve-se realizar uma avaliação primária rápida, priorizando a manutenção das vias aéreas, respiração e circulação (ABC), logo, identificar sinais de choque, insuficiência respiratória ou alterações neurológicas é fundamental. Nesse aspecto Lopes *et al.* (2023) ressalta que pacientes podem desenvolver complicações, como insuficiência renal aguda, coagulopatia, choque, infecções secundárias e necrose extensa. Essas condições exigem intervenções adicionais, como hemodiálise, transfusões de sangue e cirurgias.

CONCLUSÃO:

O manejo de pacientes vítimas de acidentes ofídicos requer uma abordagem rápida, técnica e bem-informada, além de recursos adequados para suporte clínico e soroterapia específica. O sucesso no

tratamento depende da capacitação contínua dos profissionais de saúde, garantindo que estejam preparados para responder com eficácia e segurança a essas emergências.

Palavras Chave: Endemia. Vias aéreas. Avaliação primária.

Área Temática: Sinais e Sintomas no Departamento de Emergência

REFERÊNCIAS

LOPES, B.S. et al. Conhecimento sobre manejo de vítimas de acidentes botrópicos no serviço de emergência. *Enferm Foco*. 14(3): 41-49, 2023.

SILVA, L.F.G. Internato médico em urgência e emergência do sus: relatos de vivência e análise crítica acerca da organização do serviço de urgência e emergência da cidade de foz do Iguaçu. 2023. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Medicina) - Universidade Federal Latino Americana, Foz do Iguaçu, 2023

AGUIAR, T.K.P. et al. Treinamento no protocolo sobre acidentes ofídicos na região Amazônica na Fundação de Medicina Tropical Doutor Heitor Vieira Dourado: um relato de experiência. *Em Extensão*. 3(2): 10-18, 2021.

Capítulo 12



10.37423/250409912

APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM POR GRADUANDOS NA PRÁTICA EM INFECTOLOGIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Agnês Alves Carmo da Silva

Universidade do Estado do Amazonas

João Pedro Soares Soares

Universidade do Estado do Amazonas

Airton Nascimento Herculano Júnior

Universidade do Estado do Amazonas

Ana Thayná Serrão Gonçalves

Universidade do Estado do Amazonas

Ana Karoline Maia Moreira Pinto

Universidade do Estado do Amazonas



INTRODUÇÃO:

No Brasil, Wanda Horta definiu o Processo de Enfermagem como ações sistemáticas e inter-relacionadas, objetivando a assistência dinâmica ao ser humano. (HORTA, 2011). Com base na Resolução COFEN nº 358/2009, tem-se o Processo de Enfermagem como instrumento metodológico que orienta o cuidado e a documentação da prática profissional (COFEN, 2009). É um método que organiza, planeja e executa os cuidados de enfermagem, organizado em cinco etapas: o Histórico, o Diagnóstico, o Planejamento, a Implementação e a Avaliação de Enfermagem (COFEN, 2009). As etapas exigem registros e verificações acuradas, implicando em aspectos legais ao enfermeiro, à equipe e ao paciente.

OBJETIVO:

Relatar a experiência com a aplicação do Processo de Enfermagem por graduandos na prática clínica em um hospital referência em doenças tropicais e infectocontagiosas do estado do Amazonas.

METODOLOGIA:

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado na Fundação de Medicina Tropical Doutor Heitor Vieira Dourado (FMT-HVD), durante o período de estágio curricular obrigatório de junho a julho de 2023. Os discentes estiveram sob orientação dos preceptores da disciplina de Enfermagem no Processo de Cuidar em Doenças Tropicais e Infectocontagiosas, da grade curricular do curso de Enfermagem da ESA-UEA.

RESULTADOS:

Após o reconhecimento da FMT-HVD em visita-guiada, os discentes foram direcionados à realização de práticas clínicas supervisionadas na enfermaria masculina, onde há pacientes adultos e juvenis internados com HIV/AIDS e coinfeções, tais como: Neurotoxoplasmose, Criptococose, Sarcoma de Kaposi e Linfoma não-Hodgkin; Hepatite crônica e condições clínicas diversas (TAVARES E MARINHO, 2016). Nesse momento, os graduandos colocaram em prática a primeira etapa do Processo de Enfermagem: a coleta de dados ou histórico de Enfermagem.

Posteriormente, com base nos dados obtidos, foram elaborados os diagnósticos prioritários para o paciente em questão, conforme constam no NANDA 2022-2023.

Com a interpretação das demandas identificadas, deu-se início ao Planejamento de Enfermagem (terceira etapa), onde são determinados os resultados que se esperam que sejam alcançados frente às Intervenções de Enfermagem (quarta etapa), onde as técnicas de aspiração de secreções de vias aéreas e realização de curativos foram executadas sob supervisão da preceptora. Por fim, foi realizada a Avaliação de Enfermagem, etapa contínua de verificação da necessidade de mudanças e avaliação do quadro clínico do paciente. Nos demais dias de estágio, os discentes foram transferidos para o serviço de pronto-atendimento da instituição, onde tiveram a oportunidade de presenciar casos de urgência e emergência e, novamente, aplicar o Processo de Enfermagem conforme as necessidades de cada paciente. Casos de pênfigo do tipo foliáceo, acidente botrópico, vítima de mordedura de animal, leishmaniose tegumentar do tipo mucocutânea, herpes-zóster em paciente pediátrico, encefalopatia hepática pelo HBV e HBC, lobomiose em paciente com HIV-AIDS, bacilo de Antraz em paciente com HIV/AIDS e vítima de himenopterismo foram assistidos de forma holística, possibilitando a atuação independente e resolutiva de cada graduando frente à assistência de enfermagem no contexto das doenças tropicais e infecto contagiosas que mais acometem os pacientes do estado do Amazonas.

DISCUSSÃO:

Durante a vivência do estágio, notou-se que se faz indispensável o conhecimento aprofundado do Processo de Enfermagem pelos profissionais da assistência na área da Infectologia. Tendo em vista a diversidade de condições clínicas na área, as suas manifestações distintas e as respostas fisiológicas de cada indivíduo, o Processo de Enfermagem funciona como um norteador para as ações referentes ao cuidado, sempre de forma sistematizada e cautelosa, adaptando-se à realidade da instituição, da equipe, do paciente e sua família. Ademais, as etapas do Processo de Enfermagem devem ser envolvidas por práticas humanizadas, sobretudo quando a assistência é voltada para crianças e adolescentes, os quais podem mostrar certa resistência ao acompanhamento de um graduando que ainda não possui um vínculo como os demais profissionais da instituição. Essa ênfase no processo de enfermagem é evidenciada em vários estudos, a exemplo: uma tese publicada em 2022, intitulada “Avaliação clínica por enfermeiros: desenvolvimento de E-book” resultou na elaboração de um E-book a fim de dar suporte na avaliação clínica dos enfermeiros a pessoas hospitalizadas, caracterizada como uma ferramenta de educação em serviço de média complexidade, direcionada ao cuidado e o processo de enfermagem tanto do adulto, quanto da criança e do adolescente (SILVA, 2022). Outrossim, uma tecnologia educativa desenvolvida pela Universidade do Estado do Amazonas, inclusive utilizada na

prática clínica da coordenadora da disciplina do estágio, elenca diagnósticos direcionados aos pacientes com doenças tropicais e infectocontagiosas, a fim de facilitar o desenvolvimento do Processo de Enfermagem pelo enfermeiro plantonista na assistência ao paciente. (PEREIRA, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

O estágio configura-se em uma experiência única no processo formativo de um graduando, pois permite a aplicação dos conhecimentos teóricos em situações reais, mostrando-se essencial ao desenvolvimento de habilidades e competências práticas. O contato com graduandos finalistas, enfermeiros recém-formados e profissionais experientes constitui uma grande oportunidade para o fortalecimento da atuação do profissional da Enfermagem na gestão do cuidado, bem como a consolidação do Processo de Enfermagem como instrumento que eleva a Enfermagem como a arte e ciência do cuidar.

DESCRITORES:

Processo de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Planejamento de Assistência ao Paciente; Infectologia.

REFERÊNCIAS:

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasília). Resolução nº 358/2009. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e implementação do processo de enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 out, 2009.

HORTA, W.A. Processo de Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

PEREIRA, G. M. Tecnologia Educacional para o Processo de Enfermagem em Doenças Infectocontagiosas. Orientadora: Elielza Guerreiro Menezes. 2015.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2015.

SILVA, L. S. Avaliação clínica por enfermeiros: desenvolvimento de E-book. Orientadora: Profa. Dra. Mitzy Tannia Reichembach Danski. 2022. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Prática do Cuidado em Saúde. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1419217>. Acesso em: 13 set. 2023.

TAVARES, W.; MARINHO, L. A. C. Rotinas de Diagnóstico e Tratamento das Doenças Infecciosas e Parasitárias. 4ª Ed. São Paulo: Atheneu, 2016.

Capítulo 13



10.37423/250409915

SEGURANÇA DO PACIENTE: DESAFIOS E OPORTUNIDADES NA PROMOÇÃO DE CUIDADOS SEGUROS

Valquíria de Araújo da Hora

Jaddy Kelly Matheus Alves

Fabiana Gonçalves Vieira de Oliveira

Kaique Santos Reis

Vanesca Silva Batista

Ana Carla Barbosa de Oliveira

Tayara Graça Menezes de Almeida

Isabella Ramos dos Santos

Mara Larissa Lima Vasconcelos

Elaine Kelly Nery Carneiro Zunino

Laura Menezes Brito Gomes

Enfermeira- Universidade Estadual de Feira de Santana

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

Essity do Brasil

Enfermeiro do Hospital de Base Luís Eduardo Magalhães

Enfermeira pela Universidade Estadual de Santa Cruz

Policlínica de Humildes

Assistente social especialista em saúde mental e gestão de pessoas

Professora Auxiliar da Universidade de Santa Cruz

Hospital Geral Cleriston Andrade- Núcleo de Segurança do paciente

Hospital Universitário Prof Edgar Santos

Universidade Estadual de Feira de Santana

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é reconhecida como um dos pilares fundamentais da qualidade na assistência à saúde, estando presente nas principais diretrizes e políticas públicas voltadas ao cuidado seguro. Nesse contexto, a enfermagem ocupa um papel central, dada sua atuação direta e contínua junto ao paciente em diferentes níveis de atenção (SILVA et al., 2020). No entanto, a complexidade crescente dos sistemas de saúde e as limitações estruturais e humanas impõem diversos desafios à prática profissional, afetando diretamente a segurança e a qualidade do cuidado. Ao mesmo tempo, tais desafios representam oportunidades para o aprimoramento dos processos assistenciais, por meio de estratégias como a educação permanente, o uso de tecnologias da informação e a consolidação de uma cultura organizacional voltada para a segurança (BRASIL, 2013).

