

CIÊNCIAS DA SAÚDE:

ESTUDOS PARA MANUTENÇÃO E MELHORIA DA VIDA

VOLUME XVII

EDITORA CONHECIMENTO LIVRE

Frederico Celestino Barbosa

Ciências da saúde: estudos para manutenção e melhoria da vida

17ª ed.

Piracanjuba-GO
Editora Conhecimento Livre
Piracanjuba-GO

Copyright© 2025 por Editora Conhecimento Livre

17ª 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

163 f.: il
DOI: 10.37423/2025.edcl1115
ISBN: 978-65-5367-657-2
Modo de acesso: World Wide Web
Incluir Bibliografia

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

CDU: 613

https://doi.org/10.37423/2025.edcl1115

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

EDITORA 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

Editora Conhecimento Livre
Piracanjuba-GO
2025

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 6
POSSÍVEIS EFEITOS ADVERSOS RAROS CORRELACIONADOS COM AS VACINAS CONTRA SARS-COV-2
ERIC REIS MARTINS
MÔNICA DA SILVA PINHEIRO PINHO
ENDI MIRELLA MARTINS
KLYCIA KELLEM CARDOSO ASSUNÇÃO
DOI 10.37423/250509928

CAPÍTULO 2 9
PROCESSO DE ENFERMAGEM EM TRICOLOGIA: RELATO DE CASO CLÍNICO COM MESOTERAPIA E TERAPIAS COMBINADAS
Marcos Benatti Antunes
DOI 10.37423/250509931

CAPÍTULO 3 18
HANSENIÁSE: UMA DOENÇA ZOONÓTICA?
Thallita Athena de Souza Nogueira
DOI 10.37423/250509938

CAPÍTULO 4 21
ESCOLAS PROMOTORAS DE SAÚDE: LIÇÕES INTERNACIONAIS, CAMINHOS BRASILEIROS E O DESAFIO DA INTERSETORIALIDADE
JOSÉ HELDER DINIZ JÚNIOR
MARIA ALDEISA GADELHA
RICARDO HUGO GONZALEZ
AARON MACENA DA SILVA
ANDRÉA SOARES ROCHA DA SILVA
RAIMUNDA HERMELINDA MAIA MACENA
DOI 10.37423/250509943

CAPÍTULO 5 50
A IMPORTÂNCIA DO USO ADEQUADO DOS DISPOSITIVOS DEAUXÍLIO À MARCHA POR INDIVÍDUOS IDOSOS: UMA REVISÃOINTEGRATIVA
VICTORIA ANDRADE COLLETE
Patrick Kervin de Almeida Chaves
DOI 10.37423/250509970

CAPÍTULO 6 62
EDUCAÇÃO E SAÚDE: CRIANÇAS HOSPITALIZADAS SÃO BENEFICIADAS COM RISOTERAPIA
Jailton Nunes Nóbrega
José Wellington Candido do Nascimento
DOI 10.37423/250509978

CAPÍTULO 7 71
O IMPACTO DAS MIDIAS DIGITAIS NA FORMAÇÃO DO COMPORTAMENTO INFANTIL: UMA REVISAO DE LITERATURA
Maria Izabel Cosmo de Brito
DOI 10.37423/250509992

CAPÍTULO 8 80
OCORRÊNCIA DE CANDIDEMIA EM PACIENTES HOSPITALIZADOS
Patrícia Guedes Garcia
Bruna Gonçalves de Oliveira
DOI 10.37423/250509997

CAPÍTULO 9 93
CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA
Maria Eduarda Almeida Alves
Beatriz Araujo Alves
Marília Letícia Henriques Dias Carneiro
Ana Claudia Torres de Medeiros
DOI 10.37423/250510009

CAPÍTULO 10 105
A INFLUÊNCIA DA CULTURA POPULAR NO PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DO PÉ DIABÉTICO
Rosalina Coelho Jácome
Karla Suênia Aires de Queiroz
Maria Selma Pereira de Oliveira Sampaio
Marília Ferreira Santos
Renata Virgínia Pereira Cunha
DOI 10.37423/250510010

CAPÍTULO 11 113
INCIDÊNCIA DE HANSENÍASE NA VII REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO DE 2014 A 2023
Tarcia Thalita Bandeira Garcia
Marcelo Domingues de Faria
Adriana Gradela
DOI 10.37423/250510025

CAPÍTULO 12 124
PROTAGONISMO DA ENFERMAGEM NA EPIDEMIA DE COVID
ROBERTO SANTOS DE OLIVEIRA
ELCIMAR DA CRUZ ALMEIDA
LISANDRA RODRIGUES RISI
MARIA AUXILIADORA PRUDENCIA DE ALMEIDA
ROSANGELA OLIVEIRA DE ABREU
VITORIA DE OLIVEIRA SANTOS
DOI 10.37423/250510026

CAPÍTULO 13 138
INCIDÊNCIA DA SÍNDROME DE BURNOUT EM GESTORES DO SETOR DE CONSTRUÇÃO CIVIL DE SOBRAL-CE
EDER PAULUS MORAES GUERRA
DOI 10.37423/250510027

CAPÍTULO 14 155
A INTERFERENCIA DE ATIVIDADES DE DUPLA TAREFA NO MEDO E RISCO DE CAIR DE IDOSOS.
Adryelle Araújo Costa
Amanda De Sousa Lima Rodrigues
Diego Ribeiro Xavier de Almeida
Ronald Ferreira Pinheiro
Mariana De Castro Soares
José Jonas Pinheiro Soares Junior
Karla Virgínia Bezerra de Castro Soares
DOI 10.37423/250510037

Capítulo 1

10.37423/250509928

POSSÍVEIS EFEITOS ADVERSOS RAROS CORRELACIONADOS COM AS VACINAS CONTRA SARS-COV-2

ERIC REIS MARTINS

AUTONOMO

MÔNICA DA SILVA PINHEIRO PINHO

BIO Cursos Pós-Graduações/Unidade Santarém

ENDI MIRELLA MARTINS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ

KLYCIA KELLEM CARDOSO ASSUNÇÃO

BIO Cursos Pós-Graduações/Unidade Santarém

INTRODUÇÃO:

A pandemia da COVID-19, causada pelo vírus SARS-CoV-2 que refletiu em alta morbimortalidade, deu início a corrida para a criação de vacinas contra esse patógeno, que são administradas mundialmente. Embora seguras, as vacinas não são isentas de efeitos colaterais graves, raros, mas, que podem levar a óbito, não podendo ser ignorados. Dessa formaa, este trabalho visa descrever, a partir da literatura a relação entre a vacinação da COVID-19 e as manifestações dos eventos adversos.

METODOLOGIA:

Realizou-se uma revisão integrativa de literatura, coletando-se publicações científicas em bases de dados: SciELO, PubMed, MEDLINE, Periódicos da CAPES, através dos descritores: Covid-19, eventos adversos, vacina, com filtro cronológico de 2020 a 2023. Obteve-se o resultado de 25 artigos científicos, sendo utilizado neste estudo apenas 13 e excluído os que não eram pertinentes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Identificou-se nos 13 estudos, eventos adversos logo após a vacinação com as vacinas da Janssen (Ad26.COV2.S), Pfizer (BNT162b2), Moderna (mRNA-1273), Astrazeneca (ChAdOX1 nCov-19) e Coronavac, tais como: complicações trombóticas, miocardite e síndrome de Guillain Barré. Os eventos trombóticos incomuns, de moderados a graves, em combinação com trombocitopenia, foram comprovados na população vacinada com Astrazeneca começando em média de 5 a 16 dias após a vacinação. Os pacientes apresentaram um ou mais eventos trombóticos, inclusive trombose do seio venoso cerebral, fatal. Em alguns casos logo após a 1ª dose, sendo a maioria mulheres. A miocardite foi outro achado clinico observado após as vacinas de RNA mensageiro (Pfizer e Moderna), surgindo em média de 2 a 5 dias após a vacinação e ocorridos na 1ª e mais frequentemente após a

2ª dose. Opoente ao esperado, alguns pacientes apresentaram sintomatologia suspeita da Síndrome de Guillain Barré, após a vacinação com Astrazeneca, Janssen e Coronavac, em média 5 a 8 dias após a vacinação.

CONCLUSÃO:

Em suma, conclui-se ser crucial notar que as vacinas contra o SARS-CoV-2 podem gerar efeitos adversos agressivos, embora raros, aos sistemas orgânicos, mas, ainda que seja eficaz, percebe-los é importante no direcionamento do tratamento por parte dos profissionais da saúde. Embora haja

evidências é imprescindível mais estudos visto que há grande possibilidade dos dados estarem subestimados devido a não obrigatoriedade da notificação sobre a correlação dos efeitos adversos, considerados raros, com as vacinas em questão.

Palavras-chaves: covid-19, eventos adversos, vacina

Capítulo 2

10.37423/250509931

PROCESSO DE ENFERMAGEM EM TRICOLOGIA: RELATO DE CASO CLÍNICO COM MESOTERAPIA E TERAPIAS COMBINADAS

Marcos Benatti Antunes

Clínica Meso Capilar

Resumo: A enfermagem em estética e tricologia tem se consolidado como uma área de atuação especializada, voltada ao cuidado integral da saúde capilar e da imagem corporal, com base em práticas seguras e cientificamente fundamentadas. O objetivo deste estudo foi relatar a experiência da aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e do Processo de Enfermagem (PE) no acompanhamento de um paciente com alopecia androgenética (AAG) associada ao eflúvio telógeno (ET), submetido a terapias combinadas e transplante capilar. Trata-se de um estudo do tipo relato de caso, fundamentado na teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta e nos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I. As intervenções realizadas incluíram mesoterapia capilar com ativos específicos, Ledterapia de luz vermelha e azul, ILIB sistêmico e suplementação vitamínica, com seguimento clínico durante e após o transplante capilar. A SAE possibilitou a elaboração de um plano de cuidados individualizado e eficaz, promovendo melhora significativa na densidade capilar, controle da queda, fortalecimento da autoestima e adesão terapêutica. O estudo evidencia que a atuação do enfermeiro tricologista, embasada em teorias de enfermagem e tecnologias assistenciais, pode contribuir para a qualidade do cuidado estético e emocional de pacientes com alopecia.

Palavras-chave: Enfermagem em Estética; Tricologia; Alopecia; Processo de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A alopecia androgenética (AAG) é uma das formas mais prevalentes de queda capilar, caracterizada pela miniaturização progressiva dos folículos pilosos e afinamento dos fios. Quando associada ao eflúvio telógeno (ET), queda difusa e temporária dos cabelos induzida por fatores como estresse, alterações hormonais e deficiências nutricionais, a condição clínica se torna mais desafiadora e exige uma abordagem integrativa (SANTOS et al., 2021).

Nesse contexto, a atuação do enfermeiro esteta e tricologista torna-se essencial. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), conforme a Resolução COFEN nº 358/2009, organiza o cuidado em cinco etapas: coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. O Processo de Enfermagem (PE) é a operacionalização prática dessa sistematização e baseia-se em modelos teóricos como o de Wanda Horta (HORTA, 1979; COFEN, 2009).

Wanda Horta propõe a identificação de necessidades humanas básicas afetadas, promovendo um cuidado integral ao paciente. Complementarmente, a NANDA-I fornece uma taxonomia validada de diagnósticos de enfermagem, que auxilia na escolha de intervenções mais seguras e eficazes (NANDA-I, 2021).

Este relato descreve o cuidado de enfermagem prestado a um paciente com AAG e ET, evidenciando como a SAE, o PE e as terapias combinadas contribuíram para resultados clínicos e emocionais positivos.

RELATO DE CASO

Paciente T.F., sexo masculino, 35 anos, procurou atendimento com queixa de rarefação capilar progressiva, intensificada nos últimos meses. A tricoscopia revelou sinais de AAG grau IIIa - Escala de Norwood-Hamilton (Figura 1), com predominância na linha frontal e sem acometimento da coroa, ainda associada a ET. Os exames laboratoriais solicitados visaram investigar fatores sistêmicos que pudessem contribuir para a queda capilar, conforme protocolos da prática tricológica baseada em evidências (Mysore, 2019). Vitamina D: 20,1 ng/mL – considerado nível insuficiente. A deficiência de vitamina D está associada a alterações imunológicas que influenciam o ciclo folicular (Ramos et al., 2021). Vitamina B12: 591 pg/mL – valor dentro da faixa laboratorial, mas considerado subótimo em tricologia, onde valores ideais ultrapassam 800 pg/mL para manutenção da matriz capilar (Tosti et al., 2016). Ferritina: 266,7 ng/mL – adequada; níveis ideais para saúde capilar, especialmente em casos de eflúvio telógeno (Deloche et al., 2007). Vitamina C: 0,43 mg/dL – abaixo do ideal. A deficiência de

vitamina C pode comprometer a absorção de ferro e a síntese de colágeno, afetando a saúde dos fios (Shapiro, 2007). DHT: 226 pg/mL – elevado. O di-hidrotestosterona é um dos principais responsáveis pela miniaturização folicular na alopecia androgenética (Gupta & Charrette, 2014).

Na consulta de enfermagem, foram aplicados os fundamentos da SAE. As necessidades humanas básicas afetadas identificadas foram: integridade da pele e anexos, autoestima, segurança emocional e nutrição celular. Com base na NANDA-I, foram definidos os diagnósticos adaptados na tricologia: Risco de integridade da pele prejudicada relacionado à rarefação capilar, inflamação e aplicação de produtos químicos; Baixa autoestima situacional relacionada à imagem corporal alterada por alopecia; Esperança comprometida evidenciada por relatos de frustração frente à perda acentuada dos fios; Padrão de enfrentamento ineficaz relacionado à ansiedade; Déficit no autocuidado: cuidados com a pele e couro cabeludo relacionado à falta de conhecimento técnico e uso inadequado de substâncias; Disposição para melhorar o autocuidado evidenciada pela adesão ao plano terapêutico e participação ativa nas sessões.

O plano terapêutico incluiu as Intervenções Planejadas (NIC), destacando a realização de mesoterapia capilar com ativos injetáveis; aplicação de ledterapia azul e vermelha; orientação de suplementação vitamínica; solicitação de exames laboratoriais e aconselhamento estético e emocional com base na teoria do autocuidado.

A Ledterapia aplicada com Luz Azul (470nm) é indicada para couro cabeludo com dermatite seborreica ou oleosidade excessiva; possui efeito bactericida, anti-inflamatório e seborregulador (Barolet & Boucher, 2008).

Já a Luz Vermelha (630–660nm) estimula a mitose dos queratinócitos, melhora a microcirculação e aumenta a produção de ATP nos folículos pilosos, promovendo crescimento capilar (Avci et al., 2014).

O tratamento realizado foi exclusivo ao paciente com ativos consolidados pela literatura destacando o Minoxidil 6mg por ser um vasodilatador que estimula a fase anágena dos fios, aumentando o fluxo sanguíneo local e promovendo crescimento capilar (Messenger & Rundegren, 2004).

A Dutasterida 0,5mg, sendo um inibidor da 5-alfa-redutase tipos I e II, reduz a produção de DHT, hormônio central na fisiopatologia da AAG (Gupta & Charrette, 2014).

A Latanoprosta 50mcg, um análogo da prostaglandina F2-alfa, que prolonga a fase anágena e aumenta o calibre do fio (Blume-Peytavi et al., 2012).

Os Nanofatores de Crescimento (IGF-1 1%, EGF 1%, Copper Peptídeo 1%) – peptídeos bioativos que estimulam a regeneração folicular e a angiogênese no bulbo capilar (Mysore et al., 2019).

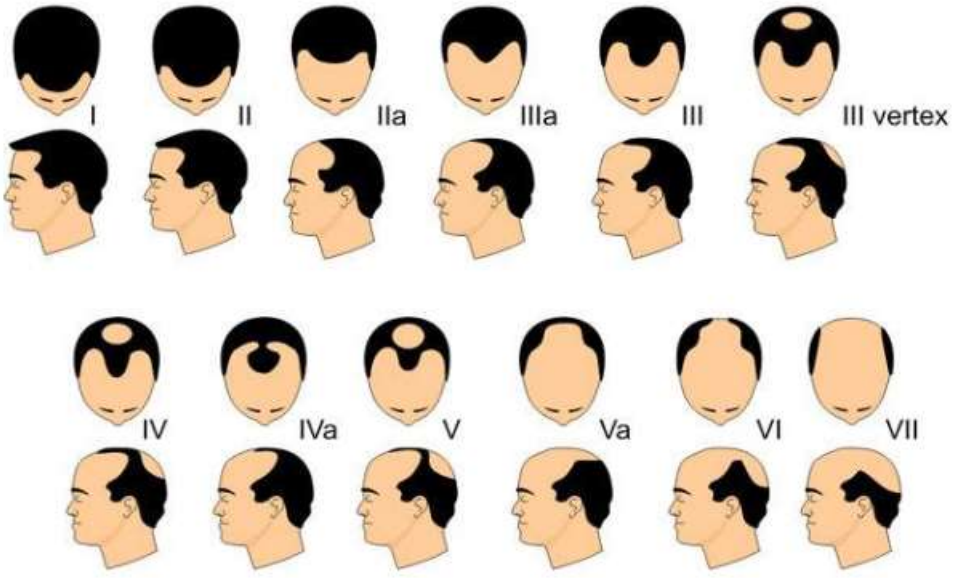
O DMSO 1% – solvente com alta capacidade de penetração dérmica, que potencializa a absorção dos ativos (Gavazza et al., 2011).

O Pill Food modificado: L-Metionina, L-Taurina, L-Prolina, Vitaminas B2, B3, B6 – combinação que fornece substratos essenciais para a produção de queratina e renovação celular (Tosti et al., 2016).

A L-Carnitina 20mg que melhora o metabolismo energético dos folículos, reduzindo o estresse oxidativo e prolongando a fase de crescimento (Foitzik et al., 2007).

Após seis meses de tratamento, o paciente demonstrou melhora significativa da densidade capilar, controle da queda e elevação da autoestima. Realizou transplante capilar em outubro de 2024 e manteve o acompanhamento com o tricologista, relatando elevada satisfação e adesão.

Figura 1 – Escala de Norwood-Hamilton.



Fonte: BORGES, 2016. (Adaptado Norwoord-Hamilton,1950-1970).

DISCUSSÃO

A abordagem do enfermeiro esteta e tricologista fundamentada na SAE e no modelo teórico de Wanda Horta favorece um cuidado sistematizado, integral e centrado nas necessidades humanas básicas do paciente. No caso descrito, a AAG associada ao ET exigiu uma estratégia de intervenção ampla,

considerando aspectos fisiológicos, nutricionais e emocionais (HORTA, 1979; NANDA INTERNATIONAL, 2021).

O uso de terapias combinadas tem se mostrado uma prática cada vez mais adotada nos protocolos tricológicos, especialmente quando se objetiva o fortalecimento dos fios nativos, o estímulo do crescimento e a prevenção da progressão da miniaturização folicular. A mesoterapia capilar, por exemplo, permite a aplicação intradérmica de ativos diretamente na matriz folicular, aumentando sua biodisponibilidade local. Estudos apontam que a associação de minoxidil, dutasterida, biotina e fatores de crescimento estimula a fase anágena, reduz a inflamação perifolicular e melhora a densidade capilar (JIMENEZ et al., 2020).

Além disso, a Ledterapia com luz vermelha e azul atua como um importante recurso auxiliar. A luz vermelha promove bioestimulação mitocondrial, aumentando a síntese de ATP e favorecendo a angiogênese ao redor do folículo piloso, enquanto a luz azul exerce ação anti-inflamatória e seborreguladora, auxiliando no controle da oleosidade excessiva e na melhora do ambiente cutâneo (LIU et al., 2023).

A aplicação do ILIB (*Intravascular Laser Irradiation of Blood*) é outro diferencial importante no protocolo terapêutico, pois promove efeitos sistêmicos como modulação da resposta inflamatória, melhora da microcirculação periférica e redução do estresse oxidativo, condições frequentemente envolvidas na progressão da AAG (ALMEIDA et al., 2023).

A manutenção do tratamento após o transplante capilar, como observado neste caso, é essencial para preservar os fios nativos e otimizar o crescimento dos folículos transplantados. Essa continuidade terapêutica, associada à escuta ativa e ao vínculo terapêutico estabelecido entre paciente e enfermeiro, contribui não apenas para o sucesso clínico, mas também para o fortalecimento da autoestima e da qualidade de vida do paciente.

Por fim, a utilização dos diagnósticos da NANDA-I foi essencial para organizar e padronizar o raciocínio clínico, possibilitando a escolha das intervenções mais adequadas para o caso. A integração entre o saber técnico-científico, o uso de tecnologias avançadas e o cuidado humanizado representa o modelo ideal de atuação na enfermagem tricológica moderna aliado a estética capilar (NANDA INTERNATIONAL, 2021; SANTOS et al., 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo de caso reforça a importância da enfermagem em tricologia no acompanhamento de pacientes com alopecia. A aplicação da SAE, sustentada por referenciais teóricos como Wanda Horta e pela NANDA-I, proporciona intervenções mais eficazes, seguras e centradas no paciente. A associação entre tecnologia, ciência e cuidado humanizado representa o caminho para melhores desfechos clínicos e maior qualidade de vida dos pacientes com queixas capilares.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. F. R. et al. ILIB (Intravascular Laser Irradiation of Blood) in aesthetic applications: clinical evidence and mechanisms. Lasers in Medical Science, v. 38, n. 2, p. 321–328, 2023.

AVCI, P. et al. Low-level laser (light) therapy (LLLT) for treatment of hair loss. Lasers in Surgery and Medicine, Hoboken, v. 46, n. 2, p. 144–151, 2014.

BAROLET, D.; BOUCHER, A. Light-emitting diode therapy in dermatology. Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery, Philadelphia, v. 27, n. 4, p. 227–238, 2008.

BORGES, F. S.; SCORZA, F. A. Terapêutica em estética: Conceitos e técnicas. 1. São Paulo: Phorte Editora, 2016. 580 p.

BLUME-PEYTAVI, U. et al. Hair growth and disorders. Berlin: Springer, 2012.

COFEN – CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n.º 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos e privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 23 out. 2009.

DELOCHE, C. et al. Iron deficiency in women: its relationship with hair loss. International Journal of Dermatology, Oxford, v. 46, n. 1, p. 52–56, 2007.

FOITZIK, K.; PAUS, R.; JAHODA, C. A. The role of L-carnitine in hair follicle biology and hair loss. Experimental Dermatology, Oxford, v. 16, n. 11, p. 936–945, 2007.

GAVAZZA, M. B. et al. DMSO: a vehicle with potential effects in topical therapy. Anais Brasileiros de Dermatologia, Rio de Janeiro, v. 86, n. 4, p. 732–733, 2011.

GUPTA, A. K.; CHARRETTE, A. Dutasteride for androgenetic alopecia. Journal of Cutaneous Medicine and Surgery, Toronto, v. 18, n. 6, p. 425–429, 2014.

HORTA, W. A. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU, 1979.

JIMENEZ, J. J. et al. Effectiveness of dutasteride and minoxidil in androgenetic alopecia: a meta-analysis. Journal of Dermatological Treatment, v. 31, n. 6, p. 547–553, 2020.

LIU, X. et al. Photobiomodulation therapy in alopecia: a review. Lasers in Medical Science, v. 38, n. 2, p. 545–556, 2023.

MESSENGER, A. G.; RUNDEGREN, J. Minoxidil: mechanisms of action on hair growth. British Journal of Dermatology, Oxford, v. 150, n. 2, p. 186–194, 2004.

MYSORE, V.; PARTHASARADHI, A.; CHANDRASHEKAR, B. S. Use of growth factors in dermatology: a comprehensive review. Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery, Mumbai, v. 12, n. 1, p. 1–6, 2019.

NANDA INTERNATIONAL. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2021–2023. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2021.

RAMOS, P. M.; MIOT, H. A.; MIOT, L. D. B. Deficiência de vitamina D e doenças capilares. Anais Brasileiros de Dermatologia, Rio de Janeiro, v. 96, n. 2, p. 142–148, 2021.

SANTOS, J. R. et al. Nursing care in trichology: an integrative review. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 74, n. 1, p. e20201321, 2021.

SHAPIRO, J. Hair loss in women. New England Journal of Medicine, Boston, v. 357, n. 16, p. 1620–1630, 2007.

TOSTI, A.; DUQUE-ESTRADA, B. Nutrition and hair: deficiencies and supplements. Dermatologic Clinics, Philadelphia, v. 34, n. 3, p. 555–563, 2016.

VANÕ-GALVÁN, S. et al. Hair restoration combining LED therapy and mesotherapy in alopecia: a clinical evaluation. International Journal of Trichology, v. 14, n. 1, p. 22–28, 2022.

Capítulo 3

10.37423/250509938

HANSENIÁSE: UMA DOENÇA ZOONÓTICA?

Thallita Athena de Souza Nogueira — *Centro Universitário Estácio da Amazônia*

A Hanseníase é uma doença crônica, infectocontagiosa, causada pelo bacilo de Hansen *(Mycobacterium leprae)*. A evolução depende de características do sistema imunológico da pessoa que foi infectada, apresentando múltiplas manifestações clínicas. A transmissão se dá entre pessoas, quando paciente não tratado elimina o bacilo pelas vias respiratórias. Em um estudo publicado recentemente na revista *PLoS Neglected Tropical Diseases*, pesquisadores descobriram que 62% dos tatus-galinha amostrados do estado do Pará, no Brasil, apresentaram sinais de exposição à bactéria que causa a hanseníase. O objetivo desse trabalho é descrever as características epidemiológicas, clínicas e sociais dos indivíduos com o diagnóstico, dos últimos cinco anos correntes de 2015-2020 no estado de Roraima, assim como a associação da bactéria causadora através do consumo da carne de tatu, ocasionando uma doença zoonotica. Para isso, foi realizado uma pesquisa no site do DATASUS, utilizando uma ferramenta pública, online e de tabulação dos casos desenvolvida pelo Ministério da Saúde (TABNET). Para obter informações precisas sobre a doença, levando em consideração da última atualização do sistema em 2018. Durante esse período foram confirmados 1.454 casos novos no Brasil, já em Roraima foi observado que a hanseníase atingiu alguns municípios com maior frequência, como a cidade de Boa Vista com 253 e Rorainópolis com 81, em pessoas com faixa etária de 20 à 49 anos, não desconsiderando as pessoas mais de 60 anos que também são acometidas, assim como as crianças de 0 a 10 anos .Observou-se predomínio do gênero masculino com 73%, levando em consideração a classificação operacional dos casos denota a predominância da forma Multibacilar em relação a Paucibacilar, com taxas de incidência significativa. Observamos que nos 5 anos do estudo a taxa de detecção são variáveis, em 2014 essa porcentagem foi de 8,54%, ou seja, um índice médio e 2019 tivemos 10,6% dos casos novos diagnosticados com grau II de incapacidade física. Entre 2014 a 2018 há uma heterogeneidade no indicador da proporção de cura, uma vez que a porcentagem oscila entre 69% a 81%. Quando analisamos a proporção de contatos intradomiciliares, Roraima alcançou o resultado no ano de 2019 com a taxa de detecção de 83,8%. Apesar de curável, a hanseníase ainda representa relevante problema de saúde pública, sendo o Brasil o segundo país mais endêmico no mundo. As altas taxas de incacapacidade de Grau II no estado indica que há falhas na detecção precoce desses casos. Ainda que o tabulador não permitiu tabular a procedência das pessoas afetadas (zona urbana ou rural) e a ficha da hanseníase não possuir no campo de investigação se o paciente consome carne de tatu, acreditamos que em Roraima a doença possa estar relacionada a esse fato, sendo cultural o consumo dessa carne pela população rural em outras partes do país com altas taxas da doença. Um estudo mais detalhado com a base completa do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) e em Roraima seria necessário para comprovar essa hipótese.

Palavras chave: hanseníase, TABNET e Roraima.

Capítulo 4

10.37423/250509943

ESCOLAS PROMOTORAS DE SAÚDE: LIÇÕES INTERNACIONAIS, CAMINHOS BRASILEIROS E O DESAFIO DA INTERSETORIALIDADE

JOSÉ HELDER DINIZ JÚNIOR — *Universidade Federal do Ceará*

MARIA ALDEISA GADELHA — *Conselho Regional de Educação Física - CREF*

RICARDO HUGO GONZALEZ — *Universidade Federal do Ceará*

AARON MACENA DA SILVA — *Universidade Federal do Ceará*

ANDRÉA SOARES ROCHA DA SILVA — *Universidade Federal do Ceará*

RAIMUNDA HERMELINDA MAIA MACENA — *Universidade Federal do Ceará*

Resumo: Este capítulo tem como objetivo analisar a evolução das políticas de saúde escolar no Brasil, com ênfase na consolidação do Programa Saúde na Escola (PSE), à luz de experiências nacionais e internacionais com Escolas Promotoras de Saúde (EPS). A pesquisa é de natureza qualitativa, com abordagem descritivo-analítica, fundamentada em revisão bibliográfica e documental. Foram consultadas produções acadêmicas, diretrizes de organismos internacionais (OMS/OPAS), legislações nacionais e documentos institucionais sobre saúde escolar. Também foi realizada uma análise comparativa com experiências internacionais na Ásia, Europa, Oceania e América Latina, com foco na estrutura das EPS e seus resultados. O capítulo apresenta um resgate histórico da saúde escolar no Brasil desde o século XIX, destacando o percurso desde o higienismo até a abordagem biopsicossocial. Discute-se ainda a intersetorialidade como pilar da política atual, seus avanços e desafios na implementação prática do PSE. A análise revela que, embora o Brasil possua um arcabouço normativo e conceitual consistente, ainda enfrenta obstáculos na efetiva articulação entre os setores de saúde e educação, na formação de profissionais e na cobertura nacional do programa. Conclui-se que o fortalecimento da intersetorialidade, da gestão descentralizada e do engajamento comunitário é fundamental para consolidar a escola como espaço estratégico de promoção da saúde.

Palavras-chave: Saúde escolar; Intersetorialidade; Políticas públicas.

INTRODUÇÃO

A promoção da saúde no ambiente escolar tem se mostrado uma estratégia eficaz para melhorar os indicadores de saúde e educação entre crianças e adolescentes. O modelo utilizado pauta-se nas Escolas Promotoras de Saúde (EPS) que se propõe a ser uma abordagem integrada que envolve currículo, ambiente escolar e participação da comunidade (Langford *et al.*, 2014; Langford *et al.*, 2015). Diversos países ao redor do mundo têm documentado suas experiências com a implementação das EPS como uma estratégia eficaz (Organization *et al.*, 2021). Diversos países vêm adotando esse modelo, sendo que buscam a adaptação ao contexto sociocultural e político local.

Com o objetivo de fortalecer a saúde escolar na América Latina e Caribe, a Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) promoveram no Chile, em 1995, uma reunião de saúde escolar, onde foi apresentada a proposta de Escolas Promotoras de Saúde. No ano seguinte, em uma nova reunião realizada em San José, na Costa Rica, foi criada a Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde, da qual o Brasil é membro. Também nessa reunião, foram apresentados o modelo e o Guia para a Ação. Na ocasião, os 14 países participantes comprometeram-se a adotar a iniciativa de Escolas Promotoras de Saúde- EPS (SaúDe and Brasil, 2007). Essa iniciativa adotava os conceitos que vinham sendo difundidos a partir da Carta de Ottawa (1986). Sob essa concepção, a promoção da saúde nas escolas compreende três componentes principais: a) educação para a saúde com enfoque integral; b) criação de entornos saudáveis e c) provisão de serviços de saúde" (Oms, 2002; Organization, 2002; Brasil and RepúBlica, 2007).

No Brasil, entre 1999 a 2002, várias ações foram implementadas onde foram abordadas as temáticas alimentação escolar; bullying; cultura de paz; saúde e prática de atividade física; paz e arte; ambiente saudável; esquistossomose; conversando sobre saúde; comportamentos violentos; planejamento para o desenvolvimento de ações na escola; promoção da saúde e interface com a educação; promoção de saúde na escola (SaúDe and Brasil, 2007; Santos and Oliveira, 2020; Fernandes *et al.*, 2023; Brasil, 2024). Podemos acreditar nessa hipótese pelo fato de o Brasil ter implementado, logo em seguida, uma nova política de saúde escolar, a partir de 2003, que foi o Projeto Saúde e Prevenção nas Escola- SPE (Brasil, 2018; Santos and Oliveira, 2020; Silva and Ribeiro, 2020).

Diante da relevância crescente da promoção da saúde no ambiente escolar e da consolidação de políticas públicas voltadas ao desenvolvimento integral de crianças e adolescentes, torna-se fundamental compreender as origens, fundamentos e desafios atuais da saúde escolar no Brasil. Assim, este capítulo tem como objetivo analisar a trajetória histórica das políticas de saúde nas

escolas, contextualizar o desenvolvimento do Programa Saúde na Escola (PSE), apresentar evidências internacionais de experiências bem-sucedidas com Escolas Promotoras de Saúde (EPS) e discutir os entraves e potencialidades da intersetorialidade como eixo estruturante dessa política.

METODOLOGIA

Este capítulo é fruto de uma pesquisa qualitativa de caráter descritivo e analítico, fundamentada em revisão documental e bibliográfica. Foram consultadas publicações científicas, legislações nacionais, diretrizes de organismos internacionais como a OMS e a OPAS, e documentos oficiais do Ministério da Saúde e da Educação sobre políticas públicas de saúde escolar. A análise foi complementada com estudos comparativos de experiências internacionais de Escolas Promotoras de Saúde (EPS), extraídos de literatura revisada por pares, relatórios técnicos e revisões sistemáticas. A abordagem permitiu identificar elementos comuns e divergentes nas estratégias de promoção da saúde em escolas, observando aspectos como estrutura organizacional, intersetorialidade, metodologias e resultados alcançados.

A discussão também incorporou um resgate histórico da evolução da saúde escolar no Brasil, desde o século XIX até os dias atuais, analisando os marcos normativos, programas e projetos implementados. A trajetória do Programa Saúde na Escola (PSE) foi detalhadamente examinada quanto à sua concepção, diretrizes operacionais, desafios de execução e impacto na formação integral dos estudantes. Ao reunir essas fontes e perspectivas, o estudo visa contribuir para a compreensão crítica dos caminhos percorridos e das possibilidades futuras para a consolidação de uma política pública de saúde escolar efetiva, equitativa e intersetorial.

SAÚDE ESCOLAR NO MUNDO

Na Ásia, a China apresenta um modelo nacional estruturado de EPS e as ações são integradas ao currículo escolar com forte apoio de políticas públicas (Dong *et al.*, 2020). As EPS chinesas seguem diretrizes do governo central, que incluem campanhas de higiene, avaliação periódica de saúde dos alunos, programas de alimentação e promoção de saude mental e atividades físicas. Os resultados apontam para melhorias nos comportamentos de saúde dos estudantes, como aumento na prática de atividades físicas e melhor alimentação (Stewart and Sun, 2007; Lee *et al.*, 2020).

Na Tailândia, as EPS integram saúde ao cotidiano escolar com ênfase em higiene pessoal, alimentação saudável e práticas sustentáveis; valorizam a participação ativa da comunidade escolar, com comitês locais formados por alunos, pais e professores. As ações são baseadas no uso de atividades lúdicas em

práticas culturais, jogos educativos e foco em hábitos de higiene e alimentação saudável. Essa abordagem mostrou-se eficaz ao alinhar saúde com o contexto cultural local (Erawan, 2015). A Tailândia é citada como um caso de sucesso na implementação nacional de EPS, com ações sistemáticas envolvendo escolas, ministérios e comunidades. A estratégia tailandesa incluiu a criação de um guia nacional de EPS, formação de professores e mecanismos de monitoramento, sendo considerada uma experiência sustentável e replicável (Akiyama *et al.*, 2013; Muangnapoe and Srisiri, 2022).

Na Oceania, a Austrália tem buscado adaptar o modelo às suas necessidades locais e suas ações são baseadas em três áreas: políticas escolares saudáveis, desenvolvimento de competências e parceria com famílias e comunidade (Patrick and Kingsley, 2019). A Austrália adotou uma abordagem centrada no bem-estar mental, inclusão e ambiente seguro. A atuação intersetorial foi fundamental para o sucesso da estratégia nacional (Sawyer *et al.*, 2021). O modelo se baseia no *Health Promoting Schools Framework*, articulando políticas de saúde escolar, habilidades de vida e parcerias com famílias e comunidades (Organization *et al.*, 2021). Um estudo identificou como principais facilitadores: o envolvimento dos professores, tempo reservado no currículo e suporte institucional e como principais barreiras à implementação o excesso de demandas no currículo escolar e a resistência institucional, falta de recursos e sobrecarga docente, mas destacou a importância da liderança escolar e do envolvimento da comunidade como facilitadores (Sadjadi *et al.*, 2021).

Na Europa, o modelo da *European Network of Health Promoting Schools (ENHPS)* tem sido amplamente difundido, especialmente em países como Reino Unido, Alemanha, Grécia e Países Baixos eficaz (Organization *et al.*, 2021). O modelo europeu enfatiza políticas escolares de saúde, envolvimento da comunidade, ações intersetoriais envolvendo saúde mental, alimentação, atividade física e participação estudantil e capacitação docente. Apesar da existência de políticas estruturadas, a implementação prática ainda enfrenta barreiras como capacitação docente limitada e falta de apoio político, contudo escolas com lideranças engajadas e políticas de apoio institucional apresentam melhores resultados na implementação do modelo. No Reino Unido, as escolas recebem selos de qualidade de saúde, e há formação contínua para professores (Bartelink *et al.*, 2024). Países como Grécia, Portugal e Irlanda priorizam a participação da comunidade escolar. As evidências indicam que essa integração contribui para mudanças positivas no comportamento dos estudantes e melhoria do ambiente escolar (Prasla and Prasla, 2011; Cefai *et al.*, 2022).

Na América Latina e Caribe, países como Chile, Colômbia, México e Suriname adotam um modelo proposto pela OPAS/OMS que combinam: (1) educação em saúde no currículo escolar, (2) criação de ambientes escolares saudáveis e (3) acesso a serviços de saúde e nutrição. No México, há forte integração com políticas de alimentação escolar como parcerias com ministérios da saúde e da educação, mas também há dificuldades na sustentabilidade das ações e na avaliação de impacto (Jauregui *et al.*, 2022). No Chile, o foco centra-se em alimentação saudável, atividade física e saúde mental nas escolas (Gaete *et al.*, 2022). Apesar dos avanços na institucionalização das EPS, como a incorporação de currículos voltados para saúde, há desafios, como a falta de coordenação intersetorial e financiamento estável (ChávVez *et al.*, 2021).

Quadro 1 – Comparativo Internacional: Escolas Promotoras de Saúde (EPS)

Região/País	**Estrutura Institucional**	**Estratégias Principais**	**Resultados Apontados**	**Desafios Identificados**
China	Modelo nacional integrado ao currículo; forte apoio estatal	Campanhas de higiene, saúde mental, nutrição, atividade física	Melhora nos hábitos alimentares e prática de exercícios	Sustentabilidade das ações; desigualdades regionais
Tailândia	Comitês escolares com pais, professores e alunos	Atividades lúdicas, foco cultural e alimentação saudável	Envolvimento comunitário e sustentabilidade local	Necessidade de formação contínua
Austrália	Parceria escola-comunidade; abordagem centrada no bem-estar	Inclusão no currículo, apoio familiar, ambiente seguro	Redução do estresse e melhora do ambiente escolar	Sobrecarga docente; tempo curricular limitado

Reino Unido (Europa)	Rede nacional de certificação e formação contínua	Políticas escolares de saúde, capacitação docente, participação estudantil	Mudanças positivas nos comportamentos e clima escolar	Resistência política e limitação de recursos
México (AL)	Integração entre ministérios da saúde e educação	Saúde no currículo, ambiente saudável e serviços de nutrição	Avanços institucionais e políticas de alimentação	Falta de avaliação de impacto e financiamento instável
Chile (AL)	Enfoque nacional em saúde mental, alimentação e atividade física	Currículos adaptados, articulação com políticas públicas	Resultados positivos em saúde e bem-estar estudantil	Baixa coordenação intersetorial

A análise das experiências internacionais de Escolas Promotoras de Saúde (EPS), sintetizada no primeiro quadro comparativo, evidencia a diversidade de estratégias adotadas ao redor do mundo, mas também aponta para convergências relevantes. Em países como China e Tailândia, observa-se uma forte presença do Estado na condução das políticas escolares de saúde, integrando as ações diretamente ao currículo e promovendo campanhas nacionais de grande escala. Esses modelos se destacam pela padronização e pela articulação centralizada, o que favorece a disseminação uniforme das práticas.

