



# Santé

Cadernos de Ciências da Saúde

v.1, n.1, (2023)



ISSN 2764-9776

Janeiro-Junho 2023

# **Santé – Cadernos de Ciências da Saúde**

## **Editora**

Prof<sup>a</sup>. Ma. Raphaela Rezende Nogueira Rodrigues, Centro Universitário de Pato Branco e Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

## **Conselho Editorial**

Dra. Christiana Almeida Salvador Lima – UNIDEP, Paraná.

Dra. Eliane Patrícia Lino Pereira Franchi – ITPAC, Tocantins.

Dra. Franciane Bobinski – UNISUL, Santa Catarina.

Dra. Juliana Sartori Bonini – UNICENTRO, Paraná.

Dr. Luis Vinícius do Nascimento – UNIPTAN, Minas Gerais.

Dra. Maria José Sparça Salles – UEL, Paraná.

Dra. Mariana Leoni Birriel – UDELAR, Uruguai.

Dr. Mario Antonio Alves da Cunha – UTFPR, Paraná.

Dra. Paloma Abelin Saldanha Marinho – Ministério da Saúde, Distrito Federal.

Dra. Raquel Kerpel – Centro Universitário Dante, Santa Catarina.

Dr. Rodrigo Otávio Moretti-Pires – UFSC, Santa Catarina.

Dr. Rodrigo Poderoso de Souza – UNOPAR e FAG, Paraná.

Dra. Rosana Machin – USP, São Paulo.

## **Corpo de Pareceristas que atuaram nesta edição**

Graciela Caroline Gregolin

Silvana Alberton

Jonathan Vicente dos Santos Ferreira

Camila Trindade

Cleunir de Fátima Candido De Bortoli

Os conceitos e opiniões expressas nos trabalhos assinados são de responsabilidade exclusiva de seus autores.

Capa e projeto gráfico: Agência de Comunicação UNIDEP

Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial 4.0 Internacional.

#### Ficha catalográfica

S234 Santé – Cadernos de Ciências da Saúde – v.1, n. 1, ( jan. / jun. 2023 ) --  
Pato Branco: UNIDEP, 2023.

Semestral: Publicação eletrônica

ISSN: 2764-9776

1. Ciências da Saúde. 2. Saúde Coletiva. I. Título.

CDD – 610

Ficha Catalográfica elaborada por  
Maria Juçara Vieira da Silveira CRB9/1359

## Sumário

EDITORIAL.....	4
O AMBIENTE CONSTRUÍDO COMO FATOR DETERMINANTE PARA O SURGIMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS.....	4
PUERICULTURA ODONTOLÓGICA: AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DAS MÃES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E ORIENTAÇÕES.....	7
PERCEPÇÃO SOBRE A IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO EM GESTANTES HAITIANAS DE PATO BRANCO-PR .....	27
A CONJUNTA ATUAÇÃO DE PSICÓLOGOS E ENFERMEIROS NA ARTE DO CUIDAR: UMA PERSPECTIVA TEÓRICA.....	40
ACESSO ÀS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA O COVID-19 NO BRASIL SOB UM VIÉS SOCIAL E SUAS CONSEQUÊNCIAS NA POPULAÇÃO.....	53
PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ .....	64
IMPORTÂNCIA DA LIBRAS COMO DISCIPLINA NA GRADE CURRICULAR DE MEDICINA .....	75
INCIDÊNCIA DOS CASOS DE DENGUE EM PATO BRANCO E FRANCISCO BELTRÃO ENTRE 2014 A 2016 .....	98
BEBÊS NASCIDOS COM MÁIS FORMAÇÕES CONGÊNITAS RELACIONADAS AO USO DE AGROTÓXICOS NO CINTURÃO AGRÍCOLA DO ESTADO DO PARANÁ.....	111
RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	119
ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E O CUIDADO ÀS MULHERES USUÁRIAS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS .....	119

## *EDITORIAL*

### *O AMBIENTE CONSTRUÍDO COMO FATOR DETERMINANTE PARA O SURGIMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS*

Dra.Carla Zanelatto<sup>a</sup>

O efeito do ambiente sobre a saúde humana vem sendo investigado, sobretudo, a partir da década de 1990, onde houve uma expansão de pesquisas que demonstraram a insuficiência de explicações puramente individuais sobre o surgimento das doenças. Na literatura científica a influência do ambiente na saúde mental se revela mais consistente em termos de causalidade, como por exemplo no estresse, ansiedade, síndrome do pânico e depressão.

Por outro lado, diferentes estudos também demonstraram associações entre o ambiente percebido, social, físico e construído e diferentes desfechos de saúde física, tais como hipertensão arterial sistêmica (HAS), obesidade e síndrome metabólica, havendo necessidade de explorar esse possíveis reflexos sobre as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) a curto, médio e longo prazo, especialmente através de estudos longitudinais (Zanelatto et al.2019; Malambo et al.2016; Araújo et al.2018; Chaix et al.2010; Diez Roux; Mair, 2010).

Contudo, na confecção desse editorial, buscou-se discutir o ambiente construído, entendido como os espaços, construções, ou objetos desenvolvidos ou modificados por indivíduos ou coletividades, como por exemplo, parques, edifícios, escolas, residências e outras edificações relacionadas a trabalho, transporte ou lazer (Sallis et al. 2006). Múltiplos

---

<sup>a</sup> Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8541-9828>

são os mecanismos pelos quais o ambiente construído pode interferir no surgimento de DCNTs, especialmente relacionados a presença de recursos facilitadores ou inibidores de comportamentos e hábitos de vida considerados como saudáveis.

Bairros com maior proporção de áreas arborizadas, parques, ciclovias, vias ou trilhas para pedestre, calçadas e ruas pavimentadas de adequada conectividade e sinalização, favorecem o deslocamento a pé e a prática regular de exercício físico que é um fator protetor de morbidade e mortalidade, sendo essencial para a normalização de indicadores de perfis glicêmico e lipídico, bem como redução de peso corporal e pressão arterial. Tal fato merece destaque para a população idosa, que é mais acometida pelas DCNTs, visto que possuem maior disponibilidade em realizar atividades no bairro devido a aposentadoria e, portanto, necessitam de boa infraestrutura de vias para que se evite quedas e possíveis fraturas, oferecendo maior conforto e segurança na prática.

Da mesma forma, evidências na literatura científica apontam o papel de um ambiente obesogênico sobre o comportamento alimentar, que é entendido como a grande oferta, disponibilidade e facilidade de acesso a alimentos com gorduras saturadas, açúcares simples e de elevada densidade energética, condições que favorecem a instalação da obesidade (Dantas et al.2019). Um dos componentes dentro da esfera de ambiente obesogênico que pode ser avaliado se refere ao local de residência ou de trabalho dos indivíduos, especialmente no que se refere a presença de pontos de venda de alimentos do tipo *fast foods* ou ainda a ausência de feiras de produtos regionais, como por exemplo hortifrúti nas áreas circunvizinhas.

Nesse sentido, as diferentes evidências apontadas na literatura direcionam para o reconhecimento e inclusão nas políticas públicas direcionadas ao controle de DCNTs, de estratégias para transformar os bairros no sentido de criação de mais espaços de lazer e convivência para a realização de atividades físicas, bem como a melhoria das condições de transporte, iluminação nos bairros e segurança dos bairros, bem como sugere-se uma melhor avaliação por partes dos estudos epidemiológicos da existência de ambientes

considerados obesogênicos e seu possível impacto em termos de saúde pública e no que tange a promoção da saúde.

ARAÚJO, C. A. H. DE. et al.. Ambiente construído, renda contextual e obesidade em idosos: evidências de um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 5, p. e00060217, 2018.

DANTAS, R. R.; SILVA, G. A. P. DA .The role of the obesogenic environment and parental lifestyles in infant feeding behavior. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 37, n. 3, p. 363–371, jul. 2019.

DIEZ ROUX, A. V.; MAIR, C. Neighborhoods and health. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 1186, n. 1, p. 125–145, 2010.

Chaix B. et al. Individual/neighborhood social factors and blood pressure in the record cohort study: which risk factors explain the associations? **Hypertension** 2010; 55:769-75.

HINO, A. A. F.; REIS, R. S.; FLORINDO, A. A.. Ambiente construído e atividade física: uma breve revisão dos métodos de avaliação. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, v. 12, n. 5, p. 387–394, 2010.

MALAMBO P et al. . Association between perceived built environment and prevalent hypertension among South African adults. **Adv Epidemiol** 2016.

SALLIS JF, et al. An ecological approach to creating active living communities. **Annu Rev Public Health**. 2006;27:297-322.

SWINBURN B, EGGER G, RAZA F. Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. **Prev Med**. 1999;29:563-70.

ZANELATTO, C. et al. Percepção das desordens de bairro e pressão arterial em adultos: um estudo multinível de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 2, p. e00016418, 2019.

## ***PUERICULTURA ODONTOLÓGICA: AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DAS MÃES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E ORIENTAÇÕES***

Tramas educativas y laborales: perspectivas de los académicos de la salud  
Educational and labor weft: perspectives of health academics

Marcella Luísa Zaremski Andrade<sup>a</sup>; Gisele Reisdorfer<sup>b</sup>; Galina Maiara Giongo Dotto<sup>c</sup>

### **RESUMO**

A puericultura odontológica compreende o atendimento de bebês de 0 a 36 meses de vida. Esse estudo analisou o conhecimento de mães de bebês sobre a saúde bucal infantil, em uma Estratégia da Saúde da Família (ESF) no município de Clevelândia- PR. A amostra foi 100 mães. O instrumento de coleta de dados foi um questionário online feito através do Google Forms avaliando o conhecimento das mães sobre a saúde bucal de seus filhos, enviado pelo aplicativo *WhatsApp*®. Após, as participantes receberam orientações sobre a importância da manutenção da saúde bucal entre 0 e 36 meses. O impacto das informações foi avaliado através de um segundo questionário. Estatísticas descritivas foram obtidas e os dados foram analisados pela correlação de Pearson ( $p < 0,05$ ). Apenas 21, 2% (N=52) da amostra já levou seu bebê mais de uma vez ao dentista, 48,1% das mães não usam creme dental fluoretado, 46,2% só pretende usar o fio dental quando seu bebê possuir muitos dentes na boca e 85,2% (N=27) das mães não se sentem motivadas a evitar hábitos de sucção não nutritivos e mamadeira. Orientações e acompanhamentos devem ser contínuos, para mudança de hábitos e garantia de saúde bucal adequada na primeira infância.

**Palavras-chave:** Cuidado infantil, Vigilância da saúde bucal, Atenção básica.

### **ABSTRACT**

Dental child care includes the care of babies from 0 to 36 months of age. This study analyzed the knowledge of mothers of babies about children's oral health, in a Family Health Strategy (ESF) in the city of Clevelândia- PR. The sample was 100 mothers. The data collection instrument was an online questionnaire made through

---

<sup>a</sup> Discente Do Curso De Odontologia Do Centro Universitário Unisep- União De Ensino Do Sudoeste Do Paraná - Campus Francisco Beltrão. ORCID: 0000-0001-6690-2195. E-Mail: marcellaluisinha@gmail.com

<sup>b</sup> Docente Do Curso De Odontologia Do Centro Universitário De Pato Branco Unidep. ORCID: 0000-0001-7170-1996. E-Mail: gireisdorfer@gmail.com

<sup>c</sup> Docente Do Curso De Odontologia Do Centro Universitário Unisep- União De Ensino Do Sudoeste Do Paraná. E-Mail: maiarafgiongo@gmail.com

Google Forms, evaluating the knowledge of mothers about the oral health of their children, sent through the WhatsApp® application. Afterwards, the participants received guidance on the importance of maintaining oral health between 0 and 36 months. The impact of the information was evaluated through a second questionnaire. Descriptive statistics were obtained and data were analyzed using Pearson's correlation ( $p < 0.05$ ). Only 21.2% (N=52) of the sample has already taken their baby to the dentist more than once, 48.1% of mothers do not use fluoride toothpaste, 46.2% only intend to use dental floss when their baby has many teeth in the mouth and 85.2% (N=27) of mothers do not feel motivated to avoid non-nutritive sucking habits and bottle feeding. Guidance and follow-up must be continuous, to change habits and guarantee adequate oral health in early childhood.

**Keywords:** Childcare, Oral health surveillance, Primary care.

## INTRODUÇÃO

A pretensão por um modelo integrado de atenção à saúde para a primeira infância preconiza ações para modificações de hábitos e levar a medidas amplas para resolução de problemas<sup>1</sup>. Em 2019, o Governo Federal instituiu o programa Previne Brasil, levando a um novo repasse de verbas para atendimento as gestantes e posteriormente para a puericultura odontológica. Essa proposta preconiza aumentar o acesso da população aos serviços de atenção primária e ao vínculo com a equipe. Assim, levando a melhor saúde da população em geral e focando no atendimento em todos os ciclos de vida<sup>2</sup>.

Atualmente, no estado do Paraná, a vigilância e atenção à saúde está organizada em Linhas de Cuidado, sendo a Saúde Bucal uma delas, dentro de um modelo integrado de atenção. Dentre estes, é preconizado o atendimento à gestante, observando os preceitos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM e da Linha de Cuidado Materno-Infantil do Estado do Paraná, constituindo uma ação complementar ao pré-natal médico. O atendimento odontológico na primeira infância também faz parte desta linha de cuidado<sup>1</sup>, em que, a orientação precoce permite minimizar as possibilidades de Cárie na Primeira Infância (CPI) levando a bons hábitos de higiene bucal, tanto para o bebê como para os responsáveis<sup>3</sup>.

O cirurgião-dentista deve participar da puericultura infantil, realizando atendimentos no âmbito da puericultura odontológica. Esta deve ser iniciada entre o 7º e 10º dia de vida do bebê, sendo incentivada desde o pré-natal, na maternidade e pelos agentes comunitários de saúde, durante a visita do puerpério<sup>1,4</sup>. Condutas odontológicas em atendimentos de puericultura se demonstram eficientes e percebe-se que o aumento do número de crianças na primeira consulta odontológica leva a melhores práticas de higiene<sup>5</sup>.

A busca por uma saúde bucal adequada na primeira infância é um objetivo que resulta de bons hábitos da sua fonte familiar e ocasionalmente de qual assistência essa criança recebeu de forma preventiva e interceptadora<sup>6</sup>, sendo o foco a criança, dentro de seu contexto familiar e social, induzindo ao profissional de saúde a pensar nos diversos modos de atuar na promoção de uma infância saudável<sup>7</sup>.

A Linha de Cuidado em Saúde Bucal busca um atendimento em todos os ciclos de vida. Dessa forma, a consulta na primeira infância deve ser realizada de maneira adequada e a orientação as mães deve ser efetiva para que ocorra uma modificação da situação atual. Assim, garantir o primeiro nível de assistência, por meio de uma equipe multiprofissional, e levando a continuidade da atenção procurando serviços preventivos e com integralidade<sup>4</sup>.

Para avaliar informações de prevenção, promoção à saúde e serviços prestados, mensurar percepções e níveis de conhecimento é uma ferramenta útil para nortear novas ações em saúde e conhecer o usuário do serviço.

Atualmente, busca-se por novas alternativas para a recepção e a disseminação de informações<sup>8</sup>, sendo a tecnologia auxiliar na transmissão de conhecimento e na obtenção de resultados. Questionários *online* como o *Google Forms* é uma ferramenta prática, útil, de manuseio simples e minimiza gastos, levando a respostas significativas pelo seu fácil acesso<sup>9</sup>. Também, impulsiona e estimula a participação de um maior número de indivíduos de forma ativa<sup>10</sup>.

Desta forma, esse trabalho mensurou o conhecimento de mães sobre a saúde bucal de bebês e crianças de 0 a 36 meses cadastradas em uma Estratégia de Saúde da Família

(ESF), do Município de Clevelândia – Pr, e incentivou cuidados da saúde bucal de seus filhos.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo onde mães de bebês de 0 a 36 meses, de uma Estratégia da Saúde da Família de Clevelândia-Pr foram convidadas a participar de questionários *online*, usando *Google Forms*. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) do Centro Universitário UNISEP, sob o parecer número 5.408.281.

Estudo observacional, exploratório, descritivo e de caráter quantitativo. Elaborado por meio da aplicação de questionários *online* às mães dos bebês e crianças que participam do programa de puericultura médica e/ou odontológica de uma ESF no Município de Clevelândia-Pr, no ano de 2022, no período de março a setembro.

Os dados levantados em relação a quantidade de bebês e crianças entre 0 e 36 meses e das gestantes que seriam mães durante o período da coleta de dados, foi realizado através dos cadastros da ESF. Ao todo, 100 mães receberam o questionário.

O nome e o número de telefone celular das mães foram levantados junto as equipes de Enfermagem e Odontologia após a aprovação do projeto e sob o aval da prefeitura do município. Em seguida, foi feito um primeiro contato para confirmar se o número de telefone correspondia ao informado e se possuía o aplicativo de mensagens *WhatsApp*®. As mães concordaram a participar desta pesquisa após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Assim, a pesquisa foi realizada por meio de questionários *online* construído em *Google Forms*, sendo os mesmos adaptados de questionários já validados<sup>11,12,5</sup>. Os questionários transcorreram através do aplicativo mencionado, sendo que a participação foi voluntária e anônima. No questionário 1, composto por 22 questões, os aspectos avaliados seriam: perfil sociodemográfico, nível de conhecimento das mães sobre higiene oral, hábitos não nutritivos e alimentares de 0 a 36 meses, aleitamento materno e puericultura

odontológica. As participantes tiveram até 20 dias para responder o primeiro questionário. No entanto, contatos via *WhatsApp*® foram feitos após 10 e 15 dias para lembrá-las.

Após o período destinado para responder ao questionário 1, as participantes receberam num período de 3 semanas, 2 mídias ilustrativas e 2 vídeos: sobre a importância da manutenção da saúde bucal entre 0 e 36 meses; a necessidade das consultas odontológicas nesse período; quais atitudes são benéficas e maléficas nessa faixa etária e quais riscos que uma saúde bucal deficiente pode oferecer. Na sequência, foi enviado o questionário 2 *on-line* construído em *Google Forms*, via *WhatsApp*®, composto de 3 questões, para determinar qual o impacto das informações oferecidas.

Como critérios de inclusão foram consideradas todas as mães que possuem filhos(as) entre 0 e 36 meses e estão cadastradas na ESF. Os critérios de exclusão foram considerados os questionários com erros no preenchimento das respostas e as mães que não estavam mais fazendo parte da ESF.

Os questionários foram analisados individualmente e os dados tabulados em planilhas do programa Microsoft Office Excel 2021. A análise estatística foi realizada por meio do *Statistical Package for Social Sciences*® programa (SPSS versão 22.0; SPSS Inc., Chicago, IL, EUA). Estatísticas descritivas foram obtidas, como frequências absolutas (n) e relativas (%). Teste de correlação de Pearson foi usado para determinar se houve relação significativa na avaliação do grau de impacto das informações enviadas. O nível de significância de 5% foi adotado ( $p < 0,05$ ).

## RESULTADOS

Dos 100 questionários enviados apenas 67% da amostra respondeu e 52 questionários foram incluídos como válidos, representando uma taxa de respostas de 52%. A idade que apresentou mais predomínio foi a de 21-26 anos (34,6%), a maioria das mulheres (46,2%) possuíam de 2 a 3 pessoas na casa e 88,5% declararam ter 1 filho de 0 a 3 anos de idade. A raça predominante foi a branca (46,2%), seguida da parda (42,3%), grande

parte relatou ser casada (44,2%), com escolaridade de ensino médio incompleto (34,6%), e a renda familiar evidenciou que a maioria recebe entre 1 e 2 salários mínimos (36,5%) (Tabela 1).

**Tabela 1:** Dados do perfil sociodemográfico da amostra. Clevelândia, 2022. (N= 52).

Variável		N	%
Idade	15-20	6	11,5
	21-26	18	34,6
	27-32	10	19,2
	33-38	10	19,2
	39-44	3	5,8
	Respostas inválidas	5	9,6
Quantidade de pessoas na casa	2-3	24	46,2
	4-5	21	40,4
	6-7	4	7,7
	8-9	3	5,8
Número de Filhos de 0-3 anos	1 filho	46	88,5
	2 filhos	4	7,7
	3 filhos	2	3,8
Raça	Branca	24	46,2
	Parda	22	42,3
	Preta	3	5,8
	Indígena	2	3,8
	Outros	1	1,9
Escolaridade	Fundamental incompleto	4	7,7
	Fundamental completo	2	3,8
	Ensino Médio incompleto	18	34,6
	Ensino Médio completo	12	23,1
	Curso superior incompleto	10	19,2
	Curso superior completo	6	11,5
Estado Civil	Solteira	21	40,4
	Casada	23	44,2
	Divorciada	1	1,9
	Viúva	1	1,9
	Outro	6	11,5
Renda Familiar	Menos de um salário-mínimo	6	11,5
	Um salário mínimo	11	21,2

1 a 2 salários mínimos	19	36,5
2 a 3 salários mínimos	9	17,3
4 ou mais salários mínimos	4	7,7
Outro	3	5,8

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2022.

O conhecimento das mães sobre a saúde bucal de seus filhos está representado na Tabela 2.

**Tabela 2:** Conhecimento das mães em relação a saúde bucal dos bebês ou crianças e puericultura odontológica. Clevelândia, 2022. (N=52).

Variável		N	%
Qual a situação mais parecida com o seu dia a dia:	Meu bebê ainda não tem dentes, mas eu FAÇO a higiene da boca dele (a).	9	17,3
	Meu bebê ainda não tem dentes, mas eu NÃO FAÇO a higiene da boca dele (a).	5	9,6
	Meu filho (a) já tem dentes e eu FAÇO a limpeza dos dentes dele (a).	35	67,3
	Meu filho (a) já tem dentes e eu NÃO FAÇO a limpeza dos dentes dele (a).	3	5,8
	Meu filho (a) já tem dentes e escova sozinho.	0	0
Quando você começou a higienizar a boca do seu bebê ou criança?	Nos primeiros dias de vida.	12	23,1
	Entre 1 e 3 meses.	7	13,5
	Entre 4 e 6 meses.	15	28,8
	Entre 7 e 12 meses.	7	13,5
	Só quando os dentes aparecem.	11	21,2
Como você faz ou fazia a limpeza da boca do bebê quando não tinha dentes?	Eu não fazia a limpeza.	12	23,1
	Com um paninho macio ou uma gaze.	16	30,8
	Com um paninho macio ou uma gaze umedecida em água limpa.	20	38,5
	Com a escova de dentes.	2	3,8
	Com a escova de dentes de silicone.	2	3,8
Como você faz ou pretende fazer a limpeza dos dentes da criança?	Apenas com escova dental.	8	15,4
	Com escova dental e creme dental com flúor.	27	51,9
	Com escova dental e creme dental sem flúor.	17	32,7

Qual a quantidade de creme dental você usa ou pretende utilizar na escova?	A quantidade que cubra todas as cerdas da escova dental.	10	19,2
	A quantidade que cubra mais da metade das cerdas da escova dental.	3	5,8
	A quantidade que cubra menos da metade das cerdas da escova dental.	21	40,4
	Uma quantidade semelhante ao tamanho de um grão de arroz.	18	34,6
Com relação ao uso do fio dental em crianças pequenas, você acha que:	Não precisa usar.	8	15,4
	Usarei só quando tiver bastante dentes na boca.	24	46,2
	Usarei a partir do momento que tiverem 2 dentes na boca.	17	32,7
	Usarei apenas quando tiverem aparecido os dentes de trás.	3	5,8
Seu bebê ou criança usa ou já usou:	Chupeta.	2	3,8
	Mamadeira.	17	32,7
	Chupeta e mamadeira.	24	46,2
	Não usou.	9	17,3
Você acredita que o uso de chupetas e mamadeiras prejudicam o desenvolvimento dos dentes e do rosto?	Sim.	36	69,2
	Não.	7	13,5
	Não sei.	9	17,3
Quando você acredita que deve ser interrompido o uso de chupetas e mamadeiras?	Quando a criança começar a comer alimentos sólidos.	4	7,7
	Quando nascer os primeiros dentes.	5	9,6
	Não precisa interromper, é até a criança desejar.	3	5,8
	Depois dos 3 anos.	14	26,9
	Não sei.	26	50,0

Por quanto tempo pretende amamentar ou amamentou seu filho (a)?	Não amamentou / não amamentei.	14	26,9
	Menos que 6 meses.	3	5,8
	até 6 meses.	3	5,8
	Até 12 meses.	4	7,7
	Até os 2 anos.	22	42,3
	Mais que 2 anos.	6	11,5
Você acredita que o aleitamento materno promove algum benefício a criança?	Sim.	52	100,0
	Não.	0	0,0
	Não sei.	0	0,0
	É igual a mamadeira.	0	0,0
Você acredita que comer alimentos ou líquidos açucarados são prejudiciais para as crianças?	Sim.	46	88,5
	Não.	0	0,0
	Não sei.	6	11,5
Quando você acredita que devemos levar o bebê ou criança ao dentista?	No primeiro mês após o nascimento.	23	44,2
	Até os 6 meses.	7	13,5
	Entre 6 e 12 meses.	11	21,2
	Apenas quando nascer os dentes.	11	21,2
Seu bebê ou criança já foi ao dentista?	Sim, uma vez.	20	38,5
	Sim, mais de uma vez.	11	21,2
	Nunca foi.	21	40,4

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2022.

Das 52 mães que aderiram ao questionário 1, apenas 27 responderam ao questionário 2. Já na Tabela 3 observa-se a qualidade das informações recebidas e a motivação em irem

às consultas de puericultura odontológica. O Gráfico 1 revela o grau de motivação quanto a modificação de hábitos.

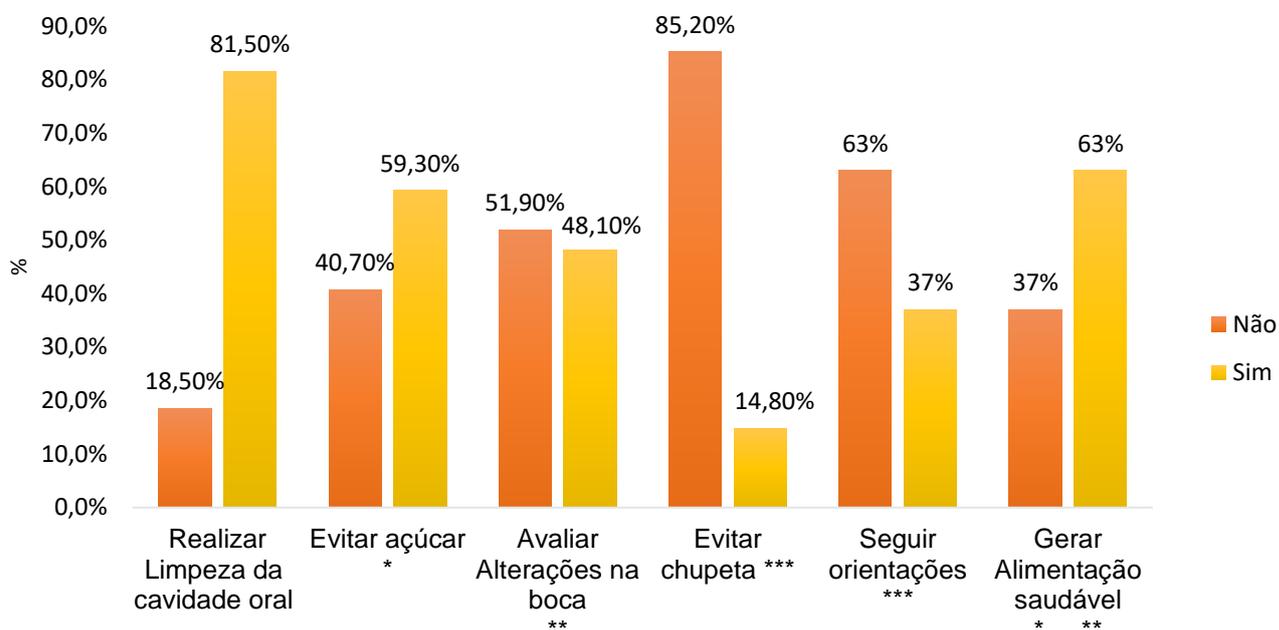
**Tabela 3:** Motivação das mães em relação a puericultura odontológica. Clevelândia, 2022. (N=27).

	Variável	N	%
Como você avalia as informações que foram enviadas?	Ótimas.	21	77,8
	Boas.	6	22,2
	Ruins.	0	0,0
	Não dei importância ao que foi enviado.	0	0,0
Se sente motivada a levar seu bebê na puericultura odontológica?	Muito Motivada.	27	100,0
	Pouco Motivada.	0	0,0
	Não me sinto motivada.	0	0,0

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2022.

**Gráfico 1:** Grau de motivação final após as atividades de intervenção. Clevelândia, 2022 (N=27). Nota: correlação de Pearson. Nível de significância de  $p > 0,05$ . Houve associação entre: Gerar alimentação saudável e evitar açúcar \*, gerar alimentação saudável e avaliar alterações na boca \*\*, seguir orientações e evitar chupeta \*\*\*.

### Grau de Motivação:



As mídias ilustrativas te deixaram motivada a:

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2022.

## DISCUSSÃO

Os primeiros mil dias de vida de uma criança se caracteriza pela sua concepção até o final do seu segundo ano. É nesse período que as escolhas determinam o desenvolvimento saudável de um bebê, como uma boa nutrição, que irá refletir em seus hábitos e saúde ao longo da vida<sup>13</sup>. Esse período é conhecido como “intervalo de ouro” para o que se denomina as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) sistêmicas e bucais. Dessa forma, intercessões nesses primeiros mil dias pode alterar o quadro de desenvolvimento de enfermidades nessas crianças pequenas<sup>14</sup>.

A puericultura é uma etapa que trata da promoção e prevenção da saúde infantil, levando a evitar danos à saúde da criança. Essa avaliação, deve ser realizada levando em conta diversos aspectos da vida desse bebê, como a análise da família em que ela está inserida, qual sua condição social e seus aspectos físicos e ambientais<sup>8</sup>. As mães são as

responsáveis mais relevantes na vida de uma criança e geralmente quem acompanham os bebês de 0-36 meses às consultas odontológicas<sup>13</sup>.

Diante disso, esse estudo observou que as crianças estão atreladas a famílias que possuem mães com a faixa etária predominante de 21-26 anos (34,6%) e que a maioria possuía apenas um filho de zero a três anos (88,5%). A etnia dominante foi a branca (46,2%) contrapondo achados de que a etnia dominante foi parda<sup>12</sup>. Em relação a escolaridade, a maior parte das mães possuíam ensino médio incompleto, corroborando com outros estudos<sup>5,12</sup>. O estado civil mais prevalente foi o de casadas (44,2%). Por outro lado, a renda familiar em que as crianças da pesquisa se encontravam foi entre um e dois salários mínimos, totalizando 36,5% da amostra, próximo ao encontrado em outros estudos de 41,9%<sup>5</sup> (Tabela 1).

Nesse contexto, a atuação da ESF, juntamente com o cirurgião-dentista, desempenha um importante papel na saúde das mães e crianças. Motiva a adesão de hábitos saudáveis no ciclo familiar, prevenindo doenças crônicas não transmissíveis bucais e sistêmicas, levando a uma vida melhor<sup>14</sup>.