A sobrecarga de trabalho é um dos principais obstáculos enfrentados pela equipe de enfermagem, agravada pela escassez de profissionais, longas jornadas e elevado número de pacientes sob responsabilidade de um único trabalhador (ALMEIDA et al., 2019). Tais condições favorecem a ocorrência de erros e eventos adversos, prejudicando a qualidade da assistência e comprometendo a segurança do paciente. Além disso, as falhas na comunicação interprofissional, muitas vezes decorrentes da ausência de protocolos padronizados ou da cultura hierárquica, são responsáveis por uma parcela significativa de incidentes evitáveis. A carência de treinamentos e atualizações sistemáticas também contribui para a defasagem de conhecimentos e práticas, tornando os profissionais mais vulneráveis diante de situações complexas ou inesperadas.

Por outro lado, o fortalecimento da segurança do paciente na prática da enfermagem pode ser alcançado por meio de ações estruturadas e investimentos em capacitação. A educação permanente em saúde se destaca como uma ferramenta essencial, permitindo a atualização constante dos profissionais e o alinhamento com as melhores evidências disponíveis (MENDES; SOUZA, 2021). A introdução de tecnologias digitais, como prontuários eletrônicos e sistemas de notificação de eventos adversos, oferece maior controle e rastreabilidade das ações assistenciais, reduzindo falhas humanas e otimizando a tomada de decisões. Ademais, a implementação de uma cultura organizacional que valorize a segurança — com estímulo ao reporte de erros sem punição e foco na melhoria contínua — é fundamental para o empoderamento da equipe de enfermagem e para a consolidação de práticas mais seguras e humanizadas (WHO, 2017).

Diante do exposto, é evidente que os profissionais de enfermagem desempenham um papel decisivo na promoção da segurança do paciente. Enfrentar os desafios estruturais e operacionais do sistema de saúde exige uma abordagem integrada, que envolva gestores, profissionais e instituições na construção de um ambiente de cuidado seguro. As oportunidades identificadas devem ser aproveitadas como ponto de partida para a transformação da prática assistencial, com investimentos em formação, valorização profissional e políticas institucionais que priorizem a segurança em todas as etapas do cuidado. Assim, será possível garantir uma assistência mais ética, eficaz e centrada no bem-estar do paciente.

Esse trabalho teve como objetivo descrever os desafios e oportunidades na promoção de cuidados seguros na segurança do paciente. Espera-se que, com o alcance desse objetivo, os profissionais de saúde consigam melhor organizar um cuidado de qualidade prestado a pacientes minimizando complicações.

METODOLOGIA

O presente estudo de caso, de caráter descritivo, trata-se de um relato de experiência que busca compreender e considerar a complexidade do ser humano, contribuindo para a aproximação da teoria com a prática. Este relato poderá subsidiar a qualidade do cuidado em saúde através da aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), voltado para a segurança do paciente no contexto hospitalar e descrever os desafios e oportunidades na promoção de cuidados seguros na segurança do paciente.

Foi utilizado a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) ao paciente com choque séptico pautado nas seguintes etapas: 1) Avaliação de Enfermagem

Esta fase envolve a coleta de dados subjetivos (entrevista) e objetivos (exame físico) de forma inicial e contínua, pertinentes à saúde da pessoa, família, coletividade e grupos especiais. Utilizam-se técnicas como exames laboratoriais e de imagem, testes clínicos, escalas de avaliação validadas e protocolos institucionais para obter informações sobre as necessidades de cuidado de enfermagem e saúde relevantes para a prática.

2) Diagnóstico de Enfermagem: Compreende a identificação de problemas existentes, condições de vulnerabilidade ou predisposição para melhorar comportamentos de saúde. Representa o julgamento clínico das informações obtidas na fase de avaliação, considerando as necessidades de cuidado de enfermagem e saúde da pessoa, família, coletividade ou grupos especiais.; 3) Planejamento de

Enfermagem: Consiste no desenvolvimento de um plano assistencial direcionado à pessoa, família, coletividade ou grupos especiais, compartilhado com os sujeitos do cuidado e equipe de enfermagem e saúde. Inclui a priorização dos diagnósticos de enfermagem, a determinação de resultados esperados (quantitativos e/ou qualitativos) e a tomada de decisão terapêutica, formalizada pela prescrição de enfermagem das intervenções, ações/atividades e protocolos assistenciais; 4) Implementação de Enfermagem: Envolve a execução das intervenções, ações e atividades previstas no planejamento assistencial pela equipe de enfermagem, respeitando as competências técnicas de cada profissional e os preceitos legais da profissão. A implementação segue três padrões: Padrões de cuidados de enfermagem: cuidados autônomos do enfermeiro, prescritos de forma independente e realizados pelo enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem; Padrões de cuidados interprofissionais: cuidados colaborativos com outras profissões de saúde; Padrões de cuidados em programas de saúde: cuidados provenientes de protocolos assistenciais, como prescrição de medicamentos padronizados em programas de saúde pública e rotinas institucionais; 5) Evolução de Enfermagem-Esta fase compreende a avaliação dos resultados alcançados em termos de enfermagem e saúde da pessoa, família, coletividade e grupos especiais. Permite a análise e revisão de todo o processo de enfermagem, promovendo ajustes necessários para a melhoria contínua da assistência.

A Resolução COFEN nº 736/2024 também destaca a importância da documentação formal de todas as etapas do processo de enfermagem no prontuário do paciente, seja físico ou eletrônico, atribuindo ao enfermeiro o registro de todas as suas etapas e aos demais membros da equipe de enfermagem a anotação de enfermagem, a checagem da prescrição e a documentação de outros registros próprios da enfermagem (CHANES, 2018)

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No processo de enfermagem é um desafio desenvolver habilidades intelectuais, técnicas e interpessoais para ações sistêmicas que viabilizem reduzir desfechos desnecessários (LEOPARDI, 1999). O PE é uma importante ferramenta de organização e documentação para a prática profissional, sendo que seu emprego possibilita coleta de informações de uma forma fidedigna assegurando a gestão de riscos e a promoção da segurança do paciente (BRASIL, 2013).

A avaliação é a primeira fase do processo de enfermagem. Vale ressaltar que nessa etapa é necessário considerar as informações que permeiam as dimensões subjetivas, objetivas, históricas e atuais da

vida dos indivíduos. É um momento importante de contato e imersão com as crenças e costumes, hábitos e necessidades do outro (MAZONI, ET AL., 2010)

É necessário, estar atenta às essas informações, dentre outras, como estado emocional e as condições de entendimento do indivíduo quanto ao procedimento a ser realizado, bem como envolver a família no processo do cuidado.

Para tanto, a comunicação entre profissional e indivíduo deve se dar de maneira dialógica e negociada possibilitando a construção de um saber sobre o processo-saúde e doença mútuo (NANDA, 2018-2020). Desse modo, a enfermeira pode apropriar-se dos determinantes e condicionantes de saúde dos indivíduos e assim, planejar suas ações em consonância com as necessidades, na perspectiva do fomento a autonomia e consequente melhoria e manutenção da saúde. A coleta de dados refere-se a coleta de informações sobre o estado de saúde a partir de dados coletados de forma direta ou indireta (outras fontes como familiares, amigos, prontuário). Nessa etapa o enfermeiro identifica indícios e realiza inferências. Após essa etapa é importante a confirmação dos dados e posterior agrupamento a depender da teoria utilizada, identificando os fatores causais e comunicando e registrando os dados em prontuário para se assegurar da continuidade da assistência (TANURE, PINHEIRO, 2021). Salienta-se que essa investigação deve ser guiada por teorias de enfermagem, inclusive com instrumento de coleta de dados, normas, rotinas e protocolos inerentes a mesma. O exame físico segue as etapas de observação, inspeção, percussão e ausculta. É o exame físico quem vai dar os subsídios sobre as características fisiológicas da pessoa

Com base nos dados do histórico a enfermeira poderá formular os diagnósticos de enfermagem com base na análise clínica e reflexiva das informações retidas. Cabe ressaltar que a realização do histórico precede de um roteiro que auxilia e ordena a enfermeira para a coleta, validação, agrupamento e registro dos dados (ROQUE et al., 2016)).

Assim, ao término da coleta de dados, a enfermeira resume para o indivíduo o que foi dito, abrindo espaço para esclarecimentos e negociação, oportunizando a realização da educação em saúde já desde o início do processo (SHARON, 2013).

A 2ª etapa do PE corresponde ao diagnóstico de enfermagem estão ligados aos problemas encontrados e a elaboração de diagnósticos conforme adaptação positiva ou negativa do paciente, problemas potenciais e situações de bem estar referentes as condições biológicas, psíquicas, sociais e espirituais, uma vez que o foco do atendimento é a pessoa e não a doença. Essa etapa culmina na tomada de decisão ou seja: as respostas da pessoa, família ou coletividade humana que constituem a

base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados. Cabe salientar que os diagnósticos devem ser apresentados por prioridade e o grande diferencial do enfermeiro para o médico é eles diagnosticam doenças e nós diagnosticamos respostas humanas decorrentes de problemas de saúde e processos de vida, Essa fase será baseada na taxonomia II da NANDA International (*North American Nursing Diagnosis Association*) e deverá pautar-se nos quatro modelos de adaptação. A estrutura do NANDA-I contém sete eixos ou dimensões da resposta humana. Na taxonomia atual são organizados e aprovados 244 diagnósticos, distribuídos em 13 domínios e 47 classes. O diagnóstico de enfermagem é formado de componentes estruturais: título do diagnostico, definição, fatores relacionados, características definidoras, condições associadas, fatores de risco e população em risco. Estes componentes estruturais irão compor 3 tipos (1- Diagnostico com foco no problema- composto de título, fator relacionado e característica definidora, 2- Diagnósticos de risco- composto de título e fatores de risco e diagnósticos de promoção a saúde- composto de título, fator relacionado e característica definidora).

Cabe salientar que um diagnóstico de enfermagem de risco diz respeito à susceptibilidade de um indivíduo, família ou comunidade para o desenvolvimento de uma resposta humana indesejável à uma condição de saúde/ processo de vida. Algo a se refletir é que os riscos potenciais são tão importantes quanto os problemas, haja vista que o enfermeiro irá implementá-lo para solucionar.

Os principais diagnósticos de enfermagem elaborados pensando em riscos são:

Risco de lesão por pressão evidenciado por restrição ao leito.

Risco de quedas devido à idade avançada.

Risco de infecção relacionado a agentes lesivos.

Risco de sangramento relacionado ao processo cirúrgico de grande porte.

Risco de solidão evidenciado pela necessidade de internação.

Risco de sentimento de impotência evidenciado pela necessidade de internação. Risco de religiosidade prejudicada evidenciado pela necessidade de participar de celebrações religiosas.

A 3ª etapa do PE corresponde ao planejamento de Enfermagem: Consiste no desenvolvimento de um plano assistencial direcionado à pessoa, família, coletividade ou grupos especiais, compartilhado com os sujeitos do cuidado e equipe de enfermagem e saúde. Inclui a priorização dos diagnósticos de enfermagem, a determinação de resultados esperados (quantitativos e/ou qualitativos) e a tomada

de decisão terapêutica, formalizada pela prescrição de enfermagem das intervenções, ações/atividades e protocolos assistenciais. Essa fase é realizada após formular os diagnósticos estabelecendo objetivos e resultados esperados, e implantação e desenvolvimento de intervenções específicas. As intervenções de enfermagem são realizadas por meio das prescrições de enfermagem, com base no planejamento realizado (SHARON, 2013).

