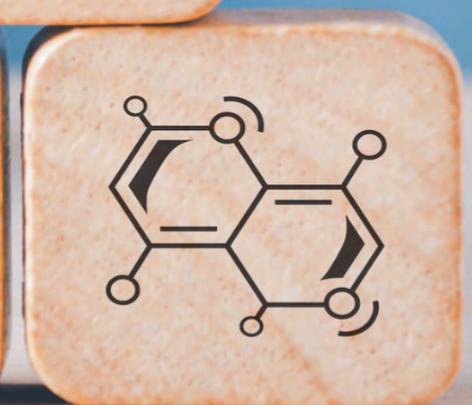
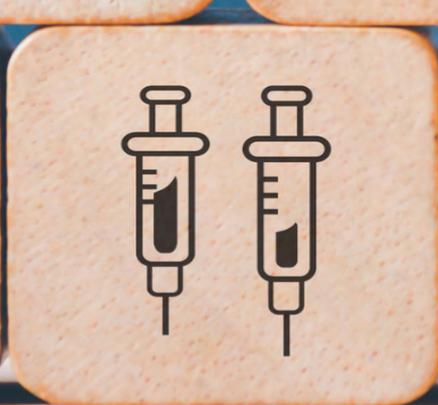




**TERRIED**

# TEMAS INTERDISCIPLINARES SOBRE QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE VOLUME 1

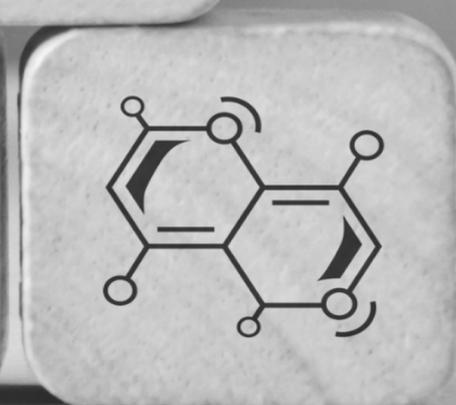
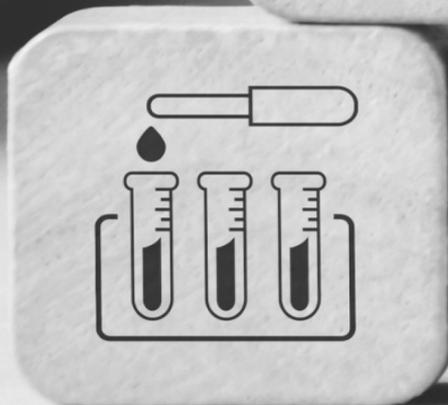


**RAMON MISSIAS-MOREIRA  
MARIA JOSÉ NOGUEIRA  
CARLOS LARANJEIRA  
SUSANA SOBRAL MENDONÇA  
[Organizadores]**



**FERRIED**

# **TEMAS INTERDISCIPLINARES SOBRE QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE VOLUME 1**



**RAMON MISSIAS-MOREIRA  
MARIA JOSÉ NOGUEIRA  
CARLOS LARANJEIRA  
SUSANA SOBRAL MENDONÇA  
[Organizadores]**

1.ª Edição - Copyrights do texto - Autores e Autoras

Direitos de Edição Reservados à Editora Terried

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.



O conteúdo dos capítulos apresentados nesta obra são de inteira responsabilidade d@s autor@s, não representando necessariamente a opinião da Editora.

Permitimos a reprodução parcial ou total desta obra, considerado que seja citada a fonte e a autoria, além de respeitar a Licença Creative Commons indicada.

### ***Conselho Editorial***

Adilson Cristiano Habowski - ***Currículo Lattes***

Anísio Batista Pereira - ***Currículo Lattes***

Adilson Tadeu Basquerote Silva - ***Currículo Lattes***

Alexandre Carvalho de Andrade - ***Currículo Lattes***

Cristiano Cunha Costa - ***Currículo Lattes***

Celso Gabatz - ***Currículo Lattes***

Denise Santos Da Cruz - ***Currículo Lattes***

Emily Verônica Rosa da Silva Feijó - ***Currículo Lattes***

Fernanda Monteiro Barreto Camargo - ***Currículo Lattes***

Fredi dos Santos Bento - ***Currículo Lattes***

Fabiano Custódio de Oliveira - ***Currículo Lattes***

Guilherme Mendes Tomaz dos Santos - ***Currículo Lattes***

Leandro Antônio dos Santos - ***Currículo Lattes***

Lourenço Resende da Costa - ***Currículo Lattes***

Marcos Pereira dos Santos - ***Currículo Lattes***

## Dados de Catalogação na Publicação (CIP)

TEMAS INTERDISCIPLINARES SOBRE QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE  
- volume 1 [livro eletrônico] / organização Ramon  
Missias-Moreira; Maria José Nogueira; Carlos  
Laranjeira; Susana Sobral Mendonça. -- 1. ed. --  
Alegrete, RS : Editora TerriED, 2023.