Em relação ao conhecimento das mães sobre a saúde bucal de seus bebês e crianças, foi observado que 67,3% da amostra destacaram que seu filho(a) já possuía dentes e que realizavam a higiene oral. Em contrapartida, 5,8% das mães indicaram que seu bebê ou criança já possuía dentes, mas que ainda não realizava a limpeza desses elementos. Achados revelam que após a irrupção de qualquer elemento dentário, já está indicado a higienização dos mesmos<sup>15</sup>.

No que diz respeito à quando começar a higiene oral dos bebês ou crianças, a maioria acredita que deve ser iniciada entre 4 e 6 meses (28,8%). Em conformidade, 23,1% das mães presumem ser nos primeiros dias de vida. Mas, em contraste a isso, 21,2% consideram que só se deve iniciar a higienização bucal quando os dentes aparecerem. Autores demonstram que, quanto mais cedo for o manejo bucal de bebês, mais receptivo esse será para realizar os cuidados com sua higiene e saúde oral futuramente<sup>16</sup>.

Além disso, 23,1% das mães na ausência de dentes não executavam a limpeza da cavidade oral desses bebês. Concordando com os achados desta pesquisa, de que 21,2% da amostra iria realizar a limpeza só quando os dentes aparecerem. Segundo autor, profissionais odontopediátricos indicam que a higiene oral de bebês já ocorra na fase edêntula, com auxílio de gaze limpa ou fralda, embebidas em água filtrada. Essa higiene deve ser realizada uma vez ao dia<sup>15</sup>.

Por outro lado, foi observado que 51,9% das entrevistadas pretendiam realizar a limpeza dos dentes da criança com escova dental e creme dental com flúor. Porém, ainda 48,1% optaram por não usar creme dental fluoretado. Após a irrupção dos primeiros dentes do bebê ou criança, já está indicado a higienização com o auxílio de escovas de dentes ou dedeiras com cremes dentais com flúor na concentração de 1.100 ppm e água filtrada<sup>15, 16</sup>. O creme dental com flúor é indicado na quantidade adequada e com a supervisão dos responsáveis, sendo eficaz para a prevenção e manejo de cárie em crianças<sup>17, 18</sup>. Precisando assim, desmistificar o uso de cremes dentais com flúor, introduzindo-o após a irrupção de qualquer elemento dentário.

Em contraste, a grande maioria (75%), utilizava uma quantidade de creme dental razoável, sendo uma informação bem difundida. Na literatura, a quantidade de creme dental fluoretado indicada para crianças menores de quatro anos de idade é equivalente ao tamanho de um grão de arroz<sup>15</sup>.

Na atualidade ainda existe a concepção de que não é necessário o uso do fio dental em crianças pequenas, como relatado nesse estudo, em que foi constatado que 46,2% da amostra só iria usar o fio dental quando vários dentes estivessem erupcionados. Observou-se neste estudo, que em algum momento da vida do bebê ou criança, as mães (84,7%), iriam incluir o uso do fio dental na higiene bucal da criança. Porém, ainda existe a analogia de que não é necessário o uso deste dispositivo (15,4%). Nos achados literários, o uso do fio dental é recomendado a partir do momento que dois dentes possuam ponto de contato<sup>19</sup>, sendo que esta informação está presente para 32,7% das mães neste estudo.

A interrupção precoce do aleitamento materno leva a maiores chances de desenvolvimento de hábitos não nutritivos em crianças, como uso de chupetas e mamadeiras<sup>20</sup>. Nesse estudo, 82,7% dos bebês ou crianças fizeram uso de algum desses dispositivos. Contraditoriamente, 69,2% das mães sabiam que esses hábitos podem prejudicar o desenvolvimento dos dentes e da face da criança pequena. Enquanto, 17,3% da amostra não souberam responder sobre essa associação. Quando esses hábitos não nutritivos são estabelecidos, podem levar a um fator prejudicial no desenvolvimento padrão, além de prejudicar o sistema estomatognático, fazendo com que a atividade neuromuscular seja comprometida, podendo interferir na deglutição, respiração e levar à más-oclusões<sup>21</sup>. Vale lembrar que, a gravidade dessas consequências está relacionada com a intensidade, frequência e duração com que esse hábito está instalado<sup>22</sup>.

Em relação aos dados deste estudo, metade da amostra (50%) não sabe quando deve interromper o uso de chupetas e mamadeiras. Vale lembrar que até os seis meses de vida o hábito de sucção é um reflexo natural, após esse período ele não é um estímulo inerente do bebê, sendo um ato opcional<sup>19</sup> e a cessação deve ser estimulada.

As mães se encontraram bem informadas em relação ao benefício do aleitamento materno, em que 100% associam a amamentação com algum privilégio a criança pequena. Condutas adequadas de aleitamento materno previnem doenças infectocontagiosas mais relevantes em bebês de seis a vinte e três meses, que são uma das enormes causas de mortalidade infantil, fornecendo prevenção e proteção do bebê e da mãe. Essa prática pode ajudar a prevenir o câncer de mama, diabetes, sobrepeso e obesidade nas lactantes<sup>23</sup>. A associação de hábitos alimentares com a saúde a curto e longo prazo de um bebê é um fator a ser considerado, levando ao incentivo do aleitamento materno nos primeiros anos de vida, principalmente nos primeiros seis meses do bebê<sup>20, 24</sup>.

Em contrapartida, 26,9% da amostra não amamentou seu bebê ou criança e 42,3% das mães pretendiam amamentar até os dois anos de idade. A Organização Mundial da Saúde (OMS), juntamente com o Ministério da Saúde, recomenda o aleitamento materno

exclusivo até os seis meses de vida do bebê e complementado até os dois anos de idade. Como também, pode-se esperar o desmame natural da criança<sup>25</sup>.

No estudo, a maioria das mães constataram que comer alimentos e líquidos açucarados são prejudiciais para as crianças, totalizando 88,5% da amostra. Corroborando com achados que afirmam que, a ingestão de alimentos que contém açúcar é iniciada de forma muito precoce aos bebês e crianças e possui carência de nutrientes, podendo prejudicar a formação e a estrutura dentária. Além de uma alimentação adequada, sem ingestão de açúcar, estar relacionada a permanência de uma boa saúde ao longo da vida, a melhores hábitos alimentares e a prevenção de doenças<sup>26, 27</sup>.

De acordo com a puericultura odontológica, 44,2% da amostra acreditava que deveriam levar seus filhos(as) ao dentista já nos primeiros dias de vida. Enquanto em 21,2%, foi constatado que só deveria levar quando aparecessem os primeiros dentes da criança pequena. A linha guia de cuidado materno infantil do Paraná mostra que esse atendimento odontológico já é indicado nos primeiros dias de vida do bebê<sup>14</sup>. As mães que recebem informações precocemente sobre a saúde bucal de seu filho(a) possuem maior conhecimento e desempenham melhor as funções referentes a puericultura odontológica<sup>5</sup>.

Dados obtidos revelam que 40,4% da amostra nunca levou seu filho(a) ao dentista. Enquanto, 38,5% levaram apenas uma vez. A minoria (21,2%) das mães, levou seu bebê ou criança mais de uma vez ao dentista. Mesmo as responsáveis possuindo conhecimento adequado sobre a saúde bucal do bebê, a busca por um atendimento odontológico na maioria das vezes chega de forma curativa e não preventiva<sup>28</sup>. A puericultura odontológica é de grande valia para a saúde dos bebês, já que o conhecimento dos pais sobre esse assunto leva a uma melhor adesão da higiene oral dessas crianças. Um menor consumo de açúcar e consequentemente uma maior ingestão de alimentos saudáveis<sup>5</sup>.

Após as mães receberem as mídias ilustrativas, responderam ao questionário 2, para avaliar qual o impacto dessas orientações em relação a sua motivação. Assim, 77,8% da amostra considerou as orientações recebidas como ótimas e 100% das mães evidenciaram

estarem muito motivadas quanto a levarem seus bebês ou crianças na puericultura odontológica (Tabela 3).

Em associação a mudança de hábitos, 81,5% da amostra se diz muito motivada a realizar a limpeza correta da boca e dentes do seu filho(a). O que é de grande valia, já que até os oito anos de idade, uma criança é incapaz de realizar a higiene oral sozinha, por não possuir boa coordenação motora para exercer tal função<sup>29</sup> (Gráfico 1).

Já, quanto a ingestão de açúcar, 59,3% se sentem motivadas a evitar esse consumo de açúcar, doces e produtos industrializados na alimentação de seus filhos(as). Em oposição, 40,7% das mães ainda não fazem questão de realizar essa intervenção. Essa mudança é um desafio para a atenção básica em saúde e gera o aumento da chance de cárie dentária, influencia na saúde da criança e pode prejudicar a formação dentária desses bebês<sup>24, 26, 27</sup>.

No quesito sempre observar se existe alguma alteração na cavidade oral do seu bebê ou criança, 51,9% da amostra não acha necessário e 48,1% se sentem motivadas a seguir essa orientação.

Quanto ao uso de chupetas, mamadeira e sucção digital, a grande maioria das mães não se sente motivada em evitar esse hábito, totalizando 85,2% da amostra. Apenas 14,8%, se sentem motivadas a intervir sobre o estabelecimento desses hábitos. O que é uma pena, já que estudos mostram que quando esses hábitos são estabelecidos podem levar a um fator prejudicial no desenvolvimento padrão e na atividade neuromuscular de bebês ou crianças<sup>21</sup>. Mesmo após as mídias ilustrarem essas informações e como pode prejudicar, as mães ainda fazem questão de manter esses dispositivos e hábitos.

Simplesmente, 37% da amostra se diz motivadas para seguir as orientações repassadas pelo cirurgião-dentista e procurar o atendimento de forma frequente para seu filho(a). Mas, 63% não estão incentivadas em relação a isso. Em contraste com a primeira questão na qual elas evidenciaram estarem motivadas a isso. O que mostra o quanto a puericultura odontológica é negligenciada e não recebe sua devida importância, sendo

necessárias novas estratégias para incentivarem essas mães a procurarem atendimento para seus filhos.

Ainda, 63% das mães se dizem motivadas a incentivar seu bebê ou criança a ter uma alimentação saudável rica em frutas e verduras. E, 37% amostra não está estimulada a essa mudança de hábito. O que é próximo ao número de mães que não pretendem reduzir ou evitar o consumo de açúcar, doces e alimentos industrializados.

Nesta investigação houve associação entre seguir as orientações repassadas e evitar o consumo de açúcar e também sobre avaliar alterações na cavidade oral de seus filhos (as) e seguir as orientações do cirurgião-dentista. Foi encontrada associação em mães que pretendem evitar o uso de chupetas e seguir as orientações necessárias (Gráfico 1).

Vale destacar que os fatores limitantes do estudo foram a adesão em responder os questionários e dados cadastrais inconsistentes no momento de selecionar a amostra participante. As informações ofertadas foram avaliadas positivamente pelas mães, porém deve-se enfatizar que a repetição de orientações deve ser constante para modificar hábitos, atitudes e conceitos instalados no ciclo familiar.

## CONCLUSÃO

Essa pesquisa mostra que, mesmo ao orientar as mães e relatar sobre a importância da saúde bucal dos filhos nos 0 a 36 meses de vida, a puericultura odontológica ainda é muito negligenciada, não recebendo sua devida importância pelas mães nessa faixa etária de idade de seus filhos(a).

Constatou-se que, estratégias devem ser empregadas em relação às orientações sobre a importância do uso de creme dental, com concentração de flúor adequada, já no irrompimento dos primeiros dentes de um bebê. Ainda, sobre a correta forma de higienização desses dentes e sobre a relevância do uso do fio dental.

Algumas informações sobre, até quando amamentar e em relação aos hábitos não nutritivos, devem ser repassadas. Isto garante a essas crianças uma infância saudável e feliz.

Essas orientações e acompanhamentos devem seguir continuidade, para que essas mães processem essas informações e mudem seus hábitos em relação a uma garantia de saúde bucal e geral a seus filhos.

Mais estudos devem ser realizados para analisar a saúde oral dessas crianças futuramente e correlacionando as informações que essas mães possuem, com a cavidade oral de seus filhos.

## REFERÊNCIAS

- 1 Paraná. Secretaria Da Saúde Linha De Cuidado Em Saúde Bucal – 3. Ed. Curitiba: SESA, 2021.
- 2 Brasil. Ministério Da Saúde. Gabinete Do Ministro. PORTARIA Nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Brasília, 2019.
- 3 Oliveira, A. L. B. M.; Botta, A. C.; Rosell F. L. Promoção De Saúde Bucal Em Bebês. Rev. Odontol. USP. 2010; 22(3):247-253.
- 4 Paraná. Secretaria De Estado Da Saúde Do Paraná. Superintendência De Atenção À Saúde. Linha Guia Rede De Saúde Bucal. – Curitiba: SESA, 2016:92.
- 5 Macambira, D. S.; Chaves, E. S.; Costa, E. C. Conhecimento De Pais/Cuidadores Sobre Saúde Bucal N Infância. Rev. Saúde E Pesq. 2017; 10(3):463-472.
- 6 Noronha, J. C.; Gomes, H. E.; Mordente, C. M.; Souki, B. Q. Saúde Bucal Na Infância E Adolescência. Rev. Med Minas Gerais. 2019; 29(13):86-90.
- 7 Silveira, J. S. A Atuação Do Profissional De Odontologia Na Puericultura Multiprofissional. Brazilian Journal Of Health Review. 2021; 4(5):21247-21261.
- 8 Martins, A. F. Google Forms Como Ferramenta De Apoio: Experiência Docente Em Meio A Pandemia Corona Vírus. Anais Do Ciet:Enped:2020 – (Congresso Internacional De Educação E Tecnologias | Encontro De Pesquisadores Em Educação A Distância). São Carlos, 2020.
- 9 Monteiro R. L. S. G.; Santos D. S. A Utilização Da Ferramenta Google Forms Como Instrumento De Avaliação Do Ensino Na Escola Superior Guerra. Rev. Carioca Da Ciên., Tecnologia E Educação (Online). Rio De Janeiro. 2019; 4(2):27-38.
- 10 Mathias S. L., Sakai C. Utilização Da Ferramenta Google Forms No Processo De Avaliação Institucional: Estudo De Caso Nas Faculdades Magsul. Anais CBPAT. 2013.

- 11 Massoni, A. C. L. T.; Paulo, S. F.; Forte, F. D. S.; Freitas, C. H. S. M.; Sampaio, F. C. Saúde Bucal Infantil: Conhecimento E Interesse De Pais E Responsáveis. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.* 2010; 10(2):257-264.
- 12 Ferreira S. et al. Conhecimento Em Saúde Bucal Do Bebê E Expectativa Relativa Ao Pré-Natal Odontológico: Retrato De Um Município Baiano De Grande Porte. *Rev. FOL- Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep, Artigos Originais.* 2015; 25(2):19-30.
- 13 Cunha A., Leite A., Almeida I. The Pediatrician's Role in The First Thousand Days of The Child: The Pursuit of Healthy Nutrition and Development. *J. Pediátrico.* 2015; 91:44-51.
- 14 Pereira, Sângela Maria Da Silva; Ribeiro, Cecília Claudia Costa. Os Primeiros 1000 Dias De Vida Como Uma Oportunidade Para A Prevenção Das Dcnt Bucais E Sistêmicas: O Que O Cirurgião-Dentista Precisa Saber? In: Universidade Federal Do Maranhão. Curso Saúde Bucal Na Atenção Primária: Urgências, Doenças Transmissíveis, Gestantes E Pessoas Com Deficiência. Assistência Odontológica Para Pacientes Com Dcnt Na Atenção Primária: Doenças Cardiovasculares. Assistência À Saúde Bucal Para Gestantes E Puérperas. São Luís: Ufma; Curso Saúde Bucal Na Atenção Primária: Urgências, Doenças Transmissíveis, Gestantes E Pessoas Com Deficiência, 2020
- 15 Nunes Ana C. R. et al. Quando Iniciar Os Cuidados Bucais Do Bebê? *Rev. Fac Odontol Univ Fed.* 2014; 44(1):17-22.
- 16 Oliveira, Danielle F. S.; Moura Hanielle G.; Oliveira Aline J. Higiene Bucal De Bebês De 0 A 6 Meses. *Rev. Cient. Do Itpac.* 2008; 1(1):34-38.
- 17 Chedid S. Recomendações Atualização De Condutas Em Pediatria. Departamentos Científicos Spssp, Editora Luce. 2016(76).
- 18 Batista Monique D. E.; Valença Ana M. G. Dentifrícios Fluoretados E Sua Utilização Em Crianças. *Arquivos Em Odontologia.* 2004; 40(2):111-206.
- 19 Closs C. et al. Guia De Orientação Para Saúde Bucal Nos Primeiros Anos De Vida. 2018:32.
- 20 Andrade Mateus A. et al. Relação Entre Oclusopatias E Hábitos Parafuncionais Na Primeira Infância. *Research, Society And Development.* 2020; 9(7).
- 21 Gisfrede Thays F. et al. Hábitos Bucais Deletérios E Suas Consequências Em Odontopediatria. *Rev. Bras. Odontol.* 2016; 73(2):144-9.
- 22 Grochentz J., Laginski M., Dalledone M., Bruzamolin C., Marques F. Presença De Hábitos De Sucção Não Nutritiva E A Relação Com As Maloclusões. *Ver. Gest. Saúde.* 2017; 16(1):12-20.
- 23 Victoria Cesar G. et al. Amamentação No Século 21: Epidemiologia, Mecanismos, E Efeitos Ao Longo Da Vida. *Rev. Epidemiol. Serv. Saúde,* 2016(387).

- 24 Lopes Wanessa C. et al. Alimentação De Crianças Nos Primeiros Dois Anos De Vida. *Rev. Paul Pediatr.* 2018; 36(2):164-170.
- 25 Brasil. Ministério Da Saúde. Secretaria De Atenção À Saúde. Departamento De Atenção Básica. Saúde Da Criança: Nutrição Infantil: Aleitamento Materno E Alimentação Complementar / Ministério Da Saúde, Secretaria De Atenção À Saúde, Departamento De Atenção Básica. – Brasília: Editora Do Ministério Da Saúde. 2009; 24:112.
- 26 Batista Luciana R. V.; Moreira Emilia A. M.; Corso Arlete C. T. Alimentação, Estado Nutricional E Condição Bucal Da Criança. *Rev. Nutr.* 2007; 20(2):191-196.
- 27 Nogueira Juliana M. G. A.; Costa Ana M.; Coelho Erica C. Primeira Infância Sem Açúcar: Um Direito A Ser Conquistado. *Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.* 2020; 9(4):51-69.
- 28 Martins Caroline, L.; Jetelina Juliana C. Conhecimento Dos Pais Sobre Saúde Bucal Na Infância E A Relação Com O Motivo Da Consulta Odontológica. *J Oral Invest.* 2016; 5(1):27-33.
- 29 Oliveira, Lorena M.; Silva Patricia G. P. Cárie Precoce Na Infância: Revisão De Literatura. *Rev. Odontol Planal Cent.* 2018.

# **PERCEPÇÃO SOBRE A IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO EM GESTANTES HAITIANAS DE PATO BRANCO-PR**

Perception of the importance of dental prenatal care in Haitian pregnant women in Pato Branco-PR  
Percepción de la importancia del prenatal dental en gestantes haitianas en Pato Branco-PR

Ana Júlia Stanger<sup>1</sup>; Bruna Eduarda de Paula<sup>2</sup>; Alice Pereira Ramos de Freitas<sup>3</sup>; Gisele Reisdorfer Galina<sup>4</sup>; Graciela Caroline Gregolin<sup>5</sup>; Christiana Almeida Salvador Lima<sup>6</sup>.<sup>a</sup>

## **RESUMO**

Diversos povos migram em busca de uma melhor qualidade de vida, como o povo haitiano. Objetivo: Este artigo avaliou a percepção das gestantes haitianas acerca da importância da realização do pré-natal odontológico (PNO). Metodologia: Realizou-se uma pesquisa de campo, de caráter qualitativo-descritivo, a partir de entrevistas com gestantes haitianas residentes em Pato Branco-Paraná, no primeiro semestre de 2023, cadastradas no Sistema Único de Saúde (SUS) e que fazem pré-natal médico. Resultados: entrevistou-se seis gestantes haitianas com idade entre 18 e 33 anos. Constatou-se que as participantes possuem pouco conhecimento sobre o PNO, provavelmente pela barreira linguística e nível de escolaridade. Além disso, três das seis entrevistadas, não entenderam as orientações fornecidas pelos cirurgiões dentistas. Conclusão: A realização do PNO, torna-se essencial e reforça a necessidade de buscar alternativas para facilitar a comunicação, com isso criou-se uma cartilha de apoio tanto para os profissionais quanto para as gestantes.

**Palavras-chave:** Pré-natal odontológico. Gestantes. Saúde bucal.

## **ABSTRACT**

---

<sup>a</sup> <sup>1</sup>Acadêmica de odontologia, do Centro Universitário de Pato Branco-PR, UNIDEP. Pato Branco, Paraná, Brasil. stangerana10@gmail.com

<sup>2</sup>Acadêmica de odontologia, do Centro Universitário de Pato Branco, UNIDEP. Pato Branco, Paraná, Brasil.

<sup>3</sup>Professora do Centro Universitário de Pato Branco-PR, UNIDEP. Pato Branco, Paraná, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7124-4948>

<sup>4</sup>Professora do Centro Universitário de Pato Branco-PR, UNIDEP. Pato Branco, Paraná, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7170-1996>

<sup>5</sup>Professora do Centro Universitário de Pato Branco-PR, UNIDEP. Pato Branco, Paraná, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-9281-9391>

<sup>6</sup>Professora do Centro Universitário de Pato Branco-PR, UNIDEP. Pato Branco, Paraná, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5144-0231>

**Objective:** This article aims evaluated the perception of Haitian pregnant women about the importance of carrying out dental prenatal care (PNO). **Methods:** Field research, of a qualitative-descriptive nature, interviewed Haitian pregnant women residing in a municipality in the interior of Paraná, in the first half of 2023, registered in the Sistema Único de Saúde (SUS). **Results:** Six Haitian pregnant women residing in the Pato Branco, aged between 18 and 33 years old, participated in the research. It was found that the participants did not have extensive knowledge about the importance of the PNO, probably due to the language barrier and level of education. In addition, they do not understand the guidelines provided by dentists. **Conclusion:** Carrying out the PNO becomes essential and reinforces the need to seek alternatives to facilitate the pregnant woman-health professional communication, preventing and minimizing future illnesses.

**Keywords:** Dental prenatal. Pregnant women. Oral Health.

## INTRODUÇÃO

Conforme a Declaração dos Direitos do Homem, de 1948, o ato de migrar é um direito humano, e se constitui pelos movimentos de chegada e partida de um lugar para o outro. Portanto, a migração é um fenômeno constante na história da humanidade, sendo um direito que deve ser garantido a todas as pessoas. Nesse sentido, é importante que os países recebam os migrantes de forma acolhedora, oferecendo-lhes condições dignas de moradia, trabalho e acesso a serviços públicos, como saúde e educação, respeitando assim os direitos humanos fundamentais.<sup>1</sup>

Após o terremoto que atingiu o Haiti no ano de 2010, muitos haitianos migraram para outras nações, motivados por instabilidades econômicas, sociais e políticas, buscando oportunidades de emprego, moradia e saúde.<sup>2</sup> O Brasil começou a ser um dos principais destinos, a partir de 2010, quando se observou um aumento do número de imigrantes haitianos que buscavam meios para uma vida melhor, uma vez que no país há oportunidades de emprego e moradia acessíveis e um sistema de saúde que oferece acesso integral, universal e gratuito, disponível para toda e qualquer pessoa, abrangendo procedimentos simples e até os mais complexos, o qual é conhecido como Sistema Único de Saúde (SUS).<sup>3</sup>

Nesse contexto é importante conhecer o conceito de saúde dos imigrantes haitianos e a possibilidade de promover saúde diante de vulnerabilidades. A promoção de saúde deve estar presente em todos os ciclos de vida do indivíduo, incluindo o período gestacional o qual ocorrem mudanças biológicas, físicas, psicológicas e é marcado por diversas peculiaridades que impactam o parto e puerpério como aspectos socioeconômicos e psíquicos, influenciando na saúde materno/infantil. O procedimento de pré-natal (PN), é um acompanhamento médico à gestante, que visa prevenir, identificar e tratar problemas de saúde.<sup>4</sup>

Durante o período gestacional ocorre mudanças que podem impactar de maneira negativa a qualidade de vida da gestante, como as alterações na cavidade bucal que incluem a doença cárie, doença periodontal (gengivite, periodontite) e alterações salivares (fluxo e capacidade tampão. Esse acompanhamento odontológico, possibilita o diagnóstico precoce dessas alterações, além de orientar as gestantes sobre a mudança com relação aos hábitos alimentares e uma boa instrução de higiene.<sup>5</sup>

O pré-natal odontológico é uma demanda real e necessária que foi implementado na esfera federal, estadual e municipal do Brasil. A nível federal, o PNO está presente em todas as unidades do Sistema Único de Saúde (SUS), através de programas como a Rede Cegonha, criada em 2011 pelo Ministério da Saúde, com o intuito de proporcionar qualidade de vida e bem-estar durante a gestação, parto e puerpério.<sup>6</sup> O pré-natal odontológico faz parte do *check-up* da gestante durante o seu período gestacional, o qual é preconizado pela Organização Mundial da Saúde – OMS, que a gestante tenha uma consulta odontológica por trimestre, para acompanhamento de sua saúde bucal.<sup>5</sup>

A nível municipal, existem programas desenvolvidos pela prefeitura, como é o caso de Pato Branco, que disponibiliza uma Unidade Especializada chamada Mãe Patobranquense, que atende desde o PNO, até o parto/nascimento. O programa é inserido na atenção básica por meio de ações vinculadas as necessidades das gestantes, através da realização da humanização do atendimento, garantindo uma rede de apoio as gestantes.<sup>7</sup>

Entretanto, há um desconhecimento a respeito da importância do pré-natal odontológico, baseado em mitos e crenças sobre saúde bucal durante esse período, que fazem com que as gestantes evitem ir às consultas, por medo ou ansiedade de realizar os procedimentos odontológicos. O baixo índice de consultas odontológicas por gestantes pode ser atribuído a barreiras criadas tanto por elas, que temem por problemas relacionados ao feto, quanto por parte dos profissionais de saúde, que não se sentem seguros sobre os procedimentos que podem ser realizados e o período ideal para o atendimento, causando maiores impactos na saúde da gestante.<sup>8</sup>

Com base no pressuposto acima, esse artigo visa retratar as percepções das gestantes haitianas em relação ao pré-natal odontológico e evidenciar a importância do acompanhamento especializado durante a gestação, fortalecendo a prevenção de complicações nesse ciclo de vida.

## **METODOLOGIA**

Este artigo trata-se de uma pesquisa de campo de caráter qualitativo-descritivo, a qual foi realizada através da aplicação de um formulário às gestantes haitianas residentes em Pato Branco-PR. O formulário utilizado foi retirado de um estudo do ano de 2007 intitulado "Conhecimento de gestantes sobre saúde bucal no município de Caruaru-PE".<sup>9</sup>

Os participantes da pesquisa foram selecionados conforme os critérios: gestantes haitianas, com idade igual ou superior a 18 anos, em qualquer período gestacional entre abril e maio de 2023, residentes no município de Pato Branco e que realizavam pré-natal médico nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município. Foi solicitado à Secretaria Municipal de Saúde, o acesso aos dados, para identificar o número e as unidades que as gestantes haitianas frequentavam.

Para facilitar o processo de comunicação, os pesquisadores convidaram uma intérprete haitiana, acadêmica do Curso de Enfermagem do Centro Universitário de Pato Branco, que ajudou nas entrevistas.

O instrumento de coleta de dados buscou informações como idade, grau de instrução e histórico de gestação da participante, questionou hábitos de higiene oral e suas percepções a respeito do pré-natal odontológico. Após a realização das entrevistas, as respostas, percepções e vivências das participantes foram transcritas e lidas, as quais foram organizadas mediante um quadro a respeito da caracterização quanto as informações pessoais, e um segundo quadro com as informações sobre os questionamentos de saúde bucal.

Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição conforme a Resolução 466/2012, com parecer sob o número 5.961.441 (CAAE 63963422.6.0000.9727).

## RESULTADOS

Quanto ao questionamento sobre idade, se é a primeira gestação ou não, grau de instrução escolar e desenvolvimento social, foi possível identificar que há uma distinção entre as entrevistadas conforme apresentado no quadro 01, sendo as gestantes, representadas pela letra G conforme a sequência de entrevista.

**Quadro 01-** caracterização das participantes do estudo:

Entrevistada	Idade	Está na primeira gestação?	Grau de instrução	Ocupação
G1	30 anos	Não	Ensino Fundamental incompleto	Emprego fixo
G2	18 anos	Sim	Ensino Médio incompleto	Do lar
G3	33 anos	Não	Ensino Médio completo	Emprego fixo
G4	29 anos	Não	Ensino Fundamental Completo	Emprego fixo

G5	26 anos	Sim	Ensino Fundamental Completo	Emprego fixo
G6	27 anos	Sim	Ensino Médio completo	Do lar

**Fonte:** das autoras, 2023.

**Quadro 02-** caracterização das participantes do estudo:

Entrevistada	Acha que deve cuidar mais dos dentes durante a gravidez?	Você acha que a gravidez causa cárie?	Percebeu sangramento gengival durante a gravidez?	Tem medo de realizar tratamento odontológico durante a gravidez?	Recebeu orientações sobre tratamento odontário na gestação?	Gostaria de receber mais orientações sobre o assunto?
G1	Não	Não	Não	Não	Sim	Não
G2	Sim	Não	Não	Não	Não	Sim
G3	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
G4	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não
G5	Sim	Não	Não	Não	Sim	Sim
G6	Sim	Não	Não	Não	Não	Sim

**Fonte:** das autoras, 2023.

Durante as entrevistas as gestantes relataram sobre a chegada ao Brasil e seus desafios, como a busca por emprego, moradia, segurança, educação e saúde, visto que as opções que o Haiti oferecia não eram favoráveis ao bem-estar dos seus habitantes, fazendo com que muitas pessoas migrassem para outro país para obter melhor qualidade de vida e conseguir sustentar as famílias que ainda residiam no Haiti.

Acerca dos relatos sobre saúde bucal houve discrepância entre os relatos. A G1 pressupõe não haver necessidade de maiores cuidados com a saúde bucal e mostrou indiferença quanto a isso. Em contrapartida, as participantes G2, G3, G4, G5 e G6, mencionaram acreditar que deve haver maior cuidado bucal nessa fase. Sobre possível

crença de que gravidez causa cárie nesse período, todas as participantes não acreditam nessa relação.

Quanto ao sangramento gengival nesse período, como observado, apenas uma entrevistada, a G3, relatou ter notado sangramento. Na sequência quando questionada em que momento havia o sangramento, se escovando o dente ou passando fio, ela mencionou ser a todo momento. Enquanto as demais entrevistadas, não observaram sangramento significativo.