O resultado esperado deve ter relação com o diagnóstico de enfermagem, ser centrado no paciente, ser alcançável, conter limite de tempo, ser mensurável e ser objetivo. O registro e o monitoramento dos resultados esperados (RE) possibilitam obter indicadores capazes de apontar o quanto a equipe de enfermagem contribui para o atendimento das necessidades apresentadas por aqueles que demandam seus cuidados. Dessa forma os profissionais de enfermagem devem: evitar que os diagnósticos de risco evoluem para problemas, minimizar ou solucionar os problemas e manter um diagnóstico com foco na promoção. O resultado esperado deve ser pautado no Nursing Outcomes Classification (NOC), o qual é uma taxonomia complementar a taxonomia da NANDA-I, dividida em 7 domínios (saúde funcional, saúde fisiológica, saúde psicossocial, conhecimento em saúde, saúde percebida, saúde familiar e saúde comunitária) e 32 classes, com 490 resultados de enfermagem (SMELTZER; BARE, 2011). Dessa forma o enfermeiro pode avaliar suas condutas, mantê-las ou modificá-las de modo a melhorar a qualidade do cuidado prestado pela equipe de enfermagem. No que tange aos riscos uma média de 35% são diagnósticos de risco e se for trabalhar apenas com o domínio 11 do NANDA-I (segurança e proteção) serão um total de 16%. Os números demonstram que os enfermeiros vêm empenhando em situações de risco de modo a pensar práticas mais assertivas como à redução de eventos adversos.

Os resultados esperados são:

Risco de lesão por pressão evidenciado por restrição ao leito. RE- pele e mucosas não comprometidas. Indicador- integridade tecidual não comprometida

Risco de quedas devido à idade avançada. RE- Ocorrências de queda: nenhuma; indicador: nenhuma queda da cama

Risco de infecção relacionado a agentes lesivos. RE- ocorrência de infecção: nenhuma. Indicador: nenhuma infecção hospitalar.

Risco de sangramento relacionado ao processo cirúrgico de grande porte. RE- Minimizar sangramentos. Indicador: nenhum sangramento.

Risco de solidão evidenciado pela necessidade de internação. RE- Envolvimento social melhorado. Indicador: maior envolvimento com a equipe e familiares

Risco de sentimento de impotência evidenciado pela necessidade de internação. RE. Sentimento de impotência melhorado. Indicador- resiliência pessoal

Risco de religiosidade prejudicada evidenciado pela necessidade de participar de celebrações religiosas. RE- Saúde espiritual não comprometida. Indicador: interação com líderes espirituais não comprometidas.

A 4ª etapa do PE corresponde à intervenção ou os cuidados de enfermagem propriamente ditos para o alcance das metas.

Os cuidados relacionados aos diagnósticos são:

Risco de lesão por pressão- Monitorar a pele diariamente, aplicar escala de braden, instalar colchão caixa de ovo, coxins e coberturas para proteção de proeminências, mudança de decúbito a cada 2 hs.

Risco de quedas devido à idade avançada- manter grades elevadas, monitorar estado de consciência, avaliação pela escala de morse, manter a cama com grades elevadas, verificar a adequação do calçado e vestuário assim como proporcionar iluminação adequada a noite, verificar se os dispositivos de auxílio à marcha estão adequados, proporcionar corrimão dos quartos e banheiros.

Risco de infecção-Avaliar cateteres quanto a sinais sugestivos de infecção, troca de dispositivos conforme protocolo, avaliação de sonda vesical de demora, monitorar temperatura e exames laboratoriais que revelem leucometria elevada, dentre outros.

Risco de sangramento- Avaliar exames de tp e TTPA para avaliar risco de sangramento, suspender medicações anti agregantes plaquetárias antes da cirurgia, monitorar local de realização de cirurgias e o sangramento, monitorar a drenagem de drenos após cirurgia, verificar HB e Ht de controle.

Risco de solidão- Monitorar se o paciente tem sinais de tristeza pela falta de familiares, verificar necessidade de apoio psicológico, verificar com assistente social possibilidade de visitas com familiares ou chamadas de vídeo, dentre outros.

Risco de sentimento de impotência- Monitorar a necessidade de apoio psicológico, verificar com assistente social possibilidade de visitas com familiares ou chamadas de vídeo, dentre outros, explicar tudo sobre a patologia de modo que o paciente esteja à par para auxiliar no autocuidado.

Risco de religiosidade prejudicada evidenciado pela necessidade de participar de celebrações religiosas- Verificar possibilidade de trazer o padre no horário de visita junto à assistente social, deixar objetos de religiosidade como terços e similares, estimular à fé.

A 5ª etapa do PE, corresponde a 6ª fase do MAR ou Evolução de Enfermagem-Esta fase compreende a avaliação dos resultados alcançados em termos de enfermagem e saúde da pessoa, família, coletividade e grupos especiais. Permite a análise e revisão de todo o processo de enfermagem, promovendo ajustes necessários para a melhoria contínua da assistência. Ressalta-se que essa etapa é um processo contínuo de verificação de mudanças nas respostas do indivíduo para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado. Após a realização das intervenções, é realizado o acompanhamento e avaliação do cuidado ofertado verificando se algum resultado esperado não foi alcançado de modo a modificar os cuidados prestados. (BRUNNER & SUDDARTH'S, 2018). Nos casos negativos, a enfermeira deverá avaliar novamente os resultados esperados e trabalhar junto com a equipe de saúde na formulação/mudanças nas ações para melhoria da condição de saúde deste indivíduo, e assim realizar o planejamento para a alta do indivíduo. A alta hospitalar é uma etapa importante da SAE, pois direciona o plano e a implementação das ações, no decorrer do período entre admissão e alta hospitalar, com a finalidade de prever a continuidade do cuidado ao cliente no domicílio (SHARON, 2013).

A enfermeira através da identificação das necessidades do indivíduo na coleta de dados durante o histórico desenvolve um plano de ação completo para melhoria da saúde dessa pessoa. O planejamento da alta é um acordo entre enfermeira, indivíduo e familiar desenvolvido ainda no hospital e que se estenderá à casa do indivíduo após sua alta. O planejamento da alta se torna uma estratégia de preparo do indivíduo e família para assumir responsabilidades pela continuidade do cuidado. Aspectos da educação em saúde são indispensáveis para a continuidade desses cuidados. A enfermeira durante o plano de alta, poderá formular um roteiro para ser entregue ao indivíduo contendo informações sobre o procedimento que fora realizado, os cuidados necessários além da orientação que qualquer alteração que seja identificada, retorne à unidade. A enfermeira desenvolve então seu planejamento visando adaptar o indivíduo promovendo medidas de enfrentamento a nova problemática (OLIVEIRA., et al., 2018).

Entretanto, apesar dos avanços no conhecimento científico e tecnológico do profissional de enfermagem e do desenvolvimento de ferramentas que viabilizam a melhoria do seu serviço, as ações da enfermeira na atualidade estão quase sempre estabelecidas no modelo assistencial hegemônico,

seguindo uma lógica tecnicista e intervencionista. Deste modo, a SAE ocorre de maneira fragmentada e sem continuidade das ações e avaliação dos resultados esperados, observando o indivíduo apenas pelo problema de saúde exibido e, trabalhando só com as necessidades fisiológicas, sem se atentar para as necessidades sociais, espirituais e emocionais dos indivíduos.

Cabe ressaltar que a utilização da Prática baseada em evidências compreende o processo que integra a competência clínica individual e os resultados de pesquisa bem fundamentados (pautado em 5 etapas: definição do problema, identificação das informações necessárias, busca de estudos, avaliação da aplicabilidade dos dados obtidos e determinação de sua utilização para o paciente). Desta forma, urge que os enfermeiros realizem pesquisas para extrair os melhores níveis de evidência para prestar um cuidado seguro aos pacientes (TANURRE, PINHEIRO, 2021).

Nesse sentido destaca-se às questões de cunho gerencial que tem relação direta com o cuidado como à implementação de ferramentas como os “bundles”. Trata-se de um pequeno conjunto de intervenções baseadas em evidências científicas para o segmento definido de pacientes ou processo assistencial, que quando aplicadas em conjunto, promovem resultados significativamente melhores do que os implementados individualmente. Os bundles são uma ferramenta usada para avaliar processos institucionais, cuja implantação possibilita à análise de indicadores que evidenciam à prática assistencial da equipe de saúde (OLIVEIRA., et al., 2018). Os enfermeiros dispõem de vários bundles para apoiá-los de modo a proporcionar benefícios à qualidade da assistência e segurança do paciente como: prevenção de infecção de corrente sanguínea e relacionado à sonda vesical de demora. prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica, redução de óbitos associados à sepse. Ao checar se as atividades propostas nos bundles estão sendo executadas, os enfermeiros acabam verificando se os cuidados de enfermagem prescritos estão sendo devidamente realizados. Para cada condição de risco em que um bundle é proposto, há pelo menos um diagnóstico de risco à ele vinculado (OLIVEIRA., et al., 2018).

Para além da SAE ser trabalhada pautada nos bundles com foco nas evidências, cabe salientar a importância da educação em saúde a qual se constitui uma ferramenta importante para melhoria do cuidado e das condições de saúde e vida. A educação em saúde desenvolvida pela enfermeira é garantida pela lei do exercício profissional no artigo 8ª, onde a enfermeira participa de atividades de educação em saúde, proporcionando uma melhor qualidade de vida do indivíduo, família e comunidade. (BRASIL, 2009). Além disso, o programa nacional de Segurança do paciente apresenta

quatro eixos: (Estímulo a uma prática assistencial segura, Envolvimento do cidadão na sua segurança, Inclusão do tema no ensino e Incremento de pesquisa sobre o tema).

Ressalta-se que a notificação dos eventos adversos pela NSP é obrigatória conforme RCC 36/2013 deve ser realizado em formulários que não necessitem a identificação do paciente que sofreu um evento adverso e não será analisado individualmente e também não resultará em comissão aos envolvidos, tendo um cunho epidemiológico.

CONCLUSÃO

A temática segurança do paciente e o desenvolvimento de uma cultura em prol de medidas que visam à redução de riscos de ocorrência de danos é pauta de discussão das agendas da Organização Mundial da Saúde (OMS), do judiciário e diversos serviços de saúde públicos e privados. Cabe salientar a importância da criação de protocolos, planos de segurança do paciente, uso de indicadores da qualidade da assistência, criação de um núcleo de segurança do paciente, sistema de notificação de incidentes e notificação de eventos adversos regulamentado pela RDC 36/ 2013. A segurança do paciente é um compromisso ético e técnico que exige da enfermagem uma atuação crítica, proativa e comprometida com a excelência do cuidado. Os desafios enfrentados cotidianamente pelos profissionais — como a sobrecarga de trabalho, falhas na comunicação e limitações na formação continuada — evidenciam a complexidade da prática e a necessidade de melhorias estruturais e organizacionais nos serviços de saúde. No entanto, é justamente diante desses obstáculos que surgem oportunidades valiosas para o fortalecimento da qualidade assistencial, por meio da valorização da educação permanente, da incorporação de tecnologias e da promoção de uma cultura de segurança. Investir no protagonismo da enfermagem, oferecendo condições adequadas de trabalho e reconhecimento profissional, é essencial para garantir um cuidado mais seguro, humanizado e eficaz, refletindo diretamente na prevenção de danos e na promoção da saúde do paciente.