PDF

Vários autores.

ISBN 9 7 8 - 6 5 - 8 4 9 5 9 - 1 7 - 0

1. Qualidade de vida
2. Saúde
3. Saúde Coletiva
4. Interdisciplinar
5. Ciências da Saúde

23-147952

CDD-370.1

### Índices para catálogo sistemático:

1. Saúde Coletiva 614.1



10.48209/978-65-84959-17-0



[www.terried.com](http://www.terried.com)

[contato@terried.com](mailto:contato@terried.com)

(55) 99656-1914

# SUMÁRIO

PREFÁCIO – Prof. Dr. Francisco Sampaio.....9

## CAPÍTULO 1

POR QUE VOCÊ NÃO FALA A MINHA LÍNGUA PARA  
COMPREENDER MINHAS NECESSIDADES DE SAÚDE? UM  
RELATO DE EXPERIÊNCIA .....11

*Gleice Moura Silva, Ivone Gonçalves Nery, Maria Lúcia Silva Servo e Ramon  
Missias-Moreira*

doi: 10.48209/978-65-84959-17-1

## CAPÍTULO 2

IMPACTO DE UMA INTERVENÇÃO PROMOTORA DO  
AUTOCAUIDADO E ESTRATÉGIAS DE COPING EM TÉCNICOS  
ADMINISTRATIVOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE.....36

*Joel Vitorino, Carla Marques, Marina Pereira e Carlos Laranjeira*

doi: 10.48209/978-65-84959-17-2

## CAPÍTULO 3

SERODIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES POR AGENTES  
HEMOTRÓPICOS EN CANINOS CON TROMBOCITOPENIA EN  
CLÍNICAS PRIVADAS Y SUS FACTORES ASOCIADOS EN  
MAYNAS, PERÚ.....55

*María Dávalos-Almeyda, Nicole Flores Carrión, María José Cevallos-Cardenas,  
Carlos Caballero-Montañez, Alicia Ibarra-Bober e Giovana Nancy Livia-Córdova*

doi: 10.48209/978-65-84959-17-3

## CAPÍTULO 4

**O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA GRAVIDEZ E PÓS-PARTO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.....73**

*Maria José Nogueira, Ana Sarmiento, Ana Teixeira, Gisela Lopes, Maria Pires e Purificación Roman*

doi: 10.48209/978-65-84959-17-4

## CAPÍTULO 5

**SEGURANÇA DOS ALIMENTOS NO CONTEXTO DO COMÉRCIO AMBULANTE.....86**

*Auriane Morellato Ferrari, Thales Antunes Chamon, Luiza Drago Bonna, Maria Clara Barcelos de Aquino, Manuelli Monciozo Domingos, Jackline Freitas Brilhante de São José*

doi: 10.48209/978-65-84959-17-5

## CAPÍTULO 6

**REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA: SUPORTE SOCIAL E SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL DO IDOSO DEPENDENTE.....104**

*Cristina Marques Sousa e Luís Ferreira*

doi: 10.48209/978-65-84959-17-6

## CAPÍTULO 7

**ANÁLISE COMPARATIVA DA QUALIDADE DE VIDA ENTRE INDIVÍDUOS CADEIRANTES ATIVOS E SEDENTÁRIOS.....118**

*Diovane Ricardo Pereira Conceição, Felipe Augusto Rocha Machado, Maria Fernanda Camargos, Raphaela Karoline Araújo Cruz, Rebeca Alves Rodrigues e Danyane Simão Gomes*

doi: 10.48209/978-65-84959-17-7

## CAPÍTULO 8

**RACIOCÍNIO CLÍNICO DOS ENFERMEIROS NA TRIAGEM NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA: GROUNDED THEORY.....136**