Sobre o medo de realizarem tratamento dentário na gestação, a G1, G2, G5 e G6 relataram não sentirem medo ou receio durante os atendimentos. Entretanto, a G3 mencionou receio de realizar procedimentos odontológicos e quando solicitado o motivo, relatou sentir náuseas durante o atendimento. Além disso, a G4 expôs sentir medo de realizar os tratamentos, não somente no período gestacional, mas anteriormente a esse período e, por conta disso, informou que nunca levou seu filho, de 02 anos, ao cirurgião dentista.

Em relação ao pré-natal odontológico, quando questionadas se já realizaram alguma consulta e receberam orientação quanto ao tratamento dentário durante a gestação, foi observado que, dentre as 06 entrevistadas, apenas 03 gestantes já consultaram com o cirurgião dentista da unidade que estão cadastradas, recebendo orientações de higiene e cuidados nesse período, porém, por conta da dificuldade de comunicação, elas relataram que não compreenderam as instruções repassadas pelo profissional.

## **DISCUSSÃO**

As gestantes fazem parte do grupo de pacientes com necessidades especiais (PNE) devido às mudanças fisiopatológicas que ocorrem na gestação, como o aumento do peso corpóreo, alterações no sistema cardiovascular, gastrointestinal, respiratório, produção de hormônios e mudanças no sistema metabólico.<sup>10</sup>

Algumas mudanças também ocorrem na cavidade oral, as quais podem ser controladas e evitadas se realizado o pré-natal odontológico. O conhecimento sobre saúde bucal e as alterações durante a gestação são importantes para o desenvolvimento saudável da criança, pois podem evitar intercorrências.<sup>5</sup> Como visto, a maioria das participantes reconhece a importância da saúde bucal, mas só a metade busca atendimento, e ainda assim, não compreendem as informações repassadas.

Quanto maior o nível de escolaridade das mães, maior o conhecimento sobre saúde bucal.<sup>11</sup> O nível de escolaridade é definido através da classificação quanto a qualificação escolar dos cidadãos, assim, cada nível corresponde a um período escolar, sendo dividido em três: infantil, voltado para crianças de 0 a 5 anos, ensino fundamental, conhecido como básico, com duração de nove anos (1º a 9º ano) e ensino médio com duração de três anos (1º ao 3º ano).<sup>12</sup>

Análogo aos resultados obtidos, observa-se que as entrevistadas que não possuem o ensino básico completo, foram a G1, G4 e G5, que dominam brevemente o português e demonstram imparcialidade em relação aos cuidados com a saúde em geral, diferentemente da G3 e G6, que possuem ensino médio completo, e demonstraram mais entendimento sobre a importância dos cuidados com a cavidade oral no período gestacional.

Como observado, as gestantes que não possuem um grau de escolaridade mais elevado, que são 04 participantes, apresentam mais dificuldades na compreensão do idioma português, e ainda utilizam, apesar do tempo de convivência no Brasil, o idioma nativo. Por essa razão, não entendem as orientações a respeito dos cuidados bucais relatados pelos profissionais de saúde, e isso provavelmente pode afetar a condição geral e odontológica das mesmas.

A gestante com maior grau de escolaridade, G3, conseguiu conversar de modo esclarecido, possui uma melhor percepção a respeito das doenças bucais e da realização do pré-natal odontológico, já havia recebido orientações do cirurgião dentista, tornando-se um misto de melhor escolaridade, melhor adaptação ao país, e por consequência, melhor

comunicação com os profissionais de saúde. Contudo, comparando com a G1 que também recebeu informações, porém tem menor grau de escolaridade, é notável a dificuldade em compreender o quão importante é o PNO.

Além das barreiras linguísticas, fatores socioeconômicos dos imigrantes também podem afetar a adaptação, educação e saúde, aumentando assim a dificuldade de promover saúde nessa população.<sup>13</sup> O desafio de atender o indivíduo haitiano se caracteriza, principalmente pela barreira comunicacional, devido à dificuldade que eles apresentam na adaptação do aprendizado da língua portuguesa, e agravado pelo baixo nível de escolaridade desses imigrantes.

Em relação às consultas odontológicas, o Ministério da Saúde instrui as gestantes a buscarem os serviços odontológicos ao menos uma vez a cada trimestre, durante o período gestacional, focando na saúde bucal da mãe e do bebê, pois nesse período acontecem alterações hormonais, imunológicas e comportamentais que fazem com que a mãe seja considerada uma paciente de risco para doenças periodontais, doença cárie e alterações no fluxo salivar.<sup>5</sup>

Sabe-se que por protocolo as gestantes são encaminhadas ao cirurgião dentista, contudo a dificuldade de comunicação dos profissionais de saúde com as imigrantes ou a descrença das mesmas com a necessidade de tratamento bucal preventivo, deixa uma lacuna neste atendimento. O tratamento odontológico durante a gestação é um fator que ocasiona medo e insegurança nas gestantes, pois elas temem a interferência dos procedimentos na formação normal do feto. Além disso, muitos cirurgiões-dentistas sentem-se inseguros para realizar procedimentos clínicos nessas pacientes, dessa forma, esses atendimentos são geralmente adiados.<sup>14</sup> No entanto, atualmente, há comprovações científicas de que pode ser realizado procedimentos preventivos, de rotina e emergenciais, em períodos corretos da gestação, modificando a forma de atendimento à gestante.<sup>5</sup>

Ainda há que se mencionar os diversos mitos e preconceitos sobre o atendimento odontológico a gestantes, que na maioria das situações, acabam suplantando as evidências

científicas de que não é contraindicado a realização da consulta odontológica. Esses mitos têm origem no passado, devido a mudanças fisiológicas que afetam profundamente a condição física de uma mulher. A gravidez era considerada uma barreira ao tratamento odontológico, pois as gestantes sentiam-se inseguras quanto ao risco exposto ao feto em desenvolvimento e a elas, resultando no atraso do tratamento dentário.<sup>10</sup>

Dentre as participantes, quatro entrevistadas relataram não terem medo ou receio de irem às consultas com o cirurgião dentista, bem como não possuíam medo de realizar procedimentos nesse período. Fato que evidencia os mitos e crenças religiosas de uma cultura baseada em visitas emergenciais ao consultório odontológico, provavelmente em casos de dor ou incômodo, pois no Haiti, o acesso aos serviços de saúde não é uma prática comum entre os haitianos, além da baixa procura por motivos financeiros. Entretanto, duas gestantes relataram sentir medo e receio de ir à consulta com o cirurgião dentista, pois já passaram por situações desconfortáveis, como enjoos.<sup>15</sup>

Apesar de metade das participantes terem realizado o pré-natal odontológico e recebido orientações, é notável que o PNO apresenta limitações. Existe uma grande barreira entre essas gestantes e os profissionais de saúde, principalmente linguística, prejudicando a aderência aos cuidados propostos. Faz-se necessário compreender a cultura do imigrante, e buscar por um atendimento que diminua essas barreiras, favorecendo a inclusão, a equidade e, por consequência, o acolhimento.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O período gestacional se perfila como o momento ideal para programas educativo-preventivos e, desta forma a maioria das participantes desta pesquisa recebeu orientação sobre cuidados bucais durante o período gestacional, contudo não compreenderam os motivos do PNO. A única questão que se refletiu de forma significativa para esta percepção foi a baixa escolaridade das participantes e a questão cultural, pois em seu país de origem a assistência odontológica acontece em situações emergenciais, de dor ou incômodo.

A consulta odontológica no período gestacional é repleta de mitos e desconfianças, e a carência de vínculo entre equipe de saúde e gestantes é um dos fatores que mais afastam as gestantes desse atendimento. A principal alternativa para mudar esse quadro seria investir na educação em saúde, tendo a gestante como protagonista do próprio cuidado, sendo apoiada por práticas profissionais de cuidado, desenvolvidas em grupos dinâmicos, interativos e multidisciplinares.

Além do fortalecimento de políticas públicas voltados ao pré-natal odontológico, é dever do cirurgião dentista prestar um atendimento de forma qualificada e humanizada, desmistificando medos e traumas de cada paciente, por meio de escuta qualificada, já que os benefícios se estendem a toda gestante, independente de origem.

Com a realização da pesquisa, foi possível observar que quando questionadas se gostariam de receber informações sobre os cuidados da saúde bucal, apenas quatro das seis gestantes relataram interesse em mais orientações sobre a correlação saúde bucal e gestação, e a necessidade de existir material em haitiano crioulo que facilitasse o entendimento.

Com isso, foi desenvolvido uma cartilha baseada em uma cartilha do Ministério da Saúde, em português e haitiano crioulo, a respeito do pré-natal odontológico onde contém informações sobre as alterações bucais mais prevalentes durante o período gestacional, orientações de higiene bucal adequada, as possíveis intercorrências obstétricas e um espaço para anotação das três visitas odontológicas preconizadas pela OMS.<sup>16</sup>

## REFERÊNCIAS

- 1 Beaninger R, Peres R, Fernandes D, Silva AS et al. Imigração haitiana no Brasil. 1 ed. Jundiaí: Paco Editorial; 2017. 684 p.
- 2 Sant'ana FL. A imigração haitiana no Brasil contemporâneo [monografia]. Juiz de Fora: a Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF; 2017. 87 p. [citado 04 de maio de 2023] Disponível em: <https://www2.ufjf.br/geografia//files/2015/06/a-imigra%c3%87%c3%83o-haitiana-no-brasil-contempor%c3%82neo1.pdf>

- 3 Moraes IA, Andrade CAA, Mattos BRB. A imigração haitiana para o Brasil: causas e desafios. *Rev Conjuntura Austral*. 2013; 4 (20): 95-114. [citado 10 de maio de 2023] Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/ConjunturaAustral/article/view/35798>
- 4 Batista DRR, Gugelmin SÂ, Muraro AP. Acompanhamento pré-natal de mulheres brasileiras e haitianas em Mato Grosso. *Rev. Brás. Saudade Mater. Infantil*, 2018. Recife, v. 18, n. 2. [citado 02 de maio de 2023]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/Rp5SZVsmXQgsV3DrZcbKf6C/>
- 5 Oliveira AEF, Haddad AE. Saúde Bucal da Gestante: Acompanhamento Integral em Saúde da Gestante e da Puérpera. UNA-SUS. São Luís: EDUFMA, 2018. [citado 15 de maio de 2023]. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/10865>
- 6 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS A Rede Cegonha [online]. 2011. [citado 10 de maio de 2023]. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)
- 7 Prefeitura de Pato Branco-Paraná. Secretarias do Município. [citado em 10 de maio de 2023] Disponível em: Secretarias - Município de Pato Branco
- 8 Bahramian H, Mohebbi SZ, Khami MR, Quinonez RB. Qualitative exploration of barriers and facilitators of dental service utilization of pregnant women: A triangulation approach. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018 May 10;18(1):153. doi: 10.1186/s12884-018-1773-6. PMID: 29747592; PMCID: PMC5946421. [citado 10 de maio de 2023]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29747592/>
- 9 Granville-Garcia AF, Leite AF, Smith, L et al. Conhecimento de gestantes sobre saúde bucal no município de Caruaru - PE. *Revista de Odontologia da UNESP*, 2007. v. 36, 243-249 p. [citado 15 de maio de 2023]. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/Conhecimento-de-gestantes-sobre-sa%C3%BAde-bucal-no-de-Granville-Garcia-Leite/1f3c5ec7b6bd02b48d7175519df4f5ff9eeb6181>
- 10 Olivo SM. Atendimento odontológico a gestantes. Mitos e preconceitos por parte dos cirurgiões dentistas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação), Florianópolis, 2013. [citado em 25 de abril de 2023]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/105870>
- 11 Gigliotti M, Theodoro D, Oliveira T et al. Relação entre nível de escolaridade de mães e percepção sobre saúde bucal de bebês. *Salusvita*, Bauru, v. 26, n. 2, p. 65-73, 2007. [citado 15 de maio de 2023]. Disponível em: [https://secure.unisagrado.edu.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita\\_v25\\_n3\\_2006\\_art\\_01.pdf](https://secure.unisagrado.edu.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v25_n3_2006_art_01.pdf)
- 12 Ministério da Educação. Base Nacional Comum Curricular. [citado 10 de maio de 2023] Disponível em: <http://basenacionalcomum.mec.gov.br/a-base>

- 13 Alves JFS, Martins MAC, Borges FT et al. Utilização de serviços de saúde por imigrantes haitianos na grande Cuiabá, Mato grosso, Brasil. *Ciências Saúde Coletiva*. 2019. 24(12) 4677-4686. [citado 10 de maio de 2023]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/gKTKwbtPpQFtvKG8Td6XpMn/?format=pdf&lang=en>
- 14 Cechinel DB, Boff WM, Ceretta RA et al. Sistematização de um protocolo de atendimento clínico odontológico a gestantes em um município sul catarinense. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, 2016. v. 28, n. 1, p. 6-16. [citado 14 de maio de 2023]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-2617>
- 15 Lima JO. Gestantes imigrantes do Haiti e o pré-natal. Adaptação cultural. In: *Anais do 32th Congresso de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo*; 2018 Apr, 18-20. São Paulo, SP, Santo André [citado 10 de maio de 2023]. Disponível em: <https://www.mfpaper.com.br/fulltime/2018/CD/PDF/PROM048.pdf>
- 16 Ministério da Saúde. *Saúde Bucal da Gestante*. Brasília- DF, 2022. [citado em 20 de abril de 2023] Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MjExM>

# ***A CONJUNTA ATUAÇÃO DE PSICÓLOGOS E ENFERMEIROS NA ARTE DO CUIDAR: UMA PERSPECTIVA TEÓRICA***

THE JOINT ACTION BETWEEN PSYCHOLOGISTS AND NURSES IN THE ART OF CARING: A THEORETICAL PERSPECTIVE

LA ACTUACIÓN CONJUNTA DE PSICÓLOGOS Y ENFERMEROS EN EL ARTE DEL CUIDADO: UNA PERSPECTIVA TEÓRICA

Julia de Vargas<sup>a</sup>; Pedro Henrique Cagol Tigre<sup>b</sup>; Gisele Iopp Massafera<sup>3</sup>; Cleunir de Fátima Candido De Bortoli<sup>4</sup>

## **RESUMO**

Objetivo: Abordar os benefícios para pacientes da conjunta atuação entre psicólogos e enfermeiros no cuidado multidisciplinar. Método: Este estudo classifica-se como revisão bibliográfica integrativa e exploratória, realizado entre agosto e novembro de 2022, via internet, nas bases de dados Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), na Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Google Acadêmico. Resultados: Os enfermeiros atuam auxiliando no cuidado do paciente possuindo alta interação, sendo muitas vezes o único contato humano do paciente em dias, tornando-se algo importante para a saúde mental destes sujeitos, podendo afetar diretamente seu quadro clínico. A psicologia vem auxiliar nesta construção de empatia e assistência, melhorando a comunicação entre os profissionais, com intervenções psicológicas mais assertivas. Considerações finais: Psicólogos e enfermeiros juntos podem proporcionar um tratamento com confiança, empatia e acolhimento adequados respeitando a identidade de cada paciente, podendo potencializar uma melhora significativa no quadro clínico.

Descritores: Psicologia e Enfermagem; Assistência multiprofissional; Empatia e Acolhimento; Saúde.

## **ABSTRACT**

---

<sup>1</sup> Acadêmica do 5º período do curso de graduação em Psicologia do Centro Universitário de Pato Branco – UNIDEP. E-mail: juliadevargas3110@outlook.com. ORCID: (<https://orcid.org/0000-0001-6858-5605>)

<sup>2</sup> Acadêmico do 5º período do curso de graduação em Enfermagem do Centro Universitário de Pato Branco – UNIDEP. E-mail: pedriquecagol@hotmail.com.

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestre. Professora do curso de graduação em Enfermagem do Centro Universitário de Pato Branco - UNIDEP. E-mail: gisele.massafera@unidep.edu.br.

<sup>4</sup> Enfermeira. Mestre. Professora do curso de graduação em Enfermagem do Centro Universitário de Pato Branco - UNIDEP. E-mail: cleunir.bortoli@unidep.edu.br.

Objective: Discourse the benefits for patients of the joint action between psychologists and nurses in multidisciplinary care. Method: This study is classified as an integrative and exploratory bibliographical review, carried out between August and November 2022, via the Internet through the Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences database (LILACS), the Scientific Electronic Library Online (SCIELO) and Google Scholar. Results: Nurses act by assisting in patient care, having a high contact, often being the patient's only human contact in days, becoming something important for the mental health of those, which can directly affect their clinical condition. Psychology comes to help in this construction of empathy and assistance, improving communication between professionals, with more assertive psychological interventions. Final considerations: Psychologists and nurses together, can provide treatment based on trust, empathy and reception, respecting the identity of each patient, can enhance a significant improvement in the clinical condition.

Keywords: Psychology and Nursing; Multiprofessional Assistance; Empathy and Reception; Health.

## INTRODUÇÃO

A psicologia faz parte do conhecimento científico e estuda os seres humanos em sua totalidade, levando em conta a subjetividade de cada um com ênfase em aspectos comportamentais, emocionais, cognitivos, entre outros. Com uma ampla possibilidade de intervenção e área de atuação, a psicologia hospitalar vem se tornando cada vez mais emergente. Segundo o Conselho Regional de Psicologia<sup>1</sup>, o principal objetivo deste profissional dentro de hospitais é oferecer escuta qualificada, acolhimento e intervenções tanto para com pacientes, familiares ou rede de apoio que podem estar com algum tipo de sofrimento psíquico causado por patologias e o contexto hospitalar de internações. A organização de tal serviço psicológico pode começar por busca ativa dos próprios pacientes ou até mesmo pela solicitação de outro profissional de saúde que observe a necessidade, sendo assim, o trabalho multidisciplinar já se mostra característico, pois uma comunicação entre as áreas mantém a integridade dos sujeitos<sup>1</sup>.

Enquanto a enfermagem, é uma prática científica que estuda o prestar do cuidado e assistência ao ser humano como um todo para assegurar a saúde do indivíduo, ou revigorá-la <sup>2</sup>. De acordo com o Ministério de Saúde<sup>3</sup>, a enfermagem deve dispor de

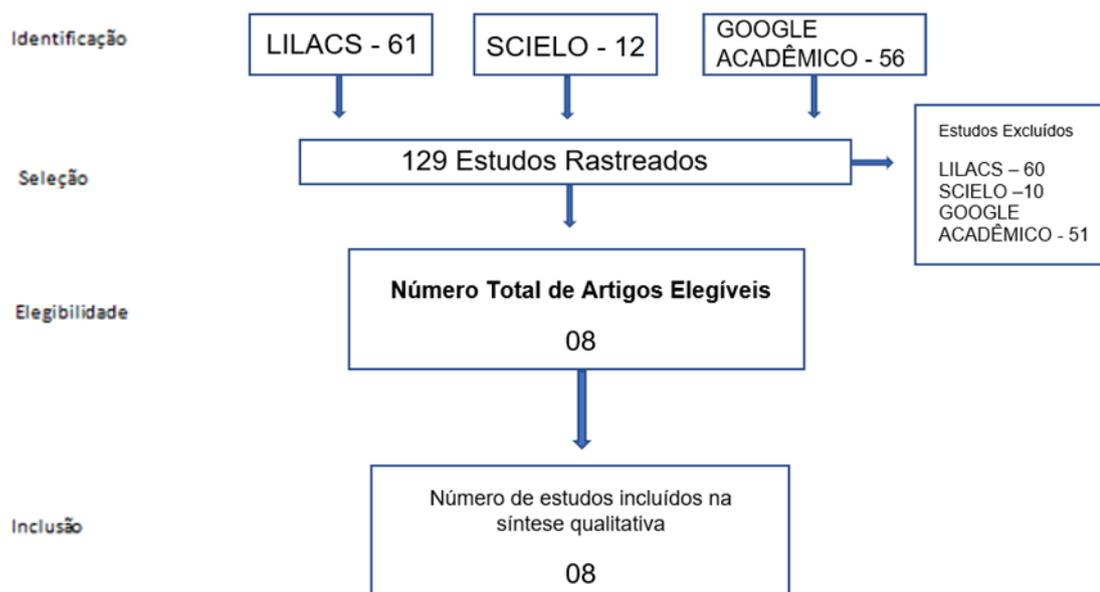
assistência contínua com os dispositivos e técnicas necessárias para um cuidado terapêutico humanizado ao paciente independente de seu estado de saúde, idade, gênero e/ou demanda, fazendo com que esta atuação esteja disponível para qualquer hospital que possua uma unidade de tratamento intensivo, sendo de origem pública, privada ou filantrópica. A premissa principal e parte integrante da assistência de enfermagem em todas essas áreas é o cuidado, objetivando o desenvolvimento e a cura do paciente ou grupo de pessoas em sofrimento, que não depende somente de um conhecimento prático, mas também de humanidade no saber e no aspecto moral<sup>4</sup>. O serviço prestado pela enfermagem ocorre quando o indivíduo não se sente em estado homeostático e procura ou é encaminhado para uma resolução em unidades que disponham do serviço para o problema ou queixa atual<sup>5</sup>. Modelos fragmentados de atuação, principalmente na área da saúde estão em um movimento de mudança por apontarem falhas nas intervenções não assertivas pela falta de comunicação da rede de profissionais envolvida no tratamento, portanto, um novo modo de cuidar vem sendo adotado, a multidisciplinariedade. Consistindo-se basicamente na integração dos serviços para uma melhora nas práticas, sendo a comunicação entre profissionais o principal mecanismo considerando os indivíduos em sua totalidade<sup>6</sup>. Várias áreas acabam convergindo entre si e, no contexto hospitalar a enfermagem e a psicologia trabalham lado a lado no bem-estar dos sujeitos. Um olhar mais humanizado e com empatia pode fazer total diferença na cura, os profissionais de saúde devem possuir em mente que o atendimento vai além da técnica e, outros profissionais podem auxiliar nisso, como psicólogos auxiliando enfermeiros no processo de acolher e cuidar todos os dias destes sujeitos. A presente pesquisa buscou apontar esta atuação conjunta e quais os benefícios de uma boa relação entre paciente e profissional.

## **MÉTODOS**

Esta pesquisa se classifica como revisão bibliográfica do tipo integrativa e exploratória, buscando abranger resultados e relacionar conceitos em diversas fontes

científicas sobre o tema proposto de maneira sistemática. Sendo a mais ampla por abranger tanto fontes primárias quanto secundárias, como uma forma de revisão teórica e conhecimento de um assunto pouco estudado antes, proporcionando uma familiaridade com tal<sup>7</sup>. Na seleção da literatura utilizou-se como critério de inclusão artigos que estivessem em português ou inglês que tratassem do assunto proposto, publicados entre os anos de 2003 e 2022. A busca pela literatura foi realizada entre os meses de agosto e novembro de 2022, via internet nas bases de dados Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Google Acadêmico. Em que foram utilizados os seguintes descritores: Psicologia e Enfermagem, Assistência multiprofissional, Empatia e Acolhimento, Saúde e Humanização. Durante a busca, foram encontrados os seguintes resultados (figura 01): LILACS, 61 artigos, em que 60 foram excluídos e 01 foi selecionado de acordo com critérios pré-estabelecidos. Na SCIELO, 12 artigos dos quais 10 foram excluídos e 02 selecionados. E Google Acadêmico, 56 artigos em que 51 foram excluídos, resultando em 05 selecionados.

Figura 01: Fluxo da seleção dos estudos para revisão integrativa.



Fonte: Os autores, 2023.

## RESULTADOS

Referente ao período de publicação, foram utilizados um estudo dos respectivos anos de 2016, 2011, 2009 e 2003, dois nos anos de 2015 e 2020. Quanto ao país em que o estudo foi desenvolvido sete foram no Brasil e um na Colômbia. À respeito da área de conhecimento dos estudos, um na área de psicologia, dois em enfermagem e cinco abordando a interdisciplinaridade entre psicologia e enfermagem.

Quadro 01: Caracterização dos estudos analisados.

Identificação	Referência	Principais Resultados	Considerações Finais	Nível de Evidência
A1	<sup>1</sup> Conselho Regional de Psicologia. Psicologia Hospitalar: Considerações sobre assistência, ensino, pesquisa e gestão. <b>Cad. Psi Hospitalar</b> [Internet], 2016. n.1.	O principal objetivo do psicólogo hospitalar é acolher, escutar, observar e intervir para com pacientes, familiares e rede de apoio que podem estar em algum tipo de sofrimento psíquico causados por suas patologias, tratamentos, contexto ou internações. A organização de tal serviço psicológico pode ser por busca ativa dos próprios sujeitos ou até mesmo pela solicitação de outro profissional de saúde que observe a necessidade.	O trabalho multidisciplinar é característico da atuação do psicólogo hospitalar e a comunicação entre as áreas é essencial para manter a integridade dos indivíduos.	7
A2	<sup>8</sup> SCHIMITH, MD, et al. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. <b>Trab. educ. saúde</b> 9 (3) [Internet]. Nov 2011.	Variadas pesquisas apontam em como a assistência não deve ser apenas técnica, apesar de ser a parte importante, a relação com o outro ser humano com o acolhimento necessário traz muitos benefícios inclusive para a parte técnica aplicada, a humanização dos atendimentos vem sendo adotada.	A escuta qualificada e comunicação efetiva proporcionam a valorização e compartilhamento de vivências, muitas vezes o abandono ao tratamento possui uma carga de relevância nesta questão da humanização essencialmente com sujeitos	6

			considerados vulneráveis e minoritários. O indivíduo ao se sentir ativo naquela relação e acima de tudo confiante vai apresentar possíveis melhoras de quadro clínico e melhor adesão aos tratamentos e intervenções, sendo um elo de comunicação entre os demais especialistas que trabalham no caso.	
A3	<sup>9</sup> SILVA, APS, et al. Enfermagem e Psicologia: Parceria na Arte do Cuidar. <b>Rev. Biológicas e Saúde</b> [Internet], v. 5, n.18, 2015.	Durante a atuação no dia-a-dia de enfermeiros, lhe é exigido conhecimento técnico, teórico e prático tanto quanto equilíbrio emocional para lidar com possíveis impasses e divergências ao atender diversos casos, sua capacidade de resolver conflitos é essencial, compreendendo igualmente questões emocionais, portanto, a psicologia vem nestes casos auxiliares. Muitas vezes o único contato humano naquele período de tempo é com o profissional em questão, que acaba sendo importante para o bem-estar, o acolhimento em si, por mais simples que possa ser pode acabar sendo algo extremamente essencial para o outro.	Conclui-se que a psicologia aplicada na área da saúde, principalmente para com profissionais que possuem contato direto e ativo com o paciente como os enfermeiros, o olhar empático com compreensão da importância do estabelecimento de relacionamento não apenas com o indivíduo a ser cuidado, mas também com sua família, é adotado além das práticas técnicas. Esta nova visão ampliada e humanizada com sujeitos em processo de adoecimento, vem sendo implantada desde a formação destes profissionais da enfermagem, focando na modernização de suas práticas melhorando-as ainda mais,	6

			surgindo assim, um novo perfil.	
A4	<sup>10</sup> SILVA, EBVN, et al. Atuação conjunta entre a enfermagem e a psicologia nas unidades básica de saúde: identificação e cuidado das infecções sexualmente transmissíveis. <b>Gep News</b> [Internet], VI Jornada Hupaa, 5(1), 34-40, 2020.	Durante o atendimento na área da saúde, deve-se levar em conta que o indivíduo em questão vai além de sua patologia, possui uma identidade e possivelmente está em situação de vulnerabilidade por estar no processo de adoecimento, muitos sentimentos e emoções negativos podem ser realidade. A empatia na relação profissional – paciente é essencial neste cuidado com a fragilidade do sujeito pois o físico e o psicológico trabalham juntos, e cada indivíduo interpreta os contextos experienciados de formas diferentes, portanto, se o paciente estiver passando por momentos ambivalentes que o afetam diretamente psicologicamente, esta é uma ameaça à sua vida, devendo ser vista com um olhar singular para cada um dos envolvidos.	O acolhimento feito pelas equipes de enfermagem em hospitais ajudam na identificação de demandas pela possibilidade de um diálogo aberto e sincero que serve para mensurar de certa forma a necessidade de um atendimento mais especializado como a atuação do psicólogo hospitalar. Ao ocorrer tal encaminhamento, dependendo do quadro clínico, o profissional terá que se deslocar até o leito para realizar seu atendimento e intervenção, é importante ressaltar que o papel da enfermagem não acaba com início do acompanhamento psicológico, mas continua e até se intensifica ao fazer parte do dia-a-dia daquele sujeito adoecido, ainda oferecendo empatia e cuidado.	6
A5	<sup>6</sup> MATOS, E, et al. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. <b>Rev. Bras. Enferm</b> [Internet]. 62 (6). Dez 2009.	Modelos fragmentados de atuação, principalmente na área da saúde estão em um movimento de mudança por apontarem falhas nas intervenções não assertivas pela falta de comunicação da rede de profissionais envolvida no tratamento, portanto, um novo modo de	Várias áreas acabam convergindo entre si e, no contexto hospitalar a enfermagem a psicologia trabalham lado a lado no bem-estar dos sujeitos, levando em consideração o além de sua patologia.	6

		cuidar vêm sendo adotado, a multidisciplinariedade. Consistindo-se basicamente na integração dos serviços para uma melhora nas práticas, sendo a comunicação entre profissionais o principal mecanismo considerando os indivíduos em sua totalidade.		
A6	<sup>11</sup> MATSUDA, LM, et al. Humanização da assistência de enfermagem: estudo com clientes no período pós-internação de uma UTI-adulto. <b>Acta Scientiarum: Health Science</b> [Internet], Maringá, v. 25, n. 2, p. 163-170, jul./dez.2003.	Dentre a amostra pesquisada (8), apresentou-se em sua maioria do sexo feminino com idades entre 41 anos e 93 anos. Foram aplicados questionários em pacientes internados na UTI-adultos que mostrassem algum grau de gravidade. Os resultados mostraram que a atenção da equipe de enfermagem é mais significativa para os participantes do que o cuidado técnico em si, sem gerar desconfortos ou angústias.	Em casos de pacientes usuários da UTI, a atenção dos profissionais de saúde como enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, entre outros, são significativos e contribuem para vivências positivas mesmo em contextos extremos.	4
A7	<sup>4</sup> WALDOW, VR. Enfermagem: a prática do cuidado sob o ponto de vista filosófico. <b>Rev. Cien. Javeriana</b> [Internet]. Vol. 17, n1, 2015.	Apesar das diferentes áreas de atuação que um enfermeiro pode seguir em sua carreira, a premissa principal e parte integrante da assistência de enfermagem em todas essas áreas é o cuidado, objetivando o desenvolvimento e a cura do paciente ou grupo de pessoas sofrendo de algum tratamento, que não depende somente de um conhecimento prático, mas também de	Portanto, o cuidado é algo que vai além da assistência técnica, abrangendo também o acolhimento.	6

		humanidade no saber e no aspecto moral.		
A8	<sup>12</sup> SANTOS, Viviane Camargo. Parecer de Câmara Técnica N° 041/2020/CTAS/COFEN. Cofen [Internet], 2020.	O acompanhamento ao paciente desempenhado pela equipe de enfermagem só pode ir até o seu nível de conhecimento, e caso o acompanhamento desempenhado pelo profissional de enfermagem não seja o suficiente para tratar das necessidades psicossociais do paciente por questões mais avançadas, que já não competem a sua profissão, o enfermeiro, de acordo com o parecer n° 10/2019 do Conselho Federal de Enfermagem, pode encaminhar o paciente para outros profissionais da equipe multidisciplinar com intuito de chegar a um tratamento para a complexidade do mesmo.	Portanto, destacasse a importância do estabelecimento de uma relação com o paciente, buscando conhecer e entender os sentimentos e emoções que se perpassam em cada demanda. A avaliação da necessidade de ajuda psicológica também pode ser realizada pelo próprio profissional da enfermagem, os sentimentos e emoções no processo de adoecimento podem interferir diretamente podendo causar uma piora no caso clínico. Então, o enfermeiro pode, ao identificar a necessidade de ajuda psicológica, solicitar o serviço de profissionais da psicologia, fazendo parte também do processo inicial com informações sobre o quadro para que as intervenções sejam mais efetivas e assertivas.	7

Fonte: Os autores, 2023.