REFERENCIAS

ALMEIDA, F. L.; COSTA, M. C.; RIBEIRO, T. R. Desafios da enfermagem na promoção da segurança do paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 72, n. 3, p. 654–660, 2019.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 358/2009 Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CHANES, M. SAE Descomplicada. São Paulo: Guanabara Koogan, 2018.

CLASSIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC) / Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne McCloskey Dochterman; [tradução Soraya Imon de Oliveira... et al]. – Rio de Janeiro : Elsevier, 2010.

LEOPARDI, M. T. Sister Callista Roy – teoria da adaptação. In: Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática. Florianópolis: Papa-Livros, 1999. p.109-114.

MAZONI, Simone Roque et al . Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e a contribuição brasileira. *Rev. bras. enferm.*, Brasília , v. 63, n. 2, p. 285-289, Apr. 2010

MENDES, A. M.; SOUZA, R. M. Educação permanente como estratégia para a segurança do paciente: revisão integrativa. *Cadernos de Saúde Coletiva*, v. 29, n. 2, p. 236–242, 2021.

NANDA. Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020.

OLIVEIRA, Adriana Cristina; DAMASCENO, Quésia Souza; RIBEIRO, Silma M. C. P.. Infecções relacionadas à assistência em saúde: desafios para a prevenção e controle. *Healthcare-associated infection: challenges in its prevention and control* 2018

ROQUE, Keroulay Estebanez; TONINI, Teresa; MELO, Enirtes Caetano Prates. Eventos adversos na unidade de terapia intensiva: impacto na mortalidade e no tempo de internação em um estudo prospectivo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 32, n. 10, e00081815, Oct. 2016 .

ROTHROCK, J. C. Alexander - Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico. 13ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

SHARON, L. L. et.al. Tratado de enfermagem médico cirúrgica: avaliação dos Problemas clínicos. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013- 1802p.

SILVA, M. J.; FERREIRA, A. P.; LIMA, R. M. O papel da enfermagem na segurança do paciente: uma análise crítica. *Revista Enfermagem Atual*, v. 25, n. 1, p. 11–17, 2020.

SILVA, Natália Chantal Magalhães da; OLIVEIRA, Ana Railka de Souza; CARVALHO, Emília Campos de. Conhecimento produzido sobre os resultados da "Nursing Outcomes Classification - NOC": revisão integrativa. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre , v. 36, n. 4, p. 104-111, Dec. 2015

SMELTZER, S. C.; BARE, B .G. BRUNNER & SUDDARTH. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara -Koogan, 2011.

TANNURE, MC, GONÇALVES, AMP. SAE - Sistematização Da Assistência De Enfermagem - 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Patient safety: making health care safer*. Geneva: WHO, 2017.

Capítulo 14



10.37423/250409920

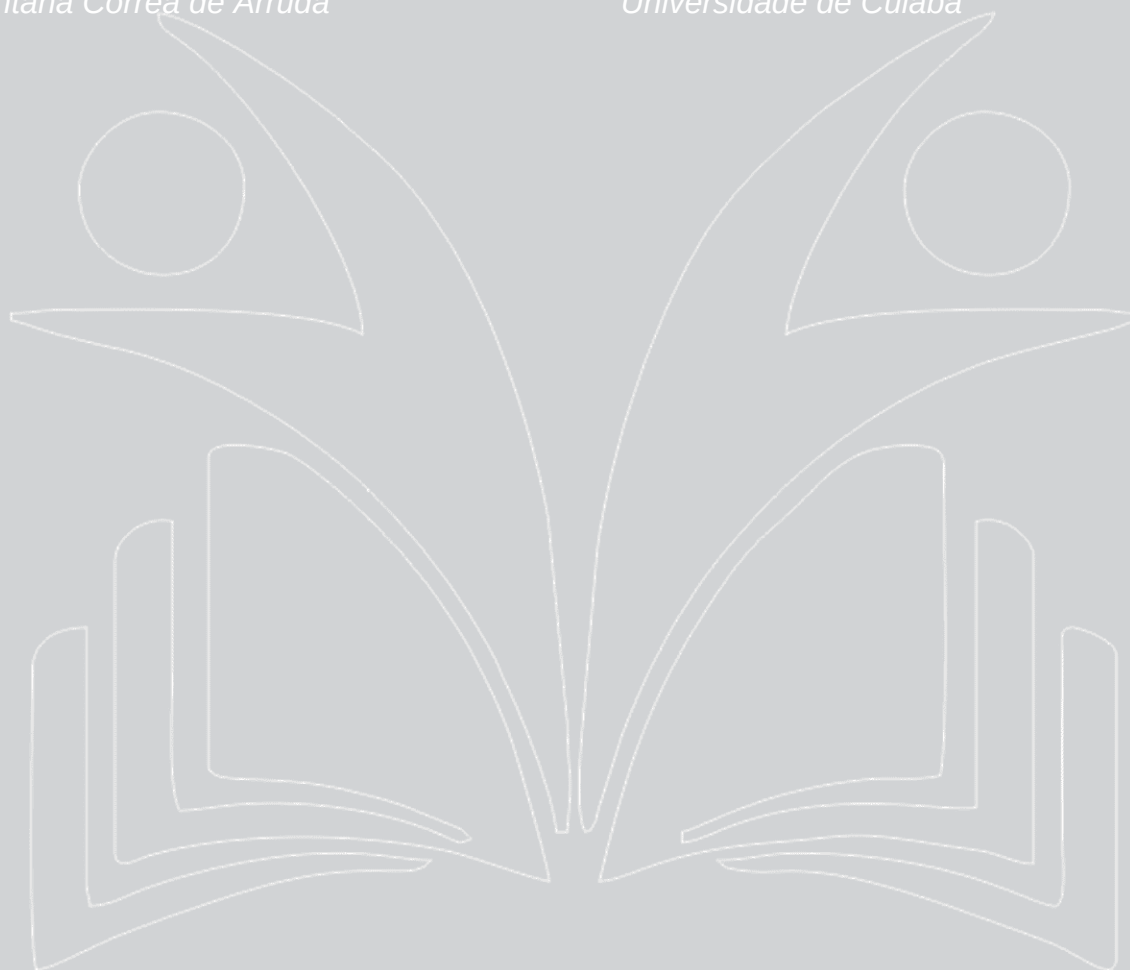
A NUTRIÇÃO NA PREVENÇÃO DA DOENÇA DE ALZHEIMER

Zenaide de Cassia Fonseca Wonsoscky

Universidade de Cuiabá

Wesley Santana Corrêa de Arruda

Universidade de Cuiabá



Resumo: A doença de Alzheimer (DA) é uma doença neurodegenerativa progressiva caracterizada pelo declínio da capacidade cognitiva. Atualmente, não existem tratamentos eficazes para esta condição. No entanto, certas medidas, como intervenções nutricionais, podem retardar a progressão da doença. Portanto, o objetivo desta revisão sistemática foi identificar e mapear as atualizações dos últimos 5 anos em relação ao estado nutricional e às intervenções nutricionais associadas aos pacientes com DA. como identificar os fatores de risco para a doença de Alzheimer e como buscar a prevenção através do consumo ao longo da vida de nutrientes como as vitaminas do complexo B vitamina C, D, E Ômega 3 e selênio e quais alimentos podem ser consumidos para que se atinja a recomendação diária de cada um? Este trabalho teve por objetivo geral estudar o cuidado nutricional do paciente com Alzheimer. Nos resultados mostrou que vitaminas e minerais servem inúmeras funções vitais, incluindo a modulação da saúde do cérebro e função cognitiva. Portanto, administrar esses suplementos de micronutrientes pode ajudar a manter a atividade cognitiva adequada ou até mesmo prevenir a demência. Conclui-se que intervenções nutricionais são capazes de retardar a taxa de progressão da doença de Alzheimer, melhorar a função cognitiva e melhorar a qualidade de vida desses pacientes.

Palavras-chave: nutrição; prevenção; doença; Alzheimer.

1 INTRODUÇÃO

A doença de Alzheimer (DA) é uma doença de vida avançada, afetando uma em cada quatro pessoas com 85 anos de idade ou mais, e a incidência deve aumentar nos próximos anos, com 131,5 milhões de casos estimados até 2050. Até o momento, as drogas aprovadas têm mostrado benefícios clínicos modestos no retardo do processo neurodegenerativo e, atualmente, a epidemia de DA enfrenta dois grandes desafios.

Tanto a falta de drogas modificadoras da doença quanto à necessidade de retardar as trajetórias de incapacidade e fragilidade relacionadas à cognição destacam a necessidade de desenvolver estratégias não farmacológicas para deter essa carga global cada vez maior. Em consonância com isso, estudos anteriores, incluindo o estudo de Rotterdam, apontaram a relevância da nutrição no combate à neurodegeneração cerebral.

Embora várias abordagens nutricionais tenham sido consideradas como possíveis alternativas aos fármacos atualmente existentes para a DA, essa linha de pesquisa tem sido explorada apenas parcialmente e não resultou em evidências sólidas.

Justificou-se a escolha do trabalho, pois ao longo de todo o processo de envelhecimento diversos fatores influenciam a saúde entre esses aspectos que contribuem para um estilo de vida saudável a atividade física e a nutrição se mostram fundamentais e colaboram de maneira significativa para a saúde e a qualidade de vida no processo de transição da vida adulta para a velhice e a inclusão na alimentação de nutrientes especificamente antioxidantes pode desempenhar um importante papel na proteção do paciente com mal de Alzheimer e a suplementação combinada de antioxidantes com a com as vitaminas C e E têm sido utilizadas para reduzir a incidência da doença de Alzheimer.

Diante disso perguntou-se: como identificar os fatores de risco para a doença de Alzheimer e como buscar a prevenção através do consumo ao longo da vida de nutrientes como as vitaminas do complexo B vitamina C, D, E Ômega 3 e selênio e quais alimentos podem ser consumidos para que se atinja a recomendação diária de cada um?

Este trabalho teve por objetivo geral estudar o cuidado nutricional do paciente com Alzheimer. Teve por objetivos específicos conceituar a Doença de Alzheimer; discutir a relação entre o desequilíbrio nutricional e o Alzheimer e verificar como os nutrientes influenciam no tratamento e ou na prevenção.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 METODOLOGIA

O tipo de pesquisa foi realizado uma Revisão de Literatura, onde foram pesquisados livros, dissertações e artigos científicos selecionados através de busca nas seguintes bases de dados (livros, sites de banco de dados etc. “Google”, “Scielo” e “PubMed”, etc. O período dos artigos pesquisados serão os trabalhos publicados nos últimos “10” anos. As palavras-chave utilizadas na busca foram: “nutrição”, “doença” e “Alzheimer”, etc.