Na Tailândia, o diferencial está na valorização da cultura local, com ênfase em metodologias lúdicas e em ações participativas que envolvem estudantes, famílias e professores. Já a Austrália e o Reino Unido adotam um enfoque mais centrado no bem-estar e na promoção da saúde mental, sustentado

por políticas escolares claras, capacitação docente e parcerias com a comunidade, destacando-se pela institucionalização da saúde como eixo pedagógico.

Na América Latina, países como México e Chile demonstram esforços importantes na integração das políticas públicas, especialmente em torno da alimentação, atividade física e saúde emocional. No entanto, enfrentam desafios relacionados à sustentabilidade financeira, articulação intersetorial e à adaptação das estratégias às realidades locais. Em todas as experiências analisadas, destaca-se que os melhores resultados estão vinculados à presença de liderança escolar, envolvimento comunitário e continuidade das ações no tempo.

Assim, observa-se que as Escolas Promotoras de Saúde estão presentes em diversas regiões do mundo, com impactos positivos na saúde dos estudantes, mas enfrentam desafios comuns, como articulação entre setores, formação de profissionais e sustentabilidade política. Essas experiências reforçam que o sucesso das EPS depende de políticas públicas integradas, capacitação contínua dos profissionais da educação, envolvimento das comunidades escolares e compromisso político de longo prazo.

SAÚDE ESCOLAR NO BRASIL E PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE)

O Programa Saúde na Escola -PSE constitui atualmente a política nacional de saúde escolar no Brasil. Instituído em 2007, o PSE até hoje não foi universalizado, assim como os princípios da intersetorialidade e interdisciplinaridade definidos nessa política não foram materializados a contento na execução das ações da mesma (Brasil and RepúBlica, 2007; Brasil, 2018; Brasil, 2023; Brasil, 2024). Por sua vez, o conceito de promoção da saúde que fundamenta a concepção do PSE ainda coexiste com a visão higienista que marcou o surgimento da saúde escolar, por volta do início do século XIX. Mesmo diante de desafios tão importantes a serem superados, há também avanços a serem ressaltados: ao longo dos anos o programa não sofreu descontinuidade; o financiamento foi mantido em todos os governos desde sua oficialização; a adesão dos municípios ao PSE vem aumentando gradativamente desde o seu lançamento, o que pode significar o aumento das ações desenvolvidas no ambiente escolar e do número de estudantes beneficiados (Fernandes *et al.*, 2023).

O tema saúde escolar aparece de forma orgânica e sistêmica, pela primeira vez, entre o final do século XVIII e o início do século XIX, na Alemanha, através dos trabalhos dos médicos Johann Peter Frank e Franz Anton Mai. Frank elaborou um guia organizado em nove volumes, cujo primeiro foi publicado em 1779. O System Eisner Vollstandigem Medicinischen Politizei ou Sistema Frank, como tornou-se conhecido posteriormente, versava sobre uma multiplicidade temas relacionados à promoção e

manutenção da saúde, tanto individual quanto coletiva, inclusive a saúde no ambiente escolar. O Sistema Frank, segundo Lima, citado por Figueiredo, ao tratar do tema da saúde escolar "[...] dispunha detalhadamente sobre o atendimento escolar e a supervisão das instituições educacionais particularizando desde a prevenção de acidentes até a saúde mental, desde a elaboração de programas de atletismo até a iluminação, aquecimento e ventilação das salas de aula" (Figueiredo *et al.*, 2010).

Profundo conhecedor e admirador do trabalho de Frank, o médico Franz Anton Mai elaborou, tendo como base o Sistema Frank, um código de saúde de caráter abrangente e que dava grande ênfase à educação (Figueiredo *et al.*, 2010), no qual era criada a figura do oficial de saúde e eram fixadas as atribuições a serem executadas por ele nos colégios. A partir da Alemanha a preocupação com o tema da saúde escolar se expande para diversos países da Europa e para os Estados Unidos. As proposições do Sistema Frank e do código elaborado por Franz Mai foram abraçadas por vários países que as implantaram, ao menos de forma parcial, de acordo as possibilidades advindas de fatores de natureza tanto econômica quanto social. E nesses países, assim como na Alemanha, o higienismo tornou-se a principal finalidade das ações implementadas no campo da saúde escolar.

No Brasil, a intervenção do governo na saúde escolar aparece pela primeira vez com a criação da Junta de Higiene Pública, em 1850, devido à necessidade do combate à epidemia da febre amarela e tuberculose que acometia a população do Rio de Janeiro, então capital federal, e de várias outras províncias. Já em 1886 um Decreto Imperial determina que comissários passem a visitar as escolas do Império para diagnosticar os alunos com doenças transmissíveis' (Dos Santos and Santos Adinolfi, 2021). No entanto, as medidas previstas nessas leis, além de pontuais, mal saíram do papel.

São Paulo e Rio de Janeiro, ainda no século XIX, elaboraram leis relativas à higiene escolar. Em 1889, o Barão do Lavradio (presidente da Junta Central de Higiene Pública) baixou um decreto regulamentando a inspetoria das escolas da Corte, tanto públicas quanto privadas (Figueiredo *et al.*, 2010). Em São Paulo, em 1894, é baixado o decreto nº 233/1894, que estabeleceu o Código Sanitário do Estado, onde são previstas várias medidas de saúde a serem implementadas pelos estabelecimentos escolares (Dos Santos and Santos Adinolfi, 2021).

Apesar das medidas citadas acima, a saúde escolar ou higiene escolar, como era denominada na época, só viria a ganhar impulso no início do século XX, quando o Brasil experimentava uma intensa onda migratória e às epidemias de varíola, febre amarela e cólera, entre outras que acometiam a população nacional, veio a somar-se a peste bubônica. A mortandade que vitimava a população em geral era

particularmente crítica entre as crianças. É nesse contexto que é fundada a Associação Paulista de Assistência ao Estudante e é instituída em 1911 a Inspetoria Médica Escolar da São Paulo. Ao longo dessa década, o Rio de janeiro, Pernambuco, Bahia, Minas Gerais, Paraná e Santa Catarina também criam essas inspetorias em seus territórios (Escobar *et al.*, 1991).

Em termos de efetivo atendimento às necessidades de saúde dos estudantes, as iniciativas eram reduzidas ao atendimento odontológico, quando havia. As ações de saúde escolar concentravam-se na questão da salubridade dos estabelecimentos de ensino, na verificação das condições de saúde dos alunos e professores e na propagação de regras de higiene para a manutenção da saúde. Ao assumir o governo, em 1930, Getúlio Vargas e seu grupo político se propunham a modernizar o Estado brasileiro, substituindo o poder das tradicionais estruturas oligárquicas por um Estado forte, centralizado e soberano. No campo político-econômico, o governo Vargas buscou assegurar a supremacia dos interesses nacionais sobre os regionais, rompendo uma tradição que já vinha desde o Império e transformando a economia agroexportadora, voltada para o mercado externo, em outra industrializada e direcionada às necessidades de consumo do mercado interno (Escobar *et al.*, 1991; Figueiredo *et al.*, 2010).

Ocorre que a industrialização demandava um tipo de trabalhador diferente da mão de obra que supria as necessidades de uma economia de base agrícola. É nesse contexto que houve, nos anos 30, um deslocamento da problemática da saúde escolar de nível estadual para central em virtude do governo Vargas (Escobar *et al.*, 1991).

Mesmo assim, os fatores econômicos, a falta de pessoal qualificado e as instabilidades políticas não propiciaram grandes avanços na implementação das medidas previstas em lei. Em julho de 1942, dentro de uma parceria estabelecida entre os governos do Brasil e dos Estados Unidos, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública – SESP. Criado em plena 2ª guerra mundial, o SESP foi uma agência de caráter temporal e tinha como finalidade contribuir com os esforços de guerra, no entanto, como assegura Campos, a releitura que o presidente Getúlio Vargas e seu governo fizeram do SESP, determinou que essa agência sempre estivesse a serviço do projeto de desenvolvimento econômico e da expansão da autoridade pública do Estado Brasileiro (Campos, 1998; Figueiredo *et al.*, 2010).

Desse modo, o SESP, ao longo de quase duas décadas, foi fundamental para o avanço dos serviços de saúde em nosso país, inclusive a saúde escolar, através da odontologia sanitária, que priorizou a atenção aos escolares dentro do sistema de educação formal a partir dos anos 1950, desenvolvendo trabalhos numa abordagem higienista, curativo-reparadora e assistencialista com escolares na faixa

etária de seis a 14 anos. Em 1960, os Estados Unidos e o Brasil encerraram o convênio responsável pelo SESP e, através da Lei 3.750 de 11 de abril de 1960, o mesmo é transformado na Fundação Serviços Especiais de Saúde (FSESP) (Escobar *et al.*, 1991; Figueiredo *et al.*, 2010).

Um aspecto da saúde escolar que não podemos esquecer é a questão alimentar e nutricional. A relação entre alimentação e aprendizagem começou a ser abordada ainda na década de 1930 com algumas iniciativas efetivadas nos estados mais ricos do país. A partir de 1945, esse tema passa a ser objeto de preocupação pelo governo federal, mas não são observados progressos nessa área até 1955. Nesse ano é criada a Campanha de Merenda Escolar, considerada marco de origem do Programa Nacional de Alimentação Escolar- PNAE (Campos, 1998; Silva, 2014).

Ao longo das décadas posteriores, a política nacional de assistência alimentar aos estudantes passou por várias mudanças no nome, na formatação e no aporte de recursos. O atual PNAE foi regulamentado pela Lei nº 11.947, de 11 de junho de 2009, tendo como finalidades oferecer alimentação escolar e ações de educação e nutrição aos estudantes de todas as etapas da educação básica pública (Silva, 2014).

PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE DO ESCOLAR: INÍCIO DA INTERSETORIALIDADE

A década de 1980, no Brasil, foi marcada pela chegada de pandemia de Aids e pelo avanço da redemocratização culminando, após 21 anos de ditadura militar, com a eleição de um civil para presidência da República e a promulgação de uma nova Constituição Federal, elaborada pela Assembleia Nacional Constituinte de 1987- 1988. A nova Constituição garantiu à população uma série de direitos sociais e trabalhistas, garantias individuais e coletivas e igualdade de gênero, entre outras disposições.

Um marco importante nessa época é a criação do Programa Nacional de Saúde do Escolar- PNSE, em 1984, pelo governo federal. Criado pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação-FNDE, esse programa objetivava suprir as necessidades de saúde dos estudantes do ensino fundamental público com atendimento clínico em oftalmologia, otologia e odontologia (Silva and Andrade, 2018; Silva and Ribeiro, 2020; Dos Santos and Santos Adinolfi, 2021; Brasil, 2024). Alinhado com a visão higienista da saúde escolar, o programa partia do pressuposto que, isoladamente, a melhoria das condições de saúde dos estudantes resultaria na melhoria dos índices de evasão e repetência escolar. Mais uma vez as dificuldades financeiras inviabilizaram que as ações previstas fossem concretizadas na maior parte do país (Escribano *et al.*, 2016).

Ao longo dos anos 90 até meados dos anos 2000, em paralelo ao PNSE, vários projetos e campanhas foram implementados para o atendimento à saúde dos escolares no Brasil, destacando-se o "*Projeto de Procedimentos Coletivos em Saúde bucal*" (1992-2006), numa parceria do Ministério da Saúde com as secretarias estaduais e/ou municipais de saúde; a "*Campanha quem ouve bem, bem aprende melhor*", instituída pela portaria Interministerial nº1.487/1999 do Ministério da Educação e Ministério da Saúde, efetivada através de parcerias entre os referidos ministérios, a Fundação Otorrinolaringologia e as Sociedades Brasileiras de Otorrinolaringologia e de Fonoaudiologia; a "*Campanha Olho no Olho*", lançada em 1988 e repetida até pelo menos no ano 2000, numa parceria do Ministério da Educação com o Conselho Brasileiro de Oftalmologia (Brasil, 2018; Silva and Ribeiro, 2020; Brasil, 2023; Fernandes *et al.*, 2023; Brasil, 2024). Essas ações, mesmo tendo acontecido de forma pontual e dentro de uma perspectiva higienista, representam, a nosso ver, um marco inicial na formatação de políticas intersetoriais de saúde escolar que viriam a ser fortalecidas no Projeto Escola (Dias *et al.*, 2020).

O "*Projeto Escola*" (1994-2000) foi mais uma iniciativa conjunta dos Ministérios da Educação e da Saúde. Diferentemente dos demais projetos e companhas efetivados até então, esse projeto caracteriza-se por seu cunho eminentemente educativo e formativo (Brasil, 2018; Menezes and SaúDe, 2020; Dos Santos and Santos Adinolfi, 2021; Brasil, 2023; Fernandes *et al.*, 2023; Brasil, 2024). Embora a educação em saúde já houvesse sido objeto de ações institucionais anteriormente, o Projeto Escola se diferencia das mesmas por incorporar novas concepções de educação, saúde, educação em saúde, promoção da saúde, autocuidado e qualidade de vida que vinham sendo difundidas pelo mundo e chegaram ao Brasil, em virtude da pandemia da Aids e da Carta de Ottawa, elaborada na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que aconteceu em 1986 no Canadá.

Outra diferença é o público-alvo desse projeto que, ao invés das crianças dos anos iniciais do ensino fundamental, é direcionado aos adolescentes dos anos finais do ensino fundamental e do ensino médio. O Projeto Escola iniciou suas atividades em 1994, contemplando os 16 estados com maior incidência de casos de Aids. Entre os anos 1999 e 2000, a cobertura do projeto passa a abranger os 26 estados brasileiros e Distrito Federal.

O PNSE foi reformulado em 1995 para atender aos municípios selecionados pelo Programa Comunidade Solidária (Brasil, 2018; Dos Santos and Santos Adinolfi, 2021; Fernandes *et al.*, 2023). São incluídos, então, dois projetos: Projeto Cesta de Saúde do Escolar – PCSE, que tinha como propósito fornecer às escolas produtos de higiene pessoal e de primeiros socorros além de equipamentos

corretivos (visual, auditivo, entre outros), destinados ao atendimento dos alunos dos anos iniciais do ensino fundamental; Projeto de Assistência Integral à Saúde do Escolar – PAISE, que era destinado aos alunos da primeira série do ensino fundamental residentes nos bolsões de pobreza nas capitais (Menezes and Santos, 2002). Cabe ressaltar que esses projetos se caracterizavam pelo assistencialismo dentro de uma filosofia higienista e que não contemplavam ações voltadas para o desenvolvimento do autocuidado e da promoção da saúde no ambiente escolar. O atendimento permanecia pontual e restrito apenas às séries iniciais do ensino fundamental.

1. PROJETO SAÚDE E PREVENÇÃO NAS ESCOLAS - SPE.

Ao longo da década de 1990, foram efetivados no Brasil vários projetos e campanhas de caráter intersetorial no campo da saúde escolar, com destaque para as ações realizadas tendo como referência a iniciativa Escolas Promotoras de Saúde, conforme visto nos tópicos acima. Com base nessas experiências, em agosto de 2003 os Ministérios da Educação e da Saúde firmaram uma parceria com a Organização das Nações Unidas para a Educação Ciências e Cultura – UNESCO e o Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para Infância – UNICEF para o lançamento do projeto Saúde e Prevenção nas Escolas- SPE, cujo objetivo central era a promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva, visando reduzir as vulnerabilidades de adolescentes e jovens às Infecções Sexualmente Transmissíveis- IST, à infecção pelo HIV, à Aids e à gravidez na adolescência' (Brasil, 2006).

Ainda em 2003, o SPE inicia suas atividades em caráter experimental, sendo implantado em sete municípios e envolvendo 103 mil adolescentes e jovens. Após avaliação da UNESCO, em 2005 o Projeto foi ampliado para as 27 unidades federativas e reformulado para que as ações a serem desenvolvidas pudessem atingir alunos a partir das séries iniciais do ensino fundamental (Dias *et al.*, 2016).

A participação dos estados e municípios no SPE não era compulsória, esses entes teriam que manifestar interesse em aderir ao projeto. Quanto à sua estrutura organizacional, cada esfera administrativa deveria constituir seu próprio grupo gestor. O Grupo de Trabalho Federal (GTF), era formado por representantes dos Ministérios da Educação e da Saúde, da UNESCO e do UNICEF, sendo, ainda, facultada a participação de outras instituições e de Organizações da Sociedade Civil (OSC), na qualidade de consultoras ou colaboradoras do Projeto. Ao GTF, competia a "elaboração de diretrizes, definição de estratégias, avaliação e monitoramento do projeto" (Brasil, 2006).

O grupo de Trabalho Estadual (GTE) era constituído por representantes da Secretaria Estadual de Educação e da Saúde, de outras secretarias de estado, universidades, Organizações da Sociedade Civil,

entre outras (Alberto *et al.*, 2009; Gimenez *et al.*, 2014). O GTE seria responsável por coordenar os trabalhos do projeto no âmbito do estado, dando apoio e ajudando a implantar os trabalhos e acompanhando o desenvolvimento das ações nos municípios junto às escolas municipais, estaduais e federais. O grupo de Trabalho Municipal (GTM) a ser formado com representantes da educação, da saúde e de outras secretarias municipais, de outras instituições e organizações da sociedade civil. Ao GTM, cabia o levantamento da realidade epidemiológica do seu território e das ações relacionadas às temáticas do projeto, elaborar e executar o plano de ação, definir responsabilidades compartilhadas, entre outras.

Durante os anos de atividades do SPE os ministérios realizavam capacitações para os profissionais, disponibilizavam materiais educativos e promoviam encontros nacionais para representantes do GTE e GTM no intuito de possibilitar trocas de experiências e saberes, de divulgar resultados, de planejar e realizar as capacitações com os adolescente e jovens representantes das escolas envolvidas no projeto (Alberto *et al.*, 2009; Gimenez *et al.*, 2014; Dias *et al.*, 2016).

No entanto o Projeto SPE apresentou diversas limitações como: sua expansão ficou estagnada e o projeto não conseguiu amplitude suficiente para contemplar todas as escolas do país; o monitoramento e a avaliação não alcançaram todos os munícipios e escolas onde aconteciam as ações; para suprir as necessidades de material necessário às capacitações os municípios utilizavam recursos próprios; o GTE tinha dificuldades para acompanhar o desenvolvimento do projeto, visto que não havia dotação orçamentária para deslocamento e outras necessidades; a falta de suporte financeiro desmotivou a participação de um grande número de municípios (Dias *et al.*, 2016). Outra grande dificuldade na execução desse projeto era o desenvolvimento das ações ainda com foco higienista, preventivista, sem uma visão mais ampliada de saúde ou de educação e, muitas vezes, longe das necessidades de saúde mais imediatas das crianças e adolescentes.

As temáticas a serem trabalhadas pelos municípios que aderiam ao projeto eram: relações sociais de gênero; prevenção das IST, HIV/Aids; diversidades sexuais; prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas; adolescências, juventudes e participação; raças e etnias; metodologias e educação entre pares (Alberto *et al.*, 2009; Gimenez *et al.*, 2014). O SPE foi muito importante por ter oportunizado uma resposta à pandemia de Aids e por ter potencializado a vida de muitos adolescentes e jovens do Brasil, ajudando-os a adotar comportamento sexual seguro e a evitar o uso abusivo de drogas. Outra ação importante foi a disponibilização de preservativos em algumas escolas após trabalho de preparação e conscientização.

Ressaltamos que muitas escolas não participaram ou não desenvolveram com qualidade as atividades planejadas devido à filosofia conteudista que fundamentava suas práticas; pelo fato de muitos gestores ainda não estarem esclarecidos e acessíveis para a prática da intersetorialidade e da interdisciplinaridade, mas permanecerem apegados à ideia do ambiente escolar como local exclusivo para se trabalhar a educação formal e, ainda, pela dificuldade dos profissionais da educação se dedicarem às atividades do projeto, em decorrência da falta de tempo, de oportunidade e de capacitação.

Apesar das limitações e equívocos acima mencionados o SPE representa parte importante do processo de consolidação da política de saúde escolar no Basil, por ter propiciado a formação de um arcabouço legal, a sistematização de uma base conceitual e a concretização de inúmeras experiências de promoção da saúde em escolas por todo o país e, principalmente, por ter servido de base para implantação e oficialização de parte significativa de nossa política de saúde escolar que é o Programa Saúde na Escola – PSE.

1. PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA – PSE

Com a publicação do Decreto Presidencial nº 6.286 de 4 de dezembro de 2007, que oficializou o Programa Saúde na Escola-PSE, consolidamos a criação da Política da Saúde Escolar no Brasil, instituída no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde e articulada pelo Departamento de Promoção da Saúde, da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (DEPROS/SAPS), com o apoio da Organização das Nações Unidas para Educação, a Ciência e a Cultura – UNESCO (Brasil and RepúBlica, 2007; SaúDe and EducaçãO, 2017; Brasil, 2018; Menezes and SaúDe, 2020; Dos Santos and Santos Adinolfi, 2021; Brasil, 2023; Brasil, 2024).

O PSE objetiva, através de uma gestão intersetorial e interdisciplinar, desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, bem como atenção à saúde dos estudantes da rede pública de educação básica e, ainda, contribuir para a formação integral dos estudantes, devendo ser inserido no Projeto Político Pedagógico-PPP das escolas (Alves and Bitencourt, 2016). Complementando o marco legal e operacional do PSE foi publicada a Portaria Interministerial MS/ME nº 675, de 04 de junho de 2008, que criou a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola- CIESE, cujo objetivo é estabelecer as diretrizes da Política de Educação e Saúde na Escola, em conformidade com as políticas nacionais de educação e em sintonia com os objetivos, princípios e diretrizes do Sistema

Único de Saúde – SUS (Brasil and RepúBlica, 2007; SaúDe and EducaçãO, 2017; Brasil, 2018; Menezes and SaúDe, 2020; Dos Santos and Santos Adinolfi, 2021; Brasil, 2023; Brasil, 2024).

É importante lembrar que ao longo do tempo o entendimento sobre o que consiste a saúde escolar e sobre suas finalidades foi se modificando em consonância com as mudanças na política, na economia, na estrutura administrativa e nas diversas legislações no nosso país; com os progressos alcançados no campo da ciência, da medicina e da saúde; devido a influência de aportes teóricos e experiências de outros países e organismos internacionais (Brasil and RepúBlica, 2007; SaúDe and EducaçãO, 2017; Brasil, 2018; Menezes and SaúDe, 2020; Dos Santos and Santos Adinolfi, 2021; Brasil, 2023; Brasil, 2024). Desse modo podemos identificar uma evolução do papel dos agentes envolvidos e na natureza e finalidades das ações a serem desenvolvidas no âmbito da saúde escolar, culminando na substituição do paradigma higienista pela perspectiva da promoção da saúde (Castro *et al.*, 2019).

A época em que ocorre esse deslocamento do paradigma higienista, fundado no modelo biomédico e centrado na dimensão física do indivíduo, para um modelo que se assenta numa perspectiva integral e multidisciplinar e numa abordagem biopsicossocial do ser humano é motivo de discussão na literatura que trata desse tema. No entanto, a Carta de Ottawa é considerada um dos marcos dessa mudança de paradigma. De todo modo não podemos esquecer que o modelo biomédico ainda continua fortemente arraigado na prática médica, principalmente de cunho privado, mas também nos serviços públicos de saúde e, por extensão, no âmbito da saúde escolar (Organization, 2002).

Instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286/2007, o Programa Saúde na Escola atualmente é regido pela Portaria Interministerial nº 1.055 de 25 abril de 2017, segundo a qual o PSE constitui estratégia para integração e articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as Equipes de Saúde da Família – ESF e da educação básica (Brasil and RepúBlica, 2007; SaúDe and EducaçãO, 2017; Brasil, 2018; Menezes and SaúDe, 2020; Dos Santos and Santos Adinolfi, 2021; Brasil, 2023; Brasil, 2024).

A prevenção eficaz da gravidez, do HIV e outras ISTs durante a adolescência requer uma abordagem integrativa que envolve tanto o setor de saúde quanto o educacional. O PSE serve como uma plataforma importante para a implementação dessas ações, permitindo a colaboração entre profissionais de saúde e educadores, o que possibilita o desenvolvimento de estratégias contextualizadas que atendem às necessidades específicas de cada comunidade escolar (Diclemente *et al.*, 2007; Silva and Andrade, 2018; Dias *et al.*, 2020; Silva and Ribeiro, 2020; Fernandes *et al.*, 2023).

Dentro deste modelo, a Educação em Saúde é contínua e interativa, com foco em metodologias que incentivem a participação ativa dos adolescentes. É crucial que essas metodologias considerem as vulnerabilidades específicas desse grupo etário, reconhecendo a influência de fatores socioeconômicos, culturais e de gênero no comportamento sexual dos jovens (Coyle *et al.*, 1996; Silva and Andrade, 2018; Santos and Oliveira, 2020; Fernandes *et al.*, 2023).

O modelo também enfatiza a autonomia juvenil como um componente central na promoção da saúde sexual. As ações preventivas devem ir além da simples transmissão de informações, buscando desenvolver habilidades críticas e de tomada de decisão entre os adolescentes (Sousa *et al.*, 2020; Dos Santos and Santos Adinolfi, 2021; Fernandes *et al.*, 2023). Além disso, a participação comunitária é essencial para garantir a implementação bem-sucedida das ações de prevenção, com o envolvimento ativo de todos os membros da comunidade escolar, incluindo alunos, pais, educadores e profissionais de saúde (Molbert *et al.*, 1993).



Fonte: Autoria própria.

A teoria sugere a necessidade de monitoramento e avaliação contínuos para adaptar as intervenções conforme necessário, assegurando sua relevância e eficácia ao longo do tempo. Estudos mostram que programas de prevenção implementados com fidelidade e envolvendo a comunidade escolar têm maior chance de sucesso na redução de comportamentos de risco (Escribano *et al.*, 2016).

Em seu conjunto os objetivos do PSE se vinculam e se complementam entre si, visando contribuir para assegurar as condições necessárias para formação integral e o pleno desenvolvimento dos educandos (Brasil, 2018; Menezes and SaúDe, 2020; Dos Santos and Santos Adinolfi, 2021; Brasil, 2023; Fernandes *et al.*, 2023; Brasil, 2024). Nesse sentido procura integrar e articular as redes públicas de educação e de saúde, nos três níveis de governo, para o desenvolvimento de ações que promovam a saúde, reforcem a prevenção de agravos e promovam o enfrentamento das vulnerabilidades; promovam a cultura de paz e fortaleçam "a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde nos três níveis e governo".

Para a gestão do programa, em cada esfera administrativa o PSE contará com um Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) que, no nível Federal (GTI-F) será formado por representantes dos Ministérios da Saúde e da Educação (Brasil and RepúBlica, 2007; SaúDe and EducaçãO, 2017; Brasil, 2023; Brasil, 2024). É condição para a implantação do PSE nos estados, municípios e no Distrito Federal a adesão aos objetivos e diretrizes do Programa, a qual deverá ser formalizada, por cada ente federal ou estadual junto ao MS e ME, por meio do preenchimento do termo de compromisso e assinatura do termo de adesão.

Além de formalizar a adesão, os estados deverão organizar e formalizar o GTI estadual (GTI-E) e os municípios terão que criar o GTI municipal (GTI-M), formados inicialmente por representantes das secretarias de educação e da saúde podendo depois, por normativas locais, ser ampliado para inclusão de representantes de outras secretarias, de organizações da sociedade civil-OSC e outros segmentos (Brasil and RepúBlica, 2007; SaúDe and EducaçãO, 2017; Brasil, 2023; Brasil, 2024). Os GTI-M serão responsáveis pela gestão do programa em suas localidades. Para orientar a implementação do PSE foram estabelecidas as seguintes diretrizes: descentralização e respeito à autonomia federativa; integração e articulação das redes públicas de ensino e de saúde; territorialidade; interdisciplinaridade e intersetorialidade; integralidade; cuidado ao longo do tempo; controle social; monitoramento e avaliação permanentes.

O desenvolvimento das ações e o repasse de recursos financeiros do PSE estão organizados em ciclos bianuais divididos em dois períodos anuais. A cada período do ciclo os municípios recebem uma parte da verba ao fazer a adesão ao programa. Com a realização das ações e o registro das mesmas no Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB), da estratégia e-SUS Atenção Primária à Saúde (e-SUS /APS), durante o primeiro ano do ciclo, o município fica habilitado a receber a segunda parcela de recurso para iniciar o segundo ano (Brasil and RepúBlica, 2007; SaúDe and EducaçãO, 2017;

Brasil, 2023). Caso o registro não aconteça, o município fica impedido de receber a complementação do recurso, fato que lamentavelmente acontece em grande número de municípios brasileiros. A cada dois anos os estados e municípios deverão, se desejarem, realizar nova adesão.

A ações previstas para acontecer na pactuação atual do PSE, biênio 2023/2024, foram normatizadas através da Nota Técnica Nota Técnica Nº 5/2023 Cgedess/Deppros/Saps/MS, expedida no dia 19 de abril de 2023, elencando as seguintes ações (Brasil, 2023): 1- Promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade (*); 2. Promoção da atividade física (*); 3. Promoção da cultura de paz e direitos humanos (*); 4. Prevenção das violências e dos acidentes (*); 5. Prevenção de doenças negligenciadas; 6. Prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas; 7. Prevenção à Covid-19; 8. Saúde ambiental; 9. Saúde bucal; 10. Saúde auditiva; 11. Saúde ocular; 12. Saúde mental (*); 13. Comportamentos relativos à saúde sexual e violência e prevenção do HIV/IST.

Vale ressaltar que algumas ações acima apresentadas com asterisco (*), têm caráter prioritário para execução, norma estabelecida pelo GTI-F. É importante esclarecer que as escolas não têm a obrigação de realizar todas as ações. As ações as que serão trabalhadas e as quantidades deverão ser definidas pelo GTI-F e pelo GTI-M, obedecendo aos critérios epidemiológicos e conforme a realidade da área onde está localizada a escola. É importante esclarecer que, geralmente, quem tem o compromisso de trabalhar todas as ações aplicadas ao conjunto das escolas pactuadas é o município.

Para finalizar, vale ressaltar que o PSE representa hoje uma grande roda articuladora de várias outras políticas capazes de contribuir para o desenvolvimento e formação integral de crianças e adolescentes matriculados em nossas escolas. Os desafios na execução desse programa continuam sendo: ampliação, monitoramento e avaliação; a não superação da visão higienista, sanitarista, preventivista e biomédica que ainda permeia a realização das ações do programa (Silva and Andrade, 2018; Silva and Ribeiro, 2020; Fernandes *et al.*, 2023). Algumas escolas conseguem atuar de forma intersetorial e realizar, em parceria com as equipes de saúde, atividades e ações como: avaliação das necessidades em saúde; promoção, prevenção e atenção à saúde. Outra parte significativa ainda tem dificuldades para desenvolver os trabalhos do Programa em consequência da desarticulação nos planejamentos e nas ações.

Até dezembro de 2022 o número total de estudantes aderidos ao PSE nos 5.542 municípios participantes foi de 23.426.003 (Secretaria de Atenção Primária à Saúde- MS). Segundo o levantamento do Censo Escolar da Educação Básica, realizado pelo Governo Federal em 2022, apesar de pandemia de Covid-19, a rede pública somou 38.382.028 alunos matriculados nas escolas públicas

dos 5.574 municípios brasileiros (Brasil, 2018; Silva and Ribeiro, 2020; Brasil, 2024). Esses números mostram que mais de 14 milhões de estudantes brasileiras não foram, na época, beneficiados pelo PSE, dado que aponta a necessidade de ampliar e universalizar a política de Saúde Escolar no Brasil, de modo que ela venha a cumprir o objetivo para o qual foi criada, ou seja, a democratização do direito à educação para saúde no ambiente escolar.

O segundo quadro apresenta um comparativo entre três modelos de saúde escolar no Brasil: o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), o Programa Saúde na Escola (PSE) e o modelo internacional das EPS. O SPE representou uma inovação ao abordar temas como saúde sexual, diversidade e prevenção de ISTs, sendo pioneiro na formação de adolescentes e educadores para lidar com temas sensíveis. No entanto, foi limitado em sua abrangência, teve execução concentrada em poucos municípios e careceu de recursos estruturais. O PSE, por sua vez, institucionalizou a política de saúde escolar no país, com base legal e operacional robusta, e maior adesão dos municípios. Contudo, ainda enfrenta dificuldades de implementação plena, sobretudo pela adesão voluntária, pela fragmentação entre as redes de saúde e educação e pela persistência de práticas higienistas.

Quadro 2 – Comparativo entre SPE, PSE e Modelo das Escolas Promotoras de Saúde

Elemento	**Modelo Internacional de EPS**	**SPE (2003–2008)**	**PSE (2007–atual)**
Origem	OMS e OPAS – Carta de Ottawa (1986)	Parceria entre MEC, MS, UNESCO e UNICEF	Decreto Presidencial nº 6.286/2007
Foco	Abordagem integral: currículo, ambiente e serviços	Saúde sexual e reprodutiva, prevenção de IST	Promoção da saúde e prevenção de agravos
Abrangência	Global – adaptada ao contexto sociocultural local	Experimental e não universalizada	Nacional, porém com adesão facultativa
Gestão	Comitês escolares com	Grupos gestores em 3	GTI com participação de saúde e educação

	envolvimento comunitário	esferas (federal, estadual, municipal)	
Abordagem Pedagógica	Educação participativa e centrada no bem-estar	Preventivista, com foco comportamental	Biopsicossocial, intersetorial e integral
Resultados	Melhoria em indicadores de saúde e clima escolar	Formação inicial em temas sensíveis	Expansão da cobertura, fortalecimento institucional
Limitações	Desigualdade na implementação, escassez de recursos	Baixa escala, foco higienista, falta de recursos	Resistência à intersetorialidade, subfinanciamento
Destaque Positivo	Sustentabilidade e envolvimento comunitário	Pioneirismo na formação e abordagem de temas sensíveis	Política consolidada com base legal

Comparando esses modelos ao das EPS internacionais, nota-se que o Brasil avançou na normatização e na institucionalização das ações, mas ainda carece de mecanismos eficazes de monitoramento, formação continuada de profissionais e financiamento sustentável. Enquanto outros países avançam com sistemas de certificação, metodologias culturalmente sensíveis e avaliação contínua, o Brasil ainda lida com desafios estruturais e culturais para consolidar a escola como espaço intersetorial e promotor de saúde. Assim, os quadros demonstram que o caminho percorrido é significativo, mas insuficiente para garantir a universalização e a efetividade das políticas. O fortalecimento da intersetorialidade, o envolvimento da comunidade escolar e a personalização das ações de acordo com os contextos locais são elementos fundamentais para transformar o potencial do PSE em impacto real na vida dos estudantes.

O DESAFIO DA INTERSETORIALIDADE

A cronologia dos programas e projetos acima descritos mostra uma evolução quanto aos agentes e instituições envolvidas na implementação das iniciativas de saúde escolar e quanto à participação das três esferas administrativas nas mesmas, partindo de parcerias estabelecidas em projetos e campanhas de alcance municipal/estadual até chegar à oficialização da Política Nacional de Saúde Escolar, através do Programa Saúde na Escola em 2007, que fica estabelecido como uma política a ser efetivada mediante a articulação e corresponsabilidade dos governos federal, estaduais e municipais, tendo como uma de suas diretrizes centrais a intersetorialidade (Brasil and RepúBlica, 2007; SaúDe and EducaçãO, 2017; Brasil, 2018; Dos Santos and Santos Adinolfi, 2021; Brasil, 2023; Brasil, 2024).

Consideramos a referida estratégia como a principal sustentação dessa política, pelo fato de o PSE constituir-se em uma grande roda articuladora de várias outras políticas capazes de promover saúde para os escolares. Dessa forma a intersetorialidade nesse programa de saúde pública e de educação, articulada com a corresponsabilidade, potencializa a realização de várias ações e aumenta significativamente as possibilidades para realizar um dos maiores desafios do PSE que é o alinhamento da avaliação das necessidades de saúde dos escolares com suas respectivas respostas (Silva and Andrade, 2018; Santos and Oliveira, 2020; Fernandes *et al.*, 2023).

Levando em conta a complexidade da área de saúde e da área de educação, vemos na intersetorialidade uma possibilidade que sofre os seguintes empecilhos: a fragmentação dos conhecimentos e a fragmentação das práticas que se apresentam de forma marcante nessas duas áreas; as dificuldades de capacitação dos profissionais, principalmente os da educação, no que se refere à promoção da saúde no ambiente escolar; falta de visão ampliada sobre saúde e sobre educação; baixa percepção sobre o potencial das ações realizadas na intersetorialidade (Fernandes *et al.*, 2023).

Acreditamos que em muitos casos a intersetorialidade é vista com uma simples forma de agrupar, de juntar as pessoas ou profissionais para realizar uma determinada ação, sem compreender que o processo intersetorial é dialético, dinâmico e necessita de vínculos. Intersetorializar não é só agrupar, juntar. Deve fazer parte do processo intersetorial a troca de saberes e as experiências dos atores envolvidos no processo em que participam e contribuem nas decisões administrativas durante o enfrentamento dos problemas; o desenvolvimento das ações que devem estar voltadas para os interesses coletivos; a proposição da melhoria na eficiência da gestão de políticas e dos serviços prestados. (Junqueira, 2000; Inojosa, 2001; Nascimento, 2010).

Podemos perceber que em diversos municípios brasileiros é notória a dificuldade dos que fazem o PSE realizar qualitativamente e quantitativamente suas ações, o que, acreditamos, seja consequência da pseudo intersetorialidade, que contribui para a manutenção da real desarticulação. Geralmente a intersetorialidade é confundida com o estar juntos durante o desenvolvimento de uma atividade. Tal situação deve ser inicialmente identificada e trabalhada para não comprometer a execução do programa e suas diretrizes.

O trabalho intersetorial significa a superação da fragmentação dos conhecimentos e principalmente da prática na busca incansável da unidade e da diversidade no sentido de compreender melhor a realidade, lembrando também que para desenvolver uma ação de forma intersetorial e preciso envolver diferentes atores e diferentes serviços sociais que, por meio de poderes e vantagens, possam resolver problemas complexos construindo uma nova concepção de planejamento, execução e controle dos serviços prestados cujo objetivo é garantir tratamento equânime às pessoas (Inojosa, 2001; Mendes and Akerman, 2007; Fernandes *et al.*, 2023).

Hoje a intersetorialidade no PSE é uma estratégia possível, mas para que seja concretizada é necessário que sua construção se dê a partir da articulação de vários setores e inúmeros e específicos atores sociais como governo, sociedade civil organizada, movimentos sociais, universidades, autoridades locais, mídias tendo como preceito a reunião de vários saberes e possibilidades de atuação no sentido de viabilizar um olhar mais amplo sobre a complexidade do objeto que será trabalhado, a fim de possibilitar a análise dos problemas e das necessidades no âmbito de um dado território e contexto, bem como a busca de soluções compartilhadas (Junqueira, 2000; Brasil, 2023; Fernandes *et al.*, 2023; Brasil, 2024).