## DISCUSSÃO

Na área da saúde, durante o atendimento deve-se levar em conta que o indivíduo vai além de sua patologia, sendo um ser humano com uma identidade e vivências, que se encontra possivelmente fragilizado e vulnerável pelo adoecimento. A empatia e o

acolhimento na relação profissional e paciente é necessária pois o físico e o psicológico trabalham juntos, são uma unidade só e o contexto adoecedor oferece riscos tanto físicos quanto mentais<sup>13</sup>. No atendimento integral, a capacidade do profissional atuante deve também ser levada com a compreensão do sofrimento do outro, sendo mais cuidadoso com o modo de se comunicar, agir e expressar principalmente diagnósticos, o indivíduo ao se sentir ativo naquela relação e acima de tudo confiante vai apresentar possíveis melhoras de quadro clínico e melhor adesão aos tratamentos e intervenções, sendo um elo de comunicação entre os demais especialistas que trabalham no caso<sup>8</sup>. A psicologia aplicada na área da saúde, principalmente para com profissionais que possuem contato direto e ativo com o paciente como enfermeiros, o olhar empático com compreensão da importância do estabelecimento de relacionamento não apenas com o indivíduo a ser cuidado, mas também com sua família, é adotado além das práticas técnicas<sup>9</sup>. Esta nova visão ampliada e humanizada com sujeitos em processo de adoecimento, vem sendo implantada desde a formação destes profissionais da enfermagem, focando na modernização de suas práticas melhorando-as ainda mais, surgindo assim, um novo perfil<sup>9</sup>. Durante a atuação do enfermeiro, lhe é exigido conhecimento técnico, teórico e prático tanto quanto equilíbrio emocional para lidar com possíveis impasses e divergências ao atender diversos casos, sua capacidade de resolver conflitos é essencial, compreendendo igualmente questões emocionais, portanto, a psicologia vem nestes casos auxiliares. Muitas vezes o único contato humano naquele período de tempo é com o profissional em questão, que acaba sendo importante para o bem-estar, o acolhimento em si, se torna algo extremamente essencial para o outro<sup>9</sup>. Quando se entra na questão do adoecimento do indivíduo, o cuidado feito pela equipe de enfermagem trata da patologia do paciente e seus cuidados físicos, mas além disso, deve ser feita a compreensão da situação vivida emocionalmente pelo paciente e seus familiares, podendo atuar como um obstinado acompanhante para manter o bem-estar do indivíduo em momentos variados vividos em um ambiente que muitas vezes não será isolado de outras pessoas, que assim como o paciente, carecem de pequenos gestos mais

humanos que o estudo da psicologia pode oferecer para a enfermagem<sup>9</sup>. O acompanhamento ao paciente desempenhado pela equipe de enfermagem só pode ir até o seu nível de conhecimento, e caso o acompanhamento desempenhado pelo profissional de enfermagem não seja o suficiente para tratar das necessidades psicossociais do paciente por questões mais avançadas, que já não competem a sua profissão, o enfermeiro, de acordo com o parecer n° 10/2019 do Conselho Federal de Enfermagem, pode encaminhar o paciente para outros profissionais da equipe multidisciplinar com intuito de chegar a um tratamento para a complexidade do mesmo<sup>12</sup>. Portanto, destaca-se a importância do estabelecimento de uma relação com o paciente, buscando conhecer e entender os sentimentos e emoções que perpassam em cada demanda. A avaliação da necessidade de ajuda psicológica também pode ser realizada pelo próprio profissional da enfermagem, os sentimentos e emoções no processo de adoecimento podem interferir diretamente podendo causar uma piora no caso clínico. Então, o enfermeiro pode, ao identificar a necessidade de ajuda psicológica, solicitar o serviço de profissionais da psicologia, fazendo parte também do processo inicial com informações sobre o quadro para que as intervenções sejam mais efetivas e assertivas<sup>9</sup>. Ademais, o processo de adoecimento não abrange apenas um aspecto, não somente o físico e nem só o psicológico, sempre ambos irão manifestar alterações, por este motivo, destaca-se a importância do tratamento integrado, levando em consideração o indivíduo em sua totalidade, em todos os possíveis aspectos afetados pela patologia sendo ela de qualquer natureza. Psicólogos e enfermeiros atuam diretamente neste cuidado integrado entre ambos, mente e corpo como unidades únicas que necessitam de atenção<sup>14</sup>.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Através da análise dos estudos selecionados, conclui-se que a escuta qualificada e comunicação efetiva, proporcionam a valorização e compartilhamento de vivências entre sujeitos. Muitas vezes, o abandono ao tratamento possui uma carga de relevância nesta

questão da humanização, essencialmente com indivíduos considerados vulneráveis, em especial aqueles que estão entre as minorias sociais.

O acolhimento feito pelas equipes de enfermagem em hospitais, ajudam na identificação de demandas pela possibilidade de um diálogo aberto e sincero, que serve para mensurar de certa forma a necessidade de um atendimento mais especializado, como a atuação do psicólogo hospitalar beneficiando pacientes. Ao ocorrer tal encaminhamento, dependendo do quadro clínico, o profissional terá que se deslocar até o leito para realizar seu atendimento e intervenção. Entretanto, é importante ressaltar que o papel da enfermagem não acaba com início do acompanhamento psicológico, mas continua e até se intensifica ao fazer parte do dia-a-dia daquele sujeito adoecido, ainda oferecendo empatia e cuidado. Ademais, psicólogos e enfermeiros atuam diretamente neste cuidado integrado entre ambos, mente e corpo como unidades únicas que necessitam de atenção. Afinal, vale ressaltar em como tal atuação em conjunto pode beneficiar na melhora de sujeitos em adoecimento, ficando evidente a necessidade ampliar a discussão acerca deste cuidado compartilhado. Considera-se a importância de abordar essa perspectiva, ainda na formação destes profissionais, sendo possível, fomentar novos estudos neste contexto de atuação, mensurando esses benefícios ou conhecimento sobre o tema. Este estudo se classificou como bibliográfico integrativo e exploratório, limitado ao contexto e produções da América Latina, não se baseando em dados empíricos, tendo viés somente qualitativo e, portanto, sugere-se que estudos futuros colem dados e mensurem esses benefícios da multidisciplinariedade entre psicólogos e enfermeiros para com seus pacientes, com a realização de pesquisas quantitativas que abrangem todos os contextos.

## REFERÊNCIAS

1. Conselho Regional de Psicologia. Psicologia Hospitalar: Considerações sobre assistência, ensino, pesquisa e gestão. CRP. 20161: 13-66.

2. Horta W. Conceito de Enfermagem. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 1968; 2(2):1-5.
3. Ministério da saúde. Portaria N° 3.432. Biblioteca Virtual em Saúde MS, 1998 ago 12;1(1).
4. Waldow VR. Enfermagem: a prática do cuidado sob o ponto de vista filosófico. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. 2015;17(1):13-25.
5. Moura GM, Magalhães AM, Chaves EH. The hospital nursing service a silent giant. Rev Bras Enferm. 2001;54(3):482-93.
6. Matos E, Pires DE, Campos GW. Work relationships among interdisciplinary teams: contributions for new methods of organization in health work. Rev Bras Enferm. 2009 Nov;62(6):863–9.
7. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Integrative review: what is it? How to do it. Einstein. 2010;8(1):102-6.
8. Schimith MD, Simon BS, Brêtas AC, Budó M. Relationships between health professionals and users throughout health care practices. Trab educ saúde. 2011 Nov;9(3):479–503.
9. Silva AP, Souza BO, Andrade ER. Enfermagem e Psicologia: Parceria na Arte do Cuidar. Biológicas e Saúde. 2015;5(18):1-2.
10. Silva EB, Almeida LA, Alves M. Joint action between nursing and psychology in basic health units: identification and care of sexually transmitted infections. Gep News. 2021;5(1):34-0.
11. Matsuda LM, Silva N, Tisolin AM. Humanização da assistência de enfermagem: estudo com clientes no período pós-internação de uma UTI-adulto. Acta Scientiarum: Health Science. 2003;25(2): 163-70.
12. Santos VC. Parecer de Câmara Técnica N° 041/2020/CTAS/COFEN. Cofen. 2020;1(1).
13. Silva AA. Os aspectos emocionais e psicológicos no processo de adoecimento. Casa Durval Paiva. 2020;1(1).
14. Silva, EB, Almeida LA, Alves M. Atuação conjunta entre a enfermagem e a psicologia nas unidades básica de saúde. Gep News. 2021;5(1):34–0.

# **ACESSO ÀS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA O COVID-19 NO BRASIL SOB UM VIÉS SOCIAL E SUAS CONSEQUÊNCIAS NA POPULAÇÃO**

ACCESS TO PREVENTIVE MEASURES AGAINST COVID-19 IN BRAZIL UNDER A SOCIAL BIAS AND ITS CONSEQUENCES ON THE POPULATION

ACCESO A MEDIDAS PREVENTIVAS FRENTE AL COVID-19 EN BRASIL BAJO UN SESGO SOCIAL Y SUS CONSECUENCIAS EN LA POBLACIÓN

Laura Zanetti<sup>a</sup>; Profa. Ma. Luciana de Freitas Bica<sup>b</sup>

## **RESUMO**

A COVID-19 é uma doença causada pelo SARS-CoV-2, que se dissemina pelo toque, superfícies e por meio do ar, que se tornou um problema de saúde pública e causou uma pandemia. Objetivos: compreender o acesso às medidas de prevenção e proteção ao COVID-19, bem como entender as consequências do mesmo para a população. Métodos: trata-se de uma revisão de literatura integrativa reunindo informações das fontes informacionais como o IBGE, Scielo e literatura cinzenta como Google Acadêmico. Resultados: Regiões com saneamento básico precário obtiveram maior número de casos de COVID-19 do que outras regiões, além do número de trabalhadores informais cair durante a pandemia. Conclusão: Há divergência no acesso ao tratamento entre os mais ricos e mais pobres, devido às dificuldades envolvendo principalmente emprego e saneamento básico.

DESCRITORES: COVID-19. Desemprego. Pobreza. Saneamento básico.

## **ABSTRACT**

COVID-19 is the disease caused by SARS-CoV-2, which is spread by touch, surfaces and through the air, which has become a public health problem and caused a pandemic. Objectives: to understand access to prevention and protection measures against COVID-19, as well as to understand the consequences of this in the population. Methods: this is an integrative literature review that gathers information from databases, such as the IBGE, and selected articles from the Scielo and grey literature such as Google Scholar databases. Results: Regions with precarious basic sanitation had a higher number of cases of COVID-19 than other regions, in addition, the number of informal workers decreased during the pandemic. Conclusion: There is a divergence

---

<sup>a</sup> Centro Universitário de Pato Branco (UNIDEP), Estado do Paraná. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9411-4089>. Email: laurazanetti@gmail.com

<sup>b</sup> Centro Universitário de Pato Branco (UNIDEP), Estado do Paraná. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4558-4471>

in access to treatment between the richest and poorest, due to difficulties mainly involving employment and basic sanitation.

DESCRIPTORS: COVID-19. Unemployment. Poverty. Basic sanitation.

## INTRODUÇÃO

A pandemia do COVID-19 trouxe consigo a necessidade de adaptação. Por ser disseminado pelo toque, superfícies e por meio do ar, as medidas de prevenção incluíam distanciamento social, uso de álcool em gel e máscaras. Nesse contexto, é preciso buscar entender que tais determinações foram de extrema importância para conter o avanço do vírus, tendo sua eficácia comprovada pela Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>1</sup>. Entretanto, é preciso compreender a dimensão da pandemia no âmbito social, buscando analisar quem pôde, de fato, ter acesso a tais medidas preventivas e quem, por fatores sociais e econômicos, não possuiu a oportunidade de aderir a isso de modo eficaz, além de entender as consequências disso na vida desses indivíduos.

Tendo em vista o contexto da vulnerabilidade social no âmbito da pandemia do COVID-19, a pesquisa justifica-se pela necessidade de relacionar a desigualdade estrutural com o acesso às medidas protetivas contra o vírus. Dessa forma, isolamento social, falta de renda e saneamento básico foram fatores que marcaram a baixa prevenção e proteção das pessoas<sup>2</sup>. Desse modo, a pesquisa assume relevância por buscar compreender o acesso por parte da população aos cuidados contra o COVID-19, visando o entendimento dos fatores socioeconômicos envolvidos.

Dessa forma, o objetivo desse estudo é a compreensão do acesso às medidas de prevenção e proteção ao COVID-19, bem como a necessidade de buscar as consequências disso na população.

## MÉTODOS

Trata-se de uma revisão de literatura integrativa, que inclui busca de artigos e com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Estatística do Cadastro

Central de Empresas (CEMPRE), que por sua vez reúne informações por pesquisas do IBGE.

O critério para escolha dos artigos que compõem o estudo foi a priorização dos estudos qualitativos tendo o conteúdo relacionado à temática da presente pesquisa, os quais foram retirados das bases Scielo e literatura cinzenta, como o Google Acadêmico, preenchendo as lacunas necessárias para o desenvolvimento dessa. Assim, optou-se por selecionar aqueles que possuíam contextos sociais, uma vez que o estudo busca um viés social.

Os dados utilizados foram obtidos no site do IBGE, no qual foi selecionada a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) a fim de obter informações a respeito do número de trabalhadores informais em 2019 e 2020. Pesquisou-se, ainda, notícias do CEMPRE, uma base de informações que interpreta os dados do IBGE e, assim, foi feita a correlação entre o desemprego e a pandemia, comparando o ano de 2019 com 2020.

Por fim, utilizou-se dados a respeito do número de casos de COVID-19 nos Estados do Amazonas, Ceará, Rio de Janeiro e São Paulo, extraídos, respectivamente, da Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (FVS), Integra SUS, Secretaria de saúde do Rio de Janeiro e Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), bem como a população total dessas cidades foi retirada do IBGE e o ranking de saneamento básico foi proveniente do Instituto Trata Brasil.

## **RESULTADOS**

Os dados oriundos da Estatística do Cadastro Central de Empresas (CEMPRE)<sup>3</sup> mostram que em 2020 o país possuía aproximadamente 45,4 milhões de pessoas ocupadas assalariadas em empresas e organizações ativas; comparando com 2019, esse número caiu 1,8%, sendo 853,3 mil postos de trabalho a menos.

Além disso, informações oriundas do IBGE<sup>4</sup> mostram que o número de trabalhadores ocupados informalmente sofreu queda no ano de 2020, principalmente no 2º trimestre,

caindo para 30.700, comparado com o 4º trimestre de 2019, que mostrava 38.756, conforme o gráfico 1.

Gráfico 1: pessoas ocupadas informalmente



Fonte: PNAD, 2023.

Ademais, foram comparados os casos confirmados a cada 1000 habitantes no ano de 2021 dos Estados do Amazonas, Ceará, Rio de Janeiro e São Paulo, por meio da população total dos estados<sup>5</sup> e os casos confirmados<sup>6,7,8,9</sup>, após isso, foi multiplicado por 1000 a fim de obter uma variável de fácil compreensão. Os dados estão agrupados no quadro 1.

Quadro 1 – Casos confirmados de COVID-19 a cada 1000 habitantes

Estado	População (2021)	Casos confirmados (2021)	Casos a cada 1000 habitantes
<b>Amazonas</b>	4,269,995	232,810	54,52
<b>Rio de Janeiro</b>	17,463,349	918,176	52,57
<b>Ceará</b>	9,240,580	630,075	68,18
<b>São Paulo</b>	46,649,131	2,993,811	64,17

Fonte: arquivo próprio

Com o objetivo de complementar o estudo, buscou-se o ranking de saneamento básico de 2020, dele foram retiradas as cidades pertencentes ao Estados de interesse, é possível observar as seguintes posições na Quadro 2<sup>10</sup>.

Quadro 2 - Ranking dos melhores saneamentos básicos em 2020

<b>CIDADE</b>	<b>ESTADO</b>	<b>POSIÇÃO</b>
Santos	São Paulo	1
São Paulo	São Paulo	4
Franca	São Paulo	5
Limeira	São Paulo	6
Piracicaba	São Paulo	7
São José do Rio Preto	São Paulo	9
Suzano	São Paulo	14
Taubaté	São Paulo	17
Sorocaba	São Paulo	21
Campinas	São Paulo	24
Praia Grande	São Paulo	25
Jundiaí	São Paulo	29
São José dos Campos	São Paulo	30
Santo André	São Paulo	32
Ribeirão Preto	São Paulo	34
Taboão da Serra	São Paulo	38
Diadema	São Paulo	40
Osasco	São Paulo	45
Sumaré	São Paulo	46
Mauá	São Paulo	48
São Bernardo do campo	São Paulo	49
Carapicuíba	São Paulo	52
Mogi das Cruzes	São Paulo	54
Itaquaquecetuba	São Paulo	57
Guarujá	São Paulo	58
São Vicente	São Paulo	59

Guarulhos	São Paulo	68
Bauru	São Paulo	73
Niterói	Rio de Janeiro	23
Petrópolis	Rio de Janeiro	26
Campos dos Goytacazes	Rio de Janeiro	41
Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	44
Nova Iguaçu	Rio de Janeiro	74
Belford Roxo	Rio de Janeiro	82
São João de Meriti	Rio de Janeiro	87
Duque de Caxias	Rio de Janeiro	90
São Gonçalo	Rio de Janeiro	94
Fortaleza	Ceará	76
Caucaia	Ceará	79
Manaus	Amazonas	89

Fonte: arquivo próprio

## DISCUSSÃO

A sociedade capitalista contemporânea serve de base para a existência das desigualdades sociais. Além disso, o fenômeno da pobreza não é natural, e sim criado por uma sequência de fatos<sup>11</sup>. Dentro disso, é possível compreender que o indivíduo pobre é consequência de fatores sociais elucidados primeiramente por Jean-Jacques Rousseau<sup>12</sup>, um dos principais nomes do iluminismo francês. O filósofo contratualista debruçava seus ideais sobre o ser humano e a sociedade, permitindo-se exemplificar as particularidades da humanidade antes da existência de uma vida em sociedade mediante a um contrato, caracterizando o corrompimento do homem fruto do ambiente social.

Sob esse viés, analisa-se que a saúde, no Brasil, é influenciada pelas desigualdades socioeconômicas existentes no território. Logo, fatores como renda e moradia estão interligados com o fato de a população pobre ter uma saúde consideravelmente mais

precária que os mais ricos<sup>13</sup>. À vista disso, esses determinantes sociais se intensificaram na pandemia do COVID-19, uma vez que o vírus gerou mudanças na sociedade, propiciando a necessidade do isolamento social e medidas de mitigação para proteger-se contra a infecção e, desse modo, indivíduos baixa renda não puderam aderir a essas medidas preventivas de modo eficiente, gerando um agravo de sua saúde e, assim, delineando o modo como a pandemia a intensificou a discrepância socioeconômica já existente.

Conforme os resultados encontrados, o número de assalariados caiu durante o ano de 2020, bem como o número de trabalhadores informais. Dessa maneira, atribui-se a queda no número de assalariados – demissões – às medidas de bloqueio total ou parcial, realizadas por vários países para retardar a disseminação da doença, somadas a fragilidade da economia brasileira<sup>14</sup>. Além disso, apesar do isolamento social ser sido um importante mecanismo para conter a disseminação do vírus no Brasil, essa medida não levou em consideração a vivência dos trabalhadores informais.

Apesar do fato do aumento do desemprego fazer com que uma parcela migre para o trabalho informal, esse sofreu queda no ano de 2020, conforme observado no gráfico 1. Dessa maneira, a queda é ligada às medidas do *lockdown*, sendo os setores mais afetados com os decretos estaduais foram os trabalhadores informais, ambulantes, prestadores de serviços, lojas, bares, restaurantes, academias, atividades turísticas, dentre outras micro e pequenas empresas<sup>11</sup>. Portanto, entende-se que os trabalhadores foram afetados pela pandemia, visto que não puderam exercer sua força trabalhista, pois o desemprego afeta na renda, que, conseqüentemente, afetou no acesso às medidas preventivas; uma vez que a compra de máscaras, álcool em gel, evitar aglomerações de transportes públicos, tornam-se inviáveis na realidade do desempregado.

Por fim, trabalhadores informais enfrentaram as mesmas conseqüências, pois, esses não possuem os mesmos direitos de proteção de um trabalhador formal, ficando a margem da sociedade<sup>15</sup>. Assim, apesar do isolamento social ser uma importante medida de combate à pandemia, contribuiu para a perpetuação da desigualdade socioeconômica no Brasil,

tendo em vista que pessoas de alto poder aquisitivo possuíram a oportunidade de permanecer em casa sem sofrerem consequências negativas, já pessoas de baixa renda perderam seus empregos e receberam medidas pouco eficientes para combater a enorme divergência que criou-se entre os mais ricos e os mais pobres. Dentro disso, houve a criação da política de Auxílio Emergencial no ano de 2020 pelo governo Bolsonaro, que apresentou três grupos beneficiários: famílias cadastradas no Cadastro Único, beneficiários do Bolsa Família, trabalhadores autônomos, informais e microempreendedores. Entretanto, o pagamento sofreu atraso de mais de 60 dias, gerando aglomerações de pessoas dormindo em filas da Caixa Econômica. Além disso, não houve articulação de Estados e municípios, o que prejudicou aqueles que precisavam do benefício, pois não foi feito o monitoramento de quem recebia o auxílio e não foi realizada busca ativa das pessoas mais vulneráveis nos municípios<sup>16</sup>.

Além disso, saneamento básico e moradia são alguns dos fatores que influenciam na prevenção e proteção contra o COVID-19, visto que a falta de saneamento básico aumenta o risco de contaminação e agrava a doença, pois permite a proliferação do vírus devido ao ambiente precário<sup>17</sup>. Outrossim, já foi evidenciada a presença de RNA do SARS-CoV-2 em fezes de pacientes com a doença que, ao testar 369 pessoas, 104 delas estavam negativadas para o teste nasofaringe, o vírus foi encontrado em suas fezes; a contaminação pelo vírus pode acontecer de modo fecal-oral devido à presença de RNA viral nas fezes de indivíduos sintomáticos e assintomáticos<sup>18</sup>.

Sob esse prisma, percebe-se, conforme a quadro 1, que os casos a cada 1000 habitantes do Estado do Amazonas e Rio de Janeiro são próximos, entretanto, ao avaliar a população de ambos, Rio de Janeiro possui 4 vezes mais a população de Amazonas. O mesmo ocorre quando se compara Ceará e São Paulo, no qual São Paulo possui 5 vezes mais habitantes. Desse modo, caso não houvesse fatores externos influenciando a disseminação do vírus, cidades com menores populações tenderiam a ter um menor número de casos por habitante quando comparadas a cidades com o quádruplo de sua população

Ademais, conforme a quadro 2, infere-se que o Estado de São Paulo está presente 28 vezes no ranking, Rio de Janeiro 9 vezes, Ceará 2 vezes e Amazonas 1 vez apenas. Por conseguinte, é possível relacionar que, o estado com a presença de um melhor saneamento básico, possui menores casos por habitante de COVID-19. Logo, elucida-se que esse foi um importante fator para a disseminação do vírus, contribuindo para o alastramento da pandemia em áreas com um parco saneamento básico. Por conseguinte, a população pobre é mais vulnerável a contrair o vírus por estar inserida em locais suscetíveis à contaminação pela falta de profilaxia.

Em suma, elucida-se o acesso às medidas preventivas contra o COVID-19 no Brasil uma problemática de direito do acesso à saúde, uma vez que indivíduos baixa renda não dispusera dessa oportunidade devido à falta de políticas públicas de qualidade tanto para remediar a questão da falta de renda, quanto para solucionar as condições vulneráveis de habitação e saneamento.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

É pertinente o fato de que a situação pandêmica agravou as desigualdades sociais já existentes no território brasileiro e mostrou a dificuldade de proteção e prevenção dos mais pobres em situações de crises sanitárias. Assim, é possível considerar que populações vulneráveis não aderiram completamente às medidas preventivas contra o COVID-19 devido a fatores socioeconômicos envolvidos, mostrados por meio dos dados do IBGE, CEMPRE, PNAD e demais autores, de modo que as consequências enfrentadas por essas pessoas são a contaminação com o vírus e agravamento da situação da saúde em razão da fragilidade social em que se encontram, a qual foi exacerbada por fatores envolvendo a pandemia, a exemplo o desemprego. Elucida-se, por fim, que a primeira morte registrada por COVID-19 no estado do Rio de Janeiro foi a de uma empregada doméstica, que contraiu o vírus após ter contato com a dona da casa onde trabalhava, no Leblon; a patroa já esperava o resultado do teste para coronavírus, pois havia acabado de voltar de uma viagem

internacional<sup>19</sup>. Desse modo, evidencia-se a fragilidade do direito trabalhista, pois a necessidade de buscar sustento sobrepõe-se ao cuidado pela vida, o que fez com que o mais pobre ficasse mais suscetível a contrair o vírus pela necessidade de subsistência.

## REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-americana da saúde (OPAS) [homepage na internet]. Folha informativa - COVID-19. [acesso em 2023 Mar 25]; Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>.
2. Farias MN, Leite JD. Vulnerabilidade social e Covid-19: considerações com base na terapia ocupacional social. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional [periódico na internet]. 2021 [acesso em 2023 Mar 25]; Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadbto/a/ykWBT9zDyjPvV5DmRGV8vdw/?lang=pt#>.
3. Agência de Notícias IBGE [internet]. Número de assalariados cai, enquanto aumenta o número de empresas sem empregados; [revisado em 2022 Jul 18; acesso em 2023 Mar 25]; Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/34132-cempre-2020-numero-de-assalariados-cai-enquanto-aumenta-o-numero-de-empresas-sem-empregados>.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [Internet]. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD). 2020 [acesso em 2023 Mar 25]; Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html>.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [Internet]. Cidades e Estados. 2020 [acesso em 2023 Mar 25]; Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rj.html>
6. Fundação de vigilância em saúde do Amazonas (FVS) [Internet]. Painel COVID-19 Amazonas. 2021 [acesso em 2023 Mar 25]; Disponível em: <http://saude.am.gov.br/painel/corona/>.
7. Integra SUS – Transparência da saúde do Ceará [Internet]. Indicadores. 2021 [acesso em 2023 Mar 25]; Disponível em: <https://integrasus.saude.ce.gov.br/#/indicadores/indicadores-coronavirus/coronavirus-ceara?modoExibicao=painel>.
8. Secretaria de saúde do Rio de Janeiro [Internet]. COVID-19 - Casos e óbitos no Estado do Rio de Janeiro divulgados diariamente. 2021 [acesso em 2023 Mar 25]; Disponível em: [http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnetbd/covid19/sivep\\_redirecional.html](http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnetbd/covid19/sivep_redirecional.html).
9. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE) [Internet]. Boletim Completo. 2021 [acesso em 2023 Mar 25]; Disponível em: <https://www.seade.gov.br/coronavirus/>.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [Internet] Ranking dos melhores Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD). 2020 [acesso em 2023 Mar 25]; Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html>.
11. Marx K. O Capital: crítica da economia política. São Paulo: Nova Cultural; 1996.
12. Rousseau JJ. Do Contrato Social: Discurso sobre a origem da desigualdade entre os homens. São Paulo: Abril Cultural; 1973.

13. Campello T, Gentili P, Rodrigues M, Hoewell GR. Faces da desigualdade no Brasil: um olhar sobre os que ficam para trás. *Saúde em Debate* [Internet]. 2018 [acesso em 2023 Mar 26]; 42:54-66; Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xNhwkBN3fBYV9zZgmHpCX9y/?lang=pt>.
14. Costa S da S. Pandemia e desemprego no Brasil. *Rev. Adm. Pública*. [Internet]. 2020 [acesso em 2023 Mar 26]; Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/SGWCFyFzjzrDwgDJYKcdhNt>.
15. Cruz VL, Silva M dos S, Nolasco DM de S, Felix Júnior LA. O impacto da COVID-19 no trabalho informal e as perspectivas pós-pandemia. *Revista Reuna* [Internet]. 2022 [acesso em 2023 mar 26]; disponível em: <http://revistas.una.br/index.php/reuna/article/view/1295>.
16. Marins MT, Rodrigues MN, Silva JML da, Silva KCM da, Carvalho PL. Auxílio Emergencial em tempos de pandemia. *Soc estado* [Internet]. 2021May;36(2):669–92. Available from: <https://doi.org/10.1590/s0102-6992-202136020013>.
17. Mattei L, Heinen VL. Impactos da crise da Covid-19 no mercado de trabalho brasileiro. *Brazilian Journal of Political Economy* [Internet]. 2020 [acesso em 2023 Mar 26]; 40(4):647-668. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-31572020-3200>.
18. Bombardi LM. Saneamento básico precário facilita proliferação da covid-19 no Brasil. *Jornal da USP* [Internet]. 2020 [acesso em 2023 Mar 26]; Disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/saneamento-basico-precario-facilita-proliferacao-de-covid-19-no-brasil/>.
19. Melo ML de. Primeira vítima do RJ era doméstica e pegou coronavírus da patroa no Leblon. *UOL* [Internet]. 2020 Maio 19 [acesso em 2023 Maio 9]. Available from: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/03/19/primeira-vitima-do-rj-era-domestica-e-pegou-coronavirus-da-patroa.htm>.

# **PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ**

INTEGRATIVE AND COMPLEMENTARY PRACTICES IN THE UNIQUE HEALTH SYSTEM IN THE STATE OF PARANÁ  
PRÁCTICAS INTEGRADORAS Y COMPLEMENTARIAS EN EL SISTEMA ÚNICO DE SALUD DEL ESTADO DE PARANÁ

Gabriele Giaretta<sup>a</sup>; Ana Beatriz Bavaresco<sup>b</sup>; Jamili Laís Baratieri<sup>c</sup>; Kamylla Carvalho Louza<sup>d</sup>; Jean Carlos Signor Pastório<sup>e</sup>

## **RESUMO**

Objetivos: Verificar quais as Práticas Integrativas e Complementares da Saúde (PICS) são disponibilizadas para os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) nas Regiões de Saúde do Estado do Paraná. Métodos: Estudo quantitativo ecológico acerca das 29 PICS reconhecidas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS nas Regiões de Saúde do Paraná, no período de 2015 a 2020, com dados secundários extraídos da plataforma DATASUS/TABNET. Resultados: Foram encontrados 178730 procedimentos realizados nas Regiões de Saúde, dos quais, 62,11% correspondem a Região Metropolitana, seguido de Paranaguá com 17,48%, e em terceiro lugar, Londrina com 9,25%. Sendo as práticas mais realizadas acupuntura com ventosa e com agulha e outras que obtiveram maior registro foram meditação, arteterapia e yoga. Conclusão: As PICS impactam positivamente nos usuários do SUS, entretanto ainda não são uma realidade na maioria das Unidade Básica de Saúde devido a falta de profissional capacitado entre outros desafios.

