

Organização:

Marcos Claudio Signorelli
Doroteia Aparecida Höfelmann
Karin Regina Luhm
Talita Gianello Gnoato Zotz
Yanna Dantas Rattmann



SAÚDE

COLETIVA

Diálogos e Caminhos

**COLLECTIVE HEALTH:
DIALOGUES AND PATHWAYS**

VOLUME 01



NOVA PRÁXIS
EDITORIAL

Organização:

Marcos Claudio Signorelli
Doroteia Aparecida Höfelmann
Karin Regina Luhm
Talita Gianello Gnoato Zotz
Yanna Dantas Rattmann



SAÚDE
COLETIVA
Diálogos e Caminhos

COLLECTIVE HEALTH: DIALOGUES AND PATHWAYS

VOLUME 01

PORTO ALEGRE
1ª EDIÇÃO
2023



NOVA PRÁXIS
EDITORIAL

© Nova Práxis Editorial – 2023

SAÚDE COLETIVA: DIÁLOGOS E CAMINHOS

Porto Alegre, RS
1ª edição
Novembro de 2023

Capa: **Vitor Marques**
Revisão e diagramação: **Nova Práxis Editorial**

CONSELHO EDITORIAL CIENTÍFICO

Adriéli Volpato Craveiro
Amauri Tadeu Barbosa Nogueira
Carlos Podalírio de Almeida
Claudete de Sousa Nogueira
Eduardo Augusto Farias
Érica Maia Arruda
Francisco Pereira Costa
Francisco Gómez-Gómez
Gianmarco Loures Ferreira
Graziela Rinaldi da Rosa

Ivan Seixas
José Antônio Rosa
Lívia Caetano da Silva Leão
Madalena Sofia Oliveira
Maria de Fátima Gomes de
Lucena
Maria Ozanira da Silva e Silva
Marilú Fontoura de Medeiros
Muniz Sodré
Regina Célia Di Ciommo

Reinaldo Nobre Pontes
Sarita Amaro
Solange Aparecida Serrano
Suzana Alborno
Vera Lúcia Freitag
Vera Núbia Santos
Véronique Durand
Yone Lindgren

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

S578s

Signorelli, Marcos Claudio (org.)
Saúde coletiva : diálogos e caminhos / Marcos Claudio Signorelli, Doroteia
Aparecida Hofelmann, Karin Regina Luhm, Talita Gianello Gnoato Zots, Yanna
Dantas Rattmann (org.). – 1. ed. – Porto Alegre, RS: Nova Práxis Editorial, 2023.
346p. ; 14x21cm ; Formato digital (PDF).

Volume 1
ISBN 978-65-80-599-63-9
doi.org/10.58725/ebk.978-65-80599-63-9

1. Medicina – saúde pública. 2. Saúde coletiva. I. Hofelmann, Doroteia
Aparecida. II. Luhm, Karin Regina. III. Zots, Talita Gianello Gnoato. IV. Rattmann,
Yanna Dantas. V. Título.

CDU 614(81)
CDD 362.1

Carla Lopes Ferreira (Bibliotecária CRB1-2960)

Índices para catálogo sistemático

1. Medicina : saúde pública : Brasil 613(81)

Todos os direitos reservados e protegidos pela Lei nº 9610, de 19/12/1998.

É proibida a reprodução deste livro com fins comerciais
sem a prévia autorização da Nova Práxis Editorial.

Impresso no Brasil/Printed in Brazil

Deixe-nos surpreender você!

novapraxiseditorial.livros@gmail.com
www.novapraxiseditorial.com

Mostardeiro, 777 - 1401, Moinhos de Vento | Porto Alegre - RS - Brasil | CEP 90430-000

Os textos aqui presentes são de inteira responsabilidade, no que se refere ao seu conteúdo,
de seus respectivos autores e autoras. Nem os(as) organizadores(as), nem a Editora, têm
responsabilidade sobre eles.

Sobre os(as) organizadores(as)

About the editors:

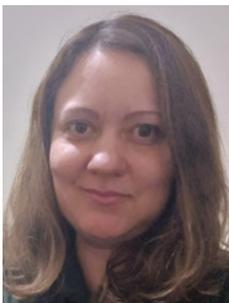


Marcos Claudio Signorelli

Professor Associado de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFPR. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), com estágio pós-doutoral na La Trobe University, Austrália. Mestre em Fisiologia e Bacharel em Fisioterapia. Líder

do Grupo Interdisciplinar de Pesquisas sobre Território, Diversidade e Saúde (TeDiS). E-mail: signore@ufpr.br

Associate Professor of Public Health at the Federal University of Paraná (UFPR). Coordinator of the Post-Graduation Program in Public Health at UFPR. Ph.D. in Public Health from the Federal University of São Paulo (UNIFESP), with post-doctoral training at La Trobe University, Australia. Master's in Physiology and Bachelor's in Physiotherapy. Leader of the Interdisciplinary Research Group on Territory, Diversity, and Health (TeDiS).



Doroteia Aparecida Höfelmann

Nutricionista, Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Docente da Universidade Federal do Paraná, Departamento de Nutrição, Curitiba, Paraná. Professora permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e do Programa de Pós-Graduação em Alimentação e Nutrição da Universidade Federal do Paraná. E-mail: doroteia.hofelmann@ufpr.br

Nutritionist, Ph.D. in Public Health from the Federal University of Santa Catarina (UFSC). Faculty member at the Federal University of Paraná, Department of Nutrition, Curitiba, Paraná. Permanent professor in the Post-Graduation Program in Public Health and the Post-Graduation Program in Food and Nutrition at the Federal University of Paraná.



Karin Regina Luhm

Graduada em medicina pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Professora Adjunta do Departamento de Saúde Coletiva da UFPR. Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFPR. E-mail: kaluhm@gmail.com

Graduated in Medicine from the Federal University of Paraná (UFPR). Ph.D. in Public Health from the University of São Paulo. Associate Professor in the Department of Public Health at UFPR. Professor in the Post-Graduation Program in Public Health at UFPR.



Talita Gianello Gnoato Zotz

Fisioterapeuta. Mestre em tecnologia em Saúde, doutora em Educação Física. Docente do Curso de Graduação em Fisioterapia e do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFPR, Líder do Grupo de Pesquisa GPFisio-UFPR. E-mail: talita.gnoato@gmail.com

Physiotherapist. Master's degree in Health Technology, Ph.D. in Physical Education. Faculty member in the Undergraduate Physiotherapy Program and the Post-Graduation Program in Public Health at UFPR. Leader of the GPFisio-UFPR Research Group.



Yanna Dantas Rattmann

Farmacêutica, Mestre e Doutora em Farmacologia pela Universidade Federal do Paraná, com estágio na Universidade de Strasbourg, França. Professora do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná. Docente permanente do Mestrado em Saúde Coletiva da

UFPR. E-mail: yanna@ufpr.br

Pharmacist, Master's and Ph.D. in Pharmacology from the Federal University of Paraná, with a research fellowship at the University of Strasbourg, France. Professor in the Department of Public Health at the Federal University of Paraná. Permanent faculty member in the Master's Program in Public Health at UFPR.

PRESIDENTE DA REPÚBLICA
PRESIDENT OF THE REPUBLIC

Luiz Inácio Lula da Silva

MINISTRO DA EDUCAÇÃO
MINISTER OF EDUCATION

Camilo Sobreira de Santana

**DIRETORA DA COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO
DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR**

*DIRECTOR OF THE COORDINATION FOR THE
IMPROVEMENT OF HIGHER EDUCATION PERSONNEL*

Prof^a Dr^a Mercedes Maria da Cunha Bustamante

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
FEDERAL UNIVERSITY OF PARANÁ

REITOR
RECTOR

Prof. Dr. Ricardo Marcelo Fonseca

VICE-REITORA
VICE-RECTOR

Prof^a. Dr^a. Graciela Ines Bolzón de Muniz

PRÓ-REITOR DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
*PRO-RECTOR FOR RESEARCH AND POSTGRADUATE
STUDIES*

Prof. Dr. Francisco de Assis Mendonça

**COORDENADORA DOS PROGRAMAS DE PÓS-
GRADUAÇÃO STRICTO SENSU**
*COORDINATOR OF STRICTO SENSU POSTGRADUATE
PROGRAMS*

Prof^a. Dr^a. Lucimara Stolz Roman

DIRETOR DO SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DIRECTOR OF THE SCHOOL OF HEALTH SCIENCES

Prof. Dr. Nelson Luis Barbosa Rebellato

VICE DIRETOR DO SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
VICE DIRECTOR OF THE SCHOOL OF HEALTH SCIENCES

Prof. Dr. Edison Luiz Almeida Tizzot

CHEFE DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
HEAD OF THE DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH

Prof^a. Dr^a. Solena Ziemer Kusma Fidalski

**COORDENADOR DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM SAÚDE COLETIVA**
***COORDINATOR OF THE POSTGRADUATE PROGRAM IN
PUBLIC HEALTH***

Prof. Dr. Marcos Claudio Signorelli

**VICE-COORDENADOR DO PROGRAMA DE PÓS-
GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**
***VICE-COORDINATOR OF THE POSTGRADUATE PROGRAM
IN PUBLIC HEALTH***

Prof. Dr. Deivisson Vianna Dantas dos Santos

NOMINATA DE PARECERISTAS REVISORES(AS) AD-HOC DESTA OBRA

AD-HOC REVIEWERS OF THIS VOLUME

A Comissão Organizadora deste e-book expressa sua imensa gratidão às avaliadoras e avaliadores que se disponibilizaram a revisar os capítulos que compõem esta obra:

Prof. Dr. Alanderson Alves Ramalho

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Acre

Prof^a Dr^a Anabelle Retondario

Departamento de Nutrição, Universidade Federal do Paraná

Prof^a Dr^a Arlete Ana Motter

Departamento de Prevenção e Reabilitação em Fisioterapia, Universidade Federal do Paraná

Prof^a Dr^a Camila Clocker Costa

Departamento de Farmácia, Universidade Federal do Paraná

Prof. Dr. Clóvis Wanzinack

Câmara de Administração Pública, Universidade Federal do Paraná

Prof^a Dr^a Cristiane da Silva Paula de Oliveira

Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Paraná

Prof^a Dr^a Dione Maria Menz

Setor de Educação Profissional e Tecnológica (SEPT), Universidade Federal do Paraná.

MsC. Isabella Bahia Dutra Rezende

Pós-graduanda em Políticas Educacionais, Universidade Federal do Paraná

Prof^a Dr^a Marilisa Gabardo

Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Positivo

Profª Drª Rita Estela Salino

Secretaria de Estado da Educação do Paraná

Profª Drª Suelen Roberta Klein

Departamento de Prevenção e Reabilitação em Fisioterapia,
Universidade Federal do Paraná

Profª Drª Vanessa Daufenback Ramos

Curso de Nutrição, Pontifícia Universidade Católica do Paraná

MINICURRÍCULO DOS AUTORES E AUTORAS

Aline Aparecida Lima: Graduada em Nutrição (CESCAGE). Pós-graduada em Nutrição Clínica Funcional; Saúde da Família; Fitoterapia Clínica; e Nutrição em Pediatria. Pós-graduanda em Atenção à saúde das pessoas com sobrepeso e obesidade e em Atenção às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, na UFSC. Atua como Nutricionista na Atenção Primária à Saúde na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: alinelima.nutri@gmail.com

Aline Daniela da Cruz e Silva: Aline Daniela da Cruz e Silva: Nutricionista. Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná (PPGSC/UFPR). Atua como Nutricionista na Atenção Primária à Saúde na Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) de Araucária, Paraná, Brasil. E-mail: alinedaniela.w@gmail.com

Alisson Eduardo Ferreira Machado: Graduação em Fisioterapia pela Universidade Federal do Paraná (UFPR/2015). Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná (PPGSC/UFPR). Realizou mobilidade acadêmica internacional para a Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra (FCDEF/UC 2012/2013). E-mail: ale.ufprlitoral@gmail.com

Allana Marina Bueno: Farmacêutica e mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Paraná e especialista em Farmácia Clínica e Hospitalar. Atualmente, farmacêutica da farmácia ambulatorial do Hospital Erasto Gaertner em Curitiba-PR. E-mail: allanamarinab@gmail.com

Amanda de Cassia Azevedo da Silva: Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). E-mail: sucessocomprosperidade@gmail.com

Ana Paula Almeida Rocha Ohata: Bacharel em Serviço Social pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (2002). Especialista em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Ponta Grossa. Especialista em Micropolítica da Gestão e Trabalho em Saúde na modalidade EAD, pela Universidade Federal Fluminense. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Paraná (2020). e-mail: ana.rocha.ohata@hotmail.com

Ariani Cavazzani Szkudlarek: Graduação em Fisioterapia pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (1999), mestrado (2004) e doutorado (2011) pelo Programa de Pós-graduação em Biologia Celular e Molecular, área de concentração em Fisiologia (UFPR). Docente do Departamento de Prevenção e Reabilitação em Fisioterapia da Universidade Federal do Paraná, Brasil. E-mail: arianiinaira@hotmail.com

Cléia Elisa Lopes Ribeiro: Graduação em medicina pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (1985), mestrado em Medicina Interna pela Universidade Federal do Paraná (2002) e residência médica pela Hospital Emílio Ribas (1989). Atuou como médica da Universidade Federal do Paraná e médica da Prefeitura Municipal de Curitiba. E-mail: clribeiro@sms.curitiba.pr.gov.br

Daniel Canavese de Oliveira: Doutor em Ciências da Saúde, Professor, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Federal do Paraná, Coordenador do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família UFRGS-Fiocruz. E-mail: daniel.canavese@gmail.com

Daniel Dall'Igna Ecker: Graduado em Psicologia (PUCRS), mestre e doutor em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Psicólogo na Secretaria de Estado da Educação de Santa Catarina (SED SC). E-mail: daniel.ecker@hotmail.com.br

Daniele Akemi Arita: Doutoranda em Epidemiologia em Saúde Pública pela Fiocruz (2021). Mestre em Saúde Coletiva pela UFPR (2018). Especialista em Análise de Situação de Saúde pela UFG (2016). Egressa do Programa de Treinamento em

Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS (EpiSUS Avançado) (2014). Especialista em Gestão Empresarial da Saúde pela PUC-PR (2010). Graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela UFPR (2004). Epidemiologista do Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS) da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. E-mail: daniele.arita@gmail.com

Deivisson Vianna Dantas dos Santos: Doutor em Saúde Coletiva pela UNICAMP com período sanduíche na Université de Montréal. Docente adjunto do Departamento de Saúde Coletiva da UFPR, Pró-Reitor da Rede Nacional PROFSAUDE de mestrados em saúde da família, Vice-Presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva e pesquisador dos programas de pós-graduação em Saúde Coletiva e Saúde da Família da UFPR. e-mail: deivianna@gmail.com

Denise Siqueira de Carvalho: Graduada em medicina pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Doutora em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo. Professora Titular do Departamento de Saúde Coletiva da UFPR. Professora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFPR. E-mail: denisecarvalhoufpr@gmail.com

Doroteia Aparecida Höfelmann: Nutricionista, Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Docente da Universidade Federal do Paraná, Departamento de Nutrição, Curitiba, Paraná. Professora permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e do Programa de Pós-Graduação em Alimentação e Nutrição da Universidade Federal do Paraná. E-mail: doroteia.hofelmann@ufpr.br

Elaine Grácia de Quadros Nascimento: Enfermeira pela Universidade Federal do Paraná (1989). Atuou na Prefeitura de Curitiba nos âmbitos da Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Urgência e Emergência e Auditoria. Atualmente é professora na universidade UNINTER. E-mail: elainegqn08@yahoo.com.br

Eliana Remor Teixeira: Médica graduada pela Universidade de Santa Catarina, Mestre em Engenharia mecânica pela Universidade Federal do Paraná, Doutora em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora Adjunta do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná. Atua na área de Saúde do Trabalhador e Ergonomia. E-mail: eliana.remor@ufpr.br

Emanuelli Cristini Souza da Costa: Estudante do curso de Medicina da Universidade Federal do Paraná, bolsista PIBIC de Iniciação Científica. E-mail: emanuelic21@gmail.com

Fernando Lucas Soares: Médico graduado pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR) em 2020. Nutricionista graduado pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR) em 2011. Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Paraná (UFPR) em 2021. E-mail: f_soares@yahoo.com.br

Frederico Alves Dias: Farmacêutico do Centro de Medicamentos do Paraná (CEMEPAR) da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR), Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Paraná.

Gabriela Franco: Nutricionista. Especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Universidade Federal do Paraná. E-mail: gabriela.fr0803@gmail.com

Giovana Daniela Pecharki: Cirurgiã-dentista graduada pela UFPR, Mestre em Odontologia pela UNICAMP, Doutora em Ciências da Saúde pela PUCPR. Professora Associada do Departamento de Saúde Coletiva da UFPR, Docente Permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE), UFPR e do Programa de Residência Multiprofissional da UFPR. E-mail: g_pecharki@ufpr.br

Herberto José Chong Neto: Professor Associado II de Pediatria, Universidade Federal do Paraná. Pós-doutor em Saúde da Criança e do Adolescente, Universidade Federal do Paraná. E-mail: *h.chong@uol.com.br*

Higor Jezreel de Souza: Estudante do curso de Farmácia da Universidade Federal do Paraná, bolsista PIBIC de Iniciação Científica. E-mail: *higor.jezreel@gmail.com*

Iranise Moro Pereira Jorge: Terapeuta Ocupacional graduada pela Universidade Tuiuti do Paraná (UTP) em 2000. Mestre em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em 2004. Doutora em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em 2010. Pós-doutora em Ciências Sociais pela Universidade Nova de Lisboa em 2018. Professora do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Paraná (UFPR). E-mail: *ira.mpj@gmail.com*

Jacqueline Aparecida Vieira: Enfermeira graduada pela UFPR, Mestra em Saúde Coletiva pela UFPR, Especialista em Saúde coletiva pela Universidade Positivo, Especialista em Gestão Hospitalar e de Serviços de Saúde pela PUCPR, Especialista em Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente pelo Instituto de Ensino e Pesquisa Sírio-Libanês. Enfermeira na Prefeitura Municipal de Curitiba. E-mail: *jacqueap@hotmail.com*

Janaina Marielen Bandeira Sviercowski: Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), especialista em gestão em saúde pública e enfermagem obstétrica. Mestrado em Saúde Coletiva (UFPR). Atua como enfermeira em Comissão de Controle de Infecção Odontológica (CCIO), no curso de Odontologia da UFPR. E-mail: *janaina.marielen@ufpr.br*

Juliano Mota Volinger: Terapeuta Ocupacional graduado pela Universidade Federal do Paraná (UFPR) em 2017. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Paraná (UFPR) em 2020. Professor do Curso de Medicina da Universidade Positivo (UP) e Professor do Curso de Medicina da Faculdades Pequeno Príncipe (FPP). E-mail: *ju.mota2525@gmail.com*

Karin Regina Luhm: Graduada em medicina pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Professora Adjunta do Departamento de Saúde Coletiva da UFPR. Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFPR. E-mail: kaluhm@gmail.com

Leia Regina da Silva: Farmacêutica e mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Paraná. Atua na Prefeitura de Curitiba com experiência nas áreas de Atenção Básica, Vigilância em Saúde e Imunização. E-mail: lregina.silva@gmail.com

Luís Felipe Ferro: Graduação em Terapia Ocupacional pela Universidade de São Paulo (USP) em 2005. Mestre em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo (USP) em 2009. Doutor Psicologia Social pela Universidade de São Paulo (USP) em 2014. Pós-doutor pelo programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade de São Paulo (USP) em 2020. Docente do Departamento de Terapia Ocupacional e do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Paraná. E-mail: luisfelipeferro@gmail.com

Marcos Claudio Signorelli: Professor Associado de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFPR. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), com estágio pós-doutoral na La Trobe University, Austrália. Mestre em Fisiologia e Bacharel em Fisioterapia. Líder do Grupo Interdisciplinar de Pesquisas sobre Território, Diversidade e Saúde (TeDiS). E-mail: signore@ufpr.br

Mariana Góes Turchenski: Bacharel em Psicologia pela PUCPR, atua na área. Mestranda em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFPR e faz especialização em Teoria Cognitivo Comportamental. E-mail: mariana.turchenski@ufpr.com

Marilene da Cruz Magalhães Buffon: Cirurgiã-dentista graduada pela Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS), especialista em Dentística Restauradora e em Saúde Coletiva. Mestrado e Doutorado em Ciências (UFPR). Professora Titular do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná, atua na graduação, pós-graduação, pesquisa e extensão; e coordena o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UFPR. E-mail: marilenebuffon@ufpr.br

Merari Gomes de Souza: Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Paraná. Especialista em Pneumologia Sanitária pela ENSP/FIOCRUZ (2014), Enfermagem do Trabalho pela Faculdade Integradas do Vale do Itaipó (2009) e Fisiologia Humana (2008). Graduada em Enfermagem pela Faculdade Ingá-UNINGA de Maringá (2006). Enfermeira na Divisão de Promoção da Cultura da Paz e Ações Intersetorial, da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. E-mail: merari.gomes.souza@gmail.com

Milene Zanoni da Silva: Farmacêutica mestre e doutora em Saúde Coletiva (UEL, 2012). Professora adjunta do Departamento de Saúde Pública da Universidade Estadual de Ponta Grossa. Atualmente chefe do Ambulatório de Saúde Integrativa da UEPG. Presidenta da Associação Brasileira de Terapia Comunitária (ABRATECOM). Consultora da Organização Mundial da Saúde para sistematização da Terapia Comunitária Integrativa como prática de autocuidado e saúde mental. E-mail: milenezanoni@gmail.com

Nícolas Granza Barbosa: Farmacêutico, Especialista em Saúde da Família pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Paraná. E-mail: nicolas.granbar@gmail.com

Rafaela Gessner Lourenço: Enfermeira, graduada em enfermagem pela Universidade Federal do Paraná. Mestre em ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo. Doutora pelo Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem da UFPR. E-mail: rglufpr@gmail.com

Rafaella Rieseberg de Souza: Pedagoga graduada pela Universidade Federal do Paraná (UFPR) em 2019. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Paraná. E-mail: rafaella.rieseberg@hotmail.com

Renata Cordeiro Fernandes: Nutricionista. Mestre em Alimentos e Nutrição pelo Programa de Pós-Graduação em Alimentação e Nutrição. Universidade Federal do Paraná. Nutricionista da Pró-Reitoria de Administração. Universidade Federal do Paraná. E-mail: renatacordeirofernandes@gmail.com

Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca: Enfermeira, graduada em Enfermagem pela Universidade de São Paulo, mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo e doutorado em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. É Livre Docente em Enfermagem em Saúde Coletiva e atualmente é Professora Titular Sênior da Universidade de São Paulo. E-mail: rmsgsfon@usp.br

Sabrina Stefanello: Psiquiatra, Doutora em Ciências Médicas e Pós-doutora em Saúde Coletiva pela UNICAMP. Atua como professora da Universidade Federal do Paraná, Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde Família da UFPR, professora permanente do Mestrado em Saúde Coletiva (UFPR). E-mail: binastefanello@gmail.com

Silvia Emiko Shimakura: Bacharel em Estatística pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (1990), Mestre em Estatística pela Universidade Estadual de Campinas (1994) e PhD em Estatística pela Universidade de Lancaster (2003), Inglaterra. Atualmente é Professora Titular na Universidade Federal do Paraná, Brasil. Tem experiência na área de Estatística Médica, com ênfase em Análise de Sobrevivência, atuando principalmente nos seguintes temas: modelos de fragilidade, estatística espacial, epidemiologia ambiental e modelos multi-estados. De 2012 a 2015 assumiu a tutoria do PET Estatística da UFPR e desde 2015 atua no programa de pós-graduação em Saúde Coletiva na linha de Epidemiologia. E-mail: silvia.shimakura@gmail.com

Solena Ziemer Kusma Fidalski: Cirurgiã-dentista graduada pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR) em 2002. Mestre em Epidemiologia e Saúde Coletiva pela University College London (UCL), Inglaterra em 2004. Doutora em Odontologia, área de concentração Saúde Coletiva, pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR) em 2011. Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Paraná (UFPR). E-mail: solena.kusma@gmail.com

Tatiana Herreira Trigueiro: Enfermeira Obstetra. Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR). E-mail: tatiherreira@gmail.com

Thammy Novakovski dos Santos: Enfermeira, graduada em enfermagem pela Universidade Federal do Paraná, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. E-mail: thammynovakovski@gmail.com

Vanessa de Souza Lima Dalberto: Graduação em História pela Faculdade Paulista São José em 2019. Desde 2017 atua com a população em situação de rua. Fundou a Associação Mãos Invisíveis em 2018, e preside o projeto até os dias de hoje, promovendo discussões sobre políticas públicas e defesa dos direitos humanos dessa população. E-mail: vansouzalima@gmail.com

Yanna Dantas Rattmann: Farmacêutica, Mestre e Doutora em Farmacologia pela Universidade Federal do Paraná, com estágio na Universidade de Strasbourg. Professora do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná. Docente permanente do Mestrado em Saúde Coletiva (UFPR). E-mail: yanna@ufpr.br

SUMÁRIO

Apresentação27

SEÇÃO I - SAÚDE COLETIVA E POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE

1. Fatores associados ao desfecho do tratamento para tuberculose em pacientes coinfetados com HIV 43

Merari Gomes de Souza, Karin Regina Luhm, Cleia Elisa Lopes Ribeiro, Daniele Akemi Arita, Herberto José Chong Neto..... 43

2. Caracterizando o invisível: perfil demográfico, socioeconômico e psicossocial da população em situação de rua na cidade de Curitiba Paraná.

Fernando Lucas Soares, Luís Felipe Ferro, Iranise Moro Pereira Jorge, Rafaella Riesemberg de Souza, Vanessa de Souza Lima Dalberto, Solena Ziemer Kusma Fidalski67

3. Desafios e possibilidades da política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (PNSI LGBT) no Paraná: um estudo qualitativo.

Amanda de Cassia Azevedo da Silva, Daniel Canavese de Oliveira, Marcos Claudio Signorelli 93

4. Ecos no sistema: como lidamos com as demandas de saúde mental dos adolescentes privados de liberdade.

Ana Paula Almeida Rocha Ohata, Milene Zanoni da Silva, Deivisson Vianna Dantas, Sabrina Stefanello115

5. Perfil sociodemográfico e farmacoepidemiológico das pessoas em terapia antirretroviral em um município da região metropolitana de Curitiba/PR.

Nícolás Granza Barbosa, Frederico Alves Dias, Higor Jezreel de Souza, Emanueli Cristini Souza da Costa, Marilene da Cruz Magalhães Buffon, Yanna Dantas Rattmann.....136

6. Psicofármacos e adolescentes privados de liberdade no contexto da socioeducação do Paraná, Brasil.

Allana Marina Bueno, Milene Zanoni da Silva, Sabrina Stefanello, Deivisson Vianna Dantas dos Santos 157

SEÇÃO II - SAÚDE COLETIVA E MORBIMORTALIDADES POR CAUSAS EXTERNAS: ACIDENTES E VIOLÊNCIAS

7. Fisioterapia e violência urbana: abordagens e desafios de um centro especializado em reabilitação no Paraná.

Alisson Eduardo Ferreira Machado, Ariani Cavazzani Szkudlarek, Mariana Góes Turchenski, Marcos Claudio Signorelli 174

8. Percepções dos profissionais de saúde e do terceiro setor sobre cyber violence entre parceiros íntimos adolescentes.

Rafaela Gessner Lourenço, Thammy Novakovski dos Santos, Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca 193

9. Análise da qualidade dos dados das notificações dos acidentes de trabalho graves típicos envolvendo as mãos em uma capital do Sul do Brasil.

Jacqueline Aparecida Vieira, Karin Regina Luhm, Giovana Daniela Pecharki, Eliana Remor Teixeira..... 218

SEÇÃO III – ATENÇÃO À SAÚDE NA GESTAÇÃO

10. Práticas alimentares na gravidez: percepções das gestantes atendidas em uma unidade básica de saúde de Apucarana, Paraná, Brasil.

Aline Aparecida Lima, Daniel Dall’Igna Ecker 241

11. Perceived food environment and food insecurity in pregnant women.

Aline Daniela da Cruz e Silva, Gabriela Franco, Renata Cordeiro Fernandes, Doroteia Aparecida Höfelmann 261

12. Insuficiência da educação em saúde no pré-natal: fatores associados.

Janaina Marielen Bandeira Sviercowski, Marilene da Cruz Magalhães Buffon, Tatiana Herreira Trigueiro, Karin Regina Luhm, Denise Siqueira de Carvalho 282

SEÇÃO IV – TEMAS EMERGENTES EM SAÚDE COLETIVA

13. Tradução, adaptação e validação do occupational balance-questionnaire (ob-quest).

Juliano Mota Volinger, Iranise Moro Pereira Jorge, Solena Ziemer Kusma Fidalski 305

14. Impacto da COVID-19 em pacientes renais crônicos em uso de terapia renal substitutiva – hemodiálise – em um estabelecimento de saúde do sistema único de saúde.

Elaine Grácia de Quadros Nascimento, Leila Regina da Silva, Silvia Emiko Shimakura 324

Índice remissivo 343

CONTENT

Preface 35

SECTION I - PUBLIC HEALTH AND POPULATIONS IN VULNERABLE SITUATIONS

1. Factors associated with the outcome of tuberculosis treatment in HIV-coinfected patients.

Merari Gomes de Souza, Karin Regina Luhm, Cleia Elisa Lopes Ribeiro, Daniele Akemi Arita, Herberto José Chong Neto 43

2. Characterizing the invisible: demographic, socioeconomic, and psychosocial profile of the homeless population in the city of Curitiba, Paraná.

Fernando Lucas Soares, Luís Felipe Ferro, Iranise Moro Pereira Jorge, Rafaella Riesemberg de Souza, Vanessa de Souza Lima Dalberto, Solena Ziemer Kusma Fidalsk 67

3. Challenges and possibilities of the national policy on comprehensive health of lesbians, gays, bisexuals, travestis and transsexuals (PNSI LGBT) in paraná: a qualitative study.

Amanda de Cassia Azevedo da Silva, Daniel Canavese de Oliveira, Marcos Claudio Signorelli 93

4. Echoes in the system: how do we deal with the mental health demands of adolescents deprived of freedom.

Ana Paula Almeida Rocha Ohata, Milene Zanoni da Silva, Deivisson Vianna Dantas, Sabrina Stefanello 115

5. Socio-demographic and pharmacoepidemiological profile of people undergoing antiretroviral therapy in a municipality in the metropolitan region of Curitiba, Paraná.

N colas Granza Barbosa, Frederico Alves Dias, Higor Jezreel de Souza, Emanueli Cristini Souza da Costa, Marilene da Cruz Magalhães Buffon, Yanna Dantas Rattmann 136

6. Psychodrugs and adolescents deprived of freedom in the context of socioeducation in Paraná, Brazil.

Allana Marina Bueno, Milene Zanoni da Silva, Sabrina Stefanello, Deivisson Vianna Dantas dos Santos 157

SECTION II - PUBLIC HEALTH AND MORBIDITY AND MORTALITY DUE TO EXTERNAL CAUSES: ACCIDENTS AND VIOLENCE

7. Physiotherapy and urban violence: approaches and challenges of a specialized rehabilitation center in Paraná.

Alisson Eduardo Ferreira Machado, Ariani Cavazzani Szkudlarek, Mariana Góes Turchenski, Marcos Claudio Signorelli 174

8. Perceptions of healthcare and third sector professionals about cyber violence among adolescent intimate partners.

Rafaela Gessner Lourenço, Thammy Novakovski dos Santos, Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca 193

9. Analysis of the quality of data on notifications of severe occupational hand injuries in a southern Brazilian state capital.

Jacqueline Aparecida Vieira, Karin Regina Luhm, Giovana Daniela Pecharki, Eliana Remor Teixeira 218

SECTION III - HEALTHCARE DURING PREGNANCY

10. Dietary practices during pregnancy: perceptions of pregnant women attending a basic health unit in Apucarana, Paraná, Brazil.

Aline Aparecida Lima, Daniel Dall'Igna Ecker 241

11. Perceived food environment and food insecurity in pregnant women.

Aline Daniela da Cruz e Silva, Gabriela Franco, Renata Cordeiro Fernandes, Doroteia Aparecida Höfelmann 261

12. Insufficiency of health education during prenatal care: associated factors.

Janaina Marielen Bandeira Sviercowski, Marilene da Cruz Magalhães Buffon, Tatiana Herreira Trigueiro, Karin Regina Luhm, Denise Siqueira de Carvalho 282

SECTION IV - EMERGING TOPICS IN PUBLIC HEALTH

13. Translation, adaptation, and validation of the occupational balance-questionnaire (OB-Quest).

Juliano Mota Volinger, Iranise Moro Pereira Jorge, Solena Ziemer Kusma Fidalski 305

14. Impact of COVID-19 on chronic renal patients undergoing renal replacement therapy - hemodialysis - in a single health system establishment.

Elaine Grácia de Quadros Nascimento, Leila Regina da Silva, Silvia Emiko Shimakura 324

Table of contents 343

APRESENTAÇÃO

Esta coletânea de livros eletrônicos (e-books) de Saúde Coletiva, intitulada “**Saúde Coletiva: diálogos e caminhos**”, organizada pelo corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal do Paraná (UFPR), é fruto de um trabalho construído coletivamente para compartilhar resultados de estudos e pesquisas do campo da Saúde Coletiva. O PPGSC da UFPR é um dos mais novos programas de pós-graduação da instituição, tendo iniciado a primeira turma de mestrado em 2015. Esta é a primeira iniciativa de produzir uma obra conjunta, congregando egressos(as), mestrandos(as), docentes, estudantes de outros cursos, e também trabalhadores(as) da rede, pesquisadores e pesquisadoras de outros grupos de pesquisa e outras instituições parceiras, que atuam no campo da Saúde Coletiva.

Para materializar esta obra, um grupo de docentes permanentes do PPGSC, composto pelos(as) docentes Doroteia Aparecida Höfelmann, Karin Regina Luhm, Marcos Claudio Signorelli, Talita Gianello Gnoato Zötz e Yanna Dantas Ratmann, congregou-se para organizar o e-book. Inicialmente, elaboraram um edital público de chamamento, com os critérios e normas de publicação, aberto à possibilidade de submissão de manuscritos em português, inglês ou espanhol. O edital foi publicizado na página do PPGSC e divulgado por e-mail às redes de colaboradores(as) e parceiros(as) do programa que atuam no campo da Saúde Coletiva. A partir do edital público, foram recebidos 29 capítulos, que foram inicialmente avaliados pela equipe organizadora quanto ao teor, conteúdo, qualidade da escrita e aderência à área. A seguir, os capítulos foram enviados a revisores(as) pareceristas externos à Comissão, com expertise nas temáticas dos respectivos capítulos, para avaliação cega. A maior parte dos textos recebeu parecer com necessidade de ajustes, visando qualificar os trabalhos, que foram então retornados às(aos) autoras(es) junto do parecer, para que pudessem melhorá-los. Após as correções, a comissão organizadora dos e-books procedeu a revisão final dos textos, que foram então submetidos à revisão

ortográfica e de normas de formatação pela equipe técnica do Conselho Editorial da Editora Nova Práxis.

Neste volume encontram-se quatorze capítulos, sendo um deles em língua inglesa, que passaram por este rigoroso processo de revisão e editoração. Um destaque positivo desta obra é sua inserção e impacto regional, com a maioria dos capítulos abordando questões de saúde coletiva relativas ao estado do Paraná, local de inserção do PPGSC. São, portanto, diálogos por caminhos regionais da Saúde Coletiva, evidenciando a produção de conhecimento com foco em problemas locais. A obra está organizada nas seguintes seções: **(I) SAÚDE COLETIVA E POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE; (II) SAÚDE COLETIVA E MORBIMORTALIDADES POR CAUSAS EXTERNAS: ACIDENTES E VIOLÊNCIAS; (III) ATENÇÃO À SAÚDE NA GESTAÇÃO; e (IV) TEMAS EMERGENTES EM SAÚDE COLETIVA.**

Abrindo a primeira seção sobre populações em situação de vulnerabilidade, está o capítulo **FATORES ASSOCIADOS AO DESFECHO DO TRATAMENTO PARA TUBERCULOSE EM PACIENTES COINFECTADOS COM HIV**, para o qual foi realizado um estudo analítico de coorte, com casos novos de indivíduos com coinfeção de tuberculose (TB) e HIV. Os achados demonstraram que houve predomínio do gênero masculino 233 (70,8%) e baixa escolaridade 182 (55,3%). A associação de risco para o abandono do tratamento apontou como potenciais preditores a idade 18 a 39 anos, a baixa escolaridade e a não realização do Tratamento Diretamente Observado. O desfecho mortalidade associou-se significativamente com o não uso da terapia antirretroviral (TARV), valores de contagem de células CD4 ≤ 200 céls/mm³ ao final do tratamento de TB e notificação dos casos feita por hospital e serviços de pronto atendimento. Como mensagem final, o capítulo revelou que quanto mais precoce o diagnóstico da TB e do tratamento com a TARV, maior a chance de sobrevivência.

Continuando na temática das populações vulneráveis, o capítulo intitulado **CARACTERIZANDO O INVISÍVEL: PERFIL**

DEMOGRÁFICO, SOCIOECONÔMICO E PSICOSSOCIAL DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA CIDADE DE CURITIBA PARANÁ apresentou o perfil demográfico, socioeconômico e psicossocial de pessoas em situação de rua (PSR) que participaram de ações promovidas pela ONG Médicos de Rua, na cidade de Curitiba/PR, Brasil. Foi realizado um estudo observacional, transversal, composto por dados secundários do banco digital da ONG, de pessoas que buscaram atendimento de maneira voluntária nas ações desenvolvidas em praça pública no ano de 2019. O estudo avaliou 710 pessoas, com idade entre 18 e 84 anos, sendo a maioria do sexo masculino (87,3%). Mais de 90% dessas pessoas eram alfabetizadas, sendo 53,4% viviam há menos de um ano nas ruas e 73,5% estavam em situação de rua sozinhos. Outro achado interessante foi que a principal modalidade de obtenção de renda ocorreu por meio dos serviços informais.

Já o capítulo **DESAFIOS E POSSIBILIDADES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (PNSI LGBT) NO PARANÁ: UM ESTUDO QUALITATIVO**, abordou os desafios e possibilidades da implementação da Política Nacional de Saúde Integral (PNSI) de LGBT no estado do Paraná. Realizou-se um estudo qualitativo, por meio de entrevistas semiestruturadas em profundidade, conduzidas entre agosto e outubro de 2018. Foram entrevistados 3 gestoras e 5 profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) da Secretaria da Saúde do Estado do Paraná, responsáveis pela implementação da política. Após transcritas e codificadas as gravações, o conteúdo foi submetido à análise temática. Foram definidas duas perspectivas de análise: desafios ou barreiras; e possibilidades e avanços tangentes à PNSI LGBT. Concluiu-se que, apesar da persistência, há dificuldades na implementação da política.

No capítulo seguinte, cujo título é **ECOS NO SISTEMA: COMO LIDAMOS COM AS DEMANDAS DE SAÚDE MENTAL DOS ADOLESCENTES PRIVADOS DE LIBERDADE**. Os/as autores(as) analisaram o manejo e a conduta dos trabalhadores dos Centros de Socioeducação no Estado do Paraná relacionadas às demandas de saúde mental dos adolescentes internados. Utilizaram

análise qualitativa descritiva com abordagem hermenêutica nas narrativas e a técnica do grupo focal para coleta de dados. Identificou-se que nas unidades maiores a estrutura física e a escassez de profissionais foram alguns dos fatores que possibilitam as crises em saúde mental. Os ecos produzidos acabam sendo preenchidos por medicamentos que amorteciam os sofrimentos, calavam as dores, mas não resolviam os problemas, o que inviabilizava intervenções que poderiam ser admissíveis.

O próximo capítulo objetivou investigar o perfil da população em tratamento antirretroviral no município de Piraquara-PR, tendo como título **PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E FARMACOEPIDEMIOLÓGICO DAS PESSOAS EM TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA/PR**. Para isso, os(as) autores(as) desenvolveram um estudo observacional, descritivo e transversal, com dados secundários. Foram identificadas 487 pessoas com HIV naquele local, das quais 78 pessoas ainda não tinham iniciado o tratamento. Entre estas, 23 pessoas apresentavam imunodeficiência severa. Das 409 pessoas em tratamento, 93% alcançaram a supressão viral, mas 19% encontravam-se em abandono da terapia. Os dados obtidos demonstraram a necessidade de encaminhar para tratamento as pessoas diagnosticadas com HIV de forma a evitar o abandono da terapia e conseqüente risco de evolução da infecção para a AIDS.

Para encerrar a primeira sessão, o capítulo **PSICOFÁRMACOS E ADOLESCENTES PRIVADOS DE LIBERDADE NO CONTEXTO DA SOCIOEDUCAÇÃO DO PARANÁ, BRASIL** teve como campo de estudo as instituições do Paraná responsáveis pela socioeducação de adolescentes em conflito com a lei, chamadas de Centros de Socioeducação (CENSE). Foram consideradas as evidências de que as sanções de privação de liberdade produziam decisões de medicalização. Neste trabalho, intentou-se compreender os impactos desta ação na saúde mental desta população, através de análise de dados secundários de 7 CENSES visitados em 2018. Constatou-se que a prevalência do uso de psicotrópicos foi de 42%, sendo que na maioria (51,1%) não tinha

qualquer informação sobre diagnóstico. Concluiu-se que devia haver uma permanente avaliação sobre os riscos e benefícios dos psicotrônicos, preconizando a assistência individualizada.

A segunda sessão, sobre as causas externas de morbimortalidade, inicia com o manuscrito **FISIOTERAPIA E VIOLÊNCIA URBANA: ABORDAGENS E DESAFIOS DE UM CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO NO PARANÁ**, que descreveu o perfil de vítimas de violência e o tratamento fisioterapêutico oferecido em um Centro Especializado em Reabilitação de Classificação III (CER III) no município de Curitiba, Paraná. Foi conduzido um estudo de análise documental com dados secundários de 3.532 prontuários de pacientes admitidos no internamento do serviço entre 2013 e 2017. Os resultados evidenciaram que a dependência funcional é a realidade de muitos pacientes jovens que sofreram com a violência urbana no Paraná. O estudo revelou uma questão pouco discutida no âmbito da fisioterapia e da saúde coletiva que são as sequelas físicas em decorrência da violência, incluindo deficiências e seu processo de reabilitação funcional.

Outro trabalho com a temática da violência é intitulado **PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DO TERCEIRO SETOR SOBRE CYBER VIOLENCE ENTRE PARCEIROS ÍNTIMOS ADOLESCENTES**. Este estudo exploratório e descritivo visou identificar e analisar as percepções de profissionais de saúde e do terceiro setor sobre a *cyber violence* entre parceiros íntimos adolescentes. Foi realizado em serviços da Atenção Primária à Saúde e instituições do Terceiro Setor, em Curitiba e São Paulo, Brasil. A coleta de dados ocorreu por meio de Oficina de Trabalho Crítico-emancipatória. Os resultados destacaram que a *cyber violence* se manifestaram por meio de abusos digitais e comportamentos controladores entre adolescentes. Os profissionais reconheceram que essa violência afetava principalmente as meninas e viam na educação uma estratégia eficaz para o seu enfrentamento.

Fechando esta seção está a pesquisa **ANÁLISE DA QUALIDADE DOS DADOS DAS NOTIFICAÇÕES DOS ACIDENTES DE TRABALHO GRAVES TÍPICOS**

ENVOLVENDO AS MÃOS EM UMA CAPITAL DO SUL DO BRASIL. A equipe analisou a completude e oportunidade de notificação de Acidentes de Trabalho Graves típicos envolvendo as mãos em uma capital da Região Sul do Brasil. Os dados foram obtidos a partir das notificações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Como resultados, observou-se a classificação da completude como regular e ruim para algumas variáveis, o que comprometeu a eficácia do uso do SINAN no planejamento e gestão de ações em Saúde do Trabalhador. Quanto à oportunidade de notificação, apenas 21% dos casos atenderam o preconizado pela legislação. Portanto, o estudo revelou que é imprescindível melhorar a qualidade dos dados para que possam ser utilizados na definição de políticas públicas.

Na seção seguinte, são abordadas questões de saúde na gestação, sendo o primeiro capítulo **PRÁTICAS ALIMENTARES NA GRAVIDEZ: PERCEPÇÕES DAS GESTANTES ATENDIDAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE APUCARANA, PARANÁ, BRASIL.** Os (As) autores(as) analisaram as percepções alimentares de gestantes entre o 1º e 2º trimestre gestacional, durante o pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Apucarana. Estudo qualitativo, tipo exploratório, com entrevistas semiestruturadas, análise de conteúdo e fechamento amostral por saturação teórica. Participaram do estudo oito gestantes adultas, iniciando o pré-natal entre o primeiro e segundo trimestre gestacional. Os resultados revelaram evidências de que as práticas alimentares das gestantes possuíam diversas conotações e subjetividades, difundidas através da mistificação e cultura familiar, atreladas aos saberes populares e conhecimento empírico da alimentação.

Com o objetivo de analisar a percepção do ambiente alimentar por gestantes no pré-natal e sua associação com a insegurança alimentar, o manuscrito **PERCEPÇÕES DO AMBIENTE ALIMENTAR E INSEGURANÇA ALIMENTAR EM GESTANTES,** originalmente escrito em língua inglesa sob o título **PERCEIVED FOOD ENVIRONMENT AND FOOD INSECURITY IN PREGNANT WOMEN** apresentou um estudo transversal compreendendo a percepção por gestantes de Colombo (PR) quanto às características

do ambiente alimentar. A prevalência de insegurança alimentar foi de 40,3%. Preço (56,7%), qualidade (17,7%) e distância (12,4%) foram as principais dificuldades relatadas na compra de alimentos. Mulheres acima de 30 anos, de menor renda e com insegurança alimentar moderada/grave relatam com maior frequência o preço como a principal dificuldade na compra de alimentos. Aquelas com insegurança alimentar moderada ou grave relataram pior qualidade das carnes, frutas, verduras e legumes dos locais de compra.

Já o trabalho **INSUFICIÊNCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PRÉ-NATAL: FATORES ASSOCIADOS** avaliou as ações educativas desenvolvidas no pré-natal e fatores associados à sua insuficiência. Foi um estudo transversal, descritivo, de avaliação normativa, quantitativo, realizado em maternidade pública da região sul do país, de maio a setembro de 2019. Os achados revelaram que 11,4% participaram de grupo de gestante e 42,1% obtiveram insuficiência de orientações. As variáveis multiparidade, início tardio do pré-natal, gestação de risco habitual, não realização do exame preventivo, não participação em grupo de gestante e não ser praticante de religião foram associadas ao escore de insuficiência de orientações. Os(as) autores(as) pontuam que os resultados demonstram que havia uma falha nas ações educativas realizadas durante o pré-natal.

Para encerrar a obra, a última seção sobre temas emergentes em saúde coletiva, consiste primeiramente em um capítulo sobre o processo de tradução, adaptação e validação de um questionário, intitulado **TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO OCCUPATIONAL BALANCE-QUESTIONNAIRE (OB-QUEST)**. Trata-se de um instrumento útil para avaliação do equilíbrio ocupacional, que foi traduzido e adaptado culturalmente para o contexto brasileiro, avaliando-se suas propriedades psicométricas. A tradução foi elaborada por comitês formados pelos pesquisadores, professores habilitados em português-Brasil e tradutores independentes. Na validação, estabilidade e consistência interna do *OB-Quest traduzido* os(as) autores(as) utilizaram os testes Kappa e α -Cronbach. A avaliação psicométrica demonstrou que o *OB-Quest* possui boa estabilidade e satisfatória consistência interna ($\alpha=0,592$).

Sua versão final foi considerada adequada culturalmente e validada para a população.

O último capítulo, com foco no Sistema Único de Saúde (SUS) durante a pandemia, recebeu o título de **IMPACTO DA COVID-19 EM PACIENTES RENAI CRÔNICOS EM USO DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA – HEMODIÁLISE – EM UM ESTABELECIMENTO DE SAÚDE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**. Nele avaliou-se como a pandemia impactou indivíduos com doença renal crônica (DRC) em hemodiálise em uma clínica prestadora do SUS em Curitiba/PR, bem como os cuidados prestados pelas equipes da atenção primária à saúde (APS) e a adesão às vacinas. O estudo foi realizado com 120 pacientes; destes, 67,5% eram do sexo masculino e a faixa etária foi de 60 anos ou mais. A hipertensão foi a comorbidade mais prevalente (72%). Quase 16% tiveram COVID-19 com uma taxa de incidência de 1.583 casos/100 mil e taxa de mortalidade de 433 mortes/100 mil, sendo que 42,1% passaram por pelo menos um atendimento e 21% tiveram uma visita domiciliar. A cobertura vacinal foi de 66,3% na 1ª dose e 63,9% na 2ª dose. Nos reforços foi de 55,4% e 33,7%, respectivamente.

Por fim, as organizadoras e o organizador desta obra gostariam de expressar publicamente seu agradecimento ao Programa de Apoio à Pós-Graduação (PROAP) da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por meio do código 001, que viabilizou financeiramente esta produção. Acreditamos em uma ciência financiada pelo Estado, assim como um sistema público de saúde 100% universal e gratuito e uma educação pública de qualidade. E assim, para ampliar o acesso à obra, também disponibilizamos este livro eletrônico gratuitamente para nossos leitores e nossas leitoras. Desejamos uma excelente leitura!

Profª Drª Doroteia Aparecida Höfelmann

Profª Drª Karin Regina Luhm

Prof. Dr. Marcos Claudio Signorelli

Profª Drª Talita Gianello Gnoato Zotz

Profª Drª Yanna Dantas Rattmann

PREFACE

This collection of electronic books (e-books) in Public Health, titled “Collective Health: dialogues and pathways” and organized by the faculty of the Post-Graduation Program in Public Health (PPGSC) at the Federal University of Paraná (UFPR), is the result of a collaborative effort to share the results of studies and research in the field of Public Health. The PPGSC at UFPR is one of the newest post-graduation programs at UFPR, having started its first master’s class in 2015. This is the first initiative to produce a joint work, bringing together graduates, master’s students, professors, students from other courses, as well as workers in the field, researchers from other research groups, and other partner institutions working in the field of Public Health.

To bring this work to fruition, a group of permanent faculty members from PPGSC, consisting of Doroteia Aparecida Höfelmann, Karin Regina Luhm, Marcos Claudio Signorelli, Talita Gianello Gnoato Zotz, and Yanna Dantas Rattmann, came together to organize the e-book. Initially, we drafted a public call for submissions with publication criteria and guidelines, open to the possibility of manuscript submissions in Portuguese, English, or Spanish. The call was publicized on the PPGSC website and shared via e-mail with the networks of collaborators and program partners working in the field of Public Health. Following the public call, 29 chapters were received, which were initially evaluated by the organizing team for content, quality of writing, and relevance to the field. Subsequently, the chapters were sent to external peer reviewers, experts in the respective chapter’s themes, for blind evaluation. Most of the texts received feedback requiring adjustments to improve the quality of the manuscript, which were then returned to the authors along with the feedback. After revisions, the organizing committee of the e-books conducted a final review of the texts, which were then submitted for review by the Editorial Board of Nova Práxis Publisher and underwent proofreading and formatting review by the editorial technical team.

In this volume, there are fourteen chapters, one of which is in English, that have undergone this rigorous review and editing process. A positive highlight of this book is its regional context, with most chapters addressing public health issues related to the state of Paraná, the location

of the PPGSC. Therefore, these are dialogues along regional pathways of Collective/Public Health, highlighting the production of knowledge focused on local issues. The work is organized into the following sections: **(I) PUBLIC HEALTH AND POPULATIONS IN VULNERABLE SITUATIONS; (II) PUBLIC HEALTH AND MORBIDITY AND MORTALITY DUE TO EXTERNAL CAUSES: ACCIDENTS AND VIOLENCE; (III) HEALTHCARE DURING PREGNANCY; and (IV) EMERGING TOPICS IN PUBLIC HEALTH.**

Opening the first section on populations in vulnerable situations is Chapter **FACTORS ASSOCIATED WITH THE OUTCOME OF TUBERCULOSIS TREATMENT IN HIV-COINFECTED PATIENTS**, an analytical cohort study conducted with new cases of individuals with tuberculosis (TB) and HIV coinfection. The findings showed a predominance of males (233, 70.8%) and low educational attainment (182, 55.3%). Risk factors associated with treatment abandonment included age between 18 and 39 years, low educational attainment, and non-compliance with directly observed treatment. The mortality outcome was significantly associated with non-use of antiretroviral therapy (ART), CD4 cell count ≤ 200 cells/mm³ at the end of TB treatment, and notification of cases by hospitals and emergency services. In conclusion, the chapter reveals that earlier diagnosis of TB and initiation of ART treatment increase the chances of survival.

Continuing with the theme of vulnerable populations, Chapter **CHARACTERIZING THE INVISIBLE: DEMOGRAPHIC, SOCIOECONOMIC, AND PSYCHOSOCIAL PROFILE OF THE HOMELESS POPULATION IN THE CITY OF CURITIBA, PARANÁ**, presented the demographic, socioeconomic, and psychosocial profile of individuals experiencing homelessness who took part in activities organized by the NGO “Médicos de Rua” in the city of Curitiba, Paraná, Brazil. This is an observational, cross-sectional study based on secondary data from the NGO’s digital database, including individuals who voluntarily sought care in public squares in 2019. The study assessed 710 individuals aged 18 to 84, with the majority being male (87.3%). More than 90% of these individuals were literate, with 53.4% having been homeless for less than a year, and 73.5% being homeless alone. Another interesting finding was that the main source of income for these individuals was informal employment.

As for Chapter **CHALLENGES AND POSSIBILITIES OF THE NATIONAL POLICY ON COMPREHENSIVE HEALTH OF LESBIANS, GAYS, BISEXUALS, TRAVESTIS AND TRANSSEXUALS (PNSI LGBT) IN PARANÁ: A QUALITATIVE STUDY**, addressed the challenges and possibilities of implementing the National Comprehensive Health Policy (PNSI) of LGBT people in Paraná. A qualitative study was carried out, through in-depth semi-structured interviews, conducted between August and October 2018. 3 managers and 5 professionals from the Unified Health System (SUS) of the Health Department of the State of Paraná, responsible for implementing politics. After the recordings were transcribed and coded, the content was subjected to thematic analysis. Two analysis perspectives were defined: challenges or barriers; and possibilities and advances related to PNSILGBT. It was concluded that, despite persistence, there are difficulties in implementing the policy.

In the following chapter, titled **ECHOES IN THE SYSTEM: HOW DO WE DEAL WITH THE MENTAL HEALTH DEMANDS OF ADOLESCENTS DEPRIVED OF FREEDOM**, the authors analyzed the management and conduct of workers in Socio-Educational Centers in the state of Paraná related to the mental health demands of incarcerated adolescents. They employed a descriptive qualitative analysis with a hermeneutic approach to narratives and the focus group technique for data collection. They found that in larger units, the physical infrastructure and the shortage of professionals are some of the factors that contribute to mental health crises. The echoes produced are often filled with medications that alleviate suffering and numb pain but do not solve the underlying issues, which makes workable interventions unattainable.

The next chapter aimed to investigate the profile of the population receiving antiretroviral treatment in the municipality of Piraquara, Paraná, with the title **SOCIO-DEMOGRAPHIC AND PHARMACOEPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PEOPLE UNDERGOING ANTIRETROVIRAL THERAPY IN A MUNICIPALITY IN THE METROPOLITAN REGION OF CURITIBA, PARANÁ**. For this purpose, the authors conducted an observational, descriptive, cross-sectional study using secondary data. They found 487 people with HIV in that area, of which 78 had not yet initiated treatment. Among these, 23 had severe immunodeficiency. Of the 409 individuals in treatment, 93%

achieved viral suppression, but 19% had abandoned therapy. The findings suggested the need to promptly refer individuals diagnosed with HIV for treatment to prevent therapy abandonment and the consequent risk of HIV progressing to AIDS.

To conclude the first section, in Chapter **PSYCHODRUGS AND ADOLESCENTS DEPRIVED OF FREEDOM IN THE CONTEXT OF SOCIOEDUCATION IN PARANÁ, BRAZIL** had as its field of study the institutions in Paraná responsible for the socioeducation of adolescents in conflict with the law, called Socioeducation Centers (CENSE). Evidence that deprivation of liberty sanctions produced medicalization decisions was considered. In this work, the authors attempted to understand the impacts of this action on the mental health of this population, through analysis of secondary data from 7 CENSES visited in 2018. It was found that the prevalence of psychotropic use was 42%, with the majority (51.1%) did not have any information about diagnosis. It was concluded that there should be a permanent assessment of the risks and benefits of psychotropic drugs, recommending individualized assistance.

The second section, focusing on external causes of morbidity and mortality, begins with manuscript **PHYSIOTHERAPY AND URBAN VIOLENCE: APPROACHES AND CHALLENGES OF A SPECIALIZED REHABILITATION CENTER IN PARANÁ**. This manuscript describes the profile of violence victims and the physiotherapy treatment provided at a Class III Specialized Rehabilitation Center (CER III) in the city of Curitiba, Paraná. A documentary analysis study was conducted using secondary data from 3,532 patient records admitted to the service between 2013 and 2017. The results highlighted that functional dependence was the reality for many young patients who have experienced urban violence in Paraná. The study sheds light on a little-discussed issue in the field of physiotherapy and public health, which was the physical consequences of violence, including disabilities and the process of functional rehabilitation.

Another work on the theme of violence is titled **PERCEPTIONS OF HEALTHCARE PROFESSIONALS AND THE THIRD SECTOR ON CYBER VIOLENCE AMONG ADOLESCENT INTIMATE PARTNERS**. This exploratory and descriptive study aimed to identify and analyze the perceptions of health and third sector professionals about cyber violence between adolescent intimate partners. It was carried out in Primary Health Care services and Third Sector institutions, in Curitiba and São Paulo, Brazil. Data collection took place through a Critical-E-mancipatory Work Workshop. The results highlighted that cyber violence manifested itself through digital abuse and controlling behaviors among adolescents. Professionals recognized that this violence mainly affected girls and saw education as an effective strategy to combat it.

Closing this section is research **ANALYSIS OF THE QUALITY OF DATA ON NOTIFICATIONS OF SEVERE OCCUPATIONAL HAND INJURIES IN A SOUTHERN BRAZILIAN STATE CAPITAL**. The team analyzed the completeness and timeliness of notifications of severe occupational hand injuries in a capital city in the Southern region of Brazil. The data were obtained from notifications in the Information System for Notifiable Diseases (SINAN). The results showed that the completeness of data was rated as regular and poor for some variables, compromising the effectiveness of SINAN in planning and managing Occupational Health actions. Regarding the timeliness of notification, only 21% of cases met the recommended legal standards. Therefore, the study reveals the need to improve data quality to make them useful for shaping public policies.

In the following section, issues related to the healthcare during pregnancy are addressed, with the first chapter being **DIETARY PRACTICES DURING PREGNANCY: PERCEPTIONS OF PREGNANT WOMEN ATTENDING A BASIC HEALTH UNIT IN APUCARANA, PARANÁ, BRAZIL**. The authors have analyzed the dietary perceptions of pregnant women in their first and second trimesters during prenatal care at a Basic Health Unit (UBS) in the municipality of Apucarana, State of Paraná. This was a qualitative exploratory study using semi-structured interviews, content analysis, and sampling closure through theoretical saturation. Eight adult pregnant women who began prenatal care between the first and second trimesters participated in the study.

The results revealed evidence that the dietary practices of pregnant women have various connotations and subjectivities, influenced by family culture, popular knowledge, and empirical understanding of food.

With the aim of analyzing pregnant women's perceptions of the food environment during prenatal care and its association with food insecurity, manuscript **PERCEIVED FOOD ENVIRONMENT AND FOOD INSECURITY IN PREGNANT WOMEN** presents a cross-sectional study encompassing the beliefs of pregnant women in Colombo (PR) about the characteristics of the food environment. The prevalence of food insecurity was 40.3%. Price (56.7%), quality (17.7%), and distance (12.4%) were the main difficulties reported when buying food. Women over 30 years of age, with lower income, and experiencing moderate/severe food insecurity more often cited price as the main difficulty in purchasing food. Those with moderate or severe food insecurity reported poorer quality of meat, fruits, vegetables, and legumes from the places they shopped.

On the other hand, manuscript **INSUFFICIENCY OF HEALTH EDUCATION DURING PRENATAL CARE: ASSOCIATED FACTORS** evaluated the educational actions conducted during prenatal care and factors associated with their insufficiency. It was a cross-sectional, descriptive, normative evaluation, quantitative study conducted in a public maternity hospital in the southern region of the country, from May to September 2019. The findings revealed that 11.4% of participants attended prenatal groups, and 42.1% received insufficient guidance. Variables such as multiparity, late initiation of prenatal care, low-risk pregnancy, non-performance of preventive exams, non-participation in prenatal groups, and not practicing a religion were associated with a higher score of guidance insufficiency. The authors emphasize that the results show a deficiency in educational actions during prenatal care.

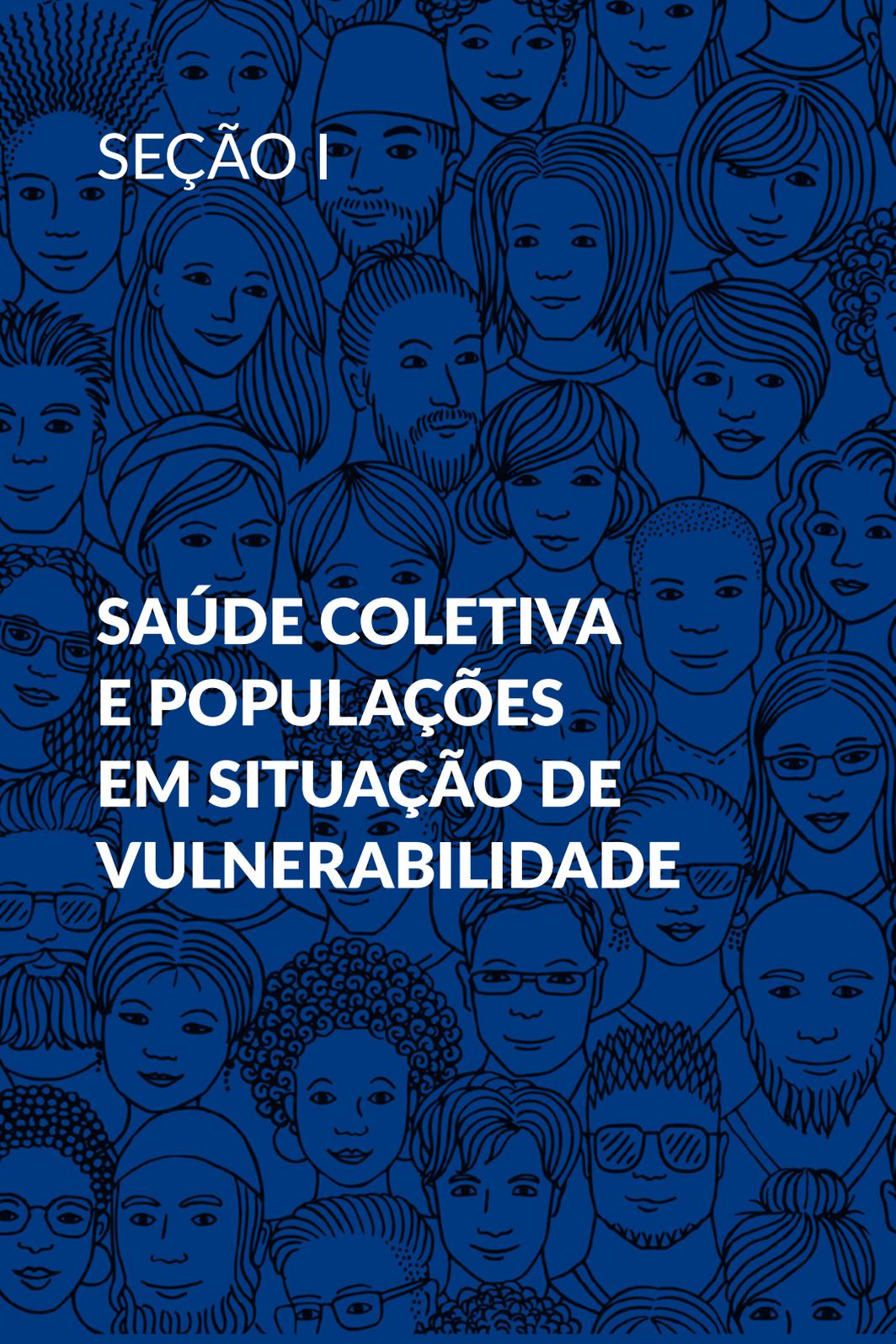
To conclude the e-book, the last section on emerging topics in public health begins with a chapter on the translation, adaptation, and validation process of a questionnaire titled **TRANSLATION, ADAPTATION, AND VALIDATION OF THE OCCUPATIONAL BALANCE-QUESTIONNAIRE (OB-QUEST)**. This is a useful instrument for assessing occupational balance, which was translated and culturally adapted for the Brazilian context, with its psychometric properties evaluated.

The translation was developed by committees composed of researchers, qualified Portuguese-Brazil teachers, and independent translators. In the validation process, stability and internal consistency of the translated OB-Quest, the authors used Kappa and α -Cronbach tests. The psychometric evaluation proved that the OB-Quest has good stability and satisfactory internal consistency ($\alpha=0.592$). Its final version was considered culturally appropriate and validated for the population.

The last chapter, focusing on the Unified Health System (SUS) during the pandemic, is titled **IMPACT OF COVID-19 ON CHRONIC RENAL PATIENTS UNDERGOING RENAL REPLACEMENT THERAPY - HEMODIALYSIS - IN A SINGLE HEALTH SYSTEM ESTABLISHMENT**. In this chapter, the impact of the pandemic on individuals with chronic kidney disease (CKD) undergoing hemodialysis at a SUS healthcare facility in Curitiba/Paraná was evaluated, as well as the care provided by primary health care (PHC) teams and vaccination adherence. The study included 120 patients; of these, 67.5% were male, and the age group was 60 years or older. Hypertension was the most prevalent comorbidity (72%). Nearly 16% had COVID-19 with an incidence rate of 1,583 cases/10,000 and a mortality rate of 433 deaths/100,000, with 42.1% receiving at least one medical appointment and 21% having a home visit. Vaccination coverage was 66.3% for the first dose and 63.9% for the second dose, while for booster shots, it was 55.4% and 33.7%, respectively.

Finally, the editors of this book would like to publicly express their gratitude to the Graduate Support Program (PROAP) of the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel (CAPES), through code 001, which financially supported this production. We believe in science funded by the State, as well as a 100% universal and free public healthcare system and quality public education. To further expand access to the content, we have also made this e-book freely available to our readers. We wish you an excellent reading experience!

Prof. Dr Doroteia Höfelmann
Prof. Dr. Karin Regina Luhm
Prof. Dr. Marcos Claudio Signorelli
Prof. Dr. Talita Gianello Gnoato Zotz
Prof. Dr. Yanna Dantas Rattmann

The background of the entire page is a dense, overlapping crowd of human faces. Each face is drawn with simple white lines on a solid blue background. The faces vary in age, gender, and ethnicity, representing a diverse population. Some faces are more prominent than others, creating a sense of depth and movement. The overall effect is a textured, human-centric pattern.

SEÇÃO I

**SAÚDE COLETIVA
E POPULAÇÕES
EM SITUAÇÃO DE
VULNERABILIDADE**

CAPÍTULO 1

FATORES ASSOCIADOS AO DESFECHO DO TRATAMENTO PARA TUBERCULOSE EM PACIENTES COINFECTADOS COM HIV

**Merari Gomes de Souza, Karin Regina Luhm,
Cléia Elisa Lopes Ribeiro, Daniele Akemi Arita,
Herberto José Chong Neto**

Introdução

A tuberculose (TB) é uma doença de notificação compulsória no Brasil, associada aos determinantes e condicionantes sociais da saúde, prevalece em situações de pobreza e de iniquidade social, é um desafio de saúde pública ainda a ser vencido. Mesmo com todos os progressos e ações para o seu controle e melhoria no acesso ao tratamento e aos medicamentos, as populações mais vulneráveis, constituem um grupo de maior risco para o adoecimento (Silva *et al.*, 2014; Brasil, 2017). O surgimento da epidemia do HIV/Aids e sua disseminação para países endêmicos para a TB favoreceu o aumento da incidência da tuberculose, em especial da TB pulmonar com baciloscopia negativa e das formas extrapulmonares, (Rabahi *et al.* 2017; Brasil, 2019). As formas de TB extrapulmonares são pleural (mais frequente), ganglionar periférica (mais comum nas pessoas vivendo com HIV (PVHIV), linfonodal, intestinal, óssea, genituri-nária, pericárdica e a meningoencefálica, sendo está a manifestação mais grave da doença (Brasil, 2019).

A TB é transmitida pelo *Mycobacterium tuberculosis*, e a forma pulmonar é a mais comum, e a principal porta de entrada dos casos, bem como é a responsável pela manutenção da cadeia de transmissão da doença principalmente os casos bacilíferos (exames de baciloscopia, de cultura; de teste rápido molecular da tuberculose com resultados positivos no escarro). A transmissão da doença ocorre por via aérea, por dispersão de aerossóis expelidos pela fala, tosse ou espirro do caso fonte, ou seja, pessoas com diagnóstico confirmado de TB laríngea ou pulmonar. As partículas e gotículas eliminadas podem ficar suspensas no ar por longos períodos e são capazes de alcançar os alvéolos, podem se multiplicar e originar a chamada de primo-infecção (Brasil, 2019), além disso, o risco de transmissão persiste pelo período que o paciente eliminar bacilos no escarro. Nos casos de TB extrapulmonar e pessoas com cultura de escarro negativa não ocorre a transmissão e são destituídos de contaminação (Brasil, 2019).

Estima-se que um quarto da população esteja infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, sendo que 10% das pessoas que foram infectadas adoecem, 5% nos dois primeiros anos que ocorreu a

infecção e 5% ao longo da vida, caso não recebam o tratamento preventivo preconizado, sendo que o risco de adoecimento por TB pode persistir por toda a vida. Nos eventos de infecção latente pelo *M. tuberculosis* (ILTB) os bacilos podem permanecer latentes por muitos anos até que ocorra a sua reativação, sendo que o risco de evolução para a TB ativa após infecção pelo *M. Tuberculosis* e o adoecimento está intimamente associado a aspectos endógenos e imunológicos. Existem alguns grupos populacionais com maior suscetibilidade de apresentar a doença, sendo que o maior risco de adoecimento para a TB refere-se à infecção pelo HIV (Brasil, 2019; Brasil, 2017).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) 42 milhões de pessoas estavam infectadas pelo HIV/Aids em 2015, e majoritariamente encontravam-se na África subsaariana e na Ásia. Além do mais, foram as regiões que concentraram a maioria de indivíduos portadores da coinfeção TB/HIV do planeta, sendo prevalência de 3,8 milhões de casos na África subsaariana e de 1,15 milhão na Ásia em 2015. No Brasil, dados de 2015 apontam uma prevalência de 9,7% de coinfeção TB/HIV entre casos novos de TB com testagem para HIV, destacando-se a Região Sul que apresentou a maior taxa de coinfeção (17,3%). Comparando estes dados com as capitais brasileiras observou-se que Porto Alegre (25,2%), Curitiba (21,5%) e Florianópolis (21,2%) são as capitais com as maiores proporções de coinfeção (Brasil, 2016).

Indivíduos com HIV/Aids apresentam um risco 28 vezes maior de desenvolver tuberculose ativa nos primeiros dois anos pós exposição, e o diagnóstico precoce do HIV permite o início da terapia antirretroviral (TARV) em tempo oportuno o que pontencializa o papel da intervenção preventiva, bem como o tratamento para infecção latente nas situações indicadas (Brasil, 2019; Brasil, 2017). O Brasil encontra-se entre os 30 países de alta carga para TB e TB-HIV prioritários para o controle da doença no planeta segundo a OMS (Brasil, 2019), refletir sobre a importância do diagnóstico precoce da TB e o uso regular da TARV por pacientes coinfectados com TB/HIV e seu impacto como fatores prognósticos foi um tema de grande relevância, considerando que a TB é uma doença que pode ser prevenida e curada. Portanto, neste contexto, o estudo teve

como objetivo verificar a associação entre características sociodemográficas e clínico-epidemiológicas com o desfecho do tratamento da TB (cura, abandono e óbito) entre os casos novos com coinfeção HIV no município de Curitiba.

Método

Estudo epidemiológico analítico, de coorte e abordagem quantitativa. A população avaliada consistiu dos casos novos de TB com diagnóstico de coinfeção TB/HIV residentes em Curitiba, notificados nos anos de 2011-2015.

Os dados foram obtidos através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan/TB) da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná e a coleta ocorreu no período de fevereiro a julho de 2017. A identificação dos casos e as informações complementares foram definidas a partir da ficha de notificação e investigação de tuberculose. Também foram obtidas informações da ficha de notificação de HIV/Aids. Para complementação dos dados da pesquisa foi elaborado um formulário específico para coleta de dados no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL) e no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLON), com consulta caso a caso do resultado de exames contagem de linfócitos CD4+ e carga viral no SISCEL e relativa ao uso da TARV no SICLON. Os dados foram organizados em planilhas, qualificados e codificados, utilizando o programa *Microsoft Excel®*.

As variáveis de desfecho foram construídas a partir da situação de encerramento ao final do acompanhamento do caso de TB (cura, abandono ou óbito) sendo definidos para as análises bivariadas e multivariadas dois desfechos: óbito (sim; não); abandono (abandono; cura).