Nesse sentido a intersetorialidade pode constituir-se em uma ferramenta valiosa, mesmo com seus desafios, e que será mais solidificada quando as ações de saúde no ambiente escolar fizerem parte da rotina das secretarias e Unidades Básicas de Saúde e quando a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos passarem a fazer parte do Projeto Político Pedagógico- PPP da escola e integrarem currículo escolar (Fernandes *et al.*, 2023).

Hoje, no Brasil, há uma política nacional de saúde escolar que está consolidada, mas não universalizada, o que constitui um grande desafio a ser superado conjuntamente pelas autoridades da Educação e da Saúde, entre outras áreas, nas três esferas da administração pública do país. Considerando que a adesão ao PSE é facultativa e não compulsória, é necessário que o Governo

Federal assuma o compromisso de dar maior visibilidade ao Programa e de incentivar junto aos estados e municípios a adesão ao mesmo (Brasil, 2023; Brasil, 2024).

Há também necessidade de aperfeiçoamento de alguns aspectos como intersetorialidade, interdisciplinaridade, corresponsabilidade que implicam um maior compromisso e empenho dos atores responsáveis pelo planejamento, implementação e execução das ações do Programa. É notório que a saúde escolar dispõe atualmente de uma base legal e conceitual que respalda a realização das práticas públicas da saúde no espaço escolar, cujo objetivo é a formação integral dos educandos, de modo que estes possam desenvolver competências voltadas para a construção de uma consciência individual e coletiva no sentido de conhecer-se, apreciar-se e cuidar de sua saúde física e emocional, compreendendo-se na diversidade humana, reconhecendo suas emoções e as dos outros, bem como agir individual e coletivamente com respeito, autonomia, responsabilidade, flexibilidade, resiliência e determinação. Para tanto, se deve recorrer aos conhecimentos das Ciências da Natureza para tomar decisões frente a questões científico-tecnológicas e socioambientais e a respeito da saúde individual e coletiva, com base em princípios éticos, democráticos, sustentáveis e solidários (SaúDe and EducaçãO, 2017; Brasil, 2023; Brasil, 2024).

Por reunir um grande número de crianças, adolescentes e jovens, por um longo período de tempo, e por sua natureza e função social, a escola constitui-se um espaço privilegiado para a realização de atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos. Considerando a situação socioeconômica dos alunos da escola pública, chamamos a atenção para a necessidade de fortalecer, universalizar e aprimorar o PSE, para que o mesmo possa cumprir plenamente os objetivos para os quais foi planejado e, desse modo, possa contribuir com a melhoria das condições de saúde e de vida da população a qual se destina.

Apesar dos avanços proporcionados pelo Programa Saúde na Escola (PSE) na promoção da saúde e educação entre adolescentes, há lacunas importantes na adaptação do programa às realidades locais e nos desafios para integrar efetivamente as áreas de saúde e educação (Silva and Andrade, 2018; Dias *et al.*, 2020; Silva and Ribeiro, 2020; Dos Santos and Santos Adinolfi, 2021; Fernandes *et al.*, 2023). O Brasil possui uma diversidade cultural e regional extensa, com condições socioeconômicas e estruturas de acesso à saúde que variam amplamente entre regiões e até mesmo entre municípios. Em áreas urbanas de grandes centros, a implementação do PSE enfrenta desafios distintos dos encontrados em áreas rurais ou em comunidades indígenas e quilombolas, onde o acesso às escolas e aos serviços de saúde é mais limitado (Silva and Andrade, 2018). Essas desigualdades regionais evidenciam a

necessidade de adaptar as ações do PSE para atender contextos específicos, em vez de aplicar um modelo único em todo o país, pois isso limita a efetividade do programa.

Além disso, o PSE enfrenta desafios intersetoriais, especialmente relacionados à coordenação e colaboração entre as redes de saúde e educação. As equipes de saúde, muitas vezes sobrecarregadas, nem sempre conseguem estabelecer uma presença contínua nas escolas, enquanto os profissionais da educação, muitas vezes sem capacitação específica, podem se sentir despreparados para abordar temas sensíveis, como a comportamentos violentos. Esses desafios se agravam pela falta de recursos e de infraestrutura, o que afeta a continuidade e a qualidade das ações preventivas e educativas oferecidas aos adolescentes (Silva and Andrade, 2018; Santos and Oliveira, 2020).

A implementação efetiva do PSE exige, portanto, uma articulação mais forte entre os setores, além de investimentos em formação e recursos adequados, que possibilitem uma adaptação mais precisa do programa à realidade local. Essa adaptação regionalizada e intersetorial é essencial para garantir que o PSE alcance seu objetivo de promover a saúde de maneira inclusiva e eficaz, respeitando as especificidades culturais e regionais dos estudantes brasileiros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A trajetória da saúde escolar no Brasil revela avanços importantes na formulação de políticas públicas, com destaque para a consolidação do Programa Saúde na Escola (PSE) como estratégia nacional de promoção do bem-estar infantojuvenil. A análise histórica e comparativa indica que a articulação entre os setores de saúde e educação é condição essencial para o êxito das ações em saúde escolar, especialmente em contextos marcados por desigualdades sociais e regionais. O fortalecimento da intersetorialidade, o investimento na formação dos profissionais envolvidos e a ampliação da cobertura do programa são desafios urgentes para garantir a efetividade e a equidade da política.

Apesar das limitações enfrentadas — como falta de recursos, baixa articulação institucional e resistência ao paradigma da promoção da saúde —, o PSE permanece como um instrumento potente para transformar a escola em espaço de cuidado integral. Sua adaptação às realidades locais, o monitoramento contínuo e o engajamento comunitário são fatores críticos para sua sustentabilidade e impacto. Urge que gestores públicos e formuladores de políticas fortaleçam o compromisso político com a saúde escolar, assegurando que ações planejadas se traduzam em resultados concretos na vida dos estudantes brasileiros.

REFERÊNCIAS

AKIYAMA, T. et al. Making schools healthy among Burmese migrants in Thailand. Health Promotion International, v. 28, n. 2, p. 223-232, 2013. ISSN 1460-2245.

ALBERTO, F. A. et al. Saúde e educação: um encontro de saberes para a implementação do projeto" Saúde e Prevenção nas Escolas". Saúde e Sociedade, v. 18, p. 84-84, 2009. ISSN 0104-1290.

ALVES, C. G.; BITENCOURT, C. M. O Direito Fundamental Social à Saúde na Constituição de 1988: A Garantia da Dignidade da Pessoa Humana entre o Poder Judiciário e a Ponderação de Princípios. Cadernos do Programa de Pós-Graduação em Direito–PPGDir./UFRGS, v. 11, n. 3, 2016. ISSN 2317-8558.

BARTELINK, N. et al. Implementation of the Health Promoting School Approach in Europe: A Cross-Sectional Study Among National Representatives. Journal of School Health, v. 94, n. 10, p. 975-984, 2024. ISSN 0022-4391.

BRASIL. NOTA TÉCNICA Nº 5/2023-CGEDESS/DEPPROS/SAPS/MS. Documento Orientador do Programa Saúde na Escola: Indicadores e Padrões de Avaliação do Ciclo 2023/2024. Brasília 2023.

_____. Programa Saúde na Escola (PSE) 2024.

BRASIL; REPÚBLICA, P. D. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola-PSE, e dá outras providências. Diário oficial da União, 2007.

BRASIL, M. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de rotinas para assistência de adolescentes vivendo com HIV/Aids/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, M. D. S. Programa Saúde na Escola (PSE). 2018. Avaialble at: < https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pse >.

CAMPOS, A. L. V. O Instituto de Assuntos Interamericanos e suas políticas de saúde no Brasil durante a Segunda Guerra Mundial.: Presidential Studies Quarterly XXVIII 1998.

CASTRO, M. C. et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. The lancet, v. 394, n. 10195, p. 345-356, 2019. ISSN 0140-6736.

CEFAI, C. et al. The effectiveness of a school-based, universal mental health programme in six European countries. Frontiers in Psychology, v. 13, p. 925614, 2022. ISSN 1664-1078.

CHÁVEZ, C. et al. School-Related Violence in Latin America and the Caribbean: Building an evidence base for stronger schools. 2021.

COYLE, K. et al. Safer choices: A multicomponent school-based HIV/STD and pregnancy prevention program for adolescents. Journal of School Health, v. 66, n. 3, p. 89-95, 1996. ISSN 0022-4391.

DIAS, B. C. D. et al. Programa Saúde na Escola (PSE): o processo de formação dos profissionais no município do Crato, Ceará, Brasil. Brazilian Journal of Development, v. 6, n. 9, p. 64188-64201, 2020. ISSN 2525-8761.

DIAS, M. S. D. A. et al. Colaboração interprofissional no projeto saúde e prevenção na escola. Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, p. 1789-1798, 2016. ISSN 1413-8123.

DICLEMENTE, R. J.; SALAZAR, L. F.; CROSBY, R. A. A review of STD/HIV preventive interventions for adolescents: Sustaining effects using an ecological approach. Journal of pediatric psychology, v. 32, n. 8, p. 888-906, 2007. ISSN 1465-735X.

DONG, B. et al. Adolescent health and healthy China 2030: a review. Journal of Adolescent Health, v. 67, n. 5, p. S24-S31, 2020. ISSN 1054-139X.

DOS SANTOS, E. M.; SANTOS ADINOLFI, V. T. A saúde escolar do final do século XVIII ao programa saúde na escola, do paradigma do higienismo à saúde colectiva. Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciencias, v. 20, n. 3, 2021. ISSN 1579-1513.

ERAWAN, P. Healthy schools promotion: an experience in Thailand. Procedia-Social and Behavioral Sciences, v. 186, p. 513-521, 2015. ISSN 1877-0428.

ESCOBAR, E. M. A.; BERCINI, L. O.; SILVA, M. L. M. R. Enfermagem e saúde escolar. Acta paul. enferm, p. 17-22, 1991.

ESCRIBANO, S. et al. Implementation fidelity for promoting the effectiveness of an adolescent sexual health program. Evaluation and program planning, v. 59, p. 81-87, 2016. ISSN 0149-7189.

FERNANDES, L. A. et al. Promoção da saúde e intersetorialidade na escola: a monumental ambição do Programa Saúde na Escola. Saúde em Debate, v. 46, p. 5-8, 2023. ISSN 0103-1104.

FIGUEIREDO, T. A. M. D.; MACHADO, V. L. T.; ABREU, M. M. S. D. A saúde na escola: um breve resgate histórico. Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, p. 397-402, 2010. ISSN 1413-8123.

GAETE, J. et al. The Social Competence Promotion Program among Young Adolescents (SCPP-YA) in Chile ("Mi Mejor Plan") for substance use prevention among early adolescents: study protocol for a randomized controlled trial. Trials, v. 23, n. 1, p. 542, 2022. ISSN 1745-6215.

GIMENEZ, F. V. M. et al. Análise do projeto saúde e prevenção nas escolas: contribuições à gestão intersetorial. 2014. ISSN 1981-8963.

INOJOSA, R. M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. Cadernos Fundap, v. 22, p. 102-110, 2001.

JAUREGUI, A. et al. Comprehensive evaluation of Salud Escolar a health school program in Mexico: Rationale, design and methods. Preventive Medicine Reports, v. 25, p. 101662, 2022. ISSN 2211-3355.

JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. Revista de Administração Pública, v. 34, n. 6, p. 35 a 45-35 a 45, 2000. ISSN 1982-3134.

LANGFORD, R. et al. The World Health Organization's Health Promoting Schools framework: a Cochrane systematic review and meta-analysis. BMC Public Health, v. 15, p. 130, Feb 12 2015. ISSN 1471-2458. Available at: < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25886385 >.

_____. The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. Cochrane Database Syst Rev, v. 2014, n. 4, p. CD008958, Apr 16 2014. ISSN 1469-493X. Available at: < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24737131 >.

LEE, A. et al. Health Promoting Schools: An Update. Appl Health Econ Health Policy, v. 18, n. 5, p. 605-623, Oct 2020. ISSN 1175-5652 (Print)

1175-5652.

MENDES, R.; AKERMAN, M. Intersetorialidade: reflexões e práticas 2007.

MENEZES, E. T. D.; SANTOS, T. H. D. dicionário Interativo da educação brasileira-Educabrasil. São Paulo: Midiamix Editora, 2002.

MENEZES, E. T. D.; SAÚDE, M. D. Verbete PNSE (Programa Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Programa Saúde na Escola: guia operacional). Brasília Ministério da Saúde 2020.

MOLBERT, W.; BOYER, C. B.; SHAFER, M. A. B. Implementing a School-Based STD/HIV Prevention Intervention: Collaboration Between a University Medical Center and an Urban School District. Journal of School Health, v. 63, n. 6, p. 258-261, 1993. ISSN 0022-4391.

MUANGNAPOE, S.; SRISIRI, S. Effects of Leadership Development Program on Self-Efficacy in School Health Promotion, Thailand. ACPES Journal of Physical Education, Sport, and Health (AJPESH), v. 2, n. 2, p. 78-84, 2022. ISSN 2797-0426.

NASCIMENTO, S. D. Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas. Serviço Social & Sociedade, p. 95-120, 2010. ISSN 0101-6628.

OMS. Relatório Mundial Sobre Violência e Saúde. Genebra: Suiça 2002.

ORGANIZATION, W. H. Carta de Ottawa. 2002.

ORGANIZATION, W. H. et al. Making every school a health-promoting school: Implementation guidance. World Health Organization, 2021. ISBN 9240025073.

PATRICK, R.; KINGSLEY, J. Health promotion and sustainability programmes in Australia: barriers and enablers to evaluation. Global health promotion, v. 26, n. 2, p. 82-92, 2019. ISSN 1757-9759.

PRASLA, M.; PRASLA, S. A. School health promotion--international perspectives and role of health care professionals. J Ayub Med Coll Abbottabad, v. 23, n. 1, p. 150-3, 2011. ISSN 1025-9589. Available at: < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22830172 >.

SADJADI, M. et al. Barriers and facilitators to the implementation of Health-Promoting School programmes targeting bullying and violence: a systematic review. Health education research, v. 36, n. 5, p. 581-599, 2021. ISSN 0268-1153.

SANTOS, T. R.; OLIVEIRA, L. M. A intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: desafios para a promoção de saúde no ambiente escolar.: Revista Brasileira de Saúde Escolar. 12: 55-63 p. 2020.

SAWYER, S. M.; RANITI, M.; ASTON, R. Making every school a health-promoting school. The Lancet Child & Adolescent Health, v. 5, n. 8, p. 539-540, 2021. ISSN 2352-4642.

SAÚDE, B. M. D.; EDUCAÇÃO, M. D. Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017. Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola-PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. Diário Oficial da União, 2017.

SAÚDE, M. D.; BRASIL. Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil / Ministério da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde 2007.

SILVA, A. P.; ANDRADE, M. F. Desafios e potencialidades do Programa Saúde na Escola em regiões rurais do Brasil.: Cadernos de Saúde Pública. 34: 234-241 p. 2018.

SILVA, S. P. A trajetória histórica da segurança alimentar e nutricional na agenda política nacional: projetos, descontinuidades e consolidação. Texto para Discussão. 2014

SILVA, T. C.; RIBEIRO, J. F. Avaliação contínua de políticas públicas e a adaptação regional do Programa Saúde na Escola.: Revista Brasileira de Saúde e Educação. 15: 205-213 p. 2020

SOUSA, M. et al. Representations of adolescents on HIV/AIDS with a focus on sexuality and vulnerability to infections. European Journal of Public Health, v. 30, n. Supplement_5, p. ckaa166. 844, 2020. ISSN 1101-1262.

STEWART, D.; SUN, J. Resilience and depression in children: mental health promotion in primary schools in China. International journal of mental health promotion, v. 9, n. 4, p. 37-46, 2007. ISSN 1462-3730.

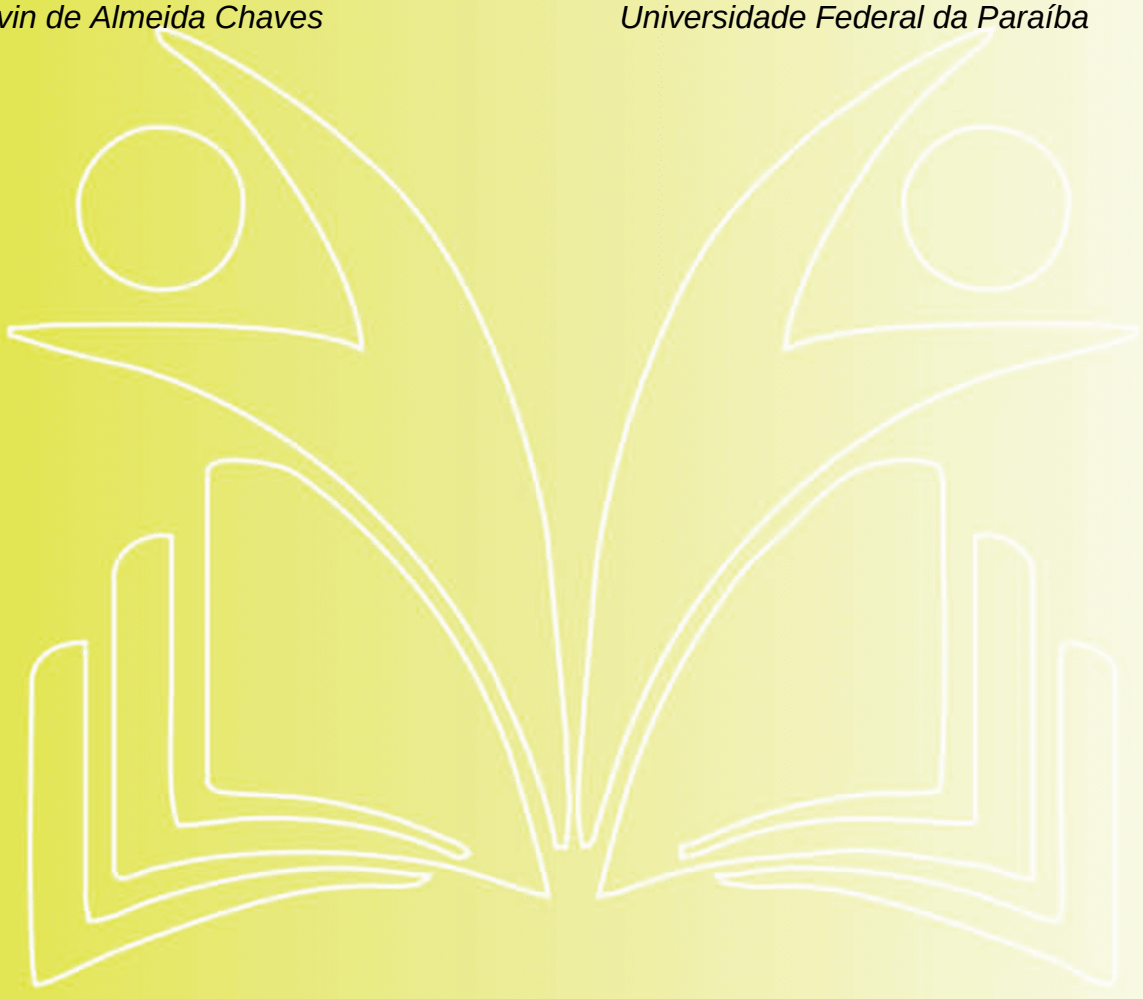
Capítulo 5

10.37423/250509970

A IMPORTÂNCIA DO USO ADEQUADO DOS DISPOSITIVOS DEAUXÍLIO À MARCHA POR INDIVÍDUOS IDOSOS: UMA REVISÃOINTEGRATIVA

VICTORIA ANDRADE COLLETE — *Universidade Federal de Campina Grande*

Patrick Kervin de Almeida Chaves — *Universidade Federal da Paraíba*



Resumo: O envelhecimento como processo natural, apresenta a diminuição gradual das funções neuromotoras que resultam na diminuição de habilidades motoras como reflexos protetores e controle de equilíbrio. Seguido desses efeitos, a ocorrência de quedas aumenta nesses indivíduos e, portanto, faz-se necessário o uso de Dispositivos Auxiliares à Marcha (DAM) com adequada prescrição. Assim, a presente revisão integrativa da literatura objetivou verificar o conhecimento científico produzido relacionado ao uso correto dos dispositivos de auxílio à marcha, a sua prescrição e o treinamento adequado. Foi consultada as bases de dados CINAHL, Cochrane, PubMed, em que foram identificados 144 artigos, dos quais foram submetidos a análise para filtragem daqueles que tinham seu conteúdo condizente com a proposta do presente estudo, restando apenas 5 estudos. Nesses estudos, foi possível perceber que existem alguns problemas principais, como por exemplo: a não consulta a profissionais capacitados para uma adequada prescrição dos dispositivos auxiliares; também foi identificado que o uso desses equipamentos de forma adequada reduz os riscos de queda e melhoram a marcha. Bem como, a importância do design do produto, que se faz importante nas questões ergonômicas, visto que um dispositivo de auxílio à marcha que esteja inadequado quanto produto, pode prejudicar mais do que auxiliar esse usuário.

Palavras-chave: Idoso, Bengalas, Muletas, Andadores, Treinamento.

INTRODUÇÃO

Quando se pensa no envelhecimento, automaticamente cria-se uma linha de pensamento que atrela uma fase natural do corpo humano ao fim da vida. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), considera-se idosa a pessoa que completa 60 anos, ou seja, a partir de uma idade cronológica é possível delimitar quem adentra ao grupo da terceira idade. Conforme o IBGE (2018), a população brasileira continua envelhecendo e ganhou 4,8 milhões de pessoas desde 2012, superando os dados anteriores de 30,2 milhões em 2017. Em 2012, a população com 60 anos ou mais era de 25,4 milhões. Os 4,8 milhões de novos aposentados nos últimos cinco anos, refletem um aumento de 18% neste grupo demográfico, que vem se tornando cada vez mais importante no Brasil.

Duarte (1999) reitera que o envelhecimento apesar de ser um fenômeno universal, não

é bem compreendido pela sociedade, o que acaba gerando uma visão estereotipada sobre esse processo. É possível identificar que são atribuídas características deturpadas à pessoa idosa como: doente, incapaz, dependente, teimoso. Esse processo de envelhecimento pode ser definido em três fatores, sendo eles o biológico, social e psicológico. Ermida (1999) define o envelhecimento biológico como "um processo de diminuição orgânica e funcional, não decorrente de acidente ou doença (embora possa ser agravado ou acelerado por esta) e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo" (p. 43). Duarte (1999 *Apud* Marchesi,1995) reafirma que o envelhecimento é incontestável, é um fator que é predeterminado pelo nosso código genético, fazendo parte de um plano biológico que é irreversível.

Segundo Vieira (1996), os processos de envelhecimento começam no momento em que o indivíduo nasce. A velhice torna-se perceptível quando é possível observar o declínio gradual das funções motoras e cognitivas, quando há maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos. Os profissionais de saúde mental e pesquisadores de áreas sociológicas exploram além das alterações bioquímicas, buscando compreender os processos de desenvolvimento social e psicológico, bem como problemas de integração individual e adaptação social.

Nesse contexto, Marchi Netto (2004) afirma que em decorrência dos efeitos multifacetados do envelhecimento, o idoso sofre alterações nos reflexos protetores e no controle do equilíbrio, prejudicando a mobilidade. Os indivíduos da terceira idade que buscam fazer uso da prática regular do exercício físico na fase jovem, tendem a proporcionar ao organismo uma desaceleração da

velocidade deste declínio gradual das funções motoras, retardando esses problemas que envolvem a mobilidade.

É possível concluir que os aspectos relacionados à mobilidade estão diretamente relacionados à saúde das estruturas ósseas, que se manifesta de forma mais comprometida na terceira idade do que na fase adulta. Os problemas de osteoporose estão ligados não só ao risco de fraturas, mas também à redução da mobilidade articular em decorrência da degeneração óssea das articulações. Os tipos mais comuns de fraturas na terceira idade são as causadas por desequilíbrio e quedas, resultando em fraturas na região do fêmur, quadril ou vértebras lombares, que também podem chegar a níveis mais extremos ocasionando a morte. (MARCHI NETTO, 2004, p.82)

De acordo com Bateni e Maki (2005) as quedas são a principal causa de lesões, hospitalização e perda funcional em idosos. Os Dispositivos de Auxílio à Marcha (DAM) são frequentemente solicitados por idosos ou portadores de diversas condições clínicas para que possam se movimentar de forma independente e manter o equilíbrio. Além disso, os DAM podem ajudar a reduzir o peso nos membros inferiores, aliviar dores nas articulações e compensar fraquezas ou lesões. São divididos em 3 categorias principais: bengalas, muletas e andadores. (IBID, p.134, 2005).

Segundo Carvalho e Netto (2006), as quedas não devem ser consideradas consequências inevitáveis e exclusivas do envelhecimento, mas quando ocorrem, indicam o surgimento de fragilidade ou o indício de uma doença avançada, que pode resultar em danos permanentes e graves, como bem como uma redução da independência do indivíduo.

Conforme Rico *et. al* (2012), muitos idosos sentem a necessidade de um DAM e o adquirem sem orientação específica, ou são orientados quanto à aquisição e uso, mas sem treinamento suficiente. Com o uso inadequado, há um aumento no consumo de energia, o que pode resultar em um padrão de marcha inadequado, além de torná-lo um fator de risco para quedas, o que pode acarretar uma série de consequências e complicações no seu corpo e na sua qualidade de vida.

O primeiro contato do idoso com um dispositivo assistivo, pode desencadear desconforto, ansiedade, medo e até mesmo o abandono do produto assistivo, uma vez que o indivíduo não consegue operar o produto corretamente sem a devida orientação prévia. Como resultado, esse processo de exposição pode causar um conflito interno no usuário e impactar a relação usuário-produto. (RODRIGUES, p.192, 2021).

> O uso de um dispositivo de auxílio marca de forma indelével o corpo do idoso provocando as distinções socialmente distribuídas entre a saúde e a patologização [...] É nesse processo de retroalimentação que o estigma pode ser potencializado pelo uso de produtos assistivos. (RODRIGUES, p.193, 2021).

Ampliar os estudos voltados a esse tema faz com que seja possível compreender o quanto o acompanhamento com um profissional é importante, bem como identificar se dispositivos foram indicados de forma correta, se os pacientes são orientados para o uso, da mesma forma que o acompanhamento e treinamento da marcha, visando proporcionar mais segurança, confiança e habilidade em relação aos dispositivos de auxílio. Assim, foi proposto nessa revisão, informar e orientar sobre o uso adequado dos DAM.

METODOLOGIA

Dentre a vasta gama de método existentes, o presente estudo abordou uma modalidade da revisão integrativa, da qual é permitindo a inclusão de estudos experimentais e não experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado, possibilitando a combinação dos dados da literatura teórica e empírica, bem como uma ampla gama de objetivos: definição de conceito, teoria e revisão de evidências e análise metodológica de um tópico específico (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

As seguintes etapas foram seguidas no desenvolvimento desta revisão: 1) definição do tema e elaboração da questão norteadora, 2) definição dos descritores e critérios de inclusão e exclusão para o levantamento bibliográfico e seleção dos artigos, 3) coleta dos dados a serem utilizados, 4) classificação das evidências de forma hierárquica, 5) interpretação e discussão dos resultados obtidos e 6) apresentação dos resultados de forma sumariada (IBID, 2010).

Seguindo critérios de exclusão, foram rejeitadas publicações referentes a comentários, análises, resumos de congressos, dissertações, editoriais, teses, comentários e estudos que incluíssem pessoas com menos de 60 anos em sua amostra. A estratégia de busca utilizada combinou duas ou mais palavras-chaves usando o conector 'and' no descritor de campo. Em seguida, foi realizada a pré-seleção dos artigos relacionados ao tema, por meio da leitura dos títulos e resumos, com o objetivo de determinar a adequação dos estudos aos critérios de inclusão.

De acordo com o instrumento de coleta de dados, foram determinadas as seguintes características de cada estudo: idioma, delineamento do estudo, ano de publicação, instrumento utilizado e fatores associados ao uso de bengalas, muletas e andadores.

Foi feita revisão de literatura das bases de dados MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, CINAHL - Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Cochrane Library e PubMed em que foram selecionados artigos que apresentavam informações referentes ao tipo e uso de bengalas, muletas e andadores. Utilizaram-se referências publicadas até o ano de 2022, pesquisado nos idiomas inglês e português, utilizado as palavras-chaves: idosos; bengalas; muletas; andadores e quedas que foram selecionadas dentro dos Descritores em Ciência da Saúde - DeCS e Medical Subject Headings - MeSH.

RESULTADOS

A partir da pesquisa nas bases de dados, foram identificados 144 artigos que continham as palavras-chaves citadas anteriormente. Foram excluídos todos os artigos que não continham em seu resumo informações sobre a correlação do seu uso, orientações de modo de usar e quedas. Na base Pubmed foram encontrados 8 resultados; Cochrane com 56 resultados, sendo 8 deles ensaios clínicos; CINAHL com 51 resultados; MEDLINE 74 resultados. Após a seleção, foram revisados no Mendeley, para a exclusão de duplicatas, resultando em 133 estudos. Após isso, foi realizada a filtragem por meio dos títulos que não possuíam relação direta com a abordagem proposta no presente estudo, resultando em 20 títulos, dos quais restaram 5 após a leitura de seus títulos, resumos, objetivos, resultados e com acesso livre, citados no quadro abaixo:

Nº	**Revista de Publicação**	**Título/Autores**	**Ano /Origem**	**Método adotado**	**Resultados**
A1	BMC Geriatrics	Are older people putting themselves at risk when using their walking frames? / Sibylle Brunhilde Thies *et al.*	2020/Reino Unido	Estudo Observacional	O uso incorreto foi observado em 16% dos períodos de suporte único e em 29% dos períodos de suporte duplo, e foi associado a restrições ambientais. O uso incorreto foi associado à redução da estabilidade.

A2	Gait & Posture	How accuracy of foot-placement is affected by the size of the base of support and crutch support in stroke survivors and healthy adults / Van der Veen *et al.*	2020/Inglaterra	Estudo Experimental	O suporte da muleta reduz o erro de posicionamento do pé em todas as etapas, mas principalmente ao estreitar o posicionamento do pé. Esses resultados fornecem suporte para a implicação de auxiliares de caminhada, que apoiam o equilíbrio para melhorar a capacidade de ajustar o posicionamento dos pés em resposta ao ambiente
A3	Journal of rehabilitation medicine	Gait improvement in adults with hemiparesis using a rolling cane: A cross-over trial / Thierry *et al.*	2020/Bélgica	Um estudo prospectivo, multicêntrico e randomizado cruzado.	Uma bengala, Wheeleo®, aumenta a velocidade de caminhada em adultos com hemiparesia sem risco adicional de quedas.
Nº	**Revista de Publicação**	**Título/Autores**	**Ano /Origem**	**Método adotado**	**Resultados**
A 4	Physical therapy	A cane improves postural recovery from an unpracticed slip during walking in people with Parkinson disease / Rumpa *et al.*	2012/Estados Unidos	Estudo Prospectivo	O uso de bengala melhorou a recuperação postural de um deslizamento não praticado em indivíduos com DP. O equilíbrio em pessoas com DP pode ser melhorado treinando com exposições repetidas a perturbações.

A 5	Archives of Gerontology and Geriatrics	Assessment of canes used by older adults in senior living communities / Hao (Howe) Liu *et al.*	2011/Estados Unidos	Estudo Transversal	Foram identificados cinco grandes problemas na análise dos dados: falta de consulta médica para seleção/uso do dispositivo, altura/manutenção da bengala incorreta, colocação da bengala em mão inadequada, incapacidade de manter o padrão de marcha recíproco adequado e postura inadequada durante a deambulação. Apenas a postura inclinada para frente durante a deambulação pode estar associada ao aumento de quedas entre os usuários de bengala mais velhos.

Mesmo com o uso dos descritores para bengala, muletas e andadores, poucos foram os estudos que apresentaram relação com quedas ou risco de queda para os idosos usuários desses auxiliadores de marcha. Dos cinco estudos que se apresentaram adequados aos critérios da presente revisão, três abordaram bengalas (A3, A4, A5), um abordou muletas (A2) e um contemplou o uso de andadores (A1).

No estudo A5, os autores investigaram informações a respeito de como foram obtidas as bengalas pelos idosos usuários, constatando que apenas 18% obtiveram prescrição médica e 13% por prescrição fisioterapêutica, e 67% por indicação de não profissionais da saúde. Além disso, os autores também investigaram sobre a instrução de uso, em que foi observado que 67% dos usuários foram autodidatas e 18% por instrução profissional. Não somente, também foi constatado que 54% dos usuários fazem uso da bengala com ajuste inadequado; 28% fazem uso com a mão do lado incorreto, dos quais 42% apresentaram correlação positiva entre queda e mão incorreta. Bem como o uso incorreto, a inclinação lateral ou frontal do tronco apresenta uma correlação positiva com quedas de 67%.

Já no estudo A4, os autores complementam os achados anteriormente citados. Uma vez que demonstram que o uso adequado da bengala está correlacionado com a melhora do centro de gravidade do usuário, consequentemente melhorando a postura desses indivíduos. Além disso, no

estudo A3, os autores demonstraram que o uso da bengala com quatro apoios melhorou também a velocidade da marcha dos usuários sem que houvesse desconforto para eles.

Enquanto no estudo A2, o único referente ao uso de muletas, os autores puderam observaram por meio da investigação de pacientes vítimas de acidente vascular cerebral (AVC), os quais são comumente acometidos por desequilíbrio estático e dinâmico, resultando em inadequado posicionamento dos pés em resposta ao ambiente. Portanto, os autores tiveram como objetivo observar a influência das muletas no posicionamento dos pés desses indivíduos, no que se refere ao distanciamento da base de apoio. Assim, conseguiram como resultado que o uso da muleta diminui o erro de posicionamento dos pés em todas as fases, sobretudo com mais efetividade ao estreitar a base que ao ampliar.

No estudo A1, a investigação realizou a pesquisa analisando o uso dos andadores e o seu design. Foi possível observar que em algum momento qualquer indivíduo fará o uso de forma inadequada, em média tendo 16% de uso incorreto para o suporte único e 30% dos seus períodos de suporte duplo. Os autores puderam evidenciar que há pouca aderência por meio dos usuários para as orientações de uso adequada de andadores em casa e que fatores ambientais, bem como recursos de design como as rodas dianteiras fixas e não giratórias são barreiras à adesão à orientação. E, portanto, os autores trazem como conclusão que o design dos andadores pode ser um dos fatores de risco para queda por conta da dificuldade para adesão dos usuários, sugerindo trabalhos futuros voltados para o estudo do desenvolvimento de projetos focados nesses dispositivos.

DISCUSSÃO

O presente estudo procurou identificar através de uma revisão integrativa de literatura, o quão importante é a orientação do uso do dispositivo de auxílio à marcha para o público idoso e como isso afeta a qualidade de vida do mesmo. Para isso, foram incluídos estudos encontrados que se enquadraram nos critérios de inclusão estabelecidos.

Foi possível observar nos estudos A1 e A2 que a maioria dos idosos utilizavam o dispositivo de auxílio à marcha de forma incorreta, onde a altura da bengala, a forma da pega e a postura do usuário estavam inadequadas, contribuindo para a redução da mobilidade. Dentro desse contexto, torna-se possível associar o aumento do índice de quedas entre os usuários idosos.

Pôde-se constatar que de acordo com os autores do estudo A2 os idosos acometidos de AVC que receberam as orientações de uso e o treinamento, obtiveram benefícios como o aumento da

velocidade da marcha e a diminuição do risco de queda. Também foi analisado que o uso da muleta, favoreceu o paciente como suporte para caminhar, quando orientado da forma correta. O dispositivo reduziu o erro do posicionamento do pé em todas as etapas do estudo, auxiliando no equilíbrio e melhorando a capacidade de ajustar o posicionamento do pé em relação ao ambiente em que o indivíduo se encontra, ajustar o posicionamento dos pés em resposta ao ambiente.

No estudo A1, foi possível observar que o treinamento do idoso com o dispositivo, ensinando-o o modo correto de utilizar é crucial para um bom desempenho na relação usuário-produto. Os autores destacam que os DAM têm o papel crucial na segurança e no dia a dia do idoso, porém assim como o estudo A5, constata-se que a falta de treinamento e orientação são dados alarmantes. Ambos estudos também destacam a importância de atentar-se ao design desses produtos, visando melhorar a estabilidade e permitindo a regulagem de altura e da prescrição do dispositivo correto, visto que, como mostrado estudo A5, as bengalas que comumente são utilizadas pelos idosos são as de madeira, que não permitem realizar essa ação.

De acordo com o delineamento da pesquisa, o estudo A5 conseguiu identificar que boa parte dos idosos obtiveram os dispositivos de auxílio à marcha por iniciativa própria, sugestão familiar, ou amigos. Devido a esse fator, a prescrição não é feita da forma correta o que aumenta consideravelmente o risco de quedas e de prejuízos à saúde, acarretando as posturas inadequadas, tanto frontal como lateral. Em relação aos dispositivos pode-se perceber que grande parte dos problemas oriundos advém da altura inadequada do produto e das ponteiras soltas ou desgastadas, no que se diz respeito a ergonomia, pôde-se perceber o uso do lado incorreto, a movimentação do corpo feita de forma errada, a combinação entre a mão incorreta e o padrão de marcha adequado podem acarretar problemas de uso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo identificou o quão se faz importante a recomendação de DAM por um profissional de saúde, levando em conta que a maioria dos idosos utilizam por indicação de familiares e amigos sendo efetuado o uso inadequado e interferindo no desempenho funcional do usuário. Para garantir que a utilização de um DAM atinja o fim a que se destina, o dispositivo deve ser devidamente indicado, adaptado e ajustado à sua altura e distância do seu próprio corpo, bem como ser realizado um treino de marcha adequado. Essas ações se tornam viáveis principalmente quando o processo é acompanhado de um profissional qualificado, que tenha claramente definido os objetivos da

recomendação, seus benefícios e suas consequências, onde os pacientes devem ser comunicados e cientes de toda situação. Bem como, a importância do design do produto, que se faz importante nas questões ergonômicas, visto que um dispositivo de auxílio à marcha que esteja inadequado quanto produto, pode prejudicar mais do que auxiliar esse usuário.

Os autores reiteram a importância da integração das áreas, pois por meio do design é possível entender como um dispositivo bem desenvolvido melhora a qualidade de vida dos usuários/pacientes, bem como fatores que podem ser percebidos durante o uso do dispositivo, como desconforto ou rejeição. E o campo da fisioterapia respalda o método adequado de aplicação, indicando o DAM correto, além de colocar o paciente em primeiro lugar, compreendendo suas aflições e dores e priorizar a empatia.

REFERÊNCIAS

BATENI, HAMID; BRIAN E MAKI. “Assistive devices for balance and mobility: benefits, demands, and adverse consequences.” Archives of physical medicine and rehabilitation vol. 86,1, 2005.

CARVALHO FILHO ET; PAPALÉO NETTO M. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2006.

DUARTE, Lucia Regina Severo. Idade cronológica: uma mera questão referencial no processo de envelhecimento. In: Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento, Porto Alegre, V. 2, p. 35-47, 1999.

ERMIDA, J. Processo de envelhecimento. In: Costa, M. A. M. (Colab., Departamento de Edições da Formasau, Formação e Saúde Ltda). O idoso: problemas e realidades, 43-50. Coimbra, Portugal: Formasau, 1999.