*Susana Sobral Mendonça, Paula Oliveira, Maria José Nogueira*

doi: 10.48209/978-65-84959-17-8

## CAPÍTULO 9

**SEGURANÇA DOS ALIMENTOS EM COZINHAS RESIDENCIAIS..164**

*Simone Rezende da Penha Mendes, Thales Antunes Chamon, Luiza Drago Bonna, Maria Clara Barcelos de Aquino, Manuelli Monciozo Domingos, Jackline Freitas Brilhante de São José*

doi: 10.48209/978-65-84959-17-9

## CAPÍTULO 10

**PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA, TRIÁDE: TERAPIA COMPRESSIVA, EXERCÍCIO FÍSICO E ALIMENTAÇÃO, UM CASO DE SUCESSO NO TRATAMENTO DAS ÚLCERAS VENOSAS.....183**

*Cristina Marques Sousa e Luís Ferreira*

doi: 10.48209/978-65-84959-17-X

## CAPÍTULO 11

**COMUNICAÇÃO DO ENFERMEIRO E IMPACTO NO ESTADO DE SAÚDE: PERCEÇÃO DE UM GRUPO DE UTENTES NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA.....205**

*Maria José Nogueira, Delfina Teixeira, Iria Gómez, Paula Sánchez, Sara Canosa e Tania Rodríguez*

doi: 10.48209/978-65-84959-17-V

## CAPÍTULO 12

**CULTURA ANTIENVELHECIMENTO E MULHERES NEGRAS:  
IMPACTOS PARA A SAÚDE E PARA A PARTICIPAÇÃO NO  
MERCADO DE TRABALHO.....222**

*Arielle Dutra de Mendonça Ribeiro Tesch e Luciana Xavier Senra*

**doi:10.48209/978-65-84959-17-B**

**SOBRE OS ORGANIZADORES E AS ORGANIZADORAS.....243**

**SOBRE AS AUTORAS E OS AUTORES.....245**

## **PREFÁCIO**

A interdisciplinaridade é, na segunda década do século XXI, um conceito profundamente atual. Esta visa analisar, sintetizar e harmonizar as ligações entre as diferentes disciplinas da saúde como um todo coordenado e coerente. Assim, esta vem substituir o amplamente utilizado conceito de multidisciplinaridade, que valoriza igualmente o conhecimento de todas as disciplinas da área da saúde, mas que não permite que se ultrapassem as barreiras / fronteiras entre as mesmas.

A obra “Temas interdisciplinares sobre qualidade de vida e saúde”, logo no seu título, deixa clara uma mensagem que importa reter: o trabalho interdisciplinar em saúde é o caminho para uma efetiva melhoria da qualidade de vida da pessoa-alvo da prestação de cuidados. Portanto, desde logo, os organizadores deste livro deixam de parte qualquer forma ou vislumbre de corporativismo, colocam o utente/cliente no centro da prestação de cuidados e, dessa forma, vão de encontro a um outro conceito cada vez mais fundamental nos sistemas de saúde atuais: cuidados centrados na pessoa.

A partir daí, ao longo de 12 capítulos, os autores debruçam-se sobre os mais variados temas, tais como a saúde mental, o autocuidado, o exercício físico e a alimentação, a comunicação clínica, os cuidados transculturais, e até mesmo o raciocínio clínico dos enfermeiros. Todos estes temas têm em comum, desde logo, a sua relevância enquanto veículos para a promoção da qualidade de vida da pessoa-alvo da prestação de cuidados e, adicionalmente, o seu marcado cariz de atualidade no atual panorama nacional e internacional da saúde.

A título de exemplo, a comunicação clínica é, na atualidade, um indicador de qualidade nuclear para a prestação de cuidados de saúde. Em alguns países, como é o caso dos Estados Unidos da América, sempre que é apresentada uma queixa / denúncia contra um profissional de saúde devido à sua (má) prática comunicacional, este tem obrigatoriamente que realizar formação contínua para

melhoria das suas competências de comunicação clínica. A comunicação é inerente a todo e qualquer processo de prestação de cuidados de saúde, sendo este basilar, por exemplo, para a promoção / intervenção ao nível da saúde mental, ou até mesmo para a prestação de cuidados culturalmente competentes. Neste domínio, importa atender a que vivemos num mundo cada vez mais global e multicultural no qual, não raras vezes, os profissionais de saúde são chamados a prestar cuidados a pessoas de diferentes etnias, religiões, ou simplesmente de contextos geodemográficos profundamente díspares. Como tal, e também para isso, é fundamental que estes sejam capazes de adaptar a sua comunicação de um modo que permita, desde logo, não atentar contra valores morais e princípios comportamentais da pessoa-alvo da prestação de cuidados e, adicionalmente, de manter a qualidade e a eficiência na prestação desses mesmos cuidados.