**PALAVRAS-CHAVE:** Acupuntura. Medicina Integrativa. Terapias Complementares.

---

<sup>a</sup> Acadêmica de medicina no Centro Universitário de Pato Branco, PR, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3242-3115>. E-mail: [giarettagabi@gmail.com](mailto:giarettagabi@gmail.com)

<sup>b</sup> Acadêmica de medicina no Centro Universitário de Pato Branco, PR, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1082-7621>

<sup>c</sup> Acadêmica de medicina no Centro Universitário de Pato Branco, PR, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2566-1396>

<sup>d</sup> Acadêmica de medicina no Centro Universitário de Pato Branco, PR, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5096-9325>

<sup>e</sup> Acadêmico de medicina no Centro Universitário de Pato Branco, PR, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2638-1385>

## ABSTRACT

**Objectives:** To verify which integrative and complementary health practices (PICS) are available to users of the Unified Health System (SUS) in the Health Regions of the State of Parana. **Methods:** Quantitative ecological study about the 29 PICS recognized by the National Policy of Integrative and Complementary Practices in the SUS in the Health Regions of Parana, in the period from 2015 to 2020, with secondary data extracted from the DATASUS/TABNET platform. **Results:** A total of 178,730 procedures were found in the Health Regions, of which 62.11% correspond to the Metropolitan Region, followed by Paranaguá with 17.48%, and in third place, Londrina with 9.25%. The most common practices were cupping and needle acupuncture and others that obtained the highest number of records were meditation, art therapy and yoga. **Conclusion:** PICS have a positive impact on SUS users, however they are not yet a reality in most Basic Health Units due to the lack of trained professionals, among other challenges.

**KEYWORDS:** Acupuncture. Integrative Medicine. Complementary Therapies.

## INTRODUÇÃO

As Práticas Integrativas e Complementares da Saúde são práticas de saúde que visam instigar os mecanismos naturais de prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde por intermédio de tecnologias eficazes e seguras<sup>1</sup>.

A Organização Mundial da Saúde desde 1970 tem incentivado que às chamadas Medicinas Tradicionais Complementares e Integrativas (MTCI) são artifícios de cuidados pelos sistemas nacionais de saúde. Nesse contexto, a Declaração de Alma Ata ampliou o conceito da Atenção Primária à Saúde (APS) com o intuito de universalizar o cuidado clínico-sanitário às populações<sup>2</sup>.

Com a finalidade de assegurar a integralidade da atenção à saúde, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC) no SUS em 2006, a fim de reiterar seus princípios fundamentais. Outrossim, a PNPIC considera o indivíduo na sua dimensão global, ou seja, considerando sua singularidade no processo de adoecimento da saúde. Bem como, a Política Nacional garante a eficácia e a qualidade na perspectiva da integralidade da atenção à saúde<sup>3</sup>.

Ademais, em dezembro de 2018 foi criado “A Lei 19785, artigo 1, que institui as diretrizes para as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no âmbito do SUS do Estado do Paraná”<sup>4</sup>. Essas visam a estruturação e fortalecimento da atenção em PICS no SUS, por meio da qualificação de profissionais e também de divulgação e informação dos conhecimentos básicos através educação permanente e da pesquisa em saúde.

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) são utilizadas no SUS com foco na Atenção Básica de Saúde devido sua importância em garantir a qualidade de vida, segurança e constituir um maior vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários, olhando não apenas a doença, mas sim o indivíduo como um todo<sup>2</sup>. Partindo desse pressuposto, é necessário a realização de estudos para verificar o uso das PICS no SUS nas Regiões de Saúde do estado do Paraná, visto que pesquisas utilizando o TABNET/DATASUS estão em falta.

O objetivo deste estudo foi verificar quais Práticas Integrativas e Complementares em Saúde são disponibilizadas para os usuários do SUS nas Regiões de Saúde do Estado do Paraná, durante o período de janeiro de 2015 até dezembro de 2020.

## **METODOLOGIA**

Foi realizado um estudo quantitativo ecológico acerca das 29 Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), sendo elas: acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, termalismo social/crenoterapia, arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa, yoga, apiterapia, aromaterapia bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, medicina antroposófica, ozonioterapia, terapia das flores, reconhecidas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC)<sup>3</sup> nas Regiões de Saúde do Paraná, com dados secundários extraídos do DATASUS, por meio da Plataforma TABNET, em Sistemas de Informações Ambulatoriais – SIA, por meio da seleção de

quantidade aprovada por ano atendimento segundo Região de Saúde (CIR). Os dados foram coletados do período de janeiro de 2015 até dezembro de 2020 e utilizou-se o recurso de softwares como o Excel, com a finalidade de organizar e analisar os dados.

## RESULTADOS

A partir de buscas realizadas no site DATASUS, no período de 2015 a 2020, foram encontrados 178730 procedimentos realizados nas Regiões de Saúde, dos quais, 62,11% correspondem à Região Metropolitana, sendo a região que mais realiza procedimentos dentro dos anos de 2015 a 2020. Seguido de Paranaguá com 17,48%, e em terceiro lugar, Londrina com 9,25%, entre os períodos de 2015 a 2020.

As práticas mais realizadas foram a acupuntura com agulha, que correspondeu a 95,61% de todos os procedimentos feitos durante o período de tempo, acupuntura com ventosa que equivale a 2,42% e além destas, outras que obtiveram maior registro foram arteterapia com 1,37%, yoga 0,11% e meditação 0,07%.

Tabela 1: PICS realizadas nas Regiões de Saúde do Estado do Paraná.

Procedimentos	Foz do Iguaçu	Cascavel	Campo Mourão	Umuarama	Cianorte	Paranavaí	Total
Meditação	7	2	0	58	0	0	67
Acupuntura com ventosa	0	0	9	0	0	0	9
Acupuntura com agulha	21	636	427	0	894	2636	4614
Sessão de constelação familiar	0	5	0	0	0	0	5
Sessão de cromoterapia	0	5	0	0	0	0	5
Sessão de Reiki	0	0	0	0	0	0	0
Sessão de imposição de mãos	0	0	0	0	0	0	0
Sessão de ozonioterapia	0	1	0	0	0	0	1
Tratamento fitoterápico	0	0	0	0	0	0	0
Sessão de antroposofia	0	0	0	0	0	0	0
Terapia de florais	0	2	0	0	0	0	2
Terapia comunitária	8	4	2	0	0	0	14
Tratamento osteopático	0	0	0	0	0	0	0
Sessão de geoterapia	0	0	0	0	0	0	0
Sessão de musicoterapia	0	0	0	1	0	0	1
Termalismo	0	0	0	0	0	0	0
Arteterapia	0	0	36	0	0	0	36
Yoga	25	0	102	0	0	0	127
Sessão de biodança	0	0	0	0	0	0	0

Sessão de dança circular	4	0	2	1	0	0	7
Total	65	655	578	60	894	2636	4888

Procedimentos	Pato Branco	Francisco Beltrão	Cornélio Procópio	Jacarezinho	Londrina	Total
Meditação	0	18	1	0	0	19
Acupuntura com ventosa	0	0	0	0	113	113
Acupuntura com agulha	3	1353	0	0	16900	18256
Sessão de constelação familiar	0	1	0	0	0	1
Sessão de cromoterapia	0	0	0	0	0	0
Sessão de Reiki	0	0	0	0	0	0
Sessão de imposição de mãos	0	0	0	0	0	0
Sessão de ozonioterapia	0	0	0	0	0	0
Tratamento fitoterápico	0	0	0	0	0	0
Sessão de antroposofia	0	2	0	0	0	2
Terapia de florais	1	0	0	0	0	1
Terapia comunitária	0	0	0	0	12	12
Tratamento osteopático	0	0	0	0	0	0
Sessão de geoterapia	0	0	0	0	0	0
Sessão de musicoterapia	0	0	0	0	0	0
Termalismo	0	0	0	0	0	0
Arteterapia	0	1	0	0	0	1
Yoga	0	0	0	0	1	1
Sessão de biodança	0	0	0	1	0	1
Sessão de dança circular	0	142	0	0	0	142
Total	4	1517	1	1	17026	18549

Procedimentos	Toledo	Ivaiporã	União da Vitória	Telemarco Borba	Apucarana	Total
Meditação	0	0	0	0	0	0
Acupuntura com ventosa	1447	1958	0	0	0	3405
Acupuntura com agulha	2152	1953	0	0	0	4105
Sessão de constelação familiar	0	0	0	0	0	0
Sessão de cromoterapia	0	0	0	0	0	0
Sessão de Reiki	0	41	0	0	0	41
Sessão de imposição de mãos	0	0	0	0	0	0
Sessão de ozonioterapia	0	0	0	0	0	0
Tratamento fitoterápico	33	0	0	0	0	33
Sessão de antroposofia	0	0	0	0	0	0
Terapia de florais	0	0	0	0	0	0
Terapia comunitária	8	0	0	1	0	9
Tratamento osteopático	0	0	0	0	24	24
Sessão de geoterapia	0	0	0	0	0	0
Sessão de musicoterapia	1	0	0	0	0	1
Termalismo	65	0	0	0	0	65
Arteterapia	22	0	36	0	0	58
Yoga	0	0	2	0	0	2
Sessão de biodança	0	0	0	0	0	0
Sessão de dança circular	0	255	1	0	0	256
Total	3728	4207	39	1	24	7999

Procedimentos	Paranaguá	Região Metropolitana	Ponta Grossa	Irati	Guarapuava	Maringá	Total
Meditação	0	49	0	0	0	0	49
Acupuntura com ventosa	0	803	0	0	0	0	803
Acupuntura com agulha	31257	111751	0	0	310	595	143913
Sessão de constelação familiar	0	2	0	0	0	0	2
Sessão de cromoterapia	0	3	1	0	0	0	4
Sessão de Reiki	0	0	0	0	0	0	0
Sessão de Imposição de mãos	0	19	1	0	0	0	20
Sessão de ozonioterapia	0	0	25	0	0	0	25
Tratamento fitoterápico	0	2	0	0	10	0	12
Sessão de antroposofia	0	16	1	0	0	0	17
Terapia de florais	0	16	0	0	0	0	16
Terapia comunitária	0	13	6	0	0	0	19
Tratamento osteopático	0	33	0	0	0	0	33
Sessão de geoterapia	0	0	1	0	0	0	1
Sessão de musicoterapia	0	0	0	0	0	0	0
Termalismo	0	2	0	0	0	0	2
Arteterapia	0	45	0	0	0	2280	2325
Yoga	1	45	0	1	0	0	47
Sessão de biodança	0	0	0	0	0	0	0
Sessão de dança circular	0	0	6	0	0	0	6
<b>Total</b>	<b>31258</b>	<b>112799</b>	<b>41</b>	<b>1</b>	<b>320</b>	<b>2875</b>	<b>178730</b>

Fonte: Elaborado pelos autores com base em dados fornecidos pelo DATASUS, 2021.

## DISCUSSÕES

Mediante ao levantamento de dados com base no DATASUS foi observado que por mais que a Política Pública de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC) esteja em vigor desde 2006, ainda tem muitas regiões de saúde em que as PICS não estão inseridas. Logo, uma explicação plausível para explicar a divergência entre as regiões seria o contingente populacional, a oferta de profissionais capacitados e o sistema de notificação<sup>2</sup>.

Com isso, os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e do Ministério da Saúde possuem variações quanto ao contexto de distribuição e de oferta das PICS<sup>2</sup>. De acordo com Silva de Paula<sup>5</sup>, há uma sub ou sobreregistro das PICS, principalmente, por não haver fiscalização e frequentemente estar desatualizado. Somando-se a isso, de acordo com Tesser<sup>2</sup> uma vez que é registrado seu uso no sistema de informações, o município em questão aparece nos dados oficiais como ofertando PIC naquele ano. Assim, pode ser um erro relativo considerar a prática de um profissional, que talvez ocorra de forma ocasional, como oferta rotineira do município.

Mediando aos resultados, a região Metropolitana foi a que mais apresentou procedimentos em PICS. De acordo com a estimativa do IBGE de 2021<sup>6</sup>, ela consta uma população de aproximadamente 3.731.769 milhões de habitantes, representando 32% de toda população do Paraná, o que indica o motivo da alta taxa de procedimentos nessa região.

A acupuntura com agulha e ventosa é a prática integrativa mais realizada nas regiões de saúde do Paraná, visto que Ministério da Saúde inseriu na tabela Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) a consulta médica em acupuntura em 1999. A acupuntura é originária da Medicina Tradicional Chinesa (MCT), consiste em um conjunto de procedimentos que estimula locais anatômicos por meio de inserção de agulhas filiformes metálicas, usadas para a manutenção e recuperação da saúde. Dessa forma, é utilizada em diferentes situações de saúde, como em casos de náuseas, cefaleia, fibromialgia, asma, entre outros<sup>7</sup>. Logo, a acupuntura está associada à redução de custos hospitalares e de medicamentos, na atenção primária, a PIC poderia diminuir significativamente os custos dos tratamentos de diversas doenças<sup>8</sup>.

A meditação é uma prática que visa harmonizar o estado mental e da consciência que possibilita o desenvolvimento do autoconhecimento. Portanto, é um instrumento que fortalece o corpo físico, mental, emocional e social, estimulando o bem-estar, o relaxamento, redução dos sintomas depressivos, entre outros<sup>9</sup>.

A prática de yoga pode ser aplicada em diversas condições de saúde e adoecimento, como para melhorar o estado psicológico e qualidade de vida de pacientes com câncer de mama, em mulheres na menopausa, esquizofrenias leves, doenças reumáticas, ansiedade, depressão materna, entre outros efeitos para diferentes desfechos<sup>10</sup>. O yoga pode ser descrito como uma estratégia de promoção de saúde, em termos de saúde mental de adolescentes, a prática proporciona condições cognitivo-comportamentais de lidar com os estressores, melhorando a resposta aos problemas vivenciados<sup>11</sup>.

A arteterapia é um processo terapêutico que promove o autoconhecimento por meio da arte, onde o sujeito pode expressar os conflitos externos, além de estimular a criatividade. Dessa forma, a arteterapia foi inserida no Sistema Único de Saúde (SUS) em 2017, e tem ênfase no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), visto que é o primeiro nível de assistência e tem como característica um espaço de atenção integral ao indivíduo<sup>12</sup>.

De acordo com Lemos<sup>13</sup> as PICS, são intervenções de baixo custo que possuem eficácia comprovada cientificamente e são fáceis de aplicar. Em contrapartida, de acordo com Avila-Pires<sup>14</sup>, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde não apresentam comprovação científica suficiente e podem ameaçar piorar a qualidade do sistema de saúde brasileiro. Entretanto, o autor se esquece que o modelo Biomédico já caiu em desuso no atual século e que as PICS não representam uma ameaça visto que elas não substituem o tratamento biológico de uma patologia, mas sim são Práticas Complementares, como já diz o nome, que visam o olhar integrado e humano do paciente.

Somando-se a isso, segundo estudo<sup>15</sup> as PICS podem impactar significativamente na melhoria da qualidade de vida das pessoas uma vez que atuam na promoção de saúde. Nesse cenário, por se tratar de uma política pública deveria adentrar na grade curricular dos cursos da área da saúde bem como a educação continuada dos profissionais de saúde. De acordo com Silva de Paula<sup>5</sup> o número reduzido de profissionais qualificados é um desafio, e com isso, o Ministério da Saúde e a Universidade Federal de Santa Catarina

(UFSC) ofertará a formação em Auriculo acupuntura para os Profissionais de Saúde da Atenção Básica.

Além disso, de acordo com Tesser (2018) as PICS representam uma estratégia para ampliar os recursos terapêuticos não farmacológicos da APS, reduzindo a polifarmácia e o potencial de iatrogenia. Além disso, podem diversificar as abordagens em saúde dos problemas trazidos pelos usuários aos profissionais atuantes da APS.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Por meio da pesquisa realizada observou-se que as Prática Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) mais realizadas de acordo com os dados do DATASUS/SIA, é a acupuntura com agulha ou ventosa, meditação, yoga e arteterapia. Portanto, pode-se inferir que o resultado encontrado é devido a extensão de aplicabilidade das PICS e o impacto benéfico que resulta nos pacientes, bem como associação com a diminuição de custos com a saúde pública.

Somado a isso, vale a pena ressaltar que apesar de existirem esses números de atendimentos realizados pelo SUS, as PICS ainda não são uma realidade na maioria das Unidades de Saúde, visto que a sua acessibilidade é pouco divulgada para a população seja pelos profissionais de saúde, pelo próprio Ministério da Saúde ou seja pelos meios de comunicação. Ademais, as Práticas Integrativas foram implementadas na grade curricular dos cursos da área da saúde de modo recente, logo observa-se que o modelo biomédico de atendimento ainda persiste, mantendo os tratamentos de modo tradicional e medicamentoso.

### **REFERÊNCIAS**

1. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (CNPICS) - Contexto Histórico Da Institucionalização Das Práticas Integrativas E Complementares Em Saúde No SUS – Livroto 1 - Dezembro, 2020.

2. Tesser, C. D., Sousa, I. M. C. de, & Nascimento, M. C. do. (2018). Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. *Saúde Em Debate*, 42(spe1), 174–188.  
<https://doi.org/10.1590/0103-11042018s112>
3. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Portaria Nº 971. 03 de maio de 2006.  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971\\_03\\_05\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html)
4. Assembleia Legislativa do Paraná. Diretrizes para as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado do Paraná SUS-PR. Lei nº "19.785. 20 de dezembro de 2018.
5. Silva de Paula E, Letícia Volpato Marcon C, Oscar Giggberger Bareiro A. Avaliação da implementação das Práticas Integrativas e Complementares na atenção básica em um município do sul do Brasil. *Rev Bras Prat Int e Comp em Sau* [Internet]. 18º de outubro de 2022 [citado 17º de maio de 2023];2(3):43-58. Disponível em: <https://www.revistasuninter.com/revistasauade/index.php/revista-praticas-interativas/article/view/1284>
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Censo demográfico de 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>
7. Ministério da Saúde (BR). Dispõe sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e complementares no SUS. Brasília-DF, 2015.  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_praticas\\_integrativas\\_c](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_c)
8. Vasconcellos PRO. Acupuntura Como Forma De Tratamento No Sistema Único De Saúde. *FAG Journal of Health*–ISSN 2674-550X,2019, v.1, n.2, p. 48. <https://doi.org/10.35984/fjh.v1i2.80>
9. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria Nº 849, de 27 de março de 2017. Dispõe sobre a inclusão da Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. *Diário Oficial da União*. 27 de março de 2017. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849\\_28\\_03\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html).
10. Santaella DF, Afonso R, Siegel P. Mapa de evidências efetividade clínica da prática do Yoga. 2020;1(julho):24. Available from: <https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/vzygb>.
11. Barros TF, Vivian GF, Farre AGM da C, Batista PDC. Efeitos de práticas de yoga na saúde mental de adolescentes: revisão integrativa. *Rev Bras em Promoção da Saúde*. 2022;35:1–10.

12. Vale CS, Ribeiro AKCM, Silva NS, Lago RR, Lago SD. Arteterapia como estratégia de cuidado em saúde mental no âmbito da atenção primária: um relato de experiência. *J Manag Prim Health Care*. 2021;13:e014. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v13.1162>.
13. Lemos. KCV. Meditação Baseada Em *Mindfulness* E O Método Feldenkrais® Como Terapias Complementares No Sus: A Implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO) Sob a Perspectiva dos Usuários. Universidade Federal do Rio De Janeiro. Instituto de Psicologia. Rio de Janeiro. 2014.
14. Dias de Avila-Pires F. Uma Conduta (ir)responsável em Saúde Pública. *Santé* [Internet]. 6º de novembro de 2022 [citado 24º de fevereiro de 2023];1(1):71-80. Disponível em: <https://periodicos.unidep.edu.br/sante/article/view/154>
15. Miranda TNS, Macêdo MC de, Tavares FM, Silva T de M da. Integrative and complementary practices from the perspective of primary care health professionals. *RSD* [Internet]. 2022Jun.13 [cited 2023Feb.24];11(8):e14611830654. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/30654>

# ***IMPORTÂNCIA DA LIBRAS COMO DISCIPLINA NA GRADE CURRICULAR DE MEDICINA***

IMPORTANCE OF LIBRAS AS A DISCIPLINE IN THE MEDICAL CURRICULUM

Ana Claudia Rottini Domingues<sup>a</sup>; Bruna Regina Dall Agnol<sup>b</sup>; Indianara Liana Casagrande Grando<sup>c</sup>; Luciana de Freitas Bica<sup>d</sup>; Paula Bellé<sup>e</sup>; Vanuza Bortolan Tomazini<sup>f</sup>

## **RESUMO**

Objetivo: Avaliar as prerrogativas que a oferta prévia de LIBRAS na grade curricular de medicina possui na formação acadêmica e pessoal dos estudantes. Método: Diante das dificuldades de assistência à saúde enfrentadas pela comunidade surda, realizou-se uma revisão da produção científica sobre a história da luta dos surdos por seus direitos, bem como de perspectivas necessárias para comunicação em LIBRAS no âmbito da medicina. Resultados: Destaca-se a LIBRAS como forma de comunicação gesto-visual essencial para se estabelecer uma relação médico-paciente no âmbito hospitalar, visto que, obtém-se um diálogo de integração para com a comunidade surda. Diante disso, incentivos por parte das universidades permitem que educandos de medicina tenham contato com essa língua precocemente. Conclusões: Observar-se a relevância de estudar-se libras ainda no início da graduação, pois é preciso ofertar diariamente uma medicina acolhedora para que se possa seguir o modelo biopsicossocial durante as condutas médicas.

DESCRITORES: Surdos. LIBRAS. Medicina.

## **ABSTRACT**

---

<sup>a</sup> Acadêmica de medicina, Centro Universitário de Pato Branco, Pato Branco-PR, Brasil  
[anaclaudiarottini2000@gmail.com](mailto:anaclaudiarottini2000@gmail.com). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4105-4657>

<sup>b</sup> Acadêmica de medicina, Centro Universitário de Pato Branco, Pato Branco-PR, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9260-6733>.

<sup>c</sup> Acadêmica de medicina, Centro Universitário de Pato Branco, Pato Branco-PR, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6602-8466>

<sup>d</sup> Docente do curso de medicina, Centro Universitário de Pato Branco, Pato Branco-PR, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4558-4471>

<sup>e</sup> Acadêmica de medicina, Centro Universitário de Pato Branco, Pato Branco-PR, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9571-5396>

<sup>f</sup> Acadêmica de medicina, Centro Universitário de Pato Branco, Pato Branco-PR, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8109-8040?lang=en>

Objective: To evaluate the prerogatives that the previous offering of LIBRAS in the medical curriculum has in the academic and personal formation of students. Method: Faced with the health care difficulties faced by the deaf community, a review of scientific production was carried out on the history of the struggle of the deaf for their rights, as well as the necessary perspectives for communication in LIBRAS in the field of medicine. Results: LIBRAS stands out as a form of gesture-visual communication that is essential to establish a doctor-patient relationship in the hospital environment, since an integration dialogue is obtained with the deaf community. In view of this, incentives by universities allow medical students to have contact with this language at an early age. Conclusions: The relevance of studying Libras at the beginning of graduation is observed, as it is necessary to offer welcoming medicine on a daily basis so that the biopsychosocial model can be followed during medical conduct.

DESCRIPTORS: Deaf. LIBRAS. Medicine.

## INTRODUÇÃO

A Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) é uma língua ou idioma propriamente dito que passou por diversas dificuldades até ser efetivada e reconhecida como tal. Sendo assim, não deve ser denominada de linguagem, visto que, possui sua gramática própria, composta por níveis linguísticos, bem como, morfológicos, semânticos, fonológicos e sintáticos.<sup>1</sup> Outros aspectos importantes nesta língua são os parâmetros que fundamentam a sua prática, sendo eles, a configuração de mãos, expressão facial e corporal, orientação, ponto de articulação, e movimento. Mesmo com essas características, é importante salientar que não pode ser considerada uma língua universal, porque existem variações conforme cada região do mundo, sendo explicada por Gesser (2009) da seguinte forma: “nos Estados Unidos, os surdos ‘falam’ a língua americana de sinais; na França, a língua francesa de sinais, no Japão, a língua japonesa de sinais, no Brasil, a língua brasileira de sinais, e assim por diante”.<sup>1</sup>

Sendo assim, pode se notar que nos dias de hoje, essa língua tem maior reconhecimento, o que estimula o interesse não só pela sua aprendizagem, mas também pela comunidade surda e suas particularidades.<sup>1</sup> Dessa forma, uma das principais características da comunidade, a qual lhes dá a identidade, é a surdez. A surdez pode ser congênita,

quando durante a gestação a mãe passa por doenças infectocontagiosas, bem como rubéola e sífilis, as quais comprometem o desenvolvimento, ou pode ser adquirida, quando após o nascimento uma patologia ou outros fatores acabam lesionando as estruturas do ouvido, causando a surdez. Assim, existe a classificação dos níveis de surdez segundo Rinaldi<sup>1</sup>, o qual é citado em Gesser (2009), que variam de normal a profundo conforme a perda auditiva.

Além disso, tratando da surdez em um contexto histórico, a milhares de anos atrás essa era vista como algo extremo que tirava a condição de humanidade das pessoas, o que impedia suas vidas em sociedade, proibindo uma infinidade de vivências, até mesmo o casamento. Do mesmo modo, na questão da alfabetização dos surdos, houveram diversos empecilhos que dificultaram a efetivação da língua de sinais, sendo que dentre esses, um marco a ser salientado é o Congresso de Milão que ocorreu no ano de 1880. Nesse congresso foi consolidado e imposto o método oralista como único método de ensino, sendo proibida a língua gestual, excluindo totalmente a comunidade surda.<sup>2</sup> Entretanto, após todas as dificuldades e batalhas, houve uma grande conquista: a fundação da primeira escola para surdos, a qual localizava-se em Paris. Já no Brasil, a primeira escola foi fundada na época imperial, e atualmente é chamada de INES.

Dessa forma, diante de toda essa dificuldade no reconhecimento da LIBRAS como língua propriamente dita e exclusão da comunidade surda na sociedade, foi um grande avanço a criação do decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005 que regulamenta a Lei nº 10.436 de 24 de abril de 2002 e art. 18 da Lei nº 10.098 de 10 de dezembro de 2000.

A partir deste contexto de inclusão, é fundamental analisar a forma como os surdos são incluídos na sociedade, as barreiras linguísticas e culturais entre surdos e ouvintes que ainda existem em diversos aspectos na sociedade, as quais podem ser observadas no cotidiano em situações rotineiras, como ir ao médico, por exemplo, momento em que a comunicação é imprescindível para que aconteça o acolhimento do paciente, um

atendimento humanizado, integral, que possibilite estabelecer um vínculo entre médico e paciente.

Assim, com ênfase no âmbito da saúde, é de suma importância analisar a educação e formação humanizada destes profissionais. Além disso, em se tratando do curso de medicina, é essencial analisar a estruturação da grade curricular do curso e salientar a importância da aprendizagem da língua durante a graduação destes futuros médicos, tornando-os habilitados, para que realmente seja efetiva a capacitação para o atendimento, mas para isso, é necessário incentivos já na sua formação, incluindo na própria grade curricular do curso, a disciplina de LIBRAS.

## **FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **O surdo e a história**

O Congresso de Milão ou também chamado de Segundo Congresso Internacional de Educação dos surdos, foi um marco histórico para a comunidade surda, visto que, houveram duras imposições para a comunidade surda, como a aceitação apenas da oralização, fazendo com que a gestualização fosse proibida no contexto escolar<sup>1</sup>. Com isso, os reflexos da imposição atribuída perduraram por cerca de um século, o que gerou medo e aflição.

Em síntese, tal assembleia ocorreu em 6 de setembro de 1880, juntando intelectuais da época para discutir sobre os rumos da educação dos surdos, visto que, haviam opressoras barreiras à essas pessoas, pois muitos clamavam pelo oralismo como a melhor forma de comunicação e aprendizagem<sup>1</sup>. No período deste acontecimento os surdos ainda eram vislumbrados como aberrações, deficientes físicos e até mesmo os apontavam como pessoas envolvidas com bruxarias, devido ao fato de não conseguirem desenvolver a linguagem por meio do aparelho fonador.

Antes mesmo do congresso, a idade média já era marcada por julgamentos e condenações, nos quais muitos foram submetidos à fogueira por serem taxados pela igreja

católica e seus seguidores como pessoas que tinham envolvimento com o demônio, sendo que segundo Lourenço e Barani (2011), "milhares de surdos e demais pessoas com deficiência, por não passarem pelo exorcismo, foram queimadas na 'fogueira da inquisição', para purificar suas almas"<sup>2</sup>.

Visto isso, o acontecido em Milão apenas reforçou o que de fato os surdos enfrentaram no decorrer do século V ao século XV, e que por décadas buscaram transmutar. Esse encontro não cedeu espaço para que realmente a comunidade surda garantisse seus direitos, apenas reafirmou o preconceito existente, pois a banca era composta por pessoas ouvintes e para os poucos surdos ali presentes, foi negado o direito de expressão e, principalmente, de voto diante dos preceitos que estavam em discussão.

Na ocasião, então, foram delimitadas oito diretrizes/leis que avalizaram o uso do oralismo como único esmero para aprendizagem dentro de escolas e universidades. Com isso, a língua gestual foi banida e em pouco tempo, os intelectuais já visavam a erradicação desse método de ensino. Por conseguinte, os surdos acabaram sendo obrigados a compreender e estudar apenas por meio de leitura labial, o que levou muitos a optarem pelo suicídio, assim segundo Gesser (2009):

A oralização deixou marcas profundas na vida da maioria dos surdos. Pode-se dizer que a busca desenfreada pela recuperação da audição e promoção do desenvolvimento da fala vocalizada pelo surdo são objetos que se traduzem em vários sentimentos: desejo, dor, privação, aprovação, opressão, discriminação e frustração. Essa história dos surdos é narrada em muitos capítulos, e todos os surdos têm um fato triste para relatar. Ela traz resquícios muito vivos dos traumas que alguns surdos viveram em tempos em que a língua de sinais foi violentamente banida e proibida<sup>1</sup>.

No cenário brasileiro, apenas no ano de 2002 é que a comunidade surda teve seus direitos garantidos por meio da lei nº 10.436 que assegurava como meio legal a Língua Brasileira de Sinais e posteriormente em 2005 com o decreto nº 5.626, o qual reafirmou a lei e considerou demais aspectos e direitos relacionados aos surdos.

### **Surdez congênita**

As primeiras pesquisas relacionadas à surdez congênita surgiram na segunda metade do século XIX, contudo, por vários séculos, alguns médicos já haviam relatado a perda auditiva congênita. Em 1853 foi realizado o primeiro estudo relacionado ao tema, na cidade de Dublin, concluindo que a consanguinidade entre os pais aumentava a chance para a doença. Entretanto, 60 anos mais tarde, em 1992 foi descoberto o primeiro gene responsável pela perda auditiva, mapeado no cromossoma 5. Desde então, mais de 90 genes foram relacionados à surdez congênita<sup>3</sup>.