2.2 RESULTADOS E DISCUSSÃO

2.2.1 DOENÇA DE ALZHEIMER

A doença de Alzheimer (DA) é uma doença causada pela complexa interação de múltiplos mecanismos, alguns dos quais ainda não são totalmente compreendidos. Até o momento, os tratamentos farmacológicos e a suplementação de nutrientes individuais têm sido pouco efetivos em termos de prevenção e tratamento da DA, enquanto estratégias alternativas baseadas em abordagens multimodais (dieta, exercício e treinamento cognitivo) parecem ser mais promissoras (BORGHI, *et al.*, 2011).

Nesse contexto, o foco nos padrões alimentares e não em componentes alimentares isolados poderia ser mais útil para prevenir ou neutralizar os processos patológicos típicos da DA, graças aos potenciais efeitos sinérgicos de vários nutrientes (neuronutrientes) (CARRETTA; SCHERER, 2012).

Recentemente, têm sido relacionados à proteção cerebral e prevenção da DA, talvez graças ao seu alto teor de compostos bioativos neuroprotetores. Da mesma forma, o jejum intermitente (FI) ou a restrição calórica (RC) estão emergindo como abordagens interessantes que parecem promover a neurogênese hipocampal, ativar sistemas adaptativos de resposta ao estresse e aumentar a plasticidade neuronal, levando a melhorias motoras e cognitivas em modelos animais de DA e, espera-se, também em seres humanos (FALCO, *et al.*, 2016).

Alzheimer com início precoce é uma forma rara da doença (menos de 10% de todas as pessoas com doença de Alzheimer têm início precoce). É considerado Alzheimer de início precoce quando a doença é diagnosticada antes dos 65 anos. Este tipo de doença é mais suscetível de se manifestar em pessoas com Síndrome de Down. Pensa-se que os genes que provocam o início precoce da

doença são muito específicos e estão presentes no cromossomo 14 e 21 (BUSNELLO 2017, p. 98).

A demência de Alzheimer (DA) é a causa mais comumente reconhecida de demência na população idosa. Descrita pela primeira vez pelo psiquiatra e neuropatologista alemão Alois Alzheimer, em 1906, a síndrome homônima é reconhecida mundialmente como uma das principais causas de morbidade e mortalidade na população idosa, contribuindo para uma grande sobrecarga nos sistemas de saúde (CECÍLIO; OLIVEIRA, 2015).

A deposição de placas amiloides no cérebro, o desenvolvimento de patologia neurofibrilar, a perda neuronal e a disfunção dos sistemas neuroanatômicos, incluindo aqueles que afetam a transmissão colinérgica, estão entre os achados comumente descritos em pessoas com DA (ESPIRITO; DANIEL, 2019).

Além dessas características patológicas centrais da DA, muitas evidências têm se acumulado de que o aumento do estresse oxidativo, defeitos na disfunção mitocondrial e na produção de energia celular e mecanismos inflamatórios crônicos contribuem para a cascata degenerativa dessa doença (CORREIA; FILIPE; SANTOS; GRAÇA, 2021).

A cura para a condição não é conhecida e as abordagens de tratamento atuais incluem maximizar a transmissão de acetilcolina e outros neurotransmissores, além de usar outros medicamentos e estratégias multidisciplinares para tratar comorbidades associadas com foco na melhoria da qualidade de vida e alívio da carga de sintomas (FALCO, *et al.*, 2016).

Uma recente mesa redonda científica do NIH concluiu que não há evidências definitivas do benefício de qualquer estratégia preventiva para DA, no entanto, esse grupo de trabalho também concluiu que estratégias preventivas focadas na modificação dos fatores de risco ambientais merecem maior exploração científica e estudo (BUSNELLO, 2017).

Em resposta a essa declaração de consenso, houve um amplo recuo de muitos membros da comunidade de pesquisa de Alzheimer (particularmente do modelo animal e do pessoal de pesquisa epidemiológica cujos conjuntos de dados foram marginalizados e patrocinados como sendo de "baixa qualidade científica"). Pesquisadores da área de DA também foram sub-representados no grupo de consenso, levando a um maior debate sobre a validade da declaração de consenso (ESPIRITO; DANIEL, 2019).

Dessa forma, fica claro que o campo está longe de ser consenso no debate sobre a existência ou não de intervenções viáveis para a prevenção da DA. Embora a busca pela cura permaneça indefinida, há muita esperança de que estratégias preventivas, como modificação dietética e suplementação nutricional, possam reduzir a carga global da DA (FALCO, *et al.*, 2016).

Uma abordagem nutricional para prevenir, retardar ou interromper a progressão da doença é uma estratégia promissora que tem sido amplamente investigada. Muitos dados epidemiológicos sugerem que a ingestão nutricional pode influenciar o desenvolvimento e a progressão da DA (CORREIA; FILIPE; SANTOS; GRAÇA, 2021).

As causas ambientais modificáveis da DA incluem potenciais distúrbios metabólicos causados pela insuficiência alimentar. Além disso, muitos suplementos nutricionais e modificações dietéticas podem influenciar diretamente as contribuições patológicas do aumento do estresse oxidativo, defeitos na disfunção mitocondrial e produção de energia celular, mecanismos inflamatórios crônicos e até mesmo vias diretas para o acúmulo de amiloide e degeneração neurofibrilar que contribuem para a cascata degenerativa na DA (ESPIRITO; DANIEL, 2019).

As modificações nutricionais têm a vantagem de ser custo-efetivas, de fácil implementação, socialmente aceitáveis e, em geral, seguras e desprovidas de eventos adversos significativos na maioria dos casos. Muitas intervenções nutricionais têm sido estudadas e continuam a ser avaliadas na esperança de encontrar um composto bem-sucedido que possa ser usado para a prevenção e/ou tratamento da DA.

2.2.2 RELAÇÃO ENTRE O DESEQUILÍBRIO NUTRICIONAL E O ALZHEIMER

A influência de fatores dietéticos no desenvolvimento da doença de Alzheimer tem sido sugerida por algumas hipóteses. Esses fatores incluem tanto uma deficiência quanto um excesso de compostos dietéticos. Deficiência de antioxidantes na dieta, ou seja, vitaminas E e C, bem como folatos, vitaminas B6 e B12, poderia ser um fator no desenvolvimento da doença de Alzheimer (BUSNELLO, 2017).

As vitaminas antioxidantes reduzem a peroxidação lipídica induzida pelo β -amiloide e o estresse oxidativo e suprimem as cascatas de sinalização da inflamação. Ácido fólico, vitamina B6 e vitamina B12 estão envolvidos na metilação do DNA e são cofatores essenciais para o metabolismo da homocisteína. Sua deficiência pode contribuir para a doença de Alzheimer através do aumento dos níveis de homocisteína e subsequente dano oxidativo (CORREIA; FILIPE; SANTOS; GRAÇA, 2021).

A desnutrição protéico-calórica está fortemente correlacionada com pacientes com declínio cognitivo e DA. O suporte nutricional adequado pode melhorar significativamente a qualidade de vida, a função cognitiva e o estado psicológico e nutricional de idosos com DA. Além disso, o suporte nutricional foi associado à melhor qualidade do sono, medida pelo Índice de Qualidade do Sono de *Pittsburgh* (PSQI) (SERENIKI; VITAL, 2018).

Um padrão de dieta não saudável, como uma dieta rica em gordura com alta carga glicêmica e colesterol alto ou uma dieta ocidental, é um importante fator de risco para neurodegeneração, pois aumenta os estoques de peptídeos A β e outros biomarcadores de neurodegeneração na DA (BUSNELLO, 2017).

A dieta mediterrânea, ou dieta com baixo teor de gordura, tem efeitos neuroprotetores na prevenção da DA. Os principais mecanismos baseiam-se na redução do estresse oxidativo e da inflamação e no menor acúmulo de peptídeos A β . A maior adesão à dieta mediterrânea diminuiu os níveis de IL-6, TNF- α , PCR e LDL. A dieta DASH é caracterizada pelo baixo consumo de carnes vermelhas e processadas e altas consumo de frutas, hortaliças e cereais integrais (CORREIA; FILIPE; SANTOS; GRAÇA, 2021).

O perfil nutricional é rico em potássio, cálcio, magnésio e fibras, enquanto os teores de sódio e gorduras saturadas são relativamente baixos. Por essa razão, tanto a dieta mediterrânea quanto a DASH têm efeitos anti-inflamatórios e são capazes de reduzir o estresse oxidativo, exercendo um papel protetor contra a DA

Além disso, a dieta mediterrânea proporciona inúmeros benefícios à saúde, incluindo a melhora da perfusão cerebral. No entanto, esse efeito é mais significativo em pacientes com DA nos estágios leves ou iniciais, enquanto o efeito em estágios mais avançados não é perceptível (ESPIRITO; DANIEL, 2019).

Em contraste, o padrão alimentar ocidental aumenta o risco de DA, alterando a saúde metabólica e reduzindo a perfusão cerebral e, portanto, prejudicando a cognição. Pacientes com DA apresentam alterações no metabolismo cerebral. Estudos recentes têm argumentado que corpos cetônicos podem ajudar a corrigir essa situação (SERENIKI; VITAL, 2018).

Os corpos cetônicos são uma fonte direta de energia celular do metabolismo da gordura e podem ser usados como fonte de energia para o cérebro quando o suprimento de glicose é limitado. Pesquisas recentes sugerem que corpos cetônicos podem melhorar a memória episódica, memória temporária, memória semântica e vitalidade em pacientes com DA precoce, e esse efeito é mais evidente em mulheres (BUSNELLO, 2017).

Também foi demonstrado que os corpos cetônicos melhoram a capacidade funcional e a qualidade de vida, que são essenciais para pacientes com DA. No entanto, um dos problemas mais comuns com a dieta cetogênica é que ela é difícil de manter em longo prazo devido às suas características. Altas taxas de retenção, adesão e segurança podem ser alcançadas quando bem estabelecidas (FALCO, *et al.*, 2016).

O uso de ácidos graxos ômega-3 na DA tem sido amplamente estudado. No entanto, os ácidos graxos ômega-3 não melhoraram o declínio cognitivo e funcional nem os sintomas depressivos em um ECR conduzido por Lin *et al* (2022), mas a habilidade de linguagem falada sim.

Parece que esta biomolécula deve interagir com outros micronutrientes para conseguir este efeito. (2019) sugeriram que níveis adequados de vitaminas do complexo B são necessários para que o ácido graxo ômega-3 afete a cognição. Por outro lado, outros micronutrientes, como o ácido docosahexaenóico (DHA), o ácido eicosapentaenoico (EPA), carotenoides ou vitamina E, também podem ajudar a melhorar a memória e o humor. Esse efeito é significativo apenas em estágios mais leves a moderados da doença (CORREIA; FILIPE; SANTOS; GRAÇA, 2021).