As variáveis de exposição utilizadas para este estudo foram sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, ocupação e raça/cor) e clínico-epidemiológicas (forma clínica da TB, uso da terapia antirretroviral, unidade de notificação do caso, intervalo de tempo entre diagnóstico de HIV e TB, resposta imunológica ao fim do tratamento da TB, uso da terapia antirretroviral durante o

tratamento da TB, realização de tratamento diretamente observado (TDO) e categoria de exposição ao HIV/Aids). A notificação por UPA ou hospital foram agrupadas em uma categoria considerada indicativo de diagnóstico tardio e a notificação por UBS, clínicas e ambulatórios como indicativa de diagnóstico precoce.

A data do diagnóstico de Aids foi definida a partir de registro mais antigo do CD4 menor ou igual a 350 cel/mm^3 . Na ausência de exame CD4 registrado foi utilizado como data do diagnóstico de Aids o início da TARV, sendo que este critério foi utilizado somente até 2013, pois antes desta data o tratamento era indicado somente nas situações em que o paciente apresentava valores de CD4 menor ou igual a 350 cél/mm^3 .

A realização do tratamento do HIV/Aids foi definida a partir dos registros de retirada dos antirretrovirais no SICLOM. Foi definido como tratamento irregular o intervalo de retirada superior ou igual a três meses e abandono quando houve interrupção num período superior ou igual a de três meses sem retorno da retirada de medicamentos. Esse critério foi adotado considerando a logística para retirada de medicamento no qual o paciente pode levar um quantitativo de fármacos para uso por três meses. As informações descritas são relativas à dispensação da TARV pelos serviços no período de tratamento da TB, não sendo possível aferir efetivamente se a medicação foi ingerida adequadamente pelo paciente.

Realizado pareamento entre os bancos de dados de TB e de HIV/Aids e Aids Web para identificar categoria de exposição ao HIV/Aids, melhorar a completude do campo escolaridade, e cruzamento manual dos dados entre os sistemas SINAN e Sistema de Informação de Tratamento Especiais da Tuberculose (SITETB) para elencar os casos com identificação no campo encerramento por mudança de esquema ou TB droga resistente. Quando informações referentes à evolução do caso estavam em branco ou com dados inconsistentes foi realizada busca ativa no prontuário eletrônico do município e para os casos não localizados as fichas foram encaminhadas aos distritos sanitários para atualização e correção. As que não retornaram em tempo hábil, considerando o período da pesquisa, foram excluídas da amostra.

Considerou-se como caso novo de tuberculose todo paciente apresentando quadro compatível com TB por confirmação clínico-epidemiológica e por confirmação laboratorial através do isolamento de *Mycobacterium tuberculosis* (baciloscopia e/ou cultura ou teste rápido molecular) (Brasil, 2019).

Foram incluídos casos novos notificados no Sinan/TB com diagnóstico de coinfeção TB/HIV nos anos de 2011 a 2015, residentes em Curitiba, incluindo pacientes em casa de custódia e/ou delegacias onde o campo município de residência constava Curitiba. Excluídos casos com diagnóstico de coinfeção TB/HIV somente na ficha de notificação de TB, sem registro nos outros sistemas oficiais utilizados (SINAN Aids, SISCEL, SICLOM e prontuário eletrônico de Curitiba), duplicidade de registros, casos em que o encerramento por cura registrado na ficha constava data com intervalo menor que seis meses em relação ao início do tratamento, conforme preconizado pelo manual de recomendações de controle da tuberculose no Brasil (Brasil, 2019).

Para a análise estatística dos dados, utilizou-se o software Epi-Info versão 7.2. Estimadas as frequências absolutas e relativas das variáveis elencadas no estudo e as medidas de associação. Na avaliação da associação entre as variáveis de exposição e os desfechos foi calculado o Odds Ratio (OR), e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%). Os testes do “qui-quadrado” e exato de Fisher foram utilizados para verificar se as frequências observadas diferiam significativamente. Modelos de regressão logística foram utilizados para identificar os fatores independentes associados ao abandono e ao óbito. As variáveis que compuseram os modelos multivariados foram selecionadas a partir da análise bivariada das associações estatísticas com nível de significância menor ou igual a 0,20 ($p \leq 0,20$), permanecendo, no modelo final, apenas as variáveis com nível de significância estatística menor ou igual a 0,05 ($p \leq 0,05$).

Trata-se de um recorte de pesquisa de dissertação de mestrado e o projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Paraná, CAAE nº 62123616.2.0000.0102, e aprovado sob o parecer de nº 1.897.753.

Resultados

A amostra inicial foi de 378 pacientes. A partir da qualificação dos dados 49 fichas foram excluídas, sendo que quatro fichas por duplicidade de registro, 26 transferidos para outros municípios, 10 com data de encerramento inferior a seis meses, 7 sem diagnóstico de HIV/Aids, um caso que continuava em tratamento e um caso não encontrado no SITETB. A amostra final foi de 329 casos.

Ao avaliar a variável escolaridade observou-se que 110 casos (33,4%) apresentavam informação não preenchida. Após o pareamento entre os bancos TB, HIV/Aids e Aids web a proporção de escolaridade ignorada reduziu para 13,4% (44 casos).

A maioria dos pacientes foi do gênero masculino, a idade média foi de 39 anos \pm 9,65 anos, sendo a faixa etária mais prevalente a de 30 a 39 anos. Observou-se tendência decrescente da proporção de abandono conforme faixa etária com maior proporção de abandono nos menores de 29 anos. A maior parte dos pacientes estudou até o ensino fundamental e a proporção de cura foi maior nos indivíduos com maior escolaridade chegando a 85,7% naqueles com 12 anos ou mais de estudo, indivíduos com baixa escolaridade apresentaram maior letalidade. Houve predomínio na cor branca, contudo, pacientes preto-pardos apresentaram maiores proporções de abandono. Quanto à forma clínica da TB, a mais comum encontrada no estudo foi a pulmonar 172 (52,2%). A modalidade de TDO foi adotada pela maioria dos pacientes 227 (69,0%) e a proporção cura foi superior nesse grupo (63,5%). Observou-se percentual elevado de abandono (23,9%) nos indivíduos que não realizaram o TDO. Ao avaliar o tempo entre o diagnóstico do HIV e o diagnóstico da TB, observou-se que para 40,0% dos casos o diagnóstico dos dois agravos foi feito concomitante ou num intervalo inferior a três meses. Ao analisar a categoria de exposição ao HIV, o grupo heterossexual foi o mais frequente, sendo que a proporção de óbitos foi maior nos casos de transmissão vertical e nos usuários de droga injetável (UDI). Para 90 casos (27,3%) a categoria de exposição estava com o campo ignorado/branco, sendo observada alta proporção de óbitos (32,2%) neste grupo. A proporção de abandono foi semelhante entre homossexuais/bissexuais e heterossexuais. As notificações

em serviço hospitalar ou pronto atendimento representaram 59,9% dos casos e a letalidade neste grupo foi elevada. Os pacientes com contagem de células T CD4 ≤ 200 células/mm³ e indivíduos que não usaram TARV também apresentaram maior letalidade (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das variáveis sociodemográficas e clínicoepidemiológicas dos pacientes com coinfeção TB/HIV segundo desfecho do tratamento para tuberculose. Curitiba/PR, 2011-2015

Variáveis	Cura n (%)	Abandono n (%)	Óbito n (%)	Total n (%)
Gênero				
Masculino	145 (62,2)	36 (15,4)	52 (22,3)	233 (70,8)
Feminino	55 (57,3)	18 (18,7)	23 (24)	96 (29,2)
Idade (anos)				
≤ 29	33 (53,2)	18 (29,3)	11 (17,7)	62 (18,8)
30 – 39	82 (62,6)	24 (18,2)	25 (19,1)	131 (39,9)
40 – 49	55 (62,5)	8(9,1)	25 (28,4)	88 (26,7)
50 – 59	26 (65,0)	4 (10,0)	10 (25,0)	40 (12,2)
≥ 60	4 (50,0)	0 (0,0)	4 (50,0)	08 (2,4)
Escolaridade (anos de estudos)				
Analfabeto/até 4 anos	30(55,5)	9 (16,7)	15(27,8)	54 (16,4)
5 a 8 anos	73 (57,0)	27 (21,1)	28 (21,9)	128 (38,9)
9 a 12 anos	45 (66,2)	08 (11,7)	15 (22,1)	68 (20,7)
Acima de 12 anos	30 (85,7)	04 (11,4)	01(2,9)	35 (10,6)
Ignorado/Branco	22 (50,0)	06 (13,6)	16 (36,4)	44 (13,4)
Raça/cor				
Branca/amarela	143(65,0)	29 (13,2)	48 (21,8)	220 (66,9)
Preta/parda	51 (55,4)	21 (22,83)	20 (21,74)	92 (27,9)
Ign/Branco	06 (35,3)	04 (23,5)	07 (41,2)	17 (5,2)
Forma clínica				
Pulmonar	103 (59,9)	29 (16,8)	40 (23,3)	172 (52,3)
Extrapulmonar	78 (63,9)	19 (15,6)	25 (20,5)	122 (37,1)
Mista	19 (54,3)	06 (17,1)	10 (28,6)	35 (10,6)
TDO				

SAÚDE COLETIVA: DIÁLOGOS E CAMINHOS

Sim	144 (63,5)	28 (12,3)	55 (24,2)	227 (69,0)
Não	54 (56,3)	23 (23,9)	19 (19,8)	96 (29,2)
Ign/Branco	02 (33,3)	03 (50,0)	01 (16,7)	06 (1,8)
Intervalo de tempo entre diagnóstico de HIV e TB				
Concomitante ou até três meses antes da TB	79 (59,8)	17 (12,8)	36 (27,4)	132 (40,2)
Três meses ou mais anterior a TB	121 (61,4)	37 (18,8)	39 (19,8)	197 (59,8)
Categoria de exposição ao HIV				
Homossexual/Bissexual	46 (73,0)	11 (17,5)	06 (9,5)	63 (19,1)
Heterossexual	97 (62,2)	28 (17,9)	31 (19,9)	156 (47,4)
Usuário de drogas injetáveis	8(50,0)	01 (4,8)	07 (43,8)	16 (4,9)
Transmissão Vertical	2 (50,0)	00(0,0)	02 (50,0)	04 (1,2)
Ignorado/Branco	47 (52,2)	14 (15,6)	29 (32,2)	90 (27,4)
Uso do TARV durante o tratamento da TB				
Usou a TARV	172 (68,3)	45 (17,8)	35 (13,9)	252 (76,6)
Não usou a TARV	28 (36,4)	9 (11,7)	40 (51,9)	77 (23,4)
Unidade de Notificação				
Hospital/serviço de pronto atendimento	100 (50,8)	32 (16,2)	65 (33,0)	197 (59,9)
UBS/clínicas/ambulatório	100 (75,7)	22 (16,7)	10 (7,6)	132 (40,1)
Resposta Imunológica (Fim do tratamento TB)				
CD4 \leq 200 cel/mm ³	58 (51,3)	15 (13,3)	40 (35,4)	113 (34,3)
CD4 $>$ 200 cel/mm ³	117 (72,7)	30 (18,6)	14 (8,7)	161 (49)
Ignorado/Branco	25 (45,5)	09(16,4)	21(38,2)	55 (16,7)
Total	200 (60,8)	54 (16,4)	75 (22,8)	329 (100,0)

Fonte: O autor (2018)/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Controle e Logística dos Exames Laboratoriais de HIV/ Aids (SISCEL) e Sistema de Controle e Logística de Medicamentos (SICLOM).

Ao avaliar os fatores de risco associados ao abandono na análise bivariada (Tabela 2), observou-se maior chance de abandonar o tratamento indivíduos com idade entre 18 a 39 quando comparados aos com 40 anos ou mais, baixa escolaridade, cor preto-parda e a não realização do TDO.

Na análise bivariada associada ao desfecho mortalidade (Tabela 2) os fatores que apresentaram significância estatística

mostrando associação positiva com mortalidade foram não receber TARV, notificação por hospital ou serviço de pronto atendimento, $CD4 \leq 200$ cel/mm³, ser UDI e baixa escolaridade. Indivíduos na categoria de exposição homossexual/bissexual apresentaram menor risco de mortalidade quando comparados com a categoria heterossexual com intervalo de confiança e valor de p muito próximos da significância estatística.

No modelo ajustado final para abandono do tratamento (Tabela 2), observou-se que apresentaram associação positiva a baixa escolaridade, não realizar o TDO e ser adulto jovem. Na análise multivariada para o desfecho mortalidade (Tabela 2), o modelo ajustado mostrou associação estatisticamente significativa entre o não uso do TARV durante o tratamento da TB, notificação por hospital ou serviço de pronto atendimento e $CD4$ com valores ≤ 200 cel/mm³ ao final do tratamento da TB.

Tabela 2 - Análise bruta e ajustada dos fatores associados ao abandono e mortalidade dos pacientes coinfectados TB/HIV. Curitiba/PR, 2011-2015

Fatores	Abandono				Mortalidade			
	Odds Ratio bruta* (95% IC**)	Valor de P	Odds Ratio ajustada* (95% IC**)	Valor de P	Odds Ratio* (95% IC**)	Valor de P	Odds Ratio ajustada* (95% IC**)	Valor de P
Idade								
18 a 39 anos	2,58 (1,30-5,38)	0,006	3,55 (1,52-8,29)	0,003	1			
40 anos e +	1				1,46 (0,86-2,50)	0,159		
Gênero								
Masculino	0,76 (0,40-1,47)	0,401			0,86 (0,48-1,55)	0,605		
Feminino	1				1			
Escolaridade								
Até fundamental	2,35 (1,14-5,11)	0,020	3,34 (1,43-7,81)	0,005	1,93 (1,02-3,77)	0,004		

SAÚDE COLETIVA: DIÁLOGOS E CAMINHOS

Ensino médio e superior	1			1			
Raça/Cor							
Preta/Parda	2,02 (1,05-3,87)	0,030		1,17 (0,62-2,14)	0,619		
Branca/Amarela	1			1			
Apresentação Clínica							
Extrapulmonar ou mista	0,85 (0,45-1,59)	0,609		0,78 (0,44-1,36)	0,388		
Pulmonar	1			1			
Notificação por hospital ou serviço de pronto atendimento							
Sim	1,45 (0,79-2,70)	0,228		6,46 (3,22-13,94)	<0,001	8,60 (2,34-31,59)	0,001
Não	1			1			
Tratamento diretamente observado da TB (TDO)							
Não	2,18 (1,15-4,13)	0,014	2,45 (1,15-5,23)	0,92 (0,50-1,69)	0,792		0,02
Sim	1			1			
Uso do TARV durante o tratamento da TB							
Não usou TARV	1,23 (0,52-2,74)	0,623		6,96 (3,81-12,87)	<0,001	10,27 (3,01-35,04)	<0,001
Usou TARV	1			1			
Diagnóstico de HIV concomitante ou até 3 meses antes da TB							
Sim	0,70 (0,36-1,33)	0,282		1,41 (0,82-2,42)	0,204		
Não	1			1			
Resposta Imunológica (Fim do tratamento TB)							
CD4 ≤ 200 cel/mm ³	1,01 (0,49-2,01)	0,981		5,72 (2,91-11,65)	<0,001	7,08 (2,33-21,52)	<0,001
CD4 >200 cel/mm ³	1			1			
Categoria de exposição ao HIV/Aids ****							
Usuário de Droga Injetável	0,44 (0,02-2,89)	0,683***		2,72 (0,87-8,33)	0,064		

Homossexual/ Bissexual	0,83 (0,37-1,79)	0, 637**	0,41 (0,15-1,02)	0,057
Heterossexual	1		1	

Fonte de dados: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Controle e Logística dos Exames Laboratoriais de HIV/Aids (SISCEL) e Sistema de Controle e Logística de Medicamentos (SICLOM).

*Odds Ratio(OR), ou razão de chances. **Intervalo de Confiança (IC). ***Teste Fisher. **** Não foi incluído na análise 2 indivíduos (transmissão vertical).

Fonte: O autor, 2018.

Discussão

Este estudo traz informações relativas à coinfeção TB/HIV no município de Curitiba, incluindo características clínicas e epidemiológicas de pacientes coinfectados com TB/HIV. Houve um percentual elevado de abandono e altas taxas de letalidade entre os doentes estudados. Possivelmente, a taxa de cura encontrada na pesquisa reflete a gravidade própria da coinfeção. O diagnóstico precoce da TB e o início de seu tratamento em PVHA interrompem a evolução da doença, o que favorece melhora do estado clínico e gera repercussões positivas no prognóstico (Brasil, 2019).

Quanto ao perfil sociodemográfico dos indivíduos acometidos pela infecção TB/HIV a maioria dos indivíduos acometidos pela doença era do gênero masculino em idade economicamente produtiva e de baixa escolaridade, o que corrobora a outros estudos (Neto *et al.*, 2012; Silva *et al.*, 2013; Sá *et al.*, 2017; Furlan *et al.*, 2012; Prado *et al.*, 2011). A maioria dos homens buscam por atendimento nos serviços de saúde em situações agudas e precedidos de sintomatologia (64,0%). Já as mulheres, em contrapartida, prezam pelo cuidado preventivo, com busca pelos serviços de Atenção Primária à Saúde, perfazendo uma taxa de 40,3%, para 28,4% dos homens (Teixeira, 2016). O perfil sinaliza uma lacuna na implementação da atenção primária integral e absoluta, e a necessidade do fortalecimento das ações de promoção da saúde com enfoque na saúde do homem, visando à redução da desigualdade no cuidado ofertado.

Na análise ajustada dos preditores associados ao abandono, os indivíduos com idade entre 18 a 39 anos apresentaram maior risco

de abandonar o tratamento. Estudos apontam que os homens, em especial os mais jovens na fase de produtividade, apresentam menor adesão ao tratamento (Sá *et al.*, 2017; Ferreira, 2005).

O predomínio de coinfectados na faixa etária economicamente ativa está de acordo com outros estudos realizados em cidades brasileiras (Sá *et al.*, 2017; Heck, 2011), podendo estar associado aos hábitos de vida adotados e a comportamentos de risco, resultando em maior exposição ao HIV e ao *Mycobacterium tuberculosis*. A maioria dos pacientes da pesquisa possuía somente o ensino fundamental. Cabe destacar que se encontrou um percentual de fichas que constavam o campo escolaridade em branco, o que demonstra fragilidade e insuficiência do preenchimento adequado no sistema. Estudo realizado com 306 pacientes coinfectados com TB/HIV no município de São José do Rio Preto apontou que 51,0% não possuíam ensino fundamental completo e em 29,0% dos casos houve falhas no preenchimento dos registros (Santos e Beck, 2009).

Observou-se também na análise multivariada a associação entre abandono com a baixa escolaridade evidenciando a maior vulnerabilidade social nesses indivíduos. Diversos estudos indicam a baixa escolaridade como importante fator preditivo para a não adesão ao tratamento da TB (Oliveira, 2004; Silva *et al.*, 2013; Sá *et al.*, 2017; Ferreira *et al.*, 2005).

Há uma série de fatores que envolvem o abandono e não pode ser atribuída exclusivamente ao paciente (Rodrigues *et al.*, 2010; Possuelo *et al.*, 2012; Sá *et al.*, 2017; Brasil, 2011), devendo ser consideradas também questões relacionadas aos serviços de saúde, como a falta de organização do trabalho em equipe, ausência de fluxo e demora do atendimento, desumanização, falta de vínculo entre doente e o profissional de saúde, bem como a busca ativa aos indivíduos doentes e faltosos, entre outros (Lemos *et al.*, 2016; Furlan *et al.*, 2012; Chirinos e Meirelles, 2016).

Quanto à apresentação clínica da TB nesses pacientes houve grande proporção de casos com forma extrapulmonar ou mista o que é bem superior à tuberculose em pacientes soronegativos para o

HIV. Dados do DATASUS referentes casos notificados de TB (em pacientes com e sem infecção por HIV) em Curitiba no período de 2010 a 2015, apontam que para 73% dos casos do município a forma de acometimento foi pulmonar, bem acima dos 52,2% encontrados nesta avaliação.

Quando se refere aos indivíduos com sorologia negativa para o HIV, estimativas são de 90% de casos pulmonares e 10,0% de extrapulmonares, sendo que a forma pulmonar é a que merece maior atenção para as atividades de controle da TB por ser a forma transmissível da doença (Brasil, 2011).

A proporção de formas mista e extrapulmonar encontrada neste estudo vão de encontro com o descrito na literatura para pacientes coinfectados (Neto *et al.*, 2013; UNAIDS, 2011; Cheade *et al.*, 2009; Silveira *et al.*, 2006; Santos e Beck, 2009). Os resultados encontrados referentes ao sítio da doença em um estudo realizado no Rio Grande do Sul com 204 em pacientes portadores de TB/HIV, apontam maiores proporções da forma extrapulmonar, sendo a forma ganglionar a mais frequente, corroborando com a literatura para o grau de imunossupressão dos pacientes estudados (Silveira *et al.*, 2006). A forma extrapulmonar é a mais comum em pacientes com HIV em estágio avançado e com comprometimento imunológico, porém a TB pode se tornar ativa em qualquer fase (Santos e Beck, 2009).

A maioria dos indivíduos do estudo realizou TDO, sendo esta uma estratégia recomendada pela OMS que inclui cinco pilares, com a finalidade de garantir maior adesão e eficácia da terapia e estreitamento de vínculo entre equipe, paciente e família, permite a identificação precoce de efeitos colaterais e a intervenção em tempo oportuno (Rabahi *et al.*, 2017). Nosso estudo demonstrou que o TDO se apresentou como um fator de proteção, uma vez que, no modelo ajustado para o risco associado ao abandono na análise multivariada, os indivíduos que não foram submetidos a essa modalidade de tratamento tiveram maior probabilidade de abandonar o tratamento, fator este já evidenciado em outros estudos como um fator preditor de abandono (Ferreira *et al.*, 2005; Rodrigues *et al.*, 2010; Heck *et al.*, 2011).

Na categoria de exposição ao HIV relativo ao gênero, houve predomínio de abandono entre mulheres heterossexuais e homens homossexuais/bissexuais. As maiores taxas de letalidade foram encontradas entre o grupo de usuários de drogas injetáveis e aqueles com transmissão vertical. O alto percentual de casos com o campo ignorada/branco pode refletir uma fragilidade do sistema de vigilância epidemiológica em identificar as categorias de transmissão ao HIV.

O uso da TARV foi mais frequente entre os pacientes do estudo quando comparado aos dados brasileiros divulgados no boletim epidemiológico de TB, que apontam uma proporção de 39,7% de uso da TARV e também superior aos dados da Região Sul (52,4%) e mais próximos dos dados do Paraná com proporção de 69,4% em 2016 (Brasil, 2017).

Na análise multivariada, a razão de chances ajustada para a mortalidade dos pacientes que não fizeram uso da terapia antirretroviral mostrou associação positiva com maior probabilidade de evoluir para óbito se comparado aos pacientes submetidos ao tratamento com TARV, sugerindo ser um fator protetor de óbito na coinfeção TB/HIV, corroborando ao estudo do Instituto de Pesquisa Evandro Chagas no Rio de Janeiro (Orofino *et al.*, 2012). Há evidências claras de que o uso da terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV durante o tratamento da TB até a sua conclusão reduz a mortalidade, particularmente entre aqueles com estágio avançado do HIV (Blanc *et al.*, 2011). O não uso do TARV está associada a um risco maior de morrer, sendo que o início tardio está interligado a um aumento da letalidade nos indivíduos coinfectados com TB/HIV (Neto *et al.*, 2012; Lemos *et al.*, 2016).

Houve maior frequência de notificações em hospitais e serviços de pronto atendimento, onde a TB em pacientes portadores de HIV/Aids constitui um fator colaborador para a hospitalização, sugerindo o diagnóstico tardio da tuberculose. Na análise multivariada, entre os fatores associados à mortalidade, os pacientes que foram notificados em hospital ou serviço de pronto atendimento apresentaram 10,3 mais chances de morrer e/ou abandonar, o que

demonstra que esses indivíduos estão sendo captados pelos serviços em um estágio avançado da doença. Os dados encontrados no estudo corroboram com os citados na literatura em relação à gravidade da doença nessa população (Galesi e Almeida, 2007; Perrechi e Ribeiro, 2011). A alta proporção de doentes diagnosticados por serviços de pronto atendimento e hospitais pode ser reflexo da forma de apresentação da tuberculose em pacientes com HIV/Aids onde são frequentes as formas extrapulmonares e mistas. Mesmo na forma pulmonar muitas vezes o paciente apresenta poucos sintomáticos e exames de baciloscopia negativos, dificultando o diagnóstico em tempo oportuno na atenção primária (Brasil, 2019)

Na análise multivariada a contagem de células T CD4 ≤ 200 células/mm³ foi associada a um risco aumentado de morte, em comparação com uma contagem de células T CD4 >200 células/mm³, demonstrando que existe forte associação entre a mortalidade e resposta imunológica. O grau de imunossupressão é um fator determinante da sobrevida nos indivíduos coinfectados, o que evidencia a imunodeficiência avançada como possível fator determinante da evolução a óbito nessas pessoas (Neto *et al.*, 2012; Oliveira *et al.*, 2004; Lemos *et al.*, 2016; Kingkaew *et al.*, 2009).

Em relação à resposta imunológica ao fim do tratamento da TB os pacientes com CD4 ≤ 200 células/mm³ estão associados a um maior risco de exposição a infecções oportunistas. Além disso, as formas atípicas de tuberculose com predomínio da apresentação extrapulmonar e/ou disseminada, podem dificultar o diagnóstico e atrasar o início do tratamento (Who, 2013), sendo que a gravidade da imunossupressão é caracterizada como uma das condições imunológicas definidoras da Aids³³(Who, 2013; Cheade *et al.*, 2009). Tendo em vista o elevado índice de mortalidade por TB no paciente coinfectado TB/HIV, é evidente que a coinfeção precisa ser controlada oportunamente, além disso, proceder a investigação da infecção latente de TB nos casos de infecção pelo HIV dada a relevância significativa para a evolução da tuberculose (Gaspar *et al.*, 2016).

Uma das principais limitações que pode ter ocorrido no estudo pode ter sido gerada por duas situações: sistema informatizado inoperante em horários de atendimento, prejudicando a dispensação de antirretrovirais; e registro da dispensação do medicamento de forma manual sem a devida retroalimentação dos dados no sistema. Isto pode ter subestimado a análise das variáveis socioeconômicas e no desfecho abandono.

É essencial garantir a consistência, robustez e a fidedignidade dos registros, para que possa ser utilizado de modo confiável pelos profissionais de saúde, gestores, pesquisadores em todas as esferas, bem como fundamentar a construção de políticas públicas de saúde, organização do processo de trabalho e a tomada de decisão. Requer o investimento na melhoria e no aperfeiçoamento dos sistemas SICLON e SISCEL, haja vista sua grande utilização para o registro de exames e a logística de dispensação dos medicamentos antirretrovirais na rotina dos serviços que atendem PVHA, e no Sinan que é o sistema oficial do SUS e da vigilância epidemiológica que provê dados para análise do cenário epidemiológico em todo território nacional.

Conclusão

Constatou-se que, quanto mais precoce for o diagnóstico da TB e o início do tratamento com a TARV maior a chance de sobrevivência. Houve predomínio em homens em idade produtiva e com baixa escolaridade. Os resultados apontam desafios aos programas de TB e HIV em todos os níveis de atenção. O diagnóstico precoce da infecção pelo HIV com ampliação da testagem em todos os níveis de assistência e em especial na atenção primária deve ser uma das prioridades uma vez que grande parte dos pacientes coinfectados faz o diagnóstico concomitante das duas patologias. Confirmou-se a importância do uso regular do TARV pelos pacientes coinfectados com TB/HIV e a repercussão positiva de seu início precoce e do seu impacto na mortalidade. O diagnóstico e início precoce da TARV, a investigação da infecção latente de TB, o diagnóstico oportuno da coinfeção em toda a rede de atenção, a adoção do TDO são medidas essenciais na prevenção da tuberculose e redução da mortalidade na população vivendo com HIV/Aids. Faz-se ainda necessária a

sensibilização e capacitação dos profissionais dos serviços de pronto atendimento e hospitais para a suspeita, diagnóstico e tratamento oportuno de paciente coinfectados.

Agradecimentos

À Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, à Divisão de Infecções Sexualmente Transmissíveis, Hepatites Virais e Tuberculose, em particular ao Francisco Carlos Santos (in memoriam). À Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, em especial ao Centro de Epidemiologia.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Indicadores prioritários para o monitoramento do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil. **Boletim epidemiológico**, v. 48, n. 8, 2017. Disponível em: <http://Portalarquivos.saude.gov.br>. Acesso em: 25 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 364 p. : il. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf. Acesso em: 30 ago. 2023.

BLANC, F.X. ; SOK, T.; LAUREILLARD, D.; BORAND, L.; REKACEWICZ, C.; NERRIENET, E. *et al.*. Earlier versus later start of antiretroviral therapy in HIVInfected adults with tuberculosis. **CAMELIA Study Team N Engl J Med.**, n. 365, p. 1471-1481, 2011.

CHIRINOS, N.E.C.; MEIRELLES, B.H.S. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 599-406, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/ZpYYRLqJWXDpWFNTSqcYZpf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 out. 2017.

COSTA CF, CAVALCANTE, N.J.F. **Evolução dos casos de coinfeção tuberculose/HIV com cultura positiva após alta do tratamento de tuberculose**. **Bepa** 2010;7(73):4-10. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/ses-sp/2010/ses-27925/ses-27925-4572.pdf>. Acesso em: 25 out 2017.

CHEADE, M.F.M.; IVO, M.L., SIQUEIRA, P.H.G.dS.; SÁ, R.G.d; HONER, M.R. Caracterização da tuberculose em portadores de HIV/AIDS em um serviço de referência de Mato Grosso do Sul.

Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 42, n. 2, p. 119-125, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/Z5jjmXRTJmd67rsL7Ysgzhr/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 22 fev. 2017.

FERREIRA, S.M.B; SILVA, A.M.C; BOTELHO, C. Noncompliance with treatment for pulmonary tuberculosis in Cuiabá, in the State of Mato Grosso - Brazil. **J. Bras. Pneumol.**, v. 31, n. 5, p. 427-35, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/FkB55PzmkGZkrhmwb4bp4jn/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 27 out. 2017.

FURLAN, M.C.R.; OLIVEIRA, S.P.; MARCON, S.S. Fatores associados ao abandono do tratamento de tuberculose no estado do Paraná. **Acta Paul Enferm.**, 25 (Número Especial 1), p. 108-114, 2012.. Disponível em: https://acta-ape.org/wp-content/uploads/articles_xml/1982-0194-ape-S0103-21002012000800017/1982-0194-ape-S0103-21002012000800017-pt.x16677.pdf. Acesso em: 20 out 2017.

GALESI, V.M; ALMEIDA, M.M. Indicadores de morbimortalidade hospitalar detuberculose no município de São Paulo. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 10, n. 1, p. 48-55, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/Df8bRxxwfk95vFVZ773XhVKK/?lang=pt>. Acesso em: 10 out 2017.

GASPAR, R.S.; NUNES, N.; RODRIGUES, V.P. Análise temporal dos casos notificados de tuberculose e de coinfeção tuberculose-HIV na população brasileira no período entre 2002 e 2012. **J Bras Pneumol.**, v. 42, n. 6, p. 416-422, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/HhJG7RH5RjhYRBXNRjF9cDP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 out 2017..

HECK, M.A; COSTA, J.S; NUNES, M.F. Tuberculosis treatment dropout prevalence and associated factors in Sapucaia do Sul (RS), Brazil, 2000-2008. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 14, n. 3, p. 478-85,

2011. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rbepid/2011.v14n3/478-485/en> . Acesso em: 10 out. 2017.

KINGKAEW, N.; SANGTONG, B.; AMNUAIPHON, W.; JONGPAIBULPATANA, J.; MANKATITTHAM, W. *et al.* **HIV-associated extrapulmonary tuberculosis in Thailand: epidemiology and risk factors for death.** *Int J Infect Dis.* v. 13, n. 6, p. 722-729, 2009. Disponível em: [https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712\(09\)00004-6/fulltext](https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712(09)00004-6/fulltext). DOI:<https://doi.org/10.1016/j.ijid.2008.11.013> . Acesso em: 27 out. 2017.

LEMOS, L.D.A.; FIUZA, M.L.T.; REIS, R.K.; FERRER, A.C.; GIR, E.; GALVÃO, M.T.G. Adherence to antiretrovirals in people coinfectd with the human immunodeficiency virus and tuberculosis. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, n. 24, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/N4Znzct4KgT68fBwX3D8jdF/?lang=en>. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0537.2691>. Acesso em: 20 out. 2017..

NETO, R.D.J.P.; GADELHA, R.R.M.; HERZER, T.L.; PERES, D.A.; LEITÃO, T.; FAÇANHA, M.C. Características clínicoepidemiológicas de pacientes com coinfeção HIV/ tuberculose acompanhados nos serviços de referência para HIV/ AIDS em Fortaleza, Ceará, entre 2004 e 2008. **Cad Saúde Colet.**, v. 20, n. 2, p. 244-249, 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-644857>. Acesso em: 17 out. 2017.

NETO, L. F. S. P., VIEIRA N. F. R., COTT, F. S., OLIVEIRA, F. M. A. Prevalência da tuberculose em pacientes infectados pelo vírus da imunodeficiência humana. **Rev Bras Clin Med.**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 118-122, 2013. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n2/a3563.pdf>. Acesso em: 27 out. 2017.

OROFINO, R.L.; BRASIL, P.E.A.; TRAJMAN, A.; SCHMALTZ, C.A.S.; DALCOLMO, M.; ROLLA, V.C. Preditores dos desfechos

do tratamento da tuberculose. **JBrasPneumol.**, v. 38, n. 1, p. 88-97, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/ddKvFnG5WpTtTTR9jPBqNNf/?lang=pt>. Acesso em: 27 out. 2017.

OLIVEIRA, H.B.d.; MARÍN-LEÓN, L.; CARDOSO, J.C. Perfil de mortalidade de pacientes com tuberculose relacionada à comorbidade tuberculose - AIDS. **Revista de Saúde Pública.**, n. 38, p. 503-510, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/GppDN8yf6hF6xXdXCHycVbn/abstract/?lang=pt>. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000400004>. Acesso em: 27 out. 2017.

PERRECHI, M.C.T.; RIBEIRO, S.A.. Desfechos de tratamento de tuberculose em pacientes hospitalizados e não hospitalizados no município de São Paulo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 37, n. 6, p. 783-790, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/f8BMJGfpYj6KpDgxVRVMnfp/?lang=pt>. <https://doi.org/10.1590/S1806-37132011000600012>. Acesso em: 11 out. 2017.

PRADO, T.N., CAUS, A.L.; MARQUES, M.; MACIEL, E.L.; GOLUB, J.E.; MIRANDA, A.E. Epidemiological profile of adult patients with tuberculosis and AIDS in th estate of Espírito Santo, Brazil: Cross-referencing tuberculosis and AIDS databases. **JBrasPneumol.**, v. 37, n. 1, p. 93-99, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/fZvBBgjGCfsxWHshSL5fgwR/>. Acesso em: 27out. 2017.

RABAHI, M.F.; SILVA JÚNIOR, J.L.R.; FERREIRA, A.C.G.; TANNUS-SILVA, D.G.S.; CONDE, M.B. Tratamento da tuberculose. **J Bras Pneumol.**, v. 43, n. 5, p. 472-486, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/fr4LscGzFpJFSm6P4Hd5gXL/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 27 out. 2017.

RODRIGUES, I.L.A.; MONTEIRO, L.L.; PACHECO, R.H.B.; SILVA, S.E.D. Abandono do tratamento de tuberculose em coinfectados TB/HIV. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 2, p. 383-387, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/CSBGcxZhshypp7jDjR3NFtK/?lang=pt>. Acesso em: 27 out. 2017.

SANTOS, J.D.S.; BECK, S.T. A coinfeção tuberculose e HIV: um importante desafio-Artigo de revisão. **Rev Bras Anal Clin.**, v. 41, n. 3, p. 209-215, 2009. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-544444>. Acesso em: 27 out. 2017.

SILVEIRA, J.M.; MENDOZA-SASSI, R.A.; OLIVEIRA NETTO, I.C.d.; HSTZEL, J.L. Prevalência e fatores associados à tuberculose em pacientes soropositivos para o vírus da imunodeficiência humana em centro de referência para tratamento da síndrome da imunodeficiência adquirida na região sul do Rio Grande do Sul. 2006. **J. Bras. Pneumol.**, v. 32, n. 1, p. 48-55, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/B7GFKhLZWzfHJCBf4zs5k3f/?lang=en>. Acesso em: 21 out. 2017.

SILVA, P. F.; MOURA, G.S.; CALDAS, A.J.M. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose pulmonar no Maranhão, Brasil, no período de 2001 a 2010. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 8, p. 1745-1754, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/C8RFS9tJY77nypGHRWKZ3nR/#>. Acesso em: 21 out. 2017.

POSSUELO, L.G.; SILVEIRA, C.S.; PASSOS, P.T.; SODER, T.C.H.; MACHADO, C.P.H.; FANFA, L.S. *et al.* Perfil epidemiológico dos pacientes que abandonaram o tratamento para tuberculose em um município prioritário do Rio Grande do Sul. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 2, n. 2, p. 46-50, 2012. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/2495>. Acesso em: 21 out. 2017.

SILVA, C.C.A.V.; ANDRADE, M.S.; CARDOSO, M.D. Fatores indivíduos acompanhados em unidades de saúde de referência na cidade do Recife, Estado de Pernambuco, Brasil, entre 2005 e

2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 77-85, 2013. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100008. Acesso em: 27 out. 2017.

SÁ, A.M.M.; SANTIAGO, L.A.; SANTOS, N.V.; MONTEIRO, N.P.; PINTO, P.H.A.; LIMA, A.M. *et al.*. Causas de abandono do tratamento entre portadores de tuberculose. **Rev Soc Bras Clin Med.**, v. 15, n. 3, p. 155-160, 2017. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/11/875434/sbcm_153_155-160.pdf. Acesso em: 30 out. 2017.

TEIXEIRA, D. B. S. Atenção à saúde do homem: análise da sua resistência na procura dos serviços de saúde. **Revista Cubana de Enfermeria**, v. 32, n. 4, 2016. ISSN 1561-2961. Disponível em: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/985/209>. Data de acesso: 4 set. 2023.

UNAIDS. **World AIDS Day Report**. 2011. Disponível em: https://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2216_WorldAIDSday_report_2011_en.pdf. Acesso em: 10 maio 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global tuberculosis control: WHO report 2010**. Geneva: World Health Organization, 2013. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44425/9789241564069_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y Acesso em: 27 out. 2017.

CAPÍTULO 2

CARACTERIZANDO O INVISÍVEL: PERFIL DEMOGRÁFICO, SOCIOECONÔMICO E PSICOSSOCIAL DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA CIDADE DE CURITIBA PARANÁ

**Fernando Lucas Soares, Luís Felipe Ferro,
Iranise Moro Pereira Jorge, Rafaella Rieseberg de Souza,
Vanessa de Souza Lima Dalberto, Solena Ziemer Kusma Fidalski**

Introdução

Os determinantes sociais da saúde, preconizados pela Organização Mundial da Saúde em 1992, englobam fatores sociais para a definição do que é ser ou estar saudável (Who, 1992). O “estar na rua” tem sua determinação social e uma complexidade de fatores que ocasionam esta condição. Desta forma, o emprego da terminologia “pessoa em situação de rua” (PSR) surgiu como modo de desestigmatizar esta população, rompendo com a perspectiva simplista do termo “morador de rua”, visto que a primeira se remete a uma situação de transitoriedade e condição social causada por múltiplos fatores. O segundo termo, por sua vez, gera a sensação de uma totalidade acabada em si, além de reduzir o estar na rua a uma aparente escolha de estilo de vida, afastando-se da profundidade de circunstâncias que podem levar àquela condição (SICARI, 2018).

De acordo com o Decreto nº 7.053/2009, que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), este grupo populacional é constituído por pessoas em significativo processo de vulnerabilidade social, possuindo em comum a extrema pobreza, quebra de vínculos familiares e/ou fragilização dos mesmos. Ademais, utilizam-se da rua como espaço de manutenção da vida, pela carência de moradia convencional regular, passando a viver em logradouros públicos e áreas degradadas, de forma temporária ou permanente, fazendo destes seu espaço de sustento e viver. O uso de unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória também é uma particularidade comum a este grupo (Brasil, 2009^a).

Conhecer a literatura sobre a temática da PSR nos dá aporte para compreender este fenômeno como um acontecimento global. Em todo o mundo, a PSR passa por processos de exclusão, ficando à margem das condições de sociabilidade, enfrenta cotidianamente dificuldade de inserção no mercado de trabalho, além de passar por processos de perdas continuados e de quebra de vínculos familiares (Silva, 2012). Este não é um fenômeno recente, sendo descrito pela história em diferentes momentos, mas aparece de forma mais recorrente após o surgimento das sociedades pré-industriais da Europa.

A acumulação primitiva, cerne do desenvolvimento do capitalismo nascente, expropriou camponeses de suas terras e fez com que os trabalhadores que não fossem absorvidos pela indústria crescente buscassem nas ruas uma forma de sobrevivência, ficando vulneráveis à violência e opressão da sociedade (MELO, 2011). No último século, a crise e reestruturação do capitalismo levaram ao agravamento do fenômeno da PSR, por meio do desemprego estrutural, precarização de postos de trabalho e perda de direitos sociais (Pinho; Pereira; Lussi, 2019). Portanto, é preciso reiterar que este é um problema global e estrutural, não resultado de ações individuais, advindo das consequências da exploração do capital sobre o trabalho (Tiengo, 2018).

Fatores como a ausência de endereço fixo desta população, localizações distintas e heterogeneidade dos grupos, geram dificuldades para que se realize a mensuração e identificação deste grupo populacional. Como consequência, a ausência destes dados fragiliza a criação e a implementação de políticas públicas que atendam às necessidades da pessoa em situação de rua, impedindo seu acesso efetivo ao exercício da cidadania (Rio de Janeiro, 2016). A estimativa feita pelo Instituto de Pesquisa e Economia Aplicada (IPEA) em março de 2022 previa que o número estimado de pessoas em situação de rua no Brasil era de 281.472, o que aponta uma aceleração no crescimento desta população. No Paraná, segundo dados do governo do Estado, em abril de 2021, esta população era estimada em 9.653 pessoas, predominando o sexo masculino e a faixa etária entre 18 e 60 anos de idade (IPEA, 2022).

Conhecer o perfil psicossocial da PSR é fundamental para que sejam desenvolvidas políticas públicas efetivas e que acolham esta população, a qual, devido à sua condição, é exposta a uma série de riscos, o que acentua a sua vulnerabilidade social. O objetivo deste artigo é apresentar o perfil demográfico, socioeconômico e psicossocial de PSR que participaram de ações promovidas pela ONG Médicos de Rua - Curitiba/PR, Brasil.

Métodos

O estudo teve por característica o delineamento observacional transversal, com análise de dados demográficos, socioeconômico e psicossociais. Para a coleta de dados, foram utilizadas informações advindas do banco de dados digital da Associação Médicos do Mundo, uma Organização Não Governamental (ONG) conhecida como Médicos de Rua – Curitiba, da cidade de Curitiba/PR. Os arquivos compilam informações das pessoas atendidas pela instituição, organizadas e tabuladas periodicamente pelos voluntários da ONG em planilhas do programa Microsoft Excel®.

A população atendida é composta por PSR. Os dados analisados tiveram o recorte, nesta pesquisa, das pessoas que buscaram atendimento, de maneira espontânea e voluntária, em ações mensais, desenvolvidas no ano de 2019, em praça pública na cidade de Curitiba/PR, Brasil. Como critérios de inclusão, foram utilizados dados digitalizados de indivíduos maiores de 18 anos presentes nas ações, sendo excluídas, por sua vez, fichas com dados incompletos.

Para caracterização da população, foram selecionados dados que constam nas fichas de anamnese inicial, quais sejam: Identificação (7 perguntas), Perfil Socioeconômico (5 perguntas) e Perfil Psicossocial (18 perguntas). Tal instrumento foi previamente desenvolvido, revisado e aprimorado pela equipe multiprofissional de voluntários integrantes da associação.

No ano de 2019, Médicos de Rua – Curitiba organizou 10 ações de assistência à PSR nos meses de janeiro a dezembro, exceto fevereiro e novembro. As ações ocorreram na Praça Tiradentes, no Centro da cidade – bairro com características predominantemente comerciais – e onde está localizado o marco zero da cidade de Curitiba/PR.

No ano citado foram realizados 1.458 atendimentos multiprofissionais para 919 pessoas em situação de rua, desses foram selecionados os dados de fichas de atendimento de 712 pessoas que possuíam dados de identificação, perfil socioeconômico e perfil psicossocial. Duas fichas foram excluídas por estarem com dados

incompletos que prejudicariam as análises, logo, o total de pessoas avaliadas foi de 710.

Os dados foram analisados utilizando o programa computacional Microsoft Excel® e o SPSS® (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 25.0. As variáveis qualitativas foram agrupadas por frequências absolutas e relativas e as quantitativas foram analisadas por médias, medianas, valores mínimos e máximos e desvios padrão.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Paraná, em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e aprovado com o parecer nº 4.833.307, CAAE 47508721.7.0000.0102.

Resultados

Identificação da população – dados demográficos

Os dados de identificação da população são apresentados na Tabela 1. Entre os 710 avaliados, apenas uma pessoa não sabia sua idade ou data de nascimento. A idade dos 709 indivíduos avaliados variou de 18 a 84 anos e a idade média foi de $39,4 \pm 12,3$ anos, com mediana de 38 anos. Aproximadamente metade da população é de adultos jovens, com idade entre a terceira e quarta década de vida.

Com relação ao gênero da população, verificou-se um domínio de homens (87,3%), bem como a identidade de gênero cisgênera (99,0% dos avaliados). Heterossexualidade foi a orientação sexual reportada pela maioria (84,9%); 3,2% se autodeclararam “gay” ou “lésbica”; e 2,0% se autodeclararam bissexual.

Tabela 1 – Dados de Identificação da PSR, Curitiba/PR (2019)

	Frequência n	Percentual%
Faixa etária		
18 a 19 anos	18	2,5
20 a 29 anos	148	20,9
30 a 39 anos	219	30,9

SAÚDE COLETIVA: DIÁLOGOS E CAMINHOS

40 a 49 anos	178	25,1
50 a 59 anos	99	13,9
60 a 69 anos	37	5,2
70 a 79 anos	7	1,0
80 anos ou mais	3	0,4
Não soube informar	1	0,1
Gênero		
Homem cisgênero	620	87,3
Mulher cisgênera	83	11,7
Mulher transgênera	7	1,0
Orientação sexual		
Heterossexual	603	84,9
Gay	15	2,1
Bissexual	14	2,0
Lésbica	8	1,1
Não quis responder / em branco	70	9,9
Situação conjugal		
Solteiro(a)	460	64,8
Separado(a) / divorciado(a)	101	14,2
Casado(a)	88	12,4
Viúvo(a)	22	3,1
Não quis responder / em branco	39	5,5
Cor ou raça		
Branco(a)	373	52,5
Pardo(a)	240	33,8
Preto(a)	68	9,6
Indígena	7	1,0
Amarelo(a)	5	0,7
Não quis responder / em branco	17	2,4
Religião ou crença		
Evangélicas	234	33,0
Católica Apostólica Romana	210	29,6
Não possui religião e/ou crença	130	18,3

SAÚDE COLETIVA: DIÁLOGOS E CAMINHOS

Acredita em Deus	16	2,3
Espírita	6	0,9
Outras	11	1,6
Não quis responder / em branco	103	14,5
Escolaridade		
Analfabeto	22	3,1
Só sabe ler e escrever	23	3,2
Ensino fundamental	336	47,3
Ensino médio	253	35,6
Ensino Técnico	25	3,5
Ensino Superior	35	4,9
Não quis responder / em branco	16	2,3
Documentação		
Sim	556	78,3
Não	154	21,7
Registro Geral (RG)	458	64,5
Cadastro de Pessoa Física (CPF)	416	58,6
Carteira de Trabalho e Previdência Social	312	43,9
Certidão de Nascimento	224	31,5
Carteira Nacional de Habilitação (CNH)	119	16,8
Total	710	100,0

Fonte: Os autores (2023).

A situação conjugal de solteiro foi a predominante entre os avaliados (64,8%). No que diz respeito à cor ou raça, 52,5% se identificaram como brancos(as). Entre as crenças ou religiões, a mais prevalente foi a Evangélica (33,0%), com alguns entrevistados especificando denominações ou igrejas como: Igreja Evangélica Luterana (n = 1), Igreja Evangélica Batista (n = 2), Igreja Evangélica Metodista (n = 1), Igreja Evangélica Adventista (n = 4), Igreja Assembleia de Deus (n = 4), Igreja Deus é Amor (n = 1), Igreja Universal do Reino de Deus (n = 5) e Igreja Bola de Neve (n = 1). Algumas das religiões ou crenças, agrupadas como *outras*, foram: Testemunhas de Jeová (n = 1); Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias /

“Mórmon” (n = 3); Islamismo (n = 1); Igreja Messiânica Mundial (n = 1); Umbanda (n = 2); e Candomblé (n = 1).

Quanto à escolaridade, considerou-se o nível de educação mais alto atingido, sendo ele completo ou incompleto. Mais de 90% das pessoas eram alfabetizadas e cerca de 47% acessaram o Ensino Fundamental. Os cursos técnicos mais reportados foram: informática (n=4); segurança do trabalho (n=3); enfermagem (n=2); logística (n=2); e eletrônica (n=2). Entre os cursos superiores, os da área de ciências sociais aplicadas (administração, economia, marketing, comunicação e direito) foram os mais referidos (n = 10).

Das 710 pessoas, 556 (78,3%) relataram possuírem ao menos um documento de identificação consigo sendo os principais: Registro Geral (RG); Cadastro de Pessoa Física (CPF); Carteira de Trabalho e Previdência Social; Certidão de Nascimento; Carteira Nacional de Habilitação.

Perfil Socioeconômico e Psicossocial

Dados concernentes ao tempo que cada indivíduo está em situação de rua, locais onde costumam dormir, se compartilham de companhias na mesma situação e as formas de renda são apresentados na Tabela 2.

Muitas das pessoas avaliadas reportaram estarem em situação de rua há menos de um ano (53,4%), sendo presente o relato de pessoas que alteram períodos em situação de rua com períodos com residência fixa. Dos que estão em situação de rua há mais de 5 anos (21,1%), pelo menos 21 deles (13,0%) estão nessa situação há 10 anos ou mais, sendo que o maior tempo registrado foi de 43 anos. A maioria das PSR se encontrava sozinha nesse contexto (n=522, 73,5%), apenas 81 delas estavam com amigos e 67 com familiares.

Uma das principais formas de renda da população é por meio de serviços informais e irregulares, mais conhecidos como bicos ou biscates, que compreenderam: atividades na construção civil – auxiliar de pedreiro, pedreiro, pintor (n=37); serviços domésticos – faxina, jardinagem (n=13); atuação no setor de alimentação – garçom, auxiliar de cozinha (n=10); panfletagem (n=10); e serviços braçais de

carga/descarga (n=9). Em segundo lugar estão as atividades de guardar carros e de pedir dinheiro, ambos com 19,6%, seguida pela coleta e venda de materiais recicláveis (18,9%). Sessenta e sete indivíduos dependem de benefícios sociais sendo alguns deles: Bolsa Família (n=52), aposentadoria (n=8), auxílio-doença, pensão por morte e seguro-desemprego. A subsistência a partir de atividades artísticas foi citada por 40 dos avaliados, 21 deles produzem e vendem suas artes/artesanatos e 12 atuam como malabaristas de rua. Furtos/roubos (n=6), tráfico de drogas (n=5) e prostituição (n=5) foram as práticas ilícitas relatadas como forma de ganho financeiro pelos avaliados. As outras formas de renda incluíram: auxílio financeiro de familiares ou amigos (n=6), dependência da renda do parceiro (n=4), uso de reserva de dinheiro/economias (n=4).

Tabela 2 – Perfil Socioeconômico da PSR, Curitiba/PR (2019)

Há quanto tempo está em situação de rua?	Frequência n	Percentual%
Onde costuma dormir?		
Na rua	376	53,1
Locais de acolhida gratuitos	319	44,9
Pouso pago	45	6,4
Outros locais	25	3,6
Está em situação de rua		
Sozinho	522	73,5
Com amigos	81	11,4
Com familiares	67	9,5
Não quis responder / em branco	40	5,6
Forma de renda		
Serviços informais	146	20,6
Guarda carros	139	19,6
Pede dinheiro	139	19,6
Reciclagem	134	18,9
Vendas	80	11,3
Benefícios sociais	67	9,4
Arte	40	5,6
Não tem uma forma de renda no momento	22	3,1

Práticas ilícitas	16	2,3
Não quis responder / em branco	55	7,8
Outras	44	6,2

Fonte: Os autores (2023).

Questionados quanto aos locais que costumam pernoitar, muitos relataram mais de um local, 376 referiram dormir “na rua” (53,0%) e 319 em locais de acolhida gratuitos (44,9%). Entre os que pernoitam “na rua”, ao serem indagados sobre o local em específico muitos citam ruas específicas (n=32), com destaque para a Rua XV de Novembro e a Avenida Sete de Setembro de Curitiba ou bairros específicos (n=26), principalmente o Centro. As praças públicas são mencionadas por 66 entrevistados, 30 mencionam a Praça Tiradentes e 11 a Praça Rui Barbosa. Os arredores de outros equipamentos urbanos como bancos, cemitérios, farmácias, lojas, mercados, museus, shoppings, teatros, parques também são citados (n=81), incluindo o Mercado Municipal de Curitiba (n=23), Rodoferroviária de Curitiba (n=18) e o Teatro Guáira (n=17).

Outros entrevistados especificam estruturas arquitetônicas – marquises ou toldos (n=8), elementos estruturais da cidade – calçadas e viadutos (n=6), itens de mobiliário urbano – Estações Tubo ou bancos das praças (n=3) ou até mesmo obras ou terrenos abandonados (n=3). Alguns reportaram não ter um local fixo (n=26). A preocupação e busca por abrigo das intempéries ganha destaque com a simples resposta “onde não chove”, quando questionado onde costuma dormir.

Os locais de acolhida gratuitos mais relatados foram albergues (n=244), Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua - Centros POP (n=26), serviços da Fundação de Ação Social (FAS) (n=21), Hotel Social (n=16), Casa das Mulheres (n=10). Na categoria de pouso pago foram incluídos hotéis, pensões e pousadas. Outros locais utilizados para dormir incluíram: casa ou quarto cedido por familiares, amigos ou conhecidos, porém não de maneira garantida e/ou constante (n=14); em barracões ou depósitos de materiais para reciclagem (n=3); e nos locais de trabalho (n=2).

O uso/abuso de substâncias lícitas e/ou ilícitas de maneira recente e recorrente ocorre entre 579 (81,5%) dos 710 avaliados. A substância de abuso mais citada é o álcool (56,9%) e 207 pacientes relatam fazerem seu consumo diariamente. A presença de transtornos mentais é relatada em 32,4% da população do estudo, sendo os mais comuns: transtorno depressivo (23,5%); transtorno de ansiedade (6,9%); e transtorno psicótico (3,5%).

Com relação ao motivo por estarem aos motivos/fatores predisponentes para estar em situação de rua, o desemprego / dificuldades financeiras foi reportado por 289 (40,7%), seguido de questões familiares (n=281, 39,6%) e 223 PSR relataram o uso de substâncias psicoativas (31,4%).

Discussão

No presente estudo, a população é composta, principalmente, por adultos jovens do sexo masculino. O I Censo e Pesquisa Nacional sobre População de Rua indicou que a maior parte (86,0%) da PSR do estudo é composta por indivíduos entre 18 e 54 anos, sendo, em sua maior parte, indivíduos homens (82,0%) (Brasil, 2009b). Outra pesquisa, também em âmbito nacional, verificou um predomínio de homens (89,0%) na PSR (Brasil, 2019). Um levantamento de dados realizado pelo Ministério Público do Paraná, em 2008, indicou que 55,2% das pessoas em situação de rua se encontram na faixa etária entre 25 e 44 anos.

Em relação à orientação sexual, 85,0% da população do presente estudo se autodeclarou heterossexual. Dados semelhantes foram encontrados pela pesquisa censitária realizada na cidade de São Paulo em 2019, a qual indicou que 87,7% da PSR da cidade se autodeclarava heterossexual, 4,6% homossexual e 3,4% bissexual (São Paulo, 2020).

Mais da metade da população desse estudo se autodeclarou branca (52,5%), e um terço como pardos. Tais achados são próximos aos encontrado por uma pesquisa municipal, realizada pela FAS de Curitiba, que indicou, na PSR, uma prevalência de 49,0% de indivíduos brancos, 34,6% de pardos e 13,9% de pretos (Piva, 2016).

Dados nacionais, por outro lado, indicam uma prevalência de 39,1% de indivíduos pardos, 29,5% brancos e 27,9% pretos (Brasil, 2009b). Há diferenças entre as frequências de cor/raça entre os dados municipais e os nacionais, o que pode ser explicado pelas diferenças regionais na distribuição populacional. Cabe ressaltar ainda, que, segundo o censo de 2010, somente 19,7% da população total curitibana pesquisada se declarou parda ou preta, número expressivamente menor dos dados da pesquisa em tela no que compete às PSR (43,4%).

As taxas de analfabetismo encontradas neste estudo foram de 3,1% mais baixas que as taxas presentes em outras pesquisas. A presença de indivíduos com nível técnico ou superior na população do presente estudo é um achado que reitera a competitividade e a falta de oportunidades no mercado de trabalho. Um estudo realizado em São Paulo indicou que 8,4% da PSR da cidade não sabiam ler e escrever (São Paulo, 2020). Um estudo realizado no Rio de Janeiro indicou que 15,2% da PSR da cidade não sabiam “ler e escrever um bilhete simples” (Rio de Janeiro, 2020). Segundo Almeida (2012), diferentes são as dificuldades enfrentadas pelas PSR frente às possibilidades de retorno e continuação de sua escolarização, tais como: o fato de estar fora da escola há muito tempo pode favorecer a crença de que sabe menos por não possuir conhecimentos acadêmicos; estigma vivenciado cotidianamente por estar em situação de rua; não possuir condições materiais (roupas, material escolar, entre outros) para vivenciar ambientes escolares; possível dependência química. Por outro lado, as possibilidades de superação vislumbradas também se apresentaram de forma diversificada e afirmaram a importância da própria PSR ter, cada vez mais, voz ativa nos espaços de tomada de decisões políticas que dizem respeito à sua autonomia e emancipação, bem como poder contar com o apoio de pessoas que lhe incentivem a superar suas dificuldades e de instituições e serviços que possuem profissionais preparados para acolhê-los em sua diversidade, além do desenvolvimento de ações que favoreçam a criação de um novo olhar da sociedade para as pessoas que se encontram em situação de rua.

Cerca de 21% da população do estudo não possui documento de identificação algum. Dos 78,3% que relataram possuir ao menos um documento de identificação, o RG e o CPF foram os mais comuns. O Censo sobre a PSR em 2008 indica dados semelhantes, com 24,8% da população não possuindo nenhum documento de identificação; 58,9% possuindo carteira de identidade; e 42,2% possuindo CPF (Brasil, 2009^b). Sem documentos as PSR vivenciam a falta de direitos básicos, como cidadania, emprego, segurança, moradia e possibilidades de recebimento de benefícios governamentais (Recivil, 2018).

Mais da metade (53,4%) da população nesse estudo reportou estar em situação de rua há menos de um ano; 21,8% estão em situação de rua entre 1 e 5 anos; e 22,1% há mais de 5 anos. Os resultados encontrados diferem do estudo realizado no Rio de Janeiro, o qual indicou que 31,8% da PSR na cidade estavam em situação de rua há menos de um ano, 26,5% entre 1 e 5 anos e 40,1% há mais de 5 anos (Rio de Janeiro, 2020). No entanto, dados da literatura indicam que 28,7% da PSR em Curitiba estão há mais de 5 anos dormindo na rua ou em albergue, aproximando-se dos resultados encontrados pelo presente estudo (Brasil, 2008). O passar do tempo em situação de rua carrega uma condição de pobreza com o peso de mecanismos opressores que promovem a construção de uma identidade estigmatizada de pobre que é pernicioso àquelas pessoas que a detêm, pois reduz as possibilidades de transformação dessa identidade. O estigma da pobreza potencializa a criação de um rótulo que faz com que se acredite que a pessoa estigmatizada seja tão diferente que não seja considerada realmente humana, afetando de forma contundente suas relações e seus cotidianos (Esmeraldo; Ximenes, 2022).

A rua e os locais de acolhida gratuitos são os dois principais locais em que a população desse estudo relatou utilizar para dormir, 53,0% e 45,0% respectivamente. Os dois locais são, segundo a literatura, os locais que a PSR mais comumente utiliza para pernoitar (Brasil, 2008; São Paulo, 2012). Entre as razões para a alta taxa de pessoas optarem pernoitar na rua, ao invés dos equipamentos destinados à essa população, estão: falta de liberdade nos albergues; horário de entrada e saída restritos; dificuldade para conseguir vagas,

violência ou ameaças por parte de outros abrigados ou funcionários; e falta de infraestrutura (Brasil, 2009b; Rio de Janeiro, 2020).

Considerando que na cidade de Curitiba atualmente são ofertadas 1.307 vagas em acolhimentos pela FAS e que a estimativa da PSR para o município no ano de 2021 era de 2.843 pessoas, a relação entre oferta e demanda é, nitidamente, desigual. Ainda, dentre as vagas ofertadas para essa população em todos os equipamentos disponíveis, temos 20 vagas para mulheres trans, 40 vagas para mulheres cis e o restante das vagas divididas em vagas masculinas em casas de passagem, hotel social, asilos (que atendem também domiciliados em situação de vulnerabilidade social), casas de acolhimento para mulheres domiciliadas que sofrem violência doméstica, entre outros (Piva, 2016).

Recentemente foi publicado o Relatório de Vistorias organizado pela Defensoria Pública do Estado do Paraná intitulado “População em Situação de Rua em Curitiba: Uma Descrição Crítica dos Serviços Ofertados às Pessoas em Situação de Rua na Capital Paranaense”, em que foram analisados os 24 locais que atendem essa população na cidade. O documento é resultado de um trabalho de fiscalização da Defensoria nos equipamentos públicos municipais de atendimento às pessoas em situação de rua na capital realizado ao longo do ano de 2022. Para além da fiscalização, foram aplicados questionários relacionados às regras nos espaços, público-alvo, serviços ofertados, avaliação da infraestrutura e avaliação dos profissionais presentes. Dentre as diversas colocações presentes no relatório, estão: falta de profissionais capacitados ao atendimento; alta precariedade nos espaços; ausência de fluxos entre a rede de políticas públicas; além da identificação da ineficiência desses espaços em oferecerem condições de superação da situação de vulnerabilidade (Paraná, 2023a,b).

Para além dos dados relatados e a relação numérica entre o número de PSR e o número de vagas em acolhimentos disponíveis para esse nicho populacional, vale ressaltar aqui a ineficácia de tais equipamentos de acolhimento para a superação da situação de rua. Todos os serviços ofertados para pessoas nessa situação, no

que se refere a acolhimentos, centro-pop, hotel social e repúblicas, por exemplo, são configurados como serviços de assistência social e se colocam sob a administração da FAS e da Secretaria Municipal Antidrogas (como é o caso dos Hotéis Sociais). Muitos desses serviços, contudo, estão estruturados sob a lógica do “sistema etapista” (Brasil, 2022), o qual prevê que as pessoas atendidas precisam conquistar alguns passos/etapas para conseguir acessar serviços mais qualificados, o que contribui para tornar ínfima a concreta superação da situação de rua em todos os grandes centros brasileiros.

Tal afirmativa corrobora com a necessidade de uma mudança substancial no sistema de acolhimento nos grandes centros urbanos, entendendo a moradia como um direito basilar, a partir do qual outros direitos podem ser acessados. Neste contexto, a discussão sobre moradia como tema central para a solução da situação de rua tem ganhado repercussão nos últimos anos e vem suscitando a elaboração de políticas públicas que respondam de maneira mais efetiva à complexidade da situação de rua e que atendam demandas específicas desta população.

Conforme as diretrizes definidas pela Resolução nº 40/2020 do Conselho Nacional de Direitos Humanos (Brasil, 2020), o relatório supracitado compreendeu por eficiência das políticas voltadas para a PSR o oferecimento de condições que promovam uma superação da condição em situação de rua desses indivíduos. Em seu artigo 14 (p.11), a resolução apresenta que:

Art. 14. Os entes federativos devem promover políticas públicas estruturantes, e que tenham como objetivo central a construção e execução de planos de superação da situação de rua, adotando estratégias que tenham como centralidade o acesso imediato da população em situação de rua à moradia.

Parágrafo único. O acesso à moradia deve estar vinculado a ações de promoção de trabalho e de renda e outros benefícios e subsídios, até que o/a beneficiário/a consiga garantir o seu sustento adequado durante a execução de programas, como o Moradia Primeiro.

Em outras palavras, a superação da situação de rua é advogada a partir da adoção de medidas que garantam o acesso à moradia, enquanto direito constitucional, por todas as políticas de atendimento voltadas a esse segmento populacional. Dessa forma, políticas intersetoriais vêm sendo edificadas, contando com programas habitacionais, como o Minha Casa Minha Vida, e de aluguel social; com a ocupação de imóveis públicos que não cumprem sua função social; assim como com a estruturação de moradias que possuam suporte técnico para casos específicos.

Neste contexto, é importante frisar o recente estabelecimento do projeto *Housing First* no Brasil, o qual, composto por uma metodologia com filosofia e princípios próprios singulares, internacionalmente já afirma sua viabilidade e eficácia na superação da situação de rua. Esse projeto critica diretamente o sistema etapista e propõe acesso imediato e sem pré-requisitos para a moradia, o que permite alcançar pessoas com perfis e demandas diversas, tais como: uso problemáticos de substâncias psicoativas; transtornos mentais; problemas de saúde; falta de mobilidade, entre outros. O projeto, em sua estrutura, oferece suporte técnico especializado, contando com a disponibilização imediata de moradia independente, o que permite construir, gradualmente, autonomia na vida domiciliar, respeitando a singularidade e as demandas pessoais dos atendidos (Brasil, 2022).

Segundo a literatura, de cada quatro pessoas em situação de rua, três estão sozinhas (74%). Os dados levantados na cidade de São Paulo traçam paralelos com os resultados obtidos em nosso estudo, evidenciando que 73,5% dos indivíduos pesquisados estão no contexto de situação de rua sozinhos, o que reforça a característica de isolamento desta população (São Paulo, 2020).

As principais fontes de renda relatadas pela população foram os serviços informais (20,6%), guarda carros (19,6%), pedidos de dinheiro (19,6%), reciclagem (18,9%) e vendas (11,3%). As atividades exercidas pela população desse estudo asseveram um recorte já ilustrado na literatura sobre as diferentes formas de renda da PSR: 19,5% trabalham como “flanelinha” (guardador de carro); 15,7% pedem dinheiro como principal fonte de renda; 19,1% catador

de material reciclável (Brasil, 2008). Parcelas menores da população relataram depender de benefícios sociais (9,4%), venda de arte (5,6%) ou práticas ilícitas (2,3%) como fonte de renda.

Os principais motivos/fatores predisponentes para estar em situação de rua relatados pelos indivíduos presentes nesse estudo foram o desemprego/dificuldades financeiras (40,7%), questões familiares (39,6%) e uso de substâncias (31,4%). Os três fatores citados compõem os fatores contribuintes mais comuns para a situação de rua, embora existam variações em relação à ordem de frequência na literatura. Segundo o Ministério de Cidadania (Brasil, 2020), a causa mais comum são “problemas com a família”, seguido pelo “desemprego” e por “problemas com álcool/drogas”. Uma pesquisa realizada pela FAS de Curitiba (2016) evidenciou que os principais motivos que levaram à situação de rua dos indivíduos no estudo foram: “envolvimento com drogas” (27,0%); “álcool” (24,7%); “conflitos familiares” (22,3%) e “desemprego” (9,9%).

É importante que o vislumbre de tais dados possibilite a (re) elaboração de políticas públicas, de modo a garantir tantas formas de geração de trabalho e renda para a PSR, levando em consideração suas especificidades, como apoio concreto e sistemático que proteja relações familiares.

No que compete às ações de geração de renda, variadas iniciativas em contexto nacional vêm se apoiando na Economia Solidária (ECOSOL) para garantir o direito ao trabalho. Segundo Singer (2002), a ECOSOL é uma proposta organizacional da vida produtiva comunitária pautada em ideais de solidariedade, autogestão, respeito ao ser humano e ao meio ambiente, a qual congrega trabalhadores em Empreendimentos Econômicos Solidários (EES) para a produção de diferentes produtos e serviços. Estruturalmente, a ECOSOL se organiza por meio de cooperativas, associações, grupos de trabalhadores, instituições de financiamento e de apoio, redes colaborativas etc. Tais experiências, dessa forma, vêm construindo espaços para a comercialização, produção e cuidado que garantam apoio concreto e sistemático para a inclusão produtiva, procurando garantir e ampliar formas de geração de trabalho e renda.

Ainda, é importante, como ressaltam Ferro *et al.* (2020), que tal empreitada seja sensível às demandas e necessidades de diferentes segmentos em vulnerabilidade social, aqui inclusa a POPRua, proporcionando-lhes apoio contínuo e longitudinal. Dessa forma, parcerias comunitárias que aliem indissociavelmente ações integradas de geração de trabalho à atenção e ao cuidado de pessoas em situação de rua, em seus processos singulares de vida, possibilitam o fortalecimento da inclusão social pelo trabalho e, com isso, o enfrentamento de fatores que vulnerabilizam constantemente esta população.

Neste panorama, ainda, é imprescindível a construção criativa de instituições que, por si só, prevejam em suas normativas, objetivos e recursos humanos, a estrutura propícia para promover a inclusão social pelo trabalho. Um dos exemplos a ser aqui ressaltado é o dos Centros de Convivência e Cooperativa (CECCO). Edificados já em 1989, no município de São Paulo, os CECCOs, embora com diferentes limitações, previam em seus objetivos institucionais a promoção gratuita de oficinas diversas para a população, inclusas aqui a PSR, especializando sua formação para atividades como marcenaria, costura, culinária, entre outros. Ainda, paralelamente, em sua proposta, os CECCOs promoviam coletivos de trabalho, garantindo, com isso, estrutura para a geração de trabalho e renda. Em seus recursos humanos, adicionalmente, constava a presença de profissionais, voltados ao cuidado e à atenção a pessoas com necessidades singulares, de maneira a garantir a qualificação e continuidade de sua participação nas ações (Melício; Alvarez, 2021).

Os CECCOs foram implementados em espaços variados, destaque dado aos localizados em parques públicos. Tal estratégia possibilitava, estruturalmente, a organização de diferentes estratégias de vendas dos produtos e serviços produzidos pelos coletivos de trabalhadores, tais como feiras ou em lojas e espaços de comercialização, tendo a circulação comunitária, inerente a um parque público, como fator próspero à geração de renda (Melício; Alvarez, 2021).

Em seu processo histórico, tal iniciativa se expandiu para diferentes municípios e, em 2005, foi assumido como equipamento da política nacional de Saúde Mental, conhecida como Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Atualmente, por meio da Portaria de Consolidação nº 03/2017, os Centros de Convivência são afirmados como componentes da RAPS, sendo potentes e criativas ferramentas para apoiar a inclusão social pelo trabalho de pessoas em situação de rua (Brasil, 2017).

No que compete aos fatores “problemas com a família” e “problemas com álcool/drogas” (Brasil, 2019), predisponentes para o ingresso ou a permanência em situação de rua, cabe apresentar, embora com a brevidade aqui necessária, algumas das potentes estratégias adotadas em contexto brasileiro, embora ainda pouco implementadas em variados municípios, incluída aqui a capital do Estado do Paraná, Curitiba, local de coleta de dados do projeto ora apresentado.

Estruturando ações para proteger relações familiares, de maneira a evitar sua dissolução e conseqüente destinação de algumas pessoas à situação de rua, assim como dar suporte a pessoas já em situação de rua, a RAPS afirmou como um de seus componentes a *Unidade de Acolhimento*. Segundo a Portaria 3.088/2011, tal ponto de atenção, previsto em duas modalidades, infanto-juvenil e adulto, recomendado respectivamente para municípios ou regiões de 100 e 200 mil habitantes, tem como foco prover cuidados contínuos por até seis meses, por profissionais da saúde em ambiente residencial transitório, para pessoas em situação de uso prejudicial de crack, álcool e outras drogas, que possuam “...acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório” (Brasil, 2017).

Tal instituição prevê o acompanhamento psicossocial tanto do usuário como de sua família, possibilitando o cuidado e a preservação de vínculos familiares, assim como apoio concreto a estes sujeitos. As intervenções seriam pautadas nas necessidades dos usuários e de suas famílias, possibilitando a execução de “...ações articuladas e direcionadas à moradia, ao suporte familiar, à inclusão na escola e à geração de trabalho e renda” (Brasil, 2017) e que pudessem

resgatar vínculos comunitários e apoiar e construir, conjuntamente com estes atores, projetos de vida. Cabe aqui ressaltar a importância da elaboração e implementação de instituições e propostas, tais quais as ora apresentadas para o enfrentamento dos dados/fatores elucidados por esta pesquisa, tornando-os efetivos guias para a implementação de políticas públicas.