CORDEIRO, M, P, A, A.; ALMEIDA, M. L. F.; CADETE, D.G.; VERÍSSIMO, M. T.; GRÁCIO, E. I.T.; LOPES, A.G.C.; CRUZ, A.G. (1ªed). O idoso: Problemas e realidades (pp.23-39), 1999. LUIZ DE MARCHI NETTO, F. Aspectos biológicos e fisiológicos do envelhecimento e suas implicações na saúde do idoso. Pensar a Prática, Goiânia, v. 7, n. 1, p. 75–84, 2006. RICO NC.; LEMOS ND.; FERREIRA CV.; ET AL. Uso de dispositivo de auxílio à marcha: a percepção dos idosos. Rev. Equilíbrio Corporal e Saúde, ;4 (2):42–50, 2012.

RODRIGUES, Y. W. Design para o envelhecimento: a dimensão simbólica na superação do estigma em equipamentos de auxílio. 2021. Tese (Doutorado em Design), Universidade de Aveiro, Aveiro, 2021. SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer? Einstein, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

VIEIRA, E. B. Manual de gerontologia. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

Capítulo 6

10.37423/250509978

EDUCAÇÃO E SAÚDE: CRIANÇAS HOSPITALIZADAS SÃO BENEFICIADAS COM RISOTERAPIA

Jailton Nunes Nóbrega

União de Ensino Superior de Campina Grande - Faculdade - UNESC

José Wellington Candido do Nascimento

União de Ensino Superior de Campina Grande - Faculdade UNESC



Resumo: A hospitalização é bastante desagradável para qualquer pessoa adulta, criança ou acompanhante. Isto independentemente da faixa etária dos envolvidos na ação, pois a internação sempre é um fator traumatizante seja por um longo ou curto tempo. Os traumas da hospitalização acometem, principalmente, crianças onde grande parte delas é vulnerável, pois passam por procedimentos invasivos dolorosos privados de qualquer escolha de tratamento. Sabe-se que o riso é uma válvula de escape que o corpo utiliza nos apuros da vida. O riso aumenta a secreção de endorfinas, relaxam as artérias, aceleram o pulso e baixa a pressão, melhorando assim a circulação beneficiando a reação imunológica. O objetivo do estudo é realizar uma compilação da literatura pertinente a respeito da presença do riso como terapia aos pacientes internados na rede hospitalar e estimular a promoção de educação em saúde para que os profissionais adiram a essa prática. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica de caráter descritivo. Nesta pesquisa foi possível notar que essa modalidade de assistência através do lúdico na instituição hospitalar permite uma abordagem mais próxima do paciente e humanizada, onde é possível estreitar os vínculos de modo que facilita a interação profissional/paciente. O estudo revelou que as consequências da terapia do riso são positivas, uma vez que a ansiedade e estresse diminuíram, o vínculo e a confiança do paciente foram encorajados, além de permitir que seja acelerado o processo de cura, nos casos possíveis. Ainda pode-se destacar outros benefícios do riso para o paciente, que é de proporciona taxas menores de estresse na rotina hospitalar, de modo que facilita o trabalho e a integração entre os profissionais.

Palavras-chave: Terapia do Riso. Pediatria. Enfermagem. Humanização.

INTRODUÇÃO

A vivência da hospitalização é bastante desagradável para qualquer pessoa adulta, criança ou acompanhante não importa a faixa etária, a internação sempre é um fator traumatizante seja por um longo ou curto tempo. Os traumas da hospitalização acometem, principalmente, crianças onde grande parte delas é vulnerável, pois passam por procedimentos invasivos dolorosos privados de qualquer escolha de tratamento (CAROLLO, 2011).

Para a criança, a doença é um fator inesperado e indesejável, a rotina é totalmente modificada onde os costumes próprios da infância, como brincadeiras e escola, tornam-se algo distante devido as restrições da doença e do tratamento. Todas essas modificações causam impacto na vida da criança, tanto psicologicamente como emocionalmente podendo mudar o comportamento durante e depois da internação.

O hospital, no contexto da saúde atual, é uma instituição marcada pela luta constante entre a vida e a morte. Nele se encarceram as esperanças de melhora, cura, minimização ou suspensão do sofrimento, onde curiosamente exercitam uma batalha constante diante das condutas terapêuticas tencionando os profissionais da saúde (SILVA; OMURA, 2005; MASETTI, 2013). Desta forma, destaca-se a importância da implementação da risoterapia como pratica complementar, juntamente com a Medicina tradicional, para proporcionar entretenimento e interação entre paciente/profissional. Para isso, acredita-se ser necessária a prática de educação em saúde para perpetuar essa ideia entre os profissionais da saúde.

Terapia do Riso ou Risoterapia é um método que existe desde a década de 60, implantada por Hunter Adams, um médico norte americano, chamado de “Patch” Adams, que utilizou com sucesso o riso como agente de cura, uma eficaz terapia que favorece a recuperação e a cura dos pacientes (PACHT ADAMS, 1999).

De acordo com Patch Adams 1999 o riso aumenta a secreção de endorfinas, relaxam as artérias, aceleram o pulso e baixa a pressão, melhorando assim a circulação beneficiando a reação imunológica. Espalhados nos estados do Brasil, inspirado no trabalho do Clown Care Unit – programa criado em 1986 por Michael Christensen com intuito de trazer a alegria do circo clássico para crianças internadas -, existem os “Doutores da Alegria”, um grupo formados por atores que por meio da visita hospitalar levam brincadeiras e alegria para os paciente mirins (DOUTORES DA ALEGRIA, 1991).

As emoções vivenciadas pelo hospitalizado podem ser minimizadas através da terapia do riso, aliviando temores e ansiedade, permitindo que a criança sinta-se psicologicamente bem, já que é uma característica fundamental do ser humano. Por isso há necessidade de criar condições favoráveis de interação com paciente e uma assistência de enfermagem humanizada, facilitando assim os atendimentos hospitalares, já que se trata de um método terapêutico bastante eficaz e de baixo custo.

O objetivo do estudo é realizar uma compilação da literatura pertinente a respeito da presença da riso como terapia aos pacientes internados na rede hospitalar e estimular a promoção de educação em saúde para que os profissionais adiram a essa prática.

Diante do exposto tem-se como problemática os fatores que provocam os pacientes hospitalizados como: o medo, a tristeza, a angústia, a raiva, etc., gerando, assim, uma experiência desagradável, a qual pode afetar negativamente no quadro clínico do paciente dificultando a assistência de enfermagem. As dificuldades encontradas são ainda maiores quando analisamos os pacientes pediátricos, pois as crianças dentem a crescer frustradas, ansiosas e com mudanças comportamentais e educacionais.

METODOLOGIA

A metodologia da presente pesquisa consiste em avaliar examinar, descrever métodos e técnicas disponíveis para realização de uma pesquisa acadêmica, possibilitando a coleta e o processamento de informações, visando à resolução de problemas bem como questões de investigações (PRODANOV, FREITAS 2013).

O estudo corresponde a pesquisa bibliográfica, exploratória e descritiva destacando a abordagem qualitativa dos artigos e documentos pesquisados. O estudo de natureza exploratória estabelece critérios, métodos e técnicas para a elaboração de uma pesquisa e visa oferecer informações sobre o objeto desta e orientar a formulação de hipóteses, tendo como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias.

A pesquisa qualitativa segundo Minayo (2003) trata-se de uma atividade da ciência, que visa a construção da realidade, mas que se preocupa com as ciências sociais em um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalhando com o universo de crenças, valores, significados e outros construto profundos das relações que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Na pesquisa descritiva, os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles. Isto significa que os fenômenos do mundo físico e humano são

estudados, mas não manipulados pelo pesquisador. Ainda na pesquisa descritiva, refere que ela tem o objetivo principal a descrição das características de determinadas populações ou fenômenos ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis.

Com relação ao referencial teórico, foram encontrados artigos através dos descritores: riso, lúdico, humor, brinquedoteca, risoterapia, emoções, hospitalização e humanização. Foram achadas 52 literaturas, das quais 11 foram incluídas, todos eles na língua portuguesa, os mesmos foram selecionados sistematicamente de acordo com o interesse da temática. Os critérios de exclusão foram: ser classificado como editoriais, cartas ao editor, repetidos em mais de uma base de dados utilizada e que não incluísse o enfermeiro na prática de educação em saúde por meio da risoterapia.

Os artigos foram pesquisados na base de dados da LILACS, SCIELO, Google Acadêmico entre os meses de Julho a setembro de 2016 tendo início de caráter de pesquisa exploratória. Definiu-se como critérios de inclusão: artigos publicados na integra. Realizou-se leitura cuidadosa de todos os artigos selecionados.

Com relação aos resultados encontrados nos artigos estes serão apresentados de forma analítica, levando-se em consideração a análise do discurso, de acordo com Bardin (2004).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em se tratando dos resultados pode-se arguir que a hospitalização é uma experiência desagradável para qualquer pessoa, onde são afloradas múltiplas emoções, (medo, tristeza, angústia, raiva e etc.) que pode afetar negativamente no quadro clínico do paciente dificultando a assistência de enfermagem. As dificuldades encontradas são ainda maiores quando analisamos os pacientes pediátricos, pois a crianças dentem a crescer frustradas, ansiosas e com mudanças comportamentais e educacionais (AZEVEDO, 2011; LUCHESI; CARDOSO, 2012).

Além desse contexto, é de suma importância destacar que, desde o século IV a.C., que o sorriso vem sendo utilizado como método informal no processo de recuperação de seus pacientes, prática realizada por Hipócrates, pai da medicina quando aplicava brincadeiras com seus pacientes. Estudos tem comprovados que o riso ajuda no transporte de nutrientes e oxigênio para os tecidos corporais, liberando as endorfinas, que funcionam como um analgésico natural, isto graças a uma gargalhada que dura uns segundos ou até minutos, trazendo benefícios para vida toda, corroborando na recuperação do paciente (MONTEIRO; GRILO; NUNES, 2002).

Em se tratando da terapia do riso vale notificar nesta discussão o posicionamento do médico norte americano, Hunter Adams, chamado de “Patch” Adams, que na década de 60 utilizou com sucesso o riso como agente de cura, uma eficaz terapia que favoreceu a recuperação e a cura dos pacientes por ele acompanhados (PACHT ADAMS, 1999).

Em se tratando do contexto da sociedade brasileira, em 2005 criou-se a Lei Federal nº 11.104, reconhecendo a relevância do brincar no contexto hospitalar, a qual veio a instituir e prevê a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. Em seu contexto, de acordo com o Art. 2º, considera-se brinquedoteca, para os efeitos desta Lei, o espaço provido de brinquedos e jogos educativos, destinados a estimular o brincar nas crianças e seus acompanhantes. Com esse tipo de ação proporciona a criança o retorno a uma convivência como se estivesse voltado ao espaço do lar que lhe fora retido mediante a sua internação.

De conformidade com Azevedo (2011) pode-se verificar que ocorre um enfrentamento nas consequências psicológicas da criança que se encontra doente e que tem o seu quadro mudado quando é favorecida com a utilização do lúdico, contemplando a abordagem em grupo, a fim de integrá-las com seus familiares e proporcionar momentos de satisfação e de reorganização das experiências, saindo do contexto da dor e do sofrimento, passando a usufruir de momentos prazerosos os quais ajudam no processo de reabilitação.

Antes da percepção supracitada, vale ressaltar que, segundo Monteiro, Grillo e Nunes (2002) a terapia do riso já aliviava o clima pesado dentro dos hospitais, uma vez que permitiam que os pacientes pudessem pensar em coisas boas nos momentos de descontração oferecidos por aqueles que estavam realizando a ação, o que poder-se-ia observar que a alegria poderia até diminuir o tempo de internação. O importante era fazer com que os pacientes esquecessem um pouco suas doenças e se ligassem no lazer oferecido. Dentro deste contexto a terapia foi e sempre será utilizada como forma de “entretenimento hospitalar” para distribuir riso, alegria e conforto aos pacientes usando caracterização de palhaços e/ou outros personagens divertidos, animando paciente, acompanhantes e funcionários com foco em bem-estar dos assistidos lhes garantido divertimento, privacidade e respeito.

Importa destacar a necessidade de educação continuada para esclarecer aos profissionais de saúde sobre a importância dessa prática como atividade terapêutica. A equipe de enfermagem, que está em

contato com o paciente na maior parte do tempo, pode promover no seu cotidiano de cuidados a esse paciente uma oportunidade de riso, e assim, de alívio dos sintomas associados a hospitalização.

Vê-se a importância do riso ao destacar mais um dos autores que abordam a questão, saber, Teixeira (2009, p. 1) que destacou que "o ato de riso provoca mudanças fisiológicas no corpo e um estado emocional positivo que podem ser positivos ao estado de saúde". Portanto, pode-se afirmar que esta ação realizada pelas pessoas, independentemente de sua idade contribuem no processo de recuperação daqueles que se encontram enfermos.

CONCLUSÃO

Com o estudo conclui-se que a terapia do riso só tem a proporcionar qualidade de vida aqueles que são beneficiados com a sua prática, pois além de trazê-los ao bom convívio com os entre pacientes, profissionais da saúde e familiares, ajudam, de forma mais rápida na recuperação dos pacientes por lhes proporcional a libertação do medo, da angustia, entre outros aspectos, e lhes conduzir emocionalmente ao retorno do convívio com o ambiente do lar e da família.

Por outro lado, compreende-se a necessidade de implementação nas práticas cotidianas dos profissionais de saúde, principalmente da equipe de enfermagem, a terapia do riso. Esse pode ser um caminho para romper o paradigma do medo referente aos enfermeiros e sua equipe, uma vez que, o profissional bem capacitado estará próximo do paciente de maneira lúdica e espontânea.

REFERÊNCIAS

ARTONI, C. Rir é o melhor remédio. Disponível em: Acesso em: 07 abr. 2017.

AZEVEDO, A.V.S. O brincar da criança com câncer no hospital: Análise da produção cientifica. Estud. Psicol. v. 28, n. 4. Campinas, dez. 2011.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Portugal: Edições 70, 2004.

CAROLLO, C. N. G. Estudo exploratório dos sentimentos de crianças em período pós-cirúrgico em unidade de Terapia Intensiva Pediatrica. (Dissertação). São Paulo-SP, 2011.

DOUTORES DA ALEGRIA. Passo Inspirador. São Paulo, 1991. Disponível em: <https://www.doutoresdaalegria.org.br/conheca/sobre-os-doutores/>. Acesso: 26 Maio 2016.

FASSARELLA, C. S. et al. A Terapia do Riso como uma Alternativa Terapêutica. Revista Rede de Cuidados em Saúde. ISSN-1982-6451. Disponível em: <file:///C:/Users/4nx/Downloads/1678-4651-2-PB%20(1).pdf>. Acesso em: 25 maio 2017.

FERREIRA, A. B. H. Mini Aurélio século XXI: O minidicionário da língua portuguesa. 5 ed. rev. Rio De Janeiro: Nova Fronteira, 2001. 648 p.

GARCIA, D. T. R.; SILVA, J. G.; VAZ, A. C.; FILOCOMO, F. R. F.; FILIPINI, S. M. A Influência da Terapia do Riso no Tratamento do Paciente Pediátrico. XIII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e IX Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba. Disponível em: <http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2009/anais/arquivos/0918_0498_01.pdf>. Acesso em: 25 maio 2017.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

LAMBERT, E. A Terapia do Riso: A Cura pela Alegria. São Paulo: Editora Pensamento, 1999, 24 p.

LUCHESI, A., CARDOSO, F. S. Terapia do Riso: Um relato de Experiência. 2012, Revt. Eletrônica da Faculdade Evangélica do Paraná, v. 2, n. 1, p.11 – 20.

MASETTI, M. Por uma ética do encontro: a influência da atuação de palhaços profissionais na ação dos profissionais de saúde. CIDTFF - Indagatio Didactica - Universidade de Aveiro, v. 5, n. 2. 2013. p. 913 – 925.

MAZOCCO, F. et al. Terapia do Riso: Enfermagem Humanizando o Ambiente Hospitalar. Disponível

em:<http://anais.congressodehumanizacao.com.br/files/2012/07/RESUMO-091.pdf>. Acesso em: 25 maio 2017.

MIGUEL, F. K. Psicologia das emoções: uma proposta integrativa para compreender a expressão emocional. Psico-USF, Bragança Paulista, v. 20, n. 1, p. 155 - 157, 2015.

MINAYO, M.C. de S. (Org.) Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 22 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MONTEIRO, C., GRILLO, C., NUNES, L. O Melhor Remédio: a Terapia do riso é uma importante aliada à boa Saúde. Eclética, 2002, p. 43 – 45.

PRODANOV, Cleber Cristiano. Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico / Cleber Cristiano Prodanov, Ernani Cesar de Freitas. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

Risoterapia. Disponível em: <http://www.doutorrisadinha.com/pdf/risoterapia.pdf>. Acesso em: 24 maio 2017.

SHADYAC, T. Patch Adams: O Amor é Contagioso. Produção de Marsha Garces. Direção de Tom Shadyac. Estados Unidos, 1999. Filme online. 1h55mim. Colorido e legendado com som.

SILVA, P. H. OMURA, C. M. Utilização da risoterapia durante a hospitalização: um tema sério e eficaz. Rev. Enferm. UNISA, 2005; v. 6, p. 70-3.

TEIXEIRA, R. A. Humor tem tudo haver com saúde, 2009. Canal ICB: conhecendo melhor o seu cérebro. Disponível em: < http://www.icbneuro.com.br/paginas/pdf/artigos/humor.pdf>. Acesso em: 25 maio 2017.

Capítulo 7

10.37423/250509992

O IMPACTO DAS MIDIAS DIGITAIS NA FORMAÇÃO DO COMPORTAMENTO INFANTIL: UMA REVISAO DE LITERATURA

Maria Izabel Cosmo de Brito *ENIAC*

INTRODUÇÃO

A tecnologia pode ser definida como um processo inovador de informação e comunicação, que tem contribuído para a ascensão da globalização de forma positiva e negativa para a sociedade. (GOMES, 2024)

O desenvolvimento tecnológico é a base da manutenção das relações sociais, com isso, o acesso a aparelhos eletrônicos está ocorrendo cada vez mais cedo (MATHIAS e GONÇALVES, 2017). O seu uso de forma generalizada, tem influenciado a infância (ROCHA et al., 2022).

A infância é uma fase crucial para o desenvolvimento humano, durante esse período, as crianças aprendem a se comunicar, a pensar, a sentir emoções e a interagir com o mundo ao seu redor (DOMINGUES et al., 2020).

As mídias digitais vêm impactando a vida das crianças devido à grande atração e prazer que sentem na experiência com as tecnologias (FERNANDES et al., 2023). Além disso, as tecnologias digitais têm mudado a maneira como as crianças interagem e se comunicam (ROCHA et al., 2022).

As redes sociais e os aplicativos de mensagens instantâneas permitem que elas se conectem com pessoas ao redor do mundo, facilitando a formação de novas amizades e o compartilhamento de experiências (FERREIRA et al., 2024).

Porém o uso em excesso de tecnologia torna-se prejudicial quando ultrapassa o limite entre diversão/educação e se transforma em vício (GOMES, 2024).

Tudo que é feito em excesso se torna em certo momento um problema. Neste caso o uso excessivo das mídias digitais, pode ocasionar algumas lacunas na infância e certas dificuldades para realizar tarefas básicas da rotina e causando certos agravantes na saúde (CANAAN et al 2017). A exposição prolongada a redes sociais e outros dispositivos digitais parece interferir no desenvolvimento emocional e cognitivo, além de problemas relacionados ao sono (OMS, 2019).

Embora a era digital tenha proporcionado benefícios significativos em termos de educação e conectividade, também tem levantado preocupações substanciais sobre o impacto dessa exposição prolongada na saúde mental (SILVA, 2024).

Entretanto, no que se refere ao desenvolvimento infantil, é possível observar que, aquelas brincadeiras e jogos apreciados pelas crianças, perderam espaço para a tecnologia que tomou o

espaço e apreço destes infantos, e estes, se envolvem com os desenhos, jogos diversos, deixando de brincar ao ar livre (FERNANDES et al., 2023).

Desse modo, vem impactando a vida das crianças devido à grande atração e prazer que elas sentem na experiência com as tecnologias virtuais (LOUREIRO e MARCH, 2021).

Um ponto a se destacar, são os responsáveis que precisam estar conscientes dos riscos do uso excessivo das mídias sociais, e busquem monitorar o tempo de exposição das crianças às telas, estabelecendo regras e limites, para que possam ter um desenvolvimento saudável, haja visto que a criança não tem a capacidade de gerenciar o uso do seu tempo nas mídias (GOMES, 2024).

A mediação e o diálogo se fazem importante nesse processo, e os pais devem estar atentos ao conteúdo consumido pelos filhos, participando ativamente da experiência do aprendizado online (FERNANDES et al., 2023).

O desafio não é eliminar o uso da tecnologia na vida das crianças, mas orientá-las e sensibilizá-las, enquanto ao uso de modo saudável e construtivo (REIS et al., 2024).

Objetivo do trabalho foi analisar os impactos das mídias digitais na formação do comportamento infantil, buscando compreender o uso excessivo das mídias digitais na infância.

METODOLOGIA

Realizou-se um levantamento bibliográfico por meio de buscas eletrônicas nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Scientif Eletronic Library Online (SciELO), National Library of Medicine (PubMed) e (PepsiCo). O uso de descritores como palavras-chave a fim de identificar temas publicados em artigos científicos e conferir maior especificidade à busca realizada. Utilizando os descritores neste estudo: “redes sociais e crianças”, “redes sociais e adolescentes, “mídias digitais e crianças, “interação social e internet”, “Impacto das mídias no contexto infantil”.

Os fatores de inclusão que irão orientar o processo de seleção de materiais são artigos originais, sendo eles publicados no período de 2017 a 2024 no idioma português e que permitam acesso integral ao conteúdo.

RESULTADOS E DISCUSSOES

Tabela 1- Exposição dos dados

Título	Autores e Ano	Conceitos
O IMPACTO DAS MÍDIAS DIGITAIS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES.	SILVA et al 2024	Impactos das mídias digitais e redes sociais sobre os aspectos cognitivos e sociais das crianças e adolescentes,
Crianças e Mídias Digitais: um diálogo com pesquisadores	LOUREIRO et al 2021	Relação entre as crianças e as mídias digitais
IMPACTOS DA ERA DIGITAL NA SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UMA REVISÃO SOBRE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS E O USO DE MÍDIAS DIGITAIS	REIS et al 2024	Transtornos psiquiátricos em crianças e adolescentes na era digital, discutindo o impacto das mídias digitais e os desafios de lidar com o uso de tecnologias,
O MUNDO DIGITAL E SEUS IMPACTOS NA VIDA INFANTIL	FERREIRA et al 2024	Efeitos negativos da utilização de tecnologias digitais na infância, enfocando os impactos prejudiciais no desenvolvimento saudável das crianças.
A ERA DIGITAL: OS IMPACTOS DA TECNOLOGIA PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL	GOMES et al 2024	Nesse contexto, as tecnologias digitais também têm um impacto no desenvolvimento cognitivo, social e emocional das crianças,
OS IMPACTOS DA DEPENDÊNCIA TECNOLÓGICA EM CRIANÇAS, PELO USO EXCESSIVO DAS MÍDIAS DIGITAIS	FERNANDES et al 2023	o uso excessivo de mídias digitais, dispositivos e ferramentas tecnológicas, apresentando aspectos favoráveis e desfavoráveis para sua utilização.

Tecnologias digitais e influências no desenvolvimento das crianças.	CANAAN et al 2017	A internet se tornou um novo espaço lúdico para as crianças, através da sua gama de aplicativos e possibilidades de interação. Entretanto, as crianças estão perdendo a capacidade de desenvolver tarefas básicas.
A influência da tecnologia no desenvolvimento da criança.	TABORDA 2019	Crianças passam por um grande período de desenvolvimento e formação da sua personalidade e não se pode afirmar as consequências geradas pela exposição precoce perante as redes sociais e a internet.
A utilização de mídias interativas por crianças na primeira infância – Um estudo epidemiológico.	GUEDES et al 2019	As mídias digitais estão sendo utilizadas para o entretenimento, o lazer, a distração na ausência dos pais, comunicação familiar e aplicativos para complementar o aprendizado.

A cerca dos critérios de inclusão, os artigos selecionados demonstram influência notória acerca da relação entre crianças que fazem uso precoce e prolongado das mídias digitais, e os impactos significativos que o seu uso em excesso pode ocasionar.

Ferreira (2024) aponta que, A infância é considerada a etapa fundamental para o desenvolvimento e fase de mudanças infantis, envolvendo as áreas cognitivas, afetivas, sociais e motoras, faz-se necessário, conhecer e compreender os diferentes aspectos presentes e influenciadores.

Como se trata de um período de desenvolvimento, Taborda (2019) se refere que ainda estão em processo de formação da sua personalidade em aspectos vulneráveis à diversas influências.

Com base na complexidade do tema, Fernandes et al (2023) relata que, bem como a existência de aspectos positivos e negativos quanto se refere ao uso da tecnologia. Destaca Loureiro e March (2021), parece não haver dúvidas de que as mídias digitais impactam a vida das crianças devido à grande atração e prazer que elas sentem na experiência com as tecnologias virtuais, convergentes, móveis e interconectadas.

Por outro lado, Gomes (2024) ressalta que, com a chegada da tecnologia, e da internet e as suas possibilidades, acredita-se na necessidade de explorar esse assunto visto que, pode ajudar na propagação do conhecimento, acerca do uso das tecnologias por crianças.

A internet ganhou espaço e por ter se tornado um meio lúdico, Canaan et al., (2017), para as crianças e os adolescentes, trazendo novas formas de aprendizado devido à sua vasta gama de possibilidades por meio de vídeos variados e aplicativos interativos.

Como já estão envolvidas com as tecnologias, Cannan et al., (2017) aborda como as crianças têm facilidade com o manuseio, percebem quais botões passam para o próximo vídeo ou voltam, pausam e apertam o play. Elas sabem procurar por outros vídeos e os encontram, reconhecendo uma imagem, já que ainda não são alfabetizadas.

Gomes, 2024 em sua pesquisa destaca que, os responsáveis que precisam estar conscientes dos riscos do uso excessivo das mídias sociais, e busquem monitorar o tempo de exposição das crianças às telas, estabelecendo regras e limites, para que possam ter um desenvolvimento saudável, haja visto que a criança não tem a capacidade de gerenciar o uso do seu tempo nas mídias.

Haja vista que Fernandes et al., (2023) aconselha, A mediação e o diálogo se fazem importante nesse processo, e os pais devem estar atentos ao conteúdo consumido pelos filhos, participando ativamente da experiência do aprendizado online. O desafio não é eliminar o uso da tecnologia na vida das crianças, mas orientá-las e sensibilizá-las, enquanto ao uso de modo saudável e construtivo (Reis, 2024).

No entanto, Reis et al. (2024) confirma, que esses fatores tornam a compreensão do papel da era digital na saúde mental das gerações mais jovens como uma prioridade tanto para a psiquiatria quanto para a saúde pública, sendo assim de extrema importância diz Guedes (2018), tornando se necessário traçar estratégias destinadas a refletir sobre o rápido crescimento das práticas regulares dos dispositivos interativos nos primeiros anos de vida, até que se conheçam seus impactos futuros na saúde e no desenvolvimento infantil.

CONSIDERAÇOES FINAIS

A tecnologia proporcionou muitos avanços significativos ao longo do tempo, vivemos em uma sociedade conectada, com isso, as crianças já nascem e se tornam adeptas a essa realidade.

Os dados da pesquisa alertam que, exposição frente as telas, o uso de modo exacerbado, pode ocasionar dificuldades no aprendizado infantil, além de outras variáveis, ansiedade, depressão, problemas de concentração, mudanças rápidas de humor, baixo rendimento escolar, estresse crônico, distúrbios alimentares, além de problemas comportamentais, inibindo a criança de uma vida emocionalmente e fisicamente saudável.

Vale ressaltar, a importância da supervisão dos pais, a fim de sondar os conteúdos vistos por seus filhos, enfatizando a importância do uso de forma adequada, com isso, se faz necessário aprofundar-se nessa temática a fim de propor soluções, no intuito de amenizar o uso pelo público infantil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CANAAN, M. O.; SURUKI, Y. P.; RIBEIRO, L. C. Tecnologias Digitais e influências no desenvolvimento das crianças. Anais do Congresso Nacional Universidade, EAD e Software Livre, v. 1, n. 8, 22 jun. 2017.

FERNANDES, R.A.F. et al. OS IMPACTOS DA DEPENDÊNCIA TECNOLÓGICA EM CRIANÇAS, PELO USO EXCESSIVO DAS MÍDIAS DIGITAISCiências da Saúde, Volume 27 - Edição 126/SET 2023 / 23/09/2023REGISTRO DOI: 10.5281/zenodo.8371524

FERREIRA, D.M. F. et al O MUNDO DIGITAL E SEUS IMPACTOS NA VIDA INFANTIL

GIL, A. C. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2022.

GOMES, B. R . A ERA DIGITAL: OS IMPACTOS DA TECNOLOGIA PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL.Contemporânea Contemporary Journal Vol. 4 N°. 11: p. 01-22, 2024 ISSN: 2447-0961 Artigo

GUEDES, S. et al. Children's use of interactive media in early childhood — an epidemiological study. Revista Paulista de Pediatria. v. 38, nov. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rpp/a/kXbZdJr9Frx6JfdxwbPgYNt/?lang=en

LENILLA, C. da S. et al. O IMPACTO DAS MÍDIAS DIGITAIS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES ISSN 2674-8169

LOUREIRO, C. C.; MARCHI, R. de C. Crianças e Mídias Digitais: um diálogo com pesquisadores Educação & Realidade, Porto Alegre, v. 46, n. 1, e98076, 2021. http://dx.doi.org/10.1590/2175-623698076

EIS, A.C. S. et al. IMPACTOS DA ERA DIGITAL NA SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UMA REVISÃO SOBRE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS E O USO DE MÍDIAS DIGITAIS

ISSN: 2178-7514 Vol. 16| Nº. 3| Ano 2024

TABORDA, L. A influência da tecnologia no desenvolvimento da criança. Revista UNINGÁ. Maringá, v. 34, n. 1, p. 40-48, jan./mar. 2019.

Capítulo 8

10.37423/250509997

OCORRÊNCIA DE CANDIDEMIA EM PACIENTES HOSPITALIZADOS

Patrícia Guedes Garcia — *Universidade Federal de Juiz de Fora*

Bruna Gonçalves de Oliveira — *Universidade Federal de Juiz de Fora*



Resumo: Introdução: As infecções da corrente sanguínea (ICS) integram as principais causas de mortalidade em pacientes hospitalizados. As Leveduras do gênero *Candida,* tanto *Candida albicans* como espécies não albicans, estão entre os principais agentes etiológicos destas infecções, geralmente associados à piora do prognóstico, aumento do tempo de internação e altas taxas de mortalidade. Objetivo: Avaliar a ocorrência de candidemia em pacientes hospitalizados, bem como as principais espécies de *Candida spp.* envolvidas e sua distribuição por setores do hospital. Material e métodos: Trata-se de um estudo retrospectivo e observacional sobre candidemia, realizado através da coleta de dados hemoculturas, de um hospital de ensino da cidade de Juiz de Fora, MG, nos anos de 2019 e 2020. Resultados: Foram realizadas 2370 hemoculturas no período do estudo, destas em 14,7% (n=348) houve crescimento microbiano. Das hemoculturas positivas, 95,68% (n=333) foi de isolados bacterianos e 4,32% (n=15) de isolados de *Candida spp.* Das linhagens de *Candida* spp encontradas, 26,66% (n=4) foi de *C.albicans* e 73,34% (n=11) de *Candida* não-*albicans* (CNA). Das espécies não albicans, 45,45% (n=5) perteciam ao complexo *C.parapsilosis*, 36,37% (n=4) foi de *C.tropicalis* e 18,18% (n=2) de *C.glabrata.* Na unidade de terapia intensiva (UTI), no setor pós-cirúrgico e na enfermaria foram encontrados 46,66%, 46,66% e 6,68% isolados de *Candida* spp., respectivamente. Conclusão: Neste estudo, as espécies de CNA foram mais prevalentes que a *C. albicans* como agentes de candidemias, sendo mais frequentes em pacientes críticos internados na UTI e submetidos a procedimentos cirúrgicos.

Palavras-chave: *Candida*. candidemia. hemocultura. unidades de terapia intensiva.

INTRODUÇÃO

As infecções da corrente sanguínea (ICSs) são multifatoriais e apresentam fisiopatologia, critérios diagnósticos, implicações terapêuticas, prognósticas e preventivas distintas, além disso, integram as principais causas de mortalidade em pacientes hospitalizados.[1] A presença de microrganismos viáveis na corrente sanguínea pode ou não desencadear a sepse, caracterizada por uma resposta exacerbada e desregulada à infecção, cujas manifestações clínicas causam agressão orgânica grave.[2]

Candida spp. são importantes agentes de infecção nosocomial, incluindo ICSs, cuja condição pressupõe risco de vida em pacientes gravemente enfermos e imunocomprometidos. A candidemia é frequentemente diagnosticada em indivíduos submetidos a procedimentos cirúrgicos, terapia antimicrobiana de amplo espectro ou prolongada, uso de corticoides e imunossupressores, nutrição parenteral, cateteres intravasculares, na insuficiência renal, e naqueles com longa permanência em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), constituindo assim fatores de risco relevantes associados às candidíases.[3,4]

O diagnóstico das ICSs e da sepse envolve diversos parâmetros, sendo importante avaliar, sinais sistêmicos de infecção, presença ou ausência de hemocultura positiva, foco primário de origem, presença ou ausência de acesso vascular e sinais locais de infecção do catéter.[1,5] Apesar de estudos comprovarem a baixa sensibilidade para fungos, podendo chegar a torno de 50% dos casos comprovados por autópsia, a hemocultura é uma importante ferramenta diagnóstica na prática clínica.[6]

Dentre as quinze espécies causadoras de infecção invasiva em humanos, destacam-se *C.albicans,* comumente isolada em mais de 60% dos espécimes clínicos e espécies *Candida* não-*albicans* (CNA), como complexo *C.parapsilosis, C.tropicalis, C.glabrata e C.krusei*.[7,8]

Espécies de *Candida* não-*albicans* (CNA) emergiram como patógenos oportunistas clinicamente importantes, incluindo *Candida auris,* nova espécie isolada pela primeira vez em 2009 no canal auditivo de um paciente no Japão.[9] Desde então, há casos descritos em vários países, inclusive no Brasil. Esta espécie é associada a infecções nosocomiais invasivas em ambientes de terapia intensiva, com altas taxas de mortalidade em candidemia.[10,11] Além disso, trata-se de uma levedura capaz de expressar níveis significativos de resistência às terapias disponíveis, inclusive resistência a múltiplas drogas (RMD), como também pela resiliência frente às medidas de controle de infecção. Dessa forma constitui um risco potencial de surtos em ambientes hospitalares[10,12].

Considerando a escassez de estudos sobre o levantamento de casos de candidemia e a importância do conhecimento das peculiaridades locais para otimização das estratégias de prevenção, diagnóstico e tratamento de ICSs, este estudo tem como objetivos analisar a ocorrência, as principais espécies envolvidas e sua distribuição nos setores de internação de um hospital de ensino da cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional e retrospectivo, onde foram analisadas, através de bancos de dados, hemoculturas positivas para *Candida spp.* de pacientes internados em um hospital de ensino da cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, no período de janeiro de 2019 a dezembro de 2020.

Foram incluídos neste estudo todos os pacientes hospitalizados por mais de 48 horas com suspeita clínica de ICS e submetidos a coleta de hemoculturas, e que tiveram pelo menos uma amostra positiva central ou periférica com crescimento de bactéria ou fungos do gênero *Candida*. Hemoculturas repetidas do mesmo paciente, com mesmo isolado bacteriano ou fúngico foram compiladas apenas no primeiro exame. Os episódios de candidemia e bacteremia ocorridos antes de 48 horas de internação foram excluídos deste estudo, bem como aqueles cuja transferência intersetorial dentro do nosocômio foi inferior a 48 horas.

As amostras de sangue foram coletadas de acordo com os critérios do *Clinical and Laboratory Standards Institute* [13], previstos no documento M47-A de 2007, utilizando frascos para adulto (8–10mL) ou pediátrico (1–4mL), contendo o meio de cultura BacT/ALERT®, cujos nutrientes permitem a recuperação de uma ampla gama de microrganismos como bactérias e fungos. Foram incubados por 5 dias em sistema automatizado BacT/ALERT 3D 60, Biomerieux® para avaliação do crescimento. O material dos frascos positivos foi submetido à coloração de Gram e posteriormente realizado isolamento e identificação dos microrganismos[5].

As espécies do gênero *Candida* foram identificadas por métodos manuais através da observação das características macroscópicas das colônias em meio cromogênico, prova do tubo germinativo, microcultivo em Ágar fubá e auxanograma[5]. Quando o diagnóstico por metodologia manual não foi conclusivo, as amostras foram encaminhadas à Fundação Ezequiel Dias (FUNED) na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerias, de acordo com o fluxograma estabelecido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), segundo nota técnica de nº 11/2020, dada a necessidade de identificação precisa

das amostras, tendo em vista o surgimento de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) por *C.auris* [9] .

Foram analisados os dados referentes ao número total de hemoculturas solicitadas, hemoculturas positivas para bactérias e leveduras do gênero *Candida.* Em relação às amostras positivas para *Candida spp.* foram avaliados a espécie de *Candida* isolada e o setor de internação dos pacientes. As informações foram adquiridas por meio do prontuário *on-line* dos pacientes via Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU) do referido hospital.

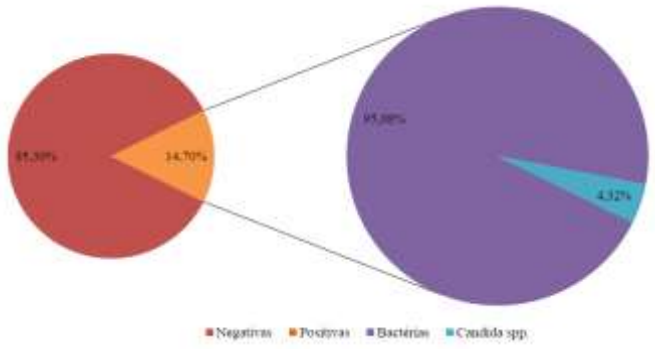
Os dados obtidos foram submetidos à análise percentual e plotados em gráficos no *software Microsoft Excel*® versão 2010. Os pacientes com dados faltantes "*missing-data*", foram excluídos para evitar eventuais vieses no estudo.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Universitário de Juiz de Fora, Minas Gerais, sob o parecer do comitê CAAE 44659121.2.0000.5133.

RESULTADOS

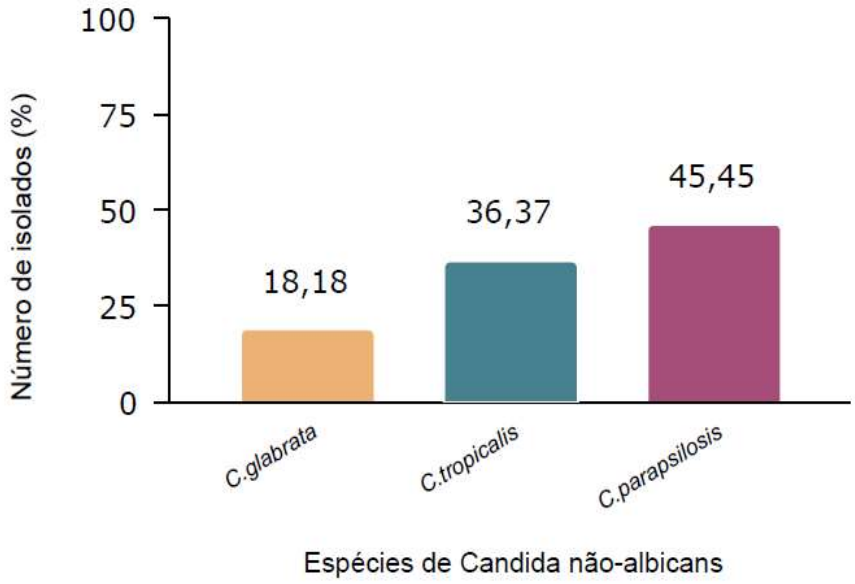
De janeiro de 2019 e dezembro de 2020, foram realizados 2370 exames de hemoculturas de pacientes hospitalizados no referido hospital de ensino, sendo 348 hemoculturas foram positivas para microrganismos, totalizando um percentual de 14,70%. Dentre as amostras positivas, 333 (95,68%) tiveram crescimento bacteriano e 15 (4,32%) foram positivas para leveduras do gênero *Candida.* De acordo com o **gráfico 1**.