Pacientes com DA tendem a apresentar maiores concentrações séricas de ácidos graxos saturados e trans do que a população geral. Isso está associado a alterações na metabolômica das vias tirosina, triptofano, purina e tocoferol. A meta-análise de Albrahim descobriu que a suplementação com esses nutrientes pode melhorar o declínio cognitivo, a conectividade funcional e a atrofia cerebral (SERENIKI; VITAL, 2018).

O estudo das interações microbiota-saúde ganhou grande importância no último século. A composição da microbiota afeta o desenvolvimento e a evolução de inúmeras doenças, incluindo a DA. Foi demonstrado que os pacientes com DA têm uma microbiota alterada, que promove um estado pró-inflamatório, afeta a função cognitiva e aumenta o risco de neurodegeneração através do eixo intestino-cérebro. Portanto, a suplementação de probiótico pode melhorar as anormalidades metabólicas e atenuar a inflamação e o estresse oxidativo (ESPIRITO; DANIEL, 2019).

Além disso, pode melhorar a função cognitiva. No entanto, Estes efeitos dependem da formulação e dose da bactéria probiótica, gravidade da doença, e momento da administração de probiótico. Por outro lado, o déficit de certos nutrientes, como os AGPIs ômega-3, diminui a resistência à neurotoxicidade produzida por essa microbiota alterada e afeta o sistema nervoso central. Portanto, além de corrigir a microbiota alterada com probióticos e prebióticos, é necessário corrigir o déficit dos nutrientes que interagem com a microbiota (GREGORIO *et al.*, 2019).

Observa-se que os pacientes têm níveis plasmáticos mais baixos de α -caroteno, β -caroteno, licopeno, luteína, vitaminas A, C e E e ácido úrico do que a população geral. Um RCT de Chen et al (2021) descobriu que a combinação de ácido fólico e vitamina B12 suplementação melhorou significativamente o desempenho cognitivo e inflamação em pacientes com DA (CORREIA; FILIPE; SANTOS; GRAÇA, 2021).

Vitamina D observa-se que a deficiência de vitamina D está significativamente associada com o desenvolvimento de demência e DA. Quanto maior a associação, maior a deficiência de vitamina D (<10 ng/ml). Por outro lado, quando as concentrações séricas de vitamina D aumentam, o risco de demência diminui (GREGORIO *et al.*, 2019)

A suplementação de vitamina D por pelo menos 12 meses melhora significativamente a função cognitiva e os biomarcadores relacionados ao peptídeo A β . O genótipo da apolipoproteína E (APOE) é um fator de risco conhecido para a DA. A administração de vitamina E pode ajudar a retardar o declínio cognitivo, modulando a resposta ao tratamento em genótipos de APOE.

2.2.3 NUTRIÇÃO E ALZHEIMER - TRATAMENTO E PREVENÇÃO

A influência dos fatores nutricionais na doença de Alzheimer está relacionada não apenas aos macronutrientes, mas também tem sido sugerido que o principal papel na prevenção e tratamento da doença é desempenhado por fatores com propriedades neuroprotetoras e antioxidantes (SERENIKI; VITAL, 2018).

O estresse oxidativo contribui para o dano oxidativo endógeno a proteínas, lipídios e até mesmo à estrutura do DNA, considerado um dos fatores etiológicos do processo de envelhecimento e do desenvolvimento de doenças crônicas, ou seja, a doença de Alzheimer. No caso da doença de Alzheimer, o estresse oxidativo é induzido pelo β -amiloide, e sua agregação está associada à formação de placas senis. Essas placas são depositadas nas paredes dos vasos sanguíneos (FALCO, *et al.*, 2016).

As vitaminas do complexo B, particularmente, estão envolvidas na metilação do DNA e no metabolismo da homocisteína. Níveis plasmáticos elevados de homocisteína são um forte fator etiológico no risco de desenvolvimento de demência vascular e doença de Alzheimer. Isso leva ao declínio cognitivo, danos à substância branca, atrofia cerebral e demência. Foi demonstrado que as pessoas que têm a doença de Alzheimer mostram níveis elevados de homocisteína. É por isso que,

nessas pessoas, é tão importante manter uma concentração adequada de vitaminas do complexo B no soro (SERENIKI; VITAL, 2018).

O fato de o magnésio ser um bloqueador fisiológico natural dos canais de cálcio, iniciou pesquisas sobre os efeitos da relação Ca:Mg na cognição. Um estudo PPCCT (*Personalized Prevention of Colorectal Cancer Trial*) mostrou que a redução da relação Ca:Mg por um suplemento de magnésio personalizado ao longo de 12 semanas (dietas com uma alta relação Ca:Mg) melhorou significativamente a pontuação geral do teste MoCA, em comparação com o grupo placebo entre os participantes com mais de 65 anos, conforme tabela descrita abaixo:

Tabela 1: A influência de fatores nutricionais na prevenção da doença de Alzheimer.

Fatores dietéticos positivos	Fatores dietéticos negativos
Alimentos ricos em compostos antioxidantes e anti-inflamatórios:	
Vitamina E (por exemplo, óleos vegetais prensados a frio)	Produtos altamente processados - <i>fast food</i> , refeições prontas para comer
Vitamina C (por exemplo, frutas cítricas, frutas vermelhas, acerola, pimentas, brócolis)	Ácidos graxos saturados (por exemplo, gorduras animais, óleo de palma, alimentos altamente processados)
Vitaminas do complexo B (por exemplo, nozes, sementes, feijão, produto integral)	Ácidos graxos trans (por exemplo, gorduras parcialmente hidrogenadas em alimentos, carne)
Ácido graxo poli-insaturado (por exemplo, peixes e frutos do mar, nozes, óleo de camelina, óleo de linhaça)	Açúcar simples (por exemplo, doces e açúcar)
Polifenóis (por exemplo, uvas, frutas vermelhas, camiseta verde, vinho tinto)	Alimentos de má qualidade — risco de consumo excessivo de poluição e toxinas, por exemplo, metais pesados

Fonte: (Da autoria/2023)

O consumo de PUFA's, especialmente os ácidos graxos ômega-3 DHA e EPA, é bem conhecido por ter um efeito benéfico na regulação da inflamação, que ocorre em pessoas que têm doença de Alzheimer. Essa influência foi avaliada no estudo WHICAP (*Washington Heights-Hamilton Heights-Inwood Columbia Aging Project*) (SERENIKI; VITAL, 2018).

Ele descobriu que um menor risco de desenvolver a doença de Alzheimer estava associado ao maior consumo de todos os ácidos graxos insaturados de cadeia longa e ômega-3. Além disso, também associou um maior risco de desenvolver a doença de Alzheimer com uma alta ingestão de ácidos graxos monoinsaturados e um aumento do teor de gordura total (MACHADO, *et al.*, 2019).

Para idosos portadores de DA não avançada caracterizada pela falta de autonomia em suas atividades rotineiras, o estabelecimento das necessidades energéticas é importante, pois essa população é com frequência desnutrida. Essa situação ainda não está clara se é decorrente de uma taxa metabólica de repouso aumentada ou se é o maior gasto de energia que causa a perda de peso. Para outros estudos a alimentação é negligenciada e a ingestão alimentar inadequada resulta em menor independência e a auto-alimentação ineficiente (MAHAN *et al.* 2012).

Deve-se garantir uma dieta adequada ao portador do Mal de Alzheimer, que inclua proteínas e calorias extras de acordo com idade, sexo e atividade. Pessoas com Alzheimer podem requerer 35 kcal/kg de peso corporal. A dieta dos pacientes deve conter níveis mais elevados de proteína e menor carboidrato desde o início do tratamento da doença, particularmente para manter os níveis de neurotransmissores como serotonina, adrenalina e dopamina. Os neurotransmissores precisam de alguns precursores, como triptofano, colina e tirosina, que estão presentes nos alimentos proteicos (GREGORIO *et al.*, 2019)

As metilxantinas são um grupo de agentes farmacológicos derivados da purina, obtidos a partir do metabolismo vegetal secundário e têm aplicação clínica devido às suas propriedades estimulantes. As metilxantinas são um grupo de agentes farmacológicos derivados da purina, que são obtidos a partir do metabolismo vegetal secundário e têm aplicação clínica devido ao seu efeito estimulante (MAHAN; ESCOTT; STUMP, 2012). Eles estão presentes na dieta diária em produtos populares como café, chá, bebidas energéticas e chocolate. Além dos efeitos broncoprotetores bem estabelecidos, esses compostos também são conhecidos por terem propriedades anti-inflamatórias, antioxidantes e efeitos neuroprotetores (SERENIKI; VITAL, 2018).

A dieta mediterrânea pode reduzir o risco de desenvolver comprometimento cognitivo leve e doença de Alzheimer. Caracteriza-se pelo alto consumo de verduras, frutas, castanhas, leguminosas, grãos não refinados e baixo consumo de carnes e laticínios. Além disso, vale a pena notar que, na dieta mediterrânea, o teor de gordura total pode ser moderado ou alto, variando de 30 a 40% da necessidade energética diária total (RÉQUIA; OLIVEIRA, 2006).

No entanto, caracteriza uma relação benéfica entre ácidos graxos insaturados e SFAs, que se relaciona ao alto consumo de azeite e peixe e baixo consumo de carne. Nesta dieta, observa-se também o aumento do consumo de vinho tinto com as refeições, que é uma valiosa fonte de polifenóis.

2.2.3.1 TAU, UMA PROTEÍNA NEURONAL QUE SE AGREGA NA DA

Tau representa a proteína da subunidade de uma das principais características da doença de Alzheimer (DA), os emaranhados neurofibrilares, sendo, portanto, de grande interesse como um indicador dos mecanismos da doença. Muitas das propriedades incomuns de Tau podem ser explicadas por sua natureza como uma proteína nativamente desdobrada (SERENIKI; VITAL, 2018).

Exemplos são o grande número de conformações estruturais e modificações bioquímicas (fosforilação, proteólise, glicosilação e outras), a multiplicidade de parceiros de interação (principalmente microtúbulos, mas também outras proteínas do citoesqueleto, quinases e fosfatases, proteínas motoras, chaperonas e proteínas de membrana) (MACHADO, *et al.*, 2019)

A agregação patológica de Tau é contraintuitiva, dada a sua alta solubilidade, mas pode ser racionalizada por motivos hidrofóbicos curtos formando estruturas β . A agregação da Tau é tóxica em modelos celulares e animais, mas pode ser revertida pela supressão da expressão ou por inibidores da agregação.

Os cientistas há muito apontam para a importância da tau na DA por causa das evidências que ligam a disseminação da tau com a progressão da doença. O acúmulo de beta-amiloide no cérebro de uma pessoa com DA é amplamente completado em um estágio clínico mais precoce conhecido como *transtorno neurocognitivo leve*. No entanto, o acúmulo de tau continua durante todo o curso da doença (SERENIKI; VITAL, 2018).