Em continuidade, percebeu-se que 81,5% da população do presente estudo relatou fazer uso recorrente de substâncias. Com poucas variações, dados levantados pela prefeitura da cidade do Rio de Janeiro (2020) corroboram com os resultados presentes no presente estudo, com 83,1% da PSR da capital fluminense relatando usar substâncias psicoativas. Os principais motivos relatados pelos usuários para a utilização de drogas foram: perdas afetivas/problemas familiares (27,8%); vontade/curiosidade de ter o efeito da droga (20,6%); vida ruim, sem perspectivas (5,1%); pressão dos amigos (4,7%); conseguiu a droga/pintou (3,4%); perda do emprego (2,5%); preço barato (1,8%); fome (0,2%); frio (0,2%); e parcela significativa indicou outros motivos não listados ou não soube relatar (Rio de Janeiro, 2020).

A presença de transtornos mentais é relatada em 32,4% da população do estudo. Um estudo realizado na cidade de São Paulo (2020) evidenciou que 31,1% dos pacientes relataram “depressão/doença dos nervos”.

Como limitações, o fato de esta pesquisa acontecer numa capital do sul do Brasil retrata somente a realidade da população em questão, além da pesquisa acontecer exclusivamente com PSR que vivem no centro da cidade. Ainda, por seu caráter transversal à pesquisa foi possível relatar somente informações relacionadas a um momento específico, sem levar em consideração a evolução e dinâmica dessa população. A pesquisa também relatou o perfil das pessoas que buscaram espontaneamente o atendimento da ação Médicos de Rua. A alta mobilidade e a dificuldade em localizar os numerosos locais em que se encontram esses indivíduos são alguns dos fatores que obstruem o levantamento de dados sobre a PSR, o que prejudica a implementação de políticas públicas direcionadas

a esse segmento e contribui para sua invisibilidade social (IPEA, 2016). Assim, sugere-se que mais pesquisas aconteçam em diferentes contextos, de maneira também longitudinal.

Conclusão

O estudo apresentado evidenciou dados de 710 PSR atendidas pela ONG Médicos de Rua - Curitiba. Embora essa amostra represente apenas uma parcela da PSR total estimada para a cidade de Curitiba, o estudo contribui para a literatura nacional, tendo em vista a complexidade e as limitações na realização de estudos similares com PSR.

Neste sentido, resgata-se aqui a importância do apoio e da pronta implementação de instituições como os Centros de Convivência e Unidades de Acolhimento, garantindo infraestrutura e recursos humanos apropriados para o pleno funcionamento e cumprimento de seus objetivos. É importante citar a importância do trabalho desenvolvido pelas diferentes ONGs, nesse estudo a ONG Médicos de Rua - Curitiba, que busca restaurar a saúde desta população ofertando ações de caráter transdisciplinar e humanizado, de maneira a procurar garantir assistência e a promoção da saúde, inclusão social e cidadania. A partir dos dados obtidos, foi possível traçar um perfil demográfico, socioeconômico e psicossocial da população atendida, o que pode contribuir para o avanço no desenvolvimento de estratégias de saúde e políticas públicas efetivas, que acolham esta população.

Com base no exposto, reafirma-se a necessidade de um debate a respeito do fenômeno da PSR, valorizando a complexidade do tema. Ainda, é importante o desenvolvimento de ações que visem desestigmatizar e entender a existência dessa população como consequência de um quadro psicossocial situado no atual modo vigente de produção capitalista, possibilitando a geração de novos e humanizados olhares para uma população em vulnerabilidade social e historicamente invisibilizada.

Referências

ALMEIDA, S.F. População em situação de rua e o retorno à educação escolar: entre dificuldades e possibilidades.

CONGRESSO INTERNACIONAL PEDAGOGIA SOCIAL, Campinas, **SciELO Proceedings**. 2012. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/pdf/cips/n4v2/30.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2023.

BRASIL. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 dez. de 2009a.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Rua: aprendendo a contar**. Pesquisa nacional sobre população em situação de rua. Brasília, DF: MDS, 2008.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Rua: aprendendo a contar**. Pesquisa nacional sobre população em situação de rua. Brasília, DF: MDS, 2009b.

BRASIL. **População em situação de rua no Brasil: o que os dados revelam?** Brasília, DF: Ministério da Cidadania, 2019.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: MS, 2017.

BRASIL. **Resolução nº 40, de 13 de outubro de 2020**. Dispõe sobre as diretrizes para promoção, proteção e defesa dos direitos humanos das pessoas em situação de rua, de acordo com a Política Nacional para População em Situação de Rua. Brasília, DF: Conselho Nacional dos Direitos Humanos, 2020.

CURITIBA. Prefeitura Municipal de Curitiba/PR. **FAS Realiza pesquisa sobre população em situação de rua de Curitiba**. Curitiba, PR, 2016. Disponível em: <https://www.curitiba.pr.gov.br/noticias/fas-realiza-pesquisa-sobre-populacao-em-situacao-de-rua-decuritiba/40126>. Acesso em: 15 jul. 2023.

ESMERALDO, A.F.L.; XIMENES, V.M. Mulheres em situação de rua: implicações psicossociais de estigmas e preconceitos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília-DF, v. 42, e235503, p. 1-15, 2022.

FERRO, L.; PINTO, L.M.; BURNAGUI, J.G. Economia solidária e saúde mental: reflexões e subsídios para a prática profissional. In: MENZ, D.M.; CREMASCO, M.V.F. **Formação em políticas sobre drogas**. Paraná: Editora UFPR, 2020. p. 283-308.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Estimativa da população em situação de rua no Brasil**. Brasília, DF: IPEA, 2016.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Estimativa da população em situação de rua no Brasil (2012-2022)**. Brasília, DF: IPEA, 2022.

MELÍCIO, T.B.L.; ALVAREZ, A.P.E. **Centro de convivência**: arte, cultura e trabalho potencializando a vida. Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia/RJ; 2021. Disponível em: http://www.crpj.org.br/site/wp-content/uploads/2021/12/centros_convivencia.pdf. Acesso em: 15 jul. 2023.

MELO, T.H.A.G. **A rua e a sociedade**: articulações políticas, socialidade e a luta por reconhecimento da população em situação de rua. 2011. 194 f. Dissertação (mestrado em antropologia social) - Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, 2011. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/48438>. Acesso em: 15 jul. 2023.

MELO, Tomás (coord.). Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Guia brasileiro de moradia primeiro (Housing First)**. Brasília, DF: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2022/dezembro/guia-auxilia-a-implementacao-de-projetos-de-moradia-primeirono-brasil/copy5_of_Guia_Brasileiro_de_Moradia_Primeiro_V3.pdf. Acesso em: 15 jul. 2023.

PARANÁ. Defensoria Pública do Estado do Paraná. **DPE-PR entrega relatório à FAS sobre o serviço prestado às pessoas em situação de rua pelo município de Curitiba.** 2023. Curitiba, PR, 2023a. Disponível em: <https://www.defensoriapublica.pr.def.br/Noticia/DPE-PR-entrega-relatorio-FAS-sobre-o-servicoprestado-pessoas-em-situacao-de-rua-pelo>. Acesso em: 15 jul. 2023.

PARANÁ. Defensoria Pública do Estado do Paraná. Núcleo da Cidadania e Direitos Humanos. **População em situação de rua em Curitiba: uma descrição crítica dos serviços ofertados a pessoas em situação de rua na capital paranaense.** 2023. Curitiba, PR, 2023b. Disponível em: https://www.defensoriapublica.pr.def.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2023-02/relatorio_final_-_visitas_nucidh_-_poprua.pdf. Acesso em: 15 jul. 2023.

PARANÁ. Secretaria da Justiça, Família e Trabalho. Comitê Intersetorial para a população em situação de rua. **Levantamento da população em situação de rua** [cartilha]. Curitiba, PR, 2021. Disponível em: https://www.justica.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2021-07/levantamento_psr_2021_final.pdf. Acesso em: 15 jul. 2023.

PINHO, R.J.; PEREIRA, A.P.F.B.; LUSI, I.A.O. População em situação de rua, mundo do trabalho e os centros de referência especializados para população em situação de rua (centro pop): perspectivas acerca das ações para inclusão produtiva. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 27, n. 3, p. 480-495, 2019.

PIVA, N. **Curitiba tem 1,7 mil moradores de rua; maioria tem família na região.** Curitiba, PR, 2016. Disponível em: <https://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/futuro-das-cidades/curitiba-tem-17-mil-moradores-de-rua-maioria-tem-familia-naregiao-cg6hv3l51sk3lgov4bd8dneil/>. Acesso em: 15 jul. 2023.

RECIVIL. Sindicato dos Oficiais de Registro Civil de Minas Gerais. Sem documentos, população de rua vivencia falta de direitos

básicos. **Diário do Nordeste**, 24 jul. 2018. Disponível em: <https://recivil.com.br/sem-documentos-populacao-de-ruavivencia-falta-de-direitos-basicos-diario-do-nordeste/>. Acesso em: 15 jul. 2023.

RIO DE JANEIRO. Ministério Público. **A tutela da população em situação de rua pelo Ministério Público** [cartilha]. Rio de Janeiro, RJ: MP, 2016.

RIO DE JANEIRO. Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. **Números do censo da população em situação de rua 2020**. Rio de Janeiro, RJ: MP, 2020.

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal de São Paulo. **Censo e caracterização socioeconômica da população em situação de rua na municipalidade de São Paulo (2011)**. São Paulo, SP: Prefeitura Municipal de São Paulo, 2012.

SÃO PAULO. Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS). **Pesquisa censitária da população em situação de rua: caracterização socioeconômica da população em situação de rua e relatório temático de identificação das necessidades desta população na cidade de São Paulo**. São Paulo, SP: SMADS, 2020.

SICARI, A.A. **A cidade, a rua, as pessoas em situação de rua: (in)visibilidades e a luta por direitos**. 2018. 207 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/189945>. Acesso em: 15 jul. 2023.

SILVA, C.L. **Estudos sobre população adulta em situação de rua: campo para uma comunidade epistêmica?** 2012. 125 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/17574>. Acesso em: 15 jul. 2023.

SINGER, P. **Introdução à economia solidária**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2002. Disponível em: <https://fpabramo.org>.

br/wp-content/uploads/2018/04/Introducao-economiasolidaria-
WEB-1.pdf. Acesso em: 15 jul. 2023.

TIENGO, V.M. O fenômeno população em situação de rua enquanto fruto do capitalismo. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 138-150, 2018.

WHO. World Health Organization. **Social determinants of health**. 1992. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1. Acesso em: 10 set. 2023.

CAPÍTULO 3

DESAFIOS E POSSIBILIDADES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (PNSI LGBT) NO PARANÁ: UM ESTUDO QUALITATIVO

**Amanda de Cassia Azevedo da Silva,
Daniel Canavese de Oliveira, Marcos Cláudio Signorelli**

Introdução

Este capítulo compõe uma dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva e faz parte de um projeto interinstitucional que investiga a implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI LGBT) (Brasil, 2013) nos três Estados da Região Sul do país. A PNSI LGBT (Brasil, 2013), promulgada em 2011, considera os efeitos de discriminação, violências e exclusão sobre a saúde da população de LGBT (neste manuscrito será utilizada a mesma sigla contemplada na PNSI LGBT para fins de padronização) e para enfrentamento desses obstáculos pauta-se na promoção da equidade em saúde. Releva que orientação sexual e identidade de gênero são reconhecidas pelo Estado como determinantes e condicionantes da saúde, assim como a intolerância, estigma e exclusão social podem contribuir para a restrição no acesso aos serviços de saúde e para o sofrimento da população LGBT (Silva *et al.*, 2020).

Trata-se de uma política de saúde advinda do fortalecimento da participação social de LGBT nas políticas públicas e em organizações da sociedade civil, junto aos movimentos LGBT, decisivos para os avanços conquistados e para a construção de um conceito real de gestão participativa, para um SUS mais inclusivo, mais equânime, mais humano, universal e integral (Rocon *et al.*, 2022).

A expectativa de vida de uma pessoa trans no Brasil é de 35 anos e a cada uma hora um LGBT é agredido no Brasil, sendo que a cada 20 horas, alguém morre no país por ser LGBT (GGB, 2017). O Brasil é também o país onde mais se assassinam LGBT no mundo, e somente em 2021, 300 LGBT sofreram morte violenta no Brasil, 8% a mais do que no ano anterior: 276 homicídios (92%) e 24 suicídios (Oliveira e Mott, 2021). Em 2020, 237 LGBT tiveram morte violenta no Brasil, vítimas da LGBTfobia: 224 homicídios (94,5%) e 13 suicídios (5,5%) (Gastaldi *et al.*, 2021). Portanto, a vulnerabilidade desse grupo aumenta a cada ano.

O Relatório Mundial da Organização “Transgender Europe” mostra que, de 325 assassinatos de transgêneros registrados em 71 países nos anos de 2016 e 2017, um total de 52% (171 casos) ocorreram no Brasil (Balzer *et al.*, 2016).

No Estado do Paraná, de 2014 a 2017, foram notificados 570 casos de violência autoprovocada na população LGBT, sendo 169 (29,6%) gays; 220 (38,5%) lésbicas; 28 (4,91%) travestis; 112 (19,6%) trans mulheres e 41 (7,19%) trans homens. Entre os achados, 78 (13,6%) apresentavam algum tipo de transtorno mental. Em relação aos meios de agressão, 352 (61,7%) dos casos foi por envenenamento ou intoxicação e, dos casos de violência autoprovocada, 231 (40,52%) sofreram recorrência (Dos Santos *et al.*, 2022). Assim, percebe-se que o cenário acerca da saúde e da vida de pessoas LGBT não é favorável no Paraná e no Brasil.

Dessa forma, ao explorar a implementação da PNSI LGBT (Brasil, 2013), este estudo objetivou investigar a implementação da política no âmbito do Estado do Paraná, privilegiando as vozes de sujeitos que com ela trabalham, incluindo gestores(a) e profissionais do SUS.

Assim, pergunta-se: quais desafios e potencialidades na implementação da PNSI LGBT no Estado do Paraná são identificados sob a perspectiva de agentes envolvidos(as) no processo de efetivação? Enseja-se, por meio deste trabalho, um maior foco na saúde das pessoas LGBT, com conseqüente valorização e melhoria das ações de saúde dessa população, aplicando de fato todo o constructo legal formador dessa política.

Metodologia

Este estudo qualitativo, possui abordagem descritiva e transversal e obedeceu aos Critérios Consolidados para Relatos de Pesquisa Qualitativa (COREQ) (Souza *et al.*, 2021). Optou-se pela entrevista semiestruturada em profundidade (Liamputtong, 2012), com questões elaboradas a partir de embasamento teórico, da investigação e estudo prévios, nos quais os/as pesquisadores/as compilaram sobre a PNSI LGBT, conduzidas entre agosto e outubro de 2018.

O recrutamento de participantes foi realizado a partir da apresentação do projeto de pesquisa à coordenação da equipe da Secretaria Estadual de Saúde (SESA/PR), responsável pela implementação da PNSI LGBT e posterior convite para os/as trabalhadores/as. Os indivíduos escolhidos foram selecionados por conveniência ou acessibilidade, dentre aqueles indicados às/aos pesquisadoras/es.

Participaram da entrevista oito (8) sujeitos sociais envolvidos na temática: gestores(as) e profissionais da rede de saúde, e fundamentais no processo da pesquisa, que aceitaram participar da interlocução, em uma sala reservada, onde as entrevistas foram integralmente gravadas, e posteriormente, transcritas seguindo o rigor ético e metodológico de pesquisa. Foram selecionados para a entrevista, dois locais na cidade de Curitiba (PR): 1) o Centro de Pesquisa e Atendimento a Travestis e Transexuais (CPATT), que desde 2014 realiza atendimento clínico de referência em âmbito estadual, incluindo hormonização e psicologia aos usuários do SUS, sendo essencial no processo transexualizador; 2) a sede da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (SESA/PR), onde fica lotada grande parte dos profissionais e gestores que atuam na PNSI LGBT e contribuíram com a pesquisa.

A pesquisa ocorreu após assinaturas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e da SESA/PR (Parecer nº 2.632.685) e do Parecer nº 2.786.173. A fim de assegurar o anonimato, as entrevistadas (E) não foram identificadas, mas numeradas aleatoriamente por números arábicos.

Resultados e Discussão

Todas as entrevistadas foram mulheres, sendo 7 cis e 1 trans, e se autodefiniam como heterossexuais, envolvidas com a gestão de políticas ou com o atendimento do público LGBT no SUS. Isso evidencia um perfil feminino de engajamento neste estudo. Em relação às profissões foram entrevistadas (2) enfermeiras, (3) psicólogas, (1) assistente social, (1) médica e (1) coordenadora (com ensino médio). Destas, três têm especialização e uma possui mestrado. Em

relação à idade, variava entre 35 a 60 anos. No tocante à religião, se autodenominaram: (4) católicas, (1) cristãs, (2) evangélicas e (1) sem religião definida.

Os critérios nos quais o estudo se ancorou foram estabelecidos a partir dos principais temas apresentados nos resultados, e se constituem nas linhas de análise de dados e se referem a: 1) Desafios referentes à PNSILGBT no Paraná; e 2) Possibilidades relativas à Política. Há descrição de temas secundários, como o acesso ao serviço de saúde, educação permanente, preconceito e discriminação da população em foco.

As temáticas abordadas no estudo foram identificadas antecipadamente à coleta de dados e as citações das participantes foram apresentadas para ilustrar os achados. De forma geral, houve consistência entre os dados apresentados e os resultados, como demonstrado a seguir.

Desafios para a saúde da população LGBT

Os problemas enfrentados pela comunidade LGBT no cuidado da saúde se relacionam tanto ao acesso à informação, quanto ao acolhimento nas unidades de saúde. Parte da população não conhece seus direitos, e essa desinformação é respectiva às iniquidades sentidas pelas pessoas que não pertencem à heteronormatividade hegemônica social (Oliveira, 2022).

Preconceito e discriminação

A adversidade que profissionais da saúde devem superar, transcende preconceitos e discriminações contra a população LGBT; inicia com seu reconhecimento como ser humano, do sujeito de direitos, com particularidades e necessidades específicas (Paulino *et al.*, 2019).

O preconceito dificulta o ingresso ao público LGBT aos serviços de saúde, e foi mencionado nas entrevistas em diversos momentos, caracterizando um acesso já muito difícil, acompanhado de discriminação, afastando ainda mais a atenção primária:

“Existe a questão do preconceito” (E 6). “Ainda é muito difícil esse acesso para eles” (E4). “A barreira é o desconhecimento e o preconceito que a nossa sociedade tem com relação à população LGBT” (E7). “Existe a questão do preconceito e acho que sempre vai existir” (E3). “A gente escuta as pessoas e sabe das necessidades, das discriminações, dos preconceitos e discriminação que a população sofre” (E8). “É uma temática ainda muito imbuída de muitos preconceitos, precisa muito caminhar [...] de todas as temáticas, é a mais envolta em preconceitos” (E6). “Necessita de conversas com outros profissionais para que isso possa ser acolhido e não no sentido de que concorda ou não. Acolhido o sofrimento, acolhida a pessoa” (E4). “As pessoas entendem a população LGBT ainda, como se fôssemos doentes, que se tocássemos ou estivéssemos próximos iriam se contaminar ou se tornar gays, lésbicas” (E7). Outra participante aprofunda a questão da limitação do acesso apontada de forma unânime pelas demais e adiciona a respeito do “delay” na implementação de políticas sociais para esse grupo:

A própria política é muito lenta em todas as áreas e quando fala em saúde LGBT [...] a gente acaba tendo que enfrentar preconceitos, resistências políticas, sociais, religiosas [...] tem toda a questão de preconceito, de conseguir se inserir no mercado do trabalho, aí vai todo o efeito em cascata, não consegue trabalhar, não consegue pagar suas contas, e aí como vai conseguir se alimentar né, como é que você vai conseguir implementar ações de saúde, como é que vai se cuidar, é um processo sem fim de dificuldades (E1).

Dificuldade do acesso aos serviços de saúde

○ acesso da população trans aos serviços de saúde se complica pelas particularidades no cuidado. Sem um acolhimento adequado, essa população sofre com barreiras de acesso e discriminação (Lucena *et al.*, 2022). A maior aproximação dessa população com os serviços especializados, que realizam a cirurgia transgenitalizadora (ou de afirmação de gênero), em detrimento dos serviços da atenção básica se justifica, em grande parte, pela dificuldade de encontrar profissionais que estejam preparados para atender

às demandas específicas da população trans (Oliveira e Romanini, 2020). De qualquer modo, as cirurgias do processo transexualizador não são uma realidade no Estado, como citam as entrevistadas: “O fato do Paraná não oferecer as cirurgias pelo SUS é um fator de grande frustração” (E2). “Cirurgias a gente não tem nenhuma. Oficialmente implantado pelo SUS, continuando o processo transexualizador a gente ainda não tem. Tem algumas falas, alguns interesses, ainda bem lentamente” (E1).

Desconhecimento da política

As narrativas sugerem que mesmo inseridas em uma instituição de saúde, como a SESA, há profissionais que desconhecem essa política: “Inclusive existem profissionais dentro da própria secretaria que desconhecem” (E1).

*“Desconhecem a política, desconhecem a temática” (E6).
“Falta interligação dos setores dentro da própria secretaria, entre as próprias superintendências. O comitê técnico precisa ter um membro de cada superintendência, e algumas pessoas não estão presentes” (E3).*

Os últimos relatos, que expressam o desconhecimento dos objetivos e diretrizes da PNSI LGBT, podem manifestar-se em desarticulação de ações nos diversos níveis de atenção à saúde, determinando a fragmentação do cuidado (Gomes *et al.*, 2018). O desconhecimento resulta em despreparo dos profissionais de saúde para atender o público LGBT além de provocar absenteísmo, afastamento dessa população aos serviços de saúde, desapontamento com os serviços buscados, com consequente descontinuidade de cuidados em saúde e a preferência em não procurar tais serviços (Bezerra *et al.*, 2019).

Educação permanente e continuada

Existem ações de educação em saúde para gestores(as) e profissionais da saúde, nas rotinas dos seus serviços, voltadas para o fim do preconceito com a população LGBT (Brasil, 2013), desenvolvidas pelo o Ministério da Saúde (Brasil, 2015) e também pela

SESA/PR. Porém, necessitam de aprimoramento, como ressaltam as seguintes narrativas:

“Precisamos de muitas capacitações. Precisamos de muitos grupos de trabalho, dialogar mais, falar mais” (E2). “Poderia ter mais capacitações sobre o tema [...] ter o conhecimento maior, em nível de gestão [...] a secretaria estaria priorizando esta população, [...] sentimos falta de capacitação” (E4). Outro ponto levantado pelas participantes é que quem mais precisa não é capacitado, enquanto que as pessoas já sensibilizadas para o tema é que são as mais engajadas em ações de capacitação promovidas pela SESA/PR.

Falta capacitação dos gestores, profissionais e usuários, organização de cursos e materiais para sensibilização e esclarecimentos sobre saúde LGBT (Negreiros *et al.*, 2019). Setores da saúde e educação podem contribuir para a superação da LGTBfobia por meio da promoção da cultura de paz, educação plural e inclusiva e prevenção de violências, na garantia do respeito à liberdade individual e à dignidade humana (Guimarães *et al.*, 2020; Negreiros *et al.*, 2019; Silva *et al.*, 2020). Exige-se um debate de instituições de ensino e associações científicas em favor das minorias sexuais e de gênero, na busca de uma formação acadêmica que discuta a diversidade de gênero como questão social atinente ao processo de cuidado em saúde (Souza e Helal, 2016).

A medida é urgente (Rocon *et al.*, 2016) diante da deficiência do tema na grade curricular dos cursos da saúde. É um desafio implementar a PNSI LGBT, considerando as atuais Diretrizes Curriculares que não contemplam os aspectos mais expressivos da saúde LGBT (Rocon *et al.*, 2016). Isso pode ser exemplificado com o relato: *“O movimento disse que um médico não quis, não sabe se faz exame do Papanicolau numa paciente que nunca teve uma relação hetero” (E5).* A falta de abrangência sobre assuntos relacionados ao público em questão leva à formação de profissionais sem preparo para as demandas específicas da população LGBT, principalmente referentes ao denominado processo transexualizador (Silva *et al.*, 2017). A baixa qualificação dos(as) profissionais enfraquece a implementação de políticas, tornando inevitável o investimento em

formação profissional, rompendo com os padrões heterossexuais hegemônicos influenciadores da conduta pessoal e profissional (Rocon *et al.*, 2022).

Sustenta-se a necessidade de problematizar, junto aos profissionais da saúde, as consequências da abordagem de gênero de forma binária e da heteronormatividade para a saúde, com campanhas permanentes do direito ao atendimento livre de discriminação e ao uso do nome social (Silva *et al.*, 2017). Unir trabalhadores da saúde, pesquisadores e usuários trans torna possível aprender sobre população trans, transexualidade e procedimentos transgenitalizadores (Oliveira, 2022; Paulino *et al.*, 2019; Lucena *et al.*, 2022; Oliveira e Romanini, 2020; Rocon *et al.*, 2022).

Demanda elevada

Destaca-se a narrativa de alta demanda do serviço de saúde:

“Tem uma demanda gigante, a fila de espera não para de crescer na unidade de saúde” (E2). Em consequência, a sugestão de ampliação do serviço CPATT: *“Talvez a gente possa pensar na possibilidade de mais um CPATT para outro extremo do Estado”* (E5). *“O ideal seria ter os polos: Maringá, Ponta Grossa, Londrina, Cascavel, enfim, ter alguns polos de atendimento”* (E4).

Estigma: HIV e Aids

As discussões sobre população LGBT ainda esbarram no estigma e discriminação sobre HIV e Aids, relacionadas às vulnerabilizações a que essa população foi sujeitada historicamente (Rocon *et al.*, 2016), como exemplificam as participantes das entrevistas: *“A política começou a instituir há muitos anos atrás, na década de 90 com a questão da Aids, quando os movimentos sociais se organizaram no estado”* (E7). *“Historicamente, o tema é conectado com a questão da coordenação da Aids”* (E5).

Se começou a ver que nem toda travesti, toda transexual, toda lésbica tem algum tipo de DST. Então a gente sentiu a necessidade de se desvincular dessa superintendência e

colocar em uma superintendência geral que pega mais a atenção integral de qualquer indivíduo e colocamos na divisão das populações vulneráveis (E2).

Falta de integralidade no cuidado

Outrossim, reforçam-se lacunas na promoção da integralidade do cuidado, pois a população LGBT adoece de todos os tipos de doenças, como diabetes, hipertensão e doenças crônicas de qualquer tipo (Souza; Helal, 2016), como no seguinte exemplo:

A articulação em rede é precária. O usuário tem que procurar uma unidade de saúde. Quando eles procuram unidade de saúde, simplesmente não encaminham, colocam na fila de espera, mas não dão continuidade no acompanhamento desse usuário, [...] nosso ambulatório é específico, é voltado para o processo transexualizador. Mas existem outras questões relacionadas a saúde do paciente. O paciente pode ser hipertenso, pode ser diabético, ele pode ter um outro problema de saúde que a atenção primária tem que absorver e acompanhar (E3).

As participantes também revelam que muitas mulheres lésbicas relatam discriminação ao acessarem serviços de saúde e referem ser desmotivadas a procurar cuidados à saúde; quando os procuram, suas demandas não são abordadas. Vulnerabilizadas, por serem estigmatizadas e discriminadas, sentem vergonha de ir ao ginecologista e os motivos para a menor busca aos serviços de saúde são: discriminação; despreparo dos profissionais na atenção às suas particularidades; dificuldades em assumirem sua orientação sexual; e recusa de aceitar o risco (Facchini e Barbosa, 2013). Isso se sobressai da seguinte forma:

Não contempla 100% a população ainda, porque a gente sabe que as mulheres lésbicas sofrem preconceito por serem mulheres lésbicas quando precisam acessar o sistema de saúde.

População trans e o nome social

As narrativas das participantes da pesquisa expressam que grande parte das demandas e dos sofrimentos psíquicos das pessoas trans envolvem o uso ou não, do nome social e o respeito ao tratamento relacionado ao pronome a qual se identificam. “A maior queixa do meu trabalho [...] era do desrespeito do nome social” (E3). O nome social deveria ser uma forma de combate à discriminação e garantia de acesso aos serviços de saúde, perante a exclusão social e preconceito (Souza; Helal, 2016; Rocon et al., 2016; Silva et al., 2017; Santos et al., 2019). O respeito ao nome social ampara os serviços de saúde por normativa específica para o atendimento de pessoas trans, por meio da Portaria nº 1.820/2009 (Brasil, 2009).

Salienta-se um descaso principalmente vinculado à Atenção Primária à Saúde (APS). Campanhas consagradas para prevenção do câncer de mama e de próstata, como a do outubro rosa e do novembro azul, respectivamente, marginalizam e excluem outras corporalidades e identidades de gênero que não conformadas na cis-generidade. Além disso, sinaliza-se um desconhecimento a respeito do cuidado que pode ser oferecido a essas populações, uma vez que mulheres trans necessitam de exames de próstata e homens trans de exames de mamas e de Papanicolau.

Se o Estado diz que só mulheres podem fazer mamografia, eu estou restringindo a população trans, impedindo que o homem trans tenha acesso ao serviço de saúde (E1)

Existem campanhas de prevenção [...] do ministério da saúde, estaduais. O outubro rosa, novembro azul. [...] a nossa população não é mencionada dentro dessas políticas, então existem as estratégias de prevenção. A nossa população é vulnerável ao câncer e não se faz uma política ou uma campanha onde as mulheres trans precisam fazer exame de próstata depois de tantos anos, para prevenção. Ou fazer exames de mama nos homens trans. Ou a gente faz por conta, quando acha por bem que é necessário fazer, ou vai ficar de fora, porque a campanha é feita para homens e mulheres cis. Hoje existe pontualmente janeiro lilás, que vem ao encontro ao dia da visibilidade trans em nível nacional

da população LGBT, que foi instituído desde 2007, onde você trabalha, faz ações direcionadas à saúde da população trans através dos movimentos sociais. E ainda somente o governo federal apoia e diz assim: dia 29 de janeiro é o dia para se lembrar, se falar sobre temas de saúde para esta população [...] os movimentos sociais vêm pedir apoio para estas ações. Porque não é instituído dentro do estado isso como uma estratégia de prevenção (E7).

De acordo com a narrativa da E7 essa campanha de prevenção do janeiro lilás não é instituída no Estado como estratégia de prevenção legítima, mas é desencadeada isoladamente por pressões dos movimentos sociais LGBT.

Existe ainda a necessidade de ampliar os estudos que delinham o perfil desse grupo populacional no que diz respeito à determinação social da saúde (Souza; Helal, 2016). Nesse sentido, pode ser citada uma correlação de mulheres trans com a prostituição, em que aproximadamente 90% delas já estiveram em algum momento da vida trabalhando como profissionais do sexo (Rocon *et al.*, 2022). Isso implica nas vulnerabilizações acerca de doenças, IST, HIV/Aids e violências de gênero, como cita E2:

É uma dificuldade de inserção no mercado de trabalho, isso leva muitas vezes ao caminho da prostituição e toda sorte de riscos. Elas ficam expostas a isso. Questão da violência que elas sofrem no dia a dia (E2).

Saúde Mental

Destaca-se também o fato de homicídios de LGBT terem se caracterizado como um problema de saúde pública e de violação sistemática dos direitos humanos (Mendes, 2020; Antra, 2018), como explanado pela E8:

Muitas dessas pessoas morrem quando estão expostas [...] sofreram mortes violentas. Têm muitos casos de suicídio. É frequente nessa população [...]. A violência doméstica [...] políticas nesse sentido, para diminuir essas situações de morbimortalidade (E8).

O suicídio faz parte de um conjunto de agravos evitáveis, vinculados ao adoecimento mental, que podem ser desencadeados pela LGBTfobia, refletindo carência de acesso aos programas de saúde mental específicos para LGBT, assim como a falta de interlocução com outras políticas de saúde (Albuquerque et al., 2013; Rocon et al., 2022; Brasil, 2015). *“Não se fala em população LGBT na saúde mental, nem na academia, nem nos cursos e atualizações”* (E1).

Os motivos especificados nas entrevistas para menor busca aos serviços de saúde foram: discriminação, despreparo dos profissionais na atenção às particularidades, dificuldades em assumir sua orientação sexual, e negação de aceitar o risco de desenvolver doenças, como pode ser exemplificado a seguir:

[...] nossos governantes [...] contrários ao avanço da política integral da sua sociedade, disseram que as pessoas estavam morrendo na saúde e a saúde estava pensando em gastar dinheiro com cirurgia de estética, de mudança de sexo [...] não é meramente estética e sim uma questão física do sujeito. É um direito (E5).

Possibilidades para a saúde da população LGBT

As participantes enalteceram as potencialidades da PNSI LGBT, mencionando sistematicamente a atuação do CPATT, dos Comitês LGBT, além da própria implementação de uma política voltada à população foco do estudo, no Estado.

PNSI LGBT no Estado, o CPATT e os Comitês

As entrevistadas citam uma lentidão no progresso, mas sustentam os avanços da política, citando o CPATT como estratégia primordial e inovadora, assim como a existência de dois comitês, como corroborado nas seguintes exposições: *“A passos lentos, mas estamos avançando”* (E2). *“A própria questão do ambulatório [trans] foi um avanço”* (E3). *“Teve mais visibilidade, por exemplo, as ONGs, os comitês que existem”* (E4). *“Com certeza teve avanços. O Estado do Paraná tem a sua resolução de nome social. Temos o CPATT, mas a atenção básica ainda é incipiente”* (E6).

Eu achei uma evolução do Estado, um ambulatório que presta esse atendimento para essa população, que faz hormonioterapia, que acompanha, ajuda essa adequação do corpo, a identidade que a pessoa se autodenomina. (E1).

A política é muito falha em todos os níveis de atenção, mas a secretaria teve um olhar diferenciado para a política, até porque muitos estados não têm nada. O grande passo da SESA foi a criação do ambulatório CPATT (E3).

Portanto, foi realçada a existência de dois Comitês de Saúde LGBT (Paraná, 2015a; Paraná, 2015b) que servem como multiplicadores de conhecimento aos profissionais e movimentos sociais, no Estado. Esses órgãos citados pelas participantes se referem aos Comitês: 1) Instituído pela Secretaria da Justiça, Família e Trabalho, e 2) Instituído pela Secretaria de Estado da Saúde. O primeiro, Comitê de Acompanhamento da Política de Promoção e Defesa dos Direitos de LGBT do Estado do Paraná, foi instituído pela Resolução SEJU nº 149 de 07 de dezembro de 2015 (Paraná, 2015a), junto ao Departamento de Direitos Humanos e Cidadania, como instrumento interssetorial de gestão de caráter consultivo e propositivo com a finalidade de auxiliar na implementação e acompanhamento das políticas públicas voltadas à população LGBT, em todos os âmbitos da Administração Pública no Estado do Paraná, a fim de garantir a promoção e proteção dos direitos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) do Estado do Paraná.

O segundo comitê, o Comitê Técnico de Saúde Integral das Pessoas LGBT, foi regulamentado pela Resolução SESA nº 056/2015 (Paraná, 2015b), na Secretaria de Estado da Saúde e foi instituído para promover políticas públicas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, valorizando a universalidade do acesso e a equidade da oferta de ações e serviços de saúde nas instâncias da atenção à saúde integral, de promoção e vigilância em saúde, da educação permanente e educação popular, da informação e da pesquisa, na esfera do Sistema Único de Saúde (SUS). Atua acompanhando e monitorando a implantação e a implementação da PNSI LGBT, na perspectiva de garantir a equidade na atenção à saúde para essa comunidade, assim como apresentar apoio para a implementação da

PNSI LGBT no que concerne à promoção, prevenção e atenção à saúde deste universo populacional no contexto do Estado do Paraná, colaborando para a pactuação da PNSI LGBT nos diversos órgãos e entidades integrantes do SUS no Estado do Paraná.

Além dos comitês, estratégias positivas citadas nesta pesquisa se relacionam à prevenção de HIV/Aids e outras infecções sexualmente transmissíveis, redução de diagnósticos tardios, aumento da testagem e incentivo ao tratamento precoce. Entre essas ações podem ser enfatizadas: testes rápidos para a detecção do HIV e o aconselhamento (Paraná, 2018). Também, há o apoio da SESA em relação à PNSI LGBT, na dispensação de hormônios gratuitamente, ao trabalho dos departamentos de Divisão de Atenção às Comunidades Vulneráveis e do Programa IST-Aids, e a atuação do CPATT.

Hoje nós temos uma política instituída em nosso estado. Não é o que a população merece enquanto serviço integral de saúde, mas não estamos totalmente abandonados. Não se falava sobre isso, não se falava sobre a população LGBT, dentro do sistema de saúde e outros setores da nossa sociedade. Isso é um grande avanço, não é o ideal [...] O nosso maior medo é que as políticas sejam retiradas, dependendo da gestão (E5).

O CPATT é um grande avanço. Esse olhar que estamos iniciando agora, para progressivamente, de uma forma bem organizada e estruturada possamos com a ajuda da equipe técnica do CPATT, capacitar a atenção primária (E5).

Ainda considerando a abordagem dos avanços, os resultados desse estudo geraram o “Relatório Técnico de Análise Qualitativa da Implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT no Estado do Paraná” (Signorelli *et al.*, 2019), que permite expor um diagnóstico da PNSI LGBT no estado e fomentar diretrizes em prol da melhoria das ações de promoção da saúde do público LGBT.

Considerações finais

A população LGBT existe, resiste e ocupa os espaços sociais, porém encontra-se invisível na implementação de políticas públicas. Os avanços conquistados devem ser reafirmados e garantidos pela mobilização social e pelo Estado. São diversos os desafios que ainda estão por vir, e ainda há muito a avançar. No Paraná, esta pesquisa demonstrou consonância a essas constatações.

Entre os avanços e conquistas ressaltam-se inquestionavelmente, o CPATT e suas atribuições, enquanto referência em atenção secundária para trans, assim como as capacitações de profissionais, as campanhas promovidas pelo Ministério da Saúde e pela SESA/PR, além da existência de dois comitês de saúde LGBT no Estado.

Porém, são inúmeros os desafios identificados. Quando se trata do acesso população LGBT à atenção integral à saúde, o estudo reconhece dificuldades no decorrer da rede de atenção em saúde, falta de informação de trabalhadores, impasses nos encaminhamentos entre atenção primária e secundária, obstáculos no acesso aos serviços de saúde na atenção primária e preconceito dos profissionais em relação aos usuários LGBT. O receio e estigma, são motivos de muitas pessoas evitarem informar dados sobre sua saúde sexual para profissionais de saúde. Outro aspecto relevante diz respeito à insegurança de alguns profissionais da saúde na abordagem de pessoas LGBT, resultado da falta de formações/capacitações específicas.

Discriminação, barreiras de diálogo entre profissionais da saúde e LGBT, além da violação quanto ao uso do nome social se manifestam como entraves ao acesso de pessoas LGBT aos serviços de saúde, contribuindo para o adoecimento, à medida que os nega e dificulta cuidados em saúde.

A educação permanente e educação popular em saúde devem ser relacionadas à humanização, assim como à abordagem da dignidade da pessoa humana, ao respeito ao nome social e às identidades de gênero, ações de educação em saúde e na busca por um atendimento equânime. É essencial a inclusão desta temática nos currículos da saúde, para que profissionais da saúde tenham os

conhecimentos necessários para proporcionar acolhimento, prevenção, promoção e terapêutica de qualidade à população LGBT.

Nesta pesquisa, as diversas opiniões alicerçadas nas vivências e relatos das trajetórias percorridas pelas profissionais, as colocam na posição de protagonistas por sustentarem, a implementação da PNSI LGBT no Estado do Paraná, revelando situações vivenciadas pelo segmento LGBT nos serviços de saúde no Estado.

O estudo apresentou limitações quanto a amostragem, pois muitos/as profissionais optaram em não participar da pesquisa, seja pela baixa conscientização da relevância do assunto estudado, ou raso envolvimento com a temática. O retrato demonstrado nos relatos segue um recorte menos diverso em gênero e orientação sexual das participantes. Espera-se que este estudo possa fomentar análises comparativas em outros Estados, que envolva maior número de participantes, e abarque variados gêneros e orientações sexuais.

O trabalho contribuiu para transdisciplinaridade da saúde coletiva, responsável pela união e construção de diversos campos de produção dos saberes, que se comprometem a combater produções limitadas e estigmatizantes, e que fragmentam o processo do debate de edificação do conhecimento.

É indispensável a efetivação dos princípios da universalidade, integralidade e equidade, categóricos em políticas públicas e que realmente proporcionem o embate contra a LGBTfobia e a heteronormatividade nos serviços de saúde, assim como dos princípios da PNSI LGBT.

Agradecimentos: À CAPES pela concessão de bolsa à primeira autora; ao Ministério da Saúde pelo financiamento do projeto; e à SESA/PR.

Referências

ALBUQUERQUE, G. A.; GARCIA, C. L.; ALVES, M. J. H.; QUEIROZ, C. M. H. T.; ADAMI, F. Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil.

Saúde em Debate, v. 37, n. 98, p. 516-524, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000300015>. Acesso em: 01/08/2023.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (ANTRA). **Mapa dos assassinatos de travestis e transexuais no Brasil em 2017**. 2018. Disponível em: <https://antrabrasil.files.wordpress.com/2018/02/relatc3b3rio-mapa-dos-assassinatos-2017-antra.pdf>. Acesso em: 01/08/2023.

BALZER, C.; LAGATA, C.; BERREDO, L. Transgender Europe (TGEU). **TMM Annual Report 2016**. TvT Publication Series v.14. Berlin, 2016. Disponível em: [TvT-PS-Vol14-2016.pdf](http://www.transrespect.org) (transrespect.org). Acesso em: 01/08/2023.

BEZERRA, M. V. R.; MORENO, C. A.; PRADO, N. M. B. L.; SANTOS, A. M. Política de saúde LGBT e sua invisibilidade nas publicações em saúde coletiva. **Saúde em Debate**, v. 43, n. especial 8, p. 305-323, dez 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042019S822>. Acesso em: 01/08/2023.

BRASIL. **Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009**. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Brasília: MS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório do Seminário Nacional de Saúde LGBT**. Brasília: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_semniario_nacional_saude_lgbt.pdf. Acesso em: 01/08/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais**. Brasília: MS, 2013.

DOS SANTOS, R. O.; POLIDORO, M.; WANZINACK, C.; SIGNORELLI, M. C. Caracterização das notificações de violência autoprovocada em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) do Estado do Paraná de 2015 a 2017. **Cadernos de Gênero e Tecnologia**, v. 15, n. 45, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3895/cgt.v15n45.13624>. Acesso em: 01/08/2023.

FACCHINI, R.; BARBOSA, R.M. **Dossiê saúde das mulheres lésbicas**: promoção da equidade e da integralidade. Belo Horizonte: [s/e], 2013.

GASTALDI, A. B. F.; MOTT, L.; OLIVEIRA, J. M. D.; AYRES, C. S. L. S.; SOUZA, W. V. F.; SILVA, K. V. C. **Observatório de mortes violentas de LGBTI+ no Brasil 2020**: Relatório da Acontece Arte e Política LGBTI+ e Grupo Gay da Bahia. 2021. 79 p. Disponível em: Observatório de Mortes Violentas de LGBTI+ no Brasil - Relatório 2020. (Acontece LGBTI+ e GGB). Disponível em: www.observatoriomorteseviolenciaslgbtibrasil.org. Acesso em: 01/08/2023.

GRUPO GAY DA BAHIA (GGB). **Pessoas LGBT mortas no Brasil**. Mortes violentas de LGBT no Brasil. Relatório 2017. 2017. Disponível em: <https://homofobiamata.files.wordpress.com/2017/12/relatorio-2081.pdf>. Acesso em: 01/08/2023.

LIAMPUTTONG, P. **Qualitative research methods**. 4. ed. Melbourne: Oxford, 2012.

LUCENA, M. M.; FERREIRA, G. G.; FLOSS, M.; MELO, D. A. C. Serviços de atendimento integral à saúde de transexuais e travestis no Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 44, p. 2964, 2022. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)2964](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc17(44)2964). Acesso em: 01/08/2023.

GOMES, S. M.; SOUSA, M. P.; VASCONCELOS, T. M.; NAGASHIMA, A. M. S. O SUS fora do armário: concepções de gestores municipais de saúde sobre a população LGBT. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 1120-1133, . 2018. Disponível

em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902018180393>. Acesso em: 01/08/2023.

GUIMARÃES, N. P.; SOTERO, R. L.; COLA, J. P.; ANTONIO, S.; GALAVOTE, H. S. Avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral à população LGBT em um município da região Sudeste do Brasil. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 14, n. 2, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.29397/reciis.v14i2.1712>. Acesso em: 01/08/2023.

MENDES, W. G; SILVA, C. M. F. P. Homicídios da população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais ou transgêneros (LGBT) no Brasil: uma análise espacial. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1709-1722, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020255.33672019>. Acesso em: 01/08/2023.

NEGREIROS, F. R. N.; FERREIRA, B. O.; FREITAS, D. N.; PEDROSA, J. I. S.; NASCIMENTO, E. F. Saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais: da formação médica à atuação profissional. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 1, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v43n1RB20180075>. Acesso em: 01/08/2023.

OLIVEIRA, D. C. Representatividade da população LGBTQIA+ nas pesquisas epidemiológicas, no contexto da política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais: ampliar a produção de conhecimento no SUS para a justiça social. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, n. 1, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-49742022000100030>. Acesso em: 01/08/2023.

OLIVEIRA, I.; ROMANINI, M. (Re)escrevendo roteiros (in) visíveis: a trajetória de mulheres transgênero nas políticas públicas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 1, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902020170961>. Acesso em: 01/08/2023.

OLIVEIRA, J. M. D. O.; MOTT, L. **Grupo Gay da Bahia (GGB) Mortes violentas de LGBTQ+ no Brasil: relatório 2021**. 2021. Disponível em: xxxx Acesso em: 01/08/2023.

PARANÁ. **Secretaria de Estado da Saúde realiza testes rápidos de HIV no centro de Curitiba**. 2018. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=6402>. Acesso em: 01/08/2023.

PARANÁ. Resolução SEJU n° 149, de 07 de dezembro de 2015. Institui o Comitê de Acompanhamento da Política de Promoção e Defesa dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais do Estado do Paraná. **Diário Oficial do Estado do Paraná**, n° 9596, 14 dez 2015a.

PARANÁ. Resolução SESA n° 056 de 18 de fevereiro de 2015. Institui o Comitê Técnico de Saúde Integral das Pessoas LGBTQ, no âmbito da saúde. **Diário Oficial do Estado do Paraná**, n° 9.395, 20 fev. 2015b.

PAULINO, D. B.; RASERA, E. F.; TEIXEIRA, F. B. Discursos sobre o cuidado em saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais (LGBT) entre médicas(os) da estratégia saúde da família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/Interface.180279>. Acesso em: 01/08/2023.

ROCON, P.C.; BARROS, M. E. B.; RODRIGUES, A. A formação dos(as) trabalhadores(as) da saúde na construção de um acesso à saúde integral, equânime e universal à população trans. **Pro-Posições**, v. 33, 2022. Campinas, São Paulo. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-6248-2019-0083>. Acesso em: 01/08/2023.

ROCON, P. C.; RODRIGUES, A.; ZAMBONI, J.; PEDRINI, M. D. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 21, n. 8, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015218.14362015>. Acesso em: 01/08/2023.

SIGNORELLI, M. C.; AZEVEDO, A. C. S.; CORTIANO, S. W. D. F. G. V.; PERES, E. L.; AMARAL, C.; LIMA, A. V. et al. **Relatório técnico de análise qualitativa de implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT no Estado do Paraná**. Porto Alegre: UFRGS, 2019.

SILVA, L. K. M.; SILVA, A. L. M. A.; COELHO, A. A.; MARTINIANO, C. S. Uso do nome social no Sistema Único de Saúde: elementos para o debate sobre a assistência prestada a travestis e transexuais. **Physis, Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 3, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312017000300023>. Acesso em: 01/08/2023.

SILVA, A. C. A.; ALCÂNTARA, A. M.; OLIVEIRA, D. C.; SIGNORELLI, M. C. Implementação da política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (PNSI LGBT) no Paraná, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, n. 24, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/Interface.190568>. Acesso em: 01/08/2023.

SOUZA, M. B. C. A.; HELAL, D. H. Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais: análise descritiva e utilização de dados secundários para pesquisa e prática. **Bagoas - Estudos gays: gêneros e sexualidades**, v. 9, n. 13, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/9656>. Acesso em: 01/08/2023.

SOUZA, V. R. S.; MARZIALE, M. H. P.; SILVA, G. T. R.; NASCIMENTO, P. L. Translation and validation into Brazilian portuguese and assessment of the COREQ checklist. **Acta Paul Enferm.**, v. 34, 2021. Disponível em: https://acta-ape.org/wp-content/uploads/articles_xml/1982-0194-ape-34-eAPE02631/1982-0194-ape-34-eAPE02631.x94701.pdf. Acesso em: 01/08/2023.

CAPÍTULO 4

ECOS NO SISTEMA: COMO LIDAMOS COM AS DEMANDAS DE SAÚDE MENTAL DOS ADOLESCENTES PRIVADOS DE LIBERDADE

**Ana Paula Almeida Rocha Ohata, Milene Zanoni da Silva,
Deivisson Vianna Dantas, Sabrina Stefanello**

Introdução

Após a redemocratização do País na década de 1970, decorrente dos movimentos sociais organizados, a criança e o adolescente foram reconhecidos como sujeitos de direitos. A Carta Constitucional de 1988 inicia um projeto de sociedade democrática, participativa e inclusiva, em que resultou, na década seguinte, a promulgação da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, estabelecendo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Brasil, 1996). Com este aparato legislativo, houve, portanto, o encaminhamento das atribuições do Estado, e o papel da família e da sociedade em relação à criança e ao adolescente (Souza e Costa, 2013). Um aspecto significativo no ECA refere-se ao adolescente que comete um ato infracional, o qual estabelece um mecanismo de responsabilização por suas ações, conhecido como medida socioeducativa. As medidas previstas são: advertência; obrigação de reparar o dano; prestação de serviços à comunidade; liberdade assistida; inserção em regime de semiliberdade e internação em estabelecimento educacional, sendo este o último recurso a ser aplicado (Brasil, 2006).

No entanto, após a promulgação do ECA, foi instituído o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) através da Lei nº 12.594 de 18 de janeiro de 2012, no qual apresenta um conjunto ordenado de princípios, regras e critérios que envolvem a execução de tais medidas e cria um local específico para o internamento dos adolescentes denominado Centro de Socioeducação (CENSE). Esses locais devem seguir os parâmetros da ação socioeducativa, os quais estão organizados por eixos estratégicos: suporte institucional e pedagógico; diversidade étnico-racial, de gênero e de orientação sexual; cultura, esporte e lazer; saúde; educação; profissionalização/ trabalho/previdência; família, comunidade e segurança (Silva, 2012). No entanto, apesar da amplitude desses parâmetros, o ato de ir e vir está comprometido e a perda de liberdade e individualidade ocasiona alguns efeitos daninhos como ansiedade, carência afetiva, baixa autoestima, ideação suicida, suicídio entre outros (Martins, 2017). No contexto deste estudo, focalizando a temática do suicídio, diversas variáveis demonstram potencial influência sobre a ocorrência de suicídio entre adolescentes envolvidos em situações

de conflito com a lei. De acordo com as investigações de Radelof *et al.* (2015), dois fatores emergem como fundamentais nesse contexto. Em primeiro lugar, destaca-se a presença frequente de características associadas ao abuso de substâncias e/ou transtornos mentais entre jovens privados de liberdade. Em segundo plano, merece destaque o impacto do ambiente das instituições de reclusão como um elemento adicional que pode contribuir para o risco de suicídio.

Nesse cenário, a presente pesquisa se dedicou a examinar a abordagem adotada e as práticas implementadas pelos profissionais diante das demandas relacionadas à saúde mental dos adolescentes em conflito com a lei. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa segundo CAAE 02353018.3.0000.0102.

Material e método

A metodologia consistiu na análise qualitativa de cunho exploratório-descritivo, a qual buscou compreender o contexto, as práticas e a visão dos profissionais referente às crises e ao sofrimento mental do adolescente inserido no CENSE. A população estudada foi constituída de servidores públicos contratados como agentes socioeducativos, profissionais de saúde (técnico de enfermagem, enfermeiro, médico), terapeuta ocupacional, educador físico, pedagogo e professor. Os profissionais estavam lotados em 06 unidades de CENSE, dispostos em três regiões do Estado do Paraná, conforme divisão territorial estabelecida por este órgão. Para a coleta de dados, foi utilizada como critério a capacidade instalada, isto é, entre o mínimo até 40 vagas e o máximo de 90 vagas, conforme Resolução de nº 46/96 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) (Brasil, 1996) e foram priorizadas as unidades que acolhem, preferencialmente, meninos, pois segundo dados epidemiológicos da população geral, o perfil das pessoas que se suicidaram no período de 2011 a 2017 era majoritariamente do sexo masculino (79%) (Brasil, 2019). A técnica utilizada foi o Grupo Focal (GF), a qual permite a obtenção de dados a partir de encontros grupais entre pessoas que compartilham um traço em comum. Tais grupos permitem a coleta de informações relevantes sobre um determinado tema, possibilitando a apreensão não somente do que pensam os participantes, mas, também, do porquê pensam de determinada

forma. Além disso, possibilita a observação da interação entre seus participantes e as diferenças, consensos e dissensos existentes (Carlomagno e Rocha, 2016). O período da coleta dos dados deu-se entre os meses de junho a dezembro de 2019. Os participantes foram selecionados de dois modos: quando o GF ocorria na unidade, o Diretor dessa verificava a disponibilidade dos profissionais e convidava-os para participar; e o outro momento de recrutamento foi logo após a formação em saúde mental que os profissionais estavam participando, ocasião em que os facilitadores explicavam o motivo da pesquisa, e os convidava para participar do GF. De modo que o tempo médio do GF teve a duração de 1h30min, gravados, filmados e transcritos na íntegra. Foram suprimidas quaisquer informações que pudessem identificar os trabalhadores e os locais de atuação. Os CENSE(s) receberam nome de pássaros (Beija-flor, Quero-quero, Pica-pau, Sabiá, Pardal, Andorinha) e todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para análise e a interpretação dos dados valeu-se da abordagem hermenêutica e narrativa, a qual não deve ser considerada uma metodologia no sentido cartesiano, mas uma postura interrogativa que se aplicaria fundamentalmente ao estudo de textos (Gadamer, 1997). O conteúdo foi o resultado da coleta de dados e o instrumento para sua interpretação. As vozes colhidas foram transformadas em narrativas por extração de seus núcleos argumentais os quais constituíram os dados essenciais para os achados da pesquisa. Por fim, os resultados foram discutidos conforme o que se encontra na literatura nacional e internacional à luz do Sistema de Garantia de Direitos.

Resultados

Foram realizados seis GF(s) com a participação de 66 profissionais. As categorias profissionais foram: agentes de socioeducação, psicólogos, pedagogos, técnico administrativo, auxiliar de enfermagem, terapeuta ocupacional, enfermeiro, assistente social, professores de nível superior e técnico de enfermagem.

Os núcleos argumentais extraídos formaram três categorias de análise: a) ambiência e crise em saúde mental; b) processo de trabalho e sua influência nas crises em saúde mental dos adolescentes; c) manejo das crises em saúde mental pelos trabalhadores.

a. Ambiência e crise em saúde mental

O termo ambiência, segundo a Política Nacional de Humanização, é o tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutiva, oportunizando um processo reflexivo, de inclusão e participação. No agrupamento ambiência, estão presentes elementos como: forma, cor, luz, cheiro, som, texturas entre outros (Brasil, 2013). E tendo como referência o exposto, os trabalhadores das unidades mencionam que o ambiente contribui para desencadear um processo depressivo nos adolescentes, devido às inadequações da estrutura como: as cores, os furos nas paredes, a falta de iluminação natural por questões de segurança e a insalubridade em todos os setores.

“concordamos que os furos e a cor das paredes, a funcionalidade é inadequada, não tem iluminação natural por questão da segurança, é muito fácil desencadear um processo depressivo.”
(Narrativa do GF CENSE Quero-quero)

“tem insalubridade na unidade inteira”. (Narrativa do GF CENSE Beija-flor)

Nos CENSE(s) de grande porte, os profissionais relatam a escassez de tempo disponível para interagir com os adolescentes, o que enfraquece o processo de estabelecimento de vínculos. Os funcionários enfrentam dificuldades em indagar sobre o bem-estar dos adolescentes, bem como sobre a qualidade de suas relações familiares, devido às múltiplas tarefas que precisam acompanhar, incluindo audiências e deslocamentos prolongados entre os alojamentos. Isso resulta em uma rotina estressante devido à insuficiência de pessoal. Como resultado, os adolescentes passam grande parte do tempo isolados em suas acomodações. Por outro lado, no CENSE de menor porte, observa-se uma dinâmica inversa, na qual a condução

das atividades se torna mais acessível e caracteriza-se por um atendimento humanizado. Isso se deve ao fato de que, de acordo com as informações fornecidas pelos profissionais, os jovens são acompanhados de forma contínua, o que se traduz em uma aprimorada prestação de cuidados. Nesse contexto, os adolescentes são individualmente reconhecidos pelo nome, e os profissionais têm a oportunidade de estabelecer relações pessoais com todos os internos.

“quanto tempo temos para conversar com o menino? Para perguntar se está bem, como foi lá a ligação dele, porque preciso ir à tal lugar, tem audiência, e o menino fica a maior parte do tempo sozinho, o funcionário não tem tempo para conversar” (Narrativa do GF CENSE – Pardal)

“temos mais demanda e menos efetivo” (Narrativa do GF CENSE – Beija-flor)

“a dinâmica do CENSE é complexa, porque é muito grande, então os deslocamentos são longos, diferente de um CENSE de pequeno porte que está tudo muito próximo e é muito mais fácil você operacionalizar isso e até o trato com menino acaba sendo muito mais humanizado, porque você está o tempo todo cuidando” (Narrativa do GF CENSE – Pica pau)

De maneira oposta, a situação se apresenta de forma distinta no CENSE de menor porte. Nessa instância, a operacionalização das atividades é notavelmente mais simplificada, e o atendimento é caracterizado pela sua natureza humanizada. Isso se deve ao fato de que os profissionais relatam que os jovens recebem um acompanhamento ininterrupto, resultando em uma significativa melhoria na qualidade dos cuidados prestados. Nesse cenário, os adolescentes são individualmente reconhecidos pelo nome, e os profissionais têm a oportunidade de estabelecer relações próximas com todos os internos.

“apesar de ser pequeno e a falta de estrutura, o melhor modelo que deveria ter para socioeducação, seriam unidades pequenas do que unidade grande imitando uma penitenciária. Essa aproximação com os adolescentes, a gente os trata

pelo nome e não por número, “a número 10”, conhecemos todos os meninos que estão aqui dentro”. (Narrativa do GF CENSE – Andorinha)”

b. Processo de trabalho e as crises em saúde mental dos adolescentes

Há uma fala recorrente relacionada à comunicação da equipe: o tamanho da estrutura, o quadro reduzido de profissionais e a divisão de carga horária, resulta em desgaste físico e mental para os trabalhadores. Os profissionais relatam que nos CENSE(s) maiores existe dificuldade para a realização de reuniões de discussão de casos. A ausência destas reuniões aumenta a distância entre os profissionais da equipe técnica e de segurança, o que torna as informações fragmentadas. A falta destas discussões, aliadas a uma comunicação interna improdutiva entre os setores, gera insatisfação, desconfiança e pouca boa vontade para desempenhar o trabalho. Os espaços profissionais são delimitados (referindo-se às categorias profissionais), o que não favorece a interação da equipe, o diálogo entre os profissionais/setores, ocorre quando há demanda pontual sobre o adolescente.

No entanto, nas unidades menores os trabalhadores narraram a facilidade na comunicação pelo fato de a estrutura ser aberta, compacta, um local que proporciona o encontro de todos, com exceção da galeria. Porém, se o profissional entra na galeria, todos os adolescentes o verão. Além de propiciar espaços para discussão dos casos através de reuniões semanais, a proximidade diária com os colegas de todas as áreas auxilia no manejo das situações.

“Existe uma dificuldade muito grande, a comunicação é péssima. A conversa acontece quando há uma situação pontual de um menino que tem uma demanda. O comparilhamento é muito difícil, os setores estão muito delimitados.” (Narrativa GF CENSE Quero-quero)

“Essa falta de integração, de horário específico vem da ausência de cronograma. Outra questão é a estrutura e a falta de pessoal, isso vai minando a confiança, a boa vontade”. (Narrativa GF CENSE – Beija-flor)

“uma das coisas que ajuda aqui, é justamente a estrutura. Nós temos uma estrutura que ela é aberta, compacta, entrou ali todo mundo te vê, exceto a galeria, mas se você for ali os meninos vão te ver, então nós temos essa facilidade, esse contato com os adolescentes, mesmo que esteja só você ali”. (Narrativa GF CENSE Parda)

c. O manejo das crises em saúde mental pelos trabalhadores

Quando questionados sobre a aplicação do Protocolo de Suicídio estabelecido pelo Estado, os profissionais mencionam que, quando um adolescente tenta suicídio ou expressa a intenção de se autodestruir, um protocolo específico entra em vigor: o jovem passa a ser monitorado de forma ininterrupta, 24 horas por dia, e, em algumas circunstâncias, medidas como a retirada de objetos pessoais ou o uso de algemas podem ser adotadas. Nos casos mais graves, como tentativas de enforcamento, é providenciado o encaminhamento do adolescente para uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

Outra situação que merece destaque, de acordo com as observações dos profissionais, ocorre quando o adolescente expressa sua incapacidade de continuar na unidade em que está internado. Nesse contexto, a equipe de profissionais realiza um atendimento individualizado com o propósito de compreender o significado das palavras do adolescente. Em casos que demandam maior atenção, a equipe discute com o setor de saúde a necessidade de encaminhar o jovem para internação hospitalar.

*“o adolescente é colocado em protocolo de ideação suicida, fica em monitoramento 24 horas por dia, quando o caso é grave como enforcamento, ele é encaminhado para a UPA”.
Narrativa GF CENSE – Pica-pau*

“quando diz ‘quero me matar’, é colocado automaticamente no protocolo. Agora, quando tem uma fase anterior, quando fala “não estou aguentando mais”, “não aguento ficar aqui”, ele recebe atendimento para entender o significado desse não aguentar mais. Não entra imediatamente neste protocolo, entra na avaliação da equipe junto com a saúde, para ver se encaminha ou não.” (Narrativa GF CENSE – Beija-flor)

Conforme relatado pelos profissionais, o protocolo demonstrou ser instrumental na distinção entre situações de simulação e tentativas genuínas de suicídio. A simulação se caracteriza quando um adolescente tenta tirar a própria vida devido à influência de outros jovens na mesma ala, sem que haja qualquer comportamento prévio que justifique a tentativa de suicídio.

“existe uma ala com 4 adolescentes, eles resolvem que o fulano menorzinho precisa se jogar, chega o agente que não tem como saber porque ele não demonstra nenhum comportamento fora do normal e simplesmente tá fazendo o que os outros mandaram fazer senão vai apanhar quando for pra sala de aula, você não sabe se você tem raiva, você percebe que o adolescente estava ali e se jogou a hora que você chegou, dá uma confusão mental na gente, mexe com o psicológico e isso acontece muito, ele vai brincando, e como alguns comentaram, ele vai e quase consegue, isso dá um sentimento de raiva, quase que você conseguiu, isso é uma coisa que acontece é normal isso.”
(Narrativa GF CENSE – Pica-pau)

No CENSE Andorinha, o compromisso dos trabalhadores com o acolhimento dos adolescentes que chegam à unidade está explícito na narrativa desse caso. Os profissionais contam que alguns dias antes de acontecer o grupo focal, receberam um adolescente em condições péssimas de higiene e cuidado mental. No momento que receberam o jovem, seu cheiro era insuportável, de modo que foi encaminhado para o banho e orientado sobre questões básicas de higiene. Na manhã seguinte, foi realizado outro atendimento no qual o adolescente referiu que havia pensado em se matar diversas vezes durante a noite, pois acreditava que não servia para nada, e ninguém gostava dele. Na escuta a equipe percebeu o risco de suicídio, e pela debilidade física que o jovem se encontrava, os cuidados foram intensificados.

“nós recebemos um menino, ele chegou um fiapo de ser humano, higiene péssima, infestou o ambiente [...], como ele veio com a determinação dos 45 dias, a gente tem a possibilidade de cortar o cabelo, por uma questão de higiene, na hora que fui cortar o cabelo dele, cheio de piolho

e lêndea, ele foi para o banho. No dia seguinte de manhã, eu o atendi e ele ainda estava com mau cheiro, por isso é importante o atendimento imediato... não deixar o menino ir para ala sem o atendimento, porque aí ele falou muitas coisas... que ele pensou várias vezes se matar durante a noite, que ninguém gostava dele, que ele não servia para nada, aquele sofrimento todo. Aí a gente já faz a investigação sobre o uso de substância [...], quando você se depara com a realidade do garoto é absurdo é muito craque é só craque, [...] mas o que a gente faz assim é ouvi nesse momento e perceber esse risco do suicídio”. (Narrativa GF CENSE – Andorinha)

Outra abordagem envolve a realização de um diálogo com o adolescente, no qual se procura investigar aspectos de seu histórico de vida, eventuais tentativas anteriores de suicídio, a existência de antecedentes familiares de suicídio e/ou o uso de psicofármacos, entre outros fatores relevantes. Em caso de uma tentativa de suicídio iminente, o adolescente é encaminhado diretamente para uma UPA.

“Os técnicos que atendem precisam verificar o histórico do adolescente, não somente o psicológico, mas verificar se tem histórico de tentativa, se tem histórico na própria família; se for necessário ele vai para o UPA. (Narrativa do GF CENSE Andorinha)

Há um dissenso entre os profissionais em relação à abordagem a ser adotada quando ocorre ideação suicida. Algumas unidades optam por medidas como a retirada do enxoval, deixando o adolescente apenas de cueca, enquanto outras recorrem ao uso de algemas. Em ambos os casos, a equipe realiza uma reavaliação da situação. No entanto, os profissionais relatam que, além do sofrimento mental enfrentado pelo adolescente, a prática de deixá-lo apenas de cueca gera constrangimento, sendo considerada menos prejudicial do ponto de vista psicológico em comparação com o uso de algemas, de acordo com a percepção de alguns trabalhadores.

“a ideação suicida é um sofrimento, depois tem a retirada dos pertences o adolescente fica só de cueca gerando constrangimento, tem unidades que usam algema como

protocolo. O uso de algema em muitos casos é menos agressivo psicologicamente do que ele ficar só de cueca”. (Narrativa dos trabalhadores – CENSE Pica-pau)

Os trabalhadores referem a utilização de medicamento para conter as crises, pois estas podem ser devido à abstinência pelo uso de drogas ou por ansiedade. Para os trabalhadores do CENSE Pica-pau, Sabiá, Pardal, Beija-flor, o medicamento deve ser ministrado na entrada do adolescente na unidade, porém o adolescente acaba utilizando o psicofármaco até o final da medida, ocorrendo uma omissão coletiva da equipe em não fazer a intervenção, esperando o adolescente solicitar a retirada. Outra ocasião, são os adolescentes que pedem para utilizar medicação por referirem estarem “chapan-do” na unidade, por ficarem muito tempo ociosos. Os trabalhadores fazem a alusão de que quanto mais suporte os adolescentes tiverem, menos psicofármacos utilizam. Por outro lado, a equipe pressiona a utilização do medicamento, relatam em alguns grupos que o adolescente incomoda com suas demandas, ou seja, usar o medicamento acalma, e permite que eles possam conviver entre si e com a equipe, se ocorrer a retirada da medicação não conseguem controlá-los no alojamento.

“quanto mais o adolescente tiver suporte menos psicofármacos ou nem precisa usar alguns casos” (narrativa do grupo focal – CENSE Quero-quero)

“Então acaba que a medicalização é uma medida de controle sim [...], acaba sendo uma contenção, e acaba fazendo muita contenção medicamentosa, você contém no alojamento, você contém com remédio, você contém com regras o tempo todo, porque é o que dá para fazer, dentro dessa proposta.” (Narrativa do grupo focal - CENSE Quero-quero)

“o adolescente quando não toma nada, existe uma pressão da equipe, porque entre aspas incomoda, está toda hora ali incomodando a equipe, a demanda é muito maior, porém quando faz uso da medicação, ele fica mais calmo, hoje nós temos meninos que estão contidos quimicamente, se você tirar a medicação dele, não segura no alojamento, eles não

conseguem conviver, tem muitos meninos aqui hoje que estão controlados, infelizmente é realidade, mas é nossa realidade é alojamento coletivo”. (Narrativa do grupo focal – CENSE Andorinha)

Discussão

Indubitavelmente, reconhecer a criança e o adolescente como sujeitos de direitos, a serem protegidos e garantidos pelo Estado, pela sociedade e pela família, implica não apenas a sua consagração como direitos fundamentais, direitos humanos, mas a primazia de sua garantia, à medida que a prioridade nessa proteção tem como desfecho a dignidade da pessoa humana (Santos, 2007). Todavia, compreender o manejo e as condutas dos trabalhadores nas demandas de saúde mental dos adolescentes em privação de liberdade no Estado do Paraná, possibilitou o mergulho num mundo cheio de contradições e sofrimentos.

Ao discutir a categoria ambiência e crise em saúde mental, considerando os aspectos como espaço social, os elementos arquitetônicos, luminosos, cheiro, som e cor, o relato dos trabalhadores demonstrou quão as estruturas físicas e humanas dificultam o manejo das situações de crise nas unidades maiores. Além da fragilização dos vínculos com o adolescente em virtude do número expressivo de internos, a subutilização das áreas externas, e a ausência de outros profissionais para contribuir com o projeto pedagógico da unidade aumentam a dificuldade de manejar os adolescentes. Diferente das unidades menores em que existe a possibilidade de propor ações para os adolescentes participarem incluindo atividades externas.

Silva (2003), analisando as unidades socioeducativas no Brasil, apontou que em 71% destas o ambiente físico não era adequado às necessidades pedagógicas estabelecida pelo ECA, havia unidades sem espaços para atividades esportivas e de convivência, e naquelas que possuíam os lugares não eram utilizados. Além de esbarrar nas questões estruturais, há os aspectos humanos que devem ser considerados no acompanhamento e execução das medidas. O SINASE (Brasil, 2006) sugere que a composição do quadro de pessoal do atendimento socioeducativo considere a relação educativa,

pressupondo o estabelecimento de vínculo, que, por sua vez, depende do grau de conhecimento do adolescente, e que o profissional tenha, além de tempo para prestar atenção no adolescente, um grupo reduzido destes sob sua responsabilidade. As narrativas descortinaram a escassez de profissionais no sistema, os quais são fundamentais para a execução do projeto político pedagógico da unidade.

Ademais, a proposta político-pedagógica da socioeducação deve ter a pretensão de formar sujeitos capazes de compreender e agir politicamente em sociedade na busca da superação, não apenas de sua situação individual, mas com perspectiva de coletividade. Para isso, nas estruturas, torna-se necessário a composição de equipes multidisciplinares para que as diferentes áreas de conhecimento e especialidades possam construir vínculos com os adolescentes, potencializando a construção de diversas possibilidades de futuro através de ações programadas e com isso romper com a visão de que a instituição de atendimento deve ser total – visão das ciências jurídicas –, abarcando todas as necessidades do sujeito, ou seja, a organização deve pautar-se no princípio da incompletude institucional (Cossetin, 2018).

Contudo, surge uma dicotomia relacionada ao conceito de “Instituição total”, tal como abordado nas disciplinas de Ciências Jurídicas e Sociologia por Erving Goffman (1987). O estudo de Goffman sobre as instituições totais identificou esses locais como espaços onde muitos indivíduos vivem e trabalham em circunstâncias similares. Entre as instituições totais figuram estabelecimentos de tratamento psiquiátrico, internatos, instituições religiosas e quartéis, caracterizadas pela falta de distinção entre a equipe administrativa e o grupo sob controle.

Essa condição desencadeia sofrimento tanto para os profissionais quanto para os adolescentes, manifestando-se de várias maneiras, tais como exaustão, medo, desamparo, impotência e depressão. Em termos conceituais, esses sintomas podem ser enquadrados como mortificação das experiências, conforme delineado por Goffman (1987). Isso se traduz em uma forma de violência silenciosa, desencadeada pela sobrecarga que o cotidiano institucional impõe às

pessoas e que enfraquece a coexistência institucional (Bittenourt, 2009). É uma forma de violência que torna complexa a diferenciação entre o que é considerado normal e o que pode ser categorizado como uma reação patológica (Vilarins, 2014).

Neste contexto, é imprescindível compreender que os sintomas manifestados pelo indivíduo podem apresentar semelhanças com os de outros, contudo, a expressão subjetiva do sofrimento é invariavelmente singular e não deve ser submetida a uma categorização genérica. Nesse sentido, a concepção de sofrimento psíquico grave está intrinsecamente associada à ideia de crise, a qual representa um “momento de ruptura ou mudança em um equilíbrio previamente estabelecido, levando a desarticulações que podem ser identificadas como psicossociais na vida da pessoa” (Costa, 2007).