Gráfico 1. Comparação entre o total de hemoculturas e a positividade para bactérias e leveduras do gênero *Candida*.



Das 15 linhagens de *Candida spp.* isoladas, 73,34% (n=11) foram de *Candida* não-*albicans* e 26,66% (n=4) de *Candida albicans*. Das espécies não-*albicans*, 45,45% (n=5) foram do complexo *Candida parapsilosis,* 36,37% (n=4) de *Candida tropicalis* e 18,18% (n=2) de *Candida glabrata.* Como apresentado no **gráfico 2**.

Gráfico 2. Espécies de *Candida* não-*albicans* isoladas em hemoculturas de pacientes hospitalizados.



Quanto à distribuição dos isolados por unidade de internação hospitalar, tanto a unidade de terapia intensiva quanto o setor pós procedimentos cirúrgicos tiverem 46,66% (n=7) dos isolados cada, e houve apenas um isolado de *Candida* sp (6,68%) na enfermaria.

Na UTI a principal espécie foi do complexo *Candida parapsilosis* correspondendo a 26,66% dos isolados, seguido de um isolado (6,67%) de *Candida tropicalis*, *Candida glabrata* e *Candida albicans* cada. Na unidade pós cirúrgica a *Candida tropicalis* foi a espécies mais encontrada, corresponder a 20%, seguida de *Candida albicans* com 13,32%, *Candida glabrata* com 6,67% e o complexo *Candida parapsilosis* com 6,67%. A *Candida albicans* foi a única espécie responsável por candidemia na enfermaria. Conforme apresentado na **tabela 1**.

Tabela 1. Espécies de *Candida spp.* detectadas em hemoculturas por Unidade de Internação Hospitalar (UIH).

	Unidade de Interação Hospitalar		
Espécie	UTI	Pós cirurgia	Enfermaria
Candida albicans	1(6,67%)	2 (13,32%)	1 (6,67%)
Candida glabrata	1(6,67%)	1(6,67%)	-
Candida tropicalis	1(6,67%)	3 (20%)	-
Complexo *C.parapsilosis*	4 (26,66%)	1 (6,67%)	-

DISCUSSÃO

A incidência de infecção fúngica invasiva é de aproximadamente 6 casos por 100.000 pessoas por ano. Estima-se que apenas metade dessas infecções sejam detectadas durante a vida do paciente, tornando estas uma das causas de morte mais comuns negligenciadas em pacientes de terapia intensiva[2].

Com o advento da pandemia mundial pelo vírus *Sars Cov-2* iniciada em 2019, estudos relataram uma notável quantidade de pacientes que evoluíram para a forma grave da doença, exigindo internação em UTI, que por sua vez, aumenta a predisposição às infecções nosocomiais[14], incluindo a candidemia, também associada nesta população, entre outros fatores, ao uso de corticoides no tratamento da Covid-19 [15].

Neste estudo, as hemoculturas positivas corresponderam a 14,70%. Em um estudo realizado por Ruschel e colaboradores (2017), das 2.832 hemoculturas avaliadas em pacientes internados, 8,8% apresentaram crescimento de algum patógeno. Dentre as amostras positivas desta pesquisa, 95,68% tiveram crescimento bacteriano e 4,32% de leveduras do gênero *Candida*[16], porcentagem esta consideravelmente superior àquela descrita por Monteiro et al. 2011, cujos isolados para *Candida* representaram 0,85%, em um total de 4336 amostras de hemoculturas analisadas no hospital universitário de Santa Maria, RS[17]. As diferenças entre o estudo de 2011 e nosso estudo em 2020, reforça o aumento da candidemia nos últimos anos.

Neste trabalho, 26,66% dos isolados de hemoculturas foram de *C.albicans.* Trata-se de patógeno comensal, mas que pode se tornar oportunista em indivíduos imunocomprometidos. Foi demonstrado que infecções sistêmicas por *C.albicans* levam a uma taxa de mortalidade de aproximadamente 40% [18].

Estudos revelam um aumento da incidência de CNA ao longo dos anos em todo o mundo nos espécimes clínicos, incluindo hemoculturas [6,19]. Neste trabalho, a candidemia pelo complexo *C.parapsilosis* representou 45,45% dos isolados, estes dados corroboram com as altas taxas descritas na literatura mundial que correspondem cerca de 20 a 30% de isolados [20].

A segunda espécie identificada com maior frequência nesta pesquisa foi *C.tropicalis* (36,37%), dado este superior a um estudo brasileiro publicado de 2013, que evidenciou 21,9% de *C.tropicalis* como agente de ICS [21]. Nos Estados Unidos, um levantamento de dados realizado por Ricotta et al, entre os anos de 2009 e 2017 encontrou em média 6% de isolados desta espécie em candidemia [22].

A espécie *C.tropicalis* está entre as principais causadoras de candidemia no Brasil e em outros países em desenvolvimento [21], onde a grande maioria dos casos é tratada com fluconazol, devido ao alto custo das equinocandinas, as quais seriam a opção terapêutica mais apropriada, uma vez que estudos retratam um aumento significativo de isolados sanguíneos dessa espécie resistentes aos azóis Além disso, pacientes infectados com *C.tropicalis* estão sujeitos a um maior tempo de internação e maior probabilidade de óbito quando comparados aos infectados com *C.albicans*[19].

Nesta pesquisa, *C.glabrata,* foi a terceira espécie não-*albicans* mais isolada, o que representa 18,18%. Resultado semelhante foi observado nos estudos de Pappas et al. (2007) e Bassetti et al. (2015), que encontraram em torno de 16% de candidemia por esta espécie. Nestes trabalhos *C.glabrata* foi a segunda espécie mais isolada em amostras de sangue.[23,24]

A distribuição geográfica das espécies de *Candida* pode refletir os hábitos de prescrição de antimicrobianos em cada unidade de internação [10]. O desenvolvimento de candidemia em pacientes de UTI está associado à gravidade da doença de base, uso de dispositivos hospitalares, procedimentos invasivos, tempo de hospitalização e uso de antimicrobianos de amplo espectro [25,26].

No presente estudo, observou-se que tanto na UTI quanto no setor Pós-procedimentos cirúrgicos ocorreram 46,66% dos casos de ICS por *Candida spp*, enquanto na enfermaria apenas 6,68%. Dados esses divergentes a outros estudos previamente publicados, que mostram maior prevalência de candidemia entre pacientes críticos internados em UTI e com diversos fatores de risco.[27,28]. Esses

achados podem ser explicados pelo fato de pacientes internados e/ou submetidos a procedimentos cirúrgicos invasivos constituírem um importante grupo de risco para o desenvolvimento de candidemia especialmente se associados a outros fatores de risco para a fungemia por *Candida spp* [29].

As micoses invasivas estão relacionadas a elevada taxa de mortalidade (32-55%), podendo ser expressivamente superior àquelas ocorridas na sepse viral ou bacteriana graves [30] . A investigação da mortalidade induzida pela candidemia requer um levantamento clínico epidemiológico minucioso e extremamente criterioso, isso porque pacientes com candidemia frequentemente são acometidos por outras condições clínicas importantes, como imunossupressão, neoplasias, terapia antimicrobiana de amplo espectro, pós-operatório, dispositivos hospitalares, internação prolongada em UTI [27,28,30].

Atualmente, há uma grande preocupação com isolados de *Candida auris*, um patógeno emergente e com altas taxas de resistência aos antifúngicos utilizados na prática médica, o que configura uma emergência global e grave problema de saúde pública. Neste trabalho, não foram encontrados isolados desta espécie corroborando a raridade de casos descritos no Brasil. Porém os laboratórios clínicos devem estar atentos aos isolados de *Candida* em espécimes clínicos, incluindo amostras de sangue e na suspeita de *C.auris*, seguir rigorosamente os protocolos publicados pela ANVISA[9].

Os dados encontrados neste trabalho, juntamente àqueles da literatura revelam a candidíase sistêmica como um desafio para hospitais de todo mundo. Considerando os fatores de risco que predispõem essa doença, as medidas de prevenção recaem na identificação destes fatores, na tentativa de controlar as doenças de base e minimizar a exposição dos pacientes às condições de risco já mencionadas. Além disso, medidas gerais de controle das IRAS como higienização das mãos dos profissionais, medidas adequadas do manuseio de dispositivos hospitalares e controle no uso racional de antimicrobianos são necessárias [4,23].

CONCLUSÃO

Este estudo encontrou 4,32% de hemoculturas positivas para *Candida spp*., sendo as espécies isoladas *C.albicans* e não-*albicans*. *C.parapsilosis* foi a espécie mais isolada das hemoculturas avaliadas, seguida de *C.tropicalis*, *C.albicans* e *C.glabrata*. Estes resultados corroboram com os estudos de candidemia de diversos autores.

Foram observados maior número de isolados de *Candida spp.* em hemoculturas dos pacientes em UTI e pós procedimentos cirúrgicos. Em relação ao tipo de alta, observou-se que todos os pacientes cujas

hemoculturas foram positivas para *C.tropicalis* foram a óbito. O mesmo fato ocorreu em um dos indivíduos cujo isolado no sangue foi o complexo *C.parapsilosis.*

Mudanças progressivas para um perfil de CNA vem sendo globalmente documentadas, além do recente surgimento de novas espécies multirresistentes, como *Candida auris.* Este cenário amplia a necessidade de vigilância no diagnóstico e avanços no tratamento, neste cenário merece destaque métodos rápidos e precisos capazes de fornecer resultados de identificação e determinação da suscetibilidade antifúngica em hora.

Dada a relevância deste tema e a escassez de estudos há necessidade de continuação da pesquisa a fim de investigar os dados clínico-epidemiológicos locais e relacioná-los ao desfecho clínico.

REFERÊNCIAS

1. Huerta L & Rice T. Pathologic Difference Between Sepsis and Bloodstream Infections. The Journal of Applied Laboratory Medicine. 2019; 3(4): 654-63.

2. Von Lilienfeld-toal M. Invasive Fungal Infection. Invasive fungal infection. Deutsches Aerzteblatt Online. 2019; 116: 271–78.

3. Varano N, Lima MFM, Cardoso IR, Barbosa GG, Jesus ALL, Prado CR et al. Infecções por Candida spp em pacientes imunodeprimidos. J. Infect. Control. 2019; 8(1): 17-23.

4.Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Brasília: Medidas de prevenção da infecção relacionada à assistência à saúde; 2017. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/caderno-4-medidas-de-prevencao-de-infeccao-relacionada-a-assistencia-a-saude.pdf/view

5. Tille PMB. Scott's Diagnostic Microbiology.15th. 2021.

6. Clancy C & Nguyen H. Finding the "missing 50%" of invasive candidiasis: how nonculture diagnostics will improve understanding of disease spectrum and transform patient care. Clin Infect Dis. 2013; 56(9), 1284-92.

7. Guinea J. Global trends in the distribution of Candida species causing candidemia. Clin Microbiol Infect. 2014; 20(6): 5-10.

8. Santos J, Santos D, Piva E, Vilela SFG, Jorge ALC, Junqueira JC. Mixed biofilms formed by C.albicans and non-albicans species: a study of microbial interactions. Braz Oral Res. 2016; 30(1): e23.

9. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Brasília: Orientações para identificação, prevenção e controle de infecções por Candida auris em serviços de saúde; 2020. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 11/2020. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/2020/nota-tecnica-gvims-ggtes-anvisa-no-02-2022

10. Clancy C & Nguyen HM. Emergence of Candida auris: An International Call to Arms. Clin. Infect. 2017; 64: 141–43.

11. Borman AM, Szekely A, Johnson EM. Isolates of the emerging pathogen Candida auris present in the UK have several geographic origins. Med. Mycol. 2017; 55(5): 563–67.

12. Lone S & Ahmad A. Candida auris - the growing menace to global health. Mycoses. 2019; 62: 620-37.

13. Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI). Principles and Procedures for Blood Cultures; Approved Guideline. CLSI document M47-A. Clinical and Laboratory Standards Institute, Wayne, Pennsylvania, USA, 2007.

14. Arastehfar A, Carvalho A, Nguyen MH, Hedayati MT, Netea MG, Perlin DS, Hoenigl M. COVID-19-Associated candidiasis (CAC): an underestimated complication in the absence of immunological predispositions? J Fungi (Basel). 2020, 6 (4): 211.

15. Riche C V W, Cassol R; Pasqualotto AC. Is the Frequency of Candidemia Increasing in COVID-19 Patients Receiving Corticosteroids? J. Fungi, 2020 6(4): 286.

16. Ruschel D, Rodrigues A, Formolo F. Perfil de resultados de hemoculturas positivas e fatores associados. RBAC, 2017, 49 (2):158-163.

17 Monteiro DU, Brum TF, Noal CB, Righi RA, Santos ER, Oliveira, LTO et al. Prevalência de Candida e Cryptococcus em hemoculturas oriundas de pacientes do Hospital Universitário de Santa Maria, RS (HUSM) no ano de 2006. Saúde (Santa Maria). Ahead of Print. 2011, 37(2):81--88.

18 Gunsalus KT, Tornberg-Belanger SN, Matthan NR, Lichtenstein AH, Kumamoto CA. Manipulation of Host Diet To Reduce Gastrointestinal Colonization by the Opportunistic Pathogen Candida albicans. mSphere. 2015. 1(1): e00020-15.

19. Chen PY, Chuang YC, Wu UI, Sun HY, Wang JT, Sheng WH et al. Clonality of fluconazole-nonsusceptible Candida tropicalis in bloodstream infections, Taiwan, 2011–2017. Emerg Infect Dis. 2019. 25(9):1660-1667.

20. Tapia C, Correa N. Candida parapsilosis complex. Revista Chilena Infectology. 2015 32(5): 569-570.

21. Wille MP, Guimarães T, Furtado GH, Colombo AL. Historical trends in the epidemiology of candidemia: analysis of an 11-year period in a tertiary care hospital in Brazil. Mem Inst Oswaldo Cruz. 2013, 108(3): 288-292.

22. Ricotta EE, Lai YL, Babiker A, Strich JR, Kadri SS, Lionakis MS et al. Invasive Candidiasis Species Distribution and Trends, United States, 2009-2017. J Infect Dis . 2021, 223 (7):1295-1302.

23. Pappas PG, Kauffman CA, Andes DR, Clancy CJ, Marr KA, Ostrosky-Zeichner L et al. “Clinical Practice Guideline for the Management of Candidiasis: 2016 Update by the Infectious Diseases Society of America”. Clinical Infectious Diseases. 2016, 62(4):1-50.

24 Bassetti M, Righi E, Ansaldi F, Merelli M, Scarparo C, Antonelli M et al. A multicenter multinational study of abdominal candidiasis: epidemiology, outcomes and predictors of mortality. Intensive Care Med. 2015, 41(9):1601-1610.

25. Ostrosky-Zeichner L, Pappas PG. Invasive candidiases in the intensive care unit. Journal of Critical Care Medicine. 2006, 34(3):857-863.

26 França JC, Ribeiro C, Queiroz-Telles F. Candidemia em um hospital terciário brasileiro: incidência, frequência das diferentes espécies, fatores de risco e suscetibilidade aos antifúngicos. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. 2008, 41(1):23-28.

27. Colombo AL, Nucci M, Park BJ, Nouér SA, Arthington-Skaggs B, da Matta DA et al. Epidemiology of Candidemia in Brazil: a Nationwide Sentinel Surveillance of Candidemia in Eleven Medical Centers. J Clin Microbiol . 2006, 44(8): 2816-2823

28. Hinrichsen SL, Falcão E, Vilella TAS, Colombo AL, Nucci M, Moura L et al. Candidemia em hospital terciário do nordeste do Brasil. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. 2008, 41(4):394-398.

29. Pfaller M, Dionissios N, Daniel D, Nkechi A, Herwig-Ulf MK, Shun-Ping Q et al. Epidemiology and outcomes of candidemia in 3648 patients: data from the Prospective Antifungal Therapy (PATH Alliance®) registry, 2004-2008. Diagn Microbiol Infect Dis. 2012; 74:323–31.

30. Ortega M, Marco F, Soriano A, Almela M, Martínez JA, López J et al. Candida species bloodstream infection: epidemiology and outcome in a single institution from 1991 to 2008. J Hosp Infect. 2011; 77(2): 157-61.

Capítulo 9

10.37423/250510009

CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Maria Eduarda Almeida Alves — *Universidade Federal de Campina Grande*

Beatriz Araujo Alves — *Universidade Federal de Campina Grande*

Marília Letícia Henriques Dias Carneiro — *Universidade Federal de Campina Grande*

Ana Claudia Torres de Medeiros — *Universidade Federal de Campina Grande*

Resumo: Introdução: A transição demográfica que está ocorrendo mundialmente com o alargamento da pirâmide etária, relaciona-se, entre outras causas, com a diminuição da natalidade e aumento da expectativa de vida. Com base no Estatuto do Idoso, em consonância com os aspectos e critérios estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU) considera-se pessoa idosa, aquele que possui 60 anos ou mais. O objetivo do presente trabalho é relatar os cuidados de enfermagem na assistência à pessoa idosa com diagnóstico prévio de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, a partir da experiência na disciplina prática de Saúde do Idoso. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, do tipo Relato de Experiência, a partir da visão das acadêmicas do curso de enfermagem durante a assistência à pessoa idosa com diagnóstico prévio de HAS e DM em uma Unidade Básica de Saúde localizada no município de Campina Grande-PB, durante o mês de abril de 2024. Resultados e Discussões: Com base no caso exposto, elaborou-se o plano de cuidado, com base na CIPE®. Ademais, durante a consulta foi solicitado a realização de exames. Acerca das escolhas realizadas na formulação do plano de cuidados salienta-se informações baseadas em evidências científicas que são de suma importância na compreensão dos impasses e planejamento de intervenções. Conclusão: Foi possível observar na prática a importância do Processo de Enfermagem, baseado no suporte teórico-prático, bem como do seguimento de suas etapas, o que proporciona uma assistência norteada de modo adequado, contribuindo para a integralidade da assistência voltada à pessoa idosa.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Assistência Integral à Saúde. Cuidados de Enfermagem. Atenção Primária de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A transição demográfica que está ocorrendo mundialmente com o alargamento da pirâmide etária, relaciona-se, entre outras causas, com a diminuição da natalidade e aumento da expectativa de vida. Ocorre concomitantemente com a transição epidemiológica, uma vez que a mudança da faixa etária populacional predominante, torna mais recorrente a evidência de algumas patologias. No caso atual, o aumento do envelhecimento populacional, ou seja, a alta prevalência de pessoas idosas, está acompanhado da crescente ocorrência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), e o cuidado integral à pessoa idosa com essas comorbidades é fundamental para prevenir complicações e melhorar a qualidade de vida [1].

Neste contexto, destaca-se que dentro das vertentes de atuação e aplicabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde (APS), por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), representa a porta preferencial de entrada do indivíduo ao SUS. Apesar de ser uma rede fundamental na oferta do cuidado integral e equitativo, a APS, muitas vezes, não está preparada para atender as necessidades específicas das pessoas idosa, o que torna o acesso a saúde defasado e salienta a necessidade de debate acerca do tema, bem como de enfoque nas especificidades de tal população[2].

Nesse ínterim, cabe ressaltar para fins de melhor identificação da população-alvo deste cuidado, que com base no Estatuto do Idoso, que está descrito na Lei n°10.741 de 2003, em consonância com os aspectos e critérios estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU) considera-se o indivíduo dentro da faixa etária de pessoa idosa, aquele que possui 60 anos ou mais[3].

A literatura descreve que dentre a população idosa, a busca pela APS é mais frequente por mulheres, idosos analfabetos, com baixa escolaridade e renda mensal de um a dois salários mínimos, tais prevalências são explicadas pela cultura da invulnerabilidade masculina, o que influencia na pouca procura masculina por assistência, o que gera em uma expectativa de vida menor quando comparado com a expectativa de vida feminina, e a oferta de assistência gratuita, desde consulta, até exames e medicamentos, resulta em ausência de gastos com a saúde. Com relação às causas mais comuns de busca de atendimento, enfatiza-se problemas cardiovasculares, endócrinos, respiratórios, osteoarticular, geniturinário, algias e extrações de dentes, destarte a procura relacionada a saúde mental e necessidades nutricionais[3].

Entre as diversas DCNT que acomete a população idosa, destaca-se Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). O agravamento destas condições pode predispor o indivíduo a outras patologias como Síndrome Metabólica caracterizada por presença de obesidade, HAS, DM, Colesterol HDL reduzido e triglicerídeos elevados. Sendo assim, torna-se fundamental a captação e acompanhamento de pacientes que possuem tais comorbidades, posto que hábitos como sedentarismo, alimentação inadequada e aspectos genéticos estão correlacionados com diversas DCNT, sendo necessário a educação em saúde e estímulo à adesão de novos hábitos e rotina[4].

A HAS é caracterizada por elevação da pressão arterial de modo persistente a valores iguais ou superiores a 140 mmHg X 90 mmHg, está associada a modificações funcionais e/ou estruturais de órgãos alvos, como o coração, podendo ser fator de risco para Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Doença coronária, entre outros. Nacionalmente, a HAS é mais prevalente em indivíduos com menor escolaridade, em virtude de dificuldades, tais como: falta de adesão ao tratamento, ausência da execução de orientações e compreensão da importância e relevância de mudança de estilo de vida[5]. Juntamente com a DM, a HAS representa, majoritariamente, o diagnóstico primário de pessoas que desenvolvem insuficiência renal crônica, além de ocasionar complicações como Doenças Arterial Coronariana (DAC) e amputações[6].

DM é um distúrbio metabólico caracterizado por uma ação e/ou síntese de insulina defasada, o que gera um quadro de hiperglicemia constante, trata-se de uma doença com diversos tipos, sendo o mais recorrente o DM2, associado a aspectos hereditários e comportamentais, bem como fatores socioeconômicos. Entre os exames utilizados para diagnóstico e avaliação de tratamento está a hemoglobina glicada (HbA1c) que retrata o percentual de ligação da hemoglobina à glicose[7].

A persistência da glicemia alterada, a hiperglicemia, é um fator de risco para a ocorrência de retinopatias, nefropatias, doenças arteriais periféricas, neuropatias entre outras comorbidades[8].

Além das alterações, supracitadas que a DM ocasionada nos idosos menciona-se modificações no contexto sexual, com ocorrência de impotência, ejaculação retrógrada no homem e diminuição da libido nas mulheres, além das alterações oriundas se senescência como a diminuição da lubrificação vaginal e dificuldade na ereção peniana. Ademais, medicações para HAS e DM podem acarretar disfunção sexual, uma vez que, por exemplo, os betabloqueadores reduzem a frequência cardíaca e consequentemente, reduzem a oferta sanguínea para o pênis, já os bloqueadores do canal de cálcio reduzem as contrações dos vasos sanguíneos que irrigam os músculos utilizados na ereção[9].

A enfermagem possui papel fundamental no atendimento aos idosos, sendo exemplos de responsabilidade de tal profissão atividades organizativas e gerenciais, além do registro de assistência no prontuário e a consulta de enfermagem. Em uma pesquisa comparativa, observou-se que a enfermagem, exercida de modo adequado, proporcionou uma coleta de dados e consulta com mais qualidade e atendimento às necessidades do que a consulta médica, evidenciando a capacidade da enfermagem de ofertar cuidado e a continuidade do mesmo. O uso de recursos como a Caderneta do Idoso foi salientado como meios fundamentais para garantir a qualidade de assistência, posto que torna visível riscos e vulnerabilidades existentes, o que norteia a prática de Enfermagem[2].

Na APS a enfermagem tem destaque nas atividades de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, com atendimento à demanda espontânea, bem como ações planejadas, visita domiciliar, atividades coletivas e vigilâncias, atuação conjunta com familiares na formação de rede de apoio, demonstrando a enorme possibilidade de imersão profissional da enfermagem no contexto da gerontologia[10].

A enfermagem possui sua assistência pautada no Processo de Enfermagem (PE) disposto da Resolução COFEN n° 736 de 17 de Janeiro de 2024, que enfatiza a assistência de Enfermagem pautada em suporte teórico, estruturado nas seguintes etapas: Avaliação, que consiste na coleta de dados subjetivos e objetivos; Diagnóstico que compreende a identificação de problemas; Planejamento que norteia o plano assistencial, por meio do estabelecimento de resultados esperados e decisões terapêuticas; Implementação que destaca a realização de intervenções planejadas e a Evolução que consiste na avaliação do alcance do resultado esperado[11].

O objetivo do presente trabalho é relatar os cuidados de enfermagem na assistência à pessoa idosa com diagnóstico prévio de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, por meio de um atendimento holístico, a partir da experiência na disciplina prática de Saúde do Idoso.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo Relato de Experiência, a partir da visão das acadêmicas do curso de enfermagem durante a assistência à pessoa idosa com diagnóstico prévio de HAS e DM em uma Unidade Básica de Saúde localizada no município de Campina Grande-PB, durante o mês de abril de 2024.

O componente curricular prático de Saúde do Idoso, do curso de Enfermagem, da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), objetiva-se realizar o processo de Enfermagem, com uso da Caderneta do Idoso, bem como aplicações de escalas específicas à Saúde do Idoso.

Na etapa de diagnósticos do processo de Enfermagem ressalta-se o uso da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), que contempla Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem, dispondo de elementos pré-determinados, bem como elementos individuais, que permitem o profissional elaborar o que melhor se adequa em seu contexto. A CIPE® possui eixos que norteiam o seu uso, sendo estes: Foco, Julgamento, Meios, Ação, Tempo, Localização e Cliente e o seu uso permite uma comunicação unificada, com terminologias funcionais para a prática, resultando em confiabilidade e padronização dos registros[12]. Com base no exposto, utilizou-se a CIPE® 2017 no fornecimento da assistência mencionada no presente relato.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

L.B.N, 74 anos, apresentou-se à UBS para avaliação gerontológica e atualização de dados, sendo diagnosticada com HAS e DM, não relatou queixa. Apresenta resultados dos seguintes exames: Radiografia de coluna lombossacra evidenciando Escoliose lombar de complexidade direita e alterações degenerativas, com discopatias difusa na coluna lombar e entre T12 e L1; Glicose em jejum 101mg/dl; HbA1C 6,2%; TGO:15U/L; TGP:18U/L; Creatinina: 1,01mg/dl; Ureia:54mg/dl; Colesterol total:141mg/dl; Colesterol LDL:66mg/dl; Colesterol HDL:56mg/dl; Colesterol não HDL:85mg/dl; Colesterol VLDL:20mg/dl e triglicerídeos:112 mg/dl. Em entrevista e anamnese apresentou-se em bom estado geral e bem comunicativa. Em uso de Glifage, Enalapril, Anlodipino, Alendronato de cálcio, Hidroclorotiazida, Sulfato ferroso e Omeprazol. Atividade social preservada, participando de grupo de idosos, realiza hidroginástica (2x na semana) e dança (1x na semana). Sono e repouso preservados. Atividades de vida diária e atividades instrumentais mantidas. Nega dificuldades para atividades como vestir-se, caminhar e levantar-se. Afirmou sentir câimbras nos MMII últimos dias. Alimentação equilibrada, com legumes, verduras e frutas, nega disfagia. Uso de óculos e prótese dentária, sem alterações auditivas. Eliminações preservadas sem alterações. Sem prática sexual atual. Humor diário preservado. Aos testes de cognição e memória apresenta-se resposta preservada. Função dos MMSS e MMII preservados. Resposta adequada ao teste da função proximal e distal dos MMSS. Possui como suporte social: filho, nora e neta, mantendo boa relação com estes, reside sozinha e nega histórico de quedas. Ao exame físico sem alterações. SCV: BCNF 2T, S/S. SR: MV+, S/RA, eupneica, respirando em

ar ambiente. SSVV e Dados Antropométricos: PA: 110 X 50 mmHg; P: 72bpm; R: 17 rpm; Glicemia: 134 mg/dl; Peso: 55,4 kg; Altura: 145 cm; IMC:26,3 (peso adequado).

Com base no caso exposto, elaborou-se o plano de cuidado, com base na CIPE® mencionando os seis diagnósticos prioritários observados pelos discentes (Quadro 1).

Diagnóstico	Resultados	Intervenções
Polifarmácia	Polifarmácia, Eficaz.	1. Controle do regime medicamentoso; 2. Avaliar resposta à medicação; 3. Gerenciar efeito colateral da medicação;
Câimbra Muscular	Câimbra Muscular, Melhorada.	1. Demonstrar técnica de relaxamento; 2. Encaminhar para nutricionista; 3. Progredir/promover regime dietético.
Atitude em Relação Autocuidado Positivo	Atitude em Relação Autocuidado Positivo, Preservado.	1. Obter dados sobre Autocuidado; 2. Orientar sobre Autocuidado; 3. Promover Autocuidado.
Apoio Social e Familiar Eficaz	Apoio Social e Familiar Eficaz, Preservado.	1. Obter dados sobre apoio social e familiar; 2. Promover apoio social e familiar.
Autoestima Positiva	Autoestima Positiva, Preservada.	1. Obter dados sobre autoestima; 2. Promover autoestima.
Risco de Incontinência Urinária de Urgência	Risco de Incontinência Urinária de Urgência, Reduzido.	1. Obter dados sobre condição urinária; 2. Orientar sobre controle da incontinência urinária; 3. Gerenciar incontinência urinária.

Fonte: CIPE® 2017

Além da formulação do Plano de Cuidados supracitado, durante a consulta foi solicitado a realização de exames: Hemograma, Glicemia em Jejum, HbA1C, Colesterol total, Colesterol LDL, Colesterol HDL, TGO, TGP, Ureia, Creatinina, Triglicerídeos e Ácido Úrico. Ademais, no que tange a orientação, a paciente foi orientada quanto aos cuidados com os pés, bem como quanto ao risco de quedas e medidas de prevenção de quedas.

A paciente foi orientada quanto aos cuidados com os pés, posto que um dos agravos da DM é a neuropatia periférica, sendo a vigilância diária dos pés, o cuidado com a monitorização, medicação e hábitos de vida medidas necessárias para diminuir a incidência dessa gravidade, considerando-se que a paciente possuí o autogerenciamento de saúde fundamental nesses casos[13], bem como quanto ao risco de quedas e medidas de prevenção de quedas.

Acerca das escolhas realizadas na formulação do plano de cuidados salienta-se informações baseadas em evidências científicas que são de suma importância na compreensão dos impasses e planejamento de intervenções.

A priori enfatiza-se que a dor não controlada em pacientes idosos culmina em alterações em diversos contextos, tais como diminuição da função física, sono, comportamento e redução da qualidade de vida, pesquisas apontam o uso comum de paracetamol, opioides e tratamentos não medicamentosos no controle da dor em idosos em instituições de longa permanência[14]. No que se refere ao controle dos episódios álgicos, destaca-se a importância do enfermeiro, posto que é o profissional que mais tem contato tanto com a pessoa idosa, como com cuidadores e familiares, seja em ambiente de APS, seja em ambiente hospitalar, portanto deve ser capaz de intervir de modo apropriado nesses quadros. Existem alguns casos que podem dificultar a execução deste manejo da dor, tais como comprometimento cognitivo da pessoa idosa, falta de habilidade e identificação dos sinais de dor pelo profissional, entre outras pontuações que se apresentam como barreiras para a assistência[15], uma estratégia que pode ser utilizado com o objeto de obter dados sobre a dor apresentada é uso de escalas específicas ao idoso.

A multimorbidade, ou seja, a presença de duas ou mais comorbidades, é muito comum em idosos, como por exemplo na paciente do caso supracitado. A sua presença, dentre elas, alterações musculoesqueléticas, está associada ao comprometimento futuro das habilidades funcionais, caso essas comorbidades não sejam gerenciadas, ora por medicações, ora por monitoração, ora por orientação e demais vertentes do cuidar, destaca-se como comorbidades mais associadas a perda dessa capacidade àquelas de natureza cardiopulmonar. Esse comprometimento pode tanto envolver

as atividades de vida básica, que se referem ao autocuidado, como as atividades de vidas instrumentais (AIVD) que permitem o contato com a comunidade. Inclusive há evidências que correlacionam a presença de dores crônicas com distúrbios sensoriais[16].

Acerca do diagnóstico proposto de Polifarmácia, conceitua-se que ocorre quando existe o uso de cinco ou mais medicamentos. O risco da polifarmácia, além das próprias alterações oriundas do envelhecimento que modificam a farmacocinética e farmacodinâmica, tal como a mudança da velocidade de metabolização, está relacionada a alta probabilidade de desenvolvimento de uma reação adversa ao medicamento (RAM) e redução da adesão aos tratamentos. Dentro do cenário de APS, observa-se a prevalência do uso de anti-hipertensivos, hipoglicemiantes e hipolipemiantes pela população idosa, tendo a ocorrência da polifarmácia maior em pacientes do sexo feminino, como visto no caso apresentado[17].

Acerca dos diagnósticos de enfermagem positivos, ressalta-se que o autogerenciamento do cuidado caracteriza-se como atos que ocorreram com o fito de administrar a condição de saúde de certo indivíduo, ou seja, sua capacidade de autocuidado, seja em quesitos individuais, tais como uso de determinadas medicações, mudança no estilo de vida, seja em âmbito familiar e até mesmo dos sistemas de saúde. No contexto do paciente idoso, essa capacidade de autogerenciamento reflete sua autonomia e independência, se correlacionando com a capacidade de exercer as atividades de vida diária (AVD)[18].

No caso em discussão, nota-se a existência da necessidade do controle álgico, a compreensão sobre o risco de prejuízo das AVD e AIVD, em virtude do comprometimento da função musculoesquelética associada a escoliose evidenciada em exame, a ocorrência da polifarmácia sendo necessário o manejo direcionado a este aspecto e permanência da capacidade do autogerenciamento o que torna possível a visão positiva acerca do autocuidado executado pela paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo contempla o objetivo proposto, sendo realizado o Plano de Cuidados, com o auxílio da CIPE®, com base no raciocínio clínico frente ao caso clínico, se atentando para as especificidades presentes. O uso da CIPE® permitiu a organizar os cuidados, de forma dinâmica, corroborando para a análise biopsicossocial da paciente.

Outrossim, foi possível observar na prática a importância do Processo de Enfermagem, baseado no suporte teórico-prático, bem como do seguimento de suas etapas, o que proporciona uma assistência norteada de modo adequado, contribuindo para a integralidade da assistência voltada à pessoa idosa.

Espera-se que o presente estudo exerça contribuição na visualização da aplicação do processo de Enfermagem, bem como do uso prático e baseado em caso real da Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE®), por meio dos eixos propostos e das necessidades evidenciadas no caso.

REFERÊNCIAS

[1] Organização Pan-Americana da Saúde. Portfólio: Programas baseados em evidência para um cuidado integrado e centrado para a pessoa idosa na atenção primária à saúde [Internet]. Washington, D.C.: OPAS; 2022 [cited 2024 May 8]. 77 p. ISBN: 978-92-75-72581-8. DOI 10.37774/9789275725818. Available from: https://iris.paho.org/handle/10665.2/56695.

[2] Gonçalves Silva Maria, Dos Santos Tavares Darlene Mara, Gomes Nunes Oliveira Nayara, Dias Marmo Flavia Aparecida. QUALITY OF NURSING CARE FOR THE ELDERLY IN PRIMARY HEALTH CARE IN MINAS GERAIS (BRAZIL). Cienc. enferm. [Internet]. 2023 [cited 2024 May 08]; 29:10. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532023000100206&lng=en. Epub July 13, 2023. http://dx.doi.org/10.29393/ce29-10qamf40010.

[3]Silva NBQ da, Fernandes ACL, Nascimento EGC do, Oliveira LC de. Condições de saúde e utilização da atenção básica pelos idosos: revisão integrativa. Saúde em Redes [Internet]. 2022 [cited 2024 May 8]; 8(sup1), p. 305-20 Available from:https://doi.org/10.18310/2446-4813.2022v8nsup1p305-320

4 Santana V, Leite MM, Lima LR, Funghetto SS, Pinho DLM, Stival MM. Prevalence and factors associated with metabolic syndrome in elderly attended in primary health care / Prevalência e fatores associados à síndrome metabólica em idosos atendidos na atenção primária em saúde. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online [Internet]. 2023 [cited 2024 May 8]. 15:12014. DOI: 10.9789/2175-5361 Available from: https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/12014/11725

5 Prates EJS, Souza FLP de, Prates MLS, Moura JP de, Carmo TMD. Perfil clínico-epidemiológico de portadores de diabetes e hipertensão arterial associada. Revista de Enfermagem UFPE online [Internet]. 2020 [cited 2024 May 8]. 1-10 p. DOI:10.5205/1981-8963. Available from: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/244110/35035#

6 Pereira CEA, Silva AMS, Sousa DC de, Galvão MM. A representação das consultas de Enfermagem para os idosos do hiperdia. Revista de Enf e Atenção à Saúde-Reas [Internet]. 2019 [cited 2024 May 8]; 8(2). Available from: https://doi.org/10.18554/reas.v8i2.3738

7 Rossaneis MA, Andrade SM, Gvozd R, Pissinati P de SC, Haddad M do CL. Fatores associados ao controle glicêmico de pessoas com diabetes mellitus. Ciência e saúde coletiva [Internet]. 2019 Mar; [cited 2024 May 8]. 24:997–1005. Available from: https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.02022017

8 Danielli Martins Marques FR, De Oliveira SB, Carreira L, Radovanovic CAT, Marcon SS, Salci MA. Autocuidado de idosos com diabetes mellitus na perspectiva do modelo de atenção às condições crônicas. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro [Internet]. 2021 Sep. [cited 2024 May 8]. 3(11). Available from: http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/4159/2687

9 Severina IC, Lima LR, Funghetto SS, Santos WS, Volpe CRG, Stival MM. Padrão de sexualidade ineficaz de idosos com Diabetes mellitus. Escola Anna Nery [Internet]. 2022; [cited 2024 May 8]. 26:e20210326. Available from: https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0326pt

10 Fernandes MT de O, Caldas CP, Soares SM. As relações da enfermagem no cuidado ao idoso na atenção primária. Revista Uruguaya de Enfermería [Internet]. 2022 [cited 2024 May 8];17(2):172. Available from: http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/372/454

11 Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n° 736/2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Conselho Federal de Enfermagem. 2024 jan 23.