A perda auditiva (PA) pode ser classificada de acordo com a sintomatologia. Quando ocorre como sintoma isolado, é chamada de perda auditiva não síndrômica (PANS), e são responsáveis por mais da metade das perdas auditivas genéticas. Quando associada com outros sintomas, é chamada de perda auditiva síndrômica (PAS).

Ademais, segundo Keats (2008) “a surdez congênita pode ser transmitida por meio dos padrões autossômico dominante, autossômico recessivo, ligado ao sexo e mitocondrial”<sup>3</sup>. A PA não síndrômica é classificada em autossômica dominante (DFNA) e autossômica recessiva (DFNB), no total mais de 70 loci estão envolvidos.

De acordo com Marina Faistauer (2019)<sup>4</sup>, em 2018 já estavam descritos 107 genes relacionados à perda auditiva não síndrômica, e maior parte se referia a herança autossômica recessiva. Para a expressão dessa herança, o indivíduo necessita ser homozigoto, ou seja, ter herdado dois alelos mutados. Nos casos em que apenas um alelo foi herdado, o indivíduo é portador da mutação, mas não apresenta perda auditiva.

O fenótipo da autossômica recessiva é caracterizado por perda auditiva inicialmente pré-lingual severa ou profunda, já na autossômica dominante é caracterizada por perda auditiva pós-lingual e progressiva, inicia geralmente na segunda ou terceira década de vida, o que permite o desenvolvimento normal da linguagem. O primeiro gene descoberto, em 1992, se refere a esse tipo de surdez. Logo em 1994, foi descoberto o primeiro locus gênico relacionado a PA não síndrômica autossômica recessiva, mapeado no cromossomo 13.

De acordo com Godinho, Keogh e Eavey (2003)<sup>5</sup>, em torno de 30% das perdas auditivas congênitas ocorrem associadas a uma síndrome, nomeada perda auditiva genética sindrômica. Ademais, também foram descritas mais de 700 síndromes associadas a perda auditiva, sendo a maioria delas condições raras<sup>4</sup>. A PA pode ser condutiva, mista ou neurossensorial, podendo envolver também malformações da orelha.

As síndromes mais comuns são Usher, Waardenburg e Pendred. A primeira é o tipo mais comum, em que ocorre perda auditiva congênita bilateral e alteração visuais de início tardio. A síndrome de Pendred é caracterizada pela presença de perda auditiva sensorioneural, de anormalidade cocleares e de bócio. A perda auditiva é variável, podendo ser leve a profunda, congênita, na maioria das vezes, ou início tardio. A síndrome de Waardenburg é causada por anormalidades na proliferação, migração ou diferenciação da crista neural durante o desenvolvimento embriológico<sup>4</sup>.

A perda auditiva de origem relacionada ao sexo é responsável por aproximadamente 2% da surdez congênita<sup>3</sup>. A mutação mais comum é associada à hipoplasia coclear. A PA apresenta característica mista e o componente condutivo ocorre por fixação do estribo, associado a uma deficiência sensorioneural progressiva de grau profundo. Com isso, há uma comunicação anormal entre líquido e perilinfa, completando a perda auditiva quando a janela oval é fenestrada e removida<sup>4</sup>.

Acerca da PA de origem mitocondrial, sabe-se que o DNA mitocondrial é herdado exclusivamente da mãe, e tem um índice de mutação dez vezes maior que o DNA genômico, podendo ser sindrômica ou não sindrômica. Além disso, de acordo com o estudo de Marina<sup>4</sup> a mutação pode ocorrer em pacientes com histórico familiar de perda auditiva e em casos isolados, como por exemplo induzida pelo uso de antimicrobianos aminoglicosídeos.

### **Surdez adquirida**

A perda auditiva pode ter etiologia adquirida e congênita, porém muitas das causas congênitas são “adquiridas” intraútero, como nos casos de infecções pré-natais. Com isso,

se pode pressupor que metade das etiologias podem ser evitadas, dentre elas estão as infecções virais, complicações pré, peri e pós natal, ototoxicidade e ruído.

A principal causa da surdez adquirida é o envelhecimento do organismo, somado a fatores genéticos, ambientais e de estilo de vida, o que provoca alterações no ouvido interno e reflete no sistema nervoso central. Quando ficamos expostos a ruídos muito altos com frequência, as estruturas internas do ouvido ficam comprometidas, podendo influir no desenvolvimento da surdez<sup>6</sup>.

As infecções pré-natais conhecidas como STORCH, incluem a sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus (CMV) e herpes, e também podem ocorrer perinatal. A infecção por CMV é a maior causa de perda auditiva congênita. Outras infecções como meningite, caxumba e sarampo também podem trazer alterações auditivas<sup>4</sup>.

O HIV (vírus da imunodeficiência humana) pode ocasionar infecções pré-natais, perinatais e pós-natais. A otite média é uma das mais frequentes infecções em crianças com síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), sendo que pode acontecer diretamente pelo HIV ou patógenos oportunista, até mesmo pelas drogas utilizadas na terapia antirretroviral.

Como já mencionado sobre a meningite, a perda auditiva é uma das complicações mais comuns da infecção bacteriana, sendo que a perda da audição tem início nos primeiros dias da doença, podendo variar de leve a profundo. A bactéria mais prevalente é a *Haemophilus influenzae* tipo B, porém a que mais causa perda auditiva é *Streptococcus pneumoniae*. Ademais, o uso de antibiótico não diminui a incidência da alteração auditiva, já o uso de corticoide pode mudar o desfecho.

A neuropatia auditiva ou dessincronia auditiva é a disfunção do processamento neural (resposta do VIII nervo) e função normal das células ciliadas externas. Nessa, os graus de perda auditiva e habilidades de comunicação variam, além disso, outros diagnósticos de alterações neurológicas podem estar associados. A etiologia dessa alteração envolve a mutação no gene OTOF, e outros fatores de risco como prematuridade, hipóxia e

hiperbilirrubinemia. Além disso, a incidência mostra-se maior em crianças internadas em UTI neonatal.

### **Lei nº 10.436 – dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – Libras e dá outras providências**

Em 24 de abril de 2002, o Congresso Nacional decretou a Lei nº 10.436, a qual foi sancionada pelo presidente da república, que reconhece como meio legal de comunicação e expressão a Língua Brasileira de Sinais – LIBRAS e outros recursos de expressão a ela associados, que segunda Brasil (2002):

Entende-se como Língua Brasileira de Sinais – Libras a forma de comunicação e expressão, em que o sistema linguístico de natureza visual-motora, com estrutura gramatical própria, constitui um sistema linguístico de transmissão de ideais e fatores, oriundos de comunidades de pessoas surdas do Brasil.<sup>7</sup>

Além disso, o art.2 garante, por parte do poder público em geral, formas institucionalizadas de apoiar o uso e difusão de LIBRAS como meio de comunicação objetiva e de utilização corrente das comunidades surdas do Brasil.

O art.3, garante o atendimento e tratamento adequado aos portadores de deficiência auditiva pelas instituições públicas e empresas concessionárias de serviços públicos de assistência à saúde.

Já o art.4 diz respeito a inclusão nos cursos de formação de educação especial, de fonoaudiologia e de magistério, em seus níveis médio e superior, do ensino de LIBRAS, como parte integrante dos parâmetros curriculares nacionais – PCNs.

Por fim, a LIBRAS não poderá substituir a modalidade escrita da língua portuguesa.

### **Decreto nº 5.626 – regulamenta a Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – Libras, e o art. 18 da Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000**

O capítulo II do decreto de 22 de dezembro de 2005 insere a Língua Brasileira de Sinais como disciplina obrigatória nos cursos de formação de professores para o exercício

de magistério, em nível médio e superior, e nos cursos de fonoaudiologia, de instituições de ensino, públicas e privadas, do sistema federal de ensino e dos sistemas de ensino dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios<sup>8</sup>.

Além disso, constata a LIBRAS como disciplina curricular optativa nos demais cursos de educação superior e na educação profissional.

O capítulo III refere-se à formação do professor de LIBRAS e do instrutor de LIBRAS, na qual a formação de docentes para o ensino de LIBRAS nas séries finais do ensino fundamental, no ensino médio e educação superior deve ser realizada em curso superior de letras. Já a formação de docentes para o ensino de LIBRAS na educação infantil e nos anos iniciais do ensino fundamental deve ser realizada no curso de pedagogia.

O capítulo IV diz respeito ao uso e difusão da LIBRAS e da língua portuguesa para o acesso das pessoas surdas a educação, na qual as instituições federais de ensino devem garantir, obrigatoriamente, às pessoas surdas acesso à comunicação, a informação e a educação nos processos seletivos, atividades e conteúdos curriculares desenvolvidos em todos os níveis, etapas e modalidades de educação, desde educação infantil até superior.

O capítulo VI refere-se à garantia do direito à educação das pessoas surdas ou com deficiência auditiva, por meio da organização de escolas e classes de educação bilíngue, abertas a alunos surdos e ouvintes, com professores bilíngues. Já no capítulo seguinte, discorre sobre a garantia do direito à saúde das pessoas surdas ou com deficiência auditiva, por meio de ações de prevenção e desenvolvimento de programas de saúde auditiva, tratamento clínico e atendimento especializado, realização de diagnóstico, atendimento precoce, acompanhamento médico e fonoaudiológico, atendimento por equipe multiprofissional, pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e empresas que detêm concessão ou permissão de serviços públicos de assistência à saúde.

Por fim, os órgãos de administração pública e federal devem incluir em seus orçamentos anuais e plurianuais dotações destinadas a viabilizar ações previstas no decreto n° 9.656.

### Os 5 parâmetros

As línguas de sinais somente vieram a ser consideradas cientificamente, como se vê hoje, nos últimos 40 anos. Antes, segundo Sacks (1990)<sup>9</sup> que é citado na obra de Gesser (2009),<sup>1</sup> o sinal não era visto como uma língua verdadeira nem mesmo pelos sinalizadores, e hoje a LIBRAS possui a sua própria gramática assim como as línguas orais possuem desde 1660, tendo seu reconhecimento linguístico contemplado trezentos anos antes.

De acordo com Margarida Peter (2004),<sup>10</sup> “a possibilidade de decompor as palavras e os enunciados em partes menores é uma, entre as várias características das línguas humanas, mais marcantes”. Até a década de 1960 não havia estudo algum comprovando que as línguas de sinais assim com as línguas orais, podiam se decompor em partes menores, sendo essas partes chamadas de Linguística de Fonemas.

O linguista americano Willian C. Stokoe, iniciou sua pesquisa na Língua de Sinais Americana (ASL) nos anos de 1960 e começou descrevendo os níveis fonológicos e morfológicos da língua apontando somente três parâmetros: configuração de mão (CM), ponto de articulação (PA) ou locação (L) e movimento (M). Já na década de 1970, os linguistas Robbin Battison, Edward S. Klima e Ursulla Bellugi aprofundaram os estudos sobre a gramática da ASL, descrevendo um quarto parâmetro: a orientação da palma da mão (O).

Nos dias atuais, as pesquisas apontam o total de cinco parâmetros que compõem as línguas de sinais, sendo o quinto deles ainda não citado que é: expressões faciais e/ou corporais (E). De forma resumida, esses parâmetros são a teoria daquilo que fazemos na prática ao utilizarmos a LIBRAS, sempre que formos executar algum sinal os cinco parâmetros estarão presentes nele.

A seguir será exemplificado cada um deles, de acordo com Quadros e Karnopp (2004)<sup>11</sup>:

A configuração de mão (CM) é a forma assumida pela mão no momento da articulação do sinal, por exemplo, para executar o sinal de família a CM será no formato da letra F do alfabeto manual;

O ponto de articulação (PA) ou locação (L) é sobre a área do corpo na qual, ou próxima da qual, se articula o sinal, como exemplo, o sinal de aprender é realizado próximo à testa e o sinal de sábado é realizado próximo à boca;

O movimento (M) é um parâmetro mais complicado de ser explicado pois pode envolver formas e direções diferentes, sendo o movimento realizado pelas mãos do enunciador no espaço, exemplo: o sinal de dia e o sinal de Deus possuem a mesma configuração de mão e também o mesmo ponto de articulação, porém se diferenciam por movimentos contrários. Os dois são realizados na testa, o primeiro possui uma direção reta apontando para a frente e o segundo uma direção acima da cabeça apontando para o alto;

A orientação (O) é a direção para a qual a palma da mão aponta quando produzimos o sinal. Existem seis tipos de orientação de mão: para cima e para baixo, para dentro e para fora, para o lado contralateral e para o lado ipsilateral. Como exemplo serão utilizados os sinais de “te ajudar” e de “me ajudar”; para realização de ambos são utilizadas as duas mãos, porém o primeiro tem a orientação de uma das palmas da mão para fora e o segundo tem a orientação de uma das palmas da mão para dentro; já a segunda mão utilizada terá a orientação da palma para baixo nos 2 sinais;

As expressões não manuais (E) são as expressões faciais e corporais, movimentos do corpo, da face, da cabeça e dos olhos realizados no momento da articulação do sinal. O exemplo mais simples para esse parâmetro são os sinais de triste e feliz.

Por fim, vale ressaltar que diferente das línguas orais, a produção dos fonemas da língua de sinais ocorre de forma simultânea, sendo articulados todos os parâmetros durante a execução de um sinal.

### **Graus e níveis de surdez**

Segundo Lopes Filho et. al. (2013),<sup>12</sup> “a surdez é definida como perda da audição, independente do grau, sendo ela parcial ou total”. Ainda, para o autor, a surdez é a “audição socialmente incapacitante”, o qual o indivíduo não desenvolve a linguagem oral, por ouvir somente ruídos e não sons. Para tanto, há uma classificação para determinar o grau de deficiência auditiva do indivíduo.

Seguindo a classificação do grau da perda auditiva citado pelo Sistema de Conselhos de Fonoaudiologia (2017)<sup>13</sup>, a audição normal de uma criança é de 0-15 dB, um grau de perda auditiva leve é de 16-30 dB, moderado 31-60 dB, severo 61-80 dB e profundo >81 dB. Essa avaliação é feita das médias entre as frequências de 500, 1k, 2k, 4kHz.

Segundo a classificação da BIAP (1997) citado pelo Sistema de Conselhos Federal e Regiões de Fonoaudiologia (2013)<sup>14</sup>, o grau é medido em decibéis pela soma média. O grau de perda auditiva, caracterizando uma deficiência auditiva leve, é entre 21-40 dB, moderada 41-70 dB, severa 71-90 dB, profunda 91-119 dB e total >120 dB.

A deficiência auditiva ou perda auditiva pode advir de três locais: lesão na orelha externa, média ou interna. A deficiência auditiva condutiva se caracteriza por problemas ligados à orelha externa ou média. Anatomicamente, a primeira, é constituída pelo meato acústico, já a segunda, é constituída pela membrana do tímpano, cadeia ossicular e a tuba auditiva. Esse tipo de perda auditiva causa a diminuição da audição de sons graves, ao mesmo tempo que preserva, relativamente, os sons agudos. Já a deficiência auditiva sensorineural se caracteriza por lesões sensoriais da orelha interna e nervosa. A lesão neural pode englobar o nervo coclear e suas vias até o núcleo auditivo no tronco cerebral. Diferente da deficiência auditiva condutiva, há perda da audição de sons agudos e conservação relativa dos sons graves. Ainda, existe a deficiência auditiva central, o qual o paciente possui a audição normal, porém não conseguem entender o que lhes foi dito e a deficiência auditiva funcional, o qual, também não apresenta lesões, e a dificuldade da audição advém de problemas psicológicos ou emocionais. Por fim, a deficiência auditiva mista é uma soma da deficiência auditiva sensorineural e condutiva<sup>12</sup>.

### **Barreiras linguísticas e culturais entre ouvintes e surdos**

A comunicação só é efetiva quando os elementos da linguagem estão harmoniosos entre si. Para isso, é necessário que haja a emissão da mensagem pelo emissor e o receptor receba esta mensagem. Ainda, o conteúdo da mensagem, deve ser transmitido através de um código, ou seja, o modo do qual a mensagem será enviada. O código pode ser a escrita, a fala ou gestos. Por fim, deve-se haver um contexto, no qual duas pessoas estejam se comunicando<sup>15</sup>.

Além disso, Bonni (2013) diz que “o código remete a linguagem, o qual é inerente à comunicação”<sup>14</sup>. Por outro lado, para Giacobbo (2015), “linguagem faz parte da prática e interação social, diante disso, quando não há comunicação, não há interação social”<sup>16</sup>. Já para Ribeiro e Biernaski (2017),<sup>17</sup> “a barreira linguística surdo-ouvintes se deve ao desconhecimento da sociedade ouvinte quanto aos surdos serem uma minoria linguística em relação à língua portuguesa, vigente no Brasil”.

Defronte a essa situação, a comunicação entre um ouvinte e um surdo só será efetiva quando os elementos da comunicação, principalmente a linguagem, neste caso, a Língua Brasileira de Sinais, é a mesma entre ouvinte e surdo. Portanto, para que as barreiras linguísticas entre um surdo e um ouvinte sejam quebradas, é necessário que o surdo e ouvinte tenham conhecimento do código de LIBRAS e tenham conhecimento da cultura surda<sup>18</sup>.

Para Bigogno (2010),<sup>18</sup> a dificuldade de interação, devido à falta de comunicação associado ao preconceito e segregação histórica constituem barreiras. Ainda, uma vez que o indivíduo nasce surdo, passa a compreender o mundo (gesto-visual) de maneira que difere de um indivíduo ouvinte e isso requer estratégias educacionais especiais e específicas para ele. Para tanto, a LIBRAS é uma língua que ajuda na externalização do pensamento e na comunicação surdo-ouvinte e vice-versa. Para o auxílio na quebra da barreira linguística surdo-ouvinte, intérpretes de LIBRAS, ajudam na mediação entre esta língua para o português.

Para Marconcin et. al. (2013),<sup>19</sup> uma das barreiras que o surdo encontra começa na escola de ensino regular, onde os profissionais não estão habilitados a receber este aluno, gerando um sentimento de incapacidade do indivíduo surdo defronte “exigências de uma cultura que não é a sua”, ocasionado desistência escolar que perpetua até o ensino superior. Estas barreiras geram, ainda, dificuldades no ambiente profissional.

Segundo Sacks (1998),<sup>9</sup> são os valores, costumes, crenças e a linguagem que tornam o indivíduo surdo com a singularidade de cultura denominada cultura surda. Ainda, para

Cromack (2004),<sup>21</sup> a identidade é dinâmica e social, ocorrendo por relações interpessoais e psicológicas. Essas relações são as experiências sociais e a comunicação do indivíduo, além do pertencimento a grupo social. Frente a essa situação, a identidade cultural surda, muitas vezes, não é singular, ela transita entre a identidade ouvinte e surda, definida como identidade flutuante. Diante disso, para Marconcin et. al. (2013),<sup>19</sup> é necessário compreender que o surdo, de certa forma, é bicultural pela necessidade de se integrar à sociedade ouvinte.

Para que a sociedade quebre as barreiras linguísticas e culturais que existem entre o ouvinte e surdo, não só a existência de legislações que demonstrem os direitos de surdos, mas a garantia de que haja subsídios e recursos serão cumpridos e respeitados<sup>19</sup>. Ainda, os autores Ribeiro e Biernaski (2017)<sup>17</sup> enfatizam que, apesar do fato de os surdos conquistarem o direito e o reconhecimento da língua de sinais como língua materna, a existência de preconceitos sociais e leis que não são devidamente cumpridas no âmbito de direitos humanos como educação, mercado de trabalho, saúde e inclusão, acarretam em barreiras. A luta pela quebra de barreiras não cessa e esses direitos um dia serão alcançados.

## **METODOLOGIA**

Foi realizada uma revisão de literatura durante todo ano de 2021, dessa maneira, analisou-se artigos encontrados em bases de dados como a [Scientific Electronic Library Online](#) (SCIELO) e a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde (LILACS), sendo assim, utilizando descritores como “LIBRAS, surdos, medicina e saúde”. Além disso, também houve a utilização de dois livros da escritora Audrei Gesser, os quais são intitulados como “LIBRAS? Que língua é essa?” e “O ouvinte e a surdez: sobre ensinar e aprender a LIBRAS”. Adicionalmente, também foi consultado materiais/cartilhas disponibilizadas pelo Governo Federal, mais precisamente pelo Ministério da Saúde.

Visto isso, os materiais foram usufruídos durante a escrita de cada tópico, os quais foram pensados de uma forma que faça os leitores compreenderem todo processo de luta

da comunidade surda por seus direitos, como também permita reflexão sobre a carência de profissionais habilitados em LIBRAS na atualidade.

Portanto, abordou-se acerca das barreiras linguísticas entre ouvintes e surdos durante assistência à saúde, bem como a importância da inclusão da LIBRAS na grade curricular de medicina para, dessa forma, num futuro próximo, haver a implementação de atendimentos mais humanizados nos âmbitos de atenção primária, secundária e terciária, o que permite reduzir significativamente erros de diagnóstico e prescrição incorreta de medicamentos e exames.

## **RESULTADOS**

Por meio das revisões da literatura, pôde-se analisar a trajetória da comunidade surda através da história, tendo em vista conquistas traçadas no decorrer dos anos. Assim, ao se falar da inclusão de LIBRAS na grade curricular de medicina é novamente necessário combater uma barreira da comunicação. Todavia, é de grande importância tal feito para universidades públicas e privadas formarem médicos bilíngues para que os surdos possam ser acolhidos durante o atendimento. Dessa forma, a assistência prestada pelo serviço de saúde irá transparecer a relação médico-paciente entre ouvinte e surdo da forma com que essas pessoas precisam, além de enaltecer o entendimento sobre a medicação, exames e procedimentos que serão executados, trazendo assim benefícios para ambos, sem gerar dúvidas e constrangimentos.

## **DISCUSSÃO**

### **Importância de LIBRAS para o curso de medicina**

A comunidade surda possui uma história baseada na luta para conquista de seus direitos e, por vezes, os ouvintes acabam tentando buscar formas que façam a compreensão de LIBRAS não se tornar um empecilho durante a comunicação. Todavia, não ocorrem reflexões de que o progresso no diálogo se dá através do aprendizado de LIBRAS e assim

acaba-se pressupondo que são os surdos que devem buscar o oralismo para serem inseridos na sociedade. Antemão, a falta de entendimento acerca do Congresso de Milão e demais episódios obscuros da história dessa comunidade, não permite que haja reconhecimento de responsabilidades, as quais têm como base o aprendizado concreto de LIBRAS, visto que, para os surdos o autômato oral é algo que envolve fatores culturais, além de diversos obstáculos, pois segundo Gesser (2009), “oralizar é sinônimo de negação da língua dos surdos. É sinônimo de correção, de imposição de treinos exaustivos, repetitivos e mecânicos da fala”<sup>1</sup>. Assim, para os surdos deixar de gestualizar é a mesma coisa que negar a própria condição.

Diante disso, cicatrizes causadas pelo oralismo devem ser dissolvidas pela sociedade diariamente, pois algo que venha a causar dor para outro tende a ser mitigada por meio de propostas dessemelhantes. Assim, levando-se para o contexto do surdo/surdez e a medicina, é de suma importância que acadêmicos de tal curso possam conseguir o acesso a LIBRAS precocemente, devido ao processo de construção e entendimento dessa língua ser algo gradual. A forte relação médico-paciente certamente é disseminada e instituída no processo de formação, e levando-se em conta a dificuldade dos surdos em serem compreendidos em momentos dentro do âmbito hospitalar, é fundamental que estudantes de medicina busquem o não julgamento e a humanização para com a comunidade surda de maneira constante, visto que, universidades deveriam compactuar ações, planos e projetos para que vossos estudantes possam englobar uma tendência ao aprender a cuidar, principalmente quando refere-se aos surdos.

A seguir, tem-se um relato em LIBRAS e traduzido para o português, nele consta o sentimento de uma surda em relação às circunstâncias vivenciadas durante comunicações com ouvintes, a qual é relatada na obra de Gesser (2012):

Alguns ouvintes ficam desesperados quando vêm falar comigo e veem que sou surda. Então não sabem o que fazer ou o que dizer... Acho até engraçado olhar o jeito de apavorado de alguns. Mas fico muito enfurecida quando me perguntam a toda hora se eu sei fazer leitura labial... porque eu fico triste de saber que muitos nem sabem que o surdo usa língua de sinais para se comunicar. Dependendo do meu

humor, digo que sei ler os lábios, mas tem situações que começo a sinalizar em LIBRAS sem parar, e quando alguém fala a língua oral comigo faço de conta que não entendo nada.<sup>20</sup>

Portanto, a área da saúde deve ser o estopim para se desenvolver uma projeção de cultura integrativa, e esse mecanismo de medicina humanizada, visando conjugação dos surdos ao atendimento médico, demanda instauração logo nos primeiros passos da formação universitária, porque será nesse momento que haverá ampliação da visão de novas realidades, como é o caso do atendimento aos surdos. Assim, a importância de LIBRAS para o curso de medicina tende a exacerbar-se de maneira positiva não somente para a comunidade surda, mas também para o desenvolver de novos profissionais com olhares voltados para um decorrente futuro com melhores perspectivas educativas e sociais, as quais circundam a inserção dos surdos na sociedade, sem a necessidade do oralismo como método implexo para incorporação de comunicações altruístas.

Ademais, vale ressaltar os três princípios do Sistema Único de Saúde, sendo estes universalidade, equidade e integralidade, os quais foram firmados pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no ano de 2017<sup>22</sup> e que presumem profissionais capacitados para executar atendimentos que visem a relação médico-paciente de maneira a buscar empatia e inclusão.

Equidade: ofertar o cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade. Ficando proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, cor, crença, nacionalidade, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade ou limitação física, intelectual, funcional, entre outras, com estratégias que permitam minimizar desigualdades, evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação; de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde.<sup>22</sup>

Diante disso, vê-se que a implementação de LIBRAS na grade curricular de medicina tende a estabelecer uma premissa para que se possa almejar objetivos ainda maiores com previsões de curto a longo prazo, visto que, haverá possibilidade de ascensão de projetos de extensão dentro das universidades visando o atendimento à comunidade surda. Sendo assim, posteriormente, esse acadêmico já graduado virá a exercer atendimentos

humanizados em suas consultas, pois terá conhecimentos necessários sobre datilologia, parâmetros, sinalizações e compreensão acerca de como os surdos acabam agindo no ambiente hospitalar.

### **Formação de profissionais de medicina habilitados em atender os surdos**

A medicina passou por diversas modificações até chegar à conformação que se encontra nos dias de hoje, com todas as particularidades e evolução, mas principalmente com ênfase no modelo biopsicossocial de atendimento, voltada cada vez mais na estruturação da medicina humanizada. Assim, quando se trata de humanização, é fundamental relacionar à inclusão, que é essencial para todos, e nesse caso, para a comunidade surda em questão. Porém, para que se tenha profissionais habilitados para isso, é necessário que inicie a capacitação desde a graduação.

Sendo assim, salientando aspectos do curso de medicina, percebe-se que a grade curricular do curso é baseada, de forma sucinta, em conhecimentos das disciplinas básicas como anatomia, histologia, processos fisiológicos e patológicos, componentes do processo saúde doença, abordagem do paciente, domínio de conhecimentos científicos básicos, proficiência em técnicas e prevenção e promoção de saúde. Assim, a formação é generalista, humanista, crítica e reflexiva<sup>23</sup>. Porém, ainda é necessário que haja bastante incentivo para que disciplinas propiciem essa qualificação demandada.

E dentre as habilidades e competências que devem ser desenvolvidas pelo médico, há a comunicação, fundamental para que, basicamente, exista interação entre as pessoas, que compreendam umas às outras. Porém, ela é estabelecida, de fato, quando uma pessoa se expressa e a outra entende. Sendo assim, é imprescindível ressaltar que essa habilidade, é de suma importância à comunidade surda, porque ainda hoje existe uma barreira de comunicação entre surdo e ouvinte, que no âmbito da medicina, por exemplo, impede o estabelecimento de uma boa relação médico-paciente. Além disso, segundo Mendes et al. (2020)<sup>24</sup>, romper a barreira de comunicação possibilitará uma assistência eficaz, garantindo

maior segurança e confiança do paciente frente ao seu diagnóstico e tratamento, além de promover equidade e humanização no atendimento.

Portanto, quando se trata de inclusão, logo remete-se à humanização. E assim, é importante salientar a Política Nacional de Humanização (PNH)<sup>22</sup> onde consta que:

A humanização é a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde. Valorizar os sujeitos é oportunizar uma maior autonomia, a ampliação da sua capacidade de transformar a realidade em que vivem, através da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde.

Dessa forma, para se ter profissionais habilitados em atender surdos, é necessário que haja incentivo desde o início da graduação, sendo que isso poderia ser feito a partir da implantação de disciplinas que, primeiramente, conscientizem os acadêmicos a respeito do ato de incluir as pessoas de forma humanizada, respeitando todas as diferenças e particularidades de cada ser humano, para que seja despertado no acadêmico o interesse de aprendizagem e que assim ele adquira esse conhecimento e pratique depois. Visto isso, após a sensibilização dos acadêmicos, é importante a implantação de disciplinas, como, por exemplo, LIBRAS, para que realmente sejam qualificados a prestar um atendimento adequado diante do paciente.

Por isso tudo, é de suma importância reforçar que a formação humanizada do médico, a qual possui a oportunidade de habilitá-lo para comunicar-se através dessa língua, pode contribuir para que haja, de fato, a inclusão da comunidade surda. Além disso, como supracitado, o processo pode se dar a partir da inclusão na disciplina de LIBRAS na grade curricular do curso de medicina, para que se rompa a barreira de comunicação entre surdo e ouvinte e se estabeleça uma relação médico-paciente genuína e humanizada para que seja realizado um atendimento digno, com universalidade, equidade e integralidade que são a base dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

## **REFERÊNCIAS**

1. Gesser A. Libras? Que língua é essa? Crenças e preconceitos em torno da língua de sinais e da realidade surda. 1º ed. São Paulo: Parábola Editorial;2009.
2. Lourenço KRC Barani E. Educação e Surdez: um resgate histórico pela trajetória educacional dos Surdos no Brasil e no Mundo. Revista Virtual de Cultura Surda e Diversidade. n.8, set.2011.
3. Keats BJB. Genetic Hearing Loss. In: The Senses: A Comprehensive Reference. [s.l: s.n.]. v. 3p. 139–148.
4. Faistauer M. Etiologia das perdas auditivas congênita e adquirida no período neonatal. Porto Alegre, 2019. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/202754/001105902.pdf>.
5. Godinho R, Keogh I; Eavey R. Perda auditiva genética. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, [S.L.], v. 69, n. 1, p. 100-104, jan. 2003. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-72992003000100016>.
6. Maranhão ASA. Surdez: principais causas e tipos. 2020. disponível em: <https://cdo.com.br/surdez-principais-causas-e-tipos/>.
7. Lei Federal N 10.436, de 24 de abril de 2002. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/110436.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110436.htm). BRASIL.
8. Decreto N 5.626, de 22 de dezembro de 2005. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/decreto/d5626.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/decreto/d5626.htm). BRASIL.
9. Sacks O. Vendo Vozes: uma Viagem ao Mundo dos Surdos. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.
10. Petter M. Linguagem, língua, linguística. In: FIORIN, J. L. (org.) Introdução à Linguística. 3 ed. São Paulo: Contexto, 2004.
11. Quadros RM; Karnopp LB. Língua de sinais brasileira Estudos Linguísticos. Porto Alegre: Artmed, 2004.
12. Lopes OF.; Campiotto AR.; Levy CCA. C.; Redondo MC.; Anelly W. Novo tratado de fonoaudiologia. 3 ed. São Paulo: Editora Manole, 2013. 5-10 p.
13. SISTEMAS DE CONSELHOS DE FONOAUDIOLOGIA. Guia de Orientações na Avaliação Audiológica Básica. [s.l.]: [s.n.], abr., 2017. Disponível em: <http://www.crefono4.org.br/cms/files/Anexos/manualdeaudiologia.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2021.
14. SISTEMA DE CONSELHOS FEDERAL E REGIONAIS DE FONOAUDIOLOGIA. Manual de procedimentos em audiometria tonal limiar, logaudiometria e medidas de imitância acústica. [s.l.]: [s.n.], fev. 2013. Disponível em: <https://www.fonoaudiologia.org.br/publicacoes/Manual%20de%20Audiologia.pdf>. Acesso em 13 maio 2021.
15. Bonni A. Veículo de comunicação e gênero textual: noções conflitantes. Delta: Documentação de Estudos em Linguística Teórica e Aplicada, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 65-89, 2003. Anual. FapUNIFESP (SciELO).