Aprendemos que o manejo das situações de crise ou das demandas de saúde mental no sistema socioeducativo variam de acordo com a estrutura física, número de profissionais e a percepção dos profissionais frente às demandas. Afinal, todo comportamento suicida, toda crise precisa de atenção, sendo essencial evitar julgamentos morais (certo e errado), não doutrinar, não banalizar os problemas dos adolescentes. O adolescente não pode ser punido por estar em sofrimento, não existe nenhum protocolo, nenhuma escala que possa estimar com precisão o risco de suicídio. Por isso, os mecanismos de escuta e formulação de vínculo são as melhores ferramentas para o apoio a adolescentes com essa demanda (Ferro *et al.*, 2018).

Campos (2001) esclarece esta questão ao definir a clínica ampliada ou clínica do sujeito, na qual a doença jamais assume o lugar do sujeito, mas sim ingressa na vida deste, sem, no entanto, deslocá-lo por completo. O sujeito é concebido como sendo sempre biológico, social e subjetivo (Campos, 2001), e o cuidado em saúde abrange a relação entre o profissional e o usuário, incorporando a subjetividade de ambos. Essa relação requer um acolhimento que envolve a visão e a escuta em um sentido ampliado, não isolando o usuário do seu contexto sociocultural (Rinaldi, 2008).

No que tange aos adolescentes em conflito com a lei, é essencial observar que eles não devem ser impedidos de expressar queixas, não devem ser desencorajados a manifestar problemas de saúde ou a passar por crises de saúde mental. Desafiar esse paradigma significa romper com a tendência de silenciamento e invisibilidade que frequentemente cerca esses sujeitos (Moreira, 2013). No entanto, nas instituições, o uso de psicofármacos é frequentemente empregado como meio de controle e contenção dos adolescentes, associado a regras rígidas, alegadamente para facilitar a convivência entre eles e com a equipe.

Foucault (2004) interpreta essas práticas como uma forma de controle cuidadoso das operações do corpo, o que resulta na constante submissão de suas forças e na imposição de uma relação de docilidade-utilidade. É por meio das instituições sociais que a disciplina se firma como meio de controle social. A crise que surge quando o sujeito é questionado representa uma tentativa de lidar com o insustentável, constituindo um arranjo emergencial que se estabelece quando todos os recursos psíquicos já foram utilizados (Vidal, 2007).

No que concerne à dominação dos corpos por meio do uso de medicamentos, Conrad (1992) oferece insights importantes, destacando a influência da medicina em áreas que anteriormente não estavam sob sua jurisdição. O processo de medicalização constitui uma maneira de transformar em necessidades médicas as experiências, os sofrimentos e as dores que antes eram abordados de maneiras diversas, frequentemente no âmbito familiar e comunitário, envolvendo interpretações e técnicas de cuidado. Nesse contexto, a medicalização tende a desconsiderar uma abordagem mais holística, negligenciando os aspectos subjetivos e sociais relacionados ao processo saúde-doença (Tesser, 2006).

No entanto, à medida que o comportamento é medicalizado, o seu significado no momento e no contexto específico deixa de ser considerado. A medicalização representa, portanto, uma maneira de ignorar a mensagem subjacente ao comportamento (Martinho, 2014). A medicalização da vida emerge como uma nova forma de

lidar com a conduta e a subjetividade humana, sendo adotada pelo Estado como uma política pública e um mecanismo de controle social, inclusive no âmbito de suas instituições (Rose, 2007).

É crucial salientar que a medicalização tende a desviar a atenção de outros fatores de exclusão e vulnerabilidade social que afetam esses indivíduos, simplificando a abordagem da medida socioeducativa para a categoria de adolescentes em conflito com a lei com transtorno mental (Bujes, 2014, p.112).

Conclusão

A pesquisa, apesar de ter suas limitações, revelou aspectos que descortinaram as deficiências do sistema socioeducativo no que diz respeito ao cuidado com a saúde mental de adolescentes privados de liberdade. As instalações físicas e a equipe de profissionais mostraram-se inadequadas diante da complexidade das necessidades em saúde mental.

Apesar de o Estado dispor de diretrizes orientadoras, as experiências vividas na instituição CENSE causam angústia tanto aos funcionários quanto aos adolescentes. As repercussões dessas experiências frequentemente resultam no uso de medicamentos para aliviar o sofrimento e mitigar a dor, porém, não solucionam os problemas subjacentes. A medicalização excessiva da vida tende a transformar questões sociais em problemas individuais, o que dificulta intervenções que poderiam ser mais eficazes.

É imperativo promover um debate acerca do Sistema de Garantia de Direitos dentro do CENSE e revisar sua estrutura operacional. Isso permitirá que as ações sejam atualizadas, adaptadas e expandidas, evitando que se tornem mera formalidade sem conexão com a realidade (Cunha, 2018). Frente as diversas questões levantadas pelos trabalhadores, observou-se a limitação do estudo, uma vez que foram “ouvidos” apenas os trabalhadores sem levar em consideração a percepção do cuidado a partir da ótica dos adolescentes. Ficando este aspecto para pesquisas futuras.

Portanto,

nenhum homem e nenhum adolescente nascem com características biológicas ou genéticas que o leve a infracionar, todos vem ao mundo com as possibilidades de desenvolverem-se da melhor forma possível, distante do mundo da criminalidade (Cossentin, 2018, p.16).

Referências

BITTENCOURT, L. **Orientações básicas para atenção à saúde mental de adolescentes em conflito com a lei e/ou privados de liberdade.** MINEO, 2009.

BRASIL. **Boletim epidemiológico.** Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. V.50, nº24, set/2019. ISSN 9352-7864.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização.** 1ª edição. Brasília-DF, 2013.

BRASIL. Resolução CONANDA nº 46 de 29/10/1996. **Regulamenta a execução da medida socioeducativa de internação prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº 8.069/90, 1996.**

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE).** Brasília-DF: CONANDA, 2006.

BUJES, J. de S. **Governar infratores ou tratar corpos? A medicalização de jovens internados na FASE/RS como política pública da/na socioeducação.** R. Dir. Fund., Vitória, v.15, n.1, p.105-124, jan/jun. 2014.

CAMPOS, R.O. **Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.25, n. 58, p. 98-111, maio/ago. 2001.

CARLOMAGNO, M.C; ROCHA, L.C da. (2016). **Como criar e classificar categorias para fazer análise de conteúdo: uma questão metodológica.** Revista Eletrônica de Ciência Política, vol. 7, n. 1, 2016. 173-188.

CONRAD, P. **Medicalization and social control.** Annual Review of Sociology, 18 (1), 209-232. 1992.

COSSETIN, M. **A proposta político pedagógica na socioeducação: a busca pela superação na mera adaptação social.** In: Cadernos de

Socioeducação: Bases Teórico-Metodológicas da Socioeducação, p. 89-105. Paraná, 2018. ISBN 978-85-66413-21-2.

COSTA, M. S. Construções em torno da crise. Saberes e práticas na atenção em saúde mental e produção de subjetividades.

Arquivos Brasileiros de Psicologia, Rio de Janeiro, v. 59, n. 1, p. 94-108, 2007.

CUNHA, J. R. A garantia de Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes: uma perspectiva normativa e filosófica brasileira.

RJLB, ano 4. 2018. n.6, 2207-2243.

FERRO, L.F.; FREI, A. E.; VIANNA, D.; STEFANELLO, S.;

Interfaces da saúde mental na socioeducação. In: Cadernos de Socioeducação: Bases Teórico-Metodológicas da Socioeducação, p. 89-105. Paraná, 2018. ISBN 978-85-66413-21-2.

FOUCAULT, M. VIGIAR E PUNIR: nascimento da prisão.

Editora Vozes. 29ª edição. Petrópolis, 2004. p.262.

GADAMER, H. G. Verdade e Método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Tradução de Flávio Meurer.

Petrópolis: Editora Vozes. 1997, 731p.

GOFFMAN, E. Manicômios, prisões e conventos. 2ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1987.

MARTINHAGO, F. Contágio social de transtornos mentais: análise das estratégias biopolíticas de medicalização da infância.

Tese. Universidade Federal de Santa Catarina – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas. Florianópolis, 2014. 300 p.

MARTINS, A. G. A noção de crise no campo da saúde mental: saberes e práticas em um centro de atenção psicossocial.

Mental [online]. 2017, vol.11, n.20, p. 226-242, 2017.

MOREIRA, R.R. Meninos do Cense: práticas e discurso de inclusão/exclusão. Conexão Letras, vol. 8, nº 10, 2013.

RADELOFF, D.; LEMPP, T.; HERRMANN, E.; KETTNER, M.; BENNEFELD, K.; FREITAG, C.M. **National total Survey of German adolescent Suicide in Prison** Eur Child Adolesc Psychiatry. 2015. V.24: 2019-225. DOI 10.1007/s00787-014-0568-1.

RINALDI, D. L.; BURSZTYN, D. C. **O desafio da clínica na atenção psicossocial**. Arq. bras. psicol., Rio de Janeiro, v. 60, n. 2, jun. 2008.

ROSE, N. **The politics of life itself: biomedicine, power, subjectivity in the twenty-first century**. Princeton: Princeton University Press, 2007.

SANTOS, E. A. **Criança e adolescente – sujeitos de direitos**. Rev. Inclusão Social, Brasília, v.2, n. 1, p. 130-134. Out/2006/mar. 2007.

SILVA, E. **Mapeamento nacional da situação das Unidades de execução da medida socioeducativa de privação de liberdade ao adolescente em conflito com a lei**. Brasília, IPEA/DCA-MJ, 2003. Mimeografado.

SILVA, S.C. **Socioeducação e juventude: reflexões sobre a educação de adolescentes e jovens para a vida em liberdade**. DOI 105433/1679-4842. 2012.v14n2p96.

SOUZA, L. A. de; COSTA, L. F. **A significação das medidas socioeducativas para as famílias de adolescentes privados de liberdade**. Psico-USF, Itatiba, v. 18, n. 2, p. 277-287, Aug, 2013.

TESSER, C.D. **Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde**. Interface-Comunicação, Saúde, Educação. P.61-76. 2006.

VIDAL, F. B. *et al.* **A abordagem da crise na psicose**. In: SILVA, M. V. O. (Org.). A clínica psicossocial das psicoses: programa de intensificação de cuidados a pacientes psicóticos. Salvador: UFBA, FFCH, 2007.

VILARINS, N. P. G. **Adolescentes com transtorno mental em cumprimento de medida socioeducativa de internação.** Ciência & Saúde Coletiva, 19(3), 891-898. 2014.

CAPÍTULO 5

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E FARMACOEPIDEMIOLÓGICO DAS PESSOAS COM HIV/AIDS EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA/PR

**Nícolás Granza Barbosa, Frederico Alves Dias,
Higor Jezreel de Souza, Emanuéli Cristini Souza da Costa,
Marilene da Cruz Magalhães Buffon, Yanna Dantas Rattmann**

Introdução

No Brasil, a Lei Federal nº 9.313, de 13 de novembro de 1996, que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS, representou um grande avanço no combate à epidemia de HIV. Os esforços do Sistema Único de Saúde (SUS) associados à terapia segura e efetiva têm permitido o controle da infecção pelo HIV e redução das suas consequências, como a AIDS e mortalidade, além de proporcionar o aumento da expectativa de vida das pessoas que vivem com HIV (PVHIV) (Vieira *et al.*, 2014; Dias; Höfelmann; Rattmann, 2021).

Atualmente, diversos medicamentos para o controle da infecção pelo HIV são disponibilizados pelo SUS. Eles pertencem a diferentes classes farmacológicas, como inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos (ITRN), inibidores da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos (ITRNN), inibidores de protease (IP), inibidores da integrase (INI) e inibidor de fusão (IF). Cada classe tem seus mecanismos de ação específicos, os quais interrompem etapas envolvidas na replicação do vírus HIV, contribuindo para reduzir a carga viral e, conseqüentemente, impedir a evolução da infecção para a AIDS (Brojan; Marca; Dias; Rattmann, 2020). O surgimento de neoplasias e infecções oportunistas (ex. tuberculose e meningite) caracterizam clinicamente a evolução da infecção do HIV para a AIDS (Brasil, 2018a).

Em 2014, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), da Organização Mundial da Saúde (OMS), propôs uma meta conhecida como 90-90-90, que consiste em diagnosticar 90% das pessoas vivendo com HIV/AIDS, tratar 90% delas com medicamentos antirretrovirais e alcançar a supressão viral em 90% das pessoas em tratamento. Estudos estatísticos apontam para a erradicação da epidemia de AIDS no mundo num prazo de dez anos se esta meta fosse alcançada e mantida nos diferentes locais (Loch *et al.*, 2020).

Neste contexto, esta pesquisa se propôs a investigar parâmetros relacionados ao tratamento antirretroviral de pessoas que vivem com HIV/AIDS cadastradas no município de Piraquara, Paraná.

Metodologia

Trata-se de um estudo do tipo observacional descritivo transversal, realizado com dados secundários referentes às pessoas em tratamento contra o HIV cadastradas no município de Piraquara, estado do Paraná.

Os dados foram provenientes de diferentes sistemas informatizados: o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL) e Sistema de Monitoramento Clínico das Pessoas vivendo com HIV/Aids (SIMC). Os relatórios foram acessados e fornecidos pelo Centro de Medicamentos do Paraná (CEMEPAR), da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR). A coleta dos dados ocorreu em janeiro de 2022.

O município de Piraquara integra a região metropolitana de Curitiba e se localiza em uma área de proteção ambiental da Bacia do rio Iraí. Devido a isso, suas atividades industriais possuem inúmeras restrições legais e ambientais. As atividades econômicas de maior destaque são a pecuária, lavouras temporárias e horticultura (Paraná, 2022).

O município compõe a lista G100, dos municípios localizados em periferias de grandes metrópoles e que apresentam baixo produto interno bruto (PIB) *per capita* e alta vulnerabilidade socioeconômica, além de limitada capacidade financeira e população carente de serviços públicos essenciais (FNP, 2020; IBGE, 2021).

Para a caracterização sociodemográfica das pessoas com HIV de Piraquara foram obtidos o número de pessoas em uso de antirretrovirais do município, idade, sexo (feminino ou masculino), cor da pele (amarela, branca, indígena, preta ou parda) e escolaridade. O número de pessoas diagnosticadas com HIV que ainda não haviam iniciado seu tratamento foi calculado por meio do cruzamento das informações registradas em dois sistemas: o SISCEL, sobre as pessoas com diagnóstico do HIV, e o SICLOM, sobre as pessoas que haviam iniciado o tratamento antirretroviral, aderentes ou não à terapia.

As informações sobre o *gap* (lacuna) de tratamento antirretroviral foram coletadas em janeiro de 2022, por meio do SIMC, contendo também os dados referentes aos valores de contagem de LT-CD4+ para cada paciente. A quantidade de pessoas diagnosticadas com o HIV em Piraquara e o número de pessoas em tratamento no município, fornecido pelo SICLOM, permitiram o cálculo da proporção de pessoas que se encontravam em *gap* de tratamento.

Também foi investigado o perfil de abandono da TARV pelas pessoas com HIV. São consideradas em abandono de terapia as pessoas para as quais não havia retirada de medicamentos antirretrovirais nas Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDMs) há mais de 100 dias (Brasil, 2018a). Para isto foram coletadas informações referentes à idade, sexo, cor da pele e número de dias de atraso.

Para avaliar o sucesso virológico das pessoas em tratamento contra o HIV em Piraquara, foi analisada a proporção de pessoas com carga viral suprimida, ou seja, com valores iguais ou inferiores a 50 cópias de RNA viral/mL de sangue (Brasil, 2018a).

No que se refere à terapia antirretroviral utilizada pelas pessoas em TARV do município de Piraquara, as variáveis utilizadas foram a identificação dos fármacos e os esquemas de medicamentos dispensados a esta população. Os esquemas foram categorizados conforme as linhas de tratamento previstas no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do HIV/AIDS (Brasil, 2018a).

O desempenho do município de Piraquara nos parâmetros de proporção de pessoas em TARV e na proporção de pessoas com carga viral suprimida foram avaliados, considerando-se as proporções de 90% previstas na Meta 90-90-90 do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS, 2022).

O estudo foi aprovado no Comitê de Ética da Universidade Federal do Paraná (parecer nº 2.620.673) e do Hospital do Trabalhador da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (parecer nº 2.674.606) sob o número CAAE: 82936318.3.3001.5225.

Resultados e discussão

Este estudo investigou o perfil epidemiológico e terapêutico das pessoas com HIV/AIDS em tratamento antirretroviral no município de Piraquara. O interesse se justifica em razão do município, apesar de se classificar com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) alto/médio, apresenta vulnerabilidade socioeconômica, limitada capacidade financeira e população carente de serviços públicos essenciais, fatores que interferem no controle das doenças, inclusive HIV/AIDS (Garcia; Souza, 2010; Paraná, 2022; FNP, 2020). Na correlação de fatores socioeconômicos e incidência de doenças, o IDH é uma medida bastante funcional, para a qual os valores mais baixos de IDH resultam em maiores coeficientes de incidência de doenças (Júnior; Netto; Castilho, 2014). Além disso, a implementação de serviços de promoção da saúde deve considerar o perfil epidemiológico e as necessidades em saúde do território, com objetivo de desenvolver e garantir serviços públicos em diferentes níveis de atenção à saúde (Vieira *et al.*, 2014; Brasil, 2018b).

Conforme dados coletados em janeiro de 2022 dos sistemas SIMC e do SICLOM, havia 487 pessoas com diagnóstico de HIV residentes em Piraquara e cadastradas nos serviços de saúde do município. Destas, 78 pessoas, apesar de conhecerem o diagnóstico, ainda não tinham iniciado o tratamento antirretroviral, categorizadas neste estudo como em *gap* de tratamento. O perfil destas pessoas que não iniciaram o tratamento está disponível na Tabela 1. Entre elas predominaram o sexo masculino (55,1%), faixa etária de 40 a 49 anos (32,1%), cor da pele branca (60,2%) seguida por parda (29,5%), e escolaridade não informada/ignorada (46,15%). A população em *gap* de tratamento em Piraquara equivale a 16% da amostra de pessoas com diagnóstico de HIV no município. Portanto, a proporção de pessoas diagnosticadas e em tratamento em Piraquara corresponde a 84%, que é inferior aos 90% preconizados pela UNAIDS (UNAIDS, 2020). Vale salientar que desde o ano de 2013, o Ministério da Saúde instituiu o tratamento antirretroviral para todas as pessoas diagnosticadas com o HIV, independentemente da contagem de células LT-CD4+ ou de carga viral (Brasil, 2018a).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da população em gap de tratamento (diagnosticada e ainda não tratada com antirretrovirais) em Piraquara/PR, no ano de 2022

Variáveis	Sexo		
	Total n (%)	Masculino n (%)	Feminino n (%)
Faixa etária (anos)			
≤ 19	0	0	0
20 a 29	12 (15,4)	7 (16,3)	5 (14,3)
30 a 39	19 (24,4)	13 (30,2)	6 (17,1)
40 a 49	25 (32,0)	12 (27,9)	13 (37,1)
50 a 59	16 (20,5)	9 (20,9)	7 (20,0)
≥ 60	6 (7,7)	2 (4,7)	4 (11,4)
Cor da pele			
Amarela	0	0	0
Branca	47 (60,3)	25 (58,1)	22 (62,9)
Parda	23 (29,5)	15 (34,9)	8 (22,9)
Preta	3 (3,8)	2 (4,7)	1 (2,9)
Não informado/Ignorado	5 (6,4)	1 (2,3)	4 (11,4)
Escolaridade			
De 1 a 3 anos	2 (2,6)	0	2 (5,7)
De 4 a 7 anos	17 (21,8)	8 (18,6)	9 (25,7)
De 8 a 11 anos	18 (23,1)	12 (27,9)	6 (17,1)
De 12 e mais anos	3 (3,8)	3 (7,0)	0
Analfabetos	2 (2,6)	2 (4,7)	0
Não informado/ Ignorado	36 (46,1)	18 (41,9)	18 (51,4)
TOTAL:	78	43	35

Fonte: Elaborada pelo autor conforme relatórios do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) e do Sistema de Monitoramento Clínico (SIMC) (ano).

Uma das principais causas de *gap* é a dificuldade de vinculação do usuário ao serviço de saúde, que pode ter por causa primária a negação da doença, que resulta na recusa do seu tratamento farmacológico. Outros desfechos também podem explicar o *gap* do

paciente diagnosticado: início de tratamento em local diferente de onde reside, mudança de endereço ou óbito, carecendo de busca ativa para confirmar a situação que explica a falta de tratamento (Oliveira; Ponce; Oliveira; Werneck, 2019).

Um dos indicadores mais importantes para avaliar a urgência de início da TARV é a contagem de LT-CD4+. O resultado deste exame permite avaliar o grau de comprometimento do sistema imune, bem como a recuperação da resposta imunológica nas pessoas após iniciarem o tratamento antirretroviral. Além disso, também direciona para as imunizações e profilaxias contra infecções oportunistas, como a tuberculose, a maior causa infecciosa de óbitos entre as PVHIV (Brasil, 2018a).

De acordo com o PCDT (2018), em PVHIV sem uso de TARV, com infecções oportunistas ou falha virológica, ocorre a solicitação do exame laboratorial de contagem de linfócitos LT-CD4+. A contagem de LT-CD4+ menor do que 350 células/mm³ de sangue exige maior urgência para início da TARV, pois o tratamento tem impacto relevante na redução da mortalidade, no tratamento de comorbidades graves e na transmissão do vírus (Silva *et al.*, 2015; Loch *et al.*, 2020; Brasil, 2018a).

O atual estudo demonstrou que, entre as pessoas em *gap*, havia 37 (47,43%) com contagem de LT-CD4+ < 350 células/mm³ de sangue. Portanto, pacientes que exigiriam urgência de início de TARV. Entre estas, 23 (29,5%) encontravam-se em imunodeficiência grave, com contagem de LT-CD4+ inferior a 200 células/mm³ de sangue. Estas situações foram mais frequentes entre pessoas do sexo masculino (Tabela 2).

Tabela 2 – Contagem de células linfócitos T CD4+ (LT-CD4+) das pessoas que constavam em *gap* de tratamento no município de Piraquara/PR, no ano de 2022

Contagem de LT-CD4+	Nº Pessoas	Masculino	Feminino
>500 céls/mm ³	24	11	13
500-350 céls/mm ³	17	8	9

350-200 céls/mm ³	14	9	5
<200 céls/mm ³	23	15	8
	78	43	35

Fonte: Elaborada pelo autor, conforme relatórios do Sistema de Monitoramento Clínico (SIMC) (ano).

Com uma contagem de LT-CD4+ em torno de 350 céls/mm³, os episódios infecciosos são geralmente bacterianos, como as infecções respiratórias, incluindo a tuberculose, algumas vezes. A diminuição na contagem de LT-CD4+, situada entre 200 e 300 céls/mm³, além da associação com as infecções bacterianas (pneumonia, bronquite e sinusite), ocorre frequentemente à diarreia crônica, herpes-zoster, cefaleia, alterações neurológicas, lesões orais, entre outras. Percebe-se ainda uma resposta tardia à antibioticoterapia, febre baixa, fadiga e sudorese noturna. A contagem abaixo de 200 céls/mm³ está associada à ocorrência da candidíase oral, da meningite criptocócica, da tuberculose pulmonar disseminada, além de neoplasias, comumente sarcoma de Kaposi (SK), linfoma não Hodgkin e câncer de colo uterino. Estes sinais são preditores da imunodeficiência grave e são preditores da Aids (Brasil, 2018a).

No período do estudo, 409 pessoas estavam em terapia antirretroviral (TARV) no município de Piraquara. Entre estas, predominaram as pessoas na faixa etária entre 30 e 49 anos de idade (52,1%), do sexo masculino (53,8%) (Tabela 3). Esses dados divergem dos dados do Brasil quanto à faixa etária predominante entre as pessoas que vivem com HIV, que é de 20 a 29 anos (37,2%), e também em relação à proporção entre os sexos, que no Brasil o sexo masculino representa 74,3% das pessoas com HIV (Brasil, 2021).

A única faixa etária em que houve maior proporção do sexo feminino em Piraquara, foi a de 60 anos ou mais (15,9%) (Tabela 3). Este resultado provavelmente tem influência da maior expectativa de vida do sexo feminino, além do melhor autocuidado atribuído a pessoas deste sexo (Brasil, 2009).

Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica da população em tratamento antirretroviral em Piraquara/PR no ano de 2022

Variáveis	Sexo		
	Total n (%)	Masculino n (%)	Feminino n (%)
Faixa etária (anos)			
< 15	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
15 a 19	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
20 a 29	65 (15,9)	37 (16,9)	28 (14,8)
30 a 39	105 (25,6)	64 (29,2)	41 (21,7)
40 a 49	108 (26,5)	56 (25,6)	52 (27,5)
50 a 59	82 (20,1)	44 (20,1)	38 (20,1)
≥ 60	48 (11,8)	18 (8,2)	30 (15,9)
Cor da pele			
Amarela	02 (0,5)	01 (0,4)	01 (0,5)
Branca	293 (71,6)	157 (71,4)	136 (71,9)
Parda	69 (16,9)	44 (20,0)	25 (13,2)
Preta	21 (5,1)	09 (4,1)	12 (6,3)
Não informado/Ignorado	24 (5,9)	09 (4,1)	15 (7,9)
Escolaridade			
De 1 a 3 anos	20 (4,9)	10 (4,5)	10 (5,3)
De 4 a 7 anos	80 (19,5)	42 (19,1)	38 (20,1)
De 8 a 11 anos	63 (15,4)	35 (15,9)	28 (14,8)
De 12 e mais anos	32 (7,8)	22 (10,0)	10 (5,3)
Analfabetos	07 (1,7)	05 (2,3)	02 (1,0)
Não informado/ Ignorado	207 (50,6)	106 (48,2)	101 (53,4)
TOTAL:	409	220	189

Fonte: Elaborada pelo autor conforme relatórios do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) e do Sistema de Monitoramento Clínico (SIMC) (ano).

Na contramão do que ocorre no Brasil, onde a incidência do HIV entre os jovens tem aumentado (Silva *et al.*, 2022), os resultados de Piraquara não demonstraram pessoas menores de 19 anos em tratamento antirretroviral no período do estudo. Entretanto, não

há conhecimento de políticas de saúde contra HIV/AIDS específicas do município voltadas à prevenção da infecção entre os jovens. Desta forma, é necessário atentar para possíveis falhas no acesso a serviços de testagem e na vinculação desta população ao sistema de saúde para o tratamento. A avaliação de fatores psicossociais geralmente não é aprofundada em estudos com jovens portadores do vírus HIV, porém sabe-se da incidência elevada de transtornos de saúde mental, como depressão e ansiedade, que dificultam o manejo do tratamento nesta população (Serafini; Bandeira, 2009; Chaves *et al.*, 2014; Malfitano; Bardi, 2014).

Em relação à cor da pele, na atual pesquisa, obteve-se que 71,6% da população em TARV do município declarou ter pele de cor branca, com proporções muito semelhantes entre os sexos (Tabela 3). Este resultado concorda com o perfil sociodemográfico da população de Piraquara, constituída por 65,7% da população branca (IBGE, 2021; Paraná, 2022). No entanto, neste estudo, não havia esta informação para 24 pessoas, um número maior que o total de pessoas que se declararam pretas e amarelas. Isto representa, portanto, uma limitação que interfere negativamente na comparação entre estas categorias de cor de pele, que deve ser complementada com outros estudos e pesquisas demográficas. Torna-se necessário, portanto, valorizar esta informação no momento da coleta destas variáveis pelos serviços de saúde (Dias *et al.*, 2021; Paraná, 2022, 2015).

Em relação à escolaridade, predominam pessoas com escolaridade entre 4 e 7 anos, independente do sexo (Tabela 3). Isto equivale ao ensino fundamental incompleto (4ª série completa/5ª a 8ª série incompleta). O número de respostas faltantes para esta variável é de 50,6% da amostra (sexo masculino=48,2% e sexo feminino=53,43), o que interfere no resultado real, visto que se trata de mais da metade da amostra (Tabela 3). Situações semelhantes têm ocorrido em outros estudos (Brasil, 2021; Brasil, 2022; Dias *et al.*, 2021; Oliveira *et al.*, 2019; Paraná, 2022).

A baixa escolaridade torna-se um problema na medida em que distancia a população do acesso a informações sobre promoção,

proteção e recuperação da saúde. No contexto específico, pode contribuir para o aumento do número de casos de HIV/AIDS (Schaurich; Freitas, 2011; Silva *et al.*, 2015; Silva *et al.*, 2022), bem como para a má adesão ao tratamento antirretroviral e desfecho preocupante da infecção (Dias *et al.*, 2021; Oliveira *et al.*, 2019).

Em relação ao tratamento antirretroviral das pessoas com HIV em Piraquara, os resultados demonstraram que 79,1% faziam uso de esquemas terapêuticos de 1ª linha de tratamento, totalizando 8 (oito) diferentes esquemas de 1ª linha utilizados (Tabela 4). Do total de pessoas em 1ª linha de TARV, 192 pessoas (58% da amostra) faziam uso da combinação tenofovir, lamivudina e dolutegravir (TDF/3TC/DTG), estabelecida como tratamento inicial pelo atual Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV em adultos (Brasil, 2018a). Foram identificados também esquemas antirretrovirais de 2ª linha (11,8%) e de 3ª linha (9,0%) que podem sugerir falhas terapêuticas prévias ou resistência viral, visto que os esquemas para tratamento de 2ª e 3ª linhas são indicados para pacientes que não responderam satisfatoriamente à terapia inicial com esquemas de 1ª linha (Brasil, 2018a; Silva *et al.*, 2022).

Tabela 4 – Esquemas antirretrovirais em uso pela população em tratamento contra o HIV no município de Piraquara, no ano de 2022

Esquema Terapêutico	Nº usuários	%	Linha de tratamento
DTG + TDF + 3TC	192	58,0	Primeira
TDF + 3TC + EFZ	44	13,3	Primeira
3TC+ DTG	10	3,0	Primeira
AZT + 3TC + DTG	6	1,8	Primeira
AZT + 3TC + EFZ	3	0,9	Primeira
AZT + 3TC + NVP	2	0,6	Primeira
RAL+ TDF + 3TC	2	0,6	Primeira
3TC+ ABC+ RAL	1	0,3	Primeira
3TC+ AZT+ RAL	1	0,3	Primeira
NVP+ TDF + 3TC	1	0,3	Primeira
ATV+RTV+ TDF + 3TC	22	6,6	Segunda

SAÚDE COLETIVA: DIÁLOGOS E CAMINHOS

DRV+ DTG+RTV	10	3,1	Segunda
AZT + 3TC + DRV+ RTV	5	1,5	Segunda
3TC+ DRV+ RTV	1	0,3	Segunda
ATV+ AZT + 3TC + RTV	1	0,3	Segunda
DRV+ RTV+ TDF + 3TC	27	8,2	Terceira
DRV+ DTG+ RTV+ TDF + 3TC	3	0,9	Terceira
TOTAL: 17 esquemas	TOTAL: 331 pessoas	TOTAL: 100%	-

Legenda: inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos – ITRN: 3TC (Lamivudina), ABC (Abacavir), TDF (Tenofovir) e AZT (Zidovudina); inibidores da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos – ITRNN: EFZ (Efavirenz) e NVP (Nevirapina); inibidores de protease – IP: ATV (Atazanavir), DRV (Darunavir) e RTV (Ritonavir); inibidores da integrase – INI: DTG (Dolutegravir) e RAL (Raltegravir) (ano).

Fonte: elaborada pelo autor, conforme relatórios do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM).

O estudo também demonstrou que a combinação de tenofovir, lamivudina e efavirenz (TDF/3TC/EFZ) é utilizado por 44 pessoas (13,3%). Popularmente conhecido por “3 em 1”, esse esquema terapêutico, coformulado e de tomada única diária, é de 1ª linha, atualmente preferencial para casos em que há coinfeção por tuberculose ou contra indicação ao dolutegravir (DTG) (Brasil, 2018a). Isto pode esclarecer o elevado número de pacientes utilizando esse esquema em Piraquara.

De forma geral, inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos (ITRN) e inibidores da integrase (INI) são comumente prescritos para pacientes em primeira linha de tratamento, enquanto inibidores de protease (IP) são considerados para pacientes em segunda linha de tratamento e comumente prescritos na terceira linha das terapias analisadas no presente estudo. Os dados apresentam 79,12% da amostra em 1ª linha de tratamento, enquanto 2ª e 3ª linhas são utilizadas por cerca de 10% cada uma, o que indica resposta satisfatória à TARV na maioria dos pacientes em tratamento em Piraquara.

Conforme proposto pelo estudo, também foi investigado o abandono da TARV pelos usuários cadastrados no município de Piraquara-PR (Tabela 5). O abandono da terapia é classificado pelo Ministério da Saúde como aqueles casos em que o paciente não comparece há mais de 100 dias às UDMs, serviços de saúde que centralizam a dispensação dos medicamentos antirretrovirais disponibilizados à população com HIV (Brasil, 2018a).

Tabela 5 – Caracterização da população em abandono da terapia antirretroviral no município de Piraquara/PR, no ano de 2022

Variáveis	Sexo		
	Total de Pessoas n (%)	Masculino n (%)	Feminino n (%)
Faixa etária (anos)			
15 a 19	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
20 a 29	15 (19,2)	07 (17,1)	08 (21,6)
30 a 39	26 (33,3)	15 (36,6)	11 (29,7)
40 a 49	21 (26,9)	11 (26,8)	10 (27,0)
50 a 59	09 (11,5)	06 (14,6)	03 (8,1)
≥ 60	07 (9,0)	02 (4,9)	05 (13,5)
Escolaridade			
De 1 a 3 anos	04 (5,1)	01 (2,4)	03 (8,1)
De 4 a 7 anos	13 (16,7)	06 (14,6)	07 (18,9)
De 8 a 11 anos	13 (16,7)	08 (19,5)	05 (13,5)
De 12 e mais anos	07 (8,9)	05 (12,2)	02 (5,4)
Analfabetos	02 (2,5)	01 (2,4)	01 (2,7)
Não informado/ Ignorado	30 (38,5)	16 (39,1)	14 (37,8)
Tempo de atraso para o retorno ao dispensário de medicamento (em meses)			
De 0 a 6	25 (32,1)	12 (29,3)	13 (35,1)
De 6 a 12	15 (19,2)	10 (24,4)	05 (13,5)
De 12 a 18	06 (7,7)	02 (4,9)	04 (10,8)
De 18 a 42	22 (28,2)	14 (34,1)	08 (21,6)
De 42 a 48	04 (5,1)	01 (2,4)	03 (8,1)
De 48 a 54	03 (3,8)	0 (0,0)	03 (8,1)
De 54 a 60	03 (3,8)	02 (4,9)	01 (2,7)

> 60	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
TOTAL:	78	41	37

Fonte: Elaborada pelo autor, conforme relatórios do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) (ano).

Em Piraquara, em janeiro de 2022, 78 pessoas constavam em abandono da terapia (52,56% do sexo masculino e 47,43% do sexo feminino). Entre todas as pessoas em tratamento do HIV em Piraquara, isso correspondia a 19,1% de abandono. Predominaram as pessoas na faixa etária entre 30 e 39 anos (33,3%), escolaridade entre 4 e 11 anos de estudo (33,3%), entre os que declararam o nível educacional.

○ nível educacional, ilustrado pela variável escolaridade neste estudo, interfere proporcionalmente na adesão à terapia, dado que se associa ao baixo grau de entendimento das recomendações dos profissionais da saúde e sobre a importância do uso contínuo da farmacoterapia, levando também a uma frágil vinculação aos serviços de saúde (Nemes *et al.*, 2009; Schaurich; Freitas, 2011; Silva *et al.*, 2015).

○ tempo de abandono do tratamento também foi uma variável averiguada na pesquisa. Observou-se que 32,1% dos pacientes haviam abandonado a terapia há 6 meses, havendo predomínio do sexo feminino nesta faixa de tempo de abandono (masculino = 29,26%; feminino = 35,1%) (Tabela 5). Para o sexo masculino, prevaleceu o tempo de abandono de 18 a 42 meses (masculino = 34,14%; feminino = 21,6%).

○ predomínio do sexo masculino no tempo de abandono maior ressalta a dificuldade de reter esta população nos serviços de saúde e acompanhamento do tratamento, tornando-se necessário resgatar esta população antes que a infecção progrida para AIDS e suas consequências (Brasil, 2009; Oliveira *et al.*, 2019; Dias *et al.*, 2021).

Para explicar o fenômeno do abandono da terapia antirretroviral, pode-se elencar algumas causas mais frequentes, como:

não aceitação da doença; reações adversas aos medicamentos antirretrovirais; baixa vinculação dos pacientes com os serviços de saúde; e rede de apoio inexistente (familiares, amigos e comunidade), devido ao receio em ser discriminado (Nemes *et al.*, 2009; Silva *et al.*, 2015).

A carga viral da população em terapia antirretroviral do município de Piraquara também foi investigada, com base no valor recomendado pelo Ministério da Saúde do Brasil, que é de 50 cópias de RNA viral/mL sangue (Brasil, 2018a). No presente estudo, foram identificados 23 pacientes com carga viral acima de 50 cópias de RNA viral/mL de sangue, o que representa 6,9% do total da população em tratamento (sexo masculino = 47,8% e sexo feminino = 52,2%). A carga viral média destas pessoas correspondeu a 12.722,91 cópias de RNA viral/mL de sangue, e o desvio-padrão foi de 26.772,15, que demonstra uma elevada dispersão nos valores encontrados. Portanto, no município de Piraquara, 93,1% das pessoas em tratamento antirretroviral encontravam-se em supressão viral durante esta pesquisa. Desta forma, atendeu a meta de 90% das pessoas em tratamento com carga viral suprimida estipulada pela UNAIDS (Brojan *et al.*, 2020; UNAIDS, 2022).

Além da contagem de LTCD4+, o acompanhamento da carga viral das pessoas em TARV é importante na avaliação do sucesso da terapia e eventual necessidade de troca de esquema terapêutico. Quando o objetivo de manter a carga viral suprimida é atingido, reduz-se também o risco de transmissão do vírus e a consequente progressão para a AIDS (Silva *et al.*, 2020).

Conclusão

Piraquara é um município com alta vulnerabilidade socioeconômica e menor disponibilidade de serviços de saúde. Diante disto, este estudo buscou conhecer parâmetros relacionados ao tratamento do HIV/AIDS no município.

O estudo revelou que 16% das pessoas diagnosticadas com HIV ainda não haviam iniciado o tratamento (*gap* de tratamento), opondo-se às orientações de início imediato do Ministério da Saúde.

O estudo demonstrou que não havia menores de 19 anos nem na população em *gap* e nem entre as pessoas em tratamento antirretroviral no período do estudo. Este dado difere enormemente dos dados estaduais e nacionais. Isto pode significar falhas na disponibilização e acesso a testes diagnósticos para a população jovem nos serviços de testagem e acompanhamento de Piraquara. Outra explicação, poderia ser o encaminhamento destas pessoas para serviços fora do município de Piraquara. Entretanto, não há registros deste suposto fluxo na literatura científica.

A análise das variáveis cor da pele e escolaridade das pessoas em tratamento foram prejudicadas pela ausência destas informações para grande parte dos indivíduos com HIV. Mas, entre os registros completos, observou-se predomínio das pessoas de cor de pele branca e com menor escolaridade.

Os esquemas antirretrovirais em uso em Piraquara foram predominantemente os de 1ª linha de tratamento, o que significa o uso de esquemas menos complexos e que garantem maior disponibilidade de opções terapêuticas para a sequência do tratamento em casos de falhas futuras.

Os dados obtidos sobre as pessoas em abandono da TARV sugerem dificuldade de reter nos serviços de saúde de Piraquara a população do sexo masculino com idade entre 30 e 39 anos e ensino fundamental/médio completo, além do risco da infecção evoluir para AIDS nestas pessoas sem tratamento.

Do total de pessoas em tratamento antirretroviral em Piraquara, 93,05% alcançaram a supressão da carga viral, valor que está dentro da meta proposta pela UNAIDS e que representa o sucesso da terapia para a maioria das pessoas com HIV em tratamento no município. Entretanto, é necessário elevar a proporção de pessoas com diagnóstico do HIV em tratamento, que correspondeu a 84%, abaixo das recomendações da UNAIDS.

Para melhorar a qualidade de vida das pessoas com HIV/AIDS de Piraquara, propõe-se adequação dos serviços de saúde e a implementação das políticas de saúde disponíveis para esta população, a

exemplo do encaminhamento para o tratamento imediato. E uma vez em tratamento, propõe-se melhorar a retenção aos serviços de saúde, de forma a evitar o abandono do tratamento, muito frequente em Piraquara no período deste estudo.

Devido à possível falha de diagnóstico do HIV entre os jovens, propõe-se expandir o acesso aos testes para esta população, além de ações de educação em saúde, que proporcionem intervenções efetivas para esta faixa etária. O diagnóstico oportuno possibilita o tratamento efetivo, menor transmissão do HIV, redução futura dos casos de AIDS e mortes.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília (DF). 2009. Disponível em: <https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf>. Acesso em 01 set 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília (DF). 2018a. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2013/hiv-aids/pcdt_manejo_adulto_12_2018_web.pdf/view>. Acesso em 01 set 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília (DF). 2018b. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/bvs>>. Acesso em 01 set 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de HIV/ Aids**. Brasília (DF). 2021. Disponível em: <<http://antigo.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2021>>. Acesso em 01 set 2023.

BRASIL. Ministério da Educação. **Índice de Desenvolvimento da Educação Básica - Ideb** - Apresentação. Brasília (DF). 2022. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/conheca-o-ideb>>. Acesso em 01 set 2023.

BROJAN, L. E.; MARCA, L. M.; DIAS, F. A.; RATTMANN, Y. D. (2020). Uso de antirretrovirais por pessoas vivendo com HIV/AIDS e sua conformidade com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. **Einstein**, v. 18, p. 1-7. 2020. DOI: 10.31744/einstein_journal/2020AO4995

CHAVES, A. C. P.; BEZERRA, E. O.; PEREIRA, M. L. D.; WOLFGANG, W. Conhecimentos e atitudes de adolescentes de uma escola pública sobre a transmissão sexual do HIV. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online], v. 67, n. 1, p. 48-53. 2014.

DOI: 10.5935/0034-7167.20140006

DIAS, F. A.; HÖFELMANN, D. A.; RATTMANN, Y. D. Avaliação do sucesso virológico da terapia antirretroviral em pessoas vivendo com HIV/AIDS no estado do Paraná, Brasil. **Einstein**, v. 19, p. 1-8. 2021. DOI: 10.31744/einstein_journal/2021AO5800

FRENTE NACIONAL DE PREFEITOS-FNP. **G100 – um grupo formado pelas fragilidades do sistema federativo do Brasil**. Brasília (DF). 2020. Disponível em: <<https://multimidia.fnp.org.br/biblioteca/documentos/item/899-g100-2020?highlight=WyJnMTAwll0=>>. Acesso em 01 set 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Estimativas da População** [Internet]. Rio de Janeiro (RJ). 2021. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=resultados>>. Acesso em 01 set 2023.

GARCIA, S.; SOUZA, F. M. Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 2, p. 9-20. 2010. DOI: 10.1590/S0104-12902010000600003

JÚNIOR, A. L. R.; NETTO, A. R.; CASTILHO, E. A. Distribuição espacial do índice de desenvolvimento humano, da infecção pelo HIV e da comorbidade AIDS-tuberculose: Brasil, 1982 – 2007. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, n. 2, p. 204-215. 2014. DOI: 10.1590/1809-4503201400060017

LOCH, A. P.; CARACIOLO, J. M. M.; ROCHA, S. Q.; FONSI, M.; SOUZA, R. A.; GIANNA, M. C.; GONÇALVES, A.; KALICHMAN, A. O. Intervenção para a implementação do monitoramento clínico em serviços especializados de atenção às pessoas vivendo com HIV/aids. **Cadernos de Saúde Pública** [Internet], v. 36, n. 5. 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00136219

MALFITANO, A. P. S.; BARDI, G. (2014). Atenção básica em saúde e juventude: velhos dilemas e novos desafios. **Revista**

Brasileira de Ciências da Saúde, v. 18, n. 2, p. 137-146. 2014.
DOI: 10.4034/RBCS.2014.18.02.07

NEMES, M. I. B.; CASTANHEIRA, E. R. L.; HELENA, E. T. S.; MELCHIOR, R.; CARACIOLO, J. M.; BASSO, C. R.; ALVES, M. T. S. S. B.; ALENCAR, T. M. D.; FERRAZ, D. A. S. Adesão ao tratamento, acesso e qualidade da assistência em Aids no Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 55, n. 2, p. 207-212. 2009. DOI: 10.1590/S0104-42302009000200028

OLIVEIRA, A. F.; PONCE, M. A. Z.; OLIVEIRA, S. A. C.; WERNECK, A. L. Motivos associados ao atraso para o início do tratamento de HIV/AIDS. **Revista de Enfermagem UFPE** [online], v. 13, n. 5, p. 1370-1379. 2019. DOI: 10.5205/1981-8963-v13i5a238775p1370-1379-2019

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS**. 2015. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/boletimhivaids2015_1.pdf>. Acesso em 01 set 2023.

PARANÁ. Instituto paranaense de desenvolvimento econômico e social- ipardes. **Cadernos Estatísticos**. 2022. Disponível em: <<http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=83300&btOk=ok>>. Acesso em 01 set 2023.

SCHAURICH, D.; FREITAS, H. M. B. O referencial de vulnerabilidade ao HIV/AIDS aplicado às famílias: um exercício reflexivo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, V. 45, n. 4, p. 989-995. 2011. DOI: 10.1590/S0080-62342011000400028

SERAFINI, A. J.; BANDEIRA, D. R. Jovens vivendo com HIV/AIDS: a influência da rede de relações, do coping e do neuroticismo sobre a satisfação de vida. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 31, n. 1, p. 51-59. 2009. DOI: 10.1590/S0101-81082009000100010

SILVA, J. A. G.; DOURADO, I.; BRITO, A. M.; SILVA, C. A. L. Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses da terapia em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 31(6), 1188-1198. 2015. DOI: 10.1590/0102-311X00106914

SILVA, L. A. V.; DUARTE, F. M.; LIMA, M. Modelo matemático pra uma coisa que não é matemática: narrativas de médicos/as infectologistas sobre carga viral indetectável e intransmissibilidade do HIV. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 1. 2020. DOI: 10.1590/S0103-73312020300105

SILVA, M.; DIAS, F. A.; TESTONI, C. F.; HÖFELMANN, D. A.; RATTMANN, Y. D. Sociodemographic and pharmacoepidemiological profile of people on antiretroviral therapy in the coast of the state of Paraná. **Acta Scientiarum**, v. 44, n. 1. 2022. DOI: 10.4025/actascihealthsci.v44i1.56764

UNAIDS. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. **Estatísticas do Relatório Informativo**. 2022. Disponível em: <https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2022/07/2022_07_27_Factsheet_PT.pdf>. Acesso em 01 set 2023.

VIEIRA, A. C. S.; ROCHA, M. S. G.; HEAD, J. F.; CASIMIRO, I. M. A. P. C. A epidemia de HIV/Aids e a ação do Estado. Diferenças entre Brasil, África do Sul e Moçambique. **Revista Katálysis**, v. 17, n. 2, p. 196-206. 2014. DOI: 10.1590/S1414-49802014000200005

CAPÍTULO 6

PSICOFÁRMACOS E ADOLESCENTES PRIVADOS DE LIBERDADE NO CONTEXTO DA SOCIOEDUCAÇÃO DO PARANÁ, BRASIL

**Allana Marina Bueno, Milene Zanoni da Silva, Sabrina Stefanello,
Deivisson Vianna Dantas dos Santos**

Introdução

O reconhecimento de crianças e adolescentes como sujeitos de direito no Brasil ocorreu na década de 70, a partir da redemocratização e movimentos sociais. Com a Constituição de 1988, esta população foi considerada na criação de um projeto de sociedade democrática e inclusiva e em 1990 foi aprovado, a partir da Lei nº 8.069, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que estabeleceu a importância do tratamento à criança ou adolescente que cometem um ato infracional, criando um mecanismo de responsabilização, conhecida como medida socioeducativa (Brasil, 1990).

A medida socioeducativa trata-se de uma ação pedagógica sistematizada e individualizada dos casos, as quais variam desde uma advertência, até uma internação, a mais grave dentre elas (Brasil, 2006). Embora a internação apresenta-se como um espaço necessário para o alcance de objetivos jurídicos e pedagógicos ela pode gerar inúmeros fenômenos por seu caráter institucional. Um destes fenômenos é exatamente o aumento de incidência de transtornos mentais. Diversos autores (Vilarins, 2014; Costa; Silva, 2017) citam a alta incidência de transtornos mentais e comportamentais em populações de adolescentes institucionalizados, que por vezes surge e/ou agrava a partir do contexto de privação de liberdade, com consequente potencial de medicalização dos corpos. No contexto da adolescência, as condutas devem ser cautelosas em relação à medicação, adotando as ações de reabilitação e psicoterapia como intervenção de primeira escolha. Além disso, o consumo de medicamentos psicotrópicos deve estar aliado a permanente monitoramento clínico, visto que, o manejo negligente da intervenção psicofarmacológica pode acarretar situações de risco com relação às interações medicamentosas e efeitos adversos (Vilarins, 2014).

Assim, por existir uma lacuna do conhecimento acerca do consumo de psicofármacos em adolescentes institucionalizados, bem como o perfil destes adolescentes que utilizam tais medicamentos e sua relação com a saúde mental, este estudo teve como objetivo identificar o padrão de consumo de medicamentos psicotrópicos entre adolescentes em privação de liberdade em unidades

de socioeducação (que no Paraná são denominadas de Centros de Socioeducação ou simplesmente CENSES) do Estado do Paraná.

Métodos

Os caminhos da observação

Esta pesquisa está vinculada ao projeto maior denominado “Manejes e práticas relacionadas às crises e ao sofrimento em saúde mental nos Centros de Sócio educação (CENSE) da Secretaria de Estado da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos do Paraná” e tem como delineamento ser uma pesquisa transversal, observacional, documental, retrospectiva, descritiva e analítica.

O cenário de pesquisa foram CENSES do estado do Paraná. O estado tem uma população estimada de 11.433.957 habitantes, segundo o IBGE (2019), com índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,749, que o faz ocupar o 5º lugar do Brasil. O estado conta com 19 CENSES atualmente, divididos em 3 regiões, que ofertam 996 vagas a crianças e adolescentes em conflito com a lei e que necessitam de uma medida mais restritiva como é o caso da internação.

Com relação às vagas, os CENSES com até 40 vagas são classificados como de pequeno porte e superior a isso, é considerado de grande porte (Conanda, 1996). Dos 19 CENSES do estado, foram incluídos 7 nesta pesquisa, sendo 3 de pequeno porte e 4 de grande porte das 3 regiões (Tabela 1).

Tabela 1 – Censos selecionados (regiões, vagas, porte)

REGIÃO	REGIÃO	VAGAS	PORTE
	JR (Feminino)	30 vagas	30 vagas
Região 1	SJP	78 vagas	Grande
	FRG	30 vagas	Pequeno
Região 2	LO	60 vagas	Grande
	MA	86 vagas	Grande
Região 3	PB	18 vagas	Pequeno
	LA	88 vagas	Grande

Fonte: Os autores (2020).

As unidades foram escolhidas por serem representativas de suas regiões, sendo sempre 1 unidade de pequenos e 1 unidade de grande porte de cada uma das regiões administrativas. Uma sétima unidade foi incluída pelo seu caráter particular no estado, por ser a única unidade feminina entre as 19 existentes. Nestas unidades foram analisadas as prescrições de medicamentos psicofármacos no universo de 887 adolescentes em privação de liberdade que estavam em internação nos 7 CENSES estudados no ano de 2018. As prescrições foram analisadas nos prontuários, fichas cadastrais, receituários e laudos médicos dos adolescentes no período de 01 de janeiro a 31 dezembro no ano de 2018. Tal variedade na busca se justifica pelo fato de os serviços não possuírem de maneira sistematizada os registros de prescrições de psicotrópicos e desta maneira procuramos abarcar uma variedade de fontes para se ter a informação mais fidedigna possível.

Na coleta de dados sistematizamos informações acerca do perfil dos adolescentes: dados sociodemográficos, diagnóstico de transtorno mental, comportamento suicida, uso de drogas além de, coletar dados referentes aos medicamentos psicofármacos consumidos, como quantidade e princípio ativo. Para as análises dos dados de medicação psicotrópica foi utilizada a Classificação ATC *Anatomical Therapeutical Chemical ATC* (Who, 2020).

As informações coletadas dos prontuários foram digitadas em planilhas do Excel e posteriormente importadas para banco de dados criado no programa R, para Windows. Para análise descritiva, utilizaram-se medidas de ocorrência a partir das frequências absolutas e relativas das variáveis analisadas.

As variáveis contínuas foram comparadas pelo teste Kruskal-Wallis e as proporções pelo teste de Qui-quadrado. A regressão logística, empregada para controle das variáveis de confusão, foi usada para analisar a independência da associação de cada fator que se mostrou associado à variável dependente (eventos adversos) na análise bivariada. As variáveis que apresentaram valor de $p < 0,05$.

Este estudo foi aprovado do Comitê de Ética da Universidade Federal do Paraná (CAAE: 02353018.3.0000.0102).

Resultados

Dos 887 adolescentes em privação de liberdade que estavam no ano de 2018, 376 deles, ou seja, 42% receberam a prescrição de algum psicotrópico durante cumprimento da medida socioeducativa segundo prontuários destes adolescentes (Tabela 2). No CENSE SJP, que fica na região metropolitana de Curitiba a porcentagem do uso de psicotrópicos ficou ainda maior que a média, 52% de adolescentes, portanto, a maioria dos internos, recebeu prescrição de psicotrópicos durante a internação. Foram prescritos 771 medicamentos para o total de adolescentes onde a prescrição foi identificada, sendo que a relação da prescrição de medicamentos por adolescente variou de 1,8 até 3,8. A maior relação medicamento/adolescente foi encontrado no único CENSE feminino do Estado, CENSE JR.

Tabela 2 - Prevalência do Uso de Psicotrópicos na População no ano de 2018

CENSES	USO DE PSICOTRÓPICOS				TOTAL
	SIM	%	NÃO	%	
1 JR	28	48%	30	52%	58
2 FRG	18	18%	80	82%	98
3 SJP	106	52%	99	48%	205

4 PB	23	47%	26	53%	49
5 LS	67	42%	94	58%	161
6 MA	71	44%	89	56%	160
7 LO	63	40%	93	60%	156
TOTAL	376	42%	511	58%	887

Fonte: Os autores (2020).

Quanto ao perfil dos adolescentes internados que consumiram psicotrópicos, pode-se verificar que a maioria (50,3%) tem mais de 16 anos de idade, tem entre 5 e 9 anos completos de sua formação escolar (34,8%) e quase 40% se declararam como negros ou pardos (39,4%). O motivo da medida socioeducativa mais frequente foi o de roubo (27,7%), seguido de homicídio (10,1%) e tráfico (6,9%).

Com relação a presença de transtornos mentais, a maior parte deles (51,1 %) não tinha qualquer informação sobre diagnóstico presente, ou seja, não apresentou no prontuário ou nos dados de evolução durante o internamento qualquer informação relacionada a saúde mental destes. Dos que apresentaram informação de diagnóstico, 21% possui problemas relacionados ao uso de múltiplas drogas, seguido de sintomas inespecíficos, ou seja, quadros inespecíficos de insônia, ansiedade e/ou depressão (17,3%). Com relação ao tema suicídio, o comportamento suicida se mostrou presente em 9,3% e a tentativa de suicídio foi de 16% no ano de 2018.

A respeito da quantidade de psicotrópicos prescritos, a utilização de um medicamento apenas aparece em 31,1% dos casos, sendo que a prescrição de 4 a 8 medicamentos foi de 6,9%. A classe de medicamentos psicotrópicos mais utilizada segundo a classificação ATC foi a dos psicodélicos (N05) com 49,8% do total, sobretudo os antipsicóticos, tendo a clorpromazina o princípio ativo mais usado (18,5%) e em segundo lugar, a risperidona (12,2%). Além dos medicamentos N05, se destaca também classe farmacológica dos psicoanalépticos (28,8%), com ênfase nos antidepressivos - amitriptilina (11%) e a fluoxetina (8,4%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição e Classificação dos Medicamentos utilizados pelos adolescentes em privação de liberdade nos 7 CENSES estudados no ano de 2018

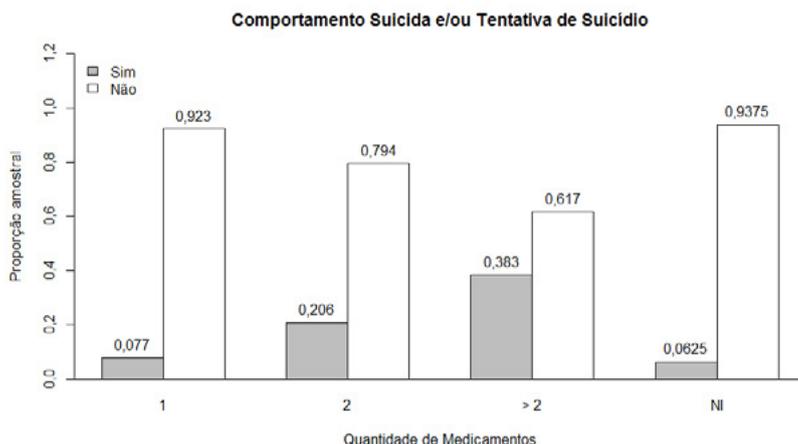
Classe Terapêutica	n	total	%
N	Sistema Nervoso		
	N05 Psiclépticos	384	49,81%
	N05A Antipsicóticos	344	
	Clorpromazina	143	
	Risperidona	94	
	Haloperidol	40	
	Lítio	37	
	Outros	29	
	N05B Ansiolíticos	38	
	Diazepam	38	
	N05C Hipnóticos e Sedativos	3	
	Zolpidem	2	
	Nitrazepam	1	

R	N06 Psicoanalépticos	222	28,79%
	N06A Antidepressivos	218	
	Amitriptilina	85	
	Fluoxetina	65	
	Clomipramina	28	
	Outros	40	
	N06B Psicoestimulantes	4	
	Metilfenidato	4	
	N03 Antiepilépticos	107	13,88%
	N03A Anticonvulsivantes	107	
	Ácido Valpróico	41	
	Carbamazepina	39	
	Clonazepam	25	
	Outros	2	
	N04 Drogas Anti-parkinsonianas	23	2,98%
	Biperideno	23	
Sistema Respiratório	35	4,54%	
R06 Anti-histamínicos de Uso Sistêmico	35		
Prometazina	35		

Fonte: Os autores (2020).

No Gráfico 1 está apresentada a correlação entre a prescrição de medicamentos psicotrópicos com comportamento suicida e/ou tentativa de suicídio. Neste gráfico é possível verificar que quanto maior a prescrição de medicamentos, maior é a presença do comportamento suicida e/ou tentativa de suicídio, ou seja, em caso de monoterapia, a frequência de risco de suicídio foi de 7,7%. Ao passo que o consumo de 2 medicamentos concomitantemente aumenta para 20,6% e mais de 2 medicamentos para 38,3%. Esta associação foi estatisticamente significativa ($p = 0,0000$).

Gráfico 1 – Correlação entre o uso de medicamentos psicotrópicos com comportamento suicida e/ou tentativa de suicídio pela população em 2018



Fonte: Os autores (2020).

Discussão

Este estudo identificou alta taxa de consumo de medicamentos psicotrópicos (42%) entre adolescentes que se encontravam em cumprimento de internação como medida socioeducativa, no ano de 2018, no Estado do Paraná.

Quanto ao perfil sociodemográfico dos adolescentes, nesta pesquisa encontrou-se que 39,9% se declararam como negros e pardos, que foi inferior ao encontrado em relatório intitulado “Perfil Epidemiológico de Uso de Drogas dos Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Privação de Liberdade do Estado do Paraná”, do DEASE (2016). Neste documento relata-se que a maioria (58,9%) dos adolescentes são pardos (46,9%)/negros (12%) considerando todos os CENSES do Estado. Ao se comparar a questão da idade, segundo o mesmo relatório, a faixa etária dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa pode variar entre 12 e 21 anos, sendo que a maior incidência se dá entre 15 e 18 anos (92,5%), da mesma forma, dos adolescentes que

consomem medicação psicotrópica, a incidência de jovens acima de 14 anos e maiores de 16 anos representa 92,6%.

Dentre estas questões, encontra-se o tema da alta prevalência encontrada no uso de medicamentos psicotrópicos e o que este fato pode acarretar a vida destes adolescentes, o que representa para o sistema e com base em que, ou seja, em quais parâmetros e aspectos este dado está enraizado ou apoiado. Para que depois de um mínimo entendimento, possa-se pensar em políticas públicas e ações em saúde. Há a necessidade de se conhecer os desafios e trazê-los para dentro da socioeducação e da realidade neste contexto. O que se pode notar através do dado obtido de que destes 376 adolescentes em uso de medicação psicotrópica, 51% não possuía diagnóstico para este fim. A partir desta dificuldade, cabe discutir o impacto e a real necessidade do uso dos psicotrópicos nesta população.

Andrade *et al.* (2011) descrevem o cenário de prevalência de transtornos psiquiátricos em adolescentes privados de liberdade, afirmando ser maior o número de adolescentes internos com transtornos psiquiátricos do que o esperado para a população geral da mesma faixa etária. Os mesmos autores, trazem ainda em discussão que meninas tendem a ter perfil psicopatológico com mais transtornos que meninos em todas as áreas diagnósticas, informação que pode ser comparada com os dados obtidos no CENSE de população feminina, em que 48% da população estava em uso de psicotrópicos, e apresentou o maior número de medicamentos utilizados por indivíduo (média de 3,8 medicamentos por adolescente) de todos os CENSES analisados.

Cabe ressaltar ainda, diante disso, que não somente o diagnóstico em saúde mental destes adolescentes é dificultado, tanto pela dificuldade de acesso a uma equipe de saúde mental, quanto pela dificuldade em tratar destes adolescentes que estão em uma realidade completamente diferente da realidade dos demais.

Resta entender a finalidade dos medicamentos prescritos, se metade dos adolescentes do presente estudo não possui diagnóstico. Realmente há um diagnóstico? Adolescentes privados de liberdade sofrem, a privação de liberdade pode aparecer como forte causadora

de sofrimento mental, mas não necessariamente sofrem de mais transtornos. A Medicalização Social e o medicamento com o uso de mandato social, neste meio, se destaca em não somente pela prescrição e administração de medicamentos, como também em designar os adolescentes que sofrem, em internação, de adolescentes com transtornos mentais. O uso de medicamentos, neste cenário, surge como resposta a um contexto e não a um diagnóstico concreto.

Vilarins *et al.* (2014) ao analisarem como são atendidos os adolescentes com transtorno mental em cumprimento de medida socioeducativa de internação, criticam o atendimento em saúde mental realizado nas unidades socioeducativas, afirmando que consiste apenas em uma medicalização dos transtornos. E para a mesma autora, os adolescentes com transtorno mental autores de ato infracional são submetidos à correção, ao tratamento e à medicalização por serem considerados perigosos para o convívio social e pouco se faz pelo sujeito infrator.

A medicalização pode ser vista como uma forma de controle social, a medicalização social, que, de acordo com o conceito de biopolítica foucaultiano, segundo Foucault (1988), esse processo se origina quando a regulação médico-sanitária da vida é utilizada como estratégia para ordenar a relação entre o Estado e indivíduos. A medicina, para Foucault, é uma das instituições ou disciplinas, assim como a escola, o exército, os presídios, que auxiliam e constituem o Estado moderno nessa tarefa de organizar a vida coletiva e individual (Tesser; poli Neto; Campos, 2010). Segundo Vilarins (2014), ainda que haja esforços para a garantia de direitos e por ações socioeducativas por meio dessa medida, ela sempre se apresentará como geradora de sofrimento devido à apartação social que promove na vida desses adolescentes.

Além disso, ao se constatar que a classe de medicamentos mais prescrita aos adolescentes institucionalizados foi a dos antipsicóticos, tendo a Clorpromazina, um antipsicótico típico e a Risperidona, um antipsicótico atípico, cabe-se iniciar uma discussão acerca do uso desses medicamentos por esta população, levando-se em conta os riscos e a segurança.

Segundo Caponi (2020), a partir do momento em que os antipsicóticos deixaram de ser prescritos exclusivamente para pacientes com patologias mentais graves, esquizofrenia ou psicoses, para se estenderem ao conjunto da sociedade, particularmente às crianças, a risperidona, por exemplo, é prescrita com a finalidade de tratar pequenas faltas de conduta, comportamentos agressivos e hostilidade, isto é, para provocar aceitação, obediência, docilidade, indiferença às adversidades.

Entretanto, podemos iniciar a discussão trazendo que o uso de drogas psicoativas, que são aquelas que atuam no sistema nervoso central (SNC), alteram o humor, comportamento e cognição, que possuem tarja vermelha e precisam ser prescritas para que haja a sua dispensação/administração. Em adolescentes, por si só já se necessita de maior cautela, visto que, o neurodesenvolvimento desta população não está completo, e o impacto dessas medicações num período de mudanças no desenvolvimento sobre a atividade, eficácia e segurança que ainda não são bem compreendidas (Edgcomb, 2020).

A Clorpromazina foi o primeiro antipsicótico típico aprovado e por bloquear receptores D2 em todas as vias dopaminérgicas, está mais sujeito a apresentar efeitos colaterais, sobretudo os efeitos extrapiramidais (aqueles que envolvem tônus e postura), além de efeitos endócrinos, como o aumento da prolactina, que pode causar, entre outros, ginecomastia e aumento da secreção de leite. Já a Risperidona, um antipsicótico atípico, é uma droga mais moderna, promove menores eventos extrapiramidais que em geral, só aparecem quando prescritos em altas doses. Mas, ainda assim, pode causar ganho de peso, hiperprolactinemia, sonolência, ansiedade, náuseas, tontura, boca seca e tremores (Golan *et al.*, 2016).

Lorberg *et al.* (2019) atentam para o impacto dessas medicações num período de mudanças no desenvolvimento sobre a atividade, eficácia e segurança que ainda não são bem compreendidas. E que existem diferenças significativas observadas entre crianças e adultos em eficácia e segurança, sugerindo que isto pode influenciar significativamente nos efeitos dos psicotrópicos. Por exemplo, antidepressivos tricíclicos, embora comprovadamente eficazes na depressão em adultos, não têm efeito antidepressivo demonstrável em crianças, estimulantes à base de anfetaminas são mais propensos a induzir euforia em adultos do que em crianças; antipsicóticos têm efeitos metabólicos mais fortes na juventude do que nos adultos (Correll *et al.*, 2009); antidepressivos serotoninérgicos aumentam o risco de ideação suicida em crianças, adolescentes e adultos jovens, mas não na meia-idade ou na terceira idade (Lorberg *et al.*, 2019).

Desta forma, quando utilizados de maneira assertiva, a partir de diagnósticos, análises de risco-benefício e um profundo conhecimento dos fatores que levaram a esta conduta, os medicamentos têm um papel importante para o manejo de jovens com transtornos mentais. Existem evidências de que alguns medicamentos podem não só ajudar a controlar os sintomas, mas também a melhorar o funcionamento e acelerar a recuperação. Uma avaliação diagnóstica minuciosa e completa antes de considerar a medicação é fundamental, bem como a necessidade de monitoramento consistente durante o tratamento. Há também que considerar que mais pesquisas para entender melhor o impacto da farmacoterapia a longo prazo em crianças e adolescentes são necessárias (Lorberg *et al.*, 2019).

Conclusão

Diante dos dados estabelecidos conclui-se que a institucionalização de adolescentes se mostra como um assunto delicado no que diz respeito ao desenvolvimento destes jovens, sendo um grande desafio no que diz respeito à saúde, e mais ainda quando se trata de saúde mental.

O presente estudo concluiu que nos CENSES estudados, que acabam por demonstrar um perfil significativo da realidade das instituições de cumprimento de medida socioeducativa do Paraná, existe um número significativo de adolescentes em uso de medicamentos psicotrópicos, mesmo que a maioria deles não possua registro diagnóstico.

Nestas situações, o uso de psicotrópicos se apresenta como uma das estratégias mais utilizadas para amenizar demandas mais amplas. Assim, as sanções de privação de liberdade por atos infracionais produzem decisões de prescrição, podendo ser mais uma faceta da medicalização social.

Referências

ANDRADE, R.C.D. *et al.* Prevalência de transtornos psiquiátricos em jovens infratores na cidade do Rio de Janeiro: estudo de gênero e relação com a gravidade do delito. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2179-2188, 2011.

BRASIL. **Lei nº 12.594 de 18 de janeiro de 2012**. Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional. Diário Oficial da União, 2012.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1990.

BRASIL. **Resolução CONANDA nº 46 de 29 de Outubro de 1996**. Regulamenta a lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que regula a execução da medida sócio-educativa de internação prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente. Diário Oficial da União, 1996. .

BRASIL. Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE). Secretaria Especial dos Direitos Humanos – Brasília-DF: CONANDA, 2006.

CAPONI, S. A psicofarmacologização da infância e o modelo de ação da droga centrado na doença. **Revista Política & Sociedade**, Florianópolis, v. 19 n. 46, 2020.

CORRELL, C. *et al.* Cardiometabolic risk of second-generation antipsychotic medications during first-time use in children and adolescents. **Journal of the American Medical Association**, 2009.

COSTA, J. O. *et al.* Gender differences and psychotropic polypharmacy in psychiatric patients in Brazil: a cross-sectional analysis of the PESSOAS Project. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 4, 2017.

COSTA, N. R.; SILVA, P. F. A atenção em saúde mental aos adolescentes em conflito com a lei no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**,

Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1467-1478,2017.

EDGCOMB, J. B. *et al.* Psychiatric readmission of children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. **Psychiatric services**, v. 71, n. 3, p. 269-279, 2020.

FOUCAULT, M. História da sexualidade: a vontade de saber. v. 1. Rio de Janeiro: Graal; 1988

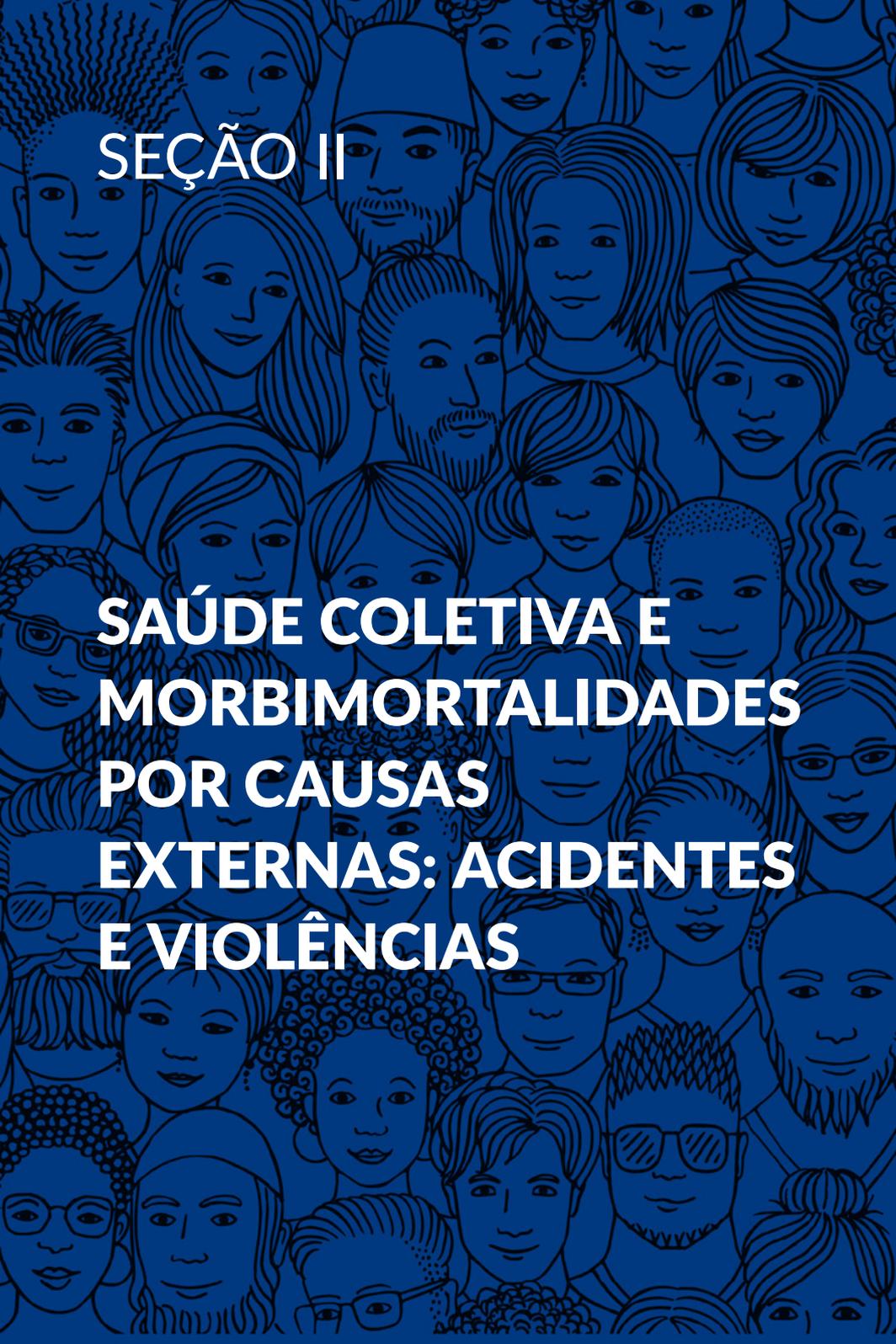
GOLAN, D. E. *et al.* **Princípios de farmacologia**: a base fisiopatológica da farmacoterapia. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2016

LOBERG, B., *et al.* (2019). Princípios do uso de medicações psicotrópicas em crianças e adolescentes. Princípios da farmacoterapia. **Tratado de Saúde Mental da Infância e Adolescência da IACAPAP**, 2019.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3615-3624, 2010.