12Crivelaro PM da S, Fidelis FAM, Siviero MR da S, Borges PFB, Gouvêa AHM, Papini SJ. O processo de enfermagem e classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE®): Potencialidades na atenção primária. Brazilian Journal of Development [Internet]. 2020 [cited 2024 May 8]; 6 (7):54085-101. Available from: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/14298/11910

13Lopes GSG, Landeiro MJL, Sousa MRMGC. Necessidades e preferências relativas a aplicativo móvel de suporte ao autocuidado com o pé diabético. Revista Gaúcha Enfermagem [Internet]. 2024 [cited 2024 May 12]; 45:p.e20230165. Available from: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2024.20230165.en

14Ersek M, Nash PV, Hilgeman MM, Neradilek MB, Herr KA, Block PR, Collins AN. Pain Patterns and Treatment Among Nursing Home Residents With Moderate-Severe Cognitive Impairment. J Am Geriatr Soc.[Internet]. 2020 [cited 2024 May 12]; 68(4):794-802. DOI: 10.1111/jgs.16293.Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9460938/

15 Minaya-Freire A, Ramon-Aribau A, Subirana-Casacuberta M. Impacto de una investigación-acción participativa en el manejo del dolor de mayores con demencia. Gerokomos, Barcelona [Internet]. 2022 [cited 2024 May 12];33(3):161-7 Avaliable from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2022000300006&script=sci_abstract

16 Schmidt TP, Wagner KJP, Schneider IJC, Danielewicz AL. Padrões de multimorbidade e incapacidade funcional em idosos brasileiros: estudo transversal com dados da Pesquisa Nacional de Saúde. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 2020 [cited 2024 May 12];36(11). Available from:https://doi.org/10.1590/0102-311X00241619

17 Soares GG, Prada IAG,Caetano MD, Nicolussi AC. Perfil medicamentoso e frequência de polifarmácia em idosos de uma Unidade Básica de Saúde. Revista Enfermagem UERJ [Internet].2023 [cited 2024 May 12]; 31. Available from: http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2023.71311

18 Gomes MLF, Fernandes C da S, Sousa MGA de, Silva RLB, Silva I de JM da C, Barros LM. Aplicaciones móviles dirigidas a personas mayores para la autogestión del cuidado: revisión del alcances. Revista Cuidarte [Internet].2023 [cited 2024 May 8]:14(1). Available from:http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.2594

Capítulo 10

10.37423/250510010

A INFLUÊNCIA DA CULTURA POPULAR NO PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DO PÉ DIABÉTICO

Rosalina Coelho Jácome — *Universidade Federal da Paraíba*

Karla Suênia Aires de Queiroz — *Universidade Maurício de Nassau*

Maria Selma Pereira de Oliveira Sampaio — *Universidade Maurício de Nassau*

Marília Ferreira Santos — *Universidade Maurício de Nassau*

Renata Virgínia Pereira Cunha — *Universidade Maurício de Nassau*

Resumo: O Diabetes Mellitus (DM) é uma enfermidade crônica que vem aumentando consideravelmente, em virtude de hábitos que envolvem o sedentarismo e a má alimentação. No Brasil, os casos de DM tem aumentado e se estima que em 2035 existam mais de 19 milhões de pessoas com essa patologia. Essa doença apresenta várias complicações, entre elas o pé diabético, que se caracteriza pela presença de infecção, ulceração e / ou destruição de tecidos e pode resultar da falta de tratamento ou do tratamento inadequado, resultante muitas vezes das crenças e culturas populares praticadas pela família. Assim, objetivou-se identificar como a cultura, crenças, influências e práticas populares podem interferir no tratamento do pé diabético junto à equipe de enfermagem, através de um levantamento bibliográfico, na qual a busca foi realizada em julho de 2017, através da base de dados Scientific Electronic Library Online (Scielo) com o apoio do Google Acadêmico, levando-se em consideração os critérios de inclusão: Trabalhos que abordassem a influência da cultura popular no tratamento do pé diabético, publicados nos últimos dez anos, pela priorização de dados atualizados, além de, trabalhos com abordagem nas ações da enfermagem no cuidado dos pacientes com pés diabéticos. Foram encontrados 27 artigos, dos quais apenas 11 se enquadraram nos critérios de inclusão estabelecidos. Dentre os fatores perceptíveis que podem influenciar diretamente para o surgimento ou complicação do pé diabético estão o autocuidado, a dificuldade de acesso à saúde e a informação pelos profissionais, a falta de tratamento adequado e a interferência das crenças e conhecimento popular. Dessa forma, o profissional da enfermagem por estar mais próximo desses pacientes, apresenta extrema importância para um acompanhamento efetivo, formação de grupos de apoio, orientações ao paciente diabético quanto ao controle da glicemia, sempre enfatizando a relevância dos hábitos de vida mais saudáveis. Assim, essa abordagem pode auxiliar os profissionais de saúde na orientação e apoio aos portadores de Diabetes, considerando a sua singularidade. Além de melhorar o atendimento de enfermagem, influenciar no comportamento dos pacientes e, consequentemente, melhorar a qualidade de vida e de saúde dessa população.

Palavras- chave: Conhecimento popular; Diabetes Mellitus; Enfermagem; Pé diabético.

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é uma enfermidade de etiologia múltipla e se caracteriza como um conjunto de doenças metabólicas, a qual se tornou um problema de saúde pública mundial (SILVA et al., 2013).

Em razão das características fisiopatológicas do DM, o paciente pode apresentar sérios prejuízos em sua micro e macrocirculação, afetando seu estado geral de saúde, como: retinopatia, nefropatia, cardiopatia isquêmica, neuropatias, além de riscos de surgimento de ulcerações nos pés, podendo levar a amputação de membros (MAGALHÕES; BOUSKELA, 2008).

O pé diabético tem como característica a presença de infecção, ulceração e / ou destruição de tecidos profundos associados a anormalidades neurológicas e a vários graus de doença vascular periférica em pessoas com DM (DSBD,2015-2016). Essa complicação pode ser resultante da evolução e falta de tratamento adequado dos pés, o qual é primordial para a alta incidência de admissões hospitalares desses pacientes, além de morbimortalidade e impacto socioeconômico (DUARTE; GONÇALVES, 2011; SANTOS et al., 2013).

Em adição, sabe-se que a influência da cultura popular interfere diretamente no processo saúde-doença, onde os costumes contrapõem-se diretamente às ações da enfermagem, muitas vezes, prejudicando na melhora desses pacientes (ASSIS; NEPOMUCENO, 2007).

Dessa forma, a prevenção e intervenção podem diminuir a formação de úlceras de membros inferiores. Para isso, é importante obter uma prevenção primária, e conscientizar a população sobre a importância do tratamento, como também, é necessário uma maior atenção por parte da equipe de enfermagem para detectar precocemente esses usuários, fazendo busca ativa e acompanhamento dos usuários com DM (SILVA et al., 2013). Além disso, é importante identificar elementos da vida cotidiana, que possam configurar riscos e desencadear as complicações. Após analisados os riscos, é necessário o desenvolvimento de ações educativas e assistência em saúde para uma prevenção oportuna, com o objetivo de fazer esses pacientes reconhecerem o problema e as ações a serem seguidas (SANTOS et al., 2011).

Com base nesse contexto, este estudo busca identificar como a cultura, crenças, influências e práticas populares podem interferir no tratamento do pé diabético junto à equipe de enfermagem. Assim, essa abordagem, pode auxiliar os profissionais de saúde na orientação e apoio aos portadores de Diabetes, considerando a sua singularidade. Além de melhorar o atendimento de enfermagem, influenciar no

comportamento dos pacientes e, consequentemente, melhorar a qualidade de vida e de saúde dessa população.

METODOLOGIA

O estudo baseou-se em uma pesquisa bibliográfica, na qual a busca foi realizada em julho de 2017, através da base de dados Scientific Electronic Library Online (Scielo) com o apoio do Google Acadêmico, por apresentar poucos artigos relacionados ao tema e em sua maioria com mais de 5 anos de publicação. Os seguintes descritores específicos em língua portuguesa foram utilizados: “cultura popular”, “pé diabético” e “enfermagem”.

Os critérios de inclusão estabelecidos para a seleção dos trabalhos científicos, foram: Trabalhos que abordassem a influência da cultura popular no tratamento do pé diabético, publicados nos últimos dez anos, pela priorização de dados atualizados, além de, trabalhos com abordagem nas ações da enfermagem no cuidado dos pacientes com pés diabéticos.

Os estudos selecionados tiveram suas referências revisadas e analisadas, para avaliar a presença de algum estudo que foi publicado no período de tempo selecionado, e que por ventura não foi aglutinado inicialmente na revisão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com a pesquisa realizada, foram encontrados 27 artigos, dos quais apenas 11 se enquadraram nos critérios de inclusão estabelecidos. Na tabela 1, pode-se observar as referidas referências, com os respectivos dados: título, autores principais, ano, local de estudo e fonte de publicação.

TABELA 1: Referências selecionadas com os respectivos dados.

TÍTULO	AUTORES	ANO	LOCAL	FONTE DE PUBLICAÇÃO
Representações Sociais do Pé diabético para pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2	COELHO; SILVA; PADILHA.	2008	Florianópolis - SC	Revista da Escola de enfermagem da USP

TABELA 1 (continuação): Referências selecionadas com os respectivos dados.

TÍTULO	AUTORES	ANO	LOCAL	FONTE DE PUBLICAÇÃO
Cultura popular: o ser, o saber e o fazer do povo	ASSIS; NEPOMUCENO	2008	Campina Grande - PB	Programa Universidade à distância
Crenças no Autocuidado em Diabetes-Implicações para a prática	XAVIER; BITTAR; ATAÍDE.	2009	Florianópolis - SC	Contexto de enfermagem
Amputações por pé diabéticos e fatores sociais: Implicações para cuidados preventivos de enfermagem	SANTOS et al.,	2011	Fortaleza - CE	Revista Rene
Abordagem da equipe de saúde na prevenção do pé diabético	NETA, Amália	2012	Salvador - BA	Universidade Federal da Bahia
O cuidado de enfermagem ao portador do pé diabético: Revisão integrativa da literatura	SILVA et al.,	2013	Recife - PE	Cadernos de graduação
Pé Diabético: Condutas do Enfermeiro	SANTOS; CAPIRUNGA; ALMEIDA	2013	Bahia - BA	Revista enfermagem contemporânea
Pé diabético: orientações e conhecimento sobre cuidados preventivos	CUBAS et al.,	2013	Curitiba - PR	Revista Fisioterapia em movimento
Caderno de atenção Básica	MINISTÉRIO DA SAÚDE	2013	Brasília - DF	Cadernos de Saúde Pública
Princípios básicos, avaliação e diagnóstico do DM	DSBD	2015/2016	São Paulo - SP	Associação Brasileira de Direitos Reprográficos
Manual do Pé Diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica	MINISTÉRIO DA SAÚDE	2016	Brasília - DF	Cadernos de Saúde Pública

Fonte: Autores, 2017.

Após leitura dos estudos selecionados sobre o pé diabético, percebeu-se que a incidência de amputações, e complicações aumentam com a idade, e principalmente, no sexo masculino (SANTOS

et al., 2011). Este fato se deve a falhas no autocuidado com os pés, por motivos diversos, como a falta de higiene e o descuido do paciente diabético.

O autocuidado tem uma relação essencial na sobrevivência de todo ser vivo, especialmente, do ser humano, tendo assim, uma estreita relação com as nossas experiências de ser cuidado e cuidar. O modo como cada pessoa cuida de sua saúde não é universal, pois cada indivíduo expressa as condições de vida e as estratégias de que dispõe para manter seu bem estar, seja ela influência do meio cultural, social e suas crenças (SILVA et al., 2013).

De acordo com Xavier et al., (2009) as crenças resultam do domínio das experiências e convicções não fundadas e que modificam a conduta cotidiana, tais como, os costumes e as práticas de saúde. Já a cultura popular é o conjunto de práticas e conhecimentos que são da vivência do povo e estão interligadas ao coletivo, as tradições (ASSIS; NEPOMUCENO, 2008).

Existem diversos fatores de risco para surgimento do pé diabético, tais como: úlceras ou amputação prévia, neuropatia, trauma, doença vascular periférica, dificuldade de acesso ao sistema de saúde, a falta de tratamento adequado, entre outras. Por isso, é de fundamental importância que a equipe de saúde oriente esses pacientes sobre a necessidade do tratamento (SANTOS; CAPIRUNGA; ALMEIDA, 2011).

Nesse contexto, o enfermeiro tem papel fundamental de educador, sendo de extrema importância para um acompanhamento efetivo, formação de grupos de apoio, orientações ao paciente diabético quanto ao controle da glicemia, enfatizando a relevância dos hábitos de vida mais saudáveis, além de realizar as visitas domiciliares e envolver os familiares para que haja uma rigorosidade no tratamento (Ministério da Saúde, 2016; SILVA et al., 2013).

Na consulta de enfermagem, o profissional deve fazer o exame físico detalhado, a fim de identificar alguns sinais que indiquem os problemas presentes principalmente nos pés dos pacientes, como a neuropatia, que se caracteriza por uma sensação de fraqueza e dormência nas extremidades. Ao detectar a presença dessas lesões, deve-se orientar para que o paciente redobre os cuidados, como: lavar e secar bem os pés, passar cremes, usar calçados adequados, retornar ao atendimento médico, dentre outros (COELHO; SILVA; PADILHA, 2008).

CONCLUSÃO

Atualmente, tem-se uma grande preocupação em relação aos pacientes portadores do DM, devido às complicações oriundas do descuido desses enfermos. Dessa forma, é de grande relevância incentivar a esses usuários a realização periódica dos exames dos pés, que por sua maioria, são negligenciados pelos profissionais.

Para os profissionais de saúde, em especial, a enfermagem, o maior desafio é contornar a pouca adesão ao tratamento, e a influência das crenças e cultura popular, promovendo medidas educativas que possibilitem a redução ou anulação das complicações da DM, ofertando aos pacientes uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSIS, Cassia L.; NEPOMUCENO, Cristiane M. Cultura Popular: o ser, o saber e o fazer do povo. 2008.

COELHO, Maria S.; Representações sociais do pé diabético para pessoas com diabetes Mellitus tipo 2. 2008.

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016) / Adolfo Milech...[et. al.]; organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio - São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.

DUARTE, Nádia; GONÇALVES, Ana. Pé diabético. Angiologia e Cirurgia Vascular, volume 7; Junho, 2011.

MAGALHÕES, Carlos E. V.; BOUSKELA, Eliete. Pé Diabético e Doença Vascular – Entre o Conhecimento Acadêmico e a Realidade Clínica. Arq Bras Endocrinol Metab 2008;52/7.

Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. 2013.

Ministério da Saúde. Manual do pé diabético. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. 2016.

NETA, Amália O. de S.; Abordagem da equipe de saúde na prevenção do pé diabético. Junho, 2012.

SANTOS, Gardênia I. L. S. M.; CAPIRUNGA, Jessica B. M.; ALMEIDA, Olivia S.C. Pé Diabético:

Condutas do Enfermeiro. Dezembro, 2013.

SANTOS, Isabel C. R. V Amputações por pé diabético e fatores sociais: implicações para cuidados preventivos de Enfermagem. Outubro/ Dezembro, 2011.

SILVA, Joselma P.; PIRES, Nathalia R. D.; SILVA, Cristiane I.; MORAES, Marta U. B.; NETO, Waldemar B. O Cuidado de Enfermagem ao Portador do Pé Diabético: Revisão Integrativa da Literatura. Novembro, 2013.

XAVIER, Antônia T. da F.; BITTAR, Daniela B.; ATAÍDE, Márcia B. C. Crenças no Autocuidado em Diabetes - Implicações para a Prática. 2009.

Capítulo 11

10.37423/250510025

INCIDÊNCIA DE HANSENÍASE NA VII REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO DE 2014 A 2023

Tarcia Thalita Bandeira Garcia

Mestranda Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde e Biológicas, Universidade Federal do Vale

Marcelo Domingues de Faria

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO

Adriana Gradela

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO

Resumo: A hanseníase, doença crônica causada pelo *Mycobacterium leprae*, permanece um grave problema de saúde pública no Brasil, sendo o segundo país em número de casos globais. Manifesta-se principalmente na pele e nervos periféricos, e o diagnóstico tardio pode levar a sequelas irreversíveis e estigma. Este estudo ecológico de séries temporais analisou a incidência da hanseníase na VII Região de Saúde de Pernambuco entre 2014 e 2023, utilizando dados secundários do SINAN. Foram calculadas as taxas de incidência anual (IA) e acumulada (IAc) por 100 mil habitantes. Na VII RS, foram notificados 246 casos novos. Salgueiro apresentou o maior número de casos (134), e Belém do São Francisco (42), embora menor, demonstrou alta incidência (222,74 por 100 mil hab.). A taxa de incidência anual na região variou significativamente, com um pico em 2019 (175,65 por 100 mil hab.) e declínio subsequente. Belém do São Francisco (222,74) e Salgueiro (205,93) apresentaram as maiores incidências acumuladas, classificadas como hiperendêmicas (≥ 40,0 casos/100 mil habitantes). A análise epidemiológica revela uma endemicidade persistente da hanseníase na região, com Salgueiro e Belém do São Francisco apresentando uma carga de doença mais elevada. A fragilidade socioeconômica dos municípios demanda intervenções multissetoriais que visem à promoção de emprego e renda e à melhoria das condições de vida da população.

Palavras-chave: *Mycobacterium leprae*, Saúde Pública, Condições Sociais.

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa de evolução crônica, causada pela *Mycobacterium leprae*, que se destaca por sua alta infectividade e baixa patogenicidade (Ribeiro *et al*., 2022). A transmissão ocorre, predominantemente, por meio do contato direto e prolongado com pessoas doentes que ainda não iniciaram o tratamento, as quais eliminam o bacilo pelas vias respiratórias, em forma de gotículas ou aerossóis (Brasil, 2022).

As manifestações clínicas decorrem, principalmente, do acometimento dos nervos periféricos (Costa *et al.*, 2019) e da pele, sendo caracterizadas pela invasão das células de Schwann (Niitsuma *et al.*, 2021). Os sinais e sintomas incluem alterações dermatológicas, como manchas hipopigmentadas ou eritematosas, placas, nódulos e infiltrações, além de sintomas neurológicos, como perda de sensibilidade e força muscular (Brasil, 2022).

No Brasil, a hanseníase permanece um grave problema de saúde pública. Seu controle representa um desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), que deveria ser a porta de entrada para o diagnóstico precoce e início do tratamento. Contudo, quando o diagnóstico é tardio, aumentam-se as chances de sequelas irreversíveis, como deformidades físicas decorrentes de danos neurais, o que pode acarretar estigma, discriminação e exclusão social — especialmente entre pessoas em situação de vulnerabilidade (Brasil, 2022).

Em escala global, o Brasil ocupa a segunda posição em número de casos novos de hanseníase, ficando atrás apenas da Índia (OMS, 2023). Em 2022, foram registrados no país 19.635 novos casos, com uma taxa de detecção de 9,67 casos por 100 mil habitantes (Brasil, 2018). Embora a hanseníase esteja distribuída em todo o território nacional, sua concentração é mais acentuada nas Regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste. Nesse mesmo ano, as Regiões Nordeste, Norte e Sudeste apresentaram o maior número de casos com Grau 2 de Incapacidade Física (GIF2) no momento do diagnóstico: Mato Grosso (215 casos), Maranhão (186) e Minas Gerais (179), indicando a persistência do diagnóstico tardio e o início igualmente tardio do tratamento (Brasil, 2023a). No estado de Pernambuco, entre 2017 e 2021, foram notificados 14.014 casos de hanseníase (Rocha, 2024), sendo observada, no período de 2017 a 2019, uma taxa de detecção classificada como de muito alta endemicidade, com ≥ 20,0 casos por 100 mil habitantes (Brasil, 2023b).

Diante desse cenário, o objetivo deste estudo foi analisar a incidência temporal e espacial da hanseníase na VII Região de Saúde de Pernambuco (VII RS), no período de 2014 a 2023, com a finalidade de subsidiar, priorizar e orientar as ações de vigilância e controle da doença.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo, de delineamento ecológico de séries temporais, analisou dados epidemiológicos secundários referentes ao período de 2014 a 2023, obtidos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). A área de abrangência compreendeu a VII Região de Saúde de Pernambuco, englobando sete municípios: Belém do São Francisco (18.856 habitantes), Cedro (10.846 habitantes), Mirandiba (14.584 habitantes), Salgueiro (65.070 habitantes), Serrita (18.773 habitantes), Terra Nova (9.200 habitantes) e Verdejante (9.446 habitantes), totalizando uma população de 146.775 habitantes, conforme dados do DATASUS/TABNET (2023).

O presente estudo foi isento da necessidade de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), visto que não envolveu a identificação individual dos pacientes nem risco de violação de privacidade ou confidencialidade dos dados. Previamente à exportação, as inconsistências de registro e duplicidades foram eliminadas. Para a tabulação, foram considerados o ano de notificação, o modo de entrada (caso novo), a classificação final (confirmado) e os critérios de classificação (laboratorial e clínico-epidemiológico).

Taxas de incidência anual (IA) e acumulada (IAc) foram calculadas as dividindo-se o número de casos novos confirmados no ano/período multiplicado por 100 mil pela população exposta no ano/período, respectivamente. A classificação das taxas de incidência de casos por 100 mil habitantes foi considerada baixa quando menor que 2,00, média entre 2,00 a 9,99, alta entre 10,00 a 19,99, muito alta entre 20,00 a 39,99 e situação hiperendêmica quando maior ou igual a 40,00 (BRASIL, 2017), .

Os dados foram tabulados com as ferramentas do Tabwin32 e Excel (Microsoft 365®) e a análise dos resultados utilizando-se de análise descritiva com porcentagem simples.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De 2014 a 2023 foram notificados 246 casos novos de hanseníase na VII RS. Salgueiro concentrou o maior número de casos totais (134 casos), seguido por Belém do São Francisco (42 casos), Serrita (20 casos), Mirandiba (18 casos), Verdejante (14 casos), Terra Nova (13 casos) e Cedro (5 casos) (Figura 1).

Esse padrão de distribuição revela uma importante concentração de casos em Salgueiro e Belém do São Francisco. Esta elevada incidência pode ser compreendida à luz de características socioeconômicas e territoriais específicas. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2023a), a hanseníase é uma doença de determinação social, fortemente influenciada por condições precárias de moradia, saneamento, acesso a serviços de saúde e desigualdade socioeconômica. Salgueiro, com a maior população da VII RS, apresenta-se como centro urbano regional, concentrando serviços públicos e unidades de saúde que, embora representem melhor infraestrutura, também contribuem para a maior detecção de casos, especialmente pela migração de pacientes de municípios vizinhos em busca de diagnóstico e tratamento. Por outro lado, Belém do São Francisco, embora possua população significativamente menor, é o município com maior extensão territorial da região (1.830,83 km²), o que dificulta o acesso equitativo aos serviços de saúde, especialmente nas áreas rurais mais isoladas. Uma vez que a hanseníase é marcada pela negligência histórica e pela associação direta com a pobreza e a exclusão social (ALVARENGA; SILVA; VALE, 2023). Tais elementos reforçam o papel dos determinantes sociais da saúde na dinâmica da hanseníase, especialmente em contextos marcados por desigualdades regionais e infraestrutura limitada.

A taxa de incidência anual demonstrou uma variação temporal considerável no período analisado. Iniciou-se em 90,94 por 100 mil habitantes em 2014, apresentando um declínio em 2015 (77,49). Subsequentemente, observou-se um aumento expressivo em 2016 (104,26) e 2017 (101,63), seguido por uma queda acentuada em 2018 (54,10). O maior pico de incidência foi registrado em 2019 (175,65), o que representa um aumento substancial em relação aos anos anteriores. Após este pico, a taxa de incidência decresceu progressivamente, atingindo 87,23 em 2020, 62,03 em 2021, 77,48 em 2022 e o menor valor do período em 2023 (34,24). Essa dinâmica sugere a presença de fatores epidemiológicos, ambientais ou de intervenção de saúde pública que influenciaram a ocorrência dos casos ao longo dos anos. Essa trajetória contrasta com a tendência nacional, que apresentou uma redução global da taxa de detecção de 15,32 para 10,68 casos por 100 mil habitantes no mesmo período. Enquanto o Brasil teve queda abrupta de notificações em 2020, associada à pandemia de covid-19 (Brasil, 2025), a VII Região já vinha apresentando declínio desde 2017, embora com novo aumento em 2022. Isso indica que, embora influenciada por fatores nacionais como a pandemia de COVID-19 (Jesus *et al*., 2023), a dinâmica local também responde a condições específicas, como ações de vigilância, acesso ao diagnóstico e variações na cobertura dos serviços de saúde.

Além disso, enquanto o boletim nacional destaca a persistência da hanseníase como problema de saúde pública com perfil multifatorial e determinantes sociais marcantes (Brasil, 2025), os dados da VII RS sugerem possíveis êxitos em estratégias de controle mais recentes, como queda expressiva da incidência entre 2019 e 2023. Todavia, o pico de 2019 alerta para possíveis falhas anteriores em vigilância ativa ou subnotificação, seguidas por intensificação de buscas e diagnóstico tardio. Esse padrão pode também refletir o impacto de campanhas pontuais de rastreamento, o que reforça a importância de ações contínuas e estruturadas. A comparação evidencia que, apesar da convergência na tendência de queda pós-2020, a intensidade e os marcos temporais da incidência regional nem sempre acompanham o panorama nacional, exigindo planejamento e intervenções adaptadas à realidade local.

A incidência anual demonstrou heterogeneidade significativa entre os municípios e ao longo do período analisado, caracterizada por oscilações acentuadas. Enquanto Cedro e Terra Nova apresentaram múltiplos anos sem registro de novos casos, Salgueiro destacou-se com as maiores taxas anuais em diversos momentos, alcançando um pico de 42,76 casos por 100 mil habitantes em 2019. Outros picos de incidência foram observados em Verdejante (52,79 em 2016), Belém do São Francisco (39,37 em 2014), Cedro (39,37 em 2020), Mirandiba (20,49 em 2019), Serrita (15,84 em 2019) e Terra Nova (64,96 em 2019).

A taxa de incidência acumulada de hanseníase, mensurada em 167,60 casos por 100 mil habitantes no período em análise, foi classificada como hiperendêmica, conforme os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2017). A taxa de incidência acumulada foi de 222,74 em Belém do São Francisco; 46,10 em Cedro, 123,42 em Mirandiba, 205,93 em Salgueiro, 106,54 em Serrita, 141,30 em Terra Nova e 148,21 em Verdejante. Estes valores foram, com exceção dos de Cedro, superiores aos do estado do Mato Grosso em 2021 (58,76) (BRASIL, 2023b) e no período de 2011 a 2020 (114,7) (CRISTOFOLINI *et al.*, 2024) e de Rondônia (91,5). Todos os municípios foram classificados como hiperendênicos. Esse indicador epidemiológico é crucial para avaliar a carga de morbidade e a magnitude da hanseníase em uma população específica, ao longo de um intervalo de tempo determinado, e para estimar o risco de ocorrência de novos casos da doença, em qualquer de suas formas clínicas, inferindo a exposição ao bacilo *Mycobacterium leprae*.

Uma das possíveis explicações para esses altos índices pode ser a intensificação das ações de vigilância e busca ativa de casos, especialmente por meio do exame de contatos, que aumentou no Brasil de 7,3% em 2014 para 11,7% em 2023 (Brasil, 2025). Ainda, esses municípios podem ter sido mais

impactados pelas oscilações de cobertura da Estratégia Saúde da Família ou sofreram descontinuidade de ações durante a pandemia de COVID-19, dificultando a detecção precoce nos anos anteriores e concentrando diagnósticos em períodos específicos. Adicionalmente, aspectos sociais e econômicos podem ter contribuído significativamente para essas elevadas incidências, pois a hanseníase é uma doença diretamente associada a determinantes sociais da saúde, como pobreza, baixa escolaridade, moradias precárias e saneamento inadequado (FERREIRA *et al.,* 2019, BRASIL, 2025).

Em 2022, Belém do São Francisco apresentou uma renda média mensal de 1,8 salários-mínimos para trabalhadores formais e uma taxa de ocupação de 16,64%. O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) de 2023 para os anos iniciais do Ensino Fundamental na rede pública foi de 4,4, e para os anos finais, de 5,1 (IBGE, 2022a). Paralelamente, Salgueiro, no mesmo período (2022), registrou uma renda média mensal de 1,9 salários-mínimos e uma população ocupada de 14,59%, IDEB nos anos iniciais do Ensino Fundamental de 5,9 e nos anos finais de 5,1 em 2023 (IBGE, 2022b).

Salgueiro demonstrou um IDEB superior nos anos iniciais do Ensino Fundamental (5,9) e semelhante nos anos finais (5,1) em 2023, comparado a Belém do São Francisco e às médias nacionais de 6 (anos iniciais) e 5 (anos finais). Esses dados revelam uma dissociação entre o desempenho educacional e as condições socioeconômicas em ambos os municípios, com destaque para Salgueiro, que, apesar de apresentar indicadores educacionais mais favoráveis, possui uma taxa de população ocupada inferior à de Belém do São Francisco e rendas médias mensais em patamares semelhantes e baixos em relação à realidade brasileira. Esta situação indica que a melhoria na qualidade da educação, embora fundamental, não se traduz automaticamente em melhores oportunidades de emprego e renda, o que pode perpetuar ciclos de vulnerabilidade social e impactar negativamente a saúde pública local, visto que doenças como a hanseníase possuem fortes determinantes sociais. A persistência de baixa renda e alta desocupação em ambos os municípios, mesmo com variações no IDEB, sinaliza desafios estruturais que demandam intervenção.

Os resultados deste indicam a necessidade de intervenções multissetoriais que promovam a geração de emprego e renda e melhorem as condições de vida da população. Neste sentido, a implementação de políticas de incentivo à diversificação da base econômica, explorando potenciais locais (ex: agricultura sustentável, turismo ecológico, artesanato), para reduzir a dependência de setores específicos e criar novas oportunidades de trabalho; de desenvolver programas de capacitação técnica e profissional alinhados às demandas do mercado de trabalho, tanto para a população desocupada quanto para trabalhadores de baixa qualificação; de investimento em infraestrutura social; de alinhar

o currículo educacional às necessidades e potencialidades locais, promovendo o empreendedorismo e habilidades relevantes para a economia regional. Além disso, sugere-se fortalecer a intersetorialidade entre as pastas de saúde, educação e assistência social para abordar os determinantes sociais da saúde, promovendo acesso a serviços e programas de apoio social e intensificar a busca ativa e o monitoramento de doenças negligenciadas, como a hanseníase, em áreas de maior vulnerabilidade socioeconômica, garantindo diagnóstico e tratamento precoces. Essas ações, implementadas de forma coordenada entre os níveis municipal, estadual e federal, são cruciais para transformar o cenário socioeconômico e, consequentemente, impactar positivamente os indicadores de saúde e qualidade de vida nos municípios de Belém do São Francisco e Salgueiro.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise epidemiológica global revela uma endemicidade persistente da hanseníase na região, com Salgueiro e Belém do São Francisco apresentando uma carga de doença mais elevada. Este cenário sublinha a imperatividade de um monitoramento rigoroso dos indicadores socioeconômicos (e.g., IDEB, renda, ocupação) e de saúde (e.g., incidência de doenças) para o ajuste contínuo das políticas públicas. A fragilidade socioeconômica observada demanda intervenções multissetoriais que visem à promoção de emprego e renda e à melhoria das condições de vida da população, configurando-se como estratégia fundamental para o enfrentamento eficaz de desafios de saúde pública, como a hanseníase.

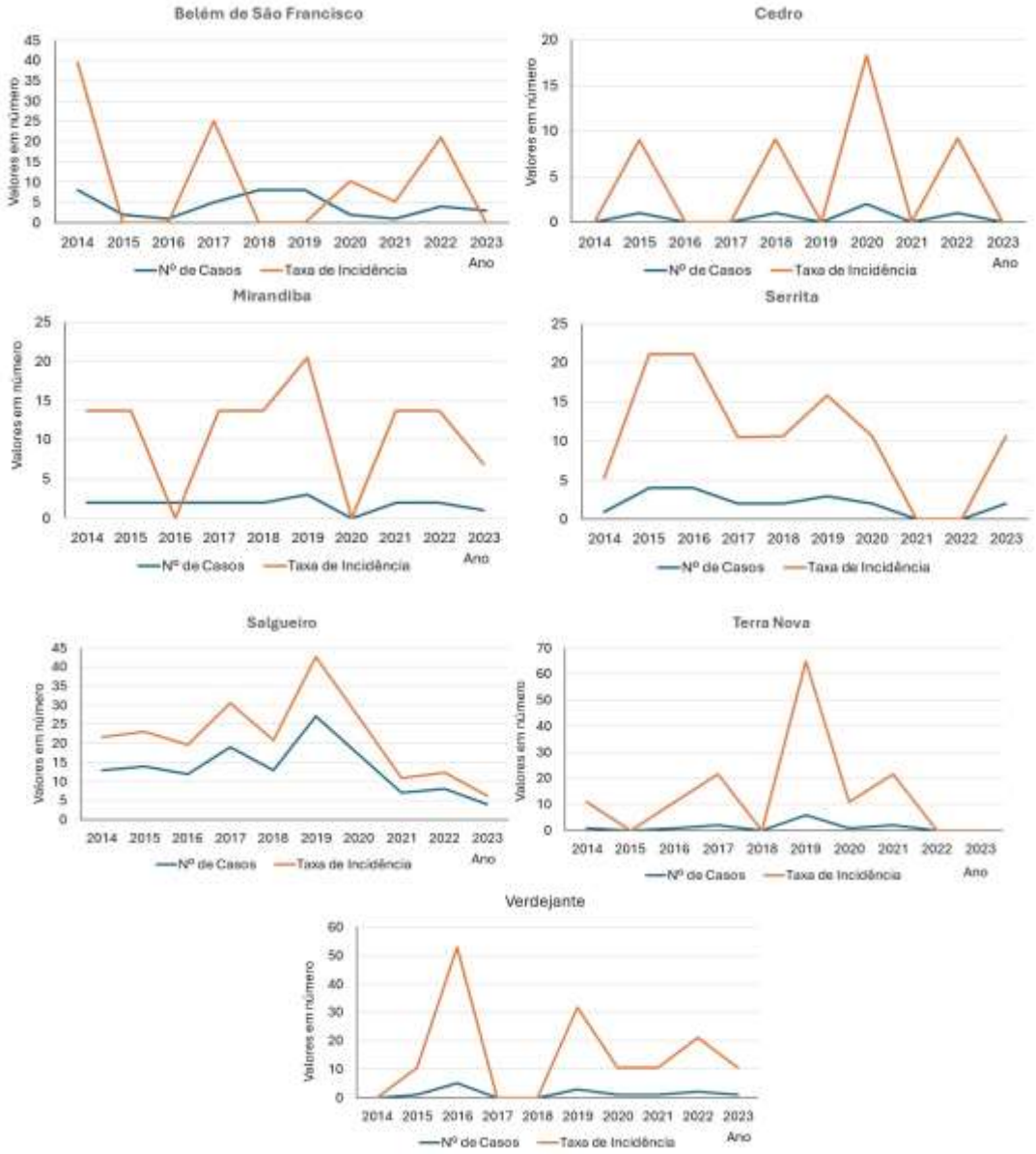


Figura 1: Número de casos e taxa de incidência por 100 mil habitantes de hanseníase observados no período de 2014 a 2023 nos municípios da VII Região de Saúde de Pernambuco.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, A. V.; SILVA, G. R.; VALE, D. H. Efeitos do estigma na permanência da Hanseníase. Revista Observatório de la Economia Latino-americana, São José dos Pinhais, v. 21, n. 8, p. 9018-9037, 2023. doi: 10.55905/oelv21n8-065.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente Departamento de Doenças Transmissíveis. Boletim Epidemiológico: Hanseníase 2025. Brasília: Ministério da Saúde, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Painel Indicadores e Dados Básicos de Hanseníase nos Municípios Brasileiros. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023a. Disponível em: http://indicadoreshanseniase.aids.gov.br/.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico de Hanseníase. ISSN: 9352-7864. 2023b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SCTIE/MS n.º 67, de 7 de julho de 2022. Torna pública a decisão de aprovar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 1-106, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças em eliminação. Taxa de detecção de hanseníase em menores de 15 anos por 100.000 habitantes. Estados e regiões, Brasil, 1994-2021. 2022b

» https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/hanseniase/situacao-epidemiologica-1/anexo-5-taxa-de-deteccao-de-hanseniase-em-menores-de-15-anos-por-100-000-habitantes-estados-e-regioes-brasil-1994-a-2021/@@download/file/anexo_5_-_taxa_de_deteccao_em_menores_de_15_anos_por_100.000_habitantes._estados_regioes_brasil_1994_a_2021.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças em Eliminação. Unidade Técnica do SINAN. Manual para tabulação dos indicadores de hanseníase. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde: volume 1 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia e Serviços. – 1. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CRISTOFOLINI, C. A. et al. Perfil epidemiológico de casos e óbitos da hanseníase em Mato Grosso: 2011-2020. Cogitare Enfermagem, v. 29, p. e92694, 2024. doi: 10.1590/ce.v29i0.92694

COSTA, A.K.A.N. et al. Aspectos clínicos e epidemiológicos da hanseníase. Revista de Enfermagem UFPE on line, Recife, v. 13, n. 1, p. 353-362, 2019. doi: https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i2a236224p353-362-2019.

FERREIRA, A. F. et al. Mortalidade por hanseníase em contextos de alta endemicidade: análise espaço-temporal integrada no Brasil. Revista Panamericana de Salud Pública, Washington, v. 43, p. 1-10, 2019. doi: 10.26633/RPSP.2019.87.

IBGE. Cidades. Belém do São Francisco. Panorama. 2022. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/belem-do-sao-francisco/panorama. Acesso em: 28 maio 2025.

IBGE. Cidades. Salgueiro. Panorama. 2022a. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/salgueiro/panorama. Acesso em: 28 maio 2025.

JESUS, I. L. R. et al. Hanseníase e vulnerabilidade: uma revisão de escopo. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de janeiro, v. 28, n. 1, p. 143–154, jan. 2023. doi: 10.1590/1413-81232023281.09722022

NIITSUMA, E. N. A. et al. Fatores associados ao adoecimento por hanseníase em contatos: revisão sistemática e metanálise. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 24, p. e210039, 2021. DOI: 10.1590/1980-549720210039

OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE). Global leprosy (Hansen disease) update, 2021: moving towards interruption of transmission. Weekly Epidemiological Record, n. 36, p. 429-450, 9 set. 2022. Disponível em: https://www.who.int/ publications/i/item/who-wer9736-429-450. Acesso em 25 maio 2025.

ROCHA, E. C. M. A. Análise epidemiológica da hanseníase no estado de Pernambuco e a influência da pandemia de covid 19. 2024. 2 v.; il. color. Orientadora: Larissa Madna Leal Leite. Monografia (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Aggeu Magalhães, Recife, 2024. Bibliografia: f. 20-22.

RIBEIRO, D.M. et al. Panorama epidemiológico da Hanseníase, doença tropical negligenciada que assola o nordeste brasileiro. Research, Society and Development, Vargem Grande Paulista, v. 11, n. 1, p. e23111124884, 2022. doi: 10.33448/rsd-v11i1.24884.

VIEIRA, G.D. et al. Hanseníase em Rondônia: incidência e características dos casos notificados, 2001 a 2012. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 23, n. 2, p. 269-275, 2014. doi: 10.5123/S1679-49742014000200008

Capítulo 12

10.37423/250510026

PROTAGONISMO DA ENFERMAGEM NA EPIDEMIA DE COVID

ROBERTO SANTOS DE OLIVEIRA — *UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO*

ELCIMAR DA CRUZ ALMEIDA — *MINISTERIO DA SAUDE HOSPITAL GERAL DE NOVA IGUAÇU*

LISANDRA RODRIGUES RISI — *UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO*

MARIA AUXILIADORA PRUDENCIA DE ALMEIDA — *UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO*

ROSANGELA OLIVEIRA DE ABREU — *MINISTERIO DA SAUDE - HOSPITAL GERAL DE NOVA IGUACU RJ*

VITORIA DE OLIVEIRA SANTOS — *UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO*

INTRODUÇÃO: A OMS e a OPAS estabeleceram que no ano de 2020 fosse comemorado o "Ano Internacional da Enfermagem", quando seriam desenvolvido inúmeras atividades de reconhecimento e valorização da categoria; e cuja meta seria o reconhecimento e apoio à profissão. A Enfermagem representa mais da metade de todos os profissionais de saúde do mundo. No entanto, com o advento da Pandemia da COVID-19, a profissão obteve, com surpresa, outros meios de reconhecimento e projeção na sociedade, através de diferenciadas formas de reconhecimento e comemoração.