<http://dx.doi.org/10.1590/s0102-44502003000100003>. Disponível em:

[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-44502003000100003](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-44502003000100003). Acesso em: 13 maio 2021.

16. Giacobbo C. Linguagem como prática social na pedagogia empreendedora e na qualificação discente: um estudo da percepção dos coordenadores de cursos de graduação da Universidade de Cruz Alta. 2015. 80 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências Sociais, Universidade de Cruz Alta, Cruz Alta-RS, 2015. Disponível em: <https://home.unicruz.edu.br/wp-content/uploads/2017/03/Caroline-Giacobbo.pdf>. Acesso em: 13 maio 2021.
17. Ribeiro ROC.; Biernaski SR. Aspectos da comunicação do sujeito surdo e a sua inclusão na sociedade. In: EDUCERE - CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 7., 2017, Curitiba- Pr. Anais [...]. Curitiba- Pr, 2017. p. 21462-21474. Disponível em: [https://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2017/25417\\_13281.pdf](https://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2017/25417_13281.pdf). Acesso em: 13 maio 2021.
18. Bigogno PG. Cultura, Comunidade e Identidade Surda. 2010. 18 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências Sociais, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2011. Disponível em: <https://www.ufjf.br/graduacaocienciasociais/files/2010/11/Cultura-Comunidade-e-Identidade-Surda-Paula-Guedes-Biogno.pdf>. Acesso em: 13 maio 2021.
19. Marconcin LIRP, Antunes LA, Ferreira LC, Festa PSV, Scholochuski VC. O olhar do surdo: traduzindo as barreiras no ensino superior. Revista Eletrônica do Curso de Pedagogia das Faculdades Opet, Curitiba- Pr, jun. 2013. Disponível em: <https://www.opet.com.br/faculdade/revista-pedagogia/pdf/n5/ARTIGO-PRISCILA.pdf>. Acesso em: 13 maio 2021.
20. Gesser A. O ouvinte e a surdez: sobre ensinar e aprender a libras. 1º ed. São Paulo: Parábola Editorial, 2012.
21. Cromack EMPC. Identidade, cultura surda e produção de subjetividades e educação: atravessamentos e implicações sociais. Psicologia: Ciência e Profissão, Brasília- DF, v. 24, n. 4, p. 68-77, dez. 2004. [Http://dx.doi.org/10.1590/s1414-98932004000400009](http://dx.doi.org/10.1590/s1414-98932004000400009). Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932004000400009#1a](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000400009#1a). Acesso em: 13 maio 2021.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html).

23. Brasil. Portal do MEC. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina. 2014. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Med.pdf>. Acesso em: 20 abril 2021.
24. Alves AMB. MEDICINA E LIBRAS: OS DESAFIOS DE UMA FORMAÇÃO HUMANIZADA. CGHS UNIT-AL [Internet]. 30º de outubro de 2020 [citado 20º de julho de 2020];6(2):23. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitshumanas/article/view/8916>.

# ***INCIDÊNCIA DOS CASOS DE DENGUE EM PATO BRANCO E FRANCISCO BELTRÃO ENTRE 2014 A 2016***

*INCIDENCE OF DENGUE CASES IN PATO BRANCO AND FRANCISCO BELTRÃO BETWEEN 2014 AND 2016*

Ana Vitória Lima Kreve<sup>a</sup>; Indianara Liana Casagrande Grandob; João Bosco Brandalize Filho<sup>c</sup>

## **RESUMO**

Objetivo: Analisar a incidência temporal dos casos de dengue nos municípios de Pato Branco e Francisco Beltrão entre os anos de 2014 a 2016. Método: Foi realizado um estudo quantitativo, do tipo ecológico por meio das plataformas DATASUS, IBGE cidades e sites das respectivas prefeituras das cidades. Resultados: Foi observado diferenças significativas de casos registrados nas cidades em questão, bem como há maior prevalência na faixa etária entre 20 e 29 anos. Ademais, foi perceptível a dificuldade em encontrar dados atualizados nas plataformas. Conclusões: A ocorrência desse vírus e as contínuas confirmações, são alertas de que a dengue está proliferando-se nessas localidades, com números mais significativos na municipalidade de Pato Branco, estimando-se à falta de conscientização dos munícipes, além de fatores socioambientais e culturais que desencadeiam maior proliferação do mosquito.

DESCRITORES: Dengue. Fatores. Proliferação.

## **ABSTRACT**

Objective: To analyze the temporal incidence of dengue cases in the municipalities of Pato Branco and Francisco Beltrão between the years 2014 to 2016. Method: A quantitative, ecological study was carried out using the platforms DATASUS, IBGE, cities and websites of the respective municipalities of cities. Results: Significant differences were observed in cases registered in the cities in question, as well as a higher prevalence in the age group between 20 and 29 years. In addition, the difficulty in finding updated data on the platforms was noticeable. Conclusions: The occurrence of this virus and the continuous confirmations are warnings that dengue is proliferating in these localities, with more significant numbers in the municipality of Pato Branco,

---

<sup>a</sup> Discente do curso de medicina do UNIDEP. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7109-2596>. [anavlkreve06@gmail.com](mailto:anavlkreve06@gmail.com)

<sup>b</sup> Discente do curso de medicina do UNIDEP. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6602-8466>.

<sup>c</sup> Discente do curso de medicina do UNIDEP. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1728-3815>.

estimating the lack of awareness of citizens, in addition to socio-environmental and cultural factors that trigger greater mosquito proliferation.

DESCRIPTORS: Dengue. Factors. Proliferation.

## INTRODUÇÃO

A dengue é considerada a arbovirose mais importante no mundo<sup>(1)</sup>, representando um montante preocupante de casos registrados ao redor do globo, três vezes maior do que o estimado pela Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>(2)</sup>, dispostos em ocorrência acentuada, primordialmente, em regiões tropicais e subtropicais.<sup>(3)</sup> A grande maioria dos casos associa-se ao vetor *Aedes aegypti*, que possui hábitos diurnos<sup>(4)</sup> – podendo ser transmitida também pelo *Aedes albopictus* –, devido à sua alta capacidade adaptativa dentro dos centros urbanos e domiciliares<sup>(5)</sup>, fato preocupante para fins de disseminação da doença dentro dos grandes e pequenos centros. Por ser capaz de se reproduzir em qualquer pequeno ambiente que acumule água limpa e parada, o inseto possui alto potencial de disseminação, constituindo a causa das conhecidas “epidemias explosivas”<sup>(4)</sup>, o que representa um grave problema de Saúde Pública em diferentes regiões do país<sup>(3)</sup>.

A transmissão da dengue depende de parâmetros determinantes para a proliferação do mosquito, como variáveis meteorológicas – clima quente e úmido –, crescimento e distribuição demográfica entre zonas rurais e urbanas<sup>(3)</sup>, além da inadequação ou ausência de serviços básicos do saneamento básico, como o abastecimento de água e a coleta de lixo, principalmente nas regiões periféricas.

No Brasil, país latino-americano de clima tropical, há a expansão dos casos nos cinco primeiros meses do ano, tipicamente os mais quentes e úmidos<sup>(3)</sup>. No entanto, a região sul, especificamente o estado do Paraná, exhibe características distintas do restante do país, apresentando períodos alternados de clima frio e moderado<sup>(2)</sup>, o que reflete em taxas diferenciadas de incidência da doença quando comparadas com as demais regiões do Brasil<sup>(1)</sup>. A alta dos casos vai de encontro com o pressuposto inicial de que climas de baixas temperaturas e altitudes elevadas seriam empecilhos às epidemias da doença, tendo em

vista que temperaturas abaixo dos 20°C interferem diretamente no desenvolvimento e na reprodução do mosquito. Contudo, a partir do ano de 2007, tal pensamento se provou inconsistente.

A partir de então, segundo Melo et al (2014), a dengue ganhou o foco das autoridades sanitárias do estado a fim de combater a proliferação do mosquito por meio de campanhas preventivas, somado ao auxílio de um rápido diagnóstico e do tratamento apropriado. No entanto, os dados expostos dos últimos anos denunciam o crescimento dos casos apesar dos esforços envolvidos. Diante da problemática, levantamentos detalhados por município são necessários para a compreensão da doença e sua incidência no Paraná<sup>(1)</sup>.

Assim, o presente estudo objetivou analisar a incidência temporal dos casos de dengue nos municípios de Pato Branco e Francisco Beltrão, ambos localizados no sudoeste paranaense, durante o período dos anos de 2014 a 2016 para com os casos confirmados, levando em consideração as semelhanças demográficas e a proximidade entre os mesmos.

## MÉTODOS

Utilizou-se o método de pesquisa quantitativo, do tipo ecológico, sendo que, não há necessidade de apreciação ética de acordo com CNS 510 de 2016. Dessa forma, se analisou dados coletados na plataforma DATASUS, IBGE cidades e sites de prefeituras sobre aspectos epidemiológicos da dengue, visando casos confirmados por idade e gênero, além da incidência de hospitalizações, nos municípios de Pato Branco e Francisco Beltrão, ambos do estado do Paraná.

### Área de estudo

Francisco Beltrão é um município brasileiro localizado no sudoeste do estado do Paraná. É um grande centro regional industrial e financeiro da mesorregião. Conforme dados retirados do site da prefeitura municipal<sup>(6)</sup> (IBGE, ITCG, IPARDES), sua população censitária, em 2010 era de 78.943 habitantes<sup>(7)</sup>. Apresenta uma área territorial de

aproximadamente 731,731 km<sup>2</sup>, com densidade demográfica de 119,57 hab/km<sup>2</sup> e um grau de urbanização de 85,44%. O índice de desenvolvimento humano (IDH) do município, em 2010, era de aproximadamente 0,774. O PIB per capita da cidade em 2017 era de R\$ 34.693,78.

Pato Branco, município brasileiro localizado no sudoeste paranaense, é um grande polo regional econômico e empreendedor de sua mesorregião<sup>(8)</sup>. De acordo com dados retirados do site do IBGE, a localidade possuía uma população estimada de 82.881 hab em 2019<sup>(9)</sup>. Possui uma área territorial de 539,087 km<sup>2</sup>, com densidade demográfica de 134,25 hab/km<sup>2</sup> em 2010. Apresenta uma taxa de escolarização de 98,7% (6 a 14 anos) e PIB per capita de R\$ 44.590,78 (2017). O IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) municipal, era cerca de 0,782 em 2010.

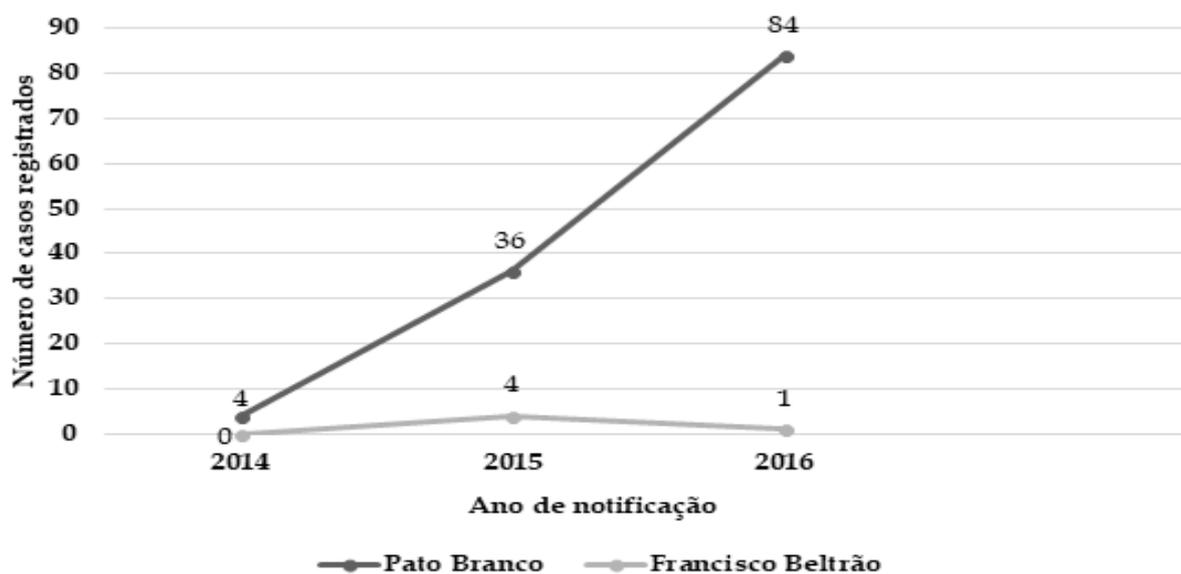
#### Levantamento de dados epidemiológicos

O presente estudo avaliou a ocorrência dos casos de dengue nos municípios de Pato Branco e Francisco Beltrão durante os anos de 2014 a 2016. Utilizou-se dados referentes ao número total de casos conforme a faixa etária e gênero, além das hospitalizações notificadas nesse período, tais informações foram retiradas do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS)<sup>(10)</sup>. Ademais, buscou-se referências geográficas e econômicas das referidas cidades no site oficial do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em consonância com as páginas oficiais das prefeituras dos municípios abordados na pesquisa.

#### RESULTADOS

Sabe-se que a área geográfica das cidades não apresenta significativas diferenças no contexto da doença estudada. O mesmo resume-se à população que não demonstra grande discrepância entre os municípios. Porém, é notório que a renda per capita diferencia-se, pois enquanto Francisco Beltrão possui uma renda per capita de aproximadamente R\$ 2.525,54, Pato Branco apresenta uma mensalidade de R\$ 1.859,08 por cidadão.

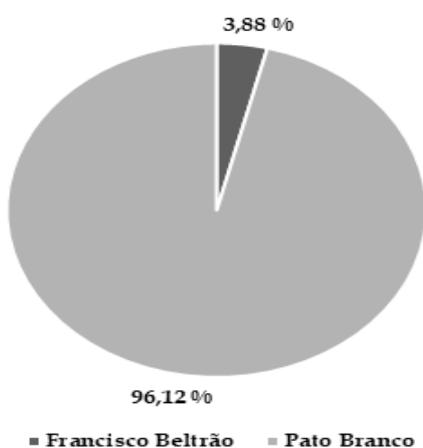
Figura 1. Apontamento da quantidade de casos registrados entre os anos de 2014 a 2016 do número de casos de dengue nos referidos municípios.



Fonte: Dados do DATASUS.

Entre os anos de 2014 a 2016, Pato Branco apresentou um aumento exponencial no número de casos de dengue registrados. Nesse contexto, Francisco Beltrão, seguiu uma tendência retilínea durante o mesmo período.

Figura 2. Detalhamento da porcentagem dos casos confirmados em ambas as cidades.



Fonte: Dados do DATASUS.

Notoriamente, Pato Branco detém a maior porcentagem do número total de casos entre ambas as cidades com aproximadamente 96% do total de casos registrados.

Tabela 1. Apresentação do número total de pacientes por faixa etária que contraíram dengue entre os anos de 2014 a 2016 nas cidades de Pato Branco e Francisco Beltrão.

Município	Pacientes entre 20 e 39 anos	Pacientes entre 40 e 59 anos
Pato Branco	54	35
Francisco Beltrão	1	2

Fonte: Dados do DATASUS.

A tabela anterior mostra que Pato Branco, entre os anos de 2014 a 2016, possuía 89 casos ao todo entre os cidadãos contaminados entre a faixa etária dos 20 e 59 anos, por sua vez Francisco Beltrão, apresentou apenas 3 casos nesse mesmo período.

Conforme os dados anteriores, nos anos de 2014 e 2015, o percentual de aumento entre os contaminados por dengue com idades entre 20 a 39 anos na cidade de Pato Branco foi de 800%. No mesmo período, para os contaminados entre 40 e 59 anos, o índice percentual de aumento foi de 1200%.

Entre os anos de 2015 e 2016, o percentual de aumento entre os contaminados por dengue com idades entre 20 a 39 anos foi de 225%. No mesmo período, para os contaminados entre 40 e 59 anos, o índice percentual de aumento foi de 183,34%.

Ademais, nos anos de 2014 e 2015, o percentual de aumento entre os contaminados por dengue com idades entre 20 a 39 anos na cidade de Francisco Beltrão foi de 100%. No mesmo período, para os contaminados entre 40 e 59 anos, o índice percentual de aumento foi de 200%.

Desse modo, entre os anos de 2015 e 2016, o percentual de aumento entre os contaminados por dengue com idades entre 20 a 39 anos foi de -100%, apresentando um percentual negativo de crescimento. No mesmo período, para os contaminados entre 40 e 59 anos, o índice percentual de aumento também foi negativo com -200%.

Tabela 2. Número total de pacientes hospitalizados por dengue relacionado percentualmente ao número de casos totais entre os anos de 2014 a 2016 nas cidades de Pato Branco e Francisco Beltrão.

Município	2014	% total 2014	2015	% total 2015	2016	% total 2016
Pato Branco	2	50	12	33,33	12	14,28
Francisco Beltrão	0	0	2	50	1	100

Fonte: Dados do DATASUS.

Em relação aos dados apresentados anteriormente, com 26 hospitalizações entre os anos de 2014 a 2016, Pato Branco apresentou-se expressivamente com o maior número de internações (89,65% do total entre as duas cidades) em relação à Francisco Beltrão que apresentou 3 hospitalizações no total.

Tabela 3. Número total de pacientes por gênero que contraíram dengue entre os anos de 2014 a 2016 nas cidades de Pato Branco e Francisco Beltrão.

Município	Homens	Mulheres
Pato Branco	64	60
Francisco Beltrão	1	4

Fonte: Dados do DATASUS.

Os dados apresentados demonstram relativa equidade entre homens (51,6%) e mulheres (48,4%) que contraíram dengue entre os anos de 2014 a 2016 na cidade de Pato Branco em relação ao total do município. Por sua vez, Francisco Beltrão apresentou significativa diferença percentual, sendo 20% homens e 80% mulheres.

Conforme os dados anteriores, nos anos de 2014 e 2015, o percentual de aumento no mesmo período estudado, tanto para pacientes do sexo masculino quanto para pacientes do sexo feminino na cidade de Pato Branco, foi de 900%.

Entre os anos de 2015 e 2016, o percentual de aumento entre os contaminados masculinos por dengue foi de 244,45%. No mesmo período, para os contaminados femininos, o índice percentual de aumento foi de 222,2%.

Portanto, é notório que há um aumento do número de casos entre os anos de 2014 e 2015, seguido de uma queda entre os anos de 2015 e 2016. Nos anos de 2014 e 2015, o percentual de aumento entre os homens contaminados por dengue no município de Francisco Beltrão foi de 100%. No mesmo período, para as mulheres contaminadas, o índice percentual de aumento foi de 300%. Entre os anos de 2015 e 2016, o percentual de aumento foi negativo entre os contaminados masculinos por dengue, apresentando um índice de -100%. No mesmo período, para os contaminados femininos, o índice percentual de aumento também se apresentou em declínio com -66,67%.

## **DISCUSSÃO**

No comparativo entre os municípios durante o período selecionado foram expostos, segundo os dados coletados, uma incidência significativamente maior no número de casos confirmados na cidade de Pato Branco.

Dadas as diferenças alarmantes entre o número de casos registrados nos referidos municípios, uma das hipóteses a serem levantadas a fim de explicar a discrepância, seria a falta de dados dentro do sistema de informação DATASUS, o qual o estudo reforça a necessidade de melhorias e atualizações, assim como enfatizado por Vecchia, Beltrame, D'Agostini (2018). Sendo considerado um fator limitante, sobretudo para com dados mais recentes, o artigo perde a oportunidade de avaliação de períodos mais extensos e atuais dentro das regiões selecionadas, principalmente dos últimos quatro anos que separam a data do presente trabalho e da última atualização da base de dados<sup>(2)</sup>.

Desse modo, é inegável a dificuldade encontrada na coleta do material necessário para a pesquisa, fato que, visando as divergências encontradas dentro das diferentes bases de informações, salienta a necessidade de um sistema unificado e atualizado, sendo uma fonte de dados confiável que otimize o tempo daqueles que buscam, evitando, portanto, a inconsistência entre eles.

O aumento progressivo nos casos da doença nos municípios do sudoeste paranaense contraria o pressuposto climático da região e sua ligação com a proliferação do vetor da dengue. Tendo em vista a temperatura média anual abaixo dos 20°C, apontada por Vecchia, Beltrame, D'Agostini (2018), e os dados destacados na seção dos resultados, a mesma não é considerada propícia à multiplicação do *Aedes Aegypti*, uma vez que, supostamente, deveria ser favorável a números de casos mais baixos para com os do restante do país<sup>(2)</sup>.

Nota-se também a ocorrência de uma leve discrepância nos índices demográficos dos dois municípios. A localidade de Francisco Beltrão apresenta uma maior área em correlação à cidade de Pato Branco, mais especificamente uma diferença de 195,851 km<sup>2</sup>. Além disso, se observa uma distinção no número populacional dos dois municípios, cerca de 8.212 habitantes a mais

em Francisco Beltrão. Ademais, conseqüentemente, o PIB per capita das duas municipalidades apresenta uma elevação em Francisco Beltrão em comparação a Pato Branco, notadamente uma discrepância de aproximadamente R\$ 7.991,00.

Vê-se conforme figura 2, que entre o período de 2014 a 2016, ambos os municípios registraram 129 casos de dengue, destes apenas cinco casos foram registrados na cidade de Francisco Beltrão. Em hipótese, a elevada estimativa de casos em Pato Branco, seja decorrente da falta de participação ativa por parte da população, de práticas comunitárias sobre controle e prevenção da doença, e também, a falta de conscientização a partir de campanhas explicativas/educativas acerca do tema<sup>(11)</sup> (FRANÇA et al, 2011).

Conforme dados apresentados na figura 3, é possível notar que a porcentagem de casos de dengue em relação ao total entre as cidades de Pato Branco e Francisco Beltrão apresentam expressiva diferença, visto que, o município de Francisco Beltrão, confere a estimativa de um valor aproximado de 3,88% dos casos, mesmo que ambas as áreas situam-se a pouco mais de 50 quilômetros de distância. Dessa maneira, hipoteticamente pode-se dizer que quiçá, a população de Francisco Beltrão culturalmente tenha mais consciência da gravidade da doença e, assim acabam se atentando aos riscos de manter focos do mosquito nas localidades de suas residências.

Segundo dados da tabela 1, há predominância de casos registrados de dengue em pacientes com faixa etária entre 20 e 39 anos, com diferenças significativas entre os municípios novamente. Nesse sentido, é possível justificar, que as pessoas acometidas entre a faixa etária de 40 a 59 anos procuraram de maneira mais contínua os serviços de saúde, possivelmente, isso explica o aumento da notificação de casos de dengue para esse grupo etário.

Ademais, nota-se um aumento no número de casos por faixa etária nos dois municípios, entre os anos de 2014 e 2016, sendo que, na cidade de Pato Branco, ocorreu uma taxa de aumento muito maior em relação a Francisco Beltrão (em Pato Branco, o número de casos em pessoas de 20 a 39 anos aumentou exponencialmente de 2 a 36 casos de 2014 a 2016, e em pessoas de 40 a 59 anos, no mesmo período, esse número foi de 1 a 22 casos; já em Francisco Beltrão o número de casos das mesmas faixas etárias, no mesmo período, aumentou de 0 a 1 caso e 0 a 2 casos respectivamente), ou seja, ocorreu uma grande amplitude nos números. Possivelmente, a grande diferença registrada entre as cidades ocorreu pelo fato de Francisco Beltrão ter apresentado mais campanhas publicitárias de conscientização contra a proliferação do *Aedes Aegypti*. Além disso, é possível inferir que Pato Branco não apresentava políticas públicas com eficiência para combater a dengue durante o período estudado.

De acordo com dados apresentados na tabela 2 o número de pacientes hospitalizados por dengue na cidade de Pato Branco entre os anos de 2014 a 2016 (com aproximadamente 89,65% do total), foi muito maior do que os números registrados em Francisco Beltrão para o mesmo período (com apenas 10,35%). Supostamente, essa diferença ocorreu por conta do grande número de notificações dos casos apresentados em Pato Branco em relação à Francisco Beltrão. Conseqüentemente, em consonância aos trabalhos de Teixeira, Barreto, Guerra (1999), essa diferença no número de internações deve-se ao fato que Francisco Beltrão não apresentou expressivo número de casos confirmados para o período, não obstante, é possível tal desigualdade, devido à falta de atualização dos dados acerca do real número de pessoas hospitalizadas no município de Francisco Beltrão<sup>(13)</sup>.

Conforme dados apresentados na tabela 3, o município de Francisco Beltrão apresentou significativa diferença percentual de casos registrados de dengue por gênero, sendo 20% homens e 80% mulheres. Nesse mesmo contexto, Pato Branco apresentou relativo equilíbrio entre os números. Em consideração aos resultados obtidos, uma possível explicação ao fato das mulheres em Francisco Beltrão terem sido mais atingidas, em conformidade a estudos anteriores, pode estar relacionado ao fato delas permanecerem por mais tempo em casa, local onde o mosquito se abriga com maior facilidade e possui maiores criadouros. Ademais, sabe-se que as mulheres procuram mais os serviços de saúde<sup>(11)</sup> (FRANÇA et al, 2011).

Além disso, houve um aumento da quantidade de casos em Francisco Beltrão entre os anos de 2014 e 2015, seguido de uma queda percentual entre os anos de 2015 e 2016. Uma possível explicação para tal evento, foi a precariedade na coleta e atualização das informações por parte de Francisco Beltrão nas plataformas de saúde do governo federal, o que entra em conformidade com os trabalhos apresentados por<sup>(12)</sup> (FRIAS et al, 2008).

Portanto, verifica-se a falta de atualização de dados no DATASUS e, essa escassa amplitude de informações tende a ser prejudicial, pois a plataforma acaba exercendo papel fundamental por ser um meio nacional confiável de disseminação de informações

epidemiológicas, dessa maneira, o incremento de dados recentes é de suma importância para fomentar e avaliar ações desenvolvidas pelo SUS, além de assegurar uma base de dados autêntica para que gestores em saúde possam avaliar os três âmbitos governamentais, visando os princípios de integralidade, equidade e universalidade. Ademais, é perceptível a carência de incentivos do poder público municipal, principalmente na municipalidade de Pato Branco, na qual a incidência de dengue é altíssima se comparada com o município de Francisco Beltrão. Visto isso, políticas públicas voltadas à educação em saúde seriam fundamentais para incentivar a população a desenvolver hábitos que poderiam acarretar na diminuição de focos e por conseguinte ocorrência de casos de dengue.

## REFERÊNCIAS

1. MELO, A. L. A. et al. Distribuição espacial da dengue no estado do Paraná, Brasil, em 2009-2012. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção* Ano IV, vol.4, nº4, 2014 Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Vanete\\_Thomaz-Soccol/publication/282390801\\_DISTRIBUICAO\\_ESPACIAL\\_DA\\_DENGUE\\_NO\\_ESTADO\\_DO\\_PARANA\\_BRASIL\\_EM\\_2009-2012/links/5613a08008aea9fb51c36708.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Vanete_Thomaz-Soccol/publication/282390801_DISTRIBUICAO_ESPACIAL_DA_DENGUE_NO_ESTADO_DO_PARANA_BRASIL_EM_2009-2012/links/5613a08008aea9fb51c36708.pdf). Acesso em 31 jul. 2020.
2. VECCHIA, A. D.; BELTRAME, V.; D'AGOSTINI, F. M. Panorama da dengue na região sul do Brasil de 2001 a 2017. Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC), Joaçaba, SC, Brasil, 2018. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/53782/pdf>. Acesso em 31 jul. 2020.
3. COSTA, I. M. P.; CALADO, D. C. Incidência dos casos de dengue (2007-2013) e distribuição e sazonal de culicídeos (2012-2013) em Barreiras, Bahia\*. Universidade Federal do Oeste da Bahia. Bahia, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ress/v25n4/2237-9622-ress-25-04-00735.pdf>. Acesso em 31 jul. 2020.
4. SILVA, A. A. DA et al. Fatores sociais e ambientais que podem ter contribuído para a proliferação da dengue em Umuarama, estado do Paraná. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, v. 25, n. 1, p. 81-85, 17 abr. 2008. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/2305>. Acesso em 31 jul. 2020.
5. FEITOSA, F. R. S.; SOBRAL, I. S.; JESUS, E. N. Indicadores socioambientais como subsídio à prevenção e controle da dengue. *Revista eletrônica em Gestão, Educação e Tecnologia Ambiental REGET/UFMS*, vol.19, nº3, set/dez, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/index.php/reget/article/view/18239>. Acesso em 31 jul. 2020.

6. BRASIL, Prefeitura de Francisco Beltrão. Perfil Município. Atualizado em: 27 set. 2017. Disponível em: <http://www.franciscobeltrao.pr.gov.br/departamentos/turismo/economia-tecnologia/perfil-do-municipio/> Acesso em: 02 set. 2020.
7. CENSO DEMOGRÁFICO 2010. Características da população e dos domicílios: resultados do universo. Francisco Beltrão: IBGE, 2011. Acompanha 1 CD-ROM. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas\\_da\\_populacao/resultados\\_do\\_universo.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/resultados_do_universo.pdf). Acesso em ago. 2020.
8. BRASIL, Prefeitura de Pato Branco. O Município. Disponível em: <http://patobranco.pr.gov.br/omunicipio/> Acesso em: 02 set. 2020.
- FRANÇA, E L; et al. Aspectos epidemiológicos da dengue em Jaciara, Mato Grosso. Rev. Ciênc. Méd., Campinas, 20(5-6):121-126, set./dez., 2011. Disponível em: <http://seer.sis.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/576/556> Acesso em: 16 set. 2020.
9. CENSO DEMOGRÁFICO 2010. Características da população e dos domicílios: resultados do universo. Pato Branco: IBGE, 2011. Acompanha 1 CD-ROM. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas\\_da\\_populacao/resultados\\_do\\_universo.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/resultados_do_universo.pdf). Acesso em ago. 2020.
10. BRASIL, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. Disponível em <http://www.datasus.gov.br> Acesso em 10 jul. de 2020.
11. MENDONÇA, F. A. et al. Saúde pública, urbanização e dengue no Brasil. Sociedade & Natureza, Uberlândia, 21 (3): 257-269, dez. 2009.
12. FRIAS, Paulo Germano de et al. Sistema de Informações sobre Epidemiologia: estudo de caso em municípios com precariedade dos dados. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 2257-2266, Oct. 2008. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001000007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001000007&lng=en&nrm=iso). Acesso em 16 setembro de 2020.
13. TEIXEIRA, Maria da Glória; BARRETO, Maurício Lima; GUERRA, Zouraide. Epidemiologia e medidas de prevenção do Dengue. Inf. Epidemiol. Sus, Brasília, v. 8, n. 4, p. 5-33, dez. 1999. Disponível em [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-16731999000400002&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16731999000400002&lng=pt&nrm=iso). acesso em 16 setembro de 2020. WERNECK, G. Epidemiologia Descritiva: Qualidade das Informações e Pesquisa nos Serviços de Saúde. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 18, n. 3, p. 205-207, set. 2009. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742009000300002&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742009000300002&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 31 jul. 2020.