VILARINS, N. P. G. Adolescentes com transtorno mental em cumprimento de medida socioeducativa de internação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 891-898, 2014.

World Health Organization (WHO). ATT/DDD Index. Disponível em: http://www.whocc.no/atc_ddd_index/.2020.



SEÇÃO II

**SAÚDE COLETIVA E
MORBIMORTALIDADES
POR CAUSAS
EXTERNAS: ACIDENTES
E VIOLÊNCIAS**

CAPÍTULO 7

FISIOTERAPIA E VIOLÊNCIA URBANA: ABORDAGENS E DESAFIOS DE UM CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO NO PARANÁ

**Alisson Eduardo Ferreira Machado, Ariani Cavazzani Szkudlarek,
Mariana Góes Turchenski, Marcos Claudio Signorelli**

Introdução

A violência urbana é caracterizada por episódios violentos inerentes às cidades, possuindo como base o desenvolvimento de uma cultura de estratégias de sobrevivências e assimetrias de poder que geram uma predisposição para cometer atos violentos e criminosos (Bhan; Srinias, 2018). Esses atos se expressam de diversas formas e de muitas vezes com diferentes matrizes, mas, apesar disso, a violência urbana é classificada como um tipo de violência interpessoal que pode ocorrer de forma individual ou coletiva, pública ou privada, nos ambientes urbanos. De acordo com Weyrauch (2011 *apud*. Nascimento *et al.* 2019) esse fenômeno está relacionado com a globalização e desigualdade social, já que estes aspectos ampliam e dão carga para tais atos. Ademais, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1997), a violência urbana é classificada no grupo de causas externas, junto com os acidentes, na 10^a revisão da Classificação Internacional de Doenças.

É perceptível que esse tipo de violência causa variados danos sociais, um deles são as lesões físicas nas vítimas sobreviventes. Tais lesões normalmente se mostram complexas quando não levam à fatalidade do indivíduo. Este cenário expõe que apesar dos avanços na prevenção e tratamento de lesões causadas por acidentes e violências, essas causas de morbimortalidade continuam comprometendo a vida da população brasileira. Desde a década de 1980, as causas externas têm sido apontadas como uma das principais causas de morte e incapacidades em adultos jovens no Brasil (Brasil, 2018). As lesões violentas, quando não são fatais, têm grande possibilidade de alterar permanentemente a vida das vítimas e suas famílias, pois geram sequelas físicas, cognitivas e emocionais (Santos *et al.*, 2010) sendo que as mortes decorrentes de violências ou acidentes representam um problema de saúde pública, já que as consequências das causas externas de morbidade vão além de consequências individuais, elas também atingem a economia do país, geram custos com a segurança privada pessoal e patrimonial além de custos na saúde, que deve arcar com o tratamento das lesões evocadas por este acontecimento (Melione, 2018).

Visto a importância deste fenômeno, buscamos através da literatura compreender sobre a evolução funcional das incapacidades causadas pelas violências após um programa de reabilitação, mas infelizmente constatamos que há pouca produção científica na área. Os estudos e pesquisas nacionais em torno da problemática dão ênfase à mortalidade e ao atendimento hospitalar de emergência (Anjo *et al.* 2007). Abordando essa lacuna, este capítulo tem como objetivo descrever o perfil das vítimas de violência urbana em reabilitação e o tratamento fisioterapêutico através de um estudo de cunho descritivo e exploratório em um Centro Especializado de Reabilitação.

Metodologia

Tal estudo foi conduzido pela abordagem quantitativa com base em dados secundários, realizado em um Centro Especializado em Reabilitação de Categoria III (CER III), vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), administrado pela Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde (FEAES) e localizado no município de Curitiba/PR. O serviço foi escolhido intencionalmente com base nos seguintes critérios definidores: (I) serviço de referência no atendimento de deficiências, e (II) prestação de atendimentos nas áreas de reabilitação física e fisioterapia. Foram consultados o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) para obtenção dos dados referentes aos serviços prestadores de atendimentos de reabilitação no Paraná e o Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH-SUS) para os dados sobre os procedimentos de reabilitação e fisioterapia.

Para sua realização este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (CEP/SD/UFPR), sob o parecer nº 2.167.950, de 11 de julho de 2017. Durante todo o estudo a confidencialidade dos dados foi assegurada, de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Esta pesquisa é um recorte de uma dissertação de mestrado que não necessitou de financiamento e não houve conflito de interesses.

Ela foi composta pela análise retrospectiva de 3.532 prontuários obtidos pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do CER III, de pacientes que estiveram internados no serviço entre 2013 e 2017, estes foram filtrados através da aplicação de uma ficha de coleta, elaborada pelos autores com base no Inquérito de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência (VIVA Inquérito) do Ministério da Saúde e adaptada para o contexto dos serviços de reabilitação; sua funcionalidade foi avaliada pela Medida de Independência Funcional (MIF), projetada para mensurar o nível de independência em contexto hospitalar (Barreto; Rocha, 2021). Tal ficha foi utilizada para coletar e organizar os dados secundários disponíveis nos prontuários, classificando-se os dados em: (I) Características Gerais; (II) Características Clínicas; e (III) Características do Tratamento.

I – Características Gerais: incluíram sexo (masculino ou feminino); faixa etária (10-19, 20-39, 40-59 e 60 > anos); local de ocorrência da violência (via pública, domicílio); e região de origem (capital, região metropolitana ou interior).

II – Características Clínicas: etiologia (ferimento por arma de fogo (FAF), ferimento por arma branca (FAB), agressão); diagnóstico clínico (traumatismo cranioencefálico (TCE) e traumatismo raquimedular (TRM)); segmento atingido (crânio e face, coluna cervical, coluna torácica, coluna lombar e 2 ou > segmentos corporais); tempo de lesão (< 3 meses, 3 a 6 meses e > 6 meses).

III – Características do Tratamento Fisioterapêutico: permanência hospitalar (1 semana, 2 semanas); número de atendimentos fisioterapêuticos (1 a 10, 11 a 20, 21 a 30); nível de funcionalidade (independência modificada, dependência modificada, dependência completa); condutas (mobilização passiva, cinesioterapia, alongamento muscular, fortalecimento muscular, treino de decúbitos, treino de equilíbrio, treino de marcha, fisioterapia respiratória e orientações em saúde).

○ contato telefônico com o participante ou cuidador foi realizado quando alguma informação não estava disponível nos

prontuários e assim foram selecionados apenas os indivíduos que receberam atendimentos fisioterapêuticos durante sua reabilitação em razão de lesões recentes ou de longa data causadas pela violência urbana; não foram incluídos aqueles que foram vítimas de outros tipos de violências ou acidentes.

Resultados e discussão

A amostragem final foi composta por 73 participantes, este número correspondeu a 2% do universo de pacientes atendidos pelo serviço. Suas informações foram armazenadas em um banco de dados utilizando o programa Microsoft Excel® for Windows®, onde os dados foram processados e explorados através de técnicas de estatística descritiva para o cálculo e a descrição das frequências absolutas e relativas das variáveis de interesse. Os resultados serão apresentados a seguir, pelas Tabelas 1, 2 e 3.

Inicialmente, para se caracterizar as vítimas de violência urbana foi sistematizada a Tabela 1. Com ela podemos perceber a grande maioria das vítimas de violência urbana eram homens, na faixa etária entre 20 e 39 anos, residentes na Região Metropolitana de Curitiba. Isto nos mostra como os jovens são mais vulneráveis à violência urbana e seus meios, segundo o IPEA (2020) os homicídios são a principal causa de mortes de jovens entre os 15 e 29 anos de idade. No ano de 2017 a taxa de homicídios nessa faixa etária chegou a 69,9 casos para cada 100 mil jovens no país. Outro fator curioso relatado com nossos achados é que quase todos os casos de violências ocorreram em vias públicas, cerca de 95,9%; que foram divididos em Região Metropolitana de Curitiba (n = 33, 45,2%) e em Curitiba (n = 31, 42,5%), exceto os casos de assaltos que aconteceram nos domicílios das vítimas (n = 3, 4,1%). Estes dados corroboram com a literatura mundial que afirma que as vias públicas formaram o cenário principal dos episódios violentos urbanos.

Tabela 1 - Características gerais de vítimas de violências urbana de um CER III. Curitiba/PR, 2013-2017

Características Gerais	Número de Respostas	%
Sexo	(73)	100
Masculino	69	94,5
Feminino	4	5,5
Faixa Etária	(73)	100
10 – 19	15	20,5
20 – 39	48	65,8
40 – 59	9	12,3
60 ou mais	1	1,4
Local de Ocorrência	(73)	100
Via Pública	70	95,9
Domicílio	3	4,1
Região de Origem	(73)	100
Região Metropolitana	33	45,2
Curitiba	31	42,5
Interior	9	12,3

Fonte: Os autores (2018)

Resultados semelhantes a esta pesquisa foram observados por Minayo e Deslandes (2009), que realizaram a análise diagnóstica da implantação da Política Nacional de Saúde para Redução de Acidentes e Violências (PNRMVA) em cinco capitais brasileiras e seus entornos, onde os achados mostraram que a população entre 20 e 29 anos são as mais afetadas pelas causas externas e os homens são mais atingidos pelas agressões, autoagressões e acidentes de trânsito. Da mesma forma, Brandão *et al.* (2018) em sua pesquisa feita no Rio Grande do Norte, constataram que em sua maioria as vítimas de violência eram jovens negros entre a idade de 19 a 29 anos, predominantemente do sexo masculino, com baixa escolaridade e moradores na periferia.

Vinculado às características dos participantes, foram analisados suas características clínicas, que constam na Tabela 2.

Percebeu-se que os ferimentos por arma de fogo causaram todos os casos de traumatismo raquimedular ($n = 57, 78,1\%$). Em contrapartida, os casos de traumatismo cranioencefálico ($n = 16, 21,9\%$) foram causados, sobretudo, por agressões, além dos ferimentos por arma branca e de fogo. A maioria dos pacientes ($n = 71, 97,2\%$) recebeu atendimento de emergência e pré-hospitalar, nem sempre associados; a parcela restante recebeu apenas o atendimento pré-hospitalar. Os serviços de emergência de Curitiba e Região Metropolitana de Curitiba (RMC) foram os principais encaminhadores dos pacientes com tempo de lesão de até 3 meses ($n = 48, 65,8\%$).

Tabela 2 - Características clínicas de vítimas de violências urbana de um CER III. Curitiba, 2013 -2017

Características Clínicas	Número de Respostas	%
Etiologia	(73)	100
FAF	61	83,6
Agressão	9	12,3
FAB	3	4,11
Diagnóstico Clínico	(73)	100
TRM	57	78,1
TCE	16	21,9
Segmento Atingido	(73)	100
Coluna Torácica	29	39,7
Crânio e Face	16	21,9
Coluna Cervical	10	13,7
2 segmentos ou mais	10	13,7
Coluna Lombar	8	11,0
Tempo de Lesão	(73)	100
Menos de 3 meses	48	65,8
Mais de 6 meses	15	20,5
3 a 6 meses	10	13,7

FAF (ferimento por arma de fogo); FAB (ferimento por arma branca); TRM (traumatismo raquimedular); TCE (traumatismo cranioencefálico).

Fonte: Os autores (2018).

Ademais, em relação ao segmento corporal, percebe-se que a coluna torácica ($n = 29, 39,7\%$) representa o segmento corporal mais afetado pela violência urbana, seguido por crânio e face ($n = 16, 21,9\%$) e a coluna cervical ($n = 10, 13,7\%$). Correlacionado a isto, há discordância nos registros epidemiológicos sobre os segmentos corporais mais lesionados por causas externas, segundo um estudo epidemiológico do trauma raquimedular de Silva *et al.* (2018) observou que os segmentos corporais mais afetados foram a coluna tóraco-lombar e cervical subaxial tendo a queda de altura, acidentes automobilísticos, acidentes motociclísticos e mergulho em águas rasas como principais causadores dessas lesões. Da mesma forma, Araujo *et al.* (2018) realizaram um estudo similar e indicaram que as colunas cervical e torácica foram os segmentos mais acometidos e a principal causa de lesão foram as quedas de altura. Por sua vez, Moraes *et al.* (2020) revelam que em sua pesquisa não apenas a altura como fator de ferimentos na coluna torácica, mas também a arma de fogo que foi a segunda maior causa de lesão na população estudada.

Em nossa pesquisa, a violência urbana foi responsável por causar traumatismo raquimedular em 78,1% da amostra ($n = 57$). O traumatismo raquimedular (TRM) compreende lesões da coluna vertebral, com ou sem envolvimento da medula espinhal. Acredita-se que a prevalência mundial de traumatismo de coluna seja entre 236 e 4187 casos a cada milhão de pessoas (Lee *et.al*, 2011). Um estudo realizado na Cidade do Cabo, na África do Sul, mostrou que a principal causa de lesão medular foi assalto à mão armada, com ferimentos causados por arma de fogo (Joseph *et al.*, 2015), o que vai de acordo com nosso estudo, nos quais os ferimentos por armas de fogo foram responsáveis por causar lesão medular em 83,6% da amostra ($n = 61$). Em contrapartida, o estudo de Araujo *et al.* (2018), revelou que a principal causa de trauma medular em pacientes tratados em uma unidade de referência, em São Paulo, foi queda de altura (escadas, andaimes, lajes, pisos de edifícios). Todavia, Silva *et al.* (2018) relatam que a lesão medular é uma patologia complexa e o tratamento é cheio de nuances, devendo ser tratada como uma emergência neurológica, devido ao risco iminente de déficit grave e permanente e altas taxas de morbimortalidade.

Vinculado a isto, é importante ressaltar que o traumatismo cranioencefálico (TCE) também é um importante problema de saúde pública pela alta taxa de morbimortalidade e repercussões socioeconômicas, causando déficits físicos, cognitivos, emocionais e sociais temporários e irreversíveis, além de ser a principal causa de morte em adultos jovens (Santos, 2002 *apud* Santos, 2020). Nessa amostra, o TCE (n = 16, 21,9%) foi o segundo agravo mais prevalente. Souza *et al.* (2013) relatam que 85% das vítimas de TCE provocado por arma de fogo eram do sexo masculino com idade média de 31 anos. Fraga Maia *et al.* (2013) estimaram que as violências foram responsáveis por 58% dos casos de TCE.

Com a caracterização do perfil das vítimas e seus agravos, será aprofundada a pesquisa com a Tabela 3, que representa as características do tratamento fisioterapêutico. Inicialmente é importante ressaltar que os atendimentos de reabilitação no CER III tiveram um aumento de 77,9% no período avaliado, sendo 230 admissões em 2013 e 1.040 em 2017. A partir de 2013 até 2016 o crescimento sistemático foi de 76,6%. Entre 2016 e 2017 o crescimento se mantém num ritmo menor, de 5,3%. Em contrapartida, os atendimentos de reabilitação para vítimas de violência urbana diminuíram 47,4% em uma frequência constante, com exceção do ano de 2015. Entre 2013 e 2014 os atendimentos diminuíram 7,7%, de 2014 para 2015, que demonstraram ligeira alta de 6,2% e a partir daí até 2017 voltaram a apresentar queda acentuada de 47,1%.

Tabela 3 - Características do tratamento fisioterapêutico de vítimas de violências urbana de um CER III. Curitiba, 2013-2017

Características do Tratamento Fisioterapêutico	Número de Respostas	%
Permanência Hospitalar	(73)	100
2 semanas	43	58,9
1 semana	30	41,1
Nº. At. Fisioterapêuticos	(73)	100
1 -10 atendimentos	41	56,2
11 - 20 atendimentos	25	34,2
21 - 30 atendimentos	7	9,6

Nível de Funcionalidade	(73)	100
Dependência Modificada	47	64,4
Dependência Completa	24	32,9
Independência Modificada	2	2,7
Condutas	(73)	100
Cinesioterapia	73	100,0
Treino de Mudança de Decúbitos	69	94,5
Orientações em Saúde	62	84,9
Fisioterapia Respiratória	10	13,7
Treino de Equilíbrio	5	6,9
Treino de Marcha	5	6,9

At: Atendimentos.

Fonte: Os autores (2018).

Estes dados estão vinculados ao acesso das vítimas de violência urbana ao CER III que vem diminuindo ao longo do período estudado. Foram 19 atendimentos no ano de 2013 e 9 em 2017. Existem poucas instituições especializadas em reabilitação, de acordo com os princípios preconizados pelo SUS e propostos em políticas de saúde voltadas a essa parcela da população, no Paraná e no Brasil, o que traz à tona a sua insuficiência e escassez, reforçando assim a necessidade de investimentos nesta área. Lima, Correia e Salimene (2016) relataram que o acesso dos pacientes ao SUS perpassa por carência de equipamentos que realizam os atendimentos necessários para suprir as necessidades dos usuários. Nesse sentido, Souza, Silva e Silva (2013) relataram que o modelo de atenção à saúde vigente no Brasil requer a ampliação do olhar profissional sobre a saúde funcional da população para garantir a integralidade do cuidado.

Entretanto, em relação ao tempo de início das atividades de reabilitação, 65,8% (n = 48) dos pacientes foram encaminhados para reabilitação com tempo de lesão de até 3 meses. Mais da metade dos pacientes receberam os atendimentos de reabilitação com mais de 6 meses após a lesão. A população deste estudo concentra-se principalmente na RMC e o CER III em questão localiza-se na região central da capital. Um estudo dos Estados Unidos realizado

por Rappaport *et al.* (1989) relacionou o tempo decorrido entre a lesão e a admissão em um programa intensivo de reabilitação hospitalar e relatou que pacientes que foram admitidos em centros de reabilitação antes do 60º dia de lesão apresentaram melhores condições de vida diária e capacidade de trabalho. Todavia, de acordo com Fraga Maia *et al.* (2013), as evidências produzidas sobre neuroplasticidade e resiliência de pacientes que sofreram lesões cerebrais em geral foram produzidas em países desenvolvidos, onde os serviços de reabilitação estão mais bem estabelecidos. De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas, 2014) o setor público na América Latina e Caribe participa de forma limitada no desenvolvimento de programas de reabilitação e reconhece que as pessoas com deficiências enfrentam obstáculos para ter acesso aos serviços de reabilitação.

Os cuidadores, que faziam acompanhamento das vítimas durante o período de internação, eram orientados e treinados acerca das condutas realizadas durante os atendimentos fisioterapêuticos, visando promover a maior independência funcional do paciente, de acordo com o grau de lesão e quadro clínico apresentado. A cinesioterapia ($n = 73$, 100%) como é vista na Tabela 3, foi a conduta mais utilizada pelos fisioterapeutas e envolveu mobilização passiva global, exercícios de amplitude de movimento, realizados de forma ativa e passiva pelo paciente, exercícios de fortalecimento muscular e alongamentos musculares. Os pacientes com histórico de complicações clínicas e cirurgias necessitaram de ventilação mecânica e manobras para desobstrução de vias aéreas.

Com relação ao nível de funcionalidade, a amostra apresentou dependência modificada em 64,4% ($n = 47$) dos casos e dependência completa em 32,9% ($n = 24$). Trierveiler *et al.* (2015) relatam que os homens expressam maior dependência de cuidado. Melo Neto *et al.* (2014) relatam que pacientes com TRM associado ao TCE apresentam maiores alterações cognitivas, neurocomportamentais e motoras, que dificultam a reabilitação. Thornhill *et al.* (2000) e Fraga Maia *et al.* (2013) observaram elevada frequência de incapacidade funcional global moderada ou grave em pacientes com TCE. De acordo com Fraga Maia *et al.* (2013) o controle

postural prejudicado está associado com incapacidades e as sequelas podem ser duradouras e comprometer o desempenho funcional dos indivíduos durante anos. A associação entre controle postural e deficiências secundárias as lesões neurológicas também foram estudadas por Duong *et al.* (2004).

A cinesioterapia foi a conduta mais utilizada em nossa amostra, o que corrobora com Lemos, Jorge e Ribeiro (2013), que descreveram que os recursos fisioterapêuticos mais utilizados para reabilitação ambulatorial de vítimas de causas externas foram a cinesioterapia (80%), eletroterapia (74%) e termoterapia (70,1%). Eles ainda relatam que a atuação fisioterapêutica na reabilitação de causas externas é destacada pela eficiência na restauração da função e com pequena capacidade de causar efeitos colaterais. Em relação às atividades funcionais, o treino de mudança de decúbitos ($n = 69$, 94,5%), o treino de equilíbrio ($n = 5$, 6,9%) e o treino de marcha ($n = 5$, 6,9%), também foram atividades incluídas no tratamento das lesões. De acordo com Borella e Sacchelli (2004), um programa de reabilitação que incorpore o treino de atividades funcionais estimula a neuroplasticidade e é essencial para desenvolver maior independência dos pacientes.

A eficácia da recuperação funcional de pacientes que sofreram lesões neurológicas, como as supramencionadas, está bem descrita (Maia, 2013). Por outro lado, Hoffman *et al.* (2014) relatam que os atuais processos de reabilitação são, em sua maioria, ineficientes e inadequados para atender às necessidades dos pacientes. No presente estudo, 58,9% ($n = 43$) dos pacientes ficaram internados para reabilitação entre 8 e 14 dias e 56% ($n = 41$) receberam entre 1 e 10 atendimentos fisioterapêuticos. Atualmente não há consenso sobre qual seria a intensidade do tratamento adequado para a recuperação da capacidade funcional de pacientes que sofreram lesões cerebrais (Maia, 2013). Porém, Shiel *et al.* (2001) observaram que pacientes que recebem atividades de reabilitação mais intensas, como em nosso estudo, foram mais beneficiados com melhora funcional mais rápida e menor tempo de internação.

Dentre as limitações deste estudo podemos apontar o fato de ter sido realizado em um único centro de referência e o baixo número de participantes analisados, o que pode ter contribuído para um retrato parcial de todos os fatores associados ao perfil de vítimas de violência urbana e ao tratamento fisioterapêutico em centros de reabilitação. Deve-se levar em conta que a violência urbana é um subgrupo do grupo de causas externas, e muitas vezes é subnotificada pelos serviços de saúde. Por outro lado, o período de análise envolveu 5 anos, o que permite um olhar para um período ampliado, buscando ter um retrato mais longitudinal do problema. O rigor metodológico durante a análise documental favoreceu a inclusão de todos os pacientes que sofreram lesões causadas por violência urbana, mesmo aqueles sem registro de alguma variável nos prontuários, nestes casos o contato telefônico foi realizado posteriormente, para garantir o retrato mais possível dessa realidade.

Conclusão

Os resultados deste estudo permitiram evidenciar que a dependência funcional é a realidade de muitos pacientes jovens que sofreram com a violência urbana no Paraná. O estudo traz luzes a uma questão pouco discutida no âmbito da fisioterapia, que são as pessoas com sequelas físicas em consequência da violência; e também de um aspecto pouco abordado em pesquisas do campo da saúde coletiva sobre as vítimas de violência, que são suas sequelas físicas em decorrência da violência, incluindo deficiências e seu processo de reabilitação funcional. A violência urbana é um problema cada vez mais comum nas cidades brasileiras, não só restrito aos grandes centros urbanos. Homens, jovens, em idade produtiva são as principais vítimas, fato demonstrado em nosso estudo, e que causa grande impacto para a sociedade, para além dos próprios sujeitos acometidos.

As vítimas desse tipo de violência precisam de um cuidado integral e interdisciplinar para que recuperem, ao menos em parte, suas capacidades funcionais. O CER III é um importante ponto da rede de atenção à essas vítimas, oferecendo programas de reabilitação de alta intensidade de estímulos em regime hospitalar e ambulatorial. Porém, o acesso e a oferta deste serviço ainda são desiguais e

não contribuem totalmente para a resolução das incapacidades com as quais os pacientes devem viver por longos anos. A fisioterapia, que neste contexto está inserida dentro de uma equipe multiprofissional, se constituiu como uma terapia efetiva no tratamento de incapacidades e deficiências causadas por violência urbana.

Referências

ANJOS, Kátia C.; EVANGELISTA, Maria R. B.; SILVA, Jorge S.; ZUMIOTTI, Arnaldo V. Paciente vítima de violência no trânsito: análise do perfil socioeconômico, características do acidente e intervenção do serviço social na emergência. **Acta Ortop Bras.** São Paulo, v.15, n.5, p. 262-266, Jan. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/aob/a/ys6PBhR7ydcDPG3yQYHz8fg/?lang=pt>

ARAUJO, Alex O. *et. al.* Profile of spinal cord trauma victims treated at a reference unit in São Paulo. **Coluna/Columna.** São Paulo, v.17, n.1, p. 39-41, Jan/Mar. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/coluna/a/xJNXmKtftjhYgPX9PhdRhqh/?lang=en>. Acesso em: 12 jul. 2023

BARRETO, Amanda R; ROCHA, Thais S. **Utilização da medida de independência funcional (mif) em pacientes após alta hospitalar que foram internados na UTI.** 2021. Trabalho de Conclusão de Cursos (TCC)- Curso de fisioterapia. UNIFG, Guanambi, 2021. Acesso em: 12 jul. 2023

BHAN, Gautam; SRINIVAS, Smita; WATSON, Vanessa. **The routledge companion to planning in the global south.** 1. ed. New York: Routledge; 2018. Acesso em: 12 jul. 2023

BRANDÃO, Thadeu S. *et al.* Mapeamento das condutas violentas letais intencionais no RN (2012-2015): análise do perfil e da espacialidade da vitimização. **Revista Caribeña de Ciências Sociales**, [S.l.], p. 01 –26, jul. 2018. Disponível em: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2018/07/conduitas-violentas-letais.html>. Acesso em: 12 jul. 2023

BRASIL. Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissível e Promoção da Saúde; 2018.

BORELLA, Marcella P.; SACCHELLI, Tatiana. Os efeitos da prática de atividades motoras sobre a neuroplasticidade. **Rev**

Neurocienc. São Paulo, v.17, n.2, p. 161-169, mai. 2009. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/download/8577/6111/36086> Acesso em: 10 jul. 2023

DUONG, Thao T. *et al.* Relationship between strength, balance, and swallowing déficits and outcome after traumatic brain injury: a multicenter analysis. **Arch Phys Med Rehabil**, [S.l.] v. 85, n.8, p. 1291-1297, ago. 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15295755/>. Acesso em: 10 jul. 2023

FRAGA MAIA, Helena *et. al.* Factores asociados a la incapacidad funcional global luego de transcurrido un año después del traumatismo craneoencefálico. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v.9, n.3, p. 335-3353, des. 2013. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2013.v9n3/335-352/es>. Acesso em: 10 jul. 2023

HOFFMAN, Karen *et al.* Health outcome after major trauma: what are we measuring?. **Plos One**, [S.l.], v.9, n.7, p. 1-11, jul. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4106876/>. Acesso em: 11 jul. 2023

IPEA. **Atlas da Violência 2020**. Org: Brasília: Rio de Janeiro: São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2020.

JOSEPH, C. *et. al.* Incidence and etiology of traumatic spinal cord injury in Cape Town, South Africa: a prospective, population-based study. **Spinal Cord**, South Africa, v.53, n.9, p. 962-966, mar. 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/sc201551.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2023

LEE, Byung- Boong *et. al.* The global map for traumatic spinal injury epidemiology: update 2011, global incidence rate. **Spinal Cord**, [S.l.], v. 52, n.2, p. 110-116, fev.2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/235728735_The_global_map_for_traumatic_spinal_cord_injury_epidemiology_Update_2011_global_incidence_rate. Acesso em: 10 jul. 2023

LEMOS, Carla A. G.; JORGE, Miguel T.; RIBEIRO,

Lindionza A. Perfil de vítimas e tratamento de lesões por causas externas segundo atendimento pelo Centro de Reabilitação Municipal de Uberlândia, MG – causas externas e fisioterapia.

Rev Bras Epidemiol, São Paulo, v.16, n.2, p. 482-492, jun. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/73KjSC7T8LYHSDSvFttMzF/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 jul. 2023

LIMA, Laís B.; CORREIA, Viviane D.; SALIMENE, Arlete C. M. Perfil social do paciente amputado em processo de reabilitação.

Acta Fisiátrica. São Paulo, v.23, n.2, p.57-60, jun. 2016. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/137614>. Acesso em: 11 jul. 2023.

MELIONE, Luís P.R.; JORGE, Maria H.P.M. Morbidade hospitalar por causas externas no Município de São José dos Campos. Estado de São Paulo, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, [S.l.] v. 17, n. 3, p. 205-216, 2018. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1679-49742008000300006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 12 jul. 2023

MORAES, Ananda M. F. *et.al*. Perfil epidemiológico e clínico de pacientes com traumatismo raquimedular de um hospital público no estado do pará. **CPAQV**, [S.l.], v. 12, n.1, p 1-9, abr. 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Rodrigo-Rocha-14/publication/341613898_PERFIL_EPIDEMIOLOGICO_E_CLINICO_DE_PACIENTES_COM_TRAUMATISMO_RAQUIMEDULAR_DE_UM_HOSPITAL_PUBLICO_NO_ESTADO_DO_PARA/links/5f9870a7a6fdccfd7b84a721/PERFIL-EPIDEMIOLOGICO-E-CLINICO-DE-PACIENTES-COM-TRAUMATISMO-RAQUIMEDULAR-DE-UM-HOSPITAL-PUBLICO-NO-ESTADO-DO-PARA.pdf. Acesso em: 12 jul. 2023.

MELO NETO, João J. S. *et. al*. Análise de pacientes com trauma raquimedular associado ao traumatismo cranioencefálico. **Coluna/**

Columna, v.13, n.4, p.302-305, Jul.2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/coluna/a/gQcMNjSsHdvfNs5ysDq8ffC/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 jul. 2023.

NASCIMENTO, Nailah S.; SANTOS, Glauca B. IMPACTO SOCIAL DA VIOLÊNCIA URBANA. **FAESF**, Floriania, v. 3, n. 1, p. 33-44, jan-mar. 2019. Disponível em: <https://www.faesfpi.com.br/revista/index.php/faesf/article/view/78>. Acesso em: 12 jul. 2023

OMS. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10 rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. CD53-7 Plano de ação sobre deficiências e reabilitação. Washington: OPAS; 2014.

RAPPAPORT, M. *et.al.* Head injury outcome up to ten years later. **Arch Phys Med Rehabil**, [S.l.], v.70, n.13, p.885-892, Dez.1989. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2596962/>. Acesso em: 12 jul. 2023

SANTOS, Edinilza R. *et al.* Cenário do atendimento aos agravos provocados por acidentes e violência contra idosos na rede SUS de Manaus (AM, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v.15, n. 6, p. 2741-2752, set. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/R3pLt3H5QCQzYhstKzWJvkN/?lang=pt#>. Acesso em: 10 jul. 2023

SANTOS, Julia C. Traumatismo cranioencefálico no Brasil: análise epidemiológica. **Rev Cient Esc Estadual Saúde Pública Goiás "Candido Santiago"**, Goiás, v.6, n.3, p. 1-13. 2020. Disponível em: <<https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/249/107>>. Acesso em: 12 jul. 2023

SHIEL, Agnes *et. al.* The effects of increased rehabilitation therapy after brain injury: results of a prospective controlled trial. **Clin Rehabil**, [S.l.], v.15, n.5, p.501-514, out. 2001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11594640/>

SILVA, Otávio T. *et. al.* Epidemiologia do tratamento raquimedular de tratado cirurgicamente no Hospital de Clínicas da UNICAMP. **Coluna/Columna**, v.17, n.1, p.55-58, jan-mar. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/coluna/a/CYp3NmqvF6HZtnmPtT5XspB/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 12 jul. 2023

SOUZA, Rodrigo B. *et.al.* Traumatismo cranioencefálico por projétil de arma de fogo: experiência de 16 anos do serviço de neurocirurgia da Santa Casa de São Paulo. **Rev Col Bras Cir**, [S.l.], v.40, n.4, p.300-304, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/MJRhPvjBKQf9KsshfrLrT9f/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 11 jul. 2023.

SOUZA, Diego O.; SILVA, Sóstenes E. V.; SILVA, Neuzianne O. Determinantes sociais da saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. **Saúde Soc**, São Paulo, v.22, n.1, p. 44-56, mar.2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/YJcDtBH4hX3prjZDtXCSPk/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 11 jul. 2023

THORNHILL, Sharon *et. al.* Disability in young people and adults one year after head injury: prospective cohort study. **BMJ**, [S.l.], v. 320, n.7250, p.1631-1635, jun. 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC27407/>. Acesso em: 10 jul. 2023

TRIERVEILER, Kamila S. *et. al.* Funcionalidade familiar da pessoa com lesão medular. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.24, n.4, p. 993-1002, out-dez. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/zxvgpvtL3bkLHk8B5BJxPqD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jul. 2023.

CAPÍTULO 8

PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DO TERCEIRO SETOR SOBRE *CYBER VIOLENCE* ENTRE PARCEIROS ÍNTIMOS ADOLESCENTES

Rafaela Gessner Lourenço, Thammy Novakovski dos Santos,
Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca

Introdução

A Violência entre Parceiros Íntimos (VPI) é uma forma grave de violência que ocorre em relações afetivas e ou sexuais e causa sérias consequências tanto para as vítimas como para os perpetradores. Estudos indicam que, na maioria dos casos, a VPI é perpetrada por homens com quem as mulheres mantêm relacionamentos afetivos, embora seja importante mencionar que mulheres também podem praticar essa violência (Gebrewahd; Gebremeskell; Tadesse, 2020).

As consequências negativas da VPI abrangem diversas áreas, como saúde, educação, trabalho e bem-estar econômico de indivíduos, famílias, comunidades e da sociedade em geral (Organização Mundial da Saúde, 2010; Lucena; Vianna, 2017). Desse modo, a VPI representa uma preocupação significativa para a área da saúde, pois está associada a problemas como depressão, abuso de substâncias, infecções sexualmente transmissíveis, lesões físicas, isolamento social, dificuldades no autocuidado e até mesmo morte (Gibbs et al., 2018).

Com o advento e o crescimento expressivo das tecnologias de comunicação digitais, as Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) têm desempenhado um papel importante nas interações pessoais entre as pessoas, entre elas, as adolescentes, possibilitando que perpetradores de violência usem essas tecnologias para vitimar seus parceiros ou suas parceiras (Hellevik, 2019). Essa forma de violência, conhecida como *cyber violence*, acontece no ambiente online e pode ser o primeiro indício de violência em relacionamentos íntimos entre adolescentes. Seus objetivos incluem o controle, exposição, assédio, coerção, pressão, monitoramento, ameaça e perseguição dos parceiros íntimos por meio das tecnologias e mídias. Detectar e investigar a *cyber violence* precocemente é fundamental para prevenir o agravamento da violência (Borrajó et al., 2015; García-Sánchez et al., 2017).

Apesar da pertinência da problemática, as práticas de saúde voltadas para os adolescentes nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) geralmente não abordam as questões relacionadas à violência e, muito menos, à *ciber violence* (Lourenço; Fonseca,

2020). A capacitação profissional insuficiente para lidar com situações de violência se soma à própria concepção dos profissionais sobre o fenômeno e suas causas, influencia se ações serão desenvolvidas ou não, e de que maneira serão implementadas (Oliveira, 2012).

Considerando que a forma como se entende e se enquadra um problema é o que moldará a intervenção, pressupõe-se que a naturalização das desigualdades de gênero e geração e, portanto, da violência delas decorrentes, no âmbito da atenção à saúde pode gerar mais um tipo de violência, a omissão de cuidados efetivos e resolutivos, solidariedade e proteção, dificultando o exercício da prática profissional como instrumento para emancipação da opressão social de gênero e geração (Oliveira, 2012).

A partir de 1980, no Brasil, as políticas públicas voltadas à população adolescente foram afetadas pela tendência neoliberal diminuindo significativamente a atenção à saúde pública, o que resultou em um aumento da participação do terceiro setor na implantação de projetos executados majoritariamente por ONGs. Tais iniciativas têm como característica a gerência das atividades de forma voluntária por serem entidades sem fins lucrativos (Pasquim; Campos; Soares, 2016).

Nesse contexto, pesquisas denotam a capacidade de instituições do Terceiro Setor para, em conjunto com a Atenção Primária à Saúde, atuarem como espaços geradores de saúde e inclusão social a fim de oportunizar aos adolescentes as transformações necessárias no seu processo saúde-doença (Almeida, 2019). Desta forma, estes espaços tornam-se possibilidades para o enfrentamento em rede da VPI adolescente, incluindo a que ocorre no espaço cibernético.

Para compreender as possibilidades de enfrentamento da VPI adolescente no âmbito da internet, faz-se necessário conhecer como essa problemática é percebida e enfrentada pelos profissionais das diversas instituições presentes nos territórios em que atuam. A percepção do profissional tanto pode atuar como potencializador de um cuidado emancipatório como fonte de iatrogenia, dado que decorre da visão de mundo que embasa o agir profissional.

Dado o exposto, este estudo foi realizado com base na questão norteadora: Qual a percepção dos profissionais de saúde e do terceiro setor sobre os relacionamentos afetivos e sexuais entre adolescentes e suas expressões no mundo virtual, especificamente, a *cyber violence*?

O objetivo do estudo foi identificar e analisar as percepções dos profissionais de saúde e do terceiro setor em relação à *cyber violence* entre parceiros íntimos adolescentes.

A relevância do estudo está na possibilidade de preencher uma lacuna de produção de conhecimento científico sobre as percepções de profissionais de saúde e de outras áreas em relação a VPI adolescente no âmbito da internet e contribuir para a formulação de políticas públicas para a formação e qualificação desses profissionais.

Método

Estudo de natureza exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa, fundamentado na Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC). Essa teoria é voltada para a pesquisa e intervenção de enfermagem no processo saúde-doença da coletividade. Respalda-se na visão de Enfermagem em Saúde Coletiva aderente à Epidemiologia Crítica sob o manto do materialismo histórico e dialético. Suas etapas incluem a captação e a interpretação da realidade objetiva, a construção do projeto de intervenção, intervenção propriamente dita e a reinterpretação da realidade objetiva. Neste estudo, foram realizadas as duas primeiras etapas da TIPESC, que são dedicadas principalmente ao reconhecimento e compreensão dos fenômenos sociais (Egry, 1996).

Este estudo é um recorte de uma pesquisa maior realizada em duas cidades brasileiras, Curitiba e São Paulo. Em Curitiba, participaram trabalhadores de diferentes serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), incluindo aqueles com e sem a presença da Estratégia Saúde da Família (ESF) em duas áreas administrativas, denominadas Regional CIC e Regional Pinheirinho. Em São Paulo, o cenário foi um serviço de saúde vinculado à APS da ESF.

Além desses, participaram profissionais caracterizados como de áreas afins, isto é: vinculados a Organizações Não Governamentais (ONGs) pertencentes ao Terceiro Setor e que prestam atendimento direta ou indiretamente a adolescentes. As ONGs de ambas as cidades ofereciam serviços de assistência social, educação, esportes, teatro, música, inclusão digital e cursos profissionalizantes a adolescentes com idade entre 12 e 18 anos.

Justifica-se a escolha da participação dos profissionais do Terceiro Setor, pois as ONGs focadas na população adolescente têm o potencial de serem promotoras de saúde, reconhecimento e inclusão social. Destaca-se a potencialidade da construção de projetos entre o Terceiro Setor e a Atenção Primária à Saúde para desenvolver intervenções que promovam autonomia para os adolescentes e exerçam influência sobre sua construção social e seu processo de saúde e doença. Portanto, a inclusão dessas instituições é fundamental para o estabelecimento de redes bem estruturadas nas comunidades, capazes de responder a situações de VPI entre adolescentes.

Os dados foram coletados entre novembro de 2016 e julho de 2017, durante dez sessões de uma Oficina de Trabalho Crítico-emancipatória (OTC) com duração de três horas cada uma. As OTC baseiam-se nos princípios da educação crítico-emancipatória, da epistemologia feminista e do método dialético de exposição e análise. As etapas incluem aquecimento, reflexão individual, reflexão grupal e síntese (Fonseca; Amaral, 2012). Cada sessão foi realizada com base em um roteiro elaborado e testado pelas pesquisadoras, com o objetivo de compreender as percepções e as práticas dos profissionais de saúde e do terceiro setor em relação à violência entre parceiros íntimos na adolescência. As sessões foram realizadas nos serviços investigados, em espaços privativos e durante o horário de trabalho dos participantes.

Os participantes foram selecionados pelos gerentes dos serviços de saúde e pelos coordenadores das instituições do terceiro setor como informantes-chaves dos territórios, devido à sua relevância no atendimento a adolescentes nos serviços investigados. Não houve recusa de participação no estudo entre os convidados.

Como critérios de inclusão foram indicados: ser profissional da área da saúde da Atenção Primária à Saúde e atuar, mesmo que indiretamente, no atendimento a adolescentes nos cenários investigados, ou ser profissional de instituição do Terceiro Setor e atuar, mesmo que indiretamente, no atendimento a adolescentes nos mesmos cenários.

Os dados produzidos foram gravados, totalizando 32 horas de gravação. Posteriormente, foram transcritos na íntegra e submetidos à análise de conteúdo (Bardin, 2016) para identificação das frases temáticas que, agrupadas, constituíram as categorias empíricas. Para apoiar a análise qualitativa dos dados, utilizou-se o software WebQDA que é relevante para a organização e análise de dados não numéricos e não estruturados. As falas dos participantes foram identificadas pelas iniciais dos seus nomes, seguido do serviço e cenário em que atuavam. As categorias de análise foram gênero e geração por conterem a potencialidade necessária para compreensão de fenômenos sociais sensíveis a diferenças entre homens e mulheres, e entre adolescentes e adultos.

Além das falas, foram analisadas imagens que compuseram um painel de colagens construído pelos participantes, como estratégia facilitadora da expressão da percepção dos participantes sobre a adolescência, adolescentes e relações estabelecidas entre eles. As imagens foram extraídas de duas revistas de grande circulação nacional.

A pesquisa atendeu aos dispositivos legais da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo sob protocolo CAAE 57787516.0.0000.5392 e pelos Comitês de Ética das Secretarias Municipais de Saúde de Curitiba e São Paulo sob protocolo CAAE 57787516.0.3001.0086.

A elaboração e o desenvolvimento da pesquisa seguiram os critérios estabelecidos pelo *Reporting Qualitative Research* (COREQ) para garantir o rigor metodológico requerido em estudos do tipo.

Resultados

Participaram da pesquisa 35 profissionais da área da saúde e 20 profissionais de áreas afins, como educação, assistência social, psicologia e pedagogia. A maioria era do sexo feminino (n= 45), consideravam-se casados (n=26) e tinham ensino superior completo (n=42).

No cenário de Curitiba participaram 34 profissionais. Nas sessões da OTC conduzidas na Regional CIC, um total de 12 profissionais participaram em cada uma, com a particularidade de um profissional presente somente na primeira sessão e outro apenas na segunda. Na Regional Pinheirinho, a participação foi de 13 profissionais, com 11 participantes na primeira sessão e 12 na segunda. No Terceiro Setor, nove profissionais estiveram envolvidos, sendo que um deles participou somente da primeira sessão.

Em São Paulo, a participação foi de 21 pessoas. No âmbito do serviço de saúde, dez profissionais estiveram presentes, sendo que um deles só participou da primeira sessão da OTC. No serviço vinculado ao Terceiro Setor, o comparecimento foi de 11 profissionais nas duas sessões.

Os dados originados dos diálogos em grupo e dos painéis produzidos durante a OTC direcionaram o processo de codificação utilizando o software WebQDA. Foram estabelecidas dez fontes de dados, incluindo os arquivos de transcrições de cada sessão realizada e as imagens dos painéis gerados, mediante o emprego da funcionalidade de importação de fontes internas. No total, foram incorporadas 182 imagens aos painéis, sendo que 131 foram alvo de análise, uma vez que 51 imagens foram excluídas por não se relacionarem com os conceitos abordados na atividade.

Após a análise detalhada das transcrições e das imagens, as informações que evidenciavam os núcleos de sentido foram codificadas em 52 códigos livres, os quais representam agrupamentos de ideias sem uma hierarquia específica. Esses códigos abrangem 528 segmentos de discursos e imagens. Após múltiplas leituras dos dados codificados nos códigos livres, um novo processo de

codificação foi estabelecido, agora de maneira hierárquica e com interconexões entre as informações, por meio do emprego da ferramenta de códigos árvores.

Os dados analisados permitiram a emergência de cinco categorias empíricas: 1- A adolescência atravessada pelo uso da tecnologia; 2- A internet como lócus de manutenção de relacionamentos afetivos e sexuais; 3- A VPI que toma espaço no território da internet; 4- Julgamentos de valor na *cyber violence*; 5- A educação problematizadora como potencialidade para o enfrentamento da VPI.

A adolescência atravessada pelo uso da tecnologia

Para os pesquisados, a influência e o predomínio da tecnologia são elementos que compõem e definem a adolescência, na atualidade. Os discursos revelam a concepção dos participantes sobre o adolescente como dependente dos insumos tecnológicos. Apontam, também, para um prejuízo social, no que tange à manutenção de vínculos. Entendem que o uso de tecnologias, sobretudo as redes sociais, pode aproximar o adolescente de situações que o colocam em perigo, especialmente tratando-se da manutenção de relacionamentos afetivos e ou sexuais.

Eu vejo muitos adolescentes presos nessas tecnologias, com uma habilidade, parece que tá se comunicando com tanta gente ao mesmo tempo, mas não estão na prática abraçando, e olhando as pessoas nos olhos e sentindo o que as pessoas sentem (...) (ESD, setor saúde, Curitiba).

Acho que a questão da tecnologia é uma questão dada, você não encontra nenhum adolescente em lugar nenhum que não esteja com esse negócio [celular] na mão (...). Se eu penso em um adolescente que está em formação, tem muita porcaria circulando num instrumento como esse e numa velocidade muito grande, com uma capacidade de dano muito grande. (LMA, setor saúde, Curitiba).

O celular, esses aparelhos eletrônicos, eles são muito úteis, a tecnologia é útil, mas quando a gente sabe usar de uma forma saudável. Porque, senão, ela pode ser um caminho perigoso (STF, Terceiro Setor, Curitiba).

Os participantes pareceram justificar os comportamentos adolescentes como consequência da velocidade, facilidade e quantidade de novas informações – denominadas conhecimentos – a que esses jovens são expostos diariamente. Em outras palavras, a adoção de comportamentos contestadores e problemáticos que se aproximam da rebeldia por parte dos adolescentes se deve a uma quantidade de informações cada vez mais crescente decorrente do uso e do domínio da tecnologia, sobretudo a internet a que uma determinada parcela de adolescentes tem acesso, para validar seus comentários:

O adolescente absorve muito conteúdo, ele tem muito conteúdo a dividir, ao absorver o conteúdo ele também quer ser o rei da razão (...) muitas vezes se acham os donos do conhecimento (...). É uma geração completamente eletrônica, com conhecimento de tudo. (LTI, Terceiro Setor, São Paulo).

A internet como locus de manutenção de relacionamentos afetivos e sexuais

O ambiente virtual, além de ser citado como locus de expressão da VPI, a partir da publicação de fotos e vídeos íntimos sem o consentimento da adolescente, também foi apresentado como um meio que favorece a manutenção de relacionamentos que podem culminar em situações de violência.

A adolescente, em torno de 13 anos, mantinha um relacionamento virtual com um rapaz de 18 anos. Marcou encontro para se conhecerem e ocorreu o estupro. (CDO, setor saúde, Curitiba).

Os participantes também atribuíram responsabilidade pela disseminação da VPI adolescente ao conteúdo veiculado pela mídia televisiva e pela internet. Destacaram dois pontos: a existência de liberdade exacerbada ao uso da internet, que favorece a perpetuação

de comportamentos violentos, e o uso de aplicativos e conteúdos de redes sociais destinados à manutenção de relacionamentos afetivos e sexuais.

Sabe o que é? É justamente essa liberalidade do mundo, em geral, que veio através da televisão e da própria internet, tudo começou a ficar muito normal, perdeu a graça o namoro. (LPPN, Terceiro Setor, Curitiba).

Eu acho que hoje tem muita informação na internet (...) adolescente marca encontro pela internet e vai, e às vezes é uma pessoa totalmente mal-intencionada. (LM, Terceiro Setor, Curitiba).

A Violência entre Parceiros Íntimos que toma espaço no território da internet

A VPI impetrada no domínio da internet - a cyber violence - foi mencionada nos relatos como invasão de privacidade e comportamentos controladores de acessos e perfis dos adolescentes nas redes sociais, sendo que muitas vezes, essas formas são naturalizadas ou banalizadas por eles próprios.

Tem muita essa questão de se denegrir com conversas e com adjetivos pejorativos na internet, isso também de expor alguma intimidade entre os adolescentes, isso é uma agressão a quem teve essa foto ou conversa ou o que seja exposto na internet. (KRTB, Terceiro Setor, Curitiba).

Olha, isso é violência, pegar seu celular, não deixar que você fale, não deixar que você [pausa]. Supervisionar quem te mandou mensagem, isso é uma violência. Isso é um rastreo. (LMA, setor saúde, Curitiba).

Eu vejo hoje uma banalização da violência nos relacionamentos, não veem como violência, não enxergar a invasão de privacidade [no meio digital]. (CDO, setor saúde, Curitiba).

Julgamento de valor na *cyber violence*

Um diálogo entre participantes a respeito de um caso de *cyber violence* aproximou a percepção da violência contra a mulher como sendo uma construção social, atribuindo valor negativo a comportamentos masculinos que perpetuam estereótipos.

Uma moça de 13 anos fez sexo com dois meninos de 14 anos. Filmaram, compartilharam as imagens [num aplicativo de mensagens instantâneas]. Quando ela fez, ela fez consensual, só que ficou constrangida. A atitude dos meninos foi mais chocante ainda “Ela é vagabunda. E mulher vagabunda a gente tem que comer mesmo e mostrar para todo mundo”. Dois meninos de 14 anos, então, assim [pausa] é a construção dos meninos também. (ECLR, setor saúde, Curitiba).

Se trata da construção social do sexo e da mulher. (EAF, setor saúde, Curitiba).

Constatou-se também que o julgamento de valor incide sobre a mulher adolescente, a partir do entendimento de que a materialização da violência se dá em razão de comportamentos femininos condenáveis:

Aqui teve um tempo que os rapazes tinham relação com as moças, e eles colocavam no whatsapp, vídeo íntimo (...) elas [adolescentes] tiram foto nuas e mandam para os rapazes, eles não mandam coisas como as meninas. (CMS, Terceiro Setor, São Paulo).

Um único relato, de um profissional de saúde de São Paulo, enfatizou a VPI adolescente como um fenômeno social e historicamente determinado. Foi um olhar raro a respeito do fenômeno, sobretudo pelo destaque dado ao espaço social no qual o adolescente está inserido como sendo determinante da VPI.

Eu entendo que a violência é algo que é determinado socialmente, como algo que é reflexo, é produto da forma como as pessoas vivem. Então, a gente é responsável por esse comportamento também. E não é que eles são malucos,

a gente é responsável por justamente hoje os adolescentes terem determinados comportamentos (...) a sociedade [pausa] é o entorno, tudo, o espaço que ele vive. (MVMN, setor saúde, São Paulo).

A educação problematizadora como potencialidade para o enfrentamento da VPI

A educação problematizadora foi considerada positiva para o enfrentamento da VPI pelos participantes do cenário de Curitiba, ao relatarem uma intervenção entendida como capaz de fomentar a discussão e jogar luz sobre o fenômeno da VPI adolescente.

Uma escola nos chamou para conversar sobre esse tema com os alunos. A gente levou o que seria violência. Será que pegar o celular do outro e ver com quem você tá falando, será que isso é violência? A gente problematizou isso com eles. E foi muito interessante, alguns vinham e diziam “escuta, eu não tô podendo ir na casa de tal pessoa, será que isso é violência?”, “o meu namorado não quer que eu encontre com as minhas amigas, será que isso é violência?” (LMA, setor saúde, Curitiba).

Discussão

O reconhecimento de que atualmente a adolescência é uma fase da vida atravessada pelo uso da internet demonstra preocupação e sugere que a tecnologia pode afetar a capacidade dos adolescentes de se comunicar e se relacionar de forma saudável com os outros, além de expô-los a conteúdos prejudiciais. Com a evolução das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs), as pessoas foram sendo inseridas em uma realidade espaço-temporal em constante transformação. Como resultado, computadores e smartphones conectados à internet tornaram-se indispensáveis para muitos, especialmente para adolescentes (Fernandez; Donard, 2016).

De acordo com Tiburi (2014), na internet, as identidades dos sujeitos se mesclam, confundem e disseminam, enquanto rostos e corpos desaparecem, deixando apenas representações e simulações baseadas em discursos. Por outro lado, Bach (2014) observa que, ao se considerar as questões existenciais que surgem durante a

adolescência e o uso das redes virtuais, os adolescentes recorrem a esses espaços como uma forma de se proteger do “olhar do outro”, permitindo-lhes temporariamente evitar os desafios da adolescência, ou como uma maneira de se autoafirmar, possibilitando que sejam eles mesmos sem o medo de julgamentos.

A internet possibilita a criação de uma vida simulada e para se comunicarem no ciberespaço os adolescentes precisam criar uma identidade adequada à comunidade virtual na qual desejam se inserir. Sendo assim, os adolescentes se reinventam em formato digital, incorporando características performáticas que reflitam uma identidade socialmente aceitável (Gomes; Caniato, 2016).

Os resultados também enfatizaram a percepção dos participantes do estudo de que os adolescentes utilizam a TIC para estabelecer, manter e terminar relacionamentos. Na literatura, o uso da TIC como método de comunicação nos relacionamentos adolescentes, é comum e tem sido descrito como normativo e, às vezes, preferido em relação à comunicação face a face (Draucker; Martsof, 2010)

As falas demonstram preocupação com a ampla liberdade proporcionada pela internet no ambiente online, assim como a utilização de aplicativos e plataformas de redes sociais voltados para a gestão de relações afetivas e sexuais. Nessa perspectiva, Couto, Souza e Nascimento (2013) utilizam a estrutura conceitual da cibercultura, com foco na visibilidade, espetacularização do eu e hiperconsumo na cultura digital, para analisar experiências de quatro usuários de aplicativos de namoro. Eles argumentam que a autopromoção é uma característica inerente à cibercultura, onde os aplicativos atuam como vitrines virtuais de rápida circulação. A análise enfoca a superexposição e o consumo dos corpos em busca de prazeres fugazes e imediatos. Os autores situam esses aplicativos na “web 3.0”, um estágio da internet caracterizado por redes sociais sem limites geográficos e fluxos fluidos, criando uma cultura da virtualidade real. Nesse ambiente de constante mobilidade e conexão, os aplicativos de namoro servem como plataformas para a exposição de corpos, emoções e sensações. Eles se encaixam no mercado de

consumo de prazeres instantâneos, refletindo a lógica mercadológica predominante, que também influencia os relacionamentos íntimos. Os indivíduos adotam o papel de auto promotores ao se apresentar para serem consumidos, espetacularizando suas identidades e vidas (Couto; Souza; Nascimento, 2015).

Nesse âmbito, Camargo (2015) explora o papel da exposição dos corpos e sua transformação em objetos no cenário virtual, ao examinar como diversas mídias impactam as concepções contemporâneas de amor e sexualidade. O autor apresenta vários exemplos de sites, blogs e aplicativos que formam uma rede na qual o amor e o sexo são consumidos por meio da exposição dos corpos, que se tornam uma espécie de “moeda de troca”. Esses corpos são inseridos em uma “estrutura mercadológica de produtos e serviços” que adota as táticas do discurso publicitário, onde pessoas passam a consumir outras pessoas por meio de uma intrincada teia de significados.

No tocante a gênero, da mesma maneira como os corpos femininos e masculinos possuem valoração social diferenciada, sendo a mulher muito mais exposta que o homem em transações mercadológicas, haveria um diferencial de gênero importante no tocante à exposição virtual. Tal exposição poderia inclusive explicar o fato de *as mulheres adolescentes serem mais alvos de VPI por ciber violence* que os homens adolescentes.

Assim, a tecnologia pode atuar também como um facilitador da violência. Pesquisas internacionais têm evidenciado a ocorrência desse fenômeno, principalmente relacionado ao *sexting*, que consiste no envio, recebimento ou compartilhamento de mensagens, fotos, vídeos ou outros conteúdos de natureza sexualmente explícita por meio de dispositivos eletrônicos, como smartphones, computadores ou tablets (Mandau, 2020; Borrajo; Gámez-Guadix, 2015).

Em várias pesquisas sobre a temática, a violência facilitada pelo *sexting* é vista pelos participantes como resultado do comportamento tolo, ingênuo e impulsionado por hormônios de adolescentes do sexo feminino, propagando a autoculpabilização das vítimas, assim como a culpabilização por outrem (Mandau, 2020; Borrajo; Gámez-Guadix, 2015).

A violência facilitada pela tecnologia é uma extensão dos métodos tradicionais de controle coercitivo usados em interações presenciais, potencializada pela natureza onipresente do abuso tecnológico. Tal abuso pode elevar o nível de medo experimentado pelas vítimas chegando às vezes a um estado de hiperconsciência. As vítimas desse tipo de violência muitas vezes sentem que não conseguem escapar do agressor mesmo após deixar o relacionamento. Além disso, observou-se que o assédio começa cedo na vida e persiste durante a adolescência e início da idade adulta. Mulheres relataram falta de controle sobre seu espaço online, enfrentando hostilidade, insultos, ameaças e agressões ao tentar interromper a comunicação, em um comportamento semelhante ao assédio de rua (Salerno-Ferraro, 2021).

Os participantes deste estudo identificaram e reiteraram a existência e o impacto da VPI adolescente que ocorre no espaço digital, a chamada *cyber violence*. Considerando a recente inclusão dessa temática em estudos científicos, Flach e Deslandes (2017), por meio de uma revisão sistemática, afirmam que se trata de uma manifestação contemporânea da VPI que se diferencia da violência perpetrada na presença física do parceiro, pois utiliza a internet e as plataformas digitais com o intuito de provocar danos ao parceiro.

Os abusos digitais, a invasão de privacidade e os comportamentos controladores entre adolescentes foram destacados como as principais manifestações da *cyber violence* pelos participantes do presente estudo. Esses achados são similares ao identificado por pesquisas internacionais que investigaram as formas de *cyber violence* mais comuns entre adolescentes (Reed; Tolman; Ward, 2017; Stonard *et al.*, 2015).

A esse tipo de violência pode ser acrescido o *revenge porn*, isto é, a veiculação de imagens íntimas sem a autorização do parceiro (Flach; Deslandes, 2017). A prevalência dessa forma de VPI é alta principalmente envolvendo as mulheres e aponta para uma faceta nova e poderosa dos relacionamentos afetivos e ou sexuais entre adolescentes. Em um estudo de Reed, Tolman e Ward (2017), foi relatada por 53,8% dos pesquisados.

Outro estudo sobre a *cyber violence* entre parceiros íntimos adolescentes, com uma amostra nacional de 5539 estudantes dos EUA, revelou que 28,1% dos adolescentes foram vítimas de *cyber violence*, enquanto 35,9% foram vítimas de abuso offline por parceiro íntimo. Houve uma correlação significativa entre as formas digitais e tradicionais de abuso, com a maioria das vítimas de abuso online também sofrendo abuso offline. Enviar *sexting* para outra pessoa aumentou consideravelmente as chances de ser alvo de *cyber violence* por parceiro íntimo (Hinduja; Patchin, 2020).

A população adolescente também foi alvo de um estudo que investigou as piores experiências de namoro digital e revelou que mais da metade dos participantes (63,2%), de uma amostra de 262 pessoas, afirmou que seu parceiro de namoro foi responsável por sua pior experiência. Em relação às reações dos adolescentes às experiências negativas no namoro digital, foi observado um espectro de respostas, como rir, chorar, bloquear o parceiro nas redes sociais, ignorar, tentar conversar sobre o incidente ou até mesmo revidar com comportamentos cruéis. Em termos de suporte social, a maioria dos participantes (70,8%) relatou ter contado a um amigo sobre sua pior experiência de namoro digital, enquanto uma porcentagem menor relatou ter contado aos pais (20,8%) ou a membros da família que não eram seus pais (14,2%). Poucos participantes relataram ter contado a professores, orientadores escolares, administradores escolares ou outros tipos de orientadores (Reed; Conn; Wachter, 2020).

Assim como observado em uma das falas do presente estudo, o abuso baseado em imagem é uma realidade da população adolescente. Com uma abordagem qualitativa, um estudo que utilizou a análise temática de postagens anônimas em uma linha de aconselhamento online que descreviam abuso sexual baseado em imagens entre adolescentes revelou que a produção não consensual e a disseminação de imagens sexuais, bem como a extorsão sexual, foram os casos mais comuns. As reações emocionais das vítimas incluíam medo, preocupação, culpa própria, tristeza e pensamentos suicidas, enquanto poucas relataram sentir raiva em relação aos perpetradores (Mandau, 2020).

Outro conteúdo constatado nas falas dos participantes desse estudo foi que o fato de ser adolescente influencia a ocorrência da *cyber violence*, incluindo o relato de temor de procurar auxílio junto aos adultos (Hinduja; Patchin, 2020; Reed; Conn; Wachter, 2020; Lozano-Martinez *et al.*, 2022). Isso aponta que a submissão geracional cria uma vulnerabilidade substancial à violência por parceiro íntimo, já que dificulta a comunicação entre jovens e adultos, considerada um elo crucial para a prevenção e o apoio aos adolescentes após o término de relacionamentos violentos.

No entanto, uma análise apenas a partir da perspectiva da vulnerabilidade geracional não seria suficiente, uma vez que a análise *superficial da cyber violence poderia sugerir que a ausência de distinções físicas na internet equilibraria as dinâmicas de poder entre os gêneros*. Contudo, é notório que essas ferramentas acabam por reproduzir e amplificar estereótipos de gênero, cujos impactos são tangíveis em esferas físicas, psicológicas, educacionais e financeiras da vida (Reed; Tolman; Ward, 2017; Alsawalqa, 2021).

Em relação ao julgamento de valor de comportamentos conforme o gênero, os participantes do presente estudo descreveram a *cyber violence* como uma expressão da violência de gênero que vítima de maneira mais severa as meninas, por exemplo, por meio da exposição de vídeos ou fotos íntimas, assim como demonstrado por Flach e Deslandes (2017). Outro estudo (Reed; Tolman; Ward, 2017) identificou que as adolescentes são as que mais passam por situações de coerção sexual digital. Essas formas específicas de VPI são naturalizadas entre os adolescentes e são forjadas por papéis de gênero socialmente construídos, por exemplo, quando há a aceitação e até mesmo o incentivo social para que meninos tratem as meninas de forma sexualizada e manifestem o poder sobre elas.

Um estudo qualitativo realizado no Reino Unido (Stonard *et al.*, 2015) fornece evidências para aprofundar a discussão sobre a *cyber violence* em relacionamentos adolescentes, mostrando que essa violência é sustentada por questões de gênero. O estudo revelou que as meninas consideram a violência por meio da internet tão ou mais grave que a violência vivida pessoalmente, já que a internet

proporciona mais espaços para a perpetração da violência, é difícil se distanciar de uma mensagem ofensiva que fica permanentemente registrada e pode ser vista ou ouvida várias vezes. Além disso, o medo de que um conteúdo de violência virtual, como uma foto íntima, possa se tornar público é prevalente.

Assim como identificado pelos participantes deste estudo, para Borrajo, Gámez-Guadiz e Calvete (2015), a naturalização da *cyber violence* pode estar relacionada aos mitos que envolvem a construção social do amor romântico. Adolescentes que têm uma visão idealizada sobre a construção de um relacionamento afetivo e ou sexual podem interpretar determinados comportamentos abusivos como aceitáveis e até mesmo como expressão de preocupação e amor, como por exemplo, o controle digital.

A maioria dos participantes deste estudo abordou as dinâmicas de gênero através da perspectiva hegemônica convencional, que busca explicar tais dinâmicas com base na feminilidade e na masculinidade como componentes biológicos inatos, resultando na naturalização dessas características. Os profissionais tendem a aplicar julgamentos morais mais rigorosos às meninas que aos meninos no contexto dos comportamentos manifestados em relacionamentos românticos ou sexuais.

Enquanto adolescentes de ambos os sexos são submetidos a uma posição subalterna no contexto intergeracional, as meninas enfrentam uma dupla penalização, uma vez que são subalternizadas tanto em relação ao gênero como à geração. Essas subalternizações muitas vezes naturalizam a posição subalterna imposta às adolescentes e minimizam suas decisões e aspirações no âmbito dos relacionamentos românticos.

Isso evidencia que a *cyber violence*, enquanto uma forma de violência simbólica, explora a cultura de exposição e humilhação das mulheres como tática. O sistema patriarcal-racista-capitalista se nutre dessa violência, buscando legitimá-la. A violência simbólica, que despoja a mulher de sua humanidade, permeia tanto a dimensão subjetiva quanto a objetiva, naturalizando violências e prejudicando

a saúde mental e física das mulheres adolescentes, privando-as de dignidade, autonomia e humanidade (Sousa, 2023).

Conseqüentemente, a *cyber violence* por parceiro íntimo se manifesta como uma expressão da violência de gênero, surgida de relações de dominação forjadas pela construção histórica e social das masculinidades e feminilidades hegemônicas. A presença da ideologia androcêntrica permeia as interações íntimas, mantendo intacta a desigualdade de poder entre os sexos e reforçando a supremacia masculina.

À vista disso, a incorporação da perspectiva de gênero é essencial para a condução de intervenções sobre o fenômeno. A necessidade de aprofundar e expandir a discussão a partir de categorias sociais é imperativa, visando propor novas estratégias de intervenção que busquem superar a normalização da VPI na adolescência, através da promoção de uma sociedade que alcance equidade de gênero e gerações.

Compreende-se que a utilização do conceito de gênero nas intervenções pode ser um recurso valioso para enfrentar a problemática da *cyber violence entre parceiros íntimos adolescentes*. Isso ocorre ao possibilitar a identificação de padrões sexistas enraizados nas construções sociais de masculinidade e feminilidade, onde o gênero feminino frequentemente é subjugado. Através dessa identificação, é viável estimular reflexões sobre comportamentos violentos que são normalizados na sociedade, contribuindo para a perpetuação de relacionamentos abusivos e resultando em danos físicos e emocionais para as vítimas.

Ao examinarmos os resultados sob a perspectiva da categoria de análise geração, torna-se evidente que essa categoria influencia a posição ocupada pelos adolescentes no cenário social e contribui para a formação de uma relação polarizada entre eles e os adultos participantes do estudo. Em um extremo, encontram-se os adolescentes cujo espaço social é influenciado pela vivência de relacionamentos e pelos papéis de gênero que desempenham. No outro extremo, estão os profissionais de saúde ou do Terceiro Setor, que pertencem à geração adulta que compreende os fenômenos de

maneira diferenciada e carregada de suposições e preconceitos. O resultado desse distanciamento geracional é a subalternização dos adolescentes, dificultando o estabelecimento de um diálogo efetivo entre os dois grupos geracionais.

A importância deste debate reside na crescente prevalência de relacionamentos afetivos e ou sexuais estabelecidos no ambiente virtual. Este fenômeno é influenciado por questões geracionais, caracterizadas pela busca e manutenção de conexões com pares também no mundo virtual. A *cyber violence* entre parceiros íntimos pode coexistir com a VPI perpetrada no mundo físico, uma vez que a vida digital e real se entrecruzam. Além disso, devido à sua associação com *plataformas online*, a *cyber violence* pode disseminar-se rapidamente. Portanto, a incorporação do desenvolvimento de relacionamentos digitais e a abordagem dos abusos que ocorrem nesse meio devem ser parte integrante das estratégias para enfrentar a VPI.

Conforme indicado pelos participantes do estudo, a atuação em rede pode facilitar o enfrentamento da *cyber violence*, assim como as demais violências, porém, antes de qualquer outra estratégia trata-se de transformar as concepções dos seus integrantes para que os adolescentes sejam considerados sujeitos sociais, portadores de possibilidade de decisão quanto às suas vidas. Tal importância se dá também na reflexão conjunta entre adultos e adolescentes, homens e mulheres, por meio de metodologias ativas como as Oficinas Crítico-emancipatórias visando ao estabelecimento de conhecimentos e estratégias coletivas de enfrentamento das violências, em especial as que envolvem situações de afeto e responsabilização pelo outro.

Considerações finais

As percepções sobre adolescência, relações afetivas, sexuais e a VPI entre adolescentes são determinadas histórica e socialmente e, tendo base o senso comum, em geral, marginalizam os fenômenos dessa fase da vida das pessoas e suas relações, muitas vezes negando-lhes direitos, desconsiderando que se trata também de sujeitos sociais, tanto quanto os adultos. Essa dinâmica também permeia as práticas de saúde e dos serviços do terceiro setor examinados, cujos

trabalhadores são adultos, porém que dirigem suas práticas a jovens, evidenciando-se assim relações intergeracionais que nem sempre levam em conta as diferenças de visão de mundo inerentes entre elas.

O presente estudo, através da análise dos discursos dos profissionais de saúde e do Terceiro Setor, revelou uma lacuna importante: nenhum dos serviços assume de fato a responsabilidade pelo enfrentamento da *cyber violence* entre adolescentes, apesar de haver variações nas percepções. Esse vácuo prejudica os jovens, que ficam privados de intervenções adequadas para lidar com essa realidade. O desafio é reconhecer os adolescentes como sujeitos situados socialmente, demandando uma expansão do conhecimento científico para transformar as práticas e os processos de trabalho, protegendo-os em um contexto de igualdade e de respeito geracional e de gênero.

A categoria geração é fundamental na análise da relevância da *cyber violence entre adolescentes*. A perspectiva geracional desempenha um papel crucial na prevenção e no enfrentamento desse fenômeno complexo, especialmente a *cyber violence* entre parceiros íntimos adolescentes. É essencial que os jovens sejam capacitados para identificar e questionar a violência, por meio de informações e espaços de diálogo respeitosos, que levem em consideração suas perspectivas e experiências.

Na perspectiva da interseccionalidade, quando se inter cruzam subalternidades de geração e gênero, fica evidente que as mulheres adolescentes, além de serem as mais submetidas a este tipo de violência, sofrem os impactos tanto das diferenças e desigualdades decorrentes do momento da vida em que se encontram em termos geracionais, como de gênero, por pertencerem a uma sociedade que designa uma inserção social extremamente desigual para homens e mulheres.

Decorrente deste duplo impacto, surgem necessidades específicas em relação ao processo saúde-doença dos e das adolescentes que devem ser levadas em conta no enfrentamento da violência, em especial, a violência da era da (des)informação, a *cyber violence*. Urge, portanto, tomar medidas específicas para sanar esse espaço a fim de garantir uma sociedade mais justa e igualitária para todos.

Referências

ALSAWALQA, R. O. Evaluating Female Experiences of Electronic Dating Violence in Jordan: Motivations, Consequences, and Coping Strategies. **Front Psychol**, v. 12, p. 719702, 2021.

ALMEIDA, C. Public-private partnerships (PPPs) in the health sector: global processes and national dynamics. **Cad Saude Publica**, v. 33, supl 2, 2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo (SP): Edições 70; 2016.

BORRAJO, E. *et al.* The development and validation of the cyber dating abuse questionnaire among young couples. **Computers in Human Behavior**, v. 48, p. 358–365, 2015.

CAMARGO, H. W. de. As teias e os corpos: ensaio sobre o amor e o sexo no tempo das tecnologias. In: **Consumo e modos de vida**. Hertz Wendel de Camargo e Sonia Regina Vargas Mansano (Orgs.) Londrina: Syntagma Editores, 2015.

COUTO, E. S.; SOUZA, J. D. F. de. Grindr e Scruff: amor e sexo na cibercultura. **Performances Interacionais e Mediações Sociotécnicas**. Salvador/BA, outubro/2013.

DRAUCKER, C. B.; MARTSOLF, D. S. The role of electronic communication technology in adolescent dating violence. **Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing**, v. 23, n. 3, p. 133-142, 2010. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2010.00235.x>.

EGRY, E. Y. Saúde coletiva: **construindo um novo método em enfermagem**. São Paulo: Ícone; 1996.

FERNANDEZ, E. M. C.; DONARD, V. **O psicólogo frente ao desafio tecnológico: novas identidades, novos campos, novas práticas**. Recife: Ufpe, Unicap, 2016.

FIOLET, R. *et al.* Exploring the Impact of Technology-Facilitated Abuse and Its Relationship with Domestic Violence: A Qualitative Study on Experts' Perceptions. **Global Qualitative Nursing**

Research, v. 8, 2021.

FLACH, R. M. D.; DESLANDES, S. F. Abuso digital nos relacionamentos afetivo-sexuais: uma análise bibliográfica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 7, e00138516, 2017.

FONSECA, R. M. G. S.; AMARAL, M. A. Reinterpretation of the potentiality of Critical-emancipative Workshops. **Rev Bras Enferm**, v. 65, n. 5, p. 780-7, 2012.

GEBREWAHD, G. T. *et al.* Intimate partner violence against reproductive age women during COVID-19 pandemic in northern Ethiopia 2020: a community-based cross-sectional study. **Reprod Health**, v. 17, n. 1, p. 152, 2020.

GIBBS, A. *et al.* Prevalence and factors associated with recent intimate partner violence and relationships between disability and depression in postpartum women in one clinic in eThekweni Municipality, South Africa, **Plos One**, v. 12, n. 7, 2018.