OBJETIVO: buscar e categorizar, imagens divulgadas, nas mídias sociais, sobre o reconhecimento e valorização da Enfermagem no contexto da pandemia.

MÉTODO: Trata-se de uma analise iconológica, através da identificação de imagens, divulgadas nas mídias sociais, com envolvimento da Enfermagem e sua atuação profissional; a coleta ocorreu durante os meses de maio a Dezembro do ano de 2020.

RESULTADOS: foram selecionadas para este trabalho 20 das imagens encontradas nas mídias sociais, e que foram categorizadas em quatro núcleos de referencia:
1. O trabalho em equipe,
2. A defesa do paciente contra o agente causal,
3. O agradecimento da sociedade,
4. O cansaço físico do profissional.

CONCLUSÃO: a Enfermagem se vê representada iconologicamente nas imagens catalogadas, entretanto o trabalho desenvolvido pela categoria no ano da pandemia ultrapassa o reconhecimento meramente realizado através do papel. O trabalho desenvolvido requer maior reconhecimento pelas autoridades e gestores em saúde, nas esferas de remuneração, condições de trabalho e melhor inserção da categoria no processo cultural e decisório da saúde.

Descritores: história da enfermagem, reconhecimento social, pandemia, COVID-19




ONDE HÁ ENFERMAGEM
HÁ CUIDADO COM A VIDA

1. O Trabalho em Equipe:



Fig 1. Equipe Autor: / Origem

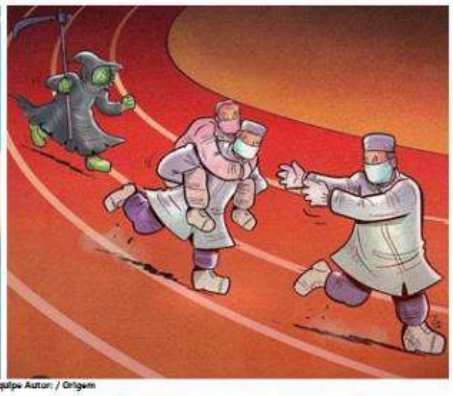


Fig 2. Equipe Autor: / Origem



Fig 3. Equipe Autor: / Origem

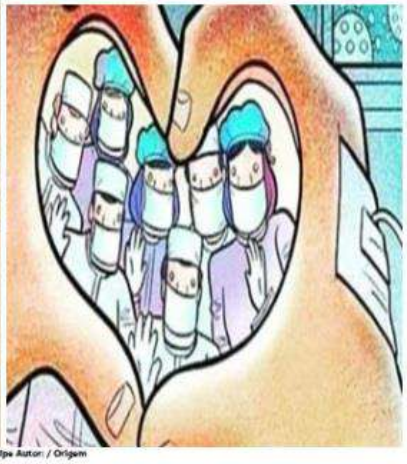
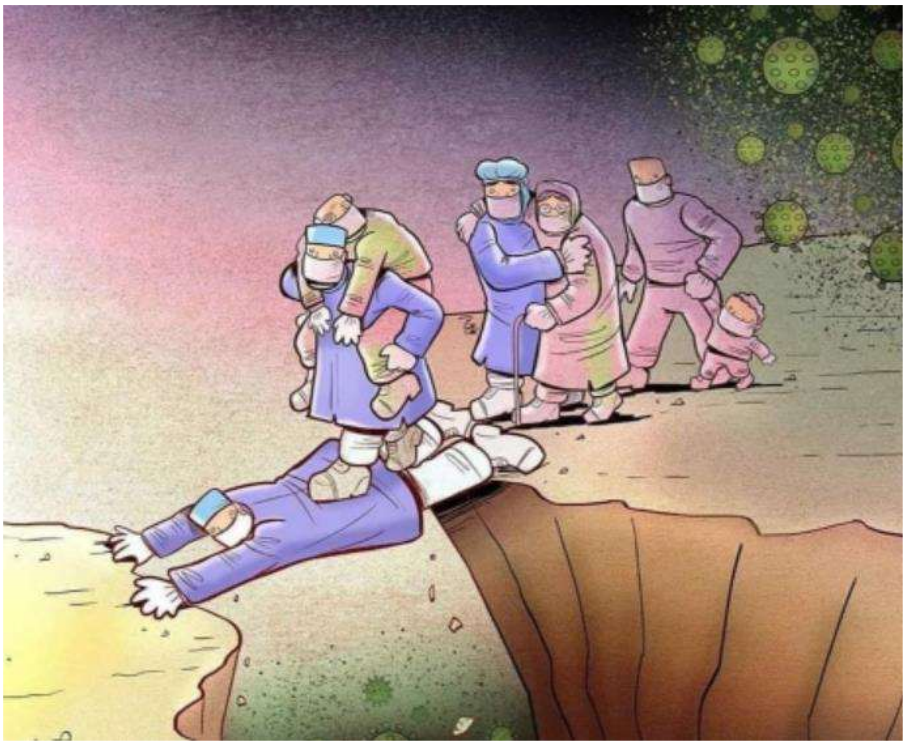


Fig 4. Equipe Autor: / Origem



2. A defesa do paciente contra o agente causal:

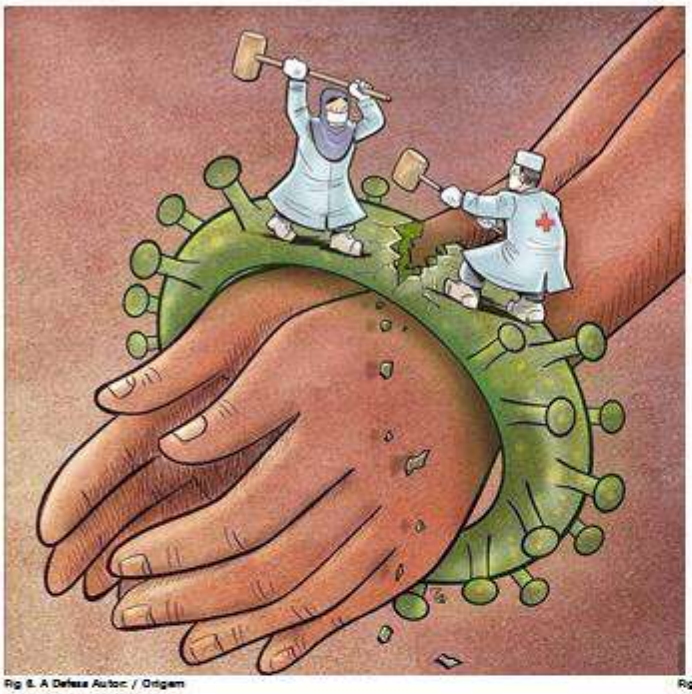


Fig 6. A Defesa Autor: / Origem



Fig 7. Equipe Autor: / Origem

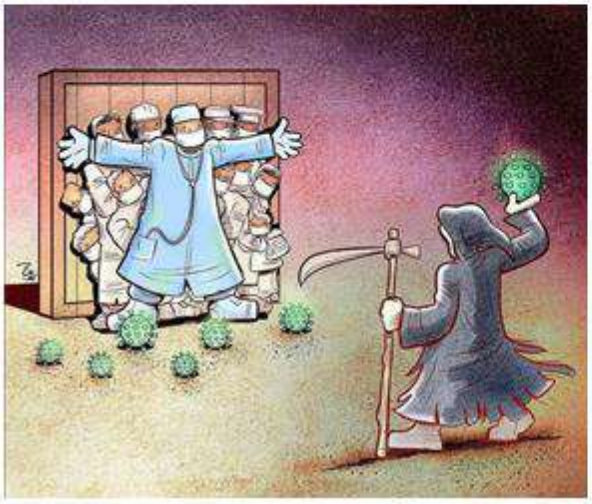


Fig 8. Equipe Autor: / Origem



Fig 9. Equipe Autor: / Origem, Proteção no aspecto Bio Física Social

ALIREZA PAKDEL

O cartunista iraniano Alireza Pakdel tem homenageado profissionais da saúde que estão na linha de frente do combate ao coronavírus com suas ilustrações. Em alguns desenhos, o artista retrata médicos e enfermeiros se colocando em risco para salvar a vida de seus pacientes



Fig 12. O Agradecimento/ Reconhecimento Social Autor. /Origem



Fig 10. O Agradecimento/ Reconhecimento Social Autor. /Origem

3. O agradecimento da Sociedade:



Fig 10. O Agradecimento/ Reconhecimento Social Autor. /Origem



Fig 11. O Agradecimento/ Reconhecimento Social Autor. / Origem



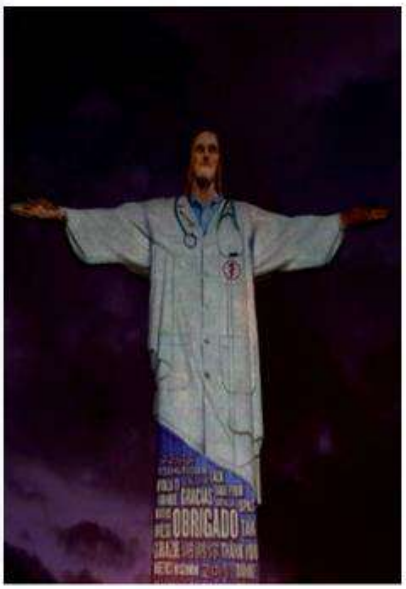


Fig 12. O Agradecimento/ Reconhecimento Social Autor. /Origem

4. O cansaço físico do profissional:

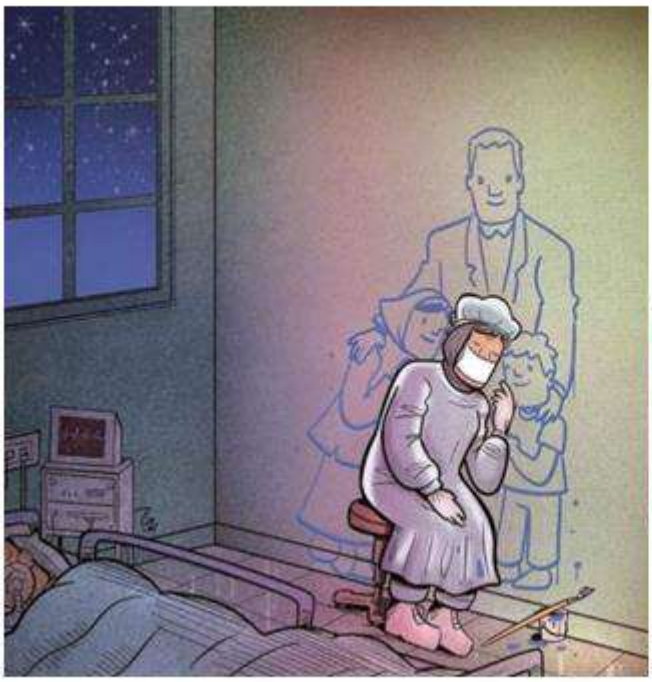


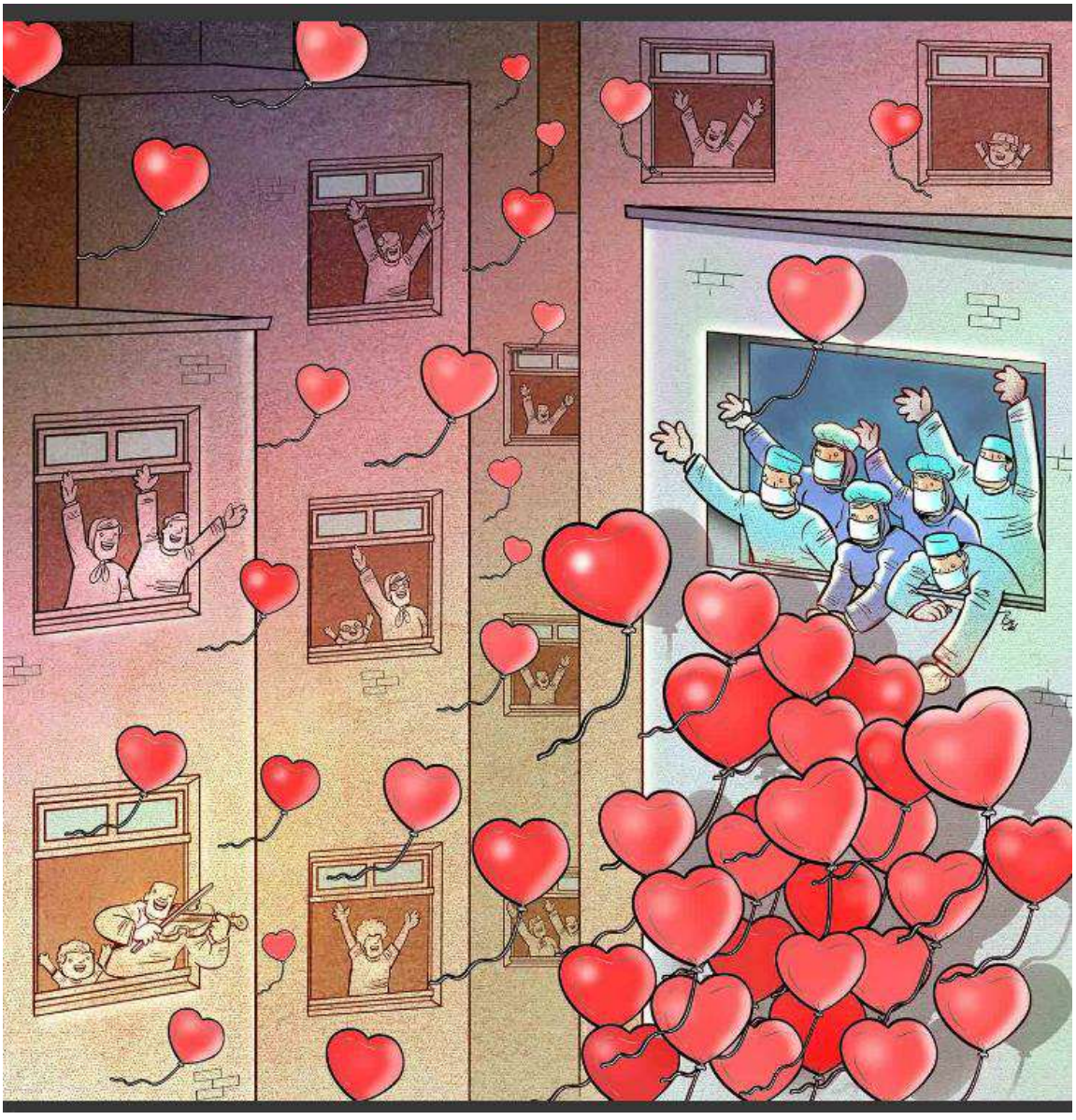
Fig 15. O Cansaço/ Esgotamento Autor: / Origem_O afastamento dos familiares



Fig 16. O Cansaço/ Esgotamento Autor: / Origem





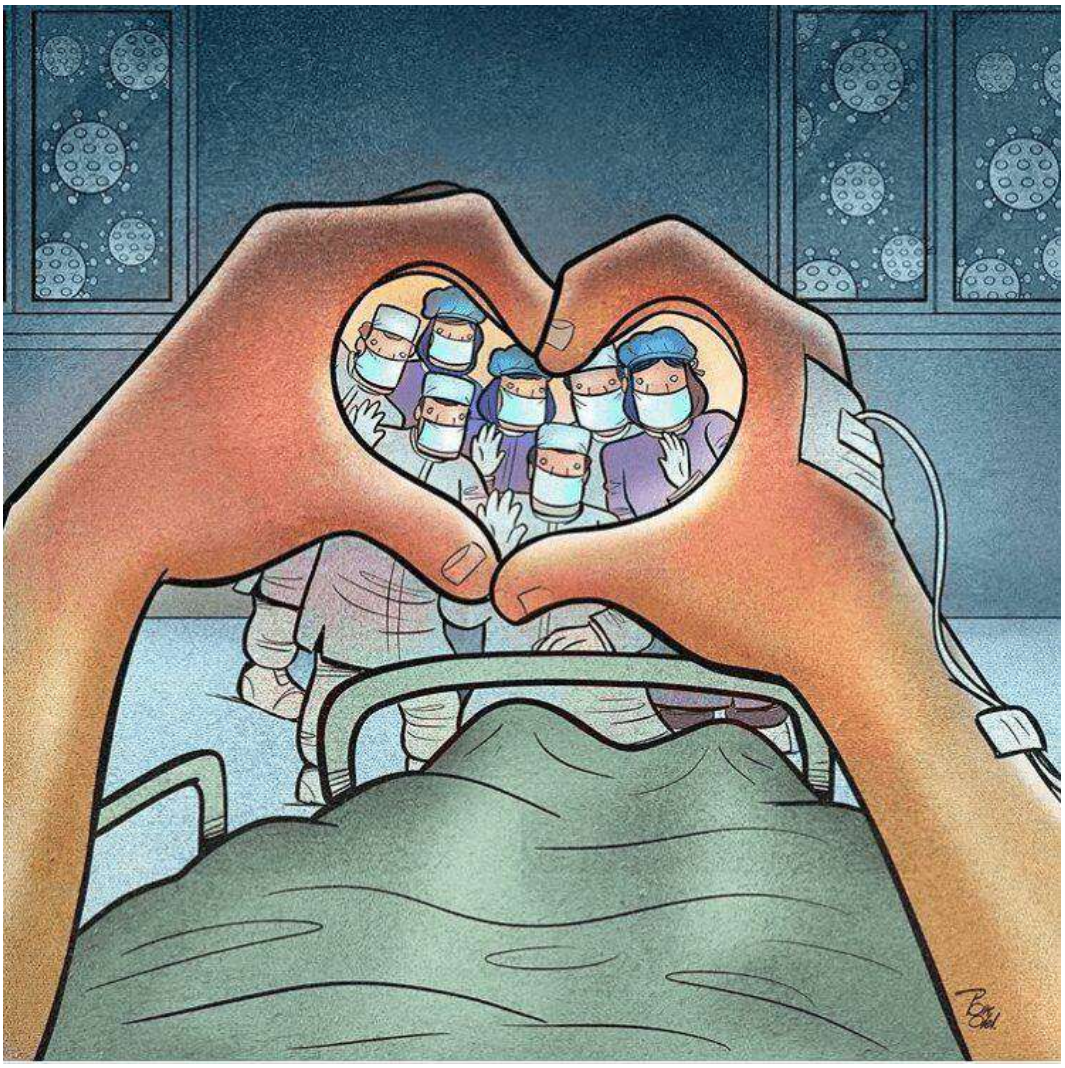


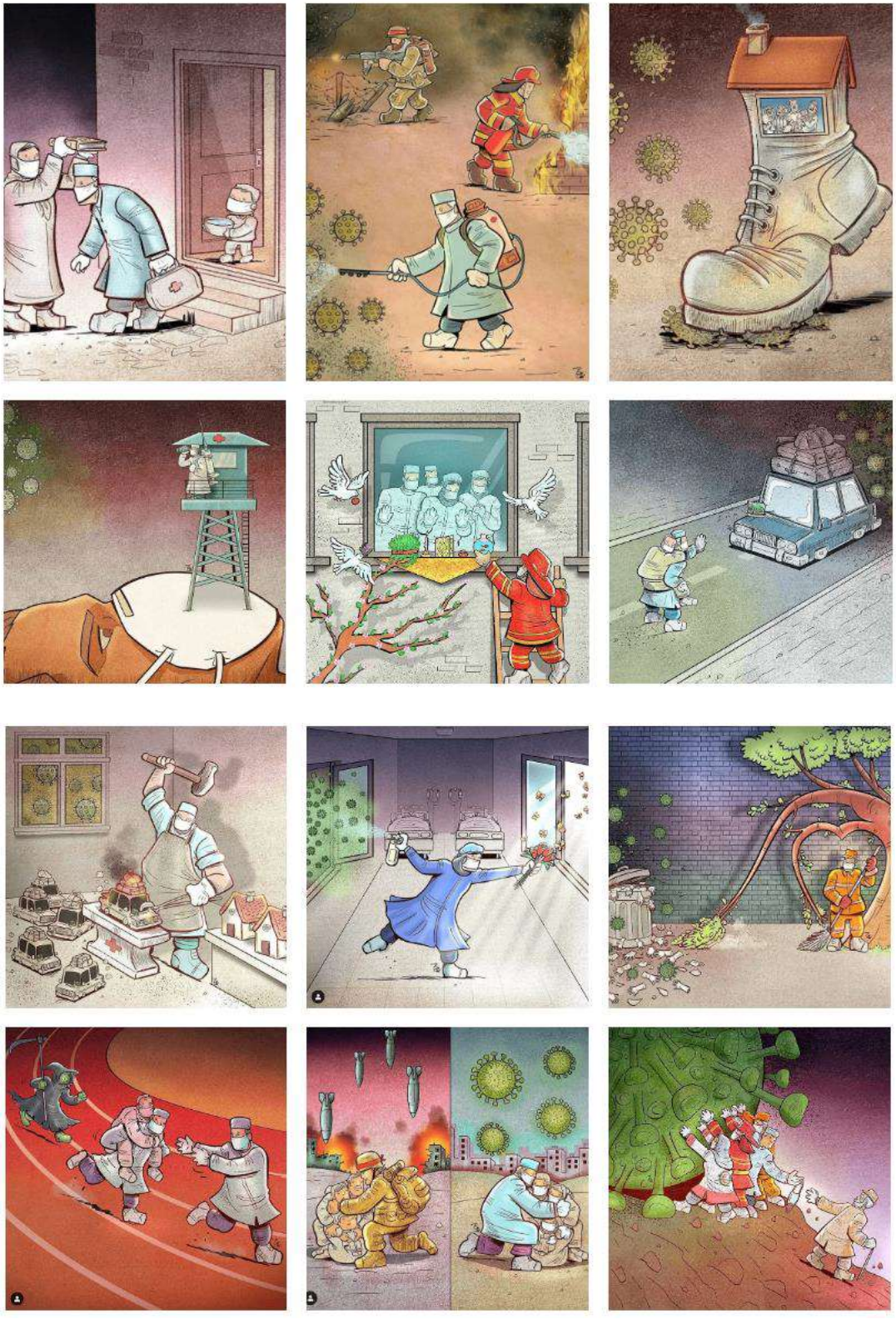
ALIREZA PAKDEL

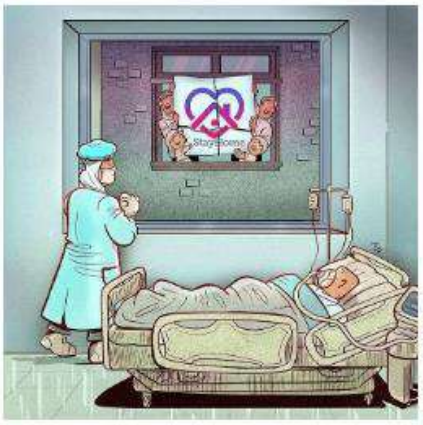
CRÉDITOS E REFERENCIAS:

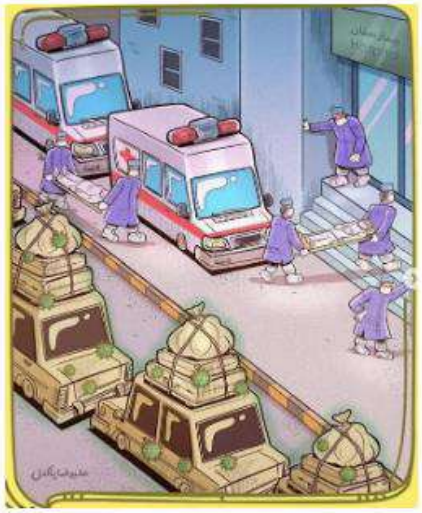
Alireza Padkel

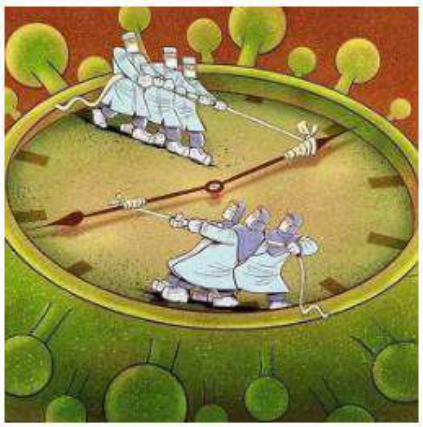
https://www.updateordie.com/2020/04/06/artista-iraniano-retrata-o-sacrificio-dos-profissionais-de-saude-na-pandemia/

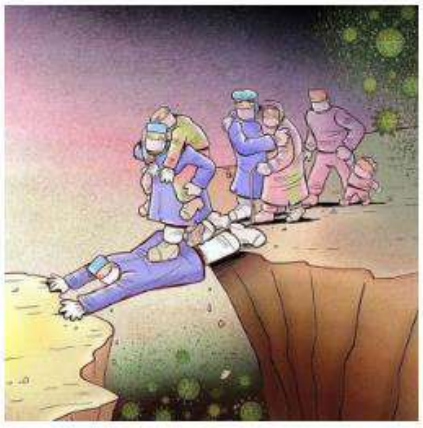
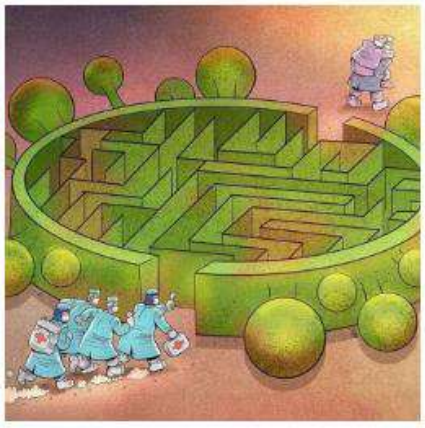




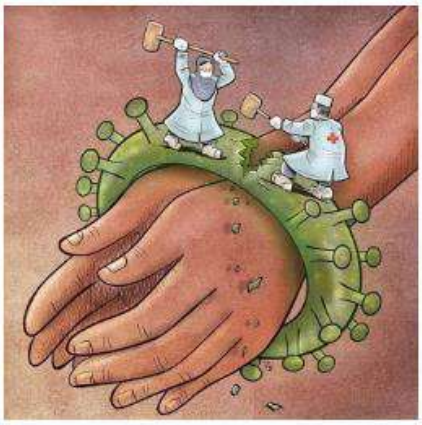
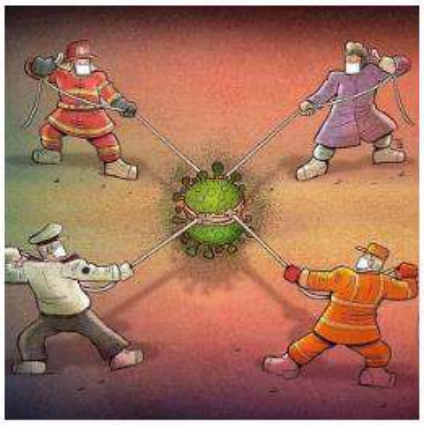









Com a Pandemia do Covid-19, Médicos, Enfermeiros, Trabalhadores e Profissionais de Saúde em geral e Serviços Essenciais ficaram dia e noite, na linha de frente do combate a doença, para que toda a população ficassem bem e seguros.

Com a eventual e contínua contaminação da população, esses profissionais enfrentaram além de longas horas de trabalho ininterrupto, muitas vezes, da privação do contato com a própria família, condições cada vez menos favoráveis com a escassez dos equipamentos de proteção individual à doença.

Ciente desta situação, **Alireza Pakdel,** cartunista iraniano criou uma série de charges que, ao mesmo tempo que homenageiam esses profissionais ou voluntários, nos fazem refletir mais profundamente sobre o tema.

CRÉDITOS E REFERÊNCIAS :

Hic , nome real **Hichem Baba Ahmed**

É um cartunista , argelino , nascido em 1969 . Trabalhou em vários títulos antes de se estabelecer em *El Watan* em 2009 .

https://www.facebook.com/people/Le-Hic/100044228119689/

https://pt.frwiki.wiki/wiki/Le_Hic

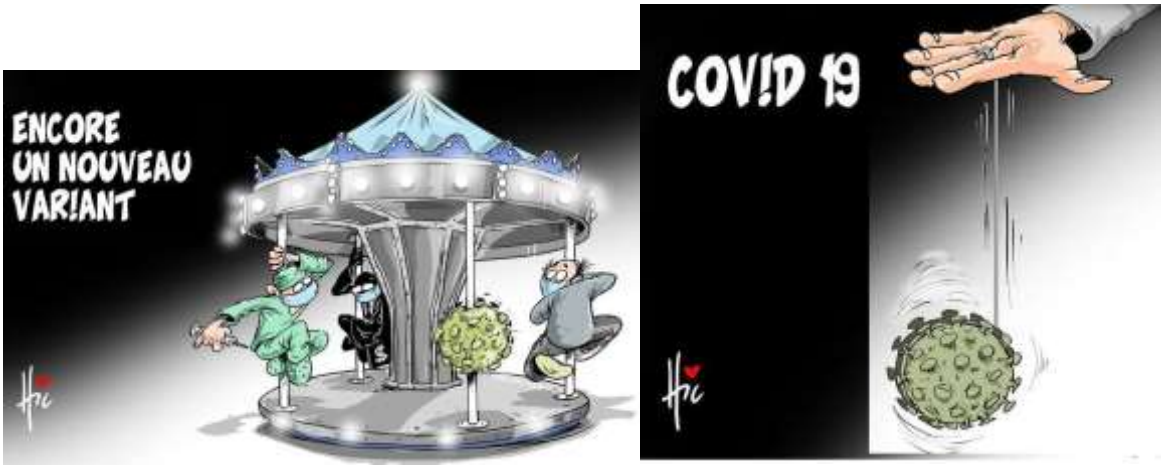




IMAGEM DE FLORENCE NO COMBATE AO COVID



Capítulo 13

10.37423/250510027

INCIDÊNCIA DA SÍNDROME DE BURNOUT EM GESTORES DO SETOR DE CONSTRUÇÃO CIVIL DE SOBRAL-CE

EDER PAULUS MORAES GUERRA

UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ

Resumo: A pesquisa investigou a incidência da Síndrome de Burnout em gestores do setor de construção civil de Sobral-CE. A literatura, fundamentada em autores como Santos (2018), Almeida (2017) e Hirschle e Gondim (2020), destaca a relevância científica do estudo ao evidenciar a crescente preocupação com a saúde mental no ambiente de trabalho, especialmente em setores de alta demanda como a construção civil. A Síndrome de Burnout é definida como um estado de exaustão física e emocional resultante do estresse crônico no trabalho. Os objetivos incluem identificar os níveis de estresse e Burnout entre os gestores, bem como propor estratégias de intervenção para mitigar esses efeitos. O método empregado foi um estudo transversal explicativo com abordagem quantitativa. A pesquisa contou com a participação de 50 gestores do setor da construção civil em Sobral-Ce. Os dados foram coletados por meio de questionários estruturados, que abordaram tanto dados demográficos quanto questões específicas relacionadas ao estresse e Burnout. Os resultados indicaram níveis significativos de estresse e incidência de Burnout entre os gestores, destacando a necessidade urgente de intervenções eficazes. A análise dos dados revelou que fatores como a alta demanda de trabalho, a pressão por resultados e a falta de suporte social são determinantes críticos para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout. A pesquisa sugere que a implementação de programas de bem-estar e suporte psicológico pode reduzir significativamente os níveis de estresse e melhorar a qualidade de vida dos gestores. A discussão aborda a importância de políticas organizacionais voltadas para a saúde mental, enfatizando que a prevenção e o manejo do Burnout não são apenas benéficos para os indivíduos, mas também para a produtividade e sustentabilidade das empresas. A pesquisa contribui para a literatura existente sobre saúde ocupacional, fornecendo diretrizes para a prevenção e manejo da Síndrome de Burnout na construção civil.

Palavras-chave: Construção Civil; Estresse Ocupacional; Síndrome de Burnout.

1. INTRODUÇÃO

O estresse ocupacional, um problema crescente no mercado de trabalho globalizado, impacta significativamente a saúde e a produtividade dos trabalhadores, especialmente em setores de alta demanda como a construção civil. Gestores de micro e pequenas empresas nesse setor enfrentam desafios diários que podem levar a problemas graves de saúde mental, incluindo a Síndrome de Burnout, caracterizada por exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal (Hirschle; Gondim, 2020; Schmidt; Diehl, 2018).

Este estudo investiga a prevalência e os fatores que contribuem para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout entre gestores da construção civil em Sobral-Ce. Através de uma metodologia quantitativa, utilizando questionários estruturados aplicados a uma amostra de 50 gestores, a pesquisa busca identificar as principais manifestações do estresse ocupacional nesse grupo específico. Adicionalmente, o estudo se propõe a formular estratégias de prevenção e intervenção, com o objetivo de promover o bem-estar dos gestores e contribuir para a melhoria das práticas de gestão de saúde ocupacional no setor.

A escolha de Sobral-Ce como foco da pesquisa justifica-se pela necessidade de aprofundar o conhecimento sobre as particularidades do estresse ocupacional nesse setor e região, e de propor medidas preventivas e de intervenção que possam ser aplicadas localmente. Espera-se que este estudo contribua para a literatura sobre saúde ocupacional, fornecendo diretrizes práticas para a prevenção e o manejo da Síndrome de Burnout na construção civil.

Ao analisar a complexa relação entre o estresse ocupacional e a Síndrome de Burnout, a pesquisa busca compreender como o estresse crônico, se não identificado e manejado adequadamente, pode desencadear respostas psicológicas e físicas adversas, culminando na Síndrome de Burnout. A investigação se aprofunda na maneira como essa síndrome afeta a qualidade de vida dos gestores, impacta a produtividade e a qualidade do trabalho, e, consequentemente, a saúde organizacional como um todo.

A relevância do tema justifica-se pela necessidade de ampliar a compreensão sobre a alta prevalência da Síndrome de Burnout entre profissionais, especialmente em setores de alta demanda como a construção civil. O estudo busca contribuir para a desmistificação do estresse no trabalho e para a conscientização sobre os seus malefícios, visando a promoção de um ambiente de trabalho mais saudável e sustentável.

A globalização intensificou a competitividade no mercado, gerando uma cultura organizacional focada em resultados e exacerbando a desigualdade entre os membros. Essa cultura, permeada por estressores organizacionais, como a perda de valores, o aumento do egoísmo e a busca incessante por resultados, pode levar ao estresse laboral crônico e, consequentemente, à Síndrome de Burnout, caso não seja adequadamente gerenciada.

A Síndrome de Burnout, uma resposta psicológica ao estresse crônico relacionado ao trabalho, caracteriza-se por exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal, impactando negativamente a cognição, a eficiência no trabalho e a qualidade de vida do indivíduo.

A atividade laboral por si só gera estresse, pois determina a exposição do colaborador a determinados estressores, que dependendo de como são vivenciados, enfrentados e resolvidos, determinará a resposta individual, seja ela adaptativa ou desadaptativa. Quando o trabalhador faz parte de uma organização, ele está rodeado de diversos fatores que podem motivá-lo ou desmotivá-lo, refletindo isso na sua vida profissional e extralaboral (Estupinan; Botero, 2016).

De acordo com os estudos de Estupinan e Botero (2016), a Síndrome de Burnout tem consequências negativas tanto para o trabalhador quanto para a empresa. No trabalhador as consequências estão relacionadas a fatores psicossomáticos, comportamentais, emocionais, atitudinais e sociais:

- Problemas de saúde física e mental: dores de cabeça, fadiga crônica, distúrbios do sono, problemas gastrointestinais, ansiedade, depressão, irritabilidade, perda de autoestima, isolamento social e ideação suicida.
- Diminuição da produtividade: dificuldade de concentração, aumento de erros, lentidão na execução de tarefas, desmotivação, absenteísmo e abandono do emprego.

Enquanto as consequências para a empresa fazem com que o comprometimento dos trabalhadores seja reduzido.

- Aumento da rotatividade de pessoal: perda de profissionais qualificados, custos com recrutamento e treinamento de novos funcionários.
- Queda na qualidade dos serviços prestados: insatisfação dos clientes, perda de competitividade no mercado.
- Aumento de custos com saúde: afastamentos por licença médica, custos com tratamentos de saúde.

- Deterioração do clima organizacional: aumento de conflitos interpessoais, queda na motivação e no engajamento dos funcionários.
- Reconhecimento e Subnotificação da Síndrome de Burnout

O Maslach Burnout Inventory (MBI) é uma ferramenta importante para o diagnóstico da Síndrome de Burnout, permitindo a identificação dos seus sintomas e a avaliação do seu impacto na vida do trabalhador. O MBI é um questionário autoaplicável que avalia as três dimensões da síndrome: exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal.

É comum na construção civil inserir profissionais em projetos de alto estresse, sem incentivar práticas saudáveis como alimentação adequada e sono suficiente, mas ainda assim esperar um desempenho de alto nível. Embora os trabalhadores, frequentemente, consigam entregar os projetos, isso ocorre a um custo elevado para sua saúde, contribuindo para a segunda maior taxa de suicídio entre todos os setores (Pearson, 2021).

A indústria da construção civil é considerada uma das mais perigosas e insalubres devido aos elevados níveis de estresse e ao ambiente orientado para tarefas. Os projetos de construção, geralmente de grande escala, complexos e integrados, envolvem múltiplas partes interessadas, expondo os profissionais a altos níveis de risco e exigindo que lidem com tarefas complexas em prazos limitados (Ni et al., 2022).

O Burnout impacta negativamente a qualidade do trabalho, afetando a saúde física e mental dos trabalhadores, o desempenho laboral e, consequentemente, a organização (Estupinan; Botero, 2016).

Gestores com recursos psicológicos esgotados tendem a apresentar comportamentos negativos de gestão, agindo de forma destrutiva com seus liderados, especialmente sob pressão (Taube; Carlotto, 2022). O estresse e a ansiedade podem afetar a capacidade do gestor de se dedicar à organização, comprometendo sua liderança e a saúde da equipe (Sanches et al., 2016).

A pesquisa de Freitas et al. (2021) demonstra que o tempo de atuação no setor da construção civil é um fator de estresse, especialmente para aqueles com mais de 5 anos de experiência. A exposição prolongada aos estressores do ambiente de trabalho pode levar ao esgotamento físico e mental, aumentando o risco de Burnout.

A diversidade de cargos na construção civil, cada um com suas responsabilidades e desafios específicos, influencia a experiência de estresse e Burnout entre os gestores. A Teoria do Recurso-

Conservação (Hobfoll, 1989) sugere que gestores em diferentes cargos têm acesso a diferentes tipos de recursos que podem ajudar a mitigar o estresse e prevenir o Burnout.

A análise dos dados sobre o tempo de atuação em cargos de gestão na construção civil em Sobral-Ce revela uma distribuição diversificada de experiência, com gestores em diferentes estágios de carreira. Essa variedade pode impactar a dinâmica organizacional e a abordagem ao estresse ocupacional, com gestores novatos necessitando de mais orientação e os mais experientes podendo oferecer mentoria (Teoria da Aprendizagem Social - Bandura, 1977).

A Teoria das Demandas-Recursos do Trabalho (Demerouti et al., 2001; Bakker e Demerouti, 2007) e o Modelo de Estresse de Karasek (Karasek, 1979) ajudam a compreender como as demandas do trabalho, o controle sobre o trabalho e o suporte organizacional influenciam o estresse e o Burnout.

A despersonalização, um dos componentes da Síndrome de Burnout (Maslach; Jackson, 1981), é um mecanismo de enfrentamento utilizado por trabalhadores que se sentem sobrecarregados pelas demandas do trabalho e pela falta de recursos (Teoria das Demandas-Recursos do Trabalho - Bakker e Demerouti, 2007). A Teoria da Equidade (Adams, 1965) sugere que a percepção de injustiça no trabalho também pode contribuir para a despersonalização.