Começando nas partes do cérebro chamadas córtex entorrinal e hipocampo, o cérebro tau continua a se acumular à medida que a DA progride. Evidências recentes sugerem que a tau se espalha pelo cérebro por meio de "sementes" de oligômeros que viajam através de uma estrutura, chamada sinapse, que permite que uma célula nervosa passe um sinal elétrico ou químico para outra célula nervosa. A quantidade total de tau anormal no cérebro da DA está ligada ao estágio e à gravidade da doença (MACHADO, *et al.*, 2019)

O acúmulo de tau e emaranhados neurofibrilares, como placas amiloides, ainda não são mensuráveis com um exame de sangue disponível, embora a pesquisa esteja em andamento. Além disso, as condições não podem ser visualizadas em uma tomografia computadorizada ou ressonância

magnética. No entanto, o PET scanning pode identificar e medir a quantidade de acúmulo para qualquer uma dessas proteínas relacionadas à doença (SERENIKI; VITAL, 2018).

No caso da amiloide, o PET scan não identificará o estágio da demência por causa do acúmulo precoce da amiloide. Os PET scans Tau, por outro lado, podem no futuro fornecer uma medida de biomarcadores que indicará significativamente a progressão da doença. Os traçadores de varredura PET amiloide, que já são aprovados pela FDA, são frequentemente usados agora para selecionar candidatos para ensaios clínicos de DA (MACHADO, *et al.*, 2019)

Eles identificam a presença da doença, mas não são úteis para medir a progressão da doença. Tau PET scan tracers foram desenvolvidos e evidências apoiam tau PET scanning como um biomarcador que reflete o estágio de neurodegeneração associado com a doença de Alzheimer.

3 CONCLUSÃO

Este trabalho analisou que a doença de Alzheimer (DA) é uma doença causada pela complexa interação de múltiplos mecanismos, alguns dos quais ainda não são totalmente compreendidos. Até o momento, os tratamentos farmacológicos e a suplementação de nutrientes individuais têm sido pouco efetivos em termos de prevenção e tratamento da DA, enquanto estratégias alternativas baseadas em abordagens multimodais (dieta, exercício e treinamento cognitivo) parecem ser mais promissoras.

Nesse contexto, o foco nos padrões alimentares e não em componentes alimentares isolados poderia ser mais útil para prevenir ou neutralizar os processos patológicos típicos da DA, graças aos potenciais efeitos sinérgicos de vários nutrientes (neuronutrientes).

Portanto, a alimentação saudável tem sido bastante relacionada com a prevenção da DA e os estudos têm mostrado papel importante de nutrientes como vitaminas E, C, D e complexo B, ômega 3, selênio, zinco, fibras e ferro na redução do risco de demência e no retardo do declínio cognitivo.

REFERÊNCIAS

- BORGHI, Ana Carla et al. Qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer e de seus cuidadores. Revista Nutrição. Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 751-758. Dec. 2011.
- BUSNELLO, F. Aspectos Nutricionais no Processo do Envelhecimento. São Paulo: Atheneu, 2017. 292p.
- CARRETTA, M.; SCHERER, S. Perspectivas atuais na prevenção da doença de Alzheimer. Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 37-57, 2012.
- CECÍLIO, A; OLIVEIRA, J. Educação Nutricional Para Idosos Institucionalizados. Estudo Interdisciplinar do envelhecimento. Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 413-426, 2015
- CORREIA, A; FILIPE, J; SANTOS, A; GRAÇA, P. Nutrição e Doença de Alzheimer. 2021. Disponível em: <https://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1444910422Nutri%C3%A7%C3%A3oeDoen%C3%A7adeAlzheimer.pdf> Acesso: em: 13 agosto 2023.
- COUTINHO, C. As influências da prática de atividade física nas funções cognitivas em idosos. Lecturas: Educación Física y Deportes, Buenos Aires. n. 118, p. 1-1, 2018.
- ESPIRITO-SANTO, H; DANIEL. Trajetos do Envelhecimento Perspectivas Teóricas e Empíricas. Coimbra: imprensa universidade de Coimbra, 2019. 395p.
- FALCO, A. et al. Doença de Alzheimer: hipóteses etiológicas e perspectivas de tratamento. Quím. Nova, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 63-80, Jan. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-40422016000100063&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 agosto 2023.
- MACHADO, J. et al. Estado nutricional na doença de Alzheimer. Revista Associação Medica Brasileira. v.55, n.2, p.188-191, 2019.
- MAHAN, L. K.; ESCOTT- STUMP, S. Alimentos nutrição & dietoterapia. 13. Ed. Rio de Janeiro, 2012.
- RÉQUIA, C.; OLIVEIRA, V. Aspectos Fisiológicos e Nutricionais na Doença de Alzheimer. Revista Nutrição em Pauta, São Paulo, n.80. Out. 2016
- SERENIKI, A; VITAL, M.A. A doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, v.30 n.1 p. 2018.

Capítulo 15



10.37423/250409921

RELATO DE CASO DE COMUNICAÇÃO DE MÁSS NOTÍCIAS NO CENÁRIO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Letícia Homci Morais sabathé

*Centro universitário metropolitano da
Amazônia*

Luiza Wanzeller Monteiro

*Centro universitário metropolitano da
Amazônia*



INTRODUÇÃO:

A comunicação eficaz é um componente essencial da prática médica, especialmente quando se trata da transmissão de más notícias em contextos de urgência e emergência. A forma como essa comunicação é conduzida pode impactar profundamente tanto o paciente quanto seus familiares, considerando as diversas reações emocionais e comportamentais que uma notícia difícil pode desencadear.

OBJETIVO:

Este estudo busca investigar a importância da comunicação de más notícias no cenário de urgência e emergência, destacando os desafios e as melhores práticas para lidar com essas situações de maneira compassiva e eficaz.

METODOLOGIA:

O estudo foi baseado em uma revisão de literatura, no qual foram selecionados artigos das diversas bases de dados, dentre elas: Pubmed, Scielo, Biblioteca Virtual de Saúde e Cochrane Library.

RESULTADOS:

A literatura revela que a comunicação de más notícias é uma tarefa emocionalmente carregada para os profissionais de saúde. Como afirmado por Silva et al. (2021), muitos profissionais se encontram profundamente afetados emocionalmente, experimentando sentimentos de impotência diante da incapacidade de alterar a condição clínica dos pacientes e de seus familiares. Cardoso et al. (2023) enfatiza que a necessidade de manter a presença emocional e profissional durante essas comunicações exige uma resiliência extraordinária, muitas vezes tornando difícil conter as lágrimas. Esse manejo emocional é complexo, pois envolve compreender a natureza sensível da comunicação de más notícias, saber como lidar com reações adversas e superar o medo de comprometer a relação terapêutica, como discutido por Gibello et al. (2020).

CONCLUSÃO:

A fim de garantir que os profissionais de saúde nos serviços de urgência e emergência estejam preparados para comunicar más notícias de forma empática e eficaz, é fundamental investir em

educação continuada. Isso não apenas promove a segurança e a competência dos profissionais, mas também contribui para um atendimento mais humano e sensível aos pacientes e suas famílias.

Palavras Chave: Óbito. Educação em saúde. Pronto Socorro.

Área Temática: Suporte Básico e Avançado de Vida.

REFERÊNCIAS

CARDOSO, B.S. et al. Conhecimento dos profissionais de saúde sobre comunicação de más notícias em um pronto socorro. *Saúde Coletiva (Edição Brasileira)*,13(88):13267-13282; 2023. DOI: 10.36489/saudecoletiva.2023v13i88p13267-13282

GIBELLO, J.; PARSONS, H.A.; CITERO, V.D.A. The Importance of Communicating Bad News in the Intensive Care Center. *Rer. SBPH*, 23(1): 16-24, 2020.

SILVA, E. E. G. et al. Perinatal care professionals' perception of bad news and fetal deaths. *Research, Society and Development*, 10(5): 10-18, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i5.15101.

Capítulo 16



10.37423/250509925

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA DE MANAUS: OS DESAFIOS DA PRÁTICA RURAL

Jane da Silva Paes

Universidade Federal do Amazonas - UFAM

Wagner Santos Moura

Centro Universitário do Norte - UNINORTE

Maressa Rebeca Ávila Aro

Faculdade Metropolitana de Manaus -
FAMETRO

Vivianne Batista Riker De Sousa

Universidade Federal do Amazonas - UFAM

Julia Silva dos Santos

Universidade Federal do Amazonas

Neli Batista Alfaia

Universidade Nilton Lins

Patrícia Belém Melo

Universidade Federal do Amazonas - UFAM

Mayara Alvares Cabral

Universidade Federal do Amazonas

Janaina Evangelista de Lima

Centro Universitário do Norte - UNINORTE

Klevia Paes Monteiro

Universidade Federal do Amazonas - UFAM

Resumo: O presente relato trata sobre a participação da equipe multiprofissional como prática imersiva em unidades de saúde da família (USFR), da pós-graduação em Saúde Pública com Ênfase em Estratégia Saúde da Família, pela parceria do Estado e município, trazendo à tona a realidade desafiadora da população rural e as formas de se trabalhar este público. Nesta região o programa oferta a integração teórico-prática (educação e saúde), com abrangência em toda Manaus-AM, na área rural, são duas unidades sedes, em áreas afastadas, sendo necessário deslocamento até os locais por rodovias como BR e AM, além da sede, acontecem visitas domiciliares, atendimentos médicos, vacinas, educação em saúde nas unidades satélites em parceria com a comunidade. As ações conjuntas e a multidisciplinaridade são grandes diferenciais, a equipe conta com psicólogo(a), fisioterapeuta, assistente social, nutricionista e professor(a) de educação física, a condução teórica das atividades seguem os pressupostos da atenção básica, integradas às atividades oficiais do Sistema Único de Saúde (SUS). Os profissionais atuam em conjunto, com o objetivo de fortalecer a atenção básica em ações de prevenção, promoção de saúde e atendimento das demandas de cada USFR. As ações contam com diferentes técnicas conforme a realidade e o perfil do usuário em busca de superar os desafios estruturais das unidades, bem como a precariedade ou falta de informação e/ou dificuldade de alcance de algumas populações aos serviços de saúde.

Palavras chave: atenção básica; população rural; saúde pública; equipe multiprofissional.

INTRODUÇÃO:

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado com o objetivo de promover justiça social e reduzir as disparidades na assistência à saúde da população. A implementação do SUS, por meio das Leis orgânicas 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142/90, definiu o que hoje se conhecem como princípios essenciais para orientar sua organização: a universalidade que permite que todos tenham acesso aos serviços do SUS, independente de ser brasileiro ou não, das condições financeiras, etc.; equidade que difere do ideal de justiça, onde todos são tratados de forma igualitária, a igualdade compreende que as pessoas são diferentes e têm necessidades diferentes, mas que, de formas semelhantes, todos têm direito a terem estas necessidades atendidas de acordo com graus, níveis e especificidades do que precisa ser tratado; e Integralidade, onde o indivíduo recebe atendimento que segue do básico ao mais complexo em atenção em saúde. Os diferentes níveis de atenção e cuidado em saúde no Brasil são regulamentados pela Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para a estrutura da Rede de Atenção à Saúde dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Esses níveis incluem atenção primária, secundária e terciária. (Santos, 2024).