GOMES, V. R. R.; CANIATO, A. Adolescentes na contemporaneidade: desdobramentos subjetivos do (des) investimento no virtual. **Contextos Clínic**, v. 9, n. 1, p. 133-146, 2016.

HELLEVIK, P. M. Teenagers' personal accounts of experiences with digital intimate partner violence and abuse. **Computers in Human Behavior**, v. 92, 2019. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2018.11.019>.

HINDUJA, S.; PATCHIN, J. W. Digital Dating Abuse Among a National Sample of U.S. Youth. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 36, n. 23-24, p. 11088-11108, 2021. <https://doi.org/10.1177/0886260519897344>.

LOURENÇO, R. G.; FONSECA, R. M. G. S. Primary Health Care and the Third Sector in the face of violence between intimate adolescent partners. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 28, 2020. Available from: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/n7yqr6cPD7TjxnFqyZXgTKP/?format=pdf&lang=pt>. DOI: <http://>

dx.doi.org/10.

LOZANO-MARTÍNEZ, J. *et al.* Control Violence Begins in Adolescent Dating: A Research from Students' Perception. **Int J Environ Res Public Health**, v. 19, n. 15, p. 8974, 2022. <https://doi.org/10.3390/ijerph19158974>.

LUCENA, K. D. T. *et al.* Association between domestic violence and women's quality of life. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, 2017. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1535.2901>.

MANDAU, M. B. H. "Snaps", "screenshots", and self-blame: A qualitative study of image-based sexual abuse victimization among adolescent Danish girls, **Journal of Children and Media**, v. 15, n. 3, p. 431-447, 2021. <https://doi.org/10.1080/17482798.2020.1848892>.

OLIVEIRA, R. N. G. de. **Violência de gênero e necessidades em saúde: limites e possibilidades da Estratégia Saúde da Família**. 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. doi:10.11606/T.83.2011.tde-03012012-144510.

PASQUIM, H. M.; CAMPOS, C. M. S.; SOARES, C. B. Projects carried out by social institutions focused on young people: fragmented activities and disengagement of the government. **Saúde Soc.**, v. 25, n. 1, p. 198-205, 2016. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015139991>.

REED, L. A.; TOLMAN, R. M.; WARD, L. M. Gender matters: Experiences and consequences of digital dating abuse victimization in adolescent dating relationships. **J Adolesc.**, v. 59, p. 79-89, 2017. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.05.015>.

SALERNO-FERRARO, A. C. *et al.* Young Women's Experiences With Technology-Facilitated Sexual Violence From Male Strangers. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 37, n. 19-20, p. NP17860-NP17885, 2022. <https://doi.org/10.1177/08862605211030018>.

SCOTT, J. Gender: useful category of historical analysis. **Am Hist Rev**, v. 91, n. 5, p. 1053-1075, 1986.

SOUSA, L. de M.; ALBERTO, M. de F. P. Exposição íntima online: experiências de mulheres brasileiras e seu acesso a políticas públicas. **Estudos De Psicologia** (Natal), v. 27, n. 1, p. 57–67, 2023. <https://doi.org/10.22491/1678-4669.20220006>.

STONARD, K. E. *et al.* “They’ll Always Find a Way to Get to You”: Technology Use in Adolescent Romantic Relationships and Its Role in Dating Violence and Abuse. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 32, n. 14, p. 2083–2117, 2017. <https://doi.org/10.1177/0886260515590787>.

TIBURI, M. **Filosofia prática**. Rio de Janeiro: Record, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. **London School of Hygiene and Tropical Medicine**. Genebra: WHO; 2010.

CAPÍTULO 9

ANÁLISE DA QUALIDADE DOS DADOS DAS NOTIFICAÇÕES DOS ACIDENTES DE TRABALHO GRAVES TÍPICOS ENVOLVENDO AS MÃOS EM UMA CAPITAL DO SUL DO BRASIL

**Jacqueline Aparecida Vieira, Karin Regina Luhm,
Giovana Daniela Pecharki e Eliana Remor Teixeira**

Introdução

Acidentes de trabalho graves (ATG) típicos são eventos súbitos que ocorrem no exercício da atividade profissional, provocando mutilação física ou funcional, e que causam lesões cuja natureza implique em comprometimento extremamente sério, que podem ter consequências nefastas ou fatais. Também são considerados ATG os acidentes de trabalho (AT) que acometem trabalhadores menores de 18 anos de idade (Brasil, 2006).

Os AT expressam um problema de saúde pública por atingirem um contingente elevado da população e pelas implicações econômicas e sociais que acarretam. Segundo a Organização Internacional do Trabalho, cerca de 4% do Produto Interno Bruto mundial é revertido em custos diretos e indiretos relacionados a doenças e AT e estima-se que morrem por ano no mundo aproximadamente 2,3 milhões de trabalhadores em decorrência deste evento (Cavalcante *et al.*, 2015a; Sá; Gomide; Sá, 2017).

Quando comparadas a outras regiões do corpo, as lesões traumáticas das mãos têm maior impacto na vida cotidiana do trabalhador, pois por mais leves que sejam causam afastamento do trabalho, limitações para o desenvolvimento de atividades básicas rotineiras, demandam tempo prolongado para reabilitação e nos casos de mutilações podem desencadear danos de ordem psíquica e social, os quais interferem diretamente na situação econômica e qualidade de vida individual e familiar (Oliveira *et al.*, 2013).

No Brasil, agravos relacionados ao trabalho representam aproximadamente 25% das lesões por causas externas atendidas em serviços de emergência e mais de 70% dos benefícios da Previdência Social (Cardoso *et al.*, 2016; Cavalcante *et al.*, 2015a). Além disso, o país ocupa o quarto lugar no ranking mundial em óbitos por AT, ficando atrás dos Estados Unidos, Tailândia e China; e o quinto em registro de AT, depois de Colômbia, França, Alemanha e Estados Unidos (Oit, 2017). Alguns estudos publicados no país demonstram que as estatísticas divulgadas representam apenas um terço de óbitos ocorridos por esse tipo de acidente e que os números reais estão subestimados (Cavalcante *et al.*, 2015b).

No país, existem, pelo menos cinco grandes sistemas de informação, implantados e em funcionamento, com dados sobre AT: o Siscat, no qual as informações de Comunicações de Acidentes de Trabalho (CAT) são enviadas ao Instituto Nacional do Seguro Social do Ministério da Previdência Social pela Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social; o Sistema de Informação sobre Mortalidade, gerenciado pelo Ministério da Saúde (MS), com registros das Declarações de Óbitos; Sistema de Informações Hospitalares, gerenciado pelo MS, com registros de Autorização de Internação Hospitalar; o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), gerenciado pelo MS; e a Relação Anual das Informações Sociais, gerenciada pelo Ministério Público do Trabalho e Emprego, com dados sobre movimentação dos empregos com contrato formal de trabalho (Batista; Santana; Ferrite, 2019; Cavalcante *et al.*, 2015a).

Não há carência de sistemas de informação sobre acidentes e doenças do trabalho, no entanto, cada um foi concebido para cumprir uma função distinta, não se relacionam entre si e não cobrem a totalidade de trabalhadores; não permitindo vislumbrar o real impacto do trabalho sobre a saúde das pessoas (Waldvogel, 2011). Se houvesse a integração entre esses sistemas, as bases de dados cobririam um contingente maior de vítimas, contribuindo para todos os órgãos e programas que atuam nessa área, pois retratariam de forma precisa o cenário dos ATG.

O Sinan foi desenvolvido no início da década de 90 pelo MS, com o intuito de coletar e processar os dados sobre doenças de notificação compulsória em todo o território nacional, fornecendo informações para a análise do perfil da morbidade e contribuindo para a tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal. Esse sistema preconizou a padronização da definição de caso de cada agravo, a organização hierárquica das três esferas de governo, o acesso a bases de dados necessárias às análises epidemiológicas em todos os níveis e a possibilidade de propagação rápida dos dados gerados (Languardia *et al.*, 2004).

Os acidentes e as doenças do trabalho passaram a ser considerados agravos de notificação compulsória após a promulgação da Portaria nº 777/MS de 2004, sendo incorporados ao Sinan na perspectiva de melhorar a qualidade da informação, ampliar a cobertura do registro pela inclusão de todos os trabalhadores inclusive os do mercado informal, possibilitar uma coleta de dados abrangente que pode transformar-se em informações úteis para o desenvolvimento de estratégias e ações em Saúde do Trabalhador (ST) no contexto das políticas públicas do Sistema Único de Saúde (Cavalcante *et al.*, 2015a).

Após tantos anos de sua implantação, ainda é elevado o índice de sub registro dos ATG no Sinan, pois até o ano de 2011, 71,7% dos municípios não haviam relatado nenhuma notificação, apesar da tendência de aumento de cobertura. Isto pode ser resultante da estratégia inicial de limitação da notificação a unidades sentinelas e serviços de saúde especialmente habilitados, modificada em 2014, quando todos os serviços se tornaram elegíveis para notificar AT (Batista; Santana; Ferrite, 2019).

A avaliação da qualidade da informação vem ganhando cada vez mais destaque pela importância da informação para o planejamento e gestão dos recursos, para subsidiar tomadas de decisão sobre ações de controle do agravo e na promoção e proteção da saúde da população. Os sistemas de informações que contêm dados de qualidade contribuem para a construção de perfis epidemiológicos, possibilitam o monitoramento e avaliação de programas de saúde e gerenciamento de serviços, bem como a oferta de ações para promoção e proteção da saúde da população (Marques; Siqueira; Portugal, 2020; Sousa *et al.*, 2020).

A completitude é uma das dimensões da qualidade da informação, sendo definida pelo grau de preenchimento das variáveis analisadas, excluindo registros com ausência de dados, ou seja; aqueles que foram deixados em branco ou preenchidos como “ignorado” (Alvares *et al.*, 2015; Marques; Siqueira; Portugal, 2020; Sousa *et al.*, 2020).

A oportunidade, assim como a completitude, é outro atributo da qualidade de um sistema de informação e pode ser avaliada pela análise da agilidade do sistema em cumprir todas as suas etapas, desde a notificação do caso até a distribuição dos boletins epidemiológicos. Pode ser avaliado pela determinação dos intervalos entre: início do caso; data do início de um surto epidemiológico e o momento da sua identificação pelo sistema; data da identificação do surto e o início das medidas de controle (Brasil, 2007).

Nesse contexto, este estudo visa analisar a completitude do preenchimento dos dados das notificações de ATG típicos envolvendo as mãos e a oportunidade de notificação dos acidentes ocorridos em uma capital do sul do Brasil e registrados no Sinan, no período de 2013 a 2017.

Metodologia

Trata-se de um estudo observacional descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em uma capital do sul do país. A coleta de dados se deu pela análise das fichas de notificações de ATG do banco de dados do Sinan, disponibilizado pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) desta capital.

Os critérios de inclusão das fichas de notificação para comporem o banco de dados deste estudo foram: tratar-se de AT típico ocorrido no período de 01/01/2013 a 31/12/2017 e a parte do corpo atingida ter sido a mão; independentemente do tipo de vínculo empregatício.

A ficha de notificação de ATG é constituída por 68 campos, que correspondem a blocos relacionados a dados gerais, notificação individual, dados de residência, antecedentes epidemiológicos, dados do acidente, dados do atendimento médico e conclusão do caso. Esses campos são classificados como campos-chave que correspondem aos identificadores do registro no sistema, campos de preenchimento obrigatório que cuja ausência de dado impossibilita a inclusão da notificação no Sinan e campos de preenchimento essencial os quais, apesar de não serem obrigatórios, são necessários à investigação do caso ou no cálculo de indicador epidemiológico ou operacional (Brasil, 2007; Ceará, 2017).

Foram selecionados para o estudo 29 campos que correspondem a variáveis da ficha de notificação, sendo consideradas as mais relevantes para conhecer o perfil dos ATG típicos envolvendo as mãos na capital estudada. As variáveis de preenchimento obrigatório selecionadas foram: data do acidente, data da notificação, unidade notificadora, data de nascimento, sexo, gestante, município de residência, ocupação, local onde ocorreu o acidente, código da causa do acidente conforme Classificação Internacional de Doenças – 10ª revisão (CID-10), código da lesão conforme CID-10 e se foi emitida a CAT. As variáveis de preenchimento essencial selecionadas foram: raça/cor, escolaridade, situação no mercado de trabalho, tempo de trabalho na ocupação, nome da empresa, Classificação Nacional de Atividade Econômica (CNAE), município da empresa, bairro da empresa, endereço da empresa, número da empresa, empresa é terceirizada, hora do acidente, horas após o início da jornada, houve outros trabalhadores atingidos, ocorreu atendimento médico, regime de tratamento e evolução do caso.

O desempenho da completude do preenchimento das variáveis foi categorizado em consonância com o que preconiza o MS e conforme desenvolvido por outros estudos, utilizando os seguintes parâmetros: excelente (acima de 90%), regular (entre 70 e 89%) e ruim (abaixo de 70%) (Alvares *et al.*, 2015; Barbosa; Barbosa, 2013; Muguande *et al.*, 2011; Siqueira *et al.*, 2020).

As variáveis que foram classificadas, quanto a completude, como regular e ruim integraram a análise de tendência linear de preenchimento no tempo pelo teste qui-quadrado, com nível de significância estatística de 5%. Optou-se por excluir os anos de 2013 e 2014 dessa análise pelo número de registros ser menor do que o dos anos subsequentes. Esse menor número de registro justifica-se em virtude de, neste período, as notificações estarem centralizadas predominantemente em unidades sentinela.

Para a avaliação da oportunidade de notificação de ATG típicos envolvendo as mãos, foi calculado o intervalo de tempo transcorrido, em dias, entre a data do acidente e a data da notificação do caso no Sinan.

Os dados obtidos do banco de dados do Sinan, foram processados pelo programa Microsoft Excel e posteriormente exportados para o software Epi Info versão 7.2.2.16, através do qual foram consolidadas as análises.

Considerando os preceitos éticos e legais previstos na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná e da instituição coparticipante, sob pareceres nº 3.242.095 de 03/04/2019 e nº 3.325.435 de 14/05/2019 respectivamente.

Resultados

No período de 01/01/2013 a 31/12/2017 foram notificados 6.970 ATG no Sinan, no município estudado. Quanto ao tipo de acidente, 4.395 (63%) foram ATG típicos, 2.027 (29%) representaram os ATG de trajeto, 345 (5%) notificações apresentaram o campo tipo de acidente preenchido como ignorado e 203 (3%) notificações estavam sem preenchimento no campo tipo de acidente (Tabela 1).

Tabela 1 - Frequência dos Acidentes de Trabalho Graves notificados no Sinan quanto ao tipo de acidente, em uma capital do Sul do Brasil, no período de 2013 a 2017

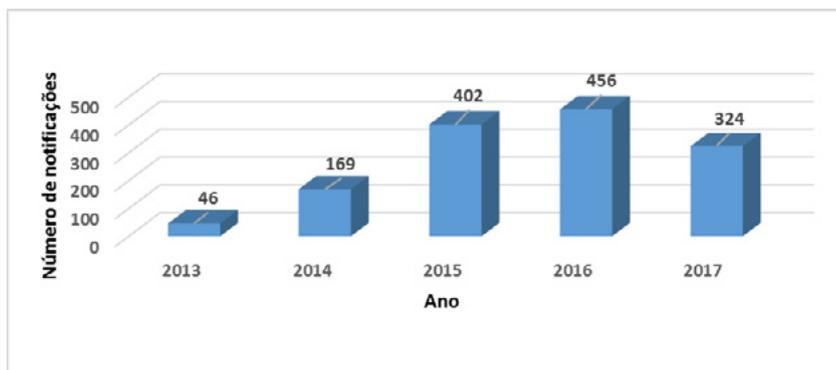
TIPO DE ACIDENTE	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL	
	N	N	N	N	N	N	(%)
Típicos	265	544	1380	1280	926	4395	63,05
Trajeto	120	265	507	569	566	2027	29,08
Ignorado	15	22	168	111	2	345	4,94
Sem preenchimento	164	5	7	7	20	203	2,91
TOTAL	564	836	2062	1967	1541	6970	100

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Os ATG típicos envolvendo as mãos corresponderam a 32% (1.397) das notificações registradas no Sinan no período. A frequência de acidentes notificados por ano foi de: 46 (3,29%) em 2013, 169 (12,10%) em 2014, 402 (28,78%) em 2015, 456 (32,63%) em

2016 e 324 (23,19%) em 2017 (Figura 1).

Figura 1 - Frequência de notificações de Acidentes de Trabalho Graves Típicos envolvendo as mãos registradas no Sinan, em uma capital do sul do Brasil, no período de 2013 a 2017



Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Quanto a oportunidade de notificação, o tempo decorrido entre a data do acidente e a notificação foi: no mesmo dia em 303 (21,69%) dos casos, de 2 a 7 dias em 525 (37,58%) dos casos, de 8 a 30 dias em 215 (15,39%) dos casos, de 31 a 354 dias em 340 (24,34%) dos casos, e mais que 365 dias em 14 (1%) dos casos (Tabela 2).

Tabela 2 - Oportunidade de notificação de Acidentes de Trabalho Graves Típicos envolvendo mãos, em uma capital do sul do Brasil, no período de 2013 a 2017

OPORTUNIDADE	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL	
	N	N	N	N	N	N	(%)
Mesmo dia	10	61	77	106	49	303	21,69
2 a 7 dias	8	77	27	277	136	525	37,58
8 a 30 dias	7	15	18	61	114	215	15,39
31 a 365 dias	15	10	279	11	25	340	24,34
Mais que 365 dias	6	6	1	1	0	14	1
TOTAL	46	169	402	456	324	1397	100

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

A análise da completude revelou que as variáveis de preenchimento obrigatório: data do acidente, data da notificação, unidade notificadora, município de residência, código da CID-10 da causa do acidente, código da CID-10 da causa da lesão, data de nascimento e sexo foram classificadas como excelente, atingindo 100% de preenchimento. As variáveis quanto à ocorrência de emissão da CAT e em relação a ser gestante, embora de preenchimento obrigatório, obtiveram índices inferiores ao esperado, com percentuais de 98% e 95%, respectivamente. As duas variáveis de preenchimento obrigatório e com menor desempenho no preenchimento foram: ocupação e local onde ocorreu o acidente, as quais apresentaram percentuais de completude de 86% e 76%, respectivamente, e classificadas como regular (Quadro 1).

Quadro 1 - Classificação da completude do preenchimento e qualidade das notificações de Acidentes de Trabalho Graves Típicos envolvendo as mãos, em uma capital do sul do Brasil, no período de 2013 a 2017

CAMPO/VARIÁVEL	CLASSIFICAÇÃO DO CAMPO	P* (%)	I/SP* (%)	QUALIDADE
Data do acidente	Obrigatório	100	0	Excelente >90%
Data da notificação	Obrigatório	100	0	
	Chave			
Unidade notificadora	Obrigatório	100	0	
Município de residência	Obrigatório	100	0	
Classificação Internacional de Doenças - 10ª revisão (CID-10) da causa do acidente	Obrigatório	100	0	
Classificação Internacional de Doenças - 10ª revisão (CID-10) da lesão	Obrigatório	100	0	
Data de nascimento	Obrigatório	100	0	
Sexo	Obrigatório	100	0	
Regime de tratamento	Essencial	100	0	
Ocorreu atendimento médico	Essencial	100	0	
Evolução do caso	Essencial	99	1	
Foi emitida Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT)	Obrigatório	98	2	
Hora do acidente	Essencial	97	3	
Gestante	Obrigatório	95	5	
Houve outros trabalhadores atingidos	Essencial	92	8	
Ocupação	Obrigatório	86	14	Regular 70 a 89%
Local onde ocorreu o acidente	Obrigatório	76	24	
Situação no mercado de trabalho	Essencial	73	27	
Raça/cor	Essencial	73	27	

SAÚDE COLETIVA: DIÁLOGOS E CAMINHOS

Nome da empresa	Essencial	66	34	Ruim <70%
Município da empresa	Essencial	63	37	
Empresa é terceirizada	Essencial	60	40	
Tempo de trabalho na ocupação	Essencial	56	44	
Endereço da empresa	Essencial	45	55	
Escolaridade	Essencial	39	61	
Bairro da empresa	Essencial	37	63	
Número da empresa	Essencial	32	68	
Horas após o início da jornada	Essencial	28	72	
	Essencial	17	83	

P-preenchimento, I-Ignorado, SP-Sem preenchimento.

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Para as seguintes variáveis de preenchimento essencial: o regime de tratamento (100%), se ocorreu atendimento médico (100%), hora do acidente (97%) e se houve outros trabalhadores atingidos (92%) a classificação da completitude foi excelente. Porém, as variáveis situação no mercado de trabalho (73%) e raça/cor (73%), também de preenchimento essencial, foram classificadas como regular (Quadro 1).

Todas as variáveis classificadas como ruim eram de preenchimento essencial e obtiveram percentual de preenchimento que variou de 17% a 66% e corresponderam: ao nome da empresa, o município da empresa, se a empresa é terceirizada, ao tempo de trabalho na ocupação, o endereço da empresa, escolaridade, o bairro da empresa, número da empresa, horas após o início da jornada e CNAE (Quadro 1).

A análise de tendência linear evidenciou um aumento estatisticamente significativo ($p < 0,05$) no percentual de preenchimento de todas as variáveis que haviam sido classificadas como regular e ruim quanto a completitude nos anos de 2015, 2016 e 2017 (Tabela 3).

Tabela 3 - Percentual e tendência de preenchimento das notificações de Acidentes de Trabalho Graves Típicos envolvendo as mãos classificadas quanto a completitude como regular ou ruim, em uma capital do Sul do Brasil, no período de 2015 a 2017

VARIÁVEIS	2015 (N=402)		2016 (N=456)		2017 (N=324)		*p-VALOR
	N	%	N	%	N	%	
Ocupação	368	91,54	361	79,17	322	99,38	<0,01
Local onde ocorreu o acidente	192	47,76	405	88,82	316	97,53	<0,01
Situação no mercado de trabalho	176	43,78	381	83,55	311	95,99	<0,01
Raça/cor	267	66,42	328	71,90	252	77,78	<0,01
Nome da empresa	168	41,79	339	74,34	275	84,88	<0,01
Município da empresa	61	40,05	319	69,96	266	82,10	<0,01
Empresa é terceirizada	132	32,84	367	80,46	240	74,07	<0,01
Tempo de trabalho na ocupação	135	33,58	271	59,43	271	83,64	<0,01
Endereço da empresa	104	25,87	235	51,54	196	60,49	<0,01
Escolaridade	86	21,39	192	42,11	171	52,78	<0,01
Bairro da empresa	139	34,58	271	59,43	230	70,99	<0,01
Número da empresa	75	18,66	168	36,84	143	44,14	<0,01
Horas após o início da jornada	49	12,19	131	28,73	105	32,41	<0,01
Classificação Nacional de Atividade Econômica (CNAE)	33	8,21	44	9,65	111	34,26	<0,01

*p-VALOR foi obtido pelo teste qui-quadrado com nível de significância estatística de 5%.

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Discussão

A subnotificação de AT é uma realidade alarmante no mundo, e no Brasil estima-se que o sub-registro atinge percentuais acima de 70% para acidentes fatais e 90% para os não fatais, dificultando a compreensão do fenômeno social que são os acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, bem como a definição de políticas públicas e planejamento de ações na área da ST (Cavalcante *et al.*, 2015b; Sá; Gomide; Sá, 2017).

O aumento expressivo no número de registros a partir de 2014, provavelmente ocorreu em virtude da descentralização das notificações pelas unidades sentinela, fenômeno ocorrido após a promulgação da Portaria nº 1271/MS em 06 de junho de 2014 (Brasil, 2014). No país, o trabalho informal seguia uma tendência decrescente desde 2012, no ano de 2017 esse cenário mudou em virtude das transformações no panorama político e econômico (Zack *et al.*, 2021), isso pode explicar a queda no percentual de registros de ATG típicos envolvendo mãos notificados em 2017. É preciso olhar com cautela para os dados, pois a queda no número de registros pode não significar redução de AT e sim subnotificação dos eventos.

É importante considerar que a universalização das notificações no Sinan representou um ponto positivo por ampliar o número de fontes notificadoras e conseqüentemente o número de casos notificados, porém, pode ter contribuído para a incompletude no preenchimento dos campos das fichas de notificação (ABATH *et al.*, 2014). Alguns fatores que podem ter contribuído para que isso ocorresse são o fato da coleta de dados acerca de AT demandar tempo, o elevado número de campos a serem preenchidos nas fichas de notificações, excessivo ritmo de trabalho dos profissionais que coletam os dados, por ser uma prática meramente burocrática e de as informações obtidas pelo preenchimento não serem repassadas para aqueles que as coletam.

A ocupação do trabalhador é um campo de preenchimento obrigatório e teve completude inferior a 100%, o que se justifica pelo fato de haver um código (9989.99) na Classificação Brasileira de Ocupações que corresponde a “ignorado” e pode ser inserido na ficha de notificação durante o preenchimento. Já no campo gestante, que também é de preenchimento obrigatório, portanto, imprescindível para a inclusão da notificação no sistema, há uma opção “ignorado” que pode ser assinalada e que corresponde aos achados neste estudo (São Paulo, 2018).

No estudo desenvolvido por Brito *et al.* (2023), no que se refere ao trabalho, a completude do campo “ocupação” variou de ruim ($\geq 50\%$ a 79,9%) a muito ruim ($< 50\%$) em todas as regiões do

Brasil para todos os acidentes com animais peçonhentos. A variável complementar “acidente relacionado ao trabalho” apresentou completitude regular (80% a 89,9%), exceto nas notificações da Região Sul, onde a completitude desse campo foi classificada como boa (90% a 94,9%) nos casos de ofidismo e excelente ($\geq 95\%$) nos casos de araneísmo e escorpionismo, nas notificações do Sudeste, onde apresentou completitude boa (90% a 94,9%) para os casos de escorpionismo e nas notificações da Região Nordeste, ruim ($\geq 50\%$ a 79,9%) para araneísmo. A completitude dos campos relativos ao trabalho se destacou por ter sido o pior em relação aos demais campos da ficha de notificação avaliados.

Há relevância na identificação de variáveis relacionadas a dados socioeconômicos dos trabalhadores como escolaridade, raça/cor, por estarem associadas a uma maior vulnerabilidade dessa população a esse tipo de agravo (Bortoleto *et al.*, 2011; Cavalcante *et al.*, 2015a). A análise da completitude das notificações compulsórias relacionadas ao trabalho no Brasil revelou resultados semelhantes aos que encontramos neste estudo, uma elevada incompletitude para campos de preenchimento essencial como escolaridade, raça e CNAE, apontando que mudanças na reclassificação de obrigatoriedade para algumas variáveis poderia resultar em melhor desempenho no preenchimento (Alvares *et al.*, 2015; Marques; Siqueira; Portugal, 2020).

○ O perfil epidemiológico dos agravos relacionados à saúde pode ser prejudicado quando as análises são realizadas a partir de dados de má qualidade, impossibilitando o mapeamento de regiões de risco e a definição de medidas de controle eficazes (Siqueira *et al.*, 2020). A identificação das regiões do município em que ocorreram maior número de ATG típicos envolvendo as mãos, que é de extrema importância para a viabilização de uma efetiva atuação da Vigilância em Saúde do Trabalhador local, foi prejudicada pela classificação da completitude do preenchimento em relação as variáveis nome da empresa, endereço da empresa, bairro da empresa, número da empresa, ter sido ruim ($< 70\%$). A análise da completitude das notificações de violência ocorridas no Brasil no período de 2011 a 2014 obteve resultados semelhantes para variáveis relacionadas ao

local da ocorrência do evento, dificultando o mapeamento dos locais com maior frequência desses eventos e consequentemente o delineamento de ações preventivas (Sousa *et al.*, 2020).

Outros pesquisadores também evidenciaram limitações ao utilizar dados secundários do Sinan, variáveis importantes por não terem sido preenchidas ou terem sido preenchidas de maneira inadequada, não puderam ser exploradas. A incompletude no preenchimento da variável escolaridade atingiu 57,4%, comprometendo a análise dessa variável (Cavalcante *et al.*, 2015b), quanto a ocupação 21,8% das fichas não apresentavam esta informação (Cardoso *et al.*, 2016), à variável situação no mercado de trabalho teve 18,9% de preenchimento ignorado, o que também ocorreu com a variável emissão da CAT que atingiu 39,9% de preenchimento ignorado, e quanto a variável escolaridade foi observada a incompletude do preenchimento em mais de 60% dos casos (Campos; Gurgel, 2016).

Na cidade do Rio de Janeiro a sífilis congênita é um problema que persiste com taxas superiores às de outras regiões do país e às da média nacional. Um dos obstáculos relacionados ao controle da doença é a incompletude das fichas de notificação e investigação do Sinan, além da divergência entre diferentes bancos de dados e subnotificação; dificultando o conhecimento do agravo e suas repercussões e a elaboração de políticas públicas de saúde (PAIVA; Fonseca, 2023).

Algumas dificuldades para a notificação de AT apontadas por profissionais, num estudo realizado em Fortaleza, foram: falta de conhecimento quanto ao manejo e as medidas a serem tomadas diante do acidente, omissão dos indivíduos sobre a notificação, sobrecarga de trabalho, ausência de protocolos claros para consulta nas unidades e até mesmo a ausência do formulário de notificação para o preenchimento. As sugestões apontadas por eles foram ações de educação permanente, divulgação de protocolos e a construção de diálogo sobre o tema envolvendo profissionais e gestores (Lima *et al.*, 2018).

Essas dificuldades se agravaram com a pandemia da COVID-19, declarada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em março de 2020, pois expôs os profissionais de saúde a situações constantes de estresse, escassez de recursos, sobrecarregou os sistemas de saúde em todos os níveis de assistência, repercutindo no decréscimo das notificações compulsórias do Sinan no período (Sallas *et al.*, 2022).

Em relação ao tempo decorrido entre a data do acidente e a data da notificação foi possível perceber que apenas 303 (21,69%) ocorreram no mesmo dia, atendendo o preconiza a Portaria 204/MS de 17 de fevereiro de 2016, ou seja, que todos os ATG, fatal e em crianças e adolescentes sejam notificados em até 24 horas (Brasil, 2016).

Conclusão

O Sinan é um instrumento valioso para a compreensão dos ATG, por possibilitar o uso de amostras amplas, pelo baixo custo na coleta de dados, e por permitir o conhecimento de características inerentes ao trabalhador, a situação de trabalho e do acidente. No entanto, é preciso que haja potencialização de estratégias e ações que favoreçam o aumento das notificações de AT contemplando todos os trabalhadores, principalmente os do mercado informal. O diagnóstico situacional dos ATG e especificamente aqueles envolvendo as mãos revelam os impactos nocivos do processo produtivo sobre a saúde dos trabalhadores e subsidiam o planejamento e desenvolvimento das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Os dados obtidos e consolidados por meio das notificações compulsórias do Sinan neste estudo permitiram dimensionar parcialmente a situação dos ATG típicos envolvendo as mãos. A incompletude evidenciada pelo elevado percentual de campos não preenchidos ou preenchidos como ignorado, limitou a análise dos dados e impossibilitou que informações importantes fossem conhecidas comprometendo a eficácia do uso do Sinan.

Para aprimorar a qualidade e fidedignidade das informações é imprescindível entender as possíveis causas associadas às falhas no preenchimento, identificar os meios mais adequados de correção e investir na capacitação dos profissionais de saúde e assim garantir que as informações possam ser utilizadas de maneira eficiente na definição de ações e políticas públicas.

Referências

ABATH, M.B.; LIMA, M.L.P.T.; LIMA, P.S.; SILVA, M.C.M.; LIMA, M.L.C. Avaliação da completude, da consistência e da duplicidade de registros de violências do Sinan em Recife, Pernambuco, 2009-2012. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.23, n.1, p. 131-142, jan./mar. 2014.

ALVARES, J.K.; PINHEIRO, T.M.M.; SANTOS, A.F.; OLIVEIRA, G.L. Avaliação da completude das notificações compulsórias relacionadas ao trabalho por município polo industrial no Brasil, 2007-2011. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Brasília, v.18, n.1, p. 123-136, jan./mar, 2015.

BARBOSA, D.A.; BARBOSA, A.M.F. Avaliação da completude e consistência do banco de dados das hepatites virais no estado de Pernambuco, Brasil, no período de 2007 a 2010. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.22, n.1, p.49-58, jan./mar. 2013.

BATISTA, A.G.; SANTANA, V.S.; FERRITE, S. Registro de dados sobre acidentes de trabalho fatais em sistemas de informação no Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.3, p.693-704, 2019.

BORTOLETO, M.S.S.; NUNES, E.F.P.A.; HADDAD, M.C.L.; REIS, G.A.X. Acidentes de trabalho em um pronto atendimento do Sistema Único de Saúde em um município de médio porte da região Sul do Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Curitiba, v.13, n.1, p. 91-97, dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Notificação de acidentes do trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes**. Brasília, DF, 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/06_0442_M.pdf. Acesso em: 02 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de**

Informação de Agravos de Notificação – Sinan: normas e rotinas.

2. ed. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/imagens/documentos/Aplicativos/sinan_net/Manual_Normas_e_Rotinas_2_edicao.pdf>. Acesso em: 27 nov.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.271 de 06 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html>. Acesso em: 16 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2016a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html> Acesso em: 19 mai. 2019.

BRITO, M.; ALMEIDA, A.C.C.; CAVALCANTE, F.; MISE, Y.F. Completude das notificações dos acidentes por animais peçonhentos no Sistema de Informações de Agravos de Notificação: estudo descritivo, Brasil, 2007-2019. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.32, n.1, 2023. DOI. 10.590/S2237-96222023000100002.

CAMPOS, A.G.; GURGEL, A.M. Acidentes de trabalho graves e atividades produtivas nas regiões administrativas de saúde em Pernambuco: uma análise a partir da identificação de aglomerados produtivos locais. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 41, e15, p. 1-12, 2016.

CARDOSO, M.G.; ROMERO, L.O.; BACHI, Z.C.; EID, V.R.T.; BERETTA, D.; JERICÓ, M.C. Caracterização das ocorrências de acidentes de trabalho graves. **Revista Arquivos de Ciências da**

Saúde, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 83-88, out./dez. 2016.

CAVALCANTE, C.A.A.; COSSI, M.S.; COSTA, R.R.O.; MEDEIROS, S.M.; MENEZES, R.M.P. Análise crítica dos acidentes de trabalho no Brasil. **Revista de Atenção à Saúde**, São Paulo, v. 13, n. 44, p. 100-109, abr./jun. 2015a.

CAVALCANTE, C.A.A.; MEDEIROS, S.M.; MATA, M.S.; CAVALCANTE, E.F.O.; CAVALCANTE, E.S.; OLIVEIRA, L.V. Acidentes de trabalho graves no Rio Grande do Norte: estudo transversal. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 543-555, 2015b.

CEARÁ. Governo do Estado. Secretaria de Saúde. **Manual para uso do SINANET, análise da qualidade da base de dados e cálculos operacionais dos agravos relacionados ao trabalho**. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2017. Disponível em: < http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/manual_sinan_-15_02_17.pdf>. Acesso em: 12 abr.2020.

LAGUARDIA, J.; DOMINGUES, C.M.A.; CARVALHO, C.; LAUERMAN, A.R.; MACÁCIO, E.; GLATT, R. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.13, n.3, p.135-147, jul./set. 2004.

LIMA, R.K.S.; EVANGELISTA, A.L.P.; MAIA, J.K.O.; TRAVASSOS, P.N.S.; PINTO, F.J.M.; MOREIRA, F.J.F. Notificação compulsória de acidentes de trabalho: dificuldades e sugestões dos profissionais de saúde em Fortaleza, Ceará. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, São Paulo, v.16, n.2, p.192-198, 2018.

MARQUES, C.A.; SIQUEIRA, M.M.; PORTUGAL, F.B. Avaliação da não completude das notificações compulsórias de dengue registradas por município de pequeno porte no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.25, n.3, p.891-900, 2020.

MUGUANDE, O.F.; FERRAZ, M.L.; FRANÇA, E.; GONTIJO, E.D. Avaliação da qualidade do Sistema de Vigilância Epidemiológica de doença de Chagas aguda em Minas Gerais, 2005-2008. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.20, n.3, p.317-325, jul./set. 2011.

OLIVEIRA, T.P.; SIME, M.M.; COSTA, J.F.B.; FERRIGNO, I.S.V. Estudo retrospectivo dos acidentes traumáticos da mão relacionados ao trabalho. **Caderno de Terapia Ocupacional**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 339-349, 2013.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO - OIT. Anuário Brasileiro de Proteção. **Acidentalidade no mundo**, p. 168-172, 2017. Disponível em: www.revistaemergencia.com.br/upload/protexao_materiaarquivo/922.pdf. Acesso em: 14 dez. 2019.

PAIVA, M.F.C.M.; FONSECA, S.C. Sífilis Congênita no Município do Rio de Janeiro, 2016-2020: perfil epidemiológico e completude dos registros. **Revista de Medicina**, Ribeirão Preto, v.56, n.1, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2023.198451>.

SÁ, A.C.M.G.N.; GOMIDE, M.H.M.; SÁ, A.T.N. Acidentes de trabalho e suas repercussões legais, impactos previdenciários e importância da gestão no controle e prevenção: revisão sistemática de literatura. **Revista Médica de Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 26, e-1285, p. 1-8, 2017.

SALLAS, J.; ELIDIO, G.A.; COSTACURTA, G.F.; FRANK, C.H.M.; ROHLFS, D.B.; PACHECO, F.C.; GUILHEM, D.B. Decréscimo nas notificações compulsórias registradas pela Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar do Brasil durante a pandemia da COVID-19: um estudo descritivo, 2017-2020. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.31, n.1, 2022. DOI. 10.590/S1679-49742022000100011.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria de Vigilância em Saúde (COVISA). Divisão de Vigilância em Saúde do Trabalhador. **Tabelas de Codificação utilizadas no**

SINAN – Acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. São Paulo, 2018. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/man_cod_sinan_2018_versao_0210_1538489641.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2019.

SIQUEIRA, P.C.; MACIEL, E.L.N.; CATÃO, R.C.; BRIOSCHI, A.P.; SILVA, T.C.C.; PRADO, T.N. Completude das fichas de notificação de febre amarela no estado do Espírito Santo, 2017.

Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v.29, n.3: e2019402, 2020.

SOUSA, C.M.S.; MASCARENHAS, M.D.M.; LIMA, P.V.CC.; RODRIGUES, M.T.P. Incompletude das notificações compulsórias de violência – Brasil 2011-2014. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.28, n.4, p.477-487, 2020.

WALDVOGEL, B.C. **Quantos acidentes do trabalho ocorrem no Brasil? Proposta de integração de registros administrativos.** In: MINAYO-GOMEZ, C.; MACHADO, J.M.H.; PENA, P.G.L. Saúde do Trabalhador na sociedade brasileira contemporânea. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p.227-244.

ZACK B.T.; ROSS C.; GOUVÊA, L.A.V.N.; de TONINI, N.S. Acidente de trabalho grave: perfil epidemiológico em um município do oeste do Paraná. **Saúde e Debate**, v. 44, n. 127, p. 1036-1052, out./dez. 2020.



SEÇÃO III

**ATENÇÃO À SAÚDE
NA GESTAÇÃO**

CAPÍTULO 10

PRÁTICAS ALIMENTARES NA GRAVIDEZ: PERCEPÇÕES DAS GESTANTES ATENDIDAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE APUCARANA, PARANÁ, BRASIL

Aline Aparecida Lima e Daniel Dall'Igna Ecker

Introdução

A inserção da assistência nutricional ao pré-natal, baseado no *Guia alimentar para a população brasileira* (Brasil, 2014), se tornou uma grande aliada à produção de saúde gestantes no Brasil (Moreira *et al.*, 2019). Contribuindo para a desmistificação das práticas alimentares, e ressignificação das percepções construídas pela forma de se alimentar da família e seus antepassados, a assistência nutricional qualifica a alimentação cotidiana durante os nove meses mais surpreendentes e peculiares do corpo humano: a gestação. Nesse sentido, o trabalho de nutricionistas na assistência nutricional vem sendo a mola propulsora do equilíbrio fisiológico, mediante a modulação nutricional e a programação metabólica no período gestacional (Soares, 2012).

As necessidades nutricionais e energéticas da gestante são aumentadas neste período anabólico, decorrentes do crescimento e manutenção do feto e placenta, formação de novos tecidos maternos, armazenamento de gordura pela mãe e feto, maior carga de trabalho metabólico e do metabolismo basal, aumento do peso corporal (Salgado, 2013). O que cada gestante escolhe como alimento, pode ter um grande impacto na saúde no que se refere à geração de outro ser humano, sendo que esta “escolha” depende de determinantes sociais, como renda, classe, raça/cor e outros analisadores das desigualdades sociais, para que se promova o Direito Humano à alimentação adequada (Jomori; Proença; Calvo, 2008). Restrições dietéticas e deficiências nutricionais afetam negativamente os processos fisiológicos e bioquímicos, resultando em interrupção da gravidez (Mahan *et al.*, 2012).

A alimentação é um Direito Social previsto na Constituição Federal brasileira de 1988 e o exercício desse direito está relacionado com a produção de saúde mental e subjetividades (Ecker, 2020). Referente aos aspectos subjetivos do comportamento alimentar, incluem-se sentimentos, emoções e percepções singulares que se relacionam de forma ampla e complexa, sendo os determinantes da escolha alimentar, no exercício do Direito Social à alimentação, envoltos por motivações internas, fatos sociais e regras coletivas, exteriores ao indivíduo (Klotz-Silva; Prado; Seixas,

2016). No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), o Direito Social à alimentação se consolida, também, pela Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN), com o monitoramento do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) (Rigon; Schmidt; Bógus, 2016). No amplo espectro de intervenções relacionadas ao Direito Social à alimentação, a gestação é identificada como uma fase da mulher de grande oportunidade para elaboração de ações em saúde, envolvendo alimentos, práticas alimentares saudáveis e orientações nutricionais para promoção da saúde materna, pois proporcionam maior desenvolvimento fetal intrauterino, suprimindo as necessidades nutricionais da gestante e do concepto (Reticena; Mendonça, 2012).

Surgem sucessivas transformações no corpo e na vida da gestante até o nascimento do recém-nascido. Inicia-se o período significativo de transições e emoções (Souza *et al.*, 2011). Os principais eventos do primeiro trimestre envolvem organogênese e danos sutis durante esse período gestacional que marcam o desenvolvimento do coração, cérebro, sistema nervoso central e rins (Mahan *et al.*, 2012). Desse modo, a/o nutricionista no pré-natal necessita estar sintonizado com a história clínica, hábitos alimentares e estilo de vida da mulher, a fim de monitorar, cuidadosamente, o efeito do estado nutricional sobre o êxito da gestação. Segundo Baião e Deslandes (2010) e Neto *et al.* (2013), a gestante é submetida a restrições alimentares, regras e crenças devido à presença da cultura alimentar (CA), que influenciam diretamente nas suas práticas alimentares. Importante destacar que os autores não consideram a CA uma barreira, como algo negativo, agente causador de hábitos prejudiciais, que “limitaria” ou “submeteria” a mulher gestante a “autoagressões” pela prática da alimentação. O que os autores destacam seria que a alimentação está envolta de alguns tabus, mitos, crenças, entre outras narrativas, que podem comprometer, ao invés de promover, a saúde da mãe e do bebê no período gestacional. Em contraponto, Mahan *et al.* (2012) ressaltam que a nutrição intrauterina, mesmo com a influência da cultura alimentar, seria imprescindível para proteção de defeitos congênitos e atraso no desenvolvimento fetal.

Nesse contexto de perspectivas teóricas sobre a alimentação, no período da gestação, o presente artigo compartilha resultados de um estudo que teve como objetivo analisar as percepções alimentares das gestantes entre o 1º e 2º trimestre gestacional, acompanhadas no pré-natal, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Apucarana, Paraná, Brasil. No estudo que subsidiou este artigo, interessou identificar as percepções, significados, sentidos e subjetividades, atribuídos às práticas alimentares no período gestacional, e à assistência nutricional, de modo integrativo no pré-natal. Objetivou-se compreender quais os aspectos subjetivos internalizados, acerca da necessidade de ações educativas em alimentação e nutrição, no período da gestação.

Metodologia

O estudo que subsidia o presente artigo adotou a pesquisa qualitativa, do tipo exploratório, com análise de conteúdo, priorizando o entendimento dos significados e subjetividades das práticas alimentares cotidianas das gestantes. Participaram do estudo 08 (oito) gestantes adultas, de qualquer etnia e nível socioeconômico, iniciando o pré-natal entre o primeiro e segundo trimestre gestacional, em uma Unidade Básica de Saúde de Apucarana, Paraná, Brasil. O contato inicial ocorreu por abordagem às gestantes na sala de espera da Unidade de Saúde, captação através da equipe de enfermagem, e mediante visita domiciliar. Durante o contato verbal, as participantes foram instruídas sobre a ideia central do estudo, o objetivo e procedimentos para participação na pesquisa. Todas as participantes concordaram com o protocolo de pesquisa proposto, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, sendo o estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Estudos Superiores de Apucarana (CEP/FAP).

O período de coleta de dados foi realizado entre os meses de março a junho de 2017. Aplicou-se uma entrevista semiestruturada, pela nutricionista do serviço, organizada em seis perguntas norteadoras, que foram gravadas e transcritas na íntegra. A fim de garantir sigilo minucioso das informações e anonimato das participantes, foram codificadas pelo codinome GEST, acrescidos do número arábico. Adotaram-se os seguintes critérios de inclusão: gestantes

adultas, na faixa etária dos 18 a 35 anos, de qualquer etnia e grupo socioeconômico, em acompanhamento pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde do município de Apucarana, Paraná, Brasil; mulheres iniciando o pré-natal entre o primeiro e segundo trimestre gestacional, a fim de que não houvesse intercorrências na coleta de dados no momento do parto; gestantes de baixo risco; primíparas e múltiparas; mulheres não etilistas; não tabagistas; ausência do uso de medicamentos controlados; e que concordassem e assinassem o termo de consentimento livre e esclarecido. Foram excluídas da pesquisa, por sua vez, gestantes adolescentes, mulheres iniciando o terceiro trimestre gestacional, puérperas com presença de patologias que alterem o consumo alimentar habitual, mulheres tabagistas, etilistas, gestantes de alto risco, mulheres em tratamento medicamentoso controlado, gravidez gemelar, portadoras de deficiência cognitiva e mulheres que não concordassem e/ou não assinassem o termo de consentimento livre e esclarecido.

No que se refere à avaliação da saturação teórica, essa ocorreu mediante processo contínuo e analítico, desde o início da coleta dos dados. Segundo Fontanella *et al.* (2011), o fechamento amostral se dá por saturação teórica, baseada na amostra não probabilística, ou seja, por amostras intencionais. Para análise dos dados, Bardin (1977) relata que, na fase de interpretação dos dados, a/o pesquisadora/o precisa retornar ao referencial teórico, procurando embasamento das análises, dando sentido à interpretação. Observou-se a apresentação dos discursos, seus elementos comuns, elementos distintos e redundância das informações obtidas das participantes. A partir desses elementos discursivos, foi feito um agrupamento dos relatos a partir da semelhança de sentidos, em quatro sessões: 1) Cultura alimentar e crenças; 2) Preferências, restrições e aversões alimentares: quais as mudanças?; 3) Práticas alimentares pré-gestacional e na gravidez; 4) Acompanhamento nutricional: a percepção das gestantes. A partir desse agrupamento, com intuito didático de análise dos dados, Sendo assim, as interpretações pautadas e a análise de roteiros buscam o que se esconde por trás dos significados das palavras para apresentarem, em profundidade, o discurso dos enunciados (Manzini, 2014).

Resultados

No processo de análise de conteúdo dos discursos das participantes, foram norteados 04 (quatro) eixos temáticos, os quais delinearão as percepções acerca da cultura alimentar e crenças, das preferências, restrições e aversões alimentares, das práticas alimentares pré-gestacional e na gravidez, bem como as percepções sobre o acompanhamento nutricional no pré-natal.

Cultura alimentar e crenças

Nesta temática, percebeu-se que a maioria das gestantes trazia consigo elementos, significados peculiares de alguma crença e/ou cultura alimentar, advindo de amigos, e principalmente, pela matriarca da família:

Toda hora pegam no meu pé... tão falando pra mim evitar coca, evitar coisa com ácido, né... limão, essas coisas, porque dizem que dá cólica. Falam mais sobre a coca (GEST4).

O fígado da galinha que não pode, porque dá mancha no rosto... eu acho que é o fígado da galinha mesmo, que não pode comer porque dá mancha na pele, né... dizem que não pode... a pimenta mesmo, não pode porque o bebê nasce chorando (GEST1).

A alimentação afeta o desenvolvimento humano (Ecker, 2017), sendo observável o quanto os costumes alimentares, baseado em regras sociais e na cultura alimentar da família, podem operar de forma coercitiva, influenciando significativamente na prática da alimentação (Piassetzki; Boff, 2018). A gestante, durante todo o seu período gestacional, tem na cultura alimentar sentidos que produzem significados e percepções singulares ao seu modo de se alimentar. No contexto do relato extraído, esses sentidos também simbolizam um ato de respeito que interferem, direta ou indiretamente, na sua livre capacidade de escolha. Há um certo receio, por parte das gestantes, que algo de “ruim” aconteça com ela e com o bebê, caso “desrespeite” a cultura matriarcal e familiar. Diante de outros discursos, há famílias que não se envolvem totalmente nas práticas alimentares das gestantes. As falas revelaram, porém, que a família

e pessoas próximas fazem algumas sugestões sobre determinados alimentos, mediante a cultura alimentar e crenças familiares envolvidas, e fazem questionamentos acerca da alimentação:

Não... não se envolvem muito... agora por eu tar grávida, eles oferecem, às vezes, bastante coisa, daí todo mundo quer papparicar, e tal... tem crenças de família pelo limão... eu tava muito assim, pelo limão, por causa dos enjoos, daí eu colocava muito na salada, e aí falavam que não pode, porque dá cólica no neném... pra mim é mais pelo limão, porque foi uma coisa que procurei muito, por causa dos enjoos, sabe... aí eles ficavam me amedrontando... eu fiquei mais assustada pelo limão mesmo (GEST6).

Família e amigos questionam muito, né... tipo assim, tem algumas coisas que eles falam que não pode comer, acho pouquinho bobera, mas... eu acho que é um pouco crença... falaram que não pode comer frituras, abacaxi, que não pode coxinha, que não pode isso ou aquilo, aí... não pode ficar comendo muita coisa com limão, que o neném vai nascer com assadura, o leite por causa da cólica (GEST3).

Segundo Baião e Deslandes (2010), a cultura alimentar se faz presente, frequentemente, a partir de crenças, prescrições e interdições. Nesse contexto, Junges e Monticelli (2014) afirmam que os conhecimentos populares relacionados às práticas alimentares das gestantes assumem o protagonismo nos cuidados realizados no âmbito familiar, visando à proteção da saúde da mulher e do bebê. No estudo de Souza *et al.* (2011), foi observado que a interação da gestante com a família se torna imprescindível, pois a família faz parte do contexto cultural das gestantes, sendo a família a primeira unidade de cuidado, principalmente na chegada de um novo membro familiar.

Preferências, restrições e aversões alimentares: quais as mudanças?

Em relação às mudanças no comportamento alimentar, restrições e aversões alimentares, as gestantes, em sua totalidade, referiram o aumento expressivo da fome, significando algo “sobrenatural” e, por sua vez, algumas restrições alimentares foram realizadas devido às náuseas intensas:

A gente sente muita fome... fome que vem assim do nada... teve algumas coisas no começo que teve que tirar, por causa do enjoo, né... feijão, frango, depende da gestação de cada mulher, né (GEST1).

Teve bastante mudanças... Sinto gosto amargo do arroz, e ainda mais feijão temperado com alho (GEST4).

A maioria das gestantes relatou aversão alimentar pelo feijão e carnes. Observou-se que, houveram mudanças na alimentação (Gomes *et al.*, 2019), principalmente no 1º trimestre, logo na fase inicial da gestação, advindos dos sintomas clássicos da gravidez:

Muita mudança... eu comia super bem, arroz, feijão, carne... hoje em dia, eu tô menos na parte da carne, eu não como muita carne, evito também muito porque, eu não sei se é por causa da gravidez, né... tem a fase que a gente vomita, né... aí passou essa fase, e agora eu tô comendo bem né... como super bem arroz, feijão... salada eu como bastante... antes eu comia de tudo... agora tô pensando mais no bebê com certeza (GEST2).

Teve mudança, bastante no começo, por causa dos enjoos, aí foi muita salada, muita fruta, danoninho... não sei se faz bem, mas eu comi bastante também, e agora, eu tô mais em comida, assim, pro lado do sal... eu não tô conseguindo comer muita coisa doce, então tô mais assim, arroz, feijão, verdura, né... uma carne ou alguma coisa assim, é o que eu tô comendo mais agora, né (GEST6).

Não comer de tudo... eu acho que de fato mesmo pela gravidez... ter nojo das coisas, né... melancia, feijão, e carne (GEST3).

Teve mudanças... eu acabei fazendo a reeducação alimentar, está sendo saudável pra mim e pro bebê (GEST5).

Entretanto, observou-se nos discursos, que algumas gestantes não modificaram seu padrão alimentar no período gestacional (Moreira *et al.*, 2019), pois estavam em situações de restrição alimentar antes da gravidez, e outras gestantes por nenhuma condição clínica evidente:

Não teve mudanças, porque eu já tava fazendo tratamento do estômago, daí, continuei a minha alimentação de antes (GEST7).

Por enquanto não retirei nenhum alimento... nada de enjoos (GEST8).

A compreensão dos sentidos e significados atribuídos pelas gestantes aos alimentos é necessária para que o diálogo ocorra entre os diferentes saberes, contribuindo para a promoção de práticas alimentares saudáveis condizentes com o seu cotidiano, bem como suas demandas objetivas e subjetivas (Baião; Deslandes, 2010).

Práticas alimentares pré-gestacional e na gravidez

Quanto à percepção da alimentação na gravidez:

Fundamental para o crescimento e desenvolvimento do feto, do bebê, e acaba sendo uma reeducação alimentar (GEST5).

Super bem né... depois o que a gente come vai pro nenê, né... agora a gente sabe, né... eu acho assim, que é sempre bom né, comer fruta, muita verdura, legume né... carne... eu como sempre o que faz bem pro neném, né... pensando mais no neném do que ne mim, desde o início... a gente tem que comer porque a gente sente muita fome, então, acaba pensando mais no neném (GEST1).

Importante tanto pra mãe quanto pro bebê, acho que se a gente tiver uma alimentação legal, saudável, com certeza ele vai nascer mais saudável e mais nutrido, mas depende muito do que a mãe come pro bebê ter uma saúde melhor,

depois que ele nasce (GEST6).

Agora sim estou vendo que estou tendo alimentos saudáveis, em horários diversificados e corretos... agora tô seguindo direitinho... todo dia uma frutinha ou um suco natural (GEST3).

Agora eu tenho que comer mais certinho, porque eu não comia, sabe... almoçava, aí depois só jantava, não comia de três em três horas... agora, tô comendo, né... agora comecei a comer melhor (GEST8).

Sempre como verdura, fruta, comendo coisas mais saudáveis, evitando frituras, lanches... não tô comendo toda hora, porque não sinto muita fome, mas tento comer de três em três horas, porque sei que o neném precisa (GEST4).

Eu me alimento certinho, não tenho uma alimentação muito regrada, mas me alimento certinho... Eu acho que está sustentando eu e o bebê, tá sendo suficiente pra mim e pro bebê (GEST7).

Algumas têm a percepção de que a alimentação é para saciar a fome:

A gente come demais, acaba ficando gorda, né... então, a gente tem que comer... fazer o que né, tem que comer... sentimento de fome mesmo, saciando minha fome (GEST1).

Na discursiva, a gestante tem uma percepção acerca da fome que “tem que comer” para saciar, não importando as boas escolhas alimentares. Percebe-se que há uma compreensão específica acerca da alimentação como controle da saciedade, sem observar quão é significativa à saúde a presença de nutrientes naquele alimento que será consumido. Percebe-se que falta ainda a visão holística quanto à qualidade do alimento, e não somente à quantidade. Quando restringimos a alimentação à saciedade, revelamos uma visão reducionista diante da complexidade do comportamento alimentar. Cabe aqui destacar o cuidado que temos que ter no manejo técnico da percepção da gestante citada, para que não ocorra um discurso gordofóbico nas ações e palavras dos profissionais da saúde, estabelecendo

relações equivocadas entre ganho de peso e manejo da fome e da saciedade (Conselho Federal de Nutricionistas, 2020). Evidente que seja compreensível que o período da gestação contribua para preocupações, cobranças externas ou consigo própria, julgamentos e demais juízos morais e de valoração em relação ao corpo da mulher. Uma das formas frequentes de se observar isso é também no juízo moral e de valoração em relação às práticas alimentares.

Neste sentido se faz necessária a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Não tendo o suporte da/o nutricionista no momento do pré-natal, a equipe de saúde e/ou a enfermeira, durante a consulta do pré-natal, deve realizar as orientações nutricionais básicas pertinentes, acerca das práticas alimentares saudáveis, desmistificando que, o ato de comer é somente para saciar a fome. Baião e Deslandes (2010) e Palombarini *et al.* (2014), concluíram em seus estudos que a abordagem e o entendimento sobre as práticas alimentares necessitam do trabalho multiprofissional, e da aproximação com as ciências sociais e humanas.

A equipe de saúde deve ressaltar às gestantes, em qualquer fase gestacional, de que as escolhas alimentares balanceadas promovem o adequado ganho de peso da gestante ao longo do período gestacional, reduz os fatores de riscos para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e favorece o desenvolvimento e ganho de peso adequado do feto, além, de evitar complicações no momento do parto e pós-parto. Entretanto, as práticas alimentares saudáveis têm outro significado para algumas gestantes, em decorrência de vivências passadas de gravidez de alto risco, os quais atribuem a desordem alimentar durante a gestação, como um dos fatores preponderantes no baixo peso de recém-nascidos:

Quero vê se faço tudo certinho, pro bebê poder engordar, porque na outra gravidez que eu tive, o meu filho nasceu com baixo peso, bem abaixo do peso... pra não acontecer igual na primeira gravidez. Eu não tinha o hábito de tomar café da manhã, agora tô tendo hábito de tomar café da manhã... antes era raro almoçar, eu comia mais bobeira, agora, almoço, não muito, mas o tanto que não cai a pressão (GEST4).

Um fato instigante, observado nos discursos, são as expectativas e sentimentos, advindos da consciência alimentar na gravidez, mediante bons hábitos alimentares diários, remetendo-se ao sentimento de renúncia à padrões alimentares inadequados, anteriormente realizados no período pré-gestacional, sendo substituídos gradativamente por uma alimentação nutritiva, visando ao desenvolvimento adequado e crescimento saudável do bebê, evitando assim, a prematuridade e o baixo peso ao nascer.

Eu tento fazer o melhor né... comer bem... eu me sinto bem cuidando da alimentação, a gente se sente bem, e eu sei que, né, que o neném vai tá se sentindo melhor ainda né... quando faz boas escolhas, se sente bem, feliz (GEST2).

Penso mais na alimentação agora, né... naquelas coisas gordurosas não posso, por causa do neném, comer mais coisas saudáveis... tem dia que tô mais ansiosa, eu sou muito ansiosa... teve uns tempos pra trás que eu tava estressada, eu sou ansiosa mesmo (GEST8).

Baião e Deslandes (2010) e Zuccolotto (2013) ressaltam que o consumo de alimentos e os modos de se alimentar podem ser influenciados por questões fisiológicas e emocionais, pela cultura e situação socioeconômica, em todos os ciclos de vida, principalmente na gravidez. No estudo de Junges e Monticelli (2014) foi identificada a adaptação materna às demandas nutricionais, destacando-se a introdução de novos horários para as refeições e acréscimo na quantidade de alimentos ingeridos.

Acompanhamento nutricional: a percepção das gestantes

Nessa temática, procurou-se investigar as perspectivas das gestantes sobre o acompanhamento nutricional no pré-natal. No decorrer da entrevista, percebe-se que as gestantes gostariam de ter esse acompanhamento contínuo ao longo da gestação, se possível, pela enfermeira, na consulta pré-natal na Unidade Básica de Saúde e/ou em primeira instância, suporte nutricional específico pelo nutricionista:

Ótimo... ajuda bastante no desenvolvimento e acompanhamento, né... acompanhamento desde o início até o final da gestação, mais de perto, com todos os profissionais, mais principalmente, com a nutricionista, que é específico, né... pra fazer esse acompanhamento mais de perto, né (GEST5).

Acompanhamento nutricional, bom... acho muito bom... porque ajuda também, né... bastante... podia ser um acompanhamento com o nutricionista do início até o final, porque tem mulher que não sabe o que come, né... assim direito, pra comer o alimento certo, né...mas eu gostaria, se tivesse sim seria interessante com certeza... sentiria muito mais cuidada... já ia ser uma ajuda a mais, né... ia ajudar bastante (GEST2).

Ah! Eu acho bom, porque eu mesma não tive acompanhamento, né... eu tive pressão alta, eu tive o meu filho com trinta e seis semanas... Eu acho que é importante, porque às vezes se sabe se tá obesa, vai ajudando você, vai orientando o que comer e como começar (GEST8).

Eu acho super importante, né... porque sozinha a gente não vai saber o que pode tá comendo, o que vai ser melhor pro bebê, então, eu acho bem importante pela saúde dele, né... porque acho que vai muito do que a gente come, né... pra ele ficar bem ou não. Da primeira filha, eu não tinha consciência disso, mas agora, daí já tô mais madura, daí consegue, né (GEST6).

Ah! É importante, né... importante sim, às vezes falta algo na alimentação, né... uma vitamina ou alguma coisa, vai tá sendo importante, pra tá suprindo, né (GEST7).

Entretanto, o discurso de uma das gestantes revelou claramente o desconhecimento do trabalho de nutricionistas nos cuidados alimentares das gestantes nas Unidades de Saúde. Além de que, percebeu-se em sua fala sentimentos de dúvidas, carregada de incertezas, acerca do seu estado nutricional atual:

Eu acho que seria bom, seria ótimo... eu ia achar interessante, né... porque até então, eu não sabia que tinha, assim, pra gestante, né... mas eu acho que ia ser um bom acompanhamento, porque até pelo fato de tipo, não ter muito peso, né, tipo, só o neném, né... eu queria vê se não conseguia ganhar um pouco de peso, mais às vezes, é o fato da alimentação (GEST3).

A preocupação com o estado nutricional é observada nas falas das gestantes, mediante a observação realizada acerca do discurso sobre a orientação nutricional no pré-natal. As falas revelaram sentimento de impotência diante do desconhecimento sobre o ganho de peso saudável ao longo da gestação. O profissional de saúde, no momento do pré-natal, frequentemente não orienta a gestante em relação ao ganho de peso adequado até o terceiro trimestre e sobre o estado nutricional pré-gestacional e gestacional. Nota-se uma fragilidade na condução inicial no atendimento à gestante, cujo estado nutricional em que ela se encontra é de extrema importância para um bom prognóstico nutricional neste período, devendo ser monitorado desde o 1º até o 3º trimestre gestacional, a fim de minimizar as intercorrências fetais e maternas durante a gravidez, bem como no parto e pós parto. Diante desse contexto, um dos discursos revelou sentimentos de contentamento e harmonia sobre a assistência nutricional vindoura, a ser realizada pela nutricionista nas Unidades de Saúde:

Tem que ser feito pelo nutricionista, né... que a gente precisa, né... seria muito interessante... na hora que falaram que eu ia falar com a nutricionista, nossa né... que interessante, não é todo lugar que tem, né... pra poder tá oferecendo pra gente (GEST3).

Junges e Monticelli (2014) evidenciaram nas falas das gestantes em seus estudos que o acompanhamento do peso materno e do comportamento alimentar, bem como o crescimento fetal são imprescindíveis na atenção ao pré-natal. Além do mais, verificou-se no estudo de Souza *et al.* (2011) que uma das preocupações colocadas pelas gestantes são as modificações corporais e preocupação com a retomada ao corpo anterior à gravidez. Por fim, verificou-se,

através dos dados de pesquisa, a necessidade de avanços sobre intervenções que eduquem a população para pensar a alimentação como um dos aspectos da compreensão biopsicossocial de saúde (ECKER, 2021), em que a qualidade dos alimentos ingeridos terá impacto na promoção da qualidade de vida, tanto no âmbito biológico, quanto psicológico e social.

Conclusões

Diante do que foi exposto, tornou-se evidente que as práticas alimentares das gestantes possuem diversos significados, sentidos e subjetividades, difundidos através da mistificação, cultura familiar, saberes populares e conhecimentos empíricos da alimentação, na fase de gestação, período de transformações no corpo da pessoa grávida. Concomitantemente, analisou-se que as gestantes reconhecem a importância de adquirir hábitos alimentares saudáveis, principalmente, no período gestacional. Também se percebeu uma discreta percepção acerca das práticas alimentares voltadas à programação metabólica fetal.

Dessa forma, ressalta-se a importância de considerar a cultura alimentar e a percepção subjetiva das gestantes, especialmente, entre o 1º e 2º trimestre gestacional, a respeito do padrão alimentar diário e sua influência no crescimento e desenvolvimento fetal, surgimento de distúrbios metabólicos gestacionais, prematuridade, muito baixo peso ao nascer, e complicações pós-parto, adotando-se ações educativas em alimentação no pré-natal. Destacamos a importância de compreender, de forma humanizada, a intensidade de transformações (biológicas, psicológicas e sociais) e o modo que elas impactam nas escolhas alimentares, na percepção, manejo de fome e saciedade, no comprometimento e/ou contribuição para uma ingesta alimentar exagerada, interferindo nos significados de fome e de saciedade das gestantes. Retomando a epígrafe do início deste trabalho, o percurso de análise dos relatos das gestantes nos faz compreender que a alimentação na gestação sofre influência das percepções individuais de quem se alimenta. Parafraseando Boff (2001), “cada percepção sobre um alimento é o alimento visto de um ponto específico”.

Diante desses aspectos, de fato também há de se considerar, nos estudos da alimentação de gestantes, manejos a partir da dimensão biológica como, por exemplo, o uso de estratégias alimentares que incluam a combinação de alimentos e preparações que possibilitem maior saciedade e permaneçam por mais tempo no trânsito do trato gastrointestinal. Sendo assim, almeja-se que o estudo publicizado neste artigo, incentive olhares holísticos às práticas alimentares na gravidez, considerando a integralidade do cuidado na assistência nutricional ao pré-natal. Entende-se que se pode explorar a Educação Alimentar e Nutricional (EAN) com técnica específica para alguns perfis de pessoas, que pode ser uma ação essencial para promover uma educação em saúde mais assertiva. Por fim, deseja-se que estes saberes possam ser integrados as práticas das equipes multiprofissionais, na inserção da linha de cuidado às gestantes, no âmbito da saúde coletiva.

Referências

BAIÃO, M. R.; DESLANDES, S. F. Práticas alimentares na gravidez: um estudo com gestantes e puérperas de um complexo de favelas do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.2, p. 3199-3206, set./out. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000800025> Acesso em: 07 jul. 2023.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BOFF, L. **Saber Cuidar. Ética do humano - compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf Acesso em: 07 jul. 2023.

Conselho Federal de Nutricionistas - CFN. **NOTA: LIVE “NUTRIÇÃO E CIDADANIA: RESPEITO E ACOLHIMENTO”: um convite à reflexão sobre o movimento contra a gordofobia e o fenômeno da obesidade**. Brasília: DF, 2020. Disponível em: <https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2020/10/NOTA-GORDOFOBIA.pdf> Acesso em: 07 jul. 2023.

ECKER, D. D. Crianças em situação de rua: malabares da exclusão. **Ciencias Psicológicas**, 11(2),139-148, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4595/459553539003/html/> Acesso em: 07 jul. 2023. <https://doi.org/10.22235/cp.v11i2.1483>.

ECKER, D. D. **O exercício de Direitos Sociais nos processos subjetivos e terapêuticos: políticas públicas, saúde mental e atenção psicossocial**. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, UFRGS, 2020. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/213918> Acesso em: 07 jul. 2023.

ECKER, D. D.; PALOMBINI, A. de L. Acompanhamento

Terapêutico e Direitos Sociais: Territórios existenciais e sujeito biopsico-político-social. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, vol. 33, n. 2, p. 357 – 378, mai-ago/2021. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pc/v33n2/09.pdf> Acesso em: 07 jul. 2023. <http://dx.doi.org/10.33208/PC1980-5438v0033n02A08>.

FONTANELLA, B. J. B. *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, v.27, n.2, p.389-394, fev. 2011.

GOMES, C. B. *et al.* Hábitos alimentares das gestantes brasileiras: revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, 2019, v. 24, n. 6, pp. 2293-2306. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.14702017> Acesso em: 07 jul. 2023.

JOMORI, M. M.; PROENÇA, R. P. da C.; CALVO, M. C. M. Determinantes de escolha alimentar. **Revista de Nutrição**, v. 21, n. 1, p. 63-73, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/kgXSTmYNgrjFQjCY9HWGPgv/#ModalHowcitehttps://doi.org/10.1590/S1415-52732008000100007>. Acesso em: 07 jul. 2023.

JUNGES, C. F.; RESSEL, L. B.; MONTICELLI, M. Entre desejos e possibilidades: práticas alimentares de gestantes em uma comunidade urbana no sul do Brasil. **Texto Contexto Enferm.** v.23, n.2, p. 382-390, abr./jun. 2014.

KLOTZ-SILVA, J.; PRADO, S. D.; SEIXAS, C. M. Comportamento alimentar no campo da Alimentação e Nutrição: do que estamos falando? **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, p. 1103-1123, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/x5WJmK7CFRGXq4SgKLYRSry/#> <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000400003>. Acesso em: 07 jul. 2023.

MAHAN, L. K. *et al.* **Alimentos, nutrição e dietoterapia**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

MANZINI, E. J. **Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros**. Departamento de Educação Especial do Programa de Pós-graduação em Educação. Unesp. Marília, 2014.

MARTINELLI, S. S.; CAVALLI, S. B. Alimentação saudável e sustentável: uma revisão narrativa sobre desafios e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2019, v. 24, n. 11, pp. 4251-4262. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.30572017>> Acesso em: 07 jul. 2023.

MOREIRA, L. N. *et al.* “Quando tem como comer, a gente come”: fontes de informações sobre alimentação na gestação e as escolhas alimentares. **Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]**, 2019, v. 28, n. 03.

NETO, V. L. de S.; TRIGUEIRO, J. V. S.; TORQUATO, I. M. B. As práticas alimentares no período gestacional: uma revisão integrativa. **Rev. Univ. Val. Rio Verde**, v.10, n.1, p. 315-325, jan./jul. 2013.

PALOMBARINI, A. F. *et al.* Práticas alimentares de gestantes acompanhadas em unidade de saúde da família: estudo exploratório. **Online Braz. Journal Nurs.**, v.13, n.2, p. 186-197, 2014.

PIASETZKI, C. T. R.; BOFF, E. T. O. Educação alimentar e nutricional e a formação de hábitos alimentares na infância. **Revista Contexto & Educação**, ano 33 • nº 106 • Set./Dez. 2018.

RETICENA, K. O.; MENDONÇA, F. de F. Perfil alimentar de gestantes atendidas em um hospital da região noroeste do Paraná. **Cient. Ciênc. Biol. Saúde**, v.14, n.2, p. 99-104, mai./out. 2012. Disponível em: <<https://journalhealthscience.pgskroton.com.br/article/view/1004>> Acesso em: 07 jul. 2023.

RIGON, S. A.; SCHMIDT, S. T.; BÓGUS, C. M. Desafios da nutrição no Sistema Único de Saúde para construção da interface entre a saúde e a segurança alimentar e nutricional. **Cadernos de Saúde Pública**, 32(3), e00164514, 2016. <<https://doi.org/10.1590/1678-4499.164514>>

org/10.1590/0102-311X00164514> Acesso em: 07 jul. 2023.

SALGADO, L. **Nutrição funcional nos ciclos da vida**. São Paulo, 2013.

SOARES, N. Nutrição pré-natal: a importância da modulação nutricional na programação metabólica e eventos epigenéticos. **Rev. Bras. Nutr. Funcional**, v.52, n.12, p. 31-37. 2012.

SOUZA, V. B.; ROECKER, S.; MARCON, S. S. Ações educativas durante a assistência ao pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. **Rev. Eletr. Enf.**, v.13, n.2, p. 199-210, abr./jun. 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.5216/ree.v13i2.10162>> Acesso em: 07 jul. 2023.

ZUCCOLOTTO, D. C. C. **A relação entre a percepção do ambiente alimentar e o consumo de frutas e hortaliças em gestantes**. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2013. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-26082013-102712/publico/DanielaZuccolotto.pdf>> Acesso em: 07 jul. 2023.

CAPÍTULO 11

**PERCEIVED FOOD ENVIRONMENT
AND FOOD INSECURITY IN
PREGNANT WOMEN**

**Aline Daniela da Cruz e Silva, Gabriela Franco, Renata Cordeiro
Fernandes, Doroteia Aparecida Höfelmann**

Introduction

Food is considered a complex human activity that, in life cycles such as pregnancy, is linked to an increase in the physiological needs of given nutrients. Inadequate nutrition at this stage can alter gene expression, increase the risk of perinatal complications, and increase the risk of obesity and metabolic syndrome in childhood and adulthood (Ferraz *et al.*, 2018).