Este livro versa sobre um tema que, não sendo inédito, é profundamente relevante para profissionais de saúde em exercício de funções nos contextos da prática clínica, estudantes de cursos graduados e pós-graduados na área da saúde, docentes do Ensino Superior na mesma área, e investigadores. O facto de os organizadores e de os autores de capítulos da obra incluírem pessoas de contextos geodemográficos e socioculturais tão diferentes quanto Brasil, Espanha, Perú e Portugal deve também ser encarado como uma mais-valia, na medida em que tal permite oferecer à mesma uma dimensão internacional e de interesse à escala global. Como tal, crê-se que este livro possa ser uma semente que ajude a germinar uma realidade de prestação de cuidados cada vez mais interdisciplinar e focada na melhoria da qualidade de vida de todos os cidadãos.

Professor Doutor Francisco Sampaio

Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal

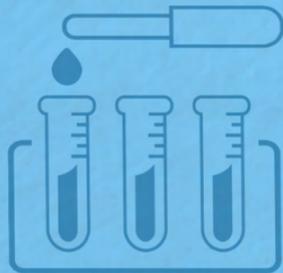
Investigador Doutorado Integrado no CINTESIS@RISE, Porto, Portugal

---

## CAPÍTULO 1

---

# POR QUE VOCÊ NÃO FALA A MINHA LÍNGUA PARA COMPREENDER MINHAS NECESSIDADES DE SAÚDE? UM RELATO DE EXPERIÊNCIA



Gleice Moura Silva  
Ivone Gonçalves Nery  
Maria Lúcia Silva Servo  
Ramon Missias-Moreira



## INTRODUÇÃO

Desde o final do século XX, o mundo direcionou seu olhar para grupos sociais categorizados como vulneráveis, e esses grupos seriam representados por pessoas que possuem alguma deficiência, seja ela qual for, que os “impeçam” de alguma forma de participar ativamente atividades sociais. Porém, para discorrer sobre todos os aspectos desta, precisamos conhecer o cenário nacional no qual estão inseridos, assim, começaremos com uma volta na história.

Após enfrentar um período de vinte e um anos de ditadura militar, o Brasil se vê num novo processo de redemocratização, devido à necessidade de devolver ao povo, direitos os quais haviam sido retirados pelos militares, durante esse processo ditatorial. No dia 05 de outubro do ano de 1988, foi promulgada a Constituição Federal a qual objetiva assegurar o exercício dos direitos sociais e dá garantias fundamentais que permitem o viver em sociedade.

No Art. 3º desta, encontram-se descritos os objetivos fundamentais da República Brasileira, com o objetivo de constituir uma sociedade livre, justa e solidária, para o desenvolvimento social, garantindo a erradicação da pobreza e da marginalização, além de redução das desigualdades sociais, buscando promover o bem-estar de todos, sendo este livre de todos os preconceitos, seja ele de cor, raça, sexo, idade ou qualquer outra forma de discriminação. O Art. 5º traz que todos são iguais perante a lei, garantindo a todos as pessoas residentes no país, livre de qualquer distinção, possuem o direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade.

Buscando implantar um estado de bem-estar social, a carta constitucional transformava a saúde em direito de cidadania e originava o processo de criação de um sistema público, descentralizado e universal de saúde, originando, então, profundamente a organização da saúde pública no país (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

A Reforma Sanitária Brasileira compreendeu a necessidade de reorientar o modelo assistencial em saúde no país, antecedendo a promulgação da Constituição, por ter ocorrido na 8ª Conferência de Saúde no ano de 1986 e ter sofrido influência dos movimentos e contexto sócio-político e econômico, mas também influenciou, em vários momentos, a constituição política e social do Estado Brasileiro (SOUSA, 2014), vencendo as arbitrariedades de saúde e observando os determinantes sociais de saúde individuais e coletivos.

O Art. 196 da promulgada Constituição Federal dispõe sobre a saúde como sendo um direito de todos e dever do Estado, a qual será garantida mediante políticas sociais e econômicas que almejem à redução do risco de doença e outros agravos, além do acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da mesma.