A partir disto a saúde passou por diversos períodos com as mudanças referentes às demandas fiscais, insumos, destinação de verbas, políticas de saúde, mudanças de governos, alterações de resoluções, normativas, portarias e notas técnicas. No cenário do final de 2022, início de 2023 com as novas alterações de políticas públicas, a eMulti surge em um panorama de reconstrução da Atenção Primária à Saúde no Brasil, em um cenário pós pandemia, com o reforço das ações interprofissionais e em sintonia com a agenda de incorporação de tecnologias e inovações na área da saúde. O novo arranjo mantém algumas similaridades com o trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e apresenta novos mecanismos organizativos e estruturais. Diante disso, algumas questões e características ainda carecem de cuidados e amparo quanto às reais competências, ações, necessidades e deveres e despertam reflexões sobre este novo modelo de multiprofissionalidade. (Bispo Júnior & Almeida, 2023).

Aplicando as políticas públicas em atenção primária é essencial que se compreenda sobre as características regionais, para que as práticas sejam acessíveis e direcionadas de maneira adequada ao público local. A área de Manaus corresponde a 11.401,092km², é possível notar que a maior parte do território é de área rural. Geograficamente a população se divide em sete zonas: norte, sul, leste, oeste, centro-sul, centro-oeste e rural. No entanto, a rede de atenção primária à saúde é formada por cinco distritos de saúde: norte, sul, leste, oeste e rural. Essa rede é composta por 239 unidades básicas

de saúde, sendo 227 UBSs, duas unidades móveis fluviais e 11 unidades de saúde da família rural (Manaus, 2022; Manaus, 2018).

As estratégias de promoção em saúde no âmbito rural são utilizadas em prol da saúde e bem estar da população. A realidade de territórios extensos e perfil de público tornam necessárias novas formas de alcançar e abranger a população rural. A equipe multiprofissional tem desenvolvido estratégias para que isso seja possível, como a adoção de grupos para popularização de cuidados em saúde, de forma eficaz e com adesão da comunidade em ações individuais e coletivas.

Os objetivos das estratégias de promoção em saúde são: ampliar o alcançar a população pela equipe multiprofissional na APS, para sensibilizar a comunidade em prol dos cuidados em saúde; incentivar a adoção de hábitos de autocuidado e práticas que envolvam a prevenção de doenças; conscientizar sobre a necessidade e benefícios da adesão às vacinas, e programas de prevenção a doenças; ampliar o alcance das campanhas do calendário nacional de saúde e promoção de bem-estar biopsicossocial. Para alcançar esses objetivos, a equipe tem buscado aproximação com a população, realizado verificando as demandas, para compreender cada caso e direcionar conforme a complexidade de cada um, prezando pela autonomia e participação ativa dos usuários do serviço público de saúde

METODOLOGIA

A análise da atuação prática segue modelo descritivo qualitativo e exploratório, com ênfase na implementação das ações realizadas em sua totalidade. A forma de trabalho foi conforme a disposição de espaço, material e especificidades do público e território, visto que, o ambiente rural se difere significativamente do urbano, como no acesso à informação e tecnologia, dificuldades de chegar até a unidade de saúde, etc. Trabalhar de forma qualitativa é um fazer científico por aproximações, onde os achados empíricos podem ser confrontados com as literaturas e seguem no desenvolvimento das práticas conforme as prerrogativas teóricas. (Minayo, 2017). As estratégias são: Acolhimento - Abordagem humanizada na recepção, com temas alusivos aos meses de conscientização, sensibilizando a comunidade sobre diversas áreas da saúde; Grupo de atividade física com foco na integração e no bem-estar, utilizando recursos criativos para superar a falta de equipamentos; Grupo Terapêutico - Espaço de escuta e troca de experiências, com temas sugeridos pelos participantes, a cada 15 dias, promovendo a saúde mental e o desenvolvimento pessoal, com pretensão de novos grupos; Trabalho em Equipe - Colaboração entre as e-Multis rurais AM-010; BR-174, cobrindo apenas território terrestre até o momento, juntamente com os profissionais das USFR, para garantir

atendimento integral e humanizado; Demanda Espontânea: Acolhimento e atendimento de demandas não agendadas, garantindo acesso à atenção especializada.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A e-Multi formada por Assistente Social, Psicólogo (a), Fisioterapeuta, Nutricionista e Profissional de Educação Física em cada unidade tem tido resultados expressivos, como a adesão da população à participação nas palestras na própria unidade, além da procura que tem aumentado dos serviços dos profissionais da e-multi, a implementação e permanência dos grupos, como o grupo de idosos e grupo de atividade física, que tem contado a cada semana com mais adeptos da comunidade. Há uma procura por parte da população em aderir a uma atividade de lazer ou prática de atividade física, pois é amplamente divulgada em todos os meios sociais, no qual destacam-se os benefícios de tais práticas, essas atividades físicas promovidas pela equipe da e-multi vem de encontro a essa necessidade. Além disso, os vínculos construídos através das atividades coletivas, como, por exemplo, exercícios físicos com grupos de idosos motivam a continuidade e o incentivo de outros à adesão. O que gera a efetividade nas ações de mobilização comunitária promovendo saúde e cidadania, que resultam no acesso aos direitos destas pessoas, como a utilização de benefícios previdenciários e a promoção da saúde, como os atendimentos psicológicos individuais e em grupo, reafirmando os vínculos do usuário com a USFR. Desta forma, é possível buscar alternativas para o controle de doenças como hipertensão e diabetes, presentes em membros da comunidade que geralmente procuram a unidade para tratamentos de sintomas que nem sempre são facilmente associados a essas condições e, ocasionalmente, são apresentadas as campanhas relacionadas a prática de atividades físicas que, uma vez aderida, torna-se grande aliada no combate de diversas condições, como a obesidade, por exemplo. (Kawai et al., 2025). A população tem aderido às campanhas, participados das atividades propostas, trazido *feedback* positivo sobre os serviços ofertados, apontado demandas que requerem a integração da e-multi tanto em visitas domiciliares, como em outras circunstâncias como nas escolas e, ainda, divulgado internamente entre pares, os benefícios sentidos pelo acesso às especialidades nas USFR. Além de ter alcançado parcerias como o apoio das associações de moradores para utilização de espaços adjacentes à unidade para ações sociais, atendimentos e campanhas em saúde, desta forma se percebe a consolidação do acesso a serviços especializados para os moradores de forma ímpar, contribuindo para a rede de apoio social. Desta forma os serviços ofertados pela equipe são promotores diretos de saúde física, mental e cidadania, estando em conformidade com a legislações vigentes, como a portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011, na Atenção Básica, que trata do

atendimento da saúde mental que visa o acesso dos pacientes aos serviços, por meio da proximidade entre profissionais e comunidade. Nesse contexto, a adoção de estratégias de promoção e prevenção é essencial, visando à eficácia nos serviços de saúde (Brasil, 2011). Enquanto as Unidades de Saúde da Família (USF's), ao serem caracterizadas como estratégia prioritária de reorganização da Atenção Primária em Saúde, dentro do SUS, operam de forma conjunta com os demais serviços de outros níveis assistenciais, a fim de viabilizar a resolutividade das necessidades da população. (Silva et. al, 2024).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Superando os obstáculos que são apresentados, tem se utilizado a criatividade, flexibilidade, empenho e esforço para a adaptação do que pode ser ofertado com a realidade existente do campo, assim a equipe utiliza abordagens e métodos inovadores para superar a falta de recursos, como materiais alternativos e atividades em grupo e ambientes alternativos, além dos cuidados e estratégias de alcance para lidar com os desafios logísticos da vastidão do âmbito rural nesta região do Amazonas. Esse esforço, dedicação, imersão na prática diária, tem sido recebido pelos usuários abertamente, gerando retorno positivo quanto aos serviços prestados, ações realizadas e implementações bem sucedidas de atividades em saúde e bem estar individual e coletivo da comunidade de modo geral. Por esses e outros efeitos percebidos das ações das equipes, é notório que as e-Multis da AM-O10 e BR 174 em território terrestre, vem desenvolvendo nos anos de 2023 e 2024 um trabalho que traz impactos na realidade social da zona rural. As falas dos usuários, dos profissionais de saúde fortalecem a importância do trabalho multiprofissional no âmbito rural, superando gradativamente os obstáculos e alcançando resultados benéficos à população, além de gerar aprendizado, desenvolvimento pessoal, acadêmico e profissional da equipe que, considerando a importância de seu trabalho, tem se empenhando em aperfeiçoar técnicas, atualizar práticas, manter as premissas dos serviços de forma humanizada, zelosa e visando sempre o bem-estar e saúde de todos envolvidos, para que esta população, independente da região, aspectos culturais, ou étnicos, sejam respeitadas integralmente, acolhidas e possam se apropriar os conhecimentos para promoção de saúde, sintam-se acolhidas para buscar os serviços, tenham plena ciência de seus direitos, entendam a importância dos cuidados em saúde e possam, cada vez mais ter autonomia e parceria em sua trajetória enquanto cidadãos, reconhecidos e bem-vindos, afinal, a atenção primária é porta de entrada, então enquanto equipe, a e-Multi tornou-se também uma forma humana de receber a população de braços abertos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Portaria 3088, de 23 de dezembro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 20 de jun. de 2024

BISPO JÚNIOR, José Patrício; ALMEIDA, Erika Rodrigues de. Equipes multiprofissionais (eMulti): potencialidades e desafios para a ampliação da atenção primária à saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 39, p. e00120123, 2023.

KAWAI, Aline Missaki et al. OBESIDADE EM ADULTOS: OS DESAFIOS E AS POTENCIALIDADES DA ATENÇÃO À SAÚDE EM MANAUS-AM. REVISTA FOCO, v. 18, n. 3, p. e8095-e8095, 2025.

MANAUS. Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021. Secretaria Municipal de Saúde. 2018.

MANAUS. Plano Municipal de Saúde 2022 - 2025. Secretaria Municipal de Saúde. 2022.

Minayo, M. C. de S. (2017). Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. Revista Pesquisa Qualitativa, São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017.

SANTOS, Jully de Paula et al. CONHECIMENTO DE USUÁRIOS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM PORTO VELHO (RONDÔNIA) QUANTO AOS PRINCÍPIOS DO SUS. Semana da Diversidade Humana (ISSN: 2675-1127), v. 9, n. 01, 2024.

SILVA, Crysllaine Pinheiro da et al. A POBREZA COMO ELEMENTO PREDISPONENTE PARA O ADOECIMENTO MENTAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NA SAÚDE DA FAMÍLIA. ARACÊ, v. 6, n. 2, p. 2703-2714, 2024.



 conhecimentolivre.org/home
 contato@conhecimentolivre.org
 [editoraconhecimentolivre](https://www.instagram.com/editoraconhecimentolivre)

CIÊNCIAS DA SAÚDE: ESTUDOS PARA MANUTENÇÃO E MELHORIA DA VIDA

VOLUME XVI