## ***BEBÊS NASCIDOS COM MÁS FORMAÇÕES CONGÊNITAS RELACIONADAS AO USO DE AGROTÓXICOS NO CINTURÃO AGRÍCOLA DO ESTADO DO PARANÁ.***

Babies born with congenital malformations related to pesticide use in the agricultural belt of paraná state.  
Recién Nacidos Con Malformaciones Congénitas Relacionadas Al Uso De Plaguicidas En El Cinturón Agrícola Del  
Estado De Paraná.

Eliza Fim<sup>a</sup>; Edith Coradi Bisognin<sup>b</sup>; Milene Jacobi Veloso<sup>c</sup>

### **Resumo**

Define-se como má formação congênita toda anomalia estrutural ou funcional reconhecida ao nascimento, que podem ocasionar defeitos no funcionamento ou na estrutura do feto durante o período da sua formação embriológica.<sup>1</sup> As patologias abordadas neste trabalho são testículos não descidos, má formação do aparelho circulatório e a má formação da fenda palatina. O objetivo consiste na busca pela interação entre as más formações congênitas e o uso de agrotóxicos no cinturão agrícola do Paraná nos anos de 2010 a 2019, sendo que, ainda não há comprovação científica de tais fatos. Pretende-se alertar a população acerca da possível relação, de modo que, a comunidade possa tomar consciência dos devidos cuidados a respeito da manipulação e uso dos agrotóxicos. As informações aqui contidas resultam de um estudo epidemiológico quantitativo, em que foram coletadas informações do DATASUS e SciELO. Foi encontrada uma tendência crescente nas taxas de malformações congênitas, majoritariamente nos municípios de Toledo, Cascavel e Guarapuava.

Palavras-chave: Anormalidades Congênitas, Agroquímicos, Cardiopatias Congênitas, Produção Agrícola, Crescimento e Desenvolvimento.

### **Abstract**

A congenital malformation is defined as any structural or functional anomaly recognized at birth, which may cause defects in the functioning or structure of the fetus during the period of its embryological formation.<sup>1</sup> The pathologies addressed in this work are undescended testicles, malformation of the circulatory system and malformation of cleft palate. The objective is to search for the interaction between congenital malformations and the use of pesticides in the agricultural belt of Paraná, since there is still no scientific proof of these facts. It is intended to alert the population about the possible relationship, so that the community can become aware of the proper care regarding the handling and use of pesticides. The information contained herein is the result

---

<sup>a</sup> Graduanda em Medicina. elizafim.fim@gmail.com ORCID: 0009-0000-3713-5994

<sup>b</sup> Graduanda em Medicina. ORCID:0009-0000-0101-1244

<sup>c</sup> Graduanda em Medicina. ORCID: 0009-0009-5721-509X

of a quantitative epidemiological study, in which information was collected from DATASUS and SciELO. An increasing trend in congenital malformation rates was found, mostly in the cities of Toledo, Cascavel and Guarapuava.

Keywords: Congenital Abnormalities, Agrochemicals, Heart Defects, Congenital, Agribusiness, Growth and Development

## **Introdução**

As anomalias congênitas dizem respeito a qualquer alteração durante o desenvolvimento embrionário, alterações essas que podem resultar em defeitos estruturais e funcionais, podendo se manifestar tanto no momento do nascimento quanto nas fases mais avançadas da vida. A etiologia pode ser tanto de origem hereditária quanto adquirida e na maioria das vezes está relacionada a eventos intrauterinos. Além disso, há também fatores ambientais que podem contribuir no desenvolvimento dessas anomalias.

Os estudos de Martin et al.<sup>2</sup> e Kliegman et al.<sup>3</sup> citam a incidência mundial de malformações congênitas (MC) entre 2 e 2,5%. Essas condições podem impelir diretamente para a incapacidade a longo prazo, o que pode atingir significativamente indivíduos, famílias, sistemas de saúde e sociedade como um todo.

De acordo com Mendonça <sup>4</sup> a população alvo deve ser orientada, ou seja, toda mulher em idade fértil e gestantes. É necessário que a família compreenda a importância da realização do pré-natal.

A indústria do agronegócio, baseada em um modelo de produção essencialmente capitalista, defende o ideal de que o uso de agrotóxicos se faz necessário para alimentar a população mundial, uma vez que, os produtos são utilizados para realizar o controle de pragas. Conquanto, os efeitos desses produtos na saúde da população não estão estabelecidos nos discursos da indústria, logo, essa narrativa expressa por um sistema específico de ideias enaltece formas singulares de produção no ambiente rural, que concomitantemente a isso, define processos danosos para a saúde humana devido a exposição a pesticidas.

A partir dessa perspectiva, busca-se compreender a relação entre o uso de agrotóxicos e a incidência de malformações congênitas. Sendo assim, este estudo tem como finalidade analisar as taxas de manifestação de malformações no cinturão agrícola do Paraná, mais especificamente nas cidades de Toledo, Cascavel e Guarapuava.

Tem como objetivo de colaborar com os estudos que abordam a interação entre o agrotóxico e as doenças congênitas, pois ainda não há comprovação científica de que de fato estejam relacionados. Além disso, pretende alertar a população, em especial a paranaense, sobre a possível relação entre ambos, para assim a comunidade tomar consciência dos devidos cuidados quanto à manipulação, uso e o descarte de agrotóxicos..<sup>5</sup>

O estudo descreve as malformações congênitas possivelmente relacionadas ao uso de agrotóxicos no cinturão agrícola do Paraná nos anos de 2010 a 2019.

### **Metodologia**

Apresentam-se os resultados de um estudo epidemiológico do tipo quantitativo. Neste, foi realizado uma comparação entre a distribuição espacial do agrotóxico e indicadores de saúde para prever desfechos do estado de saúde de uma população. Para isso, foram coletados dados do DATASUS, extraindo números sobre bebês com más formações congênitas nas cidades do cinturão agrícola do Paraná dos anos de 2010 a 2019. As cidades as quais foram selecionadas são: Cascavel, Guarapuava e Toledo. Onde há um predomínio da incidência do uso de agrotóxicos. Ademais, para a revisão de literatura que permitiu a familiarização e profundidade para com o assunto, realizou-se um levantamento bibliográfico tendo como fonte a plataforma SciELO Os termos analisados foram “agrotóxicos”, “malformações congênitas”, “Paraná”. Dessa forma, foram selecionados os artigos entre os anos: 2012-2021

### **Resultados e discussão**

A criptorquidia ou testículo não descido é uma das anomalias congênicas mais comuns, ocorrendo em 1% a 4% dos nascidos a termo e 1% a 45% dos recém-nascidos prematuros. Ademais, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil registra aproximadamente 2,8 milhões de nascidos vivos anualmente, e, dentre esses, pode-se estimar que 29 mil possuam cardiopatias congênicas circulatórias, variando a taxa de incidência entre 0,8% nos países que possuem alta renda e 1,2% nos de baixa renda, sendo considerado o valor médio para o Brasil de 1% de incidência.<sup>6</sup>

Além disso, no país, de acordo com as informações do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC/Centrinho) da Universidade de São Paulo (USP), a relação entre o número de crianças com a presença de fenda palatina e crianças sem essa anomalia, dá-se uma para cada 650 nascimentos.<sup>7</sup>

Segundo dados da Agência Paranaense de Defesa Agropecuária (ADAPAR)<sup>8</sup>, a região de Cascavel, no ano de 2015, comercializou aproximadamente 4.060.400 quilos de agrotóxicos. A quantidade aplicada por hectare de área plantada foi estimada em 32 quilos ou litros, gerando uma média de 13 quilos ou litros por habitante da cidade.

De acordo com os dados coletados na plataforma DATASUS expressos na tabela 1, percebeu-se um número significativo de malformações congênicas do aparelho circulatório nas cidades do cinturão agrícola, majoritariamente nas cidades selecionadas (Cascavel, Guarapuava, Toledo).

**Tabela 1.** Malformações congênicas do aparelho circulatório. Período: 2010-2019

Município	Nascimentos por residência da mãe
Cascavel	58
Guarapuava	22
Toledo	10
Total	90

Fonte: DATASUS, 2019.

Já nos dados da tabela 2, pode-se observar o aumento de números de casos de anomalias congênitas nos municípios de Cascavel, Guarapuava e Toledo.

**Tabela 2.** Fenda labial e fenda palatina. Período: 2010-2019

Município	Nascimentos por residência da mãe
Cascavel	53
Guarapuava	18
Toledo	13
Total	84

Fonte: DATASUS, 2019.

Na tabela 3, os dados informados pelo DATASUS equivalem apenas para Toledo e Cascavel respectivamente com, 12 e 4 números registrados de nascidos vivos com essa anomalia, totalizando 16 casos de criptorquidia. Não contendo informações sobre Guarapuava.

**Tabela 3.** Testículo não descido. Período: 2010-2019

Município	Nascimentos por residência da mãe
Cascavel	4
Guarapuava	-
Toledo	12
Total	16

Fonte: DATASUS, 2019.

Na tabela 4 pode-se analisar, a partir dos cálculos realizados utilizando-se os dados do DATASUS, que a má formação do aparelho circulatório é uma das mais predominantes dentre todas, sendo seguida da fenda palatina.

**Tabela 4.** Proporção dos tipos de malformações do total de malformações ocorridas no período entre 2010 a 2019 em determinadas cidades.

	Cascavel	Toledo	Guarapuava
Testículo não descido	0,42%	5,17%	0%
Fenda palatina	5,60%	0,56%	8,33%
Má formação no aparelho circulatório	6,13%	6,89%	10,11%

Fonte: DATASUS, 2019

Apesar do aumento da capacidade de geração de oferta de alimentos no Brasil e no mundo, é importante ressaltar que o aumento da produtividade agrícola tem sido responsável por inúmeros impactos socioambientais e à saúde pública, incluindo malformações congênitas, paga pela sociedade ao longo do tempo. Os dados abordados sobre o cinturão agrícola do Paraná, mostram que há um número significativo de nascidos com defeito congênito. O atual modelo do agronegócio destrói a biodiversidade e tem implicações político-econômicas que beneficiam apenas um pequeno grupo de pessoas.

O Brasil como país semiperiférico, tem ocorrências de intoxicações por conta desses materiais tendo em vista, o nível educacional associado aos poucos cuidados com o uso, como regulamentação, métodos de controles e negligências. Diante desses dados, *A agricultura paranaense* é responsável por cerca de um quarto da *produção* de grãos do *Brasil*.<sup>9</sup> Exigindo cada vez mais a utilização dos pesticidas. Porém, a escassez de dados

sobre o consumo de agrotóxicos nos estados e os sistemas de informações não conseguem dar conta das intoxicações por agrotóxicos dificultando a mensuração do impacto da exposição da saúde da população.<sup>10</sup>

Os dados no presente estudo sugerem um risco de maior exposição da população a estes produtos tóxicos em locais onde há maior plantação de *commodities*. Sobretudo, não se pode afirmar que as malformações congênitas são causadas por agrotóxicos, pois exigem multifatores para o desenvolvimento das mesmas, não tendo apenas uma causa específica para que aconteçam.

### **Considerações finais**

Nesse estudo percebe-se que ainda há carência de informação sobre os impactos reais dos agrotóxicos tanto na saúde da população quanto no meio ambiente. Um dos principais motivos é que os dados referentes ao uso dos produtos não são sistematizados em bancos de dados informatizados de maneira suficiente para fazer levantamentos e comparações entre Estados e regiões. É urgente que se realizem políticas públicas efetivas que visem além da diminuição do uso destes produtos nas regiões com intensa produção agrícola, mas que também se desenvolvam estudos para que a população tenha acesso a fontes de pesquisas para saber sobre os riscos com os quais estão envolvidos, tendo a possibilidade para minimizá-los.

É de extrema importância pontuar que ainda existem poucos estudos que comprovam a relação da utilização de agrotóxicos com as malformações congênitas. É de sumo interesse que essas pesquisas sejam realizadas para que a população seja alertada de possíveis problemas na saúde pública, esses que possivelmente possam ser oriundos da utilização excessiva de agrotóxicos.

Conforme as tabelas, os dados do DATASUS, artigos, estudos e os cálculos realizados pelo grupo, concluiu-se que há uma possível influência do uso de agrotóxicos na

região do cinturão agrícola do Paraná com a incidência de malformações congênitas, podendo o trabalho contribuir positivamente com os demais que abordam a mesma teoria.

## Referências

- 1- DUTRA, Lidiane Silva; FERREIRA, Aldo Pacheco, Tendência de malformações congênitas e utilização de agrotóxicos em commodities: um estudo ecológico, **Saúde em Debate**, v. 43, n. 121, p. 390–405, 2019. <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010311042019000200390](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042019000200390)>, acesso em: 11 May 2021.
- 2- Martin R, Fanaroff A, Walsh M. Medicina neonatal e perinatal: doenças do feto e do neonato. Rio de Janeiro (RJ): Elsevier; 2017
- 3- Kliegman R, Stanton B, St Geme J, Schor N, Behrman R. Nelson Tratado de pediatria. 20. ed. São Paulo (SP): Elsevier; 2017.)
- 4- Mendonça ET. Sentimentos de mães de crianças portadoras de malformações congênitas [monografia]. Ijuí (RS): Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul; 2001.> <https://www.scielo.br/j/reben/a/PfHNKMf3FkPQCXtwL6P4CBp/?format=pdf&lang=pt>
- 5- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diagnóstico precoce de cardiopatias congênitas, Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese\\_evidencias\\_politicas\\_cardiopatias\\_congenitas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_politicas_cardiopatias_congenitas.pdf)>, acesso em: 11 May 2021.
- 6- LOPES, Carla; ALBUQUERQUE, Guilherme. **Agrotóxicos e seus impactos na saúde humano e ambiental: uma revisão sistemática.** v. 42, n. 117, p. 518-532,2018. <<https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n117/0103-1104-sdeb-42-1170518.pdf>>, acesso em: 11 May 2021.
- 7- BLOG DA SAÚDE, BLOG, SAÚDE, MINISTÉRIO, NOTÍCIAS, **No Brasil nasce uma criança com fissura labiopalatal a cada 650 nascimentos**, Blog da Saúde, disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/materias-especiais/51968-materia-especial-no-brasil-nasce-uma-crianca-com-fissura-labioplatinas-a-cada-650-nascimentos>>, acesso em: 11 May 2021.
- 8- Site institucional da Agência de Defesa Agropecuária do Paraná – **ADAPAR**. <https://www.adapar.pr.gov.br>.
- 9-BRASIL, Indicadores socioeconômicos, 2012. [http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/indicad\\_pr.pdf](http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/indicad_pr.pdf)
- 10- DUTRA, Lidiane Silva; FERREIRA, Aldo Pacheco. Associação entre malformações congênitas e a utilização de agrotóxicos em monoculturas do Paraná, Brasil.2017.
- 11- HOROVITZ, Dafne Dain Gandelman; LLERENA JR., Juan Clinton; MATTOS, Ruben Araújo de. Atenção aos defeitos congênitos no Brasil: panorama atual. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1055-1064, Aug. 2005. Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2005000400008&lng=en&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2005000400008&lng=en&nrm=isso), acesso em: 11 May 2021. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000400008>.
- 12- DUTRA, Lidiane Silva; FERREIRA, Aldo Pacheco, Associação entre malformações congênitas e a utilização de agrotóxicos em monoculturas no Paraná, Brasil, **Saúde em Debate**, v. 41, n. spe2, p. 241–253, 2017. <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010311042017000600241&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010311042017000600241&script=sci_abstract&tlng=pt)>, acesso em: 11 May 2021.

## *RELATO DE EXPERIÊNCIA*

### *ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E O CUIDADO ÀS MULHERES USUÁRIAS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS*

Jackeline Lourenço Aristides<sup>a</sup>; Livia de Souza Madeira<sup>b</sup>; Marina Lolis Silva<sup>c</sup>

#### **RESUMO**

Objetivo: refletir sobre o cuidado às mulheres usuárias de álcool e outras drogas a partir da atuação como enfermeiras. Método: trata-se de um relato de experiência a partir da experiência de três enfermeiras, uma tutora de enfermagem e duas residentes do programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental de uma Autarquia Municipal de Saúde. Resultados: destacamos a importância da Reabilitação Psicossocial e Redução de Danos para a prática da Enfermagem, e a relevância de um campo de conhecimentos próprios à enfermagem baseados nesses princípios, qualificando a assistência e possibilitando a oferta de uma atenção integral e psicossocial. Conclusão: Destacamos a importância em ofertar espaços específicos, protegidos e atividades que trabalhem o resgate da autoestima e empoderamento pessoal e autonomia para melhora da qualidade de vida dessas mulheres. Consideramos que os profissionais da enfermagem têm um importante papel como facilitadores dos vínculos, na garantia do acesso e dos direitos.

Descritores: Saúde Mental; Usuários de Drogas; Enfermagem em Reabilitação; Cuidados de Enfermagem

#### **ABSTRACT**

Objective: To reflect on the care of women users of alcohol and other drugs from our performance nurses. Methods: This experience report is born from the findings and reflections of three nurses, one teacher and two resident nurses in a multiprofessional residency in mental health. Results: The different nursing care options from the perspective of Mental Health and Psychosocial Care, as psychosocial rehabilitators, harm reduction. Conclusion: We highlight the importance of offering specific spaces, protected and activities that work to rescue self-esteem and personal empowerment and autonomy to improve quality of life. We consider that nursing professionals have an important role as facilitators for the strengthening of bonds and in ensuring rights and access to health services.

---

<sup>a</sup> Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana-PR (AMS), jackeline.aristides@outlook.com, 00000003-2982-2705

<sup>b</sup> Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana-PR (AMS), livia.madeira0@gmail.com, 0000-0002-29569917

<sup>c</sup> Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana-PR (AMS), maalolis13@gmail.com, 0000-00025210-8609

Keywords: Mental Health; Drug Users; Rehabilitation Nursing; Nursing Care.

## INTRODUÇÃO

A reforma psiquiátrica surge a partir de intensas críticas ao modelo assistencial hospitalocêntrico e de privação de liberdade, sendo considerada como um processo político social complexo. No Brasil a reforma psiquiátrica teve início na década de 1970, inspirada na experiência italiana de desinstitucionalização<sup>(1,2)</sup>.

Atuamos em um programa de residência multiprofissional em saúde mental, pela autarquia municipal de saúde de Apucarana. A Residência tem como principal característica o desenvolvimento de habilidades técnico-científicas através de práticas nos serviços de saúde, associada a carga horária teórica<sup>(3)</sup>.

Especialmente no campo da educação interprofissional, como um exemplo o programa de residência multiprofissional - destinada à vivência multiprofissional e interdisciplinar dos estudantes - a palavra interprofissionalidade tornou-se relevante por exigirem colaboração e parâmetros de regulação de atividade multiprofissional, inserindo o termo na gestão do trabalho e educação na saúde<sup>(4)</sup>.

O papel de um profissional da enfermagem antes das mudanças na assistência advindas da reforma psiquiátrica, incluíam práticas de vigilância e controle dos indivíduos chamados de "loucos", através do uso de medidas de contenção física e mecânica, como também práticas auxiliares ao trabalho do médico<sup>(5,6)</sup>.

O modelo de assistência a pessoa em sofrimento psicossocial proposto pela reforma psiquiátrica fez com que o cuidado prestado pela enfermagem precisasse também se distanciar de práticas manicomiais, e atualmente inclui ações técnico-procedimentais como também formas de cuidar cujo objetivo é a promoção de autonomia do indivíduo e reabilitação psicossocial- a consulta de enfermagem, a construção de projeto terapêutico singular, o acolhimento, a escuta qualificada entre outros<sup>(6,7)</sup>.

## MÉTODOS

Trata-se de um relato a partir da experiência de 3 enfermeiras, uma tutora de enfermagem e duas residentes do programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana (PR).

## RESULTADOS

O uso de drogas, ao longo dos anos, se apresenta em diversas finalidades, considerando o contexto de cada civilização, inclusive culturais, variando o consumo de drogas para os mais diversos fins, como o uso medicinal, religioso e para busca de prazeres e satisfações propiciadas pelas substâncias. O consumo do uso de álcool e outras drogas atualmente é considerado um dos principais problemas de saúde pública<sup>(8)</sup>.

O envolvimento feminino com drogas é caracterizado pela produção, comércio, consumo ou pela própria convivência da mulher com pessoas envolvidas no uso/venda. As mulheres representam 20% dos usuários frequentadores de cenas de uso de crack e vivenciam uma realidade vulnerável, considerando a exposição ao risco para realizar o consumo e violências experimentadas<sup>(9,10)</sup>.

O estigma e preconceitos relacionados a crenças e valores moralistas, que veem o abuso de substâncias psicoativas como algo absurdamente imoral e inconcebível, estão dentre as inúmeras barreiras que as mulheres usuárias de substâncias ilícitas encontram ao acessar serviços de saúde e por constrangimento, tendem a não relatar o uso de drogas e podendo se estender a não procurar os serviços ou a buscar auxílio em casos de urgência<sup>(9,10)</sup>.

Os estereótipos de gênero podem ser identificados no planejamento do cuidado às essas mulheres, que por serem vistas como mais sensíveis e forem atribuídas as responsabilidades no núcleo familiar, isto é utilizado como objeto central motivador para o processo de reabilitação psicossocial<sup>(11)</sup>.

A partir das nossas reflexões, podemos apontar como possibilidade de atuação junto às mulheres usuárias de álcool e outras drogas a criação de espaços próprios para as mesmas nos serviços de saúde mental (grupos terapêuticos só para mulheres, por exemplo,

ou mesmo auto organizados), já que lugares protegidos são essenciais para que se sintam seguras e confortáveis, tanto fisicamente, quanto emocionalmente para se expressarem. E, que o tema de gênero e enfrentamento à violência sejam problematizados com os homens dentro dos serviços, envolvendo tanto os próprios usuários, quanto trabalhadores do sexo masculino. Além das perspectivas da redução de danos e da reabilitação psicossocial como formas de acolhimento mais integral de mulheres vulnerabilizadas, que serão abordadas a seguir.

Como as mulheres pouco frequentam os serviços de saúde mental por conta da vergonha em serem vistas, já que delas são esperados os bons comportamentos enquanto mãe, esposa e cuidadora, as mesmas ficam desassistidas. Assim, é necessário que a equipe compreenda essas especificidades e tenham um olhar singularizado para o acolhimento dessas mulheres, mesmo na busca ativa dessas, já que também fazem uso às escondidas, sem que os outros ao seu redor percebam e procurem apoio profissional.

## **DISCUSSÃO**

Observou-se que durante a busca documental acerca da atuação da enfermagem e a perspectiva do uso de álcool e outras drogas que os artigos vão ao encontro da perspectiva da lógica biomédica, quase nunca na perspectiva de uma construção de uma enfermagem autônoma e com um campo de conhecimento próprio. Além disso, poucos são os artigos que se debruçam sobre a investigação dessa atuação nos próprios equipamentos de saúde mental substitutivos. Alguns artigos até sinalizam a proposta de alinhamento da enfermagem com a redução de danos, entretanto, trazem uma redução de danos recuada, e apenas instrumental.

A redução de danos por se tratar de uma ética de cuidado é difícil de ser mensurada, já que pode ser considerada como um modelo de cuidado que deve pautar o cotidiano dos serviços em busca da centralidade do usuário, e de um modo humanizado de cuidar. Materializa-se por meio do respeito às decisões, escolhas, desejos dos usuários e do

enriquecimento de vida desses indivíduos. Pois, a partir do momento em que o usuário passa a se relacionar com outras esferas da vida de forma positiva (cidadania, trabalho e renda, lazer, educação, cultura, rede social-família, amigos, vizinhança), a substância psicoativa passa a ser menos central e por conseguinte, menos danosa. Entretanto, isso só é possível a partir do momento em que a equipe, especialmente o enfermeiro passa a viabilizar esse encontro do usuário com essas já mencionadas esferas da vida, envolvendo a articulação intersetorial e a construção do projeto terapêutico singular que deve envolver necessariamente esse indivíduo, colocando-o na centralidade.

Abordamos até aqui a redução de danos na perspectiva instrumental, entretanto, a mesma também tem seu aspecto relacional, de diminuição dos riscos, ou seja, aquela que diminui as chances dos usuários em se expor durante o uso de álcool e outras drogas às infecções sexualmente transmissíveis, como um exemplo. Assim, a disponibilização de insumos (seringas, piteiras, preservativos, protetor labial, etc), orientações, vacinação e testes rápidos são formas de cuidado em redução de danos procedimentais, mas que há necessidade de um olhar mais integral, reconhecendo que a partir do cuidado com o corpo pode se estabelecer o vínculo para um cuidado mais amplo, envolvendo inclusive a saúde mental.

Dessa forma, é essencial que as gestões propiciem esses momentos de instrumentalização da equipe envolvendo essa temática, desde a atenção básica até os serviços terciários. Desconstruindo aquele ideário de que o redutor de danos é somente aquele profissional que foi, ou é usuário de álcool e outras drogas.

A reabilitação psicossocial, apontada como uma forma de cuidado às usuárias de álcool e outras drogas, almeja que o indivíduo tenha os instrumentos para a construção e resgate de sua autonomia e (re)inserção na sociedade se dê através de intervenções junto à comunidade, grupos terapêuticos, oficinas, autocuidado, acesso à educação, lazer e cultura.

O papel de reabilitador psicossocial, deve ser comum a todos os trabalhadores de saúde mental, inclusive do enfermeiro<sup>12,13</sup>. Não é deixar de lado o "ser enfermeiro", mas sim

aquele que busca ser o profissional preocupado com todas essas esferas, assim, não é só o assistente social, por exemplo, que deve se ocupar da busca de cidadania desse usuário, mas o enfermeiro também pode se debruçar sobre essa constante.

Encontramos neste artigo de reflexão limitações porque partimos apenas de reflexões da experiência de três enfermeiras que atuaram em um nível local, entretanto, tecituras como essas são necessárias até como propulsora de novos debates, assim, esperamos contribuir para uma formação crítico reflexiva no campo da enfermagem e saúde mental

## CONCLUSÃO

Reforçamos a importância em proporcionar cuidado de acordo com o que é pautado na lei antimanicomial, considerando a vivência relatada e que as estratégias do cuidado em liberdade vêm sendo atacadas pelo governo atual. A defesa dos direitos humanos e da Reforma Psiquiátrica deve permear a prática do enfermeiro no campo da saúde mental e atenção psicossocial.

As diferentes opções de cuidado de enfermagem nesta perspectiva, como reabilitadores psicossociais, redutores de danos e a reflexão de um campo de conhecimentos próprios à enfermagem são de suma importância para a qualidade da assistência, possibilitando a oferta de uma atenção integral associada ao contexto psicossocial em que o indivíduo está inserido.

Identificamos que a discussão sobre o cuidado às mulheres usuárias de álcool e outras drogas sofre influência de estereótipos de gênero e à visão moralista e estigmatizante. Refletimos que esses fatores podem estar associados ao pouco acesso aos serviços especializados e destacamos a importância em ofertar espaços específicos, protegidos e atividades que trabalhem o resgate da autoestima, empoderamento pessoal, autonomia para melhora da qualidade de vida, na tentativa de minimizar os estigmas. E, que sejam possibilitados encontros da temática de gênero envolvendo os usuários e os próprios

homens trabalhadores de saúde mental, já que o machismo e o patriarcado somente serão enfrentados junto a esses atores.

## REFERÊNCIAS

1. Amarante P, Nunes, MO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Rev Ciência & Saúde Coletiva* 2018; 6(23). Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>
2. Lei 10.216 da Presidência da República, de 06 de abril de 2001 (Brasil). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*. 9 abril 2001 [citado em 2022 set. 10]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)
3. Silva JVS, Brandão TM. Contribuições de uma residência em psiquiatria e saúde mental na formação dos enfermeiros egressos. *Rev. Enferm Foco* 2019; 10(6). Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n6.2334>
4. Ceccim R.B. Connections and boundaries of interprofessionality: form and formation. *Interface* 2018; 22(supl. 2):1739-49. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622018.0477>
5. Botti NCL. Uma viagem na história da enfermagem psiquiátrica no início do século XX. *Ver Escola Anna Nery* 2006; 4(10). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452006000400015>
6. Silva JS, Ribeiro HKP, Fernandes MA, Rocha DM. O cuidar de enfermagem em saúde mental na perspectiva da reforma psiquiátrica. *Rev Enferm Foco* 2020; 1(11). Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.2743>
7. Santana CS, Pereira MC, Silva DF, Ribeiro LB, Silva RM, Kimura CA. Percepção dos profissionais de enfermagem acerca da assistência prestada ao dependente químico nos centros de atenção psicossocial em álcool e outras drogas (CAPS AD). *Rev Div Cient Sena Aires [Internet]*. 2018 [citado em 2022 Out. 10]; 7(3). Disponível em: <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/327/238>
8. Lopes GT, Lemos BKJ; Lima HB, Cordeiro BRC, Lima LSV. Concepções de acadêmicos de enfermagem sobre usuários de drogas. *Rev Bras Enf* 2009; 62(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000400004>
9. Clementino CV, Boska GA, Silva JCMC, Oliveira MAF, Claro HG, Souza MRFC. Assistência de enfermagem a gestantes usuárias de crack e cocaína: revisão integrativa [Nursing care for pregnant

crack and cocaine users: an integrative review] [Asistencia de enfermeira a embarazadas usuárias de crack y cocaína: revisión integradora]. Rev. enferm UERJ 2021; 29:e56246. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2021.56246>

10. Rodrigues AS, Oliveira JF, Suto CSS, Coutinho MPL, Paiva MS, Souza SS. Care for women involved with drugs: social representations of nurses. Rev Bras Enferm 2017;70(1):65-72. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2021.56246>

11. Silva ÉBDO, Pereira ALF, Penna LHG. Estereótipos de gênero no cuidado psicossocial das usuárias de cocaína e crack. Rev Cad Saúde Púb 2018; 34: e192955. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00110317>

12. Portaria nº 130 do Ministério da Saúde, de 26 de janeiro de 2012 (BR). Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III). 26 jan 2012 [citado em 2022 Out. 08]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130\\_26\\_01\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html)

13. Sanches LR. Reabilitação Psicossocial e Reinserção Social de pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas na perspectiva de profissionais do CAPSad [monografia]. São João Del-Rei: UFSJ;2018.