Nutritional deficiencies can cause adverse outcomes for both women and for fetus, including growth deficits, low birth weight and other comorbidities (Ferraz *et al.*, 2018). On the other hand, excesses also cause relevant problems: pregnant women who have poor eating habits and greater access to food that is rich in fats and sugars are more susceptible to developing obesity. Thus, the gestational period is considered critical in relation to the demand for food consumption in adequate variety and quantity, considering the socioeconomic and cultural perspectives (Simmons *et al.*, 2022)

Access to a proper diet also concerns the environment in which pregnant women are inserted, including socioeconomic conditions, violence, availability of quality food in their surrounding neighborhood and socio-cultural aspects. Socioeconomic inequality can lead to food insecurity (Graham; Uesugi; Olson, 2016). The food insecurity consists of food restrictions due to the absence of food or fears about its availability, or even a reduction in its quality, which can lead to the experience of hunger at given moments for one or more members of a family (Brasil, 2014).

The food environment, which includes, the supply of food in a community, is related to food consumption. Environments with greater availability of healthy foods, such as fruits and vegetables (FV), for example, can affect the improvement in the consumption of these foods by the community (Lopes; De Menezes; De Araújo, 2017; Costa; Oliveira; Lopes, 2015). However, foods that are considered nutritionally healthy are not always accessible. A survey carried out with pregnant women from the United States of America revealed that the greater the distance between the places that distribute *fresh* food, such as supermarkets and warehouses, and their

homes, the greater the likelihood of these pregnant women acquiring industrialized and nutritionally deficient foods (Flint; Cummins; Matthews, 2013). A study carried out in São Paulo observed the trade of FV and ultra-processed foods and found that FV were more likely to be found in middle and higher-income neighborhoods, while industrialized products were found more easily and with lower prices in lower income neighborhoods (Duran *et al.*, 2015).

The perception of the food environment is one of the factors that interferes with food consumption, and it may differ according to the characteristics of the individual and the context in which they are inserted, such as: whether there is a person in the family who is responsible for cooking and caring for the others; and the proximity of fresh food shops (Kumanyika, 2013). There are few studies that seek to assess the dietary environment of pregnant women, particularly in relation to the perception of conditions of access and food quality (Doyle *et al.*, 2017; O'brien *et al.*, 2017). In this sense, this study aims to analyze the perception of the food environment from the perspective of pregnant women undergoing prenatal care in Health Units of the Unified Health System in Colombo, PR, and to identify associations with socioeconomic, demographic and food insecurity characteristics.

Methods

Cross-sectional study part of the research: “Study of the Living and Health Conditions of Pregnant and Postpartum Women”. For this survey, pregnant women undergoing prenatal care in all 26 health units of the Unified Health System in the city of Colombo (PR) were selected.

Colombo is a municipality located in the metropolitan region of Curitiba/PR, considered a commuter city, presenting worse socioeconomic indicators when compared to the state capital. The Urban Development Index is 0.733, ranking 73 in the state for the year 2010, while in Curitiba said index amounts to 0.823 (Ipardes, 2023). The municipality of Colombo is in the metropolitan region of the capital city of the state of Paraná and was separated from the capital on February 5, 1890. It has a territorial area of 197.805Km²,

with 95.1% of households in an urban area and 85.0% of households having four or less residents in the household. In 2018, the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) estimated its population at 240,840 inhabitants (Ipardes, 2023).

Based on the number of SisPrenatal (Monitoring System for the Humanization Program for Prenatal and Birth) 2016 (N = 3,807) sample calculations were estimated, considering a 50% prevalence of the outcome, margin of error of 4 percentage points, and a 95% confidence level, with a total of 520 pregnant women to be evaluated. Adding the percentage of 30% for losses and refusals in longitudinal studies resulted in 676 pregnant women to be invited to participate in the study. During the consolidation of the fieldwork, incomplete questionnaires were observed for some variables, and in order to increase the power of the study, an additional 59 (11.3%) pregnant women were selected to participate in the study (N = 735). The estimates were made using the OpenEpi application.

As inclusion criteria, pregnant women who underwent prenatal care under the SUS and were residents of Colombo, Paraná, were considered eligible to participate in the study. All pregnant women were verbally invited while waiting for their routine prenatal consultation. The distribution occurred in proportion to the number of pregnant women who were bound and undergoing prenatal care of low, medium, and high risk in the 26 Health Units in the municipality.

The survey questionnaire addressed demographic characteristics: age group (up to 19 years of age, 20-29, 30 or more) and socioeconomic conditions: education (0-7 years, 8-10 years, 11 or more) and per capita household income (1st tertile: BRL 0 - 475.0, 2nd tertile: BRL 476.0 - 750.0 and 3rd tertile BRL 751.0 - 3,000.0), as well as food insecurity, investigated through the Brazilian Food Insecurity Scale (EBIA)(Pérez-Escamilla *et al.*, 2004), and the levels classified as: not present, mild food insecurity and moderate/severe food insecurity.

The perception of the food environment was assessed through a structured questionnaire, which addressed the time (minutes) of getting to the place where fruits and vegetables are purchased (up to 5 minutes, 6 to 10 minutes, 11 to 20 minutes, or 21 or more minutes), whether necessary types of food are not found in their neighborhood, and the type of food indicated, in open format. The foodstuffs mentioned were listed and categorized into: fruits, vegetables and others.

Also, the pregnant women were invited to indicate the main problem in obtaining the food they needed in the neighborhood, based on the list: price, quality, time, safety, distance or other. The existence of a vegetable garden for planting fruit and/or vegetables in his home was asked about (no, yes). They were asked to indicate the main characteristic that they considered a priority for change in the neighborhood and in the community's food system: markets, grocery fairs with farmers, community gardens, courses on how to grow gardens, the existence of ecological product stores, fresh food available in the local markets and cooking and food conservation classes.

The perception about the quality of fresh food available at the place of purchase was questioned and included: fruit, meat, milk and dairy products, vegetables, and bread. The assessment consisted of a scale from 1 to 5, with 1 being considered the worst and 5 being the best quality.

Prior to data collection, a pilot study was carried out, and adjustments were made to the research instruments. All interviewers received training on the stages of data collection. Quality control was performed in 11.6% (n = 70) of the questionnaires, by telephone contact with the participants, using a reduced version of the instrument with four questions: full name, age, education, and full address of the participants. Small differences were observed in relation to the study time (1-year difference in 3 cases), and the intraclass correlation coefficient obtained for the variable was 0.99 (95% CI 0.98 - 1.00). The other items reported in the interview coincided at both times.

Descriptive analysis of the data was performed by calculating averages, standard deviation, median values, 25th and 75th percentiles, as well as a 95% confidence interval. For categorical variables, absolute (n) and relative (%) frequencies were calculated. Differences in the perception of the quality of the available foodstuffs and the socioeconomic, demographic and food insecurity variables were investigated using the Kruskal-Wallis test. Associations between the three aspects most often mentioned as requiring improvements in the food system, and difficulties in finding the necessary foods in the neighborhood were tested in relation to sociodemographic variables and food insecurity using Pearson's chi-square test. Differences were considered significant when $p < 0.05$. The analyses were performed using the Stata 14 program.

Data collection started after approval of the project by the Research Ethics Committee of University Federal of Paraná (Certificate of Presentation of Ethical Appreciation - CAAE 78771317.2.0000.0102) under opinion No. 2405347 on 11/29/2017. The ethical conduct indicated in resolution 466/12 of the National Health Council, was followed in all stages of the research. Only pregnant women who agreed to participate in the research read and signed the Informed Consent Form (ICF). Those under 18 years of age who read and signed the Informed Consent Form (ICF), and for whom the informed consent form was signed by their parents or guardians, took part in the research.

Results

In total, 735 pregnant women were invited to participate in the study, with the acceptance of 605 pregnant women (82.3%). The average age of the women evaluated was 26 years (standard deviation: 6.1 years) and ranged from 13 to 43 years of age; 43.9% had 12 years or more of education, mild food insecurity was observed in 36.5% of pregnant women and moderate/severe food insecurity in 6.3% (Table 1).

Table 1 - Characterization of pregnant women undergoing prenatal care in Health Units in the city of Colombo/PR, 2018-2019

Variable	n*	%
Age (years)		
≤ 19	99	16.4
20 - 29	377	62.3
≥ 30	129	21.3
Schooling (years of education)		
0 - 7	109	18.1
8 - 10	229	38.0
≥ 11	264	43.9
Household per capita income		
1 st Tertile	184	33.5
2 nd Tertile	183	33.3
3 rd Tertile	182	33.2
Food Insecurity		
Absence	346	57.2
Mild	221	36.5
Moderate/Severe	38	6.3

*Missing data: education (n = 03), income (n = 56); 1st tertile: BRL 0 - 475.0, 2nd tertile: BRL 476.0 - 750.0 and 3rd tertile BRL 751.0 - 3,000.0

Table 2 shows the data regarding the perception by pregnant women of the food environment. The predominant travel time to purchase FV was under 5 minutes (39.3%), with 11.0% reporting times greater than 20 minutes. 10.4% of women indicated difficulties in finding the food they need in their neighborhood; and the main problem mentioned for the purchase of food was the price (56.7%), followed by quality (17.7%) and the distance from the place of purchase (12.4%). The three main factors indicated as desired changes in the community's food system included: markets (28.6%), greater number of farmer's markets (28.0%), and fresh food in local markets (25.6%). Most of the pregnant women did not have a vegetable garden for growing FV at home (72.4%) (Table 2).

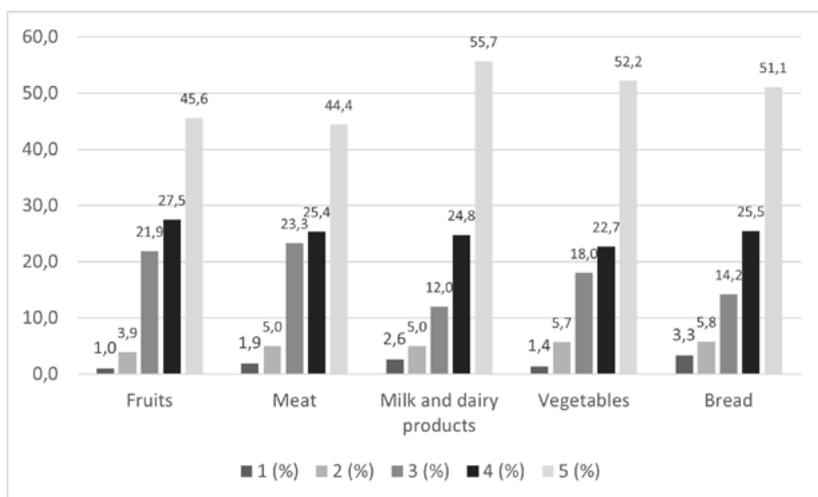
Table 2 - Perception of the characteristics of conditions of purchase of food by pregnant women undergoing prenatal care in the Unified Health System of Colombo/PR, 2018-2019

Variable	N	%
Travel time to the place of purchase of fruits and vegetables (n = 572)		
≤ 5 minutes	225	39,3
6 – 10 minutes	144	25,2
11 – 20 minutes	140	24,5
≥ 21 minutes	63	11,0
Whether some type of food is not found in the neighborhood (n = 578)		
Yes	60	10,4
No	518	89,6
Main problem in obtaining food (n = 469)		
Price	266	56,7
Quality	83	17,7
Time	33	7,0
Safety	7	1,5
Distance	58	12,4
Other	22	4,7
Has home garden or FV cultivation (n = 573)		
Yes	158	27,6
No	415	72,4
Desired change in their community's food system (n = 535)		
Neighborhood markets	153	28,6
More farmers' markets	150	28,0
More community gardens	35	6,5
Vegetable cultivation courses	13	2,4
Green product stores/sales with farmers	12	2,2
More fresh food at local markets	137	25,6
Cooking and food preservation classes	12	2,2
Other	23	4,3

FV - Fruits and vegetables

In general, the pregnant women rated the food available in the places where they used to purchase them with a maximum score (5), especially milk and dairy products (55.7%), vegetables (52.2%), and bread (51.1%). The proportion of grades 1 and 2 followed the decreasing order: breads (8.1%), dairy products (7.6%), vegetables (7.1%), meat (6.9%) and fruits (4.9%). (Graphic 1).

Graphic 1 - Perception of quality of fresh food available at the usual purchasing spot for the pregnant women undergoing prenatal care at the Unified Health System, Colombo/PR, 2018-2019



Perception of quality: 1- worst quality; 5 - best quality.

Pregnant women in the lowest income tertile more often reported durations of displacement to the place of purchase of FV greater than 11 minutes. Those with higher income and education more often reported the use of their own transportation to travel to the shop and buy FV. The probability of indicating price as the greatest difficulty in purchasing food was more frequent among pregnant women aged 30 years or older, with lower income and with moderate to severe food insecurity; quality was mentioned more frequently by pregnant women under 30 years of age, in the third income tertile (Table 3).

Table 3 - Distribution of characteristics of access and quality of food according to sociodemographic characteristics and food insecurity of pregnant women undergoing prenatal care at Health Units in Colombo/PR, 2018-2019. (N=605)

	Age group (years)				Household income per capita**				Education (years)				Food insecurity			
	≤19	20-29	≥30	1 st Tertile	2 nd Tertile	3 rd Tertile	0-7	8-10	≥11	No	Mild	Moderate/severe	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Travel time to the place of purchase of fruits and vegetables (PV)																
≤5 min	38 (41.3)	140 (39.2)	47 (38.2)	68 (38.2)	66 (38.2)	76 (44.7)	38 (36.2)	84 (39.3)	103 (40.7)	138 (43.3)	74 (34.3)	74 (34.3)	13 (35.1)			
6 - 10 min	23 (25.0)	86 (24.1)	35 (28.5)	34 (19.1)	54 (31.2)	42 (24.7)	26 (24.8)	52 (24.3)	66 (26.1)	80 (25.1)	56 (25.9)	56 (25.9)	8 (21.6)			
>11 min	31 (33.7)	131 (36.7)	41 (33.3)	76 (42.7)	53 (30.6)	52 (30.6)	41 (39.1)	78 (36.5)	84 (33.2)	101 (31.7)	86 (39.8)	86 (39.8)	16 (43.2)			
P value*	0.875				0.03*		0.85						0.19			
Method of travel to the place of purchase of fruits and vegetables (PV)																
Own transportation	19 (20.0)	107 (29.6)	43 (34.7)	34 (18.9)	42 (23.7)	73 (42.4)	22 (20.7)	58 (26.5)	89 (34.9)	103 (32.0)	60 (27.3)	60 (27.3)	6 (15.8)			
On foot	70 (73.7)	243 (67.3)	77 (62.1)	136 (75.6)	127 (71.8)	96 (55.8)	78 (73.6)	154 (70.3)	158 (62.0)	208 (64.6)	153 (69.6)	153 (69.6)	29 (76.3)			
Other	6 (6.3)	11 (3.1)	4 (3.2)	10 (5.6)	8 (4.5)	3 (1.7)	6 (5.7)	8 (3.1)	8 (3.1)	11 (3.4)	7 (3.2)	7 (3.2)	3 (7.9)			
P value*	0.10				<0.01*		0.05*						0.13			
Difficulty buying food:																
Price																
Yes	42 (58.3)	155 (52.0)	69 (68.7)	95 (63.3)	82 (59.4)	68 (47.2)	55 (62.5)	100 (56.2)	111 (54.7)	147 (56.1)	95 (54.0)	95 (54.0)	24 (77.4)			
P value*	<0.01*				0.02*		0.46						0.05*			
Quality																
Yes	12 (16.7)	63 (21.1)	8 (6.1)	22 (14.7)	21 (15.2)	36 (25.0)	14 (15.9)	28 (15.7)	41 (20.2)	48 (18.3)	34 (19.3)	34 (19.3)	1 (3.2)			
P value*	0.01*				0.05*		0.48						0.07			
Distance																
Yes	1 (0.4)	5 (1.7)	1 (1.0)	3 (2.0)	0 (0.0)	4 (2.8)	2 (2.3)	1 (0.6)	4 (2.0)	3 (1.2)	2 (1.1)	2 (1.1)	2 (6.5)			
P value*	1.00				0.17		0.42						0.13			
Changes to the community's food system																
Markets																
Yes	27 (30.7)	95 (28.4)	31 (27.7)	43 (25.3)	52 (31.9)	44 (28.2)	35 (36.1)	52 (26.0)	66 (27.7)	95 (31.8)	49 (24.3)	49 (24.3)	9 (25.7)			
P value*	0.88				0.43		0.19						0.17			
Farmer's markets																
Yes	21 (23.9)	94 (28.1)	35 (31.3)	46 (27.1)	44 (27.0)	45 (28.9)	23 (23.7)	59 (29.5)	68 (25.6)	81 (27.2)	60 (29.7)	60 (29.7)	9 (25.7)			
P value*	0.51				0.94		0.57						0.80			
More fresh food available																
Yes	21 (23.9)	95 (28.4)	21 (18.8)	47 (27.7)	37 (22.7)	43 (27.6)	23 (23.7)	51 (25.5)	63 (26.5)	67 (22.5)	59 (29.2)	59 (29.2)	11 (31.4)			
P value*	0.12				0.51		0.87						0.09			

Bold = $p < 0.05$; Pearson's chi-square test; ** 1st tertile: BRL 0- 475.0, 2nd tertile: BRL 476.0 - 750.0 and 3rd tertile BRL 751.0 - 3,000.0

Table 4 - Perception of the quality of food sold ** in the area of residence according to the sociodemographic characteristics of pregnant women undergoing prenatal care in Health Units. Colombo/PR, 2018-2019

Variables	Fruit	Meat	Milk and dairy products	Vegetables	Bread
p50 (p25-p75)					
Age group (years)					
≤ 19	5(4-5)	4 (3-5)	5(4-5)	5 (4-5)	5(3-5)
20-29	4(3-5)	4 (3-5)	5(4-5)	4 (3-5)	4(4-5)
≥ 30	4(3-5)	4 (3-5)	5(4-5)	5 (4-5)	5(4-5)
P value *	0.08	0.64	0.70	0.01	0.37
Education					
0-7 years	5 (4-5)	5 (3-5)	5 (4-5)	5 (4-5)	5 (4-5)
8-10 years	4 (3-5)	4 (3-5)	5 (4-5)	5 (3-5)	4 (3-5)
11 or more	4 (4-5)	4 (3-5)	5 (4-5)	5 (4-5)	4 (4-5)
P value *	0.20	0.15	0.56	0.44	0.12
Household income per capita					
1 st tertile	4 (3-5)	4 (3-5)	5 (4-5)	5 (3-5)	4 (3-5)
2 nd tertile	4 (3-5)	4 (3-5)	5 (4-5)	5 (4-5)	5 (4-5)
3 rd tertile	4 (3-5)	4 (3-5)	4 (4-5)	4 (3-5)	4 (3-5)
P value *	0.41	0.23	0.09	0.18	0.88
Food Insecurity					
No	4 (3-5)	4 (3-5)	5 (4-5)	5 (4-5)	5 (4-5)
Mild	4 (3-5)	4 (3-5)	5 (4-5)	4 (3-5)	4 (3-5)
Moderate/Severe	4 (3-5)	4 (3-5)	4.5 (3-5)	4 (3-5)	4.5 (4-5)
P value *	0.30	0.03	0.43	0.03	0.57

Kruskal-Wallis test – p-value* Grades 1 to 5, with 5 being the best assessment**
 1st tertile: BRL 0 - 475.0, 2nd tertile: BRL 476.0 - 750.0 and 3rd tertile BRL 751.0 - 3,000.0;

Regarding the quality of food, pregnant women aged 20 to 30 rated the vegetables available at the usual place of purchase as being of poorer quality. Those with moderate or severe food insecurity indicated worse grades for meat and vegetables at the places where they acquired food compared to those without food insecurity or with mild food insecurity. However, the age group revealed that pregnant women under 20 and over 30 years old evaluated the quality of food better compared to those between the ages of 20 and 30 (Table 4).

Discussion

This study allowed for the identification of the perception of a group of pregnant women in relation to the quality of food in their neighborhood, time spent and mode of displacement to purchase these products, as well as an indication of aspects to be improved in relation to the food environment of their area of residence. The price of food, as well as quality, were the items perceived as the main obstacles to the acquisition of food they needed. Age group, income, and food insecurity situation interfered in aspects related to the perception of access and quality of the investigated foods.

In the present study, the factor most mentioned by pregnant women in relation to the difficulty in obtaining food was the price, especially among those of older age and with lower income. In fact, the high cost of food is a recurring barrier to the consumption of fruits and vegetables (Figueira; Lopes; Modena, 2016; Santos *et al.*, 2019), especially among women and individuals with less years of education (Santos *et al.*, 2019). Among adults in Belo Horizonte (MG), it was observed that, at the individual level, age, income, food insecurity, change stage, self-efficacy and decision-making balance were significantly associated with the intake of FV (Santos *et al.*, 2019).

Another characteristic of the food environment associated with lower consumption of healthy foods, such as FV, is the distance from the place of residence to the places of sale (Borges *et al.*, 2015). Among the pregnant women who were evaluated, those with a lower income level were more likely to live more than 10 minutes away

from the usual place of acquisition of FV. This barrier can become even more important during pregnancy, since the advancement of pregnancy entails more frequent mobility difficulties, especially in the absence of other people who can purchase the products (Morais *et al.*, 2019). A qualitative study carried out with pregnant women who underwent prenatal care in the state of Rio de Janeiro in the years 2015 and 2016, revealed that the difficulty of getting to the places that sold food was one of the barriers to the consumption of healthy foods (Moreira *et al.*, 2018).

In addition, in this scenario of financial difficulties in purchasing products, and the greater distance to access FV observed among women with lower income, in the present study, is the finding of the worse quality of fresh products in the usual purchasing location by pregnant women with moderate and severe food insecurity. Despite this, when asked about the main factor related to the difficulty of accessing food, pregnant women with moderate/severe food insecurity were less likely to indicate the quality of the products, which indicates that in these situations the price is a more important limiter than the quality. This reflects the progression of food insecurity degrees, since the reduction in the quality of available food is one of the first aspects that characterize a mild food insecurity, whereas hunger is its maximum expression, and it may be present in moderate/severe food insecurity cases (Borges *et al.*, 2015; Morais *et al.*, 2019).

The results of the present study indicate that the quality of the products is a potential limiting factor in food insecurity conditions, which may contribute to lower consumption of FV in this group, similar to what was observed in a study carried out in the municipality of the metropolitan region of São Paulo, in interviews with residents who mentioned that they refrained from buying FV due to unsatisfactory quality (Tarricone Garcia *et al.*, 2018). Others indicate the relationship between the presence of food insecurity in families and the lower acquisition of FV with a decrease in the quantity and between the variety of foods and the severity of food insecurity (Gross; Mendelsohn; Messito, 2018; Nunnery; Labban; Dharod, 2018). In a country like Brazil, food insecurity reflects

unequal access to financial resources and food. Women experience feelings of anguish and concern about securing their family's food, especially when there is the possibility of food insecurity. In 2018, 47.4% of Brazilian families with food insecurity were led by single women (IBGE, 2020).

The study also indicated that most women made their food purchases by foot, which could indicate that the FV points of sale are close to their homes. However, since quality was indicated as one of the difficulties found in the consumption of FV, it is not possible to point out a satisfaction of pregnant women in relation to the place of purchase of these types of food. Different studies objectively assessed the food environment in Brazil and indicated that there is an inequality in the quality of food available in the poorest places (Garcia, 2016; Leite, 2017; Lopes; De Menezes; De Araújo, 2017), often characterized as food stamps or deserts (Garcia, 2016; Leite, 2017).

The distance from the place of residence and establishments that sell fruit and vegetables, and some other characteristics such as quality and variety, can be considered as barriers for the consumption of these kinds of food (Figueira; Lopes; Modena, 2016). In a study using interviews, the main related barriers to the consumption of FV found were related to access to these foods, such as inadequate local trade, high cost and low purchasing power of the population. Many reports indicated that where there was a low price of food, the food was also of lower quality (Figueira; Lopes; Modena, 2016).

Still, it is important to highlight that the three aspects most frequently indicated by pregnant women in relation to the change in the community food system involved their neighborhood markets, the need for a greater number of farmers' markets and the availability of fresh food in local markets.

Thus, the importance of public managers being aware of food vulnerability is highlighted, especially among the poorest women and those with food insecurity. In these regions, promoting access to FV and the quality of these foods is an important measure. Also,

as the Brazilian population allocates most of its income to processed and non-homemade foods, there are forecasts that indicate that a small increase in household income and a decrease in the price of FV may be able to improve the consumption of these types of food by low-income families (Atanasova *et al.*, 2022).

Other studies indicate that the consumption of a varied diet may be related to the socioeconomic conditions of families around the world. In India, a qualitative study pointed out that, despite understanding the benefits of consuming fruits and vegetables, Indian women in rural cities consumed these foods infrequently, indicating environmental factors and purchase cost as barriers to consumption, among other factors (Kehoe *et al.*, 2019).

The spaces that encourage the consumption of FV, such as community gardens and open markets, can help change this situation, especially if they are subsidized by the public authorities, such as, for example, single price points of sale, where the consumer has access to varieties of FV for a reduced value. Urban gardens can, in addition to facilitating access, generate an activity of social inclusion and integration, by generating employment and income, as well as by promoting a space for occupying the environment, for environmental and nutritional education and for human development and quality of life (Palar *et al.*, 2020).

This study presented a representative sample of pregnant women in prenatal care at SUS, however, there is a need to carry out more studies that investigate the aspects involved with food insecurity, to understand the strategies to deal with this situation among pregnant women. Considering that pregnancy is a phase of major biological and psychological changes, it is important to understand the food environment public policies that help families improve their food purchase conditions and, consequently, their health.

Conclusion

Access to FV for pregnant women was limited by the price of food, and the biggest changes desired in the food environment were a greater quantity and variety of trade and a greater presence of fresh food. Public policies would be essential to improve the quality of the diet, so that families, and especially women, who are most frequently responsible for their homes, can have better access to food.

Pregnant women with lower incomes indicated that the price of food was a more strenuous condition, reinforcing the need for policies that help families' purchasing power; as well as subsidies for farmers, managing to offer quality food at more affordable prices. Pregnancy is a phase of biological transformation, which requires quality food that is rich in fiber and vitamins. More studies in this population would be relevant in order to promote public policies that improve the conditions of access to FV and consequently the health conditions of families, avoiding childhood and adolescence issues, such as obesity and chronic non-communicable diseases.

Acknowledgment

This study received Resources from Proape/Capes (National Coordination for the Improvement of High-Level Personnel (CAPES) – Post-Graduate Program in Food and Nutrition and Post-Graduate Program of Public Health at UFPR, Capes Master Scholarships, and CNPq and Fundação Araucária Scientific Initiation Scholarships.

References

- ATANASOVA, Petya *et al.* The impact of the consumer and neighbourhood food environment on dietary intake and obesity-related outcomes: A systematic review of causal impact studies. **Social Science & Medicine**, v. 299, n. 114879, 2022. Disponível em: <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114879>
- BORGES, Camila Aparecida *et al.* Quanto custa para as famílias de baixa renda obterem uma dieta saudável no Brasil? **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 31, n. 1, p. 137–148, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00005114>
- BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Escala Brasileira de Insegurança Alimentar – EBIA: análise psicométrica de uma dimensão da Segurança Alimentar e Nutricional**. Brasília: MDS, 2014.
- COSTA, Bruna Vieira de Lima; OLIVEIRA, Cláudia Di Lorenzo; LOPES, Aline Cristine Souza. Ambiente alimentar de frutas e hortaliças no território do Programa da Academia da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. Sup, p. S1–S11, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00027114>
- DOYLE, Ina Merle *et al.* Determinants of dietary patterns and diet quality during pregnancy: A systematic review with narrative synthesis. **Public Health Nutrition**, v. 20, n. 6, p. 1009–1028, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S1368980016002937>
- DURAN, Ana Clara *et al.* Evaluating the use of in-store measures in retail food stores and restaurants in Brazil. **Revista de Saude Publica**, v. 49, p. 1–10, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005420>
- FERRAZ, Leda *et al.* Micronutrientes e sua importância no período gestacional. **Saber Científico**, v. 7, n. 1, p. 68–82, 2018.
- FIGUEIRA, Taís Rocha; LOPES, Aline Cristine Souza; MODENA,

Celina Maria. Barreiras e fatores promotores do consumo de frutas e hortaliças entre usuários do Programa Academia da Saúde TT - Promoters and barriers to fruit and vegetable consumption among Health Academy Program's users. **Rev. nutr**, v. 29, n. 1, p. 85–95, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732016000100085

FLINT, Ellen; CUMMINS, Steven; MATTHEWS, Stephen. Do perceptions of the neighbourhood food environment predict fruit and vegetable intake in low-income neighbourhoods? **Health Place**, v. 24, n. 1, p. 11–15, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2013.07.005>.

GARCIA, Mariana Tarricone. **Hortas urbanas e a construção de ambientes promotores da alimentação adequada e saudável**. 2016. - Universidade de São Paulo, [s. l.], 2016.

GRAHAM, Meredith; UESUGI, Keriann; OLSON, Christine. Barriers to weight-related health behaviours: A qualitative comparison of the socioecological conditions between pregnant and post-partum low-income women. **Maternal and Child Nutrition**, v. 12, n. 2, p. 349–361, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/mcn.12135>

GROSS, Rachel S.; MENDELSON, Alan L.; MESSITO, Mary Jo. Additive effects of household food insecurity during pregnancy and infancy on maternal infant feeding styles and practices. **Appetite**, v. 130, p. 20–28, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.07.016>

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018 Análise de Segurança Alimentar no Brasil**. Brasília, DF.

IPARDES, Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **Índice de Desenvolvimento Humano Municipal dos municípios do Paraná, segundo dados do Censo 2010**.

KEHOE, Sarah H. *et al.* Barriers and Facilitators to Fruit

and Vegetable Consumption Among Rural Indian Women of Reproductive Age. **Food and Nutrition Bulletin**, v. 40, n. 1, p. 87–98, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0379572118816459>

KUMANYIKA, S. INFORMAS (International Network for Food and Obesity/non-communicable diseases Research, Monitoring and Action Support): Summary and future directions. **Obesity Reviews**, v. 14, n. S1, p. 157–164, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/obr.12084>

LEITE, Maria Alvim. **Ambiente Alimentar em Juiz de Fora: um enfoque no território das escolas**. 2017. - Universidade Federal de Juiz de Fora, 2017.

LOPES, Aline Cristine Souza; DE MENEZES, Mariana Carvalho; DE ARAÚJO, Melissa Luciana. O ambiente alimentar e o acesso a frutas e hortaliças: “Uma metrópole em perspectiva”. **Saude e Sociedade**, v. 26, n. 3, p. 764–773, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017168867>

MORAIS, Amanda Moreira de *et al.* Perfil e conhecimento de gestantes sobre o diabetes mellitus gestacional. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 9, n. 2, p. 1–8, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.17058/reci.v9i2.12082>

MOREIRA, Luciana N. *et al.* “Quando tem como comer, a gente come”: fontes de informações sobre alimentação na gestação e as escolhas alimentares. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, n. 3, p. 1–20, 2018.

NASH, Danielle M. *et al.* Determinants of diet quality in pregnancy: Sociodemographic, pregnancy-specific, and food environment influences. **Journal of Nutrition Education and Behavior**, v. 45, n. 6, p. 627–634, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2013.04.268>

NUNNERY, Danielle L.; LABBAN, Jeffrey D.; DHAROD, Jigna M. Interrelationship between food security status, home availability

of variety of fruits and vegetables and their dietary intake among low-income pregnant women. **Public Health Nutrition**, v. 21, n. 4, p. 807–815, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S1368980017003032>

O'BRIEN, Orna A. *et al.* Influences on the food choices and physical activity behaviours of overweight and obese pregnant women: A qualitative study. **Midwifery**, v. 47, p. 28–35, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.02.003>

PALAR, Kartika *et al.* “It’s changed our way of eating a lot”: Experiences of nutrition and health improvements after participation in an urban home garden program. **Journal of nutrition education and behavior**, v. 50, n. 9, p. 1037–1046, 2020. Disponível em: <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jneb.2019.06.028>

PÉREZ-ESCAMILLA, Rafael *et al.* An adapted version of the U.S. Department of Agriculture food insecurity module is a valid tool for assessing household food insecurity in Campinas, Brazil. **Journal of Nutrition**, v. 134, n. 8, p. 1923–1928, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/jn/134.8.1923>

PESSOA, Milene Cristine *et al.* Food environment and fruit and vegetable intake in a urban population: A multilevel analysis. **BMC Public Health**, v. 15, n. 1, p. 1–8, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2277-1>

SANTOS, Graziela Maria Gorla Campiolo *et al.* Perceived barriers for the consumption of fruits and vegetables in Brazilian adults. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 24, n. 7, p. 2461–2470, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.19992017>

SIMMONS, Kira. *et al.* Low vegetable intake in pregnancy and associated maternal factors: A scoping review. **Nutrition Research**, v. 99, p. 78–97, 2022.

TARRICONE GARCIA, Mariana *et al.* Acesso À Frutas E

Hortalças Em Áreas Periféricas Da Região Metropolitana De São Paulo. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 13, n. 2, p. 427–446, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/demetra.2018.33425>

CAPÍTULO 12

INSUFICIÊNCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PRÉ-NATAL: FATORES ASSOCIADOS

**Janaina Marielen Bandeira Sviercowski,
Marilene da Cruz Magalhães Buffon, Tatiana Herreira Trigueiro,
Karin Regina Luhm, Denise Siqueira de Carvalho**

Introdução

A atenção pré-natal compreende um conjunto de cuidados e procedimentos que garantem o acompanhamento gestacional, promovendo o desenvolvimento normal da gestação, a qualidade de vida no período gravídico puerperal, e o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna (Brasil, 2012).

No Brasil, houve um aumento da cobertura do pré-natal nos últimos anos na maior parte do país. Os resultados da pesquisa Nascer no Brasil, realizada em 2011 e 2012, apontam cobertura de 98,7% de gestantes que realizaram pelo menos uma consulta de pré-natal (Viellas *et al.*, 2014). Dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) mostram a evolução do alcance da atenção pré-natal: redução de 4,7% das gestantes brasileiras com nenhuma consulta há vinte anos, em 2000, para 1,7% em 2020; e aumento do número de consultas, de menos da metade das mulheres grávidas (43,7%) com sete ou mais consultas, para 71% em 2020 (Brasil, 2020).

Para assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal, o Ministério da Saúde instituiu estratégias, como o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) e a Rede Cegonha. Contudo, mesmo com esforços para expandir a cobertura da assistência pré-natal, as dificuldades persistem, refletindo num alto percentual de inadequação das ações desenvolvidas (Guimarães *et al.*, 2018; Mario *et al.*, 2019; Leal *et al.*, 2020) associadas a desfechos negativos, como prematuridade (Leal *et al.*, 2020; Martinelli *et al.*, 2021; Cruz *et al.*, 2023), baixo peso ao nascer, *near miss* materno, *near miss* neonatal (Leal *et al.*, 2020) e óbito infantil (Kale *et al.*, 2021).

A diretriz pré-natal de baixo risco, inserida no âmbito do componente pré-natal da Rede Cegonha, como uma das ofertas voltadas a apoiar as equipes de saúde na qualificação do cuidado e na articulação em rede, aborda entre as ações preconizadas, a necessidade da oferta de espaços de educação em saúde, no qual as gestantes e acompanhantes possam ouvir e falar sobre as suas vivências e

fortalecer informações essenciais sobre a gestação, saúde da criança, da mulher e da família. A promoção da troca de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de elaborar a compreensão do processo de gestação (Brasil, 2012).

Não obstante, diversos estudos nacionais têm demonstrado a existência de lacunas na educação em saúde no pré-natal, com baixa frequência de orientações e atividades educativas ao longo da assistência prestada (Silva *et al.*, 2019; Neves *et al.*, 2020; Lessa *et al.*, 2022). A carência de informações pode estar associada à má condução dos cuidados essenciais e, em casos mais extremos, influenciar no número de ocorrências de prematuridade e mortalidade materna. Assim, é imprescindível que os profissionais de saúde sejam zelosos as necessidades das gestantes, e dispostos a fornecer informações, sobretudo quanto aos cuidados na gravidez, amamentação e período perinatal, os quais impactarão positivamente na qualidade da gestação, elevando o padrão do serviço prestado (Nunes *et al.*, 2017).

Nessa perspectiva, o estudo objetivou avaliar as ações educativas desenvolvidas no pré-natal e fatores associados à sua insuficiência em município da Região Sul do Brasil.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de avaliação normativa, com abordagem quantitativa, realizado com 342 puérperas internadas em uma maternidade pública, no município de São José dos Pinhais, localizado na região metropolitana de Curitiba, no período de maio a setembro de 2019.

Os critérios de inclusão foram: ser residente e ter realizado o pré-natal em serviço público no município definido, e ser puérpera internada na maternidade. Foram excluídas as mulheres que realizaram o pré-natal em outro município ou em serviços privados, que apresentavam condições clínicas desfavoráveis à entrevista ou que haviam falecido, ou que o bebê tenha evoluído para óbito neonatal.

Para o cálculo amostral, foi considerado o número de nascimentos na maternidade no ano anterior ao estudo (2.982), estimativa de prevalência de uso do álcool na gestação (20%) (Lange *et*

al., 2017) e nível de confiança de $\pm 4\%$, resultando em 342 participantes. Acresceu-se a este valor o percentual de 10% considerando um potencial de recusa de participação. O recrutamento das participantes foi aleatório, de acordo com o leito que ocupavam durante o internamento.

A coleta de dados foi realizada por duas entrevistadoras previamente treinadas, em salas reservadas, no período de maio a setembro de 2019, incluindo finais de semana e feriados. O instrumento para a entrevista foi composto por perguntas abertas e fechadas referentes aos dados sociodemográficos (idade, escolaridade, ocupação, entre outros), hábitos de vida e orientações educativas recebidas durante o pré-natal. Um segundo formulário foi utilizado para a coleta de dados secundários oriundos da Declaração de Nascido Vivo (DNV), da carteira de pré-natal e do prontuário eletrônico municipal unificado e versava sobre a história reprodutiva anterior e dados do acompanhamento pré-natal (risco gestacional, número de consultas, rotinas de exames realizados, entre outros).

As variáveis selecionadas para a análise foram: idade, categorizada em 10 a 19 anos, 20 a 29 anos ou 30 anos ou mais; raça/cor, branca, preta, parda, amarela ou indígena; situação conjugal, com ou sem companheiro; escolaridade, não alfabetizada, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo ou ensino médio/superior; trabalho atual, sim ou não; renda familiar, menor que 1 salário-mínimo (SM), entre 1 e 2 SM, entre 3 e 5 SM ou maior que 5 SM; e religião, praticante ou não. O número de consultas de pré-natal foi classificado em ≥ 7 ou < 7 , e o risco gestacional em habitual, intermediário e alto risco. O início do pré-natal em precoce, sim (1º trimestre) ou não (2º/3º trimestre). Rotinas de exames laboratoriais foram classificadas em 1, 2 ou 3 rotinas de acordo com os exames previstos em cada rotina, e contemplavam: hemograma, glicemia de jejum, tipagem sanguínea, parcial/cultura de urina, sífilis (teste rápido ou sorologia), anti-HIV (teste rápido ou sorologia) e teste de tolerância oral à glicose (TOTG) (Paraná, 2018).

Os temas abordados na avaliação das orientações educativas recebidas durante o pré-natal foram os cuidados gerais de higiene; a

prática de exercício físico e cuidados com a alimentação durante a gestação; o incentivo ao aleitamento materno; a prática de atividade sexual e o exame preventivo do câncer de colo uterino na gravidez; a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis; as vacinas preconizadas no pré-natal; os sinais de urgência e de trabalho de parto, e o uso de cigarro, drogas e álcool na gestação, conforme diretriz de pré-natal de baixo risco do Ministério da Saúde (Brasil, 2012), com respostas “sim”, “não” e “não lembro”. Cada tema era apresentado por alguns exemplos de orientações como norteadores, tal como o incentivo ao aleitamento materno (benefícios da amamentação, amamentação exclusiva até o 6º mês da criança e técnica correta).

Para a análise das orientações recebidas foram utilizadas três categorias: orientada, quando recebeu todas as orientações exemplificadas; parcialmente orientada, quando recebeu alguma das orientações exemplificadas; e não orientada, quando não recebeu ou não lembrava. Foi criado um escore para avaliar se a educação em saúde recebida no pré-natal foi suficiente ou não, utilizando-se uma pontuação de 0 (não orientada), 1 (parcialmente) ou 2 (orientada). O somatório máximo era de 26 pontos, uma vez que contemplava 13 temas. Utilizou-se a mediana (19 pontos) para considerar a suficiência ou não dos temas abordados.

Os dados foram alimentados em planilha do Excel e a análise deu-se por meio do software Epi-info versão 7.2.3.1 (*Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, United State of America*). Foi realizada a análise descritiva das variáveis estudadas por meio de medidas de frequência, e verificou-se a associação das variáveis independentes com o desfecho suficiente/insuficiente pela análise bivariada utilizando cálculos do *odds ratio*, intervalo de confiança de 95% (IC95%) e valor de *p*, com nível de significância estatística $\leq 0,05$. As variáveis que na análise bivariada apresentaram valor de *p* < 0,10 compuseram o modelo da análise multivariada, pelo método de regressão logística *stepwise backwards*. Para o modelo final, utilizou-se o valor de $p \leq 0,05$.

A pesquisa seguiu as normas da Resolução nº 466/2012 e foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da

Universidade Federal do Paraná- Setor de Ciências da Saúde/SCS, parecer n° 3.268.166/2019.

Resultados

Foram convidadas a participar da pesquisa 366 puérperas e destas, 24 (6,6% da amostra) recusaram o convite, resultando em 342 participantes no estudo.

O pré-natal foi realizado em 25 Unidades de Saúde do município de São José dos Pinhais, de um total de 27 existentes. Destaca-se que o número de participantes de cada unidade foi proporcional à estimativa populacional da sua região adscrita.

A idade variou entre 13 e 44 anos. Houve predomínio da faixa etária entre 20 a 29 anos (52,3%), com companheiro (82,7%), ensino médio/superior (46,2%), do lar (56,7%) e renda familiar entre 1 e 2 salários-mínimos (61,1%). Quanto à raça/cor e religião, a distribuição foi similar entre as categorias branca (48,0%) e parda (47,1%), evangélicas (40,1%) e católicas (36,5%), respectivamente.

Sobre a história reprodutiva anterior e dados do pré-natal, 65,5% eram múltiparas, 68,7% iniciaram o pré-natal no 1º trimestre da gravidez e 61,4% foram classificadas como risco habitual.

As comorbidades associadas ao alto risco gestacional foram hipotireoidismo (7,0%), obesidade mórbida (7,0%), diabetes mellitus (6,1%), hipertensão arterial (5,8%), doenças infectocontagiosas (5,0%), doenças mentais (3,2%) e nefropatias (2,0%).

O número de consultas de pré-natal variou entre 1 a 19 consultas, e 73,7% realizaram 7 ou mais. Três rotinas de exames laboratoriais e os esquemas vacinais para hepatite B e dTpa estavam registrados em 70,8%, 65,5% e 92,1% respectivamente nas fontes consultadas.

O exame preventivo do câncer do colo uterino foi realizado durante a gravidez ou no último ano por 57,0% das participantes.

A Tabela 1 traz as características sociodemográficas, da gestação e do pré-natal das participantes do estudo.

Quanto à participação em grupo de gestante na unidade de saúde de referência, 88,6% relataram não ter participado. Os motivos mencionados foram: não ter sido informada da existência de grupo na unidade (57,1%), a falta de disponibilidade para comparecer ao grupo (13,9%), o horário da atividade coincidir com o trabalho (7,3%), a não existência de grupo na unidade (5,6%), a escolha de não participar (2,6%), o início do pré-natal tardio (0,7%) e a distância da residência a unidade de saúde (0,7%).

Quanto à utilização de outro meio para obter informações sobre a gravidez, 74,6% relataram esclarecer suas dúvidas por intermédio da internet, aplicativos para gestantes, grupos de mães em mídias sociais, familiares e amigos.

Tabela 1 - Características sociodemográficas, da gestação e do pré-natal das puérperas, São José dos Pinhais/PR, Brasil, 2019 (n=342)

Variáveis	n°	%
Faixa etária (anos)		
10 - 19	60	17,5
20 - 29	179	52,3
30 ou mais	103	30,1
Raça / Cor		
Branca	164	48,0
Parda	161	47,1
Negra	15	4,4
Amarela	2	0,6
Situação Conjugal		
Com companheiro	283	82,7
Sem companheiro	59	17,3
Escolaridade		
Fundamental incompleto	70	20,5
Fundamental completo	114	33,3
Ensino médio/superior	158	46,2
Início pré-natal		

SAÚDE COLETIVA: DIÁLOGOS E CAMINHOS

1º trimestre	235	68,7
2º trimestre	97	28,4
3º trimestre	10	2,9
Risco gestacional		
Habitual	210	61,4
Intermediário	15	4,4
Alto Risco	117	34,2
Consultas pré-natal		
Menor que 7	90	26,3
7 ou mais	252	73,7
Exames laboratoriais		
Nenhuma rotina	2	0,6
Uma rotina	27	7,9
Dois rotinas	71	20,8
Três rotinas	242	70,8
Vacinas		
Hepatite B		
Esquema completo	224	65,5
Esquema incompleto	89	26,0
Nenhuma dose	29	8,5
DTpa		
Sim	315	92,1
Não	27	7,9
Preventivo		
Sim	195	57,0
Não	147	43,0

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Os temas menos abordados pelos profissionais de saúde nas orientações educativas realizadas durante o pré-natal foram: atividade sexual na gestação (54,1%), incentivo ao aleitamento materno (49,4%) e sinais de trabalho de parto (41,9%), conforme visualizado na Tabela 2. As múltiparas apresentaram duas vezes maior chance de não serem orientadas sobre atividade sexual na gestação (OR= 2,17; IC:1,38–3,43).

A pontuação obtida no escore referente às orientações recebidas durante o pré-natal variou entre 5 a 26 pontos, com média de 18,91 pontos e mediana de 19 pontos. Somente 5,8% participantes obtiveram escore máximo e 57,9% escore suficiente.

Tabela 2 - Temas de orientações abordados no pré-natal, segundo relato das puérperas, São José dos Pinhais/PR, Brasil, 2019 (n=342)

Educação em saúde	Orientada	Parcialmente orientada	Não orientada/não lembrava
	n° (%)	n° (%)	n° (%)
Cuidados gerais de higiene	235 (68,7)	88 (25,7)	19 (5,6)
Prática de exercício físico	205 (60,0)	10 (2,9)	127 (37,1)
Cuidados com a alimentação	303 (88,7)	6 (1,7)	33 (9,6)
Incentivo ao aleitamento materno	92 (26,9)	81 (23,7)	169 (49,4)
Atividade sexual	147 (43,0)	10 (2,9)	185 (54,1)
Prevenção IST	127 (37,1)	159 (46,5)	56 (16,4)
Sinais de urgência	181 (53,0)	155 (45,3)	6 (1,7)
Sinais de trabalho de parto	193 (56,4)	6 (1,7)	143 (41,9)
Preventivo	267 (78,0)		75 (22,0)
Vacinas	338 (98,8)		4 (1,2)
Uso de cigarro	297 (86,8)		45 (13,2)
Uso de drogas	293 (85,7)		49 (14,3)
Uso de álcool	299 (87,4)		43 (12,6)

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

As participantes que apresentaram proporcionalmente os menores escores de orientação foram: idade entre 10 a 19 anos, raça/cor branca, sem companheiro, ensino fundamental incompleto, não exerciam atividade remunerada durante a gravidez, renda menor que 1 SM e não praticantes de religião. Apenas a variável religião apresentou associação estatisticamente significativa com o escore de orientações insuficiente, de acordo com a Tabela 3. Em análise específica da variável religião com outros fatores, não ser praticante apresentou associação com o número de consultas de pré-natal menor que 7 ($p=0,031$), o início tardio do pré-natal ($p=0,051$) e duas rotinas de exames laboratoriais ($p=0,000$).

Tabela 3 - Características sociodemográficas associadas ao escore insuficiente de orientações, São José dos Pinhais/PR, Brasil, 2019 (n=342)

Variável	Escore de orientações (<19)		OR	IC95%	p (χ ²)
	n°	%			
Faixa etária (anos)					
10 - 19	27	45,0	1,18	0,65 - 2,14	0,566
20 - 29	73	40,8	1,00	-	-
30 ou mais	44	42,7	1,08	0,66 - 1,77	0,750
Raça / Cor					
Branca	76	46,3	1,00	-	-
Preta	6	40,0	0,77	0,24 - 2,29	0,637
Parda	60	37,3	0,68	0,44 - 1,07	0,097
Situação Conjugal					
Sem companheiro	26	44,1	1,10	0,62 - 1,94	0,737
Com companheiro	118	41,7	1,00	-	-
Escolaridade					
Fundamental incompleto	35	50,0	1,28	0,73 - 2,27	0,376
Fundamental completo	40	35,1	0,69	0,42 - 1,14	0,154
Ensino médio / superior	69	43,7	1,00	-	-
Trabalho Atual					
Não	91	44,0	1,21	0,78 - 1,89	0,389
Sim	53	39,3	1,00	-	-
Renda (salário-mínimo)					
Menor que 1	10	50,0	1,00	0,25 - 3,86	>0,999
Entre 1 e 2	83	39,7	0,66	0,23 - 1,89	0,419
Entre 3 e 5	23	39,7	0,66	0,21 - 2,07	0,457
Maior que 5	8	50,0	1,00	-	-
Religião					
Não	41	54,7	1,91	1,14 - 3,23	0,012
Sim	103	38,6	1,00	-	-

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

O escore insuficiente de orientações foi mais frequente entre múltiparas (46,0%), que iniciaram o pré-natal tardiamente (53,3%), de risco habitual (46,2%) ou intermediário (53,3%), sem comorbidades (47,7%), que realizaram menos de 7 consultas de pré-natal (54,4%), com 1 rotina de exames laboratoriais (66,7%), que não realizaram vacinação de hepatite B (57,1%) e dTpa (66,7%) na gestação, ou exame preventivo do câncer do colo uterino na gestação ou no último ano (51,0%) e que não participaram de grupo de gestante (44,2%). Dentre as variáveis apresentadas, somente a vacinação de hepatite B não apresentou associação estatisticamente significativa, conforme a Tabela 4.

Tabela 4 – Características da gestação e pré-natal associadas ao escore insuficiente de orientações, São José dos Pinhais/PR, Brasil, 2019 (n=342)

Variável	Escore de orientações (<19)		OR	IC95%	p (χ ²)
	n°	%			
	Gestação anterior				
Primigesta	41	34,7	1,00	-	-
Múltipara	103	46,0	1,59	1,00 - 2,54	0,045
Início precoce					
Sim	87	37,0	1,00	-	-
Não	57	53,3	1,93	1,21 - 3,08	0,004
Risco gestacional					
Habitual	97	46,2	1,00	-	-
Intermediário	8	53,3	1,33	0,45 - 3,98	0,592
Alto Risco	39	33,3	0,58	0,36 - 0,93	0,023
Consultas pré-natal					
Menor que 7	49	54,4	1,97	1,21 - 3,22	0,005
7 ou mais	95	37,7	1,00	-	-
Exames laboratoriais					
Uma rotina	18	66,7	3,88	1,68 - 9,43	0,000
Duas rotinas	42	59,2	2,81	1,63 - 4,88	0,000
Três rotinas	82	33,9	1,00	-	-

SAÚDE COLETIVA: DIÁLOGOS E CAMINHOS

Comorbidades					
Sim	31	29,5	1,00	-	-
Não	113	47,7	2,17	1,33 - 3,57	0,001
Vacinas					
Hepatite B					
Esquema completo	90	40,2	1,00	-	-
Esquema incompleto	38	42,7	1,10	0,67 - 1,82	0,682
Nenhuma dose	16	57,1	1,98	0,88 - 4,49	0,086
dTpa					
Sim	126	40,0	1,00	-	-
Não	18	66,7	2,99	1,31 - 7,18	0,007
Preventivo					
Sim	69	35,4	1,00	-	-
Não	75	51,0	1,89	1,22 - 2,94	0,003
Grupo de gestante					
Sim	10	25,6	1,00	-	-
Não	134	44,2	2,29	1,09 - 5,09	0,026

Fonte: Dados da pesquisa (2020)

A Tabela 5 contém os fatores associados ao escore insuficiente de orientações entre as participantes do estudo após análise multivariada. No modelo final não foram incluídas as variáveis número de consultas de pré-natal e exames laboratoriais por elevada correlação com a variável início precoce do pré-natal, bem como a comorbidade por corresponder à variável risco gestacional.

Tabela 5 – Análise multivariada dos fatores associados ao escore insuficiente de orientações, São José dos Pinhais/PR, Brasil/2019 (n=342)

Variável	Escore de orientações (<19)		
	OR bruto (IC95%)	OR ajustado (IC95%)	p (χ ²)
Não realizou preventivo	1,89 (1,22 - 2,94)	1,79 (1,13 - 2,83)	0,011
Não praticante de religião	1,91 (1,14 - 3,23)	1,87 (1,07 - 3,24)	0,025
Início tardio do pré-natal	1,93 (1,21 - 3,08)	1,70 (1,04 - 2,76)	0,032
Risco gestacional			
Habitual	1,00 (-)	1,00 (-)	-
Intermediário	1,33 (0,45 - 3,98)	1,06 (0,35 - 3,20)	0,915
Alto risco	0,58 (0,36 - 0,93)	0,54 (0,33 - 0,88)	0,015
Não frequentou grupo de gestante	2,29 (1,09 - 5,09)	2,55 (1,16 - 5,61)	0,019
Multiparidade	1,59 (1,00 - 2,54)	1,75 (1,06 - 2,87)	0,026

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Discussão

Houve predomínio de puérperas na faixa etária entre 20 a 29 anos, com companheiro, com renda familiar entre 1 e 2 salários-mínimos e do lar, semelhante ao encontrado na Pesquisa Nascer no Brasil, na Região Sul (Leal *et al.*, 2020). Houve diferenças quanto à escolaridade e raça/cor, já que os resultados demonstram maior prevalência de puérperas com mais anos de estudo e que se autodeclararam pardas.

A adequação da assistência pré-natal é avaliada por muitos autores utilizando critérios de seis consultas mínimas e início até a 16ª gestacional. Este estudo utilizou a recomendação da Rede Mãe Paranaense (Paraná, 2018), que estabelece parâmetros mais exigentes. Posto isso, a adequação encontrada no estudo ainda é baixa, visto que 68,7% das puérperas iniciaram o pré-natal no 1º trimestre da gravidez e apenas 73,7% tiveram o número mínimo de sete consultas previstas para a idade gestacional no momento do parto. No entanto, nota-se uma melhora quanto ao indicador início precoce

do pré-natal ao encontrado na Pesquisa Nascer no Brasil, de 57,6% (Leal *et al.*, 2020).

Outros estudos, ainda agregam a avaliação da assistência pré-natal, critérios relacionados ao acesso, a estrutura disponível na rede de atenção básica, as condições de gestão e a oferta de cuidados prestados pelas equipes, como os procedimentos técnicos realizados durante as consultas, a realização de exames laboratoriais e a vacinação (Viellas *et al.*, 2014; Guimarães *et al.*, 2018; Mario *et al.*, 2019; Leal *et al.*, 2020). Poucos estudos investigam questões relacionadas às orientações recebidas durante o pré-natal.

Um achado que merece atenção é o papel insuficiente das ações educativas no preparo da mulher para o autocuidado, para uma gravidez saudável, um parto seguro e cuidados adequados ao recém-nascido. Foi identificada baixa proporção de orientações em diversos temas e apenas aproximadamente 6 em cada 100 puérperas receberam todas as orientações analisadas, durante a assistência pré-natal, desfecho muito distante do ideal que seria a disponibilidade de informações a todas as gestantes. Resultado semelhante foi encontrado em outros estudos, com baixas proporções de orientações relacionadas aos sinais de trabalho de parto, atividades para facilitar o parto e amamentação na 1ª hora de vida (Viellas *et al.*, 2014; Silva *et al.*, 2019; Mendes *et al.*, 2020).

Ressalta-se, também, que somente pequena parcela das puérperas participou de atividades de educação em saúde no pré-natal. Entre os motivos alegados destaca-se a desinformação quanto a existência de grupo de gestante na unidade de saúde, contudo não foi possível verificar a veracidade da informação nos serviços de pré-natal. Estudo realizado no município do Ceará também identificou baixa proporção de participação em grupos de gestante, 15% (Monteiro *et al.*, 2019).

Esse resultado é preocupante, tendo-se em vista que a ação de orientar não depende do fornecimento de insumos e equipamentos (Anversa *et al.*, 2012) mas, ainda assim, não tem atingido todas as gestantes. A ação educativa depende de tempo, treinamento e

estratégias para sua implementação, a fim de que a orientação consiga ser efetiva, implicando na melhoria da qualidade de vida da gestante. Acredita-se que baixas proporções no fornecimento de orientações educativas durante a assistência pré-natal estão relacionadas à forma de organização do trabalho das equipes de saúde, pois devido à demanda excessiva e priorização das consultas, restringem o tempo de atendimento ao usuário e os procedimentos técnicos acabam por suprimir as de educação em saúde, limitando a qualidade da assistência prestada (Tomasi, *et al.*, 2022).

Nesse contexto, enfatiza-se que a atenção ao pré-natal deve acolher as demandas das gestantes e o estabelecimento de vínculos, e não somente a realização de consultas e solicitação de exames. A ausência de recordação de alguns temas pelas puérperas reflete condutas prescritivas sem estabelecer uma relação dialógica com a gestante. Os espaços destinados às ações educativas são essenciais para que as gestantes e acompanhantes compartilhem suas dúvidas e experiências, que frequentemente não são abarcadas nas consultas de pré-natal, realizada dentro dos consultórios, pelos profissionais de saúde (Brasil, 2012). As informações relacionadas à saúde materno-infantil, quando compartilhadas entre as gestantes, são bastante favoráveis; estudos apontam que as mesmas permanecem, ao decorrer da gestação, mais tranquilas e menos ansiosas nesta fase de suas vidas (Mota *et al.*, 2011).

Evidencia-se a importância do cuidado multiprofissional e da educação permanente das equipes de saúde que atendem ao pré-natal. Ruschi *et al.* (2018) identificaram melhor qualidade da assistência pré-natal em unidades de saúde que apresentavam o suporte da equipe de apoio matricial em saúde da mulher. Estudo realizado com trabalhadores de unidades estratégia de saúde da família, sobre as possibilidades da educação em saúde, expôs as dificuldades encontradas, como deficiências na formação acadêmica para o desenvolvimento do trabalho na comunidade, prevalecendo o modelo biomédico, a falta de educação permanente nos serviços de saúde e a falta de tempo, sendo um entrave a ser solucionado (Oliveira; Wendhausen, 2014).

Os temas menos abordados foram a atividade sexual na gestação, o incentivo ao aleitamento materno e os sinais de trabalho de parto. A sexualidade na gravidez é caracterizada por mudanças físicas e psicológicas, que associadas a crenças religiosas e questões sociais e culturais podem ocasionar um impacto negativo no comportamento sexual das gestantes, como diminuição do desejo e das relações sexuais, e a um quadro patológico de disfunção sexual (Soares, *et al.*, 2020). Os profissionais de saúde devem assumir um papel proativo ao abordar a sexualidade, esclarecendo as dúvidas e mitos para promover a manutenção da intimidade física e da qualidade de vida durante a gestação.

São conhecidos os diversos benefícios associados ao aleitamento materno e existem diversas iniciativas do governo federal para a sua promoção e proteção, como o Hospital Amigo da Criança (1990) e a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (2013). Compreende-se que a rede de apoio ao aleitamento materno, com o acesso e acolhimento nos serviços de saúde, o apoio de organizações sociais e da família, são de suma importância para o sucesso da amamentação. A orientação sobre o aleitamento materno empondera e dá segurança a mulher no processo de amamentação, e está associada à maior prevalência de aleitamento na primeira hora de vida e amamentação exclusiva até o sexto mês da criança (Silva; Lima; Osório, 2016). Ainda assim, muitos estudos evidenciam carência de orientações sobre o aleitamento materno durante o acompanhamento pré-natal (Viellas, *et al.*, 2014; Silva *et al.*, 2019; Genovesi, *et al.*, 2020; Mendes *et al.*, 2020).

Sobre o trabalho de parto, cabe ao profissional de saúde informar a gestante sobre esse processo, para que ela consiga identificar os sinais do verdadeiro trabalho de parto, diminuindo assim as admissões prematuras, as intervenções desnecessárias, o tempo de internamento, e o risco de infecções relacionadas à assistência (Brasil, 2001). Melo *et al.* (2015) descrevem a importância do esclarecimento ao acompanhante sobre os sinais de trabalho de parto; quando orientado consegue reconhecê-lo e assim conduzir a gestante no momento certo para a maternidade. Outro estudo identificou que a presença do companheiro nas consultas de pré-natal

e em capacitação para acompanhamento do parto esteve associado a um melhor contentamento das puérperas com relação ao apoio e sua utilidade durante as fases do trabalho de parto, parto e pós-parto (Holanda *et al.*, 2018).

Quase metade das puérperas apresentou escore insuficiente de orientações e as variáveis associadas foram o início tardio do pré-natal, a multiparidade, a gestação de risco habitual, a não realização do exame preventivo do câncer do colo do útero, a não participação em grupo de gestante e não ser praticante de religião (interpretada como um fator de confusão, haja vista que está associado às puérperas que apresentaram inadequação do pré-natal, como menos de 7 consultas de pré-natal, início tardio e menos de 3 rotinas de exames laboratoriais).

Observa-se que as puérperas que iniciaram o pré-natal tardiamente, e em consequência apresentaram maior chance de realizar menos consultas e rotinas de exames laboratoriais, obtiveram maior risco de receberem menos orientações durante o acompanhamento. Nesse sentido, reforça-se a importância da implementação de ações pela equipe de saúde que visem à captação precoce das gestantes, para que o cuidado possa ser realizado em tempo oportuno, favorecendo a criação do vínculo com o profissional de saúde, a identificação de fatores de risco que possam afetar a saúde da mãe e do bebê, o encaminhamento ao serviço especializado, a solicitação dos exames indicados para cada período gestacional, a aplicação das vacinas recomendadas e todas as outras condutas preconizadas. O pré-natal tardio, além de comprometer todo o acompanhamento pré-natal, implica em um número menor de consultas. A inadequação das consultas abaixo do preconizado está relacionada à prematuridade (Martinelli *et al.*, 2021).

A multiparidade pode estar relacionada à compreensão de que a mulher múltipara apresenta maior conhecimento trazido pelas experiências anteriores. No entanto, destaca-se que toda a oportunidade de comparecimento da gestante ao serviço de saúde deve ser aproveitada para a execução de atividades promotoras da saúde. Cada gestação apresenta suas particularidades, determinantes para

o seu apropriado progresso, sendo responsabilidade do profissional de saúde orientar a mulher em suas diferentes gestações (Brasil, 2012). Ruschi *et al.* (2018) identificaram associação da inadequação do pré-natal ao número de filhos anteriores em comparação a primigestas.

O alto risco gestacional se mostrou como fator de proteção. Tal achado pode estar associado ao acompanhamento pré-natal ser realizado por equipe multiprofissional em dois serviços de saúde distintos, propiciando assim maior oportunidade de atividades de educação em saúde. Estudo que analisou o acompanhamento pré-natal ofertado a gestantes de alto risco, em serviço público, observou que a chance de atendimento pré-natal ineficiente foi 64% maior entre as mulheres que fizeram pré-natal na atenção primária se comparada as que fizeram na atenção primária associada à secundária (Medeiros *et al.*, 2019).

Como limitação do estudo, aponta-se o seu delineamento transversal, que reflete uma realidade específica em um tempo determinado. No entanto, os seus resultados são representativos desta realidade e fornecem subsídios para novos estudos nesta temática.

Conclusão

Os resultados demonstram que há uma falha nas ações educativas realizadas durante o pré-natal, com baixas proporções de participação em grupos de gestante e recebimento de orientações durante a assistência prestada. O Escore insuficiente de orientações correlacionou-se a fatores de inadequação do pré-natal, como o início tardio do pré-natal e a não realização de exames preventivos. Evidencia-se a necessidade de revisar a assistência pré-natal e as estratégias de educação em saúde nos serviços de saúde, visto o baixo impacto no reconhecimento das informações previstas no Programa de atenção ao pré-natal. Espera-se que as contribuições deste estudo instiguem novos olhares sobre as práticas de atenção ao pré-natal, valorizando os aspectos relacionados às atividades de educação em saúde.

Referências

ANVERSA, E. T. R.; BASTOS, G. A. N.; NUNES, L. N.; PIZZOL, T. S. D. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 789-800, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR), DATASUS. **SINASC: nascimentos por residência da mãe por ano do nascimento segundo número de consultas de pré-natal**. Brasília, DF, 2020 Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>

CRUZ, A. A. M. B. da.; SANTOS, L. C. dos.; MINHARRO, M. C. de O.; ROMANHOLI, R. M. Z.; PREARO, A. Y.; ALENCAR, R. A. Fatores de natureza social associados ao risco de prematuridade em município paulista. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 36, p. 1-7, 2023.

GENOVESI, F. F.; CANÁRIO, M. A. dos S. S.; GODOY, C. B. de.; MACIEL, S. M.; CARDELLI, A. A. M.; FERRARI, R. A. P. Assistência à saúde materno-infantil: índice de adequação em serviços públicos de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n.4, p. 1-8, 2020.

GUIMARÃES, W. S. G.; PARENTE, R. C. P.; GUIMARÃES, T. L. F.; GARNELO, L. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n.5, p. 1-13, 2018.

HOLANDA, S. M.; CASTRO, R. C. M. B.; AQUIN, P. de

S.; PINHEIRO, A. K. B.; LOPES, L. G.; MARTINS, E. S. Influência da participação do companheiro no pré-natal: satisfação de primíparas quanto ao apoio no parto. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n.2, p. 1-10, 2018.

KALE, P. L.; FONSECA, S. C.; OLIVEIRA, P. W. M. de.; BRITO, A. dos S. Tendência da mortalidade fetal e infantil segundo evitabilidade das causas de morte e escolaridade materna. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 24 (suppl 1), p. 1-14, 2021.

LANGE, S.; PROBST, C.; HEER, N.; ROERECKE, M.; REHM, J.; MONTEIRO, M. G.; SHIELD, K.; OLIVEIRA, C. de.; POPOVA, S. Actual and predicted prevalence of alcohol consumption during pregnancy in Latin America and the Caribbean: systematic literature review and meta-analysis. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, D.C., v. 41, p. 1-11, 2017.

LEAL, M. do C.; ESTEVES-PEREIRA, A. P.; VIELLAS, E. F.; DOMINGUES, R. M. S. M.; GAMA, S. G. N. da. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, n.8, p. 1-12, 2020.

LESSA, M. S. de A.; NASCIMENTO, E. R.; COELHO, E. de A. C.; SOARES, I. de J.; RODRIGUES, Q. P.; SANTOS, C. A. de S. T.; NUNES, I. M. Pré-natal da mulher brasileira: desigualdades raciais e suas implicações para o cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.27, p. 3881-3890, 2022.

MARIO, D. N.; RIGO, L.; BOCLIN, K. de L. S.; MALVESTIO, L. M. M.; ANZILIERO, D.; HORTA, B. L.; WEHRMEISTER, F. C.; MARTÍNEZ-MESA, J. Qualidade do pré-natal no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, p. 1223-1232, 2019.

MARTINELLI, K. G.; DIAS, B. A. S.; LEAL, M. L.; BELOTTI, L.; GARCIA, E. M.; SANTOS NETO, E. T. dos. Prematuridade no Brasil entre 2012 e 2019: dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 1-15, 2021.

MEDEIROS, F. F.; SANTOS, I. D. de L.; FERRARI, R. A. P.; SERAFIM, D.; MACIEL, S. M.; CARDELLI, A. A. M. Acompanhamento pré-natal da gestação de alto risco no serviço público. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.72, n.3, p. 213-220, 2019.

MELO, R. M.; ANGELO, B. H. de B.; PONTES, C. M.; BRITO, R. S. de. Conhecimento de homens sobre o trabalho de parto e nascimento. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n.3, p. 454-459, 2015.

MENDES, R. B.; SANTOS, J. M. de J.; PRADO, D. S.; GURGEL, R. Q.; BEZERRA, F. D.; GURGEL, R. Q. Avaliação da qualidade do pré-natal a partir das recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.25, p. 793-804, 2020.

MONTEIRO, M. de F. V.; BARBOSA, C. P.; VERTAMATTI, M. A. F.; TAVARES, M. N. A.; CARVALHO, A. C. de O.; ALENCAR, A. P. A. Access to public health services and integral care for women during the puerperal gravid period period in Ceará, Brazil. **BMC Saúde Serv Res.**, v. 19, n.1, p. 851- 859, 2019.

MOTA, E. M.; OLIVEIRA, M. F. de; VICTOR, J. F.; PINHEIRO, A. K. B. Sentimentos e expectativas vivenciados pelas primigestas adolescentes com relação ao parto. **Rev RENE**, v. 12, n.4, p. 692-698, 2011.

NEVES, R. G.; FLORES-QUISPE, M. del P.; FACCHINI, L. A.; FASSA, A. C. G.; TOMASI, E. Pré-natal no Brasil: estudo transversal do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n.1, p. 1-12, 2020.

NUNES, A. D. S.; AMADOR, A. E.; DANTAS, A. P. Q. M.; UM, A.; BARBOSA, I. R. Acesso à assistência pré-natal no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 30, n. 3, p. 1-10, jul./set., 2017.

OLIVEIRA, S. R. G. de; WENDHAUSEN, A. L. P. (Re) significando a educação em saúde: dificuldades e possibilidade da estratégia saúde da família. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n.1, p. 129-147, jan./abr.,2014.

PARANÁ. **Linha Guia Rede Mãe Paranaense**. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. 7ª edição, 2018.

RUSCHI, G. E. C.; ZANDONADE, E.; MIRANDA, A. E.; ANTÔNIO, F. F. Determinantes da qualidade do pré-natal na Atenção Básica: o papel do Apoio Matricial em Saúde da Mulher. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.26, n.2, p. 131-139, 2018.

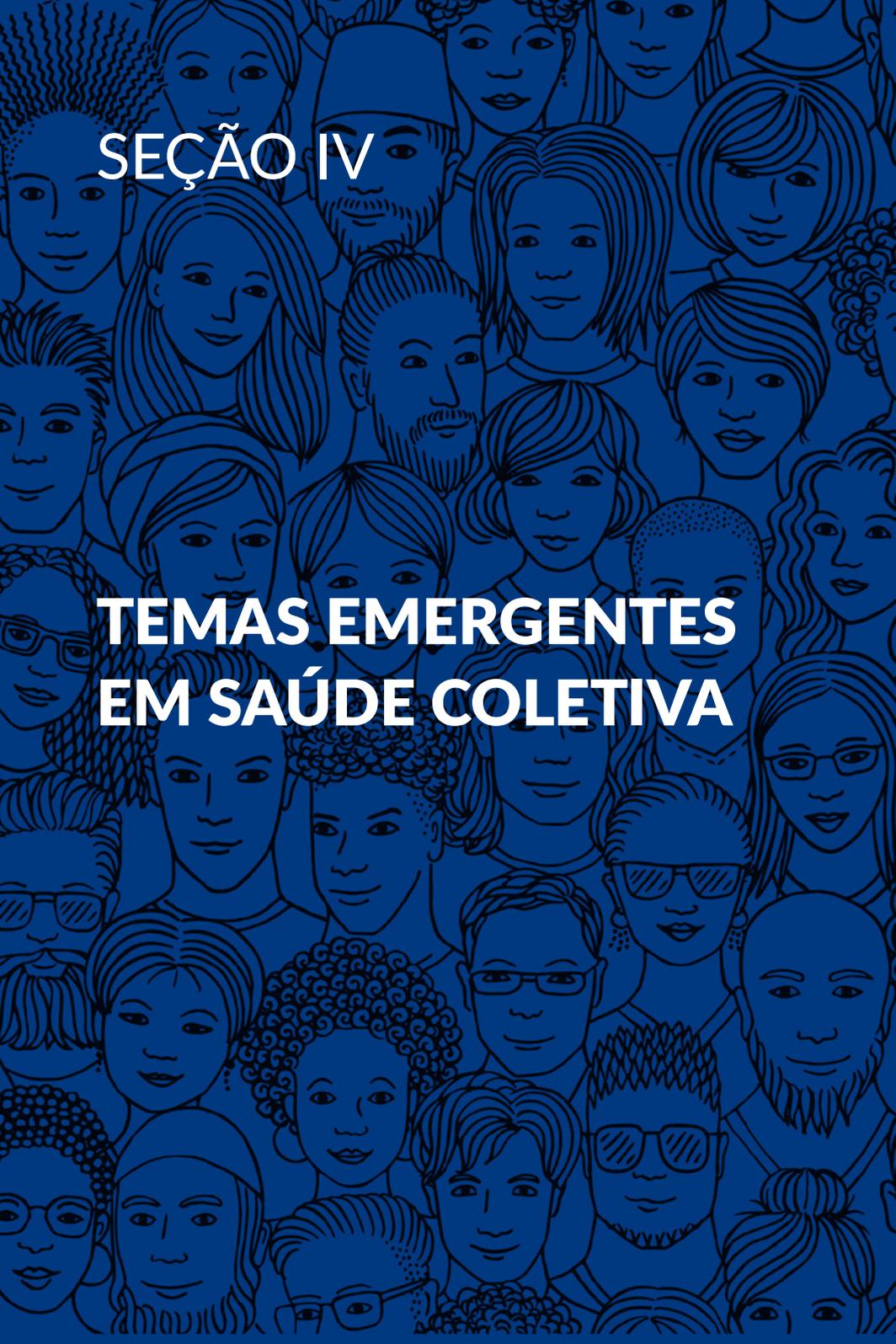
SILVA, E. P. da.; LIMA, R. T.; OSÓRIO, M. M. Impacto de estratégias educacionais no pré-natal de baixo risco: revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n.9, p. 2935-2948, 2016.