A Teoria Yerkes-Dodson (Yerkes; Dodson, 1908) explica a relação entre estresse e produtividade, mostrando que existe um nível ótimo de estresse que leva ao desempenho máximo. O Modelo Demanda-Controle (Karasek, 1979) e o Modelo de Desgaste Progressivo (Schaufeli; Bakker, 2004) complementam essa perspectiva, mostrando como o estresse crônico pode impactar negativamente a produtividade.

A pesquisa de Astorquiza-Bustos, Castillo-Caicedo e Gómez-Mejía (2020) identifica diversos fatores relacionados ao estresse no trabalho, como a alta demanda, a falta de tempo para concluir as tarefas, a falta de clareza sobre o papel do trabalhador e a falta de autonomia.

O estudo de Freitas et al. (2021) demonstra que as condições de trabalho e a natureza do emprego podem afetar a saúde, o bem-estar, a produtividade e a segurança no local de trabalho. Fatores psicossociais adversos, como altas demandas e baixo controle, estão associados a doenças e absenteísmo.

A Teoria do Suporte Organizacional (Eisenberger et al., 1986) propõe que a percepção de suporte por parte da organização contribui para a saúde mental, a satisfação no trabalho e o comprometimento organizacional.

A pesquisa de Wu, Hu e Zheng (2019) recomenda que as empresas de construção implementem programas de assistência aos empregados (EPA), avaliações de estresse, aconselhamento psicológico e mecanismos de alerta e controle do estresse.

Astorquiza-Bustos, Castillo-Caicedo e Gómez-Mejía (2020) sugerem que as organizações devem implementar programas de saúde ocupacional que melhorem as condições de trabalho, incentivem a participação dos trabalhadores, promovam o trabalho em equipe e reforcem a autoestima.

Maslach e Leiter (2016) destacam o estresse ocupacional como um risco significativo para a saúde mental dos trabalhadores. Maslach, Schaufeli e Leiter (2001) descrevem o Burnout como uma resposta ao estresse crônico no trabalho, caracterizado por exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal.

Quick, Cooper, Nelson, Quick e Gavin (2008) enfatizam a necessidade de estratégias organizacionais para promover ambientes de trabalho saudáveis. Richardson e Rothstein (2008) demonstram a eficácia de atividades físicas e técnicas de relaxamento na redução dos níveis de estresse.

Lingard e Francis (2004) apontam que a cultura organizacional da construção civil tradicionalmente se concentra mais em segurança física do que em saúde mental. Grawitch e Ballard (2016) defendem a integração de programas de bem-estar e suporte psicológico no local de trabalho.

Em suma, a pesquisa evidencia a necessidade crítica de abordar o estresse ocupacional e promover a saúde mental entre os gestores da construção civil. As organizações devem implementar programas de bem-estar, treinamentos em gestão de estresse, criar ambientes de trabalho que suportem pausas e descanso, e aumentar a conscientização e o suporte à saúde mental. Essas ações beneficiarão a saúde dos gestores, a produtividade e a qualidade do trabalho.

MATERIAL E MÉTODOS

Esta pesquisa, de natureza aplicada, utilizou um estudo de levantamento transversal explicativo com abordagem quantitativa para investigar a incidência da Síndrome de Burnout em gestores da construção civil em Sobral-CE. O objetivo foi identificar os níveis de estresse e Burnout, analisar os fatores de risco e as estratégias de enfrentamento, e propor medidas preventivas e de intervenção.

A amostra foi composta por 50 gestores de empresas de construção civil em Sobral-Ce, selecionados por amostragem não probabilística intencional, visando capturar a diversidade de experiências e

contextos organizacionais. A escolha de Sobral-Ce justifica-se pela alta incidência de estresse e transtornos psicológicos em profissionais da construção civil.

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário estruturado com perguntas fechadas, divididas em seções:

1. Dados demográficos: perguntas de múltipla escolha sobre idade, sexo, escolaridade e tempo de atuação no setor.

2. Experiência de estresse e Burnout: perguntas baseadas na escala Likert (discordo totalmente a concordo totalmente) sobre a frequência de sentimentos de esgotamento emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal.

3. Fatores de risco no trabalho: perguntas sobre o nível de estresse causado por prazos, demandas, pressões de trabalho e outros desafios específicos do setor.

4. Impacto no desempenho e na saúde: perguntas sobre como o estresse afeta a produtividade, a saúde física e mental dos gestores.

5. Estratégias de enfrentamento e suporte organizacional: perguntas sobre as estratégias utilizadas para gerenciar o estresse, o suporte oferecido pela empresa e a percepção sobre o nível de conscientização sobre saúde mental na organização.

A análise dos dados coletados foi realizada por meio de métodos estatísticos descritivos, buscando identificar padrões, correlações e possíveis causas do estresse e Burnout entre os gestores da construção civil em Sobral-Ce.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto à faixa etária dos respondentes, a pesquisa demonstrou que a maioria dos gestores que responderam ao questionário (58%) se encontra na faixa etária de 20 a 39 anos, sendo 30% entre 20 e 29 anos e 28% entre 30 e 39 anos. A faixa etária de 40 a 59 anos representa 34% da amostra, com 20% entre 40 e 49 anos e 14% entre 50 e 59 anos. Apenas 8% dos gestores têm 60 anos ou mais. Não houve respondentes com menos de 20 anos.

A presença significativa de gestores entre 30 e 39 anos (28%) demonstra um grupo em ascensão profissional, consolidando suas carreiras e assumindo responsabilidades de liderança. A experiência acumulada por esses gestores, combinada com a energia e a adaptabilidade características dessa faixa etária, pode ser um fator positivo para a inovação e o dinamismo do setor.

A faixa etária de 40 a 59 anos, que representa 34% da amostra, demonstra a presença de gestores experientes, com conhecimento consolidado e maturidade profissional. Esses profissionais provavelmente desempenham papéis estratégicos nas empresas, contribuindo para a estabilidade e a solidez do setor.

A menor proporção de gestores com 60 anos ou mais (8%) pode indicar uma tendência de aposentadoria nesse grupo, ou uma menor participação em pesquisas online. É importante destacar que a experiência e o conhecimento acumulados por esses profissionais são valiosos para o setor, e que estratégias de retenção de talentos e mentoria podem ser benéficas para a transmissão de conhecimento e a continuidade da liderança.

A idade é um fator relevante no contexto do estresse ocupacional, como apontado por Astorquiza-Bustos, Castillo-Caicedo e Gómez-Mejía (2020), que sugerem que a satisfação no trabalho tende a diminuir com a idade. A pesquisa demonstrou que a maior parcela de gestores que relatam sentir-se emocionalmente esgotados pelo trabalho (Gráfico 1) está na faixa etária de 20 a 29 anos (62%), o que corrobora essa perspectiva.

A análise da distribuição etária dos gestores em relação aos níveis de estresse e Burnout, bem como aos fatores de risco e estratégias de enfrentamento, pode fornecer *insights* valiosos para a implementação de políticas de saúde mental e suporte organizacional mais eficazes. A compreensão das necessidades específicas de cada faixa etária pode contribuir para a criação de um ambiente de trabalho mais saudável e produtivo para todos os gestores.

A pesquisa destaca que o tempo de atuação prolongado no setor, especialmente para aqueles com mais de 5 anos de experiência (60% da amostra), pode ser um fator de estresse, corroborando as descobertas de Freitas et al. (2021). A exposição contínua aos desafios e pressões do ambiente de trabalho pode levar ao esgotamento físico e mental, aumentando o risco de Burnout.

A análise do tempo de atuação dos gestores em seus cargos revelou uma distribuição diversificada de experiência, com a maior parcela (34%) consolidando suas carreiras, com 1 a 3 anos de experiência. 22% possuem experiência estabelecida (4-7 anos), 20% são veteranos (mais de 10 anos), 18% estão em início de carreira (menos de 1 ano) e apenas 6% atuam em gestão de longo prazo (8-10 anos).

A seção 2 do questionário analisou a experiência de estresse e Burnout entre os respondentes. A análise da frequência com que os gestores se sentem emocionalmente esgotados pelo trabalho revelou que 62% dos respondentes indicaram níveis intermediários a altos de esgotamento emocional

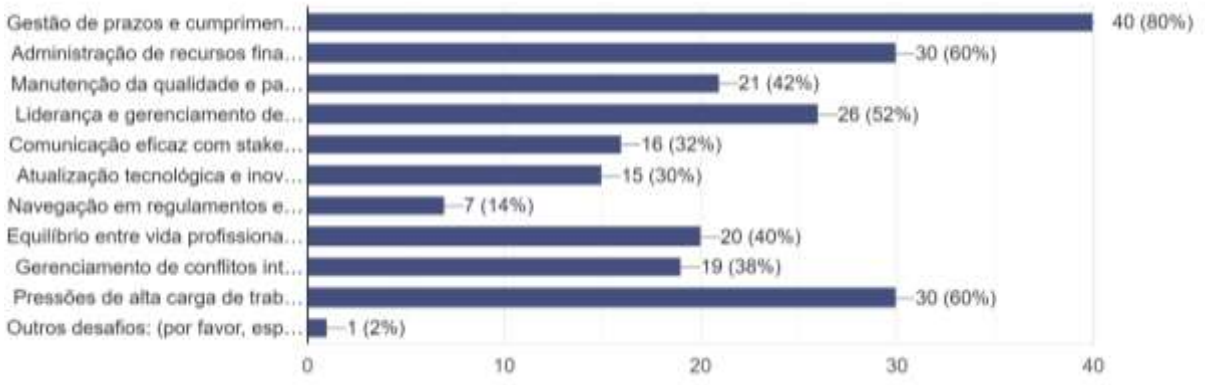
(pontuações 3 a 5 na escala Likert). Esse resultado demonstra que o esgotamento emocional é uma questão significativa entre os gestores da construção civil em Sobral-Ce, sugerindo a necessidade de medidas de apoio e intervenção para promover o bem-estar emocional desses profissionais.

A aplicação da Teoria das Demandas-Recursos do Trabalho (Demerouti et al., 2001; Bakker e Demerouti, 2007) e da Teoria do Desgaste Ocupacional (Schaufeli e Bakker, 2004) auxilia na compreensão desse resultado. O setor da construção civil apresenta altas demandas, como prazos apertados, metas desafiadoras e responsabilidades complexas, que podem exceder os recursos disponíveis para os gestores lidarem com essas demandas, levando ao esgotamento emocional.

A seção 3 do questionário buscou entender os fatores de risco no trabalho. Quanto ao nível de estresse, a pesquisa revelou que prazos, demandas e pressões de trabalho são fontes significativas de estresse para a maioria dos gestores (66%). A gestão de prazos e o cumprimento de cronogramas foram apontados como o maior desafio, seguidos pelas pressões da alta carga de trabalho e pela administração de recursos.

O Gráfico 1, associado à pergunta "Quais são os maiores desafios que você enfrenta no seu trabalho como gestor na construção civil?", apresenta os resultados de uma questão do tipo caixa de seleção, onde os gestores poderiam marcar todas as opções que se aplicam. Analisando o Gráfico 1, pode-se observar que a gestão de prazos e cumprimento de cronogramas é o desafio mais comumente relatado pelos gestores, seguido de perto pelas pressões de alta carga de trabalho e pela administração de recursos. Mais da metade dos gestores também relatam desafios com liderança e gerenciamento de equipe. Esses resultados indicam áreas críticas que podem exigir atenção especial para melhorar a eficácia da gestão e o bem-estar dos gestores na construção civil.

Gráfico 1: Maiores desafios enfrentados no trabalho como gestor na construção civil



Fonte: Autoria própria (2023)

Para Moreira (2021) deve-se considerar que no setor da construção é intrínseco que os profissionais que atuam na área são expostos a inúmeros fatores estressantes e que têm impactos negativos em seu bem-estar mental, como longas horas de trabalho e elevada carga laboral, conflito de papéis, excesso de responsabilidades como no caso dos gestores, insatisfação e conflitos entre trabalho e família.

A seção 4 do questionário abordou questões relacionadas ao impacto no desempenho e na saúde. A questão abordou "O estresse no trabalho tem afetado sua produtividade?", o resultado revelou que 58% dos gestores acreditam que o estresse diminui sua produtividade, indicando um problema significativo de estresse ocupacional que afeta a eficiência no trabalho. Em contraste, 32% dos gestores relataram que o estresse aumenta sua produtividade, sugerindo que, para alguns, o estresse pode atuar como um motivador. Apenas 10% dos gestores afirmaram que o estresse não afeta sua produtividade.

Para Astorquiza-Bustos, Castillo-Caicedo e Gómez-Mejía (2020), fatores como trabalho excessivamente exigente, falta de tempo para concluir as tarefas, falta de clareza sobre o papel do trabalhador, desequilíbrios entre as exigências do trabalho e a competência do trabalhador estão ligados a condição de estresse. Também existem fatores relacionados, como a falta de influência na forma como o trabalho é realizado sozinho, principalmente se for voltado para o público.

Na pergunta "Como o estresse tem impactado sua saúde física e mental?", a maioria (74%) relatou algum impacto do estresse em sua saúde, com 38% experimentando sintomas físicos como dores de cabeça, tensão muscular, fadiga e problemas digestivos. Sintomas mentais, como ansiedade, depressão e dificuldades de concentração, foram relatados por 12% dos gestores. Além disso, 24% enfrentaram tanto sintomas físicos quanto mentais, indicando um impacto abrangente do estresse.

Por outro lado, 26% não observaram impactos, sugerindo estratégias eficazes de manejo do estresse ou menor vulnerabilidade.

Esses resultados destacam a necessidade de medidas organizacionais para apoiar a saúde física e mental, como programas de bem-estar e acesso a serviços de saúde, para melhorar a qualidade de vida, produtividade e satisfação dos gestores. As consequências do estresse no trabalho vão além da redução do desempenho, afetando a qualidade de vida e limitando atividades diárias.

A seção 5 do questionário abordou questões relacionadas a estratégias e suporte educacional. O resultado está associado à pergunta "Quais estratégias você utiliza para gerenciar o estresse no trabalho?". Os dados analisados mostram que as estratégias mais populares entre os gestores para gerenciar o estresse no trabalho são:

1. Planejamento e organização do trabalho (70%)

2. Prática regular de atividades físicas (68%)

Seguidas por:

3. Técnicas de gestão de tempo (50%)

A prática regular de atividades físicas é recomendada para o manejo do estresse, pois reduz os níveis de hormônios do estresse e aumenta a produção de endorfinas, melhorando o humor (Peluso; Guerra de Andrade, 2005).

Outras estratégias comuns incluem:

- Alimentação balanceada (46%)

- Conversas com colegas, amigos ou familiares (36%) - visto como apoio social, um fator de proteção contra o estresse ocupacional (Cohen; Wills, 1985).

- Implementação de pausas durante o trabalho (32%)

- Uso de aplicativos ou ferramentas de gestão de estresse (32%)

- Hobbies ou atividades de lazer (28%)

Em seguida, analisa-se as percepções dos gestores do setor de construção civil de Sobral-Ce sobre o nível de conscientização acerca da saúde mental dentro de suas organizações. A questão correspondente a este resultado é "Como você percebe o nível de conscientização sobre saúde mental em sua organização?". Ao analisar as respostas, percebe-se que a maior parte dos gestores (30%)

avaliou o nível de conscientização sobre saúde mental em suas organizações como mediano (3). Isso pode indicar que, enquanto há algum grau de reconhecimento da importância da saúde mental, ainda há um caminho considerável a ser percorrido para que a conscientização seja vista como forte e efetiva.

Esses dados apontam para a necessidade de um esforço maior por parte das empresas do setor de construção civil para aumentar a conscientização sobre saúde mental. As organizações podem se beneficiar ao investir em programas educativos, treinamentos e recursos que promovam o bem-estar mental, além de criar uma cultura organizacional que priorize e apoie a saúde mental dos colaboradores.

Segundo Wu, Hu e Zheng (2019) as empresas de construção devem melhorar o seu papel nos sistemas de monitorização e prevenção do stress. Especificamente, as empresas de construção devem introduzir ativamente um programa EPA (programa de assistência aos empregados) e implementar regularmente avaliações de stress. Aconselhamento também deve estar disponível para treinar os gestores sobre como se adaptar ao estresse. Especificamente, devem ser prestados serviços profissionais de aconselhamento psicológico a esses profissionais e devem ser criados mecanismos de alerta e controlo do stress em longo prazo (Wu, Hu; Zheng, 2019).

As opiniões dos gestores do setor de construção civil de Sobral-Ce sobre as iniciativas que consideram mais eficazes para melhorar a saúde mental dos profissionais em sua posição estão representadas na seguinte pergunta: "Como gestor na indústria da construção civil, quais das seguintes iniciativas você acha que seriam mais eficazes para melhorar a saúde mental dos profissionais em sua posição?". As iniciativas e o número de respostas para cada uma foram as seguintes:

- Desenvolvimento de programas de bem-estar: 35 respostas (70%);
- Capacitação em gestão de estresse: 35 respostas (70%);
- Implementação de pausas durante o trabalho: 35 respostas (70%);
- Estratégias para promoção de um ambiente de trabalho saudável: 28 respostas (56%);
- Acesso a serviços de aconselhamento psicológico: 19 respostas (38%);
- Melhorias nas condições de trabalho: 21 respostas (42%);
- Fomento de uma maior autonomia no trabalho: 19 respostas (38%);
- Incentivos e reconhecimento do trabalho: 28 respostas (56%);

- Estratégias de comunicação eficaz: 19 respostas (38%);
- Criação e manutenção de um ambiente de suporte social: 19 respostas (38%).

Analisando as respostas, percebe-se que três iniciativas se destacam com a mesma proporção de respostas, cada uma recebendo 70% de escolha pelos gestores:

- Desenvolvimento de programas de bem-estar;
- Capacitação em gestão de estresse;
- Implementação de pausas durante o trabalho.

Os dados da pesquisa evidenciam que o estresse ocupacional é uma realidade para os gestores do setor, como demonstrado pela totalidade dos respondentes que afirmaram utilizar alguma estratégia para gerenciar o estresse no trabalho. Isso sugere que o estresse é reconhecido como um fator presente e potencialmente prejudicial, o que está em linha com a literatura que aponta o estresse ocupacional como um risco significativo para a saúde mental dos trabalhadores (Maslach; Leiter, 2016).

Em resumo, os resultados do questionário destacam a necessidade crítica de abordar o estresse ocupacional e promover a saúde mental entre os gestores do setor de construção civil.

CONCLUSÃO

O presente artigo, ancorado em um marco epistemológico pós-positivista e apoiada por uma abordagem quantitativa, buscou investigar a prevalência e os fatores contribuintes para o desenvolvimento da síndrome de Burnout entre gestores da construção civil em Sobral-Ce, identificando as principais manifestações do estresse ocupacional neste grupo e propondo estratégias de prevenção e intervenção baseadas nos resultados obtidos.

A investigação foi conduzida através de um estudo de levantamento, caracterizando-se como descritivo e transversal explicativo, e utilizou como instrumento de coleta de dados um questionário estruturado aplicado a uma amostra representativa de 50 gestores.

Os resultados obtidos revelaram que a incidência da Síndrome de Burnout é uma realidade preocupante no setor, com uma proporção significativa de gestores relatando níveis elevados de estresse ocupacional. A análise dos dados coletados apontou para a existência de diversos fatores de

risco no trabalho, incluindo pressões de alta carga de trabalho e desafios na gestão de conflitos, que contribuem para o esgotamento emocional e a diminuição da produtividade.

A conclusão é que, embora as estratégias individuais de enfrentamento do estresse, como a prática regular de atividades físicas e técnicas de relaxamento, sejam importantes, elas não substituem a necessidade de um suporte organizacional mais efetivo. As empresas do setor de construção civil devem, portanto, reconhecer a importância de investir em programas de bem-estar, treinamentos sobre gestão do estresse e melhorias nas condições de trabalho para promover a saúde mental dos gestores.

Em suma, esta pesquisa contribui para o corpo de conhecimento sobre o estresse ocupacional e a Síndrome de Burnout no setor da construção civil, oferecendo *insights* valiosos para a implementação de intervenções baseadas em evidências. Recomenda-se que pesquisas futuras expandam o entendimento das dinâmicas do suporte organizacional e desenvolvam estratégias integradas que envolvam tanto a organização quanto os sujeitos na promoção de um ambiente de trabalho saudável e produtivo.

REFERÊNCIAS

ADAMS, J. S. Inequity in social exchange. In L. Berkowitz (Ed.), Advances in experimental social psychology (Vol. 2, pp. 267-299). Academic Press. 1965

ASTORQUIZA-BUSTOS; BILVER ADRIAN; CASTILLO-CAICEDO; MARIBEL; GÓMEZ-MEJÍA; ALINA. Estresse laboral no mercado de trabalho: uma aplicação do método de medição de conjuntos fuzzy para o caso colombiano. Lecturas de Economia, 2020 (93), 189-224. Epub 08 de abril de 2021. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/le/n93/0120-2596-le-93-189.pdf Acesso em: 19 set. 2023.

DEMEROUTI, E.; BAKKER, A. B.; NACHREINER, F.; SCHAUFELI, W. B. The job demands-resources model of burnout. Journal of Applied Psychology, 2001.86(3), 499-512.

EISENBERGER, R. et al. Perceived organizational support. Journal of Applied Psychology, v. 71, n. 3, p. 500-507, 1986.

ESTUPINAN, DH; BOTERO, JJM. El burnout en trabajadores de obras civiles en una empresa constructora de bucaramanga. 2016. 71 f. Disponível em: <https://repositorio.ecci.edu.co/bitstream/handle/001/405/Trabajo%20de%20grado.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 18 set. 2023.

FREITAS, P. P. de .; LOPES, M. S., ASSUNÇÃO, A. Á.; LOPES, A. C. S. Health and work in Brazil: physical and psychosocial demands. Cadernos De Saúde Pública, 2021. 37(9), Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129420. Acesso em: 25 set. 2023.

GRAWITCH, M. J.; BALLARD, D. W. The psychologically healthy workplace: Building a win-win environment for organizations and employees. American Psychological Association. 2016.

HIRSCHLE, A. L. T.; GONDIM, S. M. G. Estresse e bem-estar no trabalho: uma revisão de literatura. Ciência e Saúde Coletiva, 2020. 25(7), 2721–2736. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020257.27902017>. Acesso em: 08 ago. 2023.

HOBFOLL, S. E. Conservation of Resources: A New Attempt at Conceptualizing Stress. American Psychologist, 1989. 44(3), 513-524

LINGARD, H.; FRANCIS, V. The work-life experiences of office and site-based employees in the Australian construction industry. Construction Management and Economics, 2004. 22(9), 991–1002.

MASLACH, C.; JACKSOn, S. E. The measurement of experienced burnout. Journal of Organizational Behavior. 1981. 2(2), 99-113.

MOREIRA, F. de S., MAUÉS, L. M. F., FREITAS, A. C. DE A.; FARIAS JÚNIOR, C. A.. Bem-estar no Trabalho: Evidências na Indústria da Construção. Revista Gestão e Saúde, 2020. 11(1), 55–77. Disponível em: <https://doi.org/10.26512/gs.v11i1.27141>. Acesso em: 30 ago. 2023.

MASLACH, C.; LEITER, M. P. Burnout. In: FINK, G. (Ed.). Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior. San Diego: Academic Press, 2016. p. 351-357.

NI, Y. et al. Burnout in the construction industry: A systematic review and meta-analysis. International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 19, n. 1, p. 1-15, 2022.

PEARSON, C. Burnout in Construction: Identifying e Solving for This Serious Syndrome. 2021. Disponível em: <https://www.constructionprogress.org/post/burnout-in-construction-identifying-solving-for-this-serious-syndrome>. Acesso em: 29 ago. 2023.

RICHARDSON, K. M.; ROTHSTEIN, H. R. Effects of occupational stress management intervention programs: a meta-analysis. Journal of Occupational Health Psychology, 2008. 13(1), 69–93.

SCHAUFELI, W. B.; BAKKER, A. B. Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. Journal of Organizational Behavior, 2004. 25(3), 293-315. Disponível em: <>https://doi.org/10.1002/job.248 Acesso em: 18 set. 2023.

SCHMIDT, A. C., DIEHL, L. Riscos de Síndrome de Burnout em Engenheiros Civis: um estudo qualitativo. 2018. 28 f. Disponível em: <https://www.univates.br/bduserver/api/core/bitstreams/91b0dca5-e8ff-4fd5-aa51-a7609f25135b/content. Acesso em: 08 ago. 2023.

TAKAHASHI, M. A.; SILBA, R.C.; LACORTE, L.E.C.; CEVERNY, G.C.O.; VILELA, R.A.G. Precarização do trabalho e risco de acidentes na construção civil: um estudo com base na Análise Coletiva do Trabalho (ACT). Saudesoc., São Paulo, 2012. v. 21, n. 4, 976-988. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000400015&lng=en&nrm=iso(Acesso em: 08 ago. 2023.

YERKES, R. M.; DODSON, J. D. The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation. Journal of Comparative Neurology and Psychology, v. 18, n. 5, p. 459-482, 1908.

WU, G., HU, Z.; ZHENG, J. Role Stress, Job Burnout, and Job Performance in Construction Project Managers: The Moderating Role of Career Calling. International journal of environmental research and public health, 2019. 16(13), 2394. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph16132394>. Acesso em: 25 set. 2023.

Capítulo 14

10.37423/250510037

A INTERFERENCIA DE ATIVIDADES DE DUPLA TAREFA NO MEDO E RISCO DE CAIR DE IDOSOS.

Adryelle Araújo Costa — *Universidade Ceuma*

Amanda De Sousa Lima Rodrigues — *Universidade Ceuma*

Diego Ribeiro Xavier de Almeida — *Universidade Ceuma*

Ronald Ferreira Pinheiro — *Universidade Ceuma*

Mariana De Castro Soares — *Universidade Ceuma*

José Jonas Pinheiro Soares Junior — *Instituto Estadual de Educação e Tecnologia do Maranhão*

Karla Virgínia Bezerra de Castro Soares — *Universidade Ceuma*

Resumo: quando envelhecemos passamos a apresentar maior dificuldade na realização de algumas tarefas, principalmente quando adionada uma tarefa segundária. Essa maior dificuldade pode dificultar o controle postural gerando insegurança e favorecendo a eventos como a queda. Este estudo objetivou avaliar o risco e medo de cair de idosos associado ao desempenho de uma atividade de dupla tarefa. Tratou-se de um estudo descritivo, de corte transversal com 21 idosos à partir de 65 anos, frequentadores de um centro de atendimento publico. Para a coleta dos dados utilizamos a escala Falls Efficacy Scale (FES-I) para avaliar o medo de cair e o risco de quedas foi avaliado pelo teste Time Up And Go acrescido de uma segunda tarefa nas categorias cognitiva e motora. Dos idosos analisados, 52,36% apresentaram baixa preocupação em cair durante os testes e 47.6% demonstraram alta preocupação. Àqueles com baixa preocupação sinalizaram baixo risco de quedas quando submetidos ao TUG e variaveis. Aqueles com alta preocupação sinalizaram risco moderado tanto em tarefas simples quanto em dupla tarefa e um apresentou alto risco na adição cognitiva, nos permitindo concluir que atividades de dupla tarefa impoem maior demanda atencional podendo favorecer as quedas.

Palavras-chave: Medo de cair; Demanda atencional; Dupla tarefa; Quedas; Idosos.

INTRODUÇÃO

Diante do medo de uma possível queda, pessoas de maior idade podem ter maior dificuldade em adaptar o desempenho da marcha durante a execução de outra tarefa. Trata-se, então, de uma dupla tarefa, ou seja, uma atividade primária, a exemplo da marcha, é executada concomitante ao desempenho de outra tarefa, seja ela motora ou não, como falar ao telefone, pegar um objeto na bolsa, etc. PERRACINI (2019).

Na mesma linha de raciocínio, a ineficiência na execução de atividades de dupla tarefa, por sua vez, é um fator de risco para quedas, principamente entre idosos, como demostra Gomes (2022). Nessa população em especifico, as quedas representam uma grande ameaça à autonomia funcional, qualidade de vida e ao bem-estar, pois, não raro, podem resultar em lesões e incapacidades. TAGUCHI (2022).

Pesquisar, comprovar e entender essa situação e seu inerente risco faz-se necessário, para que medidas efetivas possam ser implantadas, principalmente no que diz respeito a abordagem e intervenções de exercícios voltados aos idosos, razão que motivou este estudo que teve por objetivo avaliar o medo de cair de idosos associados ao desempenho de mobilidade e marcha quando submetido a uma atividade de dupla tarefa.

METODOLOGIA

Esta pesquisa atende a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n° 466/2012 e seu projeto já se encontra aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Ceuma (UNICEUMA) (CAAE: 20057014.0.0000.5084), tratando-se de um estudo descritivo, de corte longitudinal, com abordagem quantitativa dos dados, avaliando a mobilidade funcional e a preocupação em cair ao longo de três meses, durante a aplicação de um protocolo de exercícios com dupla tarefa, atraves de amostra não probabilistica composta por 21 idosos de ambos os sexos com idade de 65 anos ou mais, após serem considerados os criterios de inclusão e assinatura do TCLE.

Foram utilizados os seguintes instrumentos na coleta dos dados: a) -Avaliação da preocupação ou medo de cair por meio da escala Falls Efficacy Scale – International (FES-I), CAMARGOS (2010); b) Avaliação da mobilidade funcional por meio do teste Time Up And Go convencional (TUG CV); c)Avaliação da mobilidade funcional acrescida de uma tarefa cognitiva: Time Up And Go + Tarefa Cognitiva (TUG CG) e d)Avaliação da mobilidade funcional adicionada de uma tarefa motora: Time Up And Go + Tarefa Motora (TUG M). O idoso senta-se em uma cadeira com braços recebendo ordem de

levantar-se e caminhar 10mts para frente até uma marca no piso, gira de volta e senta-se na cadeira. O tempo dispendido é medido com cronômetro a partir da ordem de "vá". Valores de tempo de menos de 10 segundos sugeriem indivíduos totalmente independentes; Entre 10 e 19 segundos são considerados moderadamente independentes, entre 20 e 29 segundos são considerados "zona de cuidado" e, os sujeitos com escore de tempo de 30 ou mais segundos são considerados dependentes para muitas atividades básicas e instrumentais da vida diária.Quanto maior o tempo na execução dos testes, maior o risco de cair. (BRETAN, 2013)

Análise dos dados: Na análise descritiva, os dados quantitativos foram apresentados em média e desvio padrão, enquanto os dados qualitativos foram apresentados em número absoluto e porcentagem e seguidamente foram expostos em tabela.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Essa pesquisa, que teve por objetivo avaliar a influência do medo de cair em idosos quando submetidos a atividades de dupla tarefa, analisando uma amostra constituída por 21 idosos, com idade entre 65 e 84 anos, destes, 04 eram homens e 17 mulheres. O nível de escolaridade de todo o grupo era de ensino médio completo com média salarial de no mínimo dois salários mensais, sendo todos funcionários públicos aposentados. Houve relatos de quedas no último ano de 07 entre os 21 idosos. No que diz respeito a interferência de uma dupla tarefa afetando a mobilidade e o risco de cair em idosos, os resultados dos testes serão apresentados na tabela 1.

Tabela 1. A interferência da adição de diversas categorias de dupla tarefa no risco de cair dos idosos.

RISCO DE CAIR	TUG T		TUG C		TUG P		TUG COORD	
	N	%	N	%	N	%	N	%
SEM RISCO	19	90.4	17	80.9	19	90.4	19	90.4
RISCO MODERADO	02	9.5	03	14.28	02	9.5	02	9.5
ALTO RISCO	-		01	4.7	-		-	
TOTAL	21	100%						

Legenda: TUG T:Time Up Go tradicional; TUG C: Time Up Go acrescido de tarefa cognitiva; TUG P: Time Up Go acrescido de tarefa motora; TUG COORD: Time Up Go acrescido de tarefas de coordenação motora.

Na amostra analisada 11(52,36%) dos idosos apresentaram baixa preocupação em cair e 10(47.6%) alta preocupação. Àqueles com baixa preocupação em cair também apresentaram baixo risco de

quedas quando submetidos a testes de mobilidade e risco de quedas, tanto nos testes simples quanto naqueles associados a atividades de dupla tarefa. Já aqueles que apresentaram alta preocupação em cair sinalizaram risco moderado de quedas tanto em tarefas simples como também nas de dupla tarefa, sendo que um deles apresentou alto risco para quedas no teste envolvendo dupla tarefa cognitiva.

Os resultados aqui obtidos foram analisados e comparados com os resultados de outros autores e em geral, os estudos descrevem que a maioria dos idosos é do sexo feminino, aposentada, com idade predominante entre 60-69 anos, a exemplo de como demonstram Silva (2019) e Lima, L. A. et al.(2024). Estes dados coincidem com o perfil observado nos idosos com baixa preocupação na nossa amostra. A escolaridade e o envolvimento social aparecem como fatores protetores. Idosos com mais educação ou engajamento em atividades sociais encontrados no estudo de Silva (2019) e apresentam menor risco e preocupação com quedas, quando o autor destaca que a maioria dos idosos está em baixo risco para quedas (52,1%) e com pouca preocupação em cair (59,5%), em consonância com os dados da nossa tabela, onde a maioria das variáveis TUG (Tradicional, Cognitivo, Praxis e Coordenação) de idosos com baixa preocupação apresenta classificação “SR” (Sem Risco).

No que diz respeito a interferência da preocupação em cair afetando o risco de cair dos idosos analisados, os resultados serão apresentados na tabela 2.

Tabela 2. Distribuição dos idosos quanto ao risco e preocupação em cair.

	Baixa Preocupação/Risco		**Alta Preocupação/Risco**	
Variáveis/TUG	**N**	**%**	**N**	**%**
FES (Escala de Queda)	11	52.3	10	47.6
TUG Tradicional	19/SR	90.4	02 /RM	9.5
TUG Cognitivo	17 /SR	80.9	03/ RM	14.28
TUG Praxis	19/SR	90.4	01/ AR	4.7
TUG Coordenação	19/SR	90.4	02/ RM	9.5
Total	21	100%		

Legenda: SR: Sem risco de cair; RM: Risco moderado de cair; AR: Alto risco de cair. FES I: Escala que avalia a preocupação em cair; TUG T:Time Up Go tradicional; TUG C: Time Up Go acrescido de tarefa cognitiva; TUG P: Time Up Go acrescido de tarefa motora; TUG COORD: Time Up Go acrescido de tarefas de coordenação motora.

Sobre os Testes de mobilidade funcional (TUG), os resultados de Gomes et.al (2022) indicam diferenças significativas no desempenho de idosos com maior preocupação (G2 com FES-I maior, por exemplo, 27,08 pontos). Isso é consistente com a nossa tabela, que mostra que idosos com alta preocupação apresentam maior dificuldade em realizar os TUGs. Já no artigo de Agulhó (2019). A Percepção de idosos sobre seu risco de quedas e fatores associados, a proporção de idosos que tiveram quedas é maior (41,5%) e a preocupação aumenta, o que se reflete em seu desempenho nos testes TUG, como observado na nossa tabela, onde os idosos com alta preocupação apresentam classificações predominantemente “RM” (Risco Moderado) e “AR” (Alto Risco).

Os resultados sugerem que idosos com alta preocupação têm desempenhos inferiores, especialmente em tarefas mais complexas (como TUG Cognitivo e Praxis). Isso evidencia que o medo de cair impacta diretamente na mobilidade funcional. Por fim, o Impacto do medo nas tarefas duplas também explorados por Gomes et.al (2022) e Nascimento (2022), a exemplo do nosso sugerem que o medo de cair intensifica as limitações ao executar tarefas cognitivas associadas à mobilidade (como o TUG Cognitivo da nossa tabela). Isso reflete diretamente nos tempos superiores e maiores dificuldades observadas em idosos com alta preocupação.

CONCLUSÃO

Os dados e resultados analisados evidenciam que a preocupação com quedas entre idosos é um fator diretamente associado ao desempenho em testes de mobilidade funcional e à percepção de risco. Idosos com alta preocupação em cair apresentaram pior desempenho em tarefas como os testes TUG (Tradicional, Cognitivo, Praxis e Coordenação), destacando o impacto do medo de quedas sobre a funcionalidade física. Por outro lado, aqueles com baixa preocupação demonstraram maior independência e habilidades funcionais mais preservadas, conforme observado nas classificações "SR" (Sem Risco).

A relação entre tarefas cognitivas combinadas com movimentos físicos, como no TUG Cognitivo e Praxis, reforça a importância de estratégias que integram corpo e mente no cuidado com idosos. Tais abordagens podem minimizar o impacto negativo do medo e melhorar as habilidades funcionais, resultando em maior qualidade de vida e independência para essa população.

Por fim, os resultados destacam a necessidade de ações preventivas que identifiquem precocemente os idosos com maior risco e preocupação com quedas.

A conclusão em um trabalho científico é a seção final que resume os principais pontos, apresenta as descobertas mais significativas e destaca a importância do estudo.

Essa parte é essencial para fornecer uma visão geral clara e concisa do que foi alcançado durante a pesquisa.

REFERÊNCIAS

AGULHÓ, D. L. Z.; REINERS, A. A. O.; BLAZ, B. S. V.; AZEVEDO, R. C. DE S.; SEGRI, N. J.; OLIVEIRA, A. D. DE. Percepção de idosos sobre seu risco de quedas e fatores associados. Ciência, Cuidado e Saúde, v. 18, n. 1, 17 mar. 2019.

BRETAN, Onivaldo et al. Risco de queda em idosos da comunidade: avaliação com o teste Timed up and go. Brazilian Journal of otorhinolaryngology, v. 79, p. 18-21, 2013.

CAMARGOS, Flávia FO et al. Adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas da Falls Efficacy Scale-International em idosos brasileiros (FES-I-BRASIL). Brazilian Journal of Physical Therapy, v. 14, p. 237-243, 2010.

GOMES, Ianca Ferreira et al. Impacto da preocupação de possível queda na mobilidade funcional durante a execução de atividades de dupla tarefa em idosos: um estudo transversal. HU Revista, v. 48, p.

LIMA, L. A. et al. Percepção de pessoas idosas a respeito do risco de quedas no domicílio – influência de fatores sociodemográficos e de saúde. Atas de Ciências da Saúde (ISSN 2448-3753), v. 12, n. 3, 2024.

NASCIMENTO, Marcelo de Maio. Paradigma de dupla tarefa no contexto de quedas de idosos: uma revisão integrativa. Revista Contexto & Saúde, [S. l.], v. 22, n. 45, p. e11160, 2022. DOI: 10.21527/2176-7114.2022.45.11160. Disponível em: https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/11160. Acesso em: 21 mar. 2025.

PERRACINI MR, Flo CM. Funcionalidade e envelhecimento. 2. ed. Rio de Janeiro: 2019.

SILVA, L. P. DA, PEIXOTO, A. P. S., MARTINS, I. C. S., LIBERATO, K. C., CAMILO, R., & MOREIRA, N. B. (2019). Quedas em idosos: aspectos perceptuais sobre o risco de quedas e medo de cair. Revista Kairós-Gerontologia, 22(3), 369–383. https://doi.org/10.23925/2176-901X.2019v22i3p369-383

TAGUCHI, Carlos Kazuo et al. Síndrome da fragilidade e riscos para quedas em idosos da comunidade. In: CoDAS. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2022. p. e20210025.

conhecimentolivre.org/home
contato@conhecimentolivre.org
editoraconhecimentolivre



CIÊNCIAS DA SAÚDE: ESTUDOS PARA MANUTENÇÃO E MELHORIA DA VIDA

VOLUME XVII

EDITORA CONHECIMENTO LIVRE