Diante disto, no ano de 2008, o governo brasileiro ratifica Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), com mandato de dois anos, que tinha como objetivo gerar conhecimento e informações sobre os determinantes sociais de saúde (DSS), em contribuir com a formulação de políticas que promovessem a equidade em saúde e mobilizar diferentes instâncias de governo e da sociedade civil, que teve origem a partir da Comissão sobre Determinantes Sociais de Saúde, criada pela Organização Mundial de Saúde (ONU) em 2005. (BRASIL, 2008).

Assim, os DSS estabelecidos através do modelo de Dahlgren e Whitehead, estão definidos como fatores sociais, culturais, étnicos/raciais, econômicos, comportamentais e psicológicos que se relacionam diretamente na ocorrência de problemas de saúde e os fatores de risco na população (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). A partir disso, o Sistema Único de Saúde (SUS) definindo saúde enquanto fenômeno de múltiplas determinações exigiu a transformação dos serviços prestados na busca pela integralidade no cuidado.

O Direito à Saúde está relacionado ao operador do direito através de diversos aspectos, pois a saúde engloba os mais variados âmbitos, tais como integridade física, sanitária, ambiental, mental e social. Além de não se referir apenas ao aspecto estático e individual, mas também pode estar relacionada ao desenvolvimento da pessoa como um ser holístico, assim como à sua relação com a sociedade (CARVALHO FILHA; SILVA; LANDO, 2015).

Sendo que em 20 de dezembro de 1999, através da regulamentação do Decreto 3.298, foi criada a Política Nacional para Integração da Pessoa com Deficiência, que buscava normatizar um conjunto de orientações e objetivou assegurar o pleno exercício dos direitos individuais e sociais destas (RODRIGUES; DAMIÃO, 2014).

Em 09 de julho de 2008, por meio do Decreto Legislativo nº 186 aprovado no Congresso Nacional, promulga a Convenção Internacional sobre o Direito das Pessoas com deficiência e seu Protocolo Facultativo, sendo que este tem o propósito de promover, proteger e assegurar o exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais a todas as pessoas com deficiência e promover o respeito a sua dignidade (BRASIL, 2010).

Segundo o Censo de 2010, cerca de 23,9% da população nacional possui algum tipo de deficiência, sendo 5,1%, surdas (Oliveira, 2012). Assim sendo, o Sistema de Saúde Pública, não pode deixar de adequar-se às necessidades desse grupo social, a fim de prestar a ele, serviços de atendimento de qualidade, digno e em todos os níveis de atuação (SOUZA; PERROZI, 2009).

É considerado surdo, todo indivíduo com acuidade auditiva diminuída e pode estar este, incluído em uma das três diferentes categorias, sendo elas: surdez leve, surdez moderada e surdez profunda ou severa. Para a classificação da surdez, é realizado um exame denominado de audiograma e é realizada em diferentes frequências, variando de 41 decibéis (dB) a mais, afim de diagnosticar a perda em: bilateral, parcial ou total (CARVALHO FILHA; SILVA; LANDO, 2015).

Por ser essencial no processo de aquisição da primeira língua dos ouvintes, a Língua Portuguesa, a audição pode ser considerada um dos sentidos mais importantes de um ser humano, assim, a surdez pode acarretar, o que muitos consideram como “limitações” para o processo de desenvolvimento individual, podendo influenciar negativamente no desenrolar do relacionamento com os familiares e a comunidade ouvinte.

Por serem minoria tanto linguística quanto culturalmente, os surdos enfrentam inúmeras dificuldades no que diz respeito à acessibilidade a diversos serviços, especialmente os serviços de saúde, a equidade no acesso aos serviços de saúde é pouco notada, o que reflete nos índices de saúde (SOUZA, *et al.*, 2017). Assim, apesar do SUS de ter tido importante papel na extensão da cobertura assistencial, ainda existem pessoas ou questões invisíveis na saúde, que sofrem com o preconceito e a indiferença da sociedade e têm menor alcance aos serviços fornecidos (OLIVEIRA, 2012).

Portanto, a comunidade surda está situada nesta parcela da população que não recebe atendimento igualitário, acabando por ser marginalizada na sociedade e nos serviços (SOUZA *et al.*, 2017). Estes, frequentemente, buscam o sistema de saúde com menos frequência que os ouvintes, alegando, como principais dificuldades, a frustração, o medo e a desconfiança (TEDESCO; JUNGES, 2013).

A barreira estabelecida pela dificuldade de estabelecer uma