SILVA, E. P. da.; LEITE, A. F. B.; LIMA, R. T.; OSÓRIO, M. M. Avaliação do pré-natal na atenção primária no Nordeste do Brasil: fatores associados à sua adequação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 53, p. 1-13, 2019.

SOARES, P. R. A. L.; CALOU, C. G. P.; RIBEIRO, S. G.; AQUINO, P. de S.; ALMEIDA, P. C. de; PINHEIRO, A. K. B. Sexualidade em gestantes e fatores de risco associados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.73, n.4, p. 1-7, 2020.

TOMASI, E.; ASSIS, T. M. de.; MULLER, P. G.; SILVEIRA, D. S. da; NEVES, R. G.; FANTINEL, E.; THUMÉ, E.; FACCHINI, L. A. Evolution of the quality of prenatal care in the primary network of Brazil from 2012 to 2018: What can (and should) improve?. **PLOS ONE**, v. 17, n.1, p. 1-13, 2022.

VIELLAS, E. F.; DOMINGUES, R. M. S. M.; DIAS, M. A. B.; GAMA, S. G. N. da; THEME FILHA, M. M.; COSTA, J. V. da C.; BASTOS, M. H.; LEAL, M. do C. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.1, p. 85-100, 2014.

The background of the entire page is a solid blue color. Overlaid on this background is a dense, overlapping crowd of human faces. Each face is drawn in a simple, white line-art style, capturing various expressions and features. The faces are diverse in age, gender, and ethnicity, representing a wide range of human diversity. The text is placed over this background, with the top section at the top and the main title in the center.

SEÇÃO IV

**TEMAS EMERGENTES
EM SAÚDE COLETIVA**

CAPÍTULO 13

TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO OCCUPATIONAL BALANCE-QUESTIONNAIRE (OB-QUEST)

**Juliano Mota Volinger, Iranise Moro Pereira Jorge,
Solena Ziemer Kusma Fidalski**

Introdução

O equilíbrio ocupacional (EO) é uma das bases teóricas fundamentais à prática da Terapia Ocupacional (TO), permeado pelo conceito de atividade, descrito, essencialmente, como uma complexa interação entre homem, ocupação e ambiente (Knaut *et al.*, 2010). Todavia, apesar da contribuição relevante do EO no campo da TO e das Ciências do Trabalho, na literatura mundial não há consenso em torno desse conceito, sendo definido de forma diversa, principalmente, sob a perspectiva de terapeutas ocupacionais em função de suas vivências cotidianas da atividade ocupacional da TO (Dür *et al.*, 2016).

A concepção de EO se relaciona à compreensão que a pessoa que o tem se envolver em quantidade certa de ocupações, o tempo gasto para realizá-las e a satisfação que esse envolvimento lhe traz (Wagman; Håkansson; Björklund, 2012). Desse conceito, retira-se a compreensão que a experiência de EO depende da maneira como cada pessoa organiza e desenvolve suas atividades da vida cotidiana e como as valorizam de forma satisfatória ou não. Notadamente, essa organização-desenvolvimento-valorização da atividade cotidiana se dá na dinamicidade da vivência em um contexto particular, seja no âmbito profissional ou familiar, altamente mutável. Concebe-se, então, que o EO não pode ser concebido na perspectiva de um conceito estático ou unidimensional, e que dificilmente seja possível se chegar a um EO específico para cada grupo de atividade ocupacional e mantê-lo durante longo tempo (Dür *et al.*, 2016).

A estrutura da prática da TO, domínio e processo, foi criada para uniformizar seus conceitos. Nesse contexto, define-se ocupação como sendo os vários tipos de atividades cotidianas nas quais os indivíduos, grupos ou populações se envolvem. Nessa estrutura, todas as atividades realizadas pelo ser humano são classificadas em oito grandes ocupações: (1) atividades de vida diária; (2) atividades instrumentais de vida diária; (3) trabalho; (4) educação; (5) brincar; (6) lazer; (7) descanso e sono; (8) participação social (Aota, 2015). Ressalta-se que no campo de atuação da TO, o termo “ocupação” é compreendido e usado sem qualquer relação a “cargo” ou “função”.

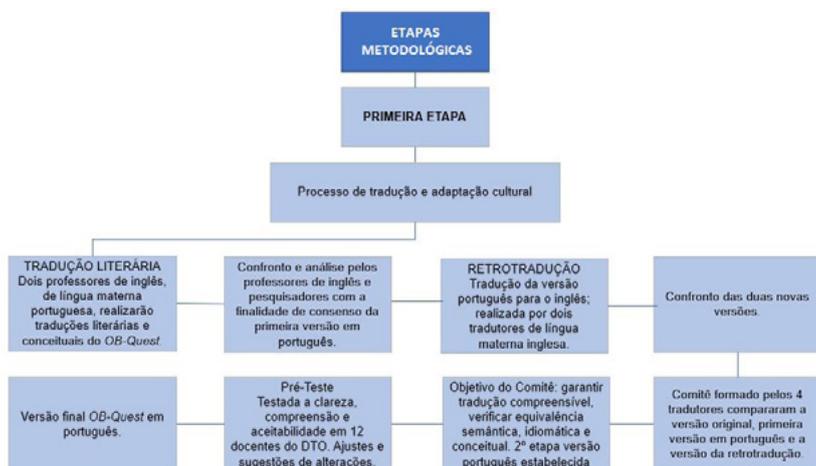
Diante disso, o conceito definido como fundamentação teórica norteadora, corrobora com o escopo trazido pelo documento da Associação Americana de Terapia Ocupacional (Aota, 2015). Da mesma forma que a literatura apresenta evidências acerca do significado do EO, fundadas em instrumentos de avaliação com base na análise qualitativa, na abrangência da TO voltada à promoção da saúde e bem-estar das populações baseando-se nas áreas de ocupações (Polit; Becker; Hungler, 2001; Pinto *et al.*, 2018). Assim, o objetivo dessa pesquisa foi descrever o processo de tradução, adaptação cultural e validação de *Occupational Balance-Questionnaire (OB-Quest)* para o contexto brasileiro e avaliar suas propriedades psicométricas.

Materiais e métodos

Trata-se de um estudo do tipo metodológico de validação, dividido em duas etapas: 1) Processo de tradução e adaptação transcultural; 2) Avaliação das propriedades psicométricas do instrumento traduzido.

A **Etapa I** teve caráter descritivo metodológico. O questionário utilizado na pesquisa foi o *Occupational Balance-Questionnaire (OB-Quest)* (Dür, 2014). Vale ressaltar que esse instrumento já era validado na língua inglesa e a proposta é traduzi-lo e validá-lo na língua portuguesa, conforme apresentado o fluxograma na Figura 1.

Figura 1 – Primeira etapa metodológica



Fonte: Autoria própria (2020).

O processo de tradução e validação transcultural seguiu quatro fases, conforme previstas por Knaut *et al.* (2010).

Na **Fase I**, Tradução Português-Brasil, dois professores licenciados em Letras-Português/Inglês, de forma independente, fizeram traduções literárias e conceituais do *OB-Quest* original proposta por Dür *et al.* (2014). Na **Fase II**, *Síntese das Traduções*, ambas as versões originadas na Fase I foram confrontadas e analisadas por um comitê de especialistas composto por dois tradutores e pela equipe de pesquisa a fim de se chegar a um consenso quanto à primeira versão do instrumento traduzido para o Português-Brasil.

Na **Fase III**, *Retrotradução*, a versão em português-Brasil do *OB-Quest* foi traduzida para o inglês de forma independente por dois tradutores de língua inglesa fluentes em Português-Brasil, que não tiveram acesso ao *OB-Quest* na versão original e desconheciam a finalidade do estudo.

Na **Fase IV**, *Análise do Comitê de Especialistas*, um grupo composto por quatro tradutores e pela equipe de pesquisa, comparou-se a versão original, a primeira versão em português-Brasil

e a versão da retrotradução do *OB-Quest* elaborada na Fase II. Os objetivos desse comitê eram garantir que a tradução elaborada na Fase III fosse totalmente compreensível e verificar a equivalência semântica (vocabulário, gramática), idiomática (expressões, coloquialismos) e conceitual (validade do conceito) entre a versão original e a traduzida. Ao final dessa etapa foi definida uma segunda versão do *OB-Quest* em português-Brasil para ser aplicada no pré-teste.

A aplicação do instrumento, orientadora do pré-teste, recrutamento e critérios de retradução e de participação contou com apresentação dos objetivos de pesquisa e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná (CEP/SD/UFPR) – número de CAAE: 28453919.1.0000.0102 –foi aprovado em 13 de abril de 2020. Posteriormente, definiu-se a composição da amostra. Para tal, consultou-se o Departamento de Terapia Ocupacional da UFPR, composto por vinte docentes, e fez-se o cálculo amostral com 95% de confiança mais 20% de margem de erro.

Para realizar o recrutamento dos docentes, fez-se contato via *e-mail* com cada possível participante, solicitando-se a disponibilidade e agendamento para apresentação da versão em Português-Brasil do *OB-Quest*. A amostra foi composta por doze docentes (n=12), que receberam esta versão do *OB-Quest* e o TCLE. Em seguida, os docentes responderam se compreenderam ou não cada item e comentaram o que entenderam sobre o *OB-Quest*. Em caso de não compreensão de algum item, o docente era estimulado a sugerir alterações para torná-lo compreensível.

Para legitimar tal situação estabeleceu-se o cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), que mede a proporção ou porcentagem de juízes em concordância aceitável sobre determinados aspectos de um instrumento e unidades avaliativas. No cálculo do IVC é utilizada a seguinte equação matemática:

$$\text{IVC} = \frac{\text{número de resposta concordantes}}{\text{número total de respostas}}$$

O índice de concordância aceitável por membros do comitê de especialistas deveria ser de no mínimo 0,80 e, preferencialmente,

maior que 0,90, seguindo padrão definido na literatura (Souza; Alexandre; Guirardello, 2017) e o intervalo de não compreensão ($15\% \leq$) a partir do qual a tradução seria reanalisada pelo comitê de especialistas e, em seguida, re-testada, pois a versão do *OB-Quest* só seria definida quando todas as questões fossem consideradas compreensíveis.

Como critério de inclusão todos os docentes participantes do pré-teste deveriam ter vínculo com o Departamento de Terapia Ocupacional da UFPR, sob regime de trabalho efetivo, e estar em pleno exercício profissional no ensino, pesquisa ou extensão. Seriam excluídos aqueles que estivessem em licença de qualquer natureza.

Uma vez definido o instrumento pelo comitê de especialistas, prosseguiu-se para a **Etapa II**: Avaliação das propriedades psicométricas do instrumento traduzido. Nessa etapa participaram da pesquisa um total de 102 professores da Universidade Federal do Paraná. Os participantes foram recrutados, via *e-mail*, para o processo de validação do *OB-Quest*. Todos os participantes receberam o *OB-Quest* via *Google Forms*, eles possuíam vínculo empregatício com a instituição, sob regime de trabalho efetivo, e seguiram os critérios de inclusão-exclusão do pré-teste.

Para os testes de validação psicométrica utilizou-se o *OB-Quest* traduzido e adaptado na Etapa I, composto por dez questões para avaliar oito dimensões do EO: atividades desafiadoras e relaxantes; atividades com reconhecimento pelo individual e pelo contexto sociocultural; participação em atividades estressantes e menos atividades estressantes; impacto da própria condição de saúde nas atividades; satisfação com a quantidade de descanso e sono; engajamento em uma variedade de atividades; adaptação das atividades de acordo com alterações das condições de vida, como doença autoimune crônica ou alterações no trabalho ou no círculo familiar; atividades destinadas a cuidar de si e dos outros (Dür et al., 2014), conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 - Versão Final do OB-Quest traduzido para o Português

ID	Versão Final - OB-Quest			
	Formulação Interrogativa	Alternativas de Resposta		
1	Você geralmente acha suas atividades diárias pouco exigentes?	Eu não acho minhas atividades pouco exigentes	Acho algumas das minhas atividades pouco exigentes	Acho a maioria das minhas atividades pouco exigentes
2	Você geralmente acha suas atividades diárias muito exigentes?	Eu não acho minhas atividades muito exigentes	Acho algumas das minhas atividades muito exigentes	Acho a maioria das minhas atividades muito exigentes
3	Você recebe reconhecimento por suas atividades diárias?	Eu não recebo nenhum reconhecimento	Eu recebo reconhecimento suficiente	Eu recebo muito reconhecimento
4	Com que frequência você se sente sobrecarregado por suas atividades no seu cotidiano?	Nunca	Às vezes	Frequentemente
5	Quanto suas atividades, em sua vida cotidiana, afetam sua saúde?	Nem um pouco	Um pouco	Muito
6	Você descansa o suficiente?	Eu descanso muito pouco	Eu descanso pouco	Eu descanso o suficiente
7	Você dorme o suficiente?	Eu durmo muito pouco	Eu durmo pouco	Eu durmo o suficiente
8	Você consegue associar atividade física, atividade de descanso e criatividade durante seu cotidiano?	Eu não consigo	Eu consigo razoavelmente	Eu consigo muito
9	Quão bem você consegue adaptar suas atividades cotidianas para mudar suas condições de vida em relação ao seu estado de saúde?	Eu não consigo	Eu consigo razoavelmente	Eu consigo muito bem

10	Quão bem você consegue adaptar suas atividades cotidianas para mudar suas condições de vida como sua vida profissional ou status de emprego?	Eu não consigo	Eu consigo razoavelmente	Eu consigo muito bem
----	--	----------------	--------------------------	----------------------

Fonte: Instrumento original Dur *et al.* (2014); Tradução dos autores (2020).

Cada questão do *OB-Quest* original conta com três possibilidades de resposta, as quais assumem caráter interpretativo como critérios métricos de autoavaliação do participante (Dür *et al.*, 2014). Cada opção indicada é livremente escolhida pelo participante como autorrelato de suas experiências de vida.

Por ser psicométrico e autorrelatado, o *OB-Quest* inclui questões já avaliadas na métrica do EO, como estresse ocupacional e atividades desafiadoras e relaxantes (Wagman; Håkansson; Björklund, 2010) e de quatro componentes inéditos na avaliação do EO: desafiador e atividades de relaxamento, envolvimento em atividades estressantes e menos estressantes, impacto da condição de saúde nas atividades e adaptação de atividades às condições de vida alteradas de OE (Dür *et al.*, 2013; 2014).

A validade de um instrumento concerne na maneira que mede exatamente o que este indica, ou seja, válida a capacidade de medir o fenômeno a ser. Recomenda-se a validade psicométrica de um instrumento aconteça sob os seguintes aspectos: validade de conteúdo, validade de critério, validade de constructo e validade de confiabilidade (Souza; Alexandre; Guirardello, 2017).

A validade de conteúdo refere-se à avaliação do quanto uma seleção de itens ou aspectos avaliativos é representativa ao universo definido de um conteúdo, a qual não se aplica nesse caso porque o conteúdo do *OB-Quest* é original (Dür *et al.*, 2014).

A validade de critério consiste na relação de parâmetros externos, previamente definidos por outros instrumentos, com o escore do instrumento a ser validado (Salmond, 2008). Esta pesquisa

não permite tal validação, pois inexistente um instrumento padrão ouro para a avaliação do EO.

A validade de constructo foi realizada na Etapa I por meio da validação e adaptação transcultural, seguindo-se a literatura (Souza; Alexandre; Guirardello, 2017).

Para validação da confiabilidade do *OB-Quest*, isto é, de sua capacidade de exibir um resultado de maneira consistente no tempo-espaço, fez-se análise da consistência interna e da estabilidade. A consistência interna indica se todos os itens do *OB-Quest* avaliam a mesma propriedade, mesmo atributo. Aplicou-se o teste estatístico Alpha de Cronbach (1951), cujo valor ideal do resultado é 0,70, sendo considerados satisfatórios valores próximos a 0,60 (Souza; Alexandre; Guirardello, 2017).

A estabilidade é uma medida de avaliação da consistência das repetições dos escores (Souza; Alexandre; Guirardello, 2017), o que requer aplicação do *OB-Quest* e posterior reaplicação para viabilizar a confirmação do resultado em momentos distintos. Na confirmação da estabilidade utilizou-se o Teste Kappa (Perroca; Gaidzinski, 2003) e na interpretação dos resultados esta classificação: valores abaixo de 0,50 de reprodutibilidade pobre; valores de 0,50 a 0,75 de moderada reprodutibilidade e valores acima de 0,75 de boa reprodutibilidade (Polit; Becker; Hungler, 2001). Na aplicação do reteste do *OB-Quest*, ocorrida no sétimo dia posterior ao teste, participaram dez docentes (n=10).

Para análise estatística, os dados coletados foram organizados em planilhas do *Microsoft Excel*[®] e posteriormente analisados por meio do programa *Statistical Package for the Social Science - SPSS*[®] (IBM[®] *SPSS*[®] *Statistics* v.25.0, SPSS Inc, Chicago, EUA). Consideraram-se significativos os valores de p menores que 0,05 ($p < 0,05$).

Resultados e discussão

Etapa I - Processo de tradução e adaptação transcultural

Inicialmente, foi apresentada uma definição introdutória em que Dür *et al.* (2013; 2014) explicam o conceito e trazem exemplos de “ocupações” e “atividades”. Em seguida, tratou-se do *OB-Quest*, versão Português-Brasil. Na etapa do pré-teste participaram 12 docentes, com tempo de formação profissional dos docentes variando entre 10 e 38 anos. A maioria detinha título de doutorado (n=6), outros eram mestres (n=3) ou pós-doutores (n=3). Nessa etapa, a maioria dos docentes participantes (58,1%) não teceu qualquer comentário em nenhuma das questões da primeira versão do *OB-Quest Português-Brasil*; outros sugeriram incluir uma definição para *ocupação* (24,9%); substituir a palavra *coisas* para *ações* (8,3%) e proposta de reorganização textual (8,3%). Como o foco do *OB-Quest* é *ocupação*, os pesquisadores decidiram acatar tais sugestões, reorganizar o texto, incluir novas áreas de ocupação (Aota, 2015), e exemplos facilitadores para maior compreensão das questões e alternativas de resposta. Além disso, foi sugerida, pelos participantes (25%), a inclusão de um texto informativo procedimental para auxiliar o preenchimento do *OB-Quest* para contemplar questões relacionadas ao trabalho como ocupação, atividades de lazer, descanso e sono, com abrangência temporal de um dia na rotina diária (pessoal e profissional). As sugestões foram acatadas.

Na primeira questão (Q1), os participantes (41%) sugeriram a retirada da frase da expressão *diária*, pois dava conotação apenas a uma área de ocupação (atividades de vida diária) e não englobava todas as atividades que o ser humano desempenha ou se engaja na sua vida cotidiana. Essa sugestão foi acatada. Ainda nessa questão, foi proposto substituição das palavras *diárias* por *rotineiras* (16,6%) e *acho* por *considero* (8,3%) e excluir a expressão *geralmente* (8,3%). Mas tais sugestões não foram acatadas por não condizerem com as alternativas de resposta da Q1. Alguns participantes (33%) não fizeram comentário sobre a Q1, o que indica a solidez e compreensão da retrotradução dessa questão.

Na Q2, metade dos participantes (50%) sugeriram a retirada da palavra *diária*, a qual foi acatada pelos mesmos motivos já mencionados na Q1. Também foi sugerida a substituição de *acho* por *considero* e retirar a expressão *geralmente* (8,3%). Tais sugestões não foram acatadas pelos pesquisadores por não condizerem com as alternativas de resposta da Q2. Muitos participantes (41,5%) não teceram qualquer consideração, o que indica concordância com a tradução da Q2.

Em Q1 e Q2 houve sugestão para unificá-las (16,6%), o que não foi aceito pela equipe de pesquisa por questões metodológicas pertinentes à etapa de tradução e porque cada questão contempla diferentes abordagens temáticas.

Na avaliação da Q3, a maioria dos participantes (58%) sugeriu a substituição da palavra *valorização* por *reconhecimento*, por considerar a conotação de valor monetário intrínseco nessa palavra. Assim entendido, o verbete *reconhecimento* seria mais adequado para o conteúdo contemplado nessa questão tendo em vista que seu objetivo é verificar as diversas formas de recompensa autopercibidas pela pessoa devido à realização de suas atividades cotidianas pessoais ou profissionais. Outros (8,3%) sugeriram a troca do termo *valorização* pela expressão *se sente valorizado*. Aliado à análise, outros participantes (49,8%) propuseram a retirada da palavra *diária*; sugestão acatada pelos pesquisadores. Ainda outros (17%) não fizeram nenhuma consideração à Q3.

Na Q4, grande maioria (83%) não registrou qualquer sugestão, o que sugere concordância com a tradução do *OB-Quest* português-Brasil. Mas alguns (8,3%) advogaram pela troca da expressão *dia a dia* para *cotidiano* e outros (8,3%) propuseram a inclusão do termo *atividades* antes do *dia a dia*. Os pesquisadores acataram tais sugestões por entenderem que a semântica frasal e sua compreensão no contexto cultural traduzido ficariam melhoradas.

Na Q5, a metade (50%) não fez qualquer consideração por concordar com a tradução. Mas outros sugeriram a retirada de expressão *vida cotidiana* (33,2%), substituição do verbete *afetam* por

comprometem (16,6%) e acréscimo da palavra *desempenho* de suas atividades (8,3%). Tais sugestões não foram acatadas pelo baixo impacto percentil e por alterarem o conteúdo, a semântica, da Q5.

A Q6 propõe identificar aspectos relacionados ao descanso. A maioria (83%) não fez nenhum comentário ou sugestão de adequação. Outros sugeriram mudança na alternativa de resposta a Q6, assim: alguns (8,3%) solicitaram que se adequasse a frase para você *consegue descansar o suficiente*, outros (8,3%) propuseram acrescentar a frase *mais que suficiente*. Tais sugestões não foram acatadas pelos pesquisadores por ter baixo impacto percentil e quase nenhuma relevância metodológica e semântica.

A Q7 investiga elementos do sono. A maioria dos participantes (83%) não sugeriu qualquer alteração. Alguns (8,3%) propuseram que a assertiva fosse adequada *para você consegue dormir o suficiente* e outros (8,3%) acrescentar a expressão *mais que suficiente* como alternativa de resposta. Essas alterações não foram acatadas pelos pesquisadores devido ao rigor metodológico e baixo teor percentil.

Na Q8, considerável percentual (83%) sugeriu a retirada das palavras *mistura* e *suficiente* e adequar a frase. Como as sugestões foram tecidas por grande parte dos participantes, diante da relevância e ambivalência dessas assertivas, tais sugestões foram acatadas, o que contribui para ampliar o entendimento e a compreensão da Q8. Assim, diante das alterações sugeridas às alternativas de resposta da Q8, nas etapas metodológicas e contexto a ser validado, optou-se por reformular tais alternativas conforme solicitado, ficando assim: *Eu não consigo*, *Eu consigo razoavelmente* e *Eu consigo muito*.

Na Q9, vários participantes (42%) sugeriram a substituição do termo *diária* por *cotidiana*. Sugestão aceita. Outros (42%) propuseram a reorganização da frase. Porém, as alterações sugeridas não contribuíam para a semântica frasal, por isso a versão traduzida do *OB-Quest* ficou apenas com as alterações sugeridas para os termos já citados. Outros participantes (16,6%) não fizeram nenhuma sugestão.

Nas alternativas de resposta da Q9 foi sugerida a substituição da palavra *mal* para *razoavelmente* (8,3%) uma vez que “mal” tem conotação semântica contrária do que se desejaria alcançar. Outros participantes (8,3%) sugeriram substituir a expressão *de modo nenhum* para *de maneira alguma*; ainda outros (8,3%) propuseram rever a escala de resposta por apresentar alternativas distantes umas das outras. Assim, consideradas as etapas metodológicas e contexto de validação do *OB-Quest*, optou-se por reformular as alternativas para *Eu não consigo*, *Eu consigo razoavelmente* e *Eu consigo muito bem*.

Na Q10, a maioria dos participantes (58,1%) propôs a retirada da palavra *diárias* das atividades pelos mesmos motivos já registrados nas questões anteriores. Outros (8,3%) sugeriram a inclusão da palavra *cotidiana* a atividades e (33,6%) optaram pela reorganização da Q10. As alterações sugeridas não revelaram significativas contribuições para o contexto semântico, por isso optou-se em deixar a versão Português-Brasil traduzida do *OB-Quest* (Dür et al., 2014) com as alterações de termos supracitados. Outros participantes (8,3%) não teceram qualquer sugestão ou alteração à Q10.

Nas alternativas de resposta da Q10, alguns participantes (8,3%) sugeriram a substituição do termo *mal* para *razoavelmente* em função da conotação contrária à semântica desejada. Outros (8,3%) sugeriram rever as alternativas de resposta por se apresentarem distantes umas das outras. Quanto às alterações sugeridas, dadas as etapas metodológicas e o contexto a ser validado, optou-se pela reformulação das alternativas de resposta da Q10, semelhante à Q9, para: *Eu não consigo*, *Eu consigo razoavelmente* e *Eu consigo muito bem*.

○ Quadro 2 apresenta a versão original do *OB-Quest*, a versão traduzida pelos profissionais (Fase I) e a versão final (Fase IV) depois de acolhidas as considerações dos participantes do estudo.

Quadro 2 – Versões original, traduzida e final do OB-Quest

OB-Quest – OCCUPATIONAL BALANCE-QUESTIONNAIRE			
ID	Versão Inglês	Versão traduzida - Fase I	Versão final - Fase IV
P1	Do you generally find your activities in your everyday life under-demanding?	Você geralmente acha suas atividades diárias pouco exigentes?	Você geralmente acha suas atividades pouco exigentes?
P2	Do you generally find your activities in your everyday life over-demanding?	Você geralmente acha suas atividades diárias muito exigentes?	Você geralmente acha suas atividades muito exigentes?
P3	Do you generally receive enough appreciation for activities in your everyday life?	Você recebe valorização por suas atividades diárias?	Você recebe reconhecimento por suas atividades?
P4	How often do you feel overstressed in your everyday life?	Com que frequência você se sente sobrecarregado no seu dia a dia?	Com que frequência você se sente sobrecarregado pelas suas atividades no seu cotidiano?
P5	How much are your activities in your everyday life affected by your health?	Quanto suas atividades em sua vida cotidiana afetam sua saúde?	Quanto suas atividades, em sua vida cotidiana, afetam sua saúde?
P6	Do you get enough rest?	Você descansa o suficiente?	Você descansa o suficiente?
P7	Do you get enough sleep?	Você dorme o suficiente?	Você dorme o suficiente?
P8	Do you have sufficient variety of different activities that you do? For example, do you do a mixture of physical activities and more sedentary ones (where you are sitting down or staying still)? Or a mixture of creative activities and activities that are more routine for you?	Você pratica diferentes tipos de atividade suficiente? Por exemplo, você pratica uma mistura de atividades físicas ou prefere atividades mais sedentárias (como ficar sentado ou parado)? Ou prefere uma mistura de atividades criativas que são rotineiras para você?	Você consegue associar atividades físicas, atividades de descanso e criativas durante seu cotidiano?
P9	How well can you adapt your activities in your everyday life to changed living conditions, such as a changed state of health?	Quão bem você consegue adaptar suas atividades na sua vida diária para mudar suas condições de vida, como estado de saúde?	Quão bem você consegue adaptar suas atividades cotidianas para mudar suas condições de vida em relação ao estado de saúde?
P10	How well can you adapt your activities in your everyday life to changed living conditions, such as a change of your professional life or employment status?	Quão bem você consegue adaptar suas atividades diárias para mudar suas condições de vida, como sua vida profissional ou status de emprego?	Quão bem você consegue adaptar suas atividades cotidianas para mudar suas condições de vida, como sua vida profissional ou status de emprego?

Fonte: Autoria própria (2020).

Etapa II - Avaliação das propriedades psicométricas do instrumento traduzido

Na Etapa II, participaram da pesquisa 102 professores da UFPR, 69 mulheres (67,6%), com idade média de 47 anos. Participaram professores dos cursos de Biologia, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição,

Odontologia e TO, sendo mestres (n=13, 12,8%), doutores (n=66, 64,7%) e pós-doutores (n=23, 22,5%).

A consistência interna do *OB-Quest* Português-Brasil foi avaliada usando o teste de Alpha de Cronbach e se obteve um resultado adequado, sendo $\alpha=0,592$ (Tabela 2). Todos os itens da versão final do *OB-Quest* Português-Brasil demonstraram valores significativos, visto que o resultado do estudo brasileiro corrobora com o artigo de criação do questionário no qual os autores apresentam como resultado do mesmo teste $\alpha=0,570$ (Dür *et al.*, 2014). A satisfatoriedade do questionário pode ser analisada com base no estudo de Balbinotti e Barbosa (2008), no qual citam que valores do coeficiente alfa mais próximos de 0,60 são considerados satisfatórios.

Na avaliação da estabilidade do *OB-Quest* Português-Brasil (Tabela 1) utilizou-se o Teste de Kappa (Perroca; Gaidzinski; 2003) e se constatou que as questões (Q1, Q3, Q5, Q6 e Q7) apresentaram boa reprodutibilidade. As questões Q2 e Q8 apontaram uma reprodutibilidade moderada e as questões Q4, Q9 e Q10 revelaram os menores valores, sendo consideradas com baixa reprodutibilidade.

Tabela 1 - Avaliação de Alfa de Cronbach e Avaliação Kappa

Questões	Avaliação Alfa de Cronbach se o item for excluído	Avaliação Kappa (item a item)
1	0,66	0,79*
2	0,60	0,63
3	0,64	0,84*
4	0,55	0,49
5	0,55	0,79*
6	0,49	0,84*
7	0,53	1,00*
8	0,50	0,56
9	0,51	0,42
10	0,54	0,40

* Resultados Avaliação Kappa - Boa reprodutibilidade.

Fonte: Autoria própria (2020).

Em consideração as respostas registradas no instrumento traduzido em dois momentos diferentes, aventa-se a possibilidade de tais respostas terem sido inferidas sob influência de algum acontecimento ocorrido naquele determinado dia reservado pelo participante para analisar e responder o *OB-Quest*. Analisando as questões Q4, Q9 e Q10, constatou-se que tais questões avaliam aspectos relacionados ao cotidiano das pessoas sob perspectivas diferentes.

Assim, a Q4 remete à autopercepção relativa à sobrecarga das atividades cotidianas. Já as questões Q9 e Q10 contemplam a autopercepção quanto à capacidade de promover mudanças na vida diária em prol da saúde (Q9) e mudanças na área profissional – profissão e emprego – (Q10). Quando comparadas tais questões, observou-se que o conteúdo e a formulação da Q4 revelam caráter mais geral, isto é, sem maiores especificações em qual(quais) áreas da atividade humana em que há autopercepção referente à sobrecarga de atividades. Diferentemente nas questões Q9 e Q10, onde há uma especificação pertinente à área da saúde e à vida laboral. Há que se notar, ainda, que a expressão *atividades cotidianas*, posta nas quatro primeiras questões (Q1, Q2, Q3 e Q4), sugere uma interpretação generalista. Dessa maneira podem ser inclusas diferentes atividades do cotidiano, sejam profissionais, domésticas, de lazer, dentre outras.

No entanto, as três primeiras questões (Q1, Q2 e Q3) alcançaram resultados dentro de esperado. Porém, nessas questões, as possibilidades de resposta eram mais explicativas que as opções ofertadas na questão Q4. Essa análise comparativa levou a se pressupor que as possibilidades de resposta – *nunca, às vezes e frequentemente* – poderiam ser formuladas de maneira explicativas, seguindo, por exemplo, as formulações das questões Q1, Q2 e Q3. Porém, buscou-se respeitar a fidelidade na tradução do *OB-Quest* e adotou-se a perspectiva de adaptação cultural ao Português-Brasil a fim de garantir elementos pertinentes à confiabilidade e validade, considerando-se que tais elementos “[...] são essenciais para garantia da qualidade dos instrumentos utilizados e na implementação prática dos resultados dos estudos” (Souza; Alexandre; Guirardello, 2017, p. 657).

Não obstante, a nova formulação das alternativas de resposta da Q4 requer maior atenção na leitura do respondente sobre essas perspectivas ofertadas, o que, em hipótese, torna-se auxiliar para a interpretação e amplia a precisão de resposta, mas esse é um desafio que necessita ser ponderado em pesquisas futuras.

Com relação às questões Q9 e Q10, foi observada a tendência de baixa capacidade de autopercepção das atividades que conduzem à mudança nas condições da vida cotidiana em relação à saúde, à profissão e ao emprego. Nesse sentido, acredita-se que a oferta de oficinas, particularmente, em unidades de educação e saúde podem contribuir para a melhoria da afetividade, engajamento no trabalho e compreensão das habilidades de enfrentamento do EO (Polit; Becker; Hungler, 2001; Pinto *et al.*, 2018).

Considerações finais

Esta pesquisa evidenciou que a versão do *OB-Quest* Português-Brasil utilizada para avaliar equilíbrio ocupacional foi considerada adequada e adaptada culturalmente para o contexto sociocultural brasileiro, pois a tradução das questões e alternativas de resposta se revelaram compreensíveis para os participantes no pré-pós-teste. A avaliação psicométrica demonstrou que esse instrumento possui validade de constructo, satisfatória consistência interna ($\alpha=0,592$) e boa estabilidade temporal pelo teste e reteste.

Acredita-se que a versão em Português-Brasil do *OB-Quest* contribuirá para a prática profissional de terapeutas ocupacionais, profissionais da saúde e comunidade científica, por se tratar do primeiro questionário traduzido e validado para o contexto brasileiro na mensuração do equilíbrio ocupacional. Ainda, advoga-se que futuros estudos de validação e de fidedignidade do *OB-Quest* Português-Brasil devem ser conduzidos em outros contextos e publicados.

Referências

- AOTA. Associação Americana de Terapia Ocupacional. Estrutura da prática da terapia ocupacional: domínio e processo. 3ª ed. traduzida **Revista de Terapia Ocupacional**, São Paulo, v.26, n.Ed. Esp., p.1-49, 2015.
- BALBINOTTI, M.A.A.; BARBOSA, M.L.L. Análise da consistência interna e fatorial confirmatório do IMPRAFE-126 com praticantes de atividades físicas gaúchos. **Psico-USF**, v.13, n.1, p.1-12, 2008.
- CRONBACH, L.J. Coefficient alpha and the internal structure of test. **Psychometrika**, v.16, n.3, p.297-334, 1951.
- DÜR, M. ; GÜNTER, S. ; STOFFER, M.A. ; FIALKA-MOSER, V. ; *et al.* Initial evidence for the link between activities and health: Associations between a balance of activities, functioning and serumlevels of cytokines and C-reactive protein. **Psychoneuroendocrinology**, v. 65, p.138-48, 2016.
- DÜR, M.; STEINER, G.; FIALKA-MOSER, V.; KAUTZKY-WILLER A.; *et al.* Development of a new occupational balance questionnaire: incorporating the perspectives of patients and healthy people in the design of a self-reported occupational balance outcome instrument. **Health and Quality of Life Outcomes**, v.2, n.45, p.1-11, 2014.
- DÜR, M.; STEINER, G.; STOFFER, M.; KAUTZKY-WILLER, A.; *et al.* Occupational balance questionnaire: from people's perspectives to a patient reported outcome. In: **Annals. ACR/ARHP Annual Meeting**. Abstract Number 1979, 2013.
- KNAUT, L.A. ; MOSER, A.D.L. ; MELO, A.S.A. ; RICHARDS, R.R. Tradução e adaptação cultural à língua portuguesa do *American Shoulder and Elbow Surgeons Standardized Shoulder Assessment Form (ASES)* para avaliação da função do ombro. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v.50, n.2, p.176-83, 2010.
- PERROCA, M.G.; GAIDZINSKI, R.R. Avaliando a confiabilidade interavaliadores de um instrumento para classificação de pacientes

- coeficiente Kappa. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.37, n.1, p.72-80, 2003.

PINTO, H.; SENNA, S.M.; VASCONCELOS, E.N.R.; *et al.* Construção e validação do instrumento para avaliar o estresse em professores. **Revista de Enfermagem UFPR** [on-line], Curitiba, v.12, n.9, p.2283-92, 2018.

POLIT, D.F.; BECKER, C.; HUNGLER, B.P. **Essentials of nursing research: methods, appraisal and utilization**. 5th ed. Philadelphia, USS: J. B. Lippincott, 2001.

SALMOND, S.S. Evaluating the reliability and validity of measurement instruments. **Orthop Nurs**, v.27, n.1, p.28-30, 2008.

SOUZA, A.C.; ALEXANDRE, N.M.C.; GUIRARDELLO, E.B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.26, n.3, p.649-59, 2017.

WAGMAN, P.; HÅKANSSON, C.; BJÖRKLUND, A. Occupational balance as used in occupational therapy: a concept analysis. **Scandinavian Journal of Occupational Therapy**, v.19, n.4, p.322-7, 2012.

CAPITULO 14

**IMPACTO DA COVID-19 EM
PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS
EM USO DE TERAPIA RENAL
SUBSTITUTIVA – HEMODIÁLISE – EM
UM ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

**Elaine Grácia de Quadros Nascimento,
Leia Regina da Silva, Silvia Emiko Shimakura**

Introdução

O envelhecimento da população e o aumento da expectativa de vida, decorrentes da transição demográfica ocorrida nas últimas décadas, contribuíram para mudanças no perfil de morbimortalidade e aumento da prevalência das doenças crônicas, entre elas a doença renal crônica (DRC) (Tonelli; Rielli, 2014). Esta doença já é considerada um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade pois segundo levantamento da *Global Kidney Health Atlas*, realizado em 2019, 10% da população mundial foi acometida por DRC (Alves, 2020). No Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2013, a prevalência de DRC autorreferida era de 1,42%, ou seja, aproximadamente dois milhões de indivíduos da população têm DRC (Aguiar, 2020).

Na população em geral, alguns indivíduos apresentam suscetibilidade aumentada para DRC e são considerados grupos de risco. São eles os hipertensos, os diabéticos, os idosos, pessoas com doença cardiovascular (DCV) e os familiares de portadores de DRC. Independentemente da etiologia da doença de base, os principais desfechos são as suas complicações decorrentes da perda funcional renal e o óbito. A maior parte dos portadores da DRC necessitam de Terapia Renal Substitutiva (TRS), que pode ser desde uma diálise peritoneal, hemodiálise ou o transplante renal (Gesualdo *et al.*, 2016). Em decorrência desta condição, também apresentam redução da qualidade de vida e da cognição, diminuição da atividade física, perda da massa muscular e alta prevalência de sintomas como fadiga, náuseas e anorexia (Aguiar, 2020).

A cada 1 milhão de brasileiros, 696 são usuários em diálise, o que torna o Brasil o 3º país com a maior população de diálise do mundo, segundo censo realizado em 2021. A hemodiálise é a TRS mais comumente utilizada, representada por 94,2% do total de pessoas em tratamento (Nerbass, *et al.*, 2021). Os gastos em diálise aumentaram consideravelmente na última década, sendo que no Brasil, no ano de 2015, dos 13,8 bilhões de reais gastos com internações, R\$ 2 bilhões foram gastos com diálise e para efeitos comparativos, este valor foi o dobro do valor gasto com infarto agudo do miocárdio e outras doenças cardiovasculares cujos gastos foram de R\$ 1 bilhão (Alves, 2020).

Bastos, Bregmann e Kirsztajn (2010) apresentam que a DRC é subdiagnosticada e tratada inadequadamente, resultando na perda de oportunidade para a implementação de prevenção primária, secundária e terciária, em parte devido à falta de conhecimento da definição e classificação dos estágios da doença, bem como a não utilização de testes simples para o diagnóstico e avaliação funcional da doença. Tal situação leva a uma parcela significativa dos usuários a necessitar de TRS, além de que, só em 2021, dos portadores da DRC em hemodiálise, 21% estavam na lista de espera para transplante (Nerbass, *et al.*, 2021).

Levantamento realizado no ano de 2021 mostrou que, entre os usuários em diálise, 32% são hipertensos e 30% diabéticos, isto é, possuem doenças de base que são condições sensíveis à Atenção Básica (AB). Este dado demonstra a relevância da Atenção Primária à Saúde (APS), do Sistema Único de Saúde (SUS), no enfrentamento deste agravo, uma vez que se torna primordial ao evitar ou o retardar o aparecimento da lesão renal através da orientação adequada e o acompanhamento e monitoramento precoce e frequente dos usuários nas Unidade Básica de Saúde (UBS). Ainda, como ordenadora do cuidado e responsável sanitária pela população adscrita, também é fundamental para garantir acesso aos serviços especializados de TRS.

Desde 1996, o Ministério da Saúde (MS) vem estruturando o cuidado integral à DRC, a partir de normativas que estabelecem os fluxos de atendimento e as linhas de cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) que são fundamentais para garantir qualidade da atenção aos doentes renais crônicos. Ainda, regulamentou as boas práticas para o funcionamento de estabelecimentos que realizam o serviço de diálise e estabeleceu fontes e mecanismos de repasse de recursos para o financiamento desta atividade.

Considerando o papel fundamental da APS no cuidado do portador da DRC, ressalta-se a atuação da equipe multidisciplinar em seu acompanhamento. Um profissional de extrema relevância nesse cuidado é o enfermeiro uma vez que dentre as suas atribuições encontra-se a de identificar as necessidades reais da população adscrita, classificando os grupos de risco, prestando assistência de

forma sistemática, sem discriminar ações específicas da prevenção e as da progressão da doença, como sendo um processo inseparável (Andrade, 2016). Sendo assim, no caso da DRC, deve ser de entendimento desse profissional que, mesmo aqueles usuários que são encaminhados para serviço TRS deve ter o seu cuidado acompanhado pela equipe da APS a fim de minimizar o agravamento da doença e reduzir o risco de óbito.

No que diz respeito aos estabelecimentos que prestam serviço de TRS, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), no Relatório da Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente nos Serviços de Diálise de 2022, apresentou que há aproximadamente 830 serviços que realizam TRS no Brasil. Em uma amostra correspondente a 59% destes estabelecimentos, 67% eram serviços privados com fins lucrativos e um terço atendiam exclusivamente usuários do SUS, no entanto, todos os demais, além de atender através da saúde suplementar e particular, também atendiam o SUS (ANVISA, 2022). Já o município de Curitiba, segundo dados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), apresentava um total de doze estabelecimentos que prestavam este serviço especializado através do SUS - em ambiente hospitalar e ambulatorial, sendo atendidos, ambulatorialmente, 5.887 pacientes em 2022 (Relatório Sistema de Informação Ambulatorial da SMS Curitiba). Seguindo o estabelecido nas legislações vigentes, todos esses estabelecimentos devem estar adequados tanto nas informações prestadas quanto nos preceitos de qualidade da assistência e segurança dos pacientes.

A Clínica Evangélico, local da pesquisa, está cadastrada no CNES sob o nº 0017355. Este estabelecimento tem a característica de prestar atendimentos de atenção especializada em TRS com hemodiálise e com diálise peritoneal e realiza atividades em nível ambulatorial e de alta complexidade, tanto para usuários encaminhados pelo SUS quanto pelos planos de saúde e particulares. Realiza também, como serviço terceirizado, cirurgia vascular - onde estão previstas as fístulas arteriovenosas, e diagnóstico laboratorial clínico. Para o atendimento específico de hemodiálise, conta com duas salas e 32 máquinas de hemodiálise (CNES, 2023).

O advento da pandemia de COVID-19, causada pelo vírus SARS-CoV-2, que teve os primeiros casos notificados em Wuhan, na China em dezembro de 2019, e que em pouco tempo se alastrou mundialmente, o que levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) a declarar a situação como emergência de saúde pública de importância internacional, trouxe novos desafios para o enfrentamento da DRC, uma vez que entre os grupos considerados de maior vulnerabilidade para a doença encontravam-se os indivíduos com doenças crônicas tais como a diabetes mellitus e a hipertensão arterial, além daqueles com a DRC em estágio avançado (graus 3, 4 e 5) (BVS, 2020).

Na América Latina, a epidemia da COVID-19 chegou tardiamente em relação aos outros continentes, e no Brasil, o primeiro caso foi diagnosticado em São Paulo, no dia 26 de fevereiro de 2020, sendo que logo no mês de março, após a OMS ter classificado a COVID-19 como pandemia, Curitiba tem seu primeiro caso da doença confirmado (Curitiba, 2020). O Brasil foi duramente atingido pela pandemia e até o final do ano de 2022, mais de 32 milhões de pessoas tinham sido acometidas pela doença e mais de 669 mil brasileiros havia perdido a vida.

No caso dos pacientes renais crônicos, Anazco (2023) nos apresenta que “Pacientes com doença renal crônica (DRC) apresentam risco mais elevado de doença grave e mortalidade por COVID-19 do que a população em geral. Alguns estudos sugerem que a incidência e a mortalidade associadas à COVID-19 são maiores em pacientes em hemodiálise (HD) do que em pacientes com DRC sem necessidade de HD” (Anazco, 2023, p. 2).

Ainda, Cerqueira e Barboni (2022) citam que o maior risco dos indivíduos com DRC em hemodiálise poderia estar relacionado pela fragilidade do organismo e também pela necessidade de deslocamento até a clínica de hemodiálise, não sendo possível um distanciamento social total aumentando o risco de contaminação. A título de comprovação, levantamento realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), dos usuários em diálise em 252 estabelecimentos localizados no país, no primeiro semestre de 2021, foram registrados 5.344 casos confirmados de COVID-19 (taxa de

incidência de 1.236/10.000 usuários) e 1.362 óbitos com uma letalidade de 25,5%; a taxa de mortalidade de 314/10.000 pacientes, com uma taxa bruta de 5,3%, o que correspondeu a 23,8% da taxa bruta de mortalidade total por DRC (Nerbass, *et al.*, 2021).

Até o advento das vacinas, as medidas não farmacológicas, como o distanciamento social, a etiqueta respiratória e a higienização correta das mãos eram as únicas formas de enfrentamento da COVID-19. Em um esforço inédito, considerando o contexto para a pesquisa, regulação, fabricação e aplicação de imunobiológicos, em um curto período de tempo o mundo teve disponível vacinas com diferentes tecnologias para o enfrentamento deste agravo. No Brasil, em janeiro de 2021 iniciaram as primeiras aplicações de vacinas, no entanto, devido à pouca disponibilidade dos imunobiológicos, o MS estabeleceu critérios para definir os grupos prioritários e assim, apenas após a segunda metade deste ano houve a inclusão de toda a população adulta nos critérios para se vacinar. Todos os critérios constavam em um protocolo denominado Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação COVID e no que diz respeito aos indivíduos com DRC, devido à sua condição crônica e à vulnerabilidade, foram enquadrados entre os primeiros grupos para a vacinação.

Diante da relevância da DRC no contexto epidemiológico da pandemia, a presente pesquisa teve a finalidade de conhecer o perfil sociodemográfico dos portadores de DRC em TRS acompanhados em uma clínica de hemodiálise prestadora de serviços para o SUS do município de Curitiba durante os anos de 2020 e 2021, além do cuidado dispendido pela APS ao longo destes anos a estes pacientes, sua situação vacinal, bem como fatores prognósticos para complicações e mortalidade, bem como sinalizar os cuidados da equipe de saúde da APS na qualidade de vida destes pacientes.

Métodos

O estudo caracteriza-se como longitudinal, baseado em um acompanhamento retrospectivo dos dados do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), da Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), do Sistema de Informação

sobre Mortalidade (SIM) e do prontuário eletrônico da SMS de Curitiba para avaliar o cuidado dos indivíduos DRC em TRS – hemodiálise atendidos em uma clínica prestadora de serviços do SUS durante dois anos da pandemia da COVID-19.

O município de Curitiba foi a cidade escolhida pois é onde está localizado o maior número de estabelecimentos que realizam TRS – hemodiálise ambulatorialmente no estado do Paraná e campo de atuação das pesquisadoras.

A escolha do serviço para o levantamento dos dados foi feita por uma amostra de conveniência a partir do reconhecimento de quais estabelecimentos prestadores de serviços do SUS em Curitiba atendiam usuários DRC ambulatorialmente para a realização de TRS - hemodiálise.

A definição da população-alvo foi feita a partir do levantamento dos pacientes que realizavam TRS – hemodiálise no ano de 2018, conforme dados das APAC/SIA e foram excluídas todas as duplicidades e aqueles usuários que não residiam em Curitiba. Para conhecer o perfil dos indivíduos, verificou-se variáveis sociodemográficas como idade e sexo; condições clínicas como comorbidades prévias, anos de realização de TRS – hemodiálise e realização ou não de transplante renal. Estas informações foram obtidas no prontuário eletrônico da SMS/Curitiba. Para conhecer os aqueles acometidos pela COVID-19 foram utilizados os dados de notificação do serviço de epidemiologia a partir de uma planilha específica. Verificou-se se os indivíduos receberam doses da vacina contra a COVID-19 através da carteira de vacinação constante no prontuário eletrônico e foram consideradas as duas doses iniciais e os dois reforços, de acordo com o esquema básico definido pelo MS.

Para avaliar o monitoramento e o cuidado dos indivíduos participantes da pesquisa na APS verificou-se no prontuário eletrônico a realização de atendimentos tanto as consultas médicas ou dos profissionais de enfermagem na Unidades de Saúde, bem como visitas domiciliares feitas pela equipe nos anos de 2020 e 2021, e as visitas domiciliares realizadas pela equipe da APS, incluindo o Agente Comunitário de Saúde no período.

A coleta de dados ocorreu em seis etapas: a primeira consistiu no levantamento dos estabelecimentos de saúde que prestam o serviço de hemodiálise pelo SUS em Curitiba no SCNES; na sequência, utilizando-se relatório das APAC, através SIA, foram conhecidos os indivíduos que se encontravam em hemodiálise na Clínica Evangélico no ano de 2018 e com essa informação, delimitou-se a população-alvo. A partir de então, verificou-se no prontuário eletrônico da SMS/Curitiba o perfil e o cuidado ofertado pela Atenção Básica (AB) durante dois anos de pandemia da COVID-19 (2020 e 2021), excetuando-se, por óbvio, aqueles que haviam ido a óbito antes de 2020. Como próximo passo, foi reconhecer quais indivíduos DRC haviam tido diagnóstico de COVID-19 bem como sua situação vacinal considerando o calendário e esquema preconizado pelo MS. Os usuários que faleceram durante o período avaliado tiveram a causa básica do óbito verificada no SIM. Os dados foram compilados em planilha do Microsoft Excel® e a análise levou em consideração a taxa de incidência de COVID-19 na população-alvo do estudo; a taxa de mortalidade e a letalidade dos pacientes pela COVID-19 e o cuidado ofertado pela APS durante dois anos de pandemia a fim de avaliar como se deu o acometimento da pandemia da COVID-19 nos portadores de DRC em TRS – hemodiálise na Clínica Evangélico em Curitiba/PR.

A presente pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Paraná sob o número - Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 57304216.0.3001.0101, e também no Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde sob número CEP: 3.926.419 de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Foram encontrados 120 indivíduos DRC que realizavam TRS - hemodiálise no ano de 2018 na Clínica Evangélico. Com relação ao sexo, os homens representaram a maior parte (67,5%). A faixa etária predominante foi a de pessoas com 60 anos ou mais (63,3%), enquanto apenas 36,7% tinham entre 20 e 59 anos, não sendo encontradas pessoas com idade inferior a 20 anos. No grupo de indivíduos

avaliados, a comorbidade mais prevalente foi a hipertensão arterial associada a outras doenças (72%), seguida da diabetes *mellitus* (40%). Mais da metade dos pacientes estavam em TRS entre 6 e 10 anos (53,3%) e quase um terço (28,3%) entre 1 a 5 anos, no entanto, para aproximadamente 11% dos usuários não foi encontrada a informação do tempo de hemodiálise. No que diz respeito ao recebimento de transplantes, verificou-se que um quarto dos pacientes (20%) tinham sido transplantados (Tabela 1).

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico e clínico dos indivíduos DRC em TRS – hemodiálise na Clínica Evangélico - Curitiba/PR (n = 120)

	Variável	n	%
Sociodemográficas	Sexo		
	Masculino	81	67,5
	Feminino	39	32,5
	Faixa etária		
	20 a 59 anos	44	36,7
	60 anos ou mais	76	63,3
Clínicas	Comorbidades		
	Diabetes mellitus associada	40	33,3
	Hipertensão arterial associada	72	60,0
	Outras comorbidades	8	6,7
	Tempo de hemodiálise		
	1 a 5 anos	34	28,3
	6 a 10 anos	64	53,3
	11 a 20 anos	7	5,8
	21 anos ou mais	2	1,7
	Não informado	13	10,8
Transplante	Sim	24	20,0
	Não	96	80,0
Diagnóstico COVID-19	Sim	19	15,8
	Não	101	84,2

Acompanhamento na APS¹	Atendimento na Unidade de Saúde	Sim	54	45,0
		Não	66	55,0
	Visita domiciliar	Sim	29	24,2
		Não	91	75,8
Acompanhamento pacientes com COVID-19	Atendimento na Unidade de Saúde	Sim	8	42,1
		Não	11	57,9
	Visita domiciliar	Sim	4	21,0
		Não	15	79,0

(1) Atenção Primária à Saúde.

Fonte: Autora (2023).

Do total de indivíduos que compõem a população do estudo, 45% passaram por pelo menos um atendimento na Unidade de Saúde e quase um quarto (24,2%) receberam uma visita domiciliar; 15,8% (19) tiveram diagnóstico de COVID-19 levando a uma taxa de incidência de 1.583 casos / 10 mil indivíduos. Das pessoas com diagnóstico de COVID-19, 42,1% (8) tiveram pelo menos um atendimento pela equipe da APS e 21% (4) tiveram ao menos uma visita domiciliar ao longo do ano de 2021.

Com relação ao óbito, 43,3% foram a óbito entre 2018 e 2021 totalizando 52 pessoas e uma taxa de mortalidade de 433 mortes a cada 100 mil indivíduos (Tabela 2). Em 2020, ocorreu o maior número de óbitos, 20 ou 16,7%, seguido por 2021 com 15, correspondendo a 12,5%. As mortes por COVID-19 representaram 21,2%, estando à frente da doença renal crônica (DRC), da septicemia e da doença cardíaca que foram as causas de 15,4%, 17,3% e 11,5% dos óbitos, respectivamente. Mais de um terço dos óbitos (34,6%) foram por outras causas ou não tiveram a causa informada no sistema de informação. A mortalidade por COVID-19 na população-alvo foi de 9,2% e considerando os indivíduos com transplante renal, um terço (6) foi acometido pela COVID-19, sendo esta a causa do óbito de 50% deles.

Tabela 2 - Ano e causa dos óbitos dos indivíduos com DRC em TRS – hemodiálise na Clínica Evangélico, Curitiba-PR, 2018 a 2021 (n= 120)

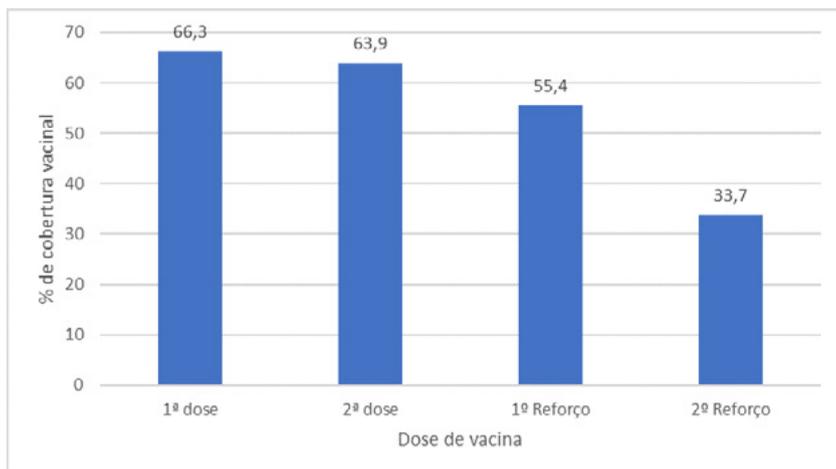
Ano	n	%
2018	4	3,3
2019	13	10,8
2020	20	16,7
2021	15	12,5
Total	52	43,3
Causa do óbito		
DRC ¹	8	15,4
Covid	11	21,2
Septicemia	9	17,3
Doença cardíaca	6	11,5
Outras ou não informada	18	34,6
Pacientes transplantados e óbito por COVID-19		
Total óbitos	6	100
Óbito por COVID-19	3	50

(1) Doença renal crônica.

Fonte: Autora (2023).

O Gráfico 1 apresenta o percentual de pessoas que se encontravam vivos em 2021 (ano da chegada da vacina contra a COVID-19 no Brasil) e que receberam alguma dose da vacina. A primeira dose foi recebida por 66,3% dos indivíduos; este percentual reduziu para 63,9% na segunda dose. Quando se trata dos reforços, entre a primeira dose e o primeiro reforço houve uma queda de mais de 15% da cobertura vacinal; e o segundo reforço foi recebido por metade dos usuários que receberam a primeira dose.

Gráfico 1 - Percentual de indivíduos com DRC que receberam as doses de vacinas contra a COVID-19, Curitiba/PR, 2021 e 2022 (n=120)



Fonte: Autora (2023).

Dentre os onze indivíduos DRC que tiveram COVID-19, todos receberam a 1ª dose da vacina, 6 receberam a 2ª dose, 5 o 1º reforço e 3 o 2º reforço. Dos pacientes que foram a óbito por COVID-19, apenas 2 receberam a vacina contra a doença, sendo que um recebeu duas doses e o outro recebeu apenas a 1ª dose da vacina (Tabela 3).

Tabela 3 - Desfechos de acordo com o recebimento das doses de vacina COVID-19. Curitiba/PR, 2021 (n = 19)

Desfecho	1ª Dose		2ª dose		Duas doses+R1		Duas doses+R2		Sem vacina		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Teve COVID-19	1	57,8	8	42,1	6	31,6	3	15,8	0	0	19
Não teve COVID-19	46	45,5	46	45,5	40	39,6	25	24,8	24	23,8	101
Óbito por COVID-19	2	18,2	1	9,1	0	0	0	0	8	72,7	11

Fonte: a Autora (2023).

Discussão

Os principais achados do presente estudo envolveram a o conhecimento do perfil dos indivíduos DRC em TRS – hemodiálise acompanhados em uma clínica prestadora de serviços para o SUS localizada no município de Curitiba, bem como o comportamento da pandemia de COVID-19 nesses indivíduos.

Com relação ao perfil sociodemográfico, verificou-se um número maior de pessoas do sexo masculino e com idade de 60 anos ou mais. Estes dados corroboram com o descrito na pesquisa realizada pelo MS intitulada “Doença renal crônica terminal: epidemiologia, tratamento e custos no Sistema Único de Saúde – SUS 2019” que mostrou que, em 2017, os pacientes em diálise na faixa etária de 65 a 74 anos apresentaram taxa de realização da TRS de 782 por 100 mil da população, sendo a maior taxa em relação às demais faixas etárias. Quanto à variável sexo, a taxa de crescimento anual no sexo masculino foi de 2,2% e de 2% para o sexo feminino. Estudo realizado com 878 pacientes para tratamento dialítico entre 1984 e 2009, moradores da região oeste do Paraná demonstrou que 62,5% eram do sexo masculino, com idade média de $47,0 \pm 16,2$ (variando entre dois e 90 anos) (Peres, *et al.*, 2010).

Verificou-se que os indivíduos apresentavam diversas comorbidades, destacando-se a hipertensão arterial e o diabetes *mellitus* associadas a outras causas. Em estudo realizado por Marinho *et al.* (2017) em que analisaram as principais causas da DRC em pessoas

submetidas à TRS, de 2000 a 2012, e concluiu que a hipertensão (20,8%) e o diabetes (12%) foram as principais comorbidades associadas e Peres *et al.* (2010), em outro estudo, demonstraram que houve um aumento progressivo do diabetes *mellitus* nos pacientes renais crônicos moradores do oeste do Paraná acompanhados no período de 1984 a 2009. No Censo do ano de 2021, realizado pela SBN com pacientes em diálise, demonstrou que 34% tinham a hipertensão arterial como causa da falência renal nos anos de 2018 e 2019 e em 2020 e 2021, esse percentual foi de 32%.

No que diz respeito ao tempo de hemodiálise, estudo realizado por Vanelli e Freitas (2011) em uma clínica de hemodiálise de um município de médio porte apresentou uma média de tempo de 5 anos ($64,25 \pm 60,29$ meses), um valor um pouco abaixo, no entanto próximo, ao encontrado na presente pesquisa que foi entre 6 e 10 anos. O cuidado desses usuários, antes de se tornarem DRC e no período em que se encontram em TRS é imprescindível e de responsabilidade das equipes de APS, conforme está descrito em suas diretrizes e no período da pandemia da COVID-19. Gama *et al.* (2020) nos apresentam que o papel dessas equipes na defesa da saúde e da vida foi essencial no acolhimento e no cuidado das pessoas, aqui incluindo os indivíduos DRC. Esse cuidado se reflete no presente estudo quando quase metade da população-alvo teve pelo menos um atendimento nas Unidades de Saúde ou, mesmo em tempos de distanciamento social, um quarto das pessoas teve pelo menos uma visita domiciliar pela equipe de saúde. Aqui, faz-se necessário entender que tecnologias de acompanhamento e monitoramento remoto (telemonitoramento) foram implantadas e utilizadas pelo SUS de Curitiba, o que pode ter abrangido mais pessoas, uma vez que essa avaliação não foi objeto da presente pesquisa.

Considerando toda a população estudada, a taxa de incidência de COVID-19 encontrada foi próxima à apresentada no Censo do ano de 2021 da SBN que foi de 1.536 / 10 mil indivíduos (Nerbass, *et al.*, 2021), no entanto, esse agravo foi a causa de morte de quase 10% dos usuários DRC e entre aqueles transplantados, foi o responsável pela metade dos óbitos no período. Essa última informação carece de uma reflexão, uma vez que a literatura nos apresenta que nos

pacientes renais crônicos o transplante renal está associado à redução do risco de eventos cardiovasculares e infecções, e propicia melhor qualidade de vida a essas pessoas (Santos, *et al.*, 2021), no entanto, no cenário pandêmico, as pessoas com transplante renal foram duramente atingidas tendo uma grande parcela o desfecho óbito.

Por ser considerado um grupo de risco para o agravamento da COVID-19, os indivíduos DRC foram incluídos nos primeiros critérios para receber a vacina contra a doença no plano de vacinação do MS. No entanto, na população estudada, menos de 70% tomaram a 1ª dose da vacina. Este número bem aquém do apresentado no Censo da SBN onde até julho de 2021, 88,6% dos pacientes em diálise haviam recebido pelo menos uma dose de vacina. A cobertura vacinal diminuiu nas doses subseqüentes do esquema vacinal, o que apresenta semelhança com o ocorrido com a cobertura vacinal da população curitibana, demonstrando a necessidade de melhorar a comunicação e a busca pela equipe de saúde dos faltosos, a fim de que tivessem compreensão da necessidade de receber todas as doses de vacinas e assim minimizar os riscos de agravamento da doença a cada chegada de novas variantes.

O estudo apresenta algumas limitações e ressalta-se a utilização do banco de dados do SIA e dele, os relatórios das APAC. Estes relatórios apresentaram diversas inconsistências sendo a primeira a ser destacada o fato de que são liberadas até três APAC por usuário no período de um ano e assim, encontrou-se um número significativo de dados duplicados sendo necessária uma avaliação consistente a fim de evitar que a população-alvo ficasse superestimada.

O relatório de APAC possui um número significativo de informações, porém conforme já citado pelos gestores da saúde na Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, em 2014 houve uma série de dificuldades em utilizá-las, devido à falta de fidedignidade de alguns dados. Esta situação foi percebida no estudo a partir da verificação de diversos campos do relatório não preenchidos. Mesmo com um sistema de informação adequado e completo, os estabelecimentos ainda não perceberam a importância preencher todos os campos. Cabe ressaltar que grande parte destes

campos não são de preenchimento obrigatório o que se torna um agravante. Devido a esta questão limitante no estudo fez-se necessário complementar as informações faltantes com dados de outros sistemas de informação como o prontuário eletrônico da SMS e do SIM.

Independentemente das limitações apresentadas, com o presente estudo foi possível conhecer como se deu a pandemia em um grupo de indivíduos DRC em TRS – hemodiálise atendidos em uma clínica prestadora de serviços do SUS / Curitiba e verificou-se que, conforme achados da literatura, esses pacientes foram duramente atingidos pela doença, uma vez que entre os que tiveram diagnóstico confirmado, um número significativo foi a óbito com essa causa base. Enfatiza-se o relevante papel da equipe da APS na prevenção de doenças que levam à DRC, bem como no cuidado dos usuários que já apresentam a doença, a fim de reduzir os riscos de agravamento e melhorar a qualidade vida desses indivíduos.

Conclusão

Os resultados do presente estudo demonstraram que a pandemia da COVID-19 impactou na saúde dos indivíduos DRC que encontravam em TRS – hemodiálise em um estabelecimento de saúde prestador de serviços para o SUS do município de Curitiba. Verificou-se que os achados para essa população quanto a incidência da doença foi similar a estudos realizados em outros serviços de diálise no país. Evidenciou-se a importância do cuidado da equipe da APS no cuidado integral a essas pessoas ainda, a necessidade de empenhar maiores esforços para melhorar a adesão desses usuários à vacinação, uma vez que essa estratégia demonstrou ser a mais eficaz para reduzir o agravamento da doença e óbitos nos mais variados grupos populacionais em todo mundo.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Relatório da avaliação nacional das práticas de Segurança do Paciente – Serviços de Diálise**. Brasília: 2022.

AGUIAR, L. K. *et al.* Fatores associados à doença renal crônica: inquérito epidemiológico da Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23. São Paulo: 2020. DOI: 10.1590/1980-549720200044.

ALVES, P. R. C. **Manejo das doenças renais na atenção primária a saúde: revisando papéis e propondo roteiros para as práticas**. Dissertação de mestrado. João Pessoa: UFPB, 2020.

ANDRADE, I.; ALMEIDA, M. R. S. A.; SANTOS, R. V. Atuação da enfermagem em Atenção Básica na prevenção e progressão da insuficiência renal crônica. **Revista Eletrônica Atualiza Saúde**. Salvador: 2016.

ANAZCO, P. H. *et al.* Hospitalização e mortalidade durante a pandemia em pacientes em hemodiálise crônica e na população em geral no Peru. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 45, n. 2, p. 1-9. São Paulo: 2023.

BASTOS, M. G.; BREGMAN, R.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 56, n. 2, p. 248-253. São Paulo: 2010.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE (BVS). **Hemodiálise**. [Online], 20 maio 2020. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/hemodialise/> Acesso em: 24 jul. 2023.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). **Consulta estabelecimento**. [Online]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp?search=CLINICA%20EVANGELICO>. Acesso em: 20 set. 2023.

CERQUEIRA, F. K. S.; BARBONI, S. A. V. Conhecimento da população sobre a doença renal crônica, seus fatores de risco e meios de prevenção: um estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil. **J. Bras. Nefrol.**, v. 45, p.144-151. São Paulo, 2023.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Boletim Epidemiológico n.º 1, Curitiba, jun. de 2020. Disponível em: <<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/Boletim%20Epidemiol%C3%B3gico%20n.01%2020200525.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2023.

GAMA, *et al.* Pandemia de COVID-19 e os cuidados de enfermagem aos pacientes em tratamento dialítico. **Escola Anna Nery**, v. 24, p. 1-7. São Paulo: 2020. GESUALDO, *et al.* Fatores associados à fragilidade de idosos com doença renal crônica em hemodiálise. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: 2016. DOI: 10.1590/1413-812320152111.18222015.

MARINHO, A. W. G. B. *et al.* Prevalência de doença renal crônica em adultos no Brasil: revisão sistemática da literatura. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 25, p. 379-388. Rio de Janeiro: 2017.

NERBASS, F. B. *et al.* Censo Brasileiro de Diálise 2021. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. São Paulo: 2022. <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2022-0083pt2022>.

PERES, L. A. B. *et al.* Estudo epidemiológico da doença renal crônica terminal no oeste do Paraná. Uma experiência de 878 casos atendidos em 25 anos. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 32, p. 51-56. São Paulo: 2010.

SANTOS, S. M. S. *et al.* Cuidados de enfermagem ao paciente com doença renal crônica em tempos de pandemia: revisão de literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, 85-94. São Paulo: 2021.

TONELLI, M.; RIELLA, M. **Doença renal crônica e o envelhecimento da população.** *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 36, p. 1-5. São Paulo: 2014. DOI: 10.5935/0101-2800.20140001.

VANELLI, C. P.; FREITAS, E. B. Qualidade de vida de pacientes em clínica de hemodiálise em uma cidade brasileira de médio porte. **HU Revista**, v. 37, p. 457-462. Juiz de Fora: 2011.

Índice Remissivo – Saúde Coletiva: Diálogos e Caminhos - Volume 1

Acidentes de trabalho: 218, 219, 220, 224, 225, 226, 227, 229, 235, 236, 237, 238.

Adolescente: 115, 116, 117, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 153, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 215, 233, 235, 245, 302. Alimentação: 58, 74, 242, 243, 244, 246, 247, 248, 249, 250, 252, 253, 254, 255, 256, 286, 29.

Análise de conteúdo: 132, 198, 214, 244, 246, 257.

Atenção primária à saúde: 54, 102, 194, 195, 196, 197, 198, 326, 333.

COVID-19: 34, 41, 215, 233, 238, 324, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 341.

Doença renal crônica: 34, 325, 328, 333, 334, 340, 341, 342.

Educação em saúde: 33, 99, 108, 152, 256, 282, 283, 284, 290, 295, 296, 299, 303..

Estudo descritivo: 236, 238.

Estudo de validação: 321.

Estudo Transversal: 32, 33, 237, 284, 302.

Fatores socioeconômicos: 140.

Fisioterapia: 31, 174, 176, 177, 183, 186, 187, 188, 190, 318.

Gestante: 32, 33, 223, 226, 227, 230, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 279, 283, 284, 288, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 303.

Hemodiálise: 34, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 334, 336, 337, 339, 340, 341, 342.

Inquérito: 177, 340.

Insegurança alimentar: 32, 33, 277.

Medicalização: 30, 125, 129, 130, 132, 133, 134, 158, 167, 170, 172.

Minorias sexuais e de gênero: 100.

Notificação: 28, 32, 44, 46, 47, 48, 51, 52, 53, 54, 220, 221, 222, 223, 225, 226, 227, 229, 230, 231, 232, 233, 235, 236, 237, 239, 330.

Occupational Balance Questionnaire (OB-Quest): 33, 40, 41, 305, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321.

Pesquisa qualitativa: 95, 244.

Pessoas em situação de rua: 29, 69, 70, 77, 80, 82, 84, 85, 88, 90, 91.

Políticas públicas: 32, 59, 69, 80, 81, 83, 86, 87, 94, 106, 108, 109, 110, 112, 166, 195, 196, 217, 221, 229, 232, 234, 257.

Pré-natal: 32, 33, 242, 243, 244, 245, 246, 251, 252, 254, 255, 256, 260, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 302, 303.

Profissionais da saúde: 85, 97, 99, 101, 108, 149, 250, 321.

Psicossocial: 29, 67, 69, 70, 74, 85, 87, 133, 134, 255, 257.

Psicotrópicos: 30, 31, 158, 160, 161, 162, 164, 165, 166, 169, 170.

Qualidade da informação: 221.

Reabilitação: 31, 158, 174, 176, 177, 178, 182, 183, 184, 185, 186, 190, 191, 219.

Saúde do trabalhador: 32, 221, 222, 231, 233, 238, 239.

Saúde mental: 29, 30, 85, 89, 104, 105, 115, 117, 118, 119, 121, 122, 126, 128, 129, 130, 132, 133, 145, 158, 159, 162, 166, 167, 170, 171, 172, 211, 242, 257.

Síndrome da imunodeficiência adquirida (aids): 30, 38, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 53, 54, 57, 58, 59, 61, 63, 64, 66, 101, 104, 107, 136, 137, 138, 139, 140, 143, 145, 146, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156.

Sistema de informação: 32, 46, 47, 51, 54, 176, 220, 222, 236, 237, 327, 329, 333, 338.

Socioeducação: 29, 30, 116, 118, 120, 127, 132, 133, 134, 157, 159, 166.

Terapia renal substitutiva: 34, 324, 325.

Terapia ocupacional: 90, 238, 306, 307, 309, 310, 322.

Tuberculose: 28, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 50, 55, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 137, 142, 143, 147, 154.

Vacina: 34, 286, 289, 290, 293, 298, 329, 330, 334, 335, 336, 338.

Violência: 28, 31, 69, 80, 94, 95, 100, 104, 111, 127, 128, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 186, 187, 188, 189, 191, 194, 195, 197, 201, 202, 203, 204, 206, 207, 209, 210, 211, 212, 213, 216, 231, 235, 239.

Vírus da imunodeficiência humana (hiv): 28, 30, 36, 37, 38, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 65, 101, 104, 107, 113, 136, 137, 138, 139, 140, 142, 143, 144, 145, 146, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 285.

Terapia antiretroviral (TARV): 28, 45, 46, 47, 50, 51, 52, 53, 57, 59, 139, 142, 143, 145, 146, 147, 148, 150, 151.

Esse livro foi editorado por Nova Práxis Editorial
usando a fonte Brandon Grotisque, para o corpo do texto,
e Lato, para os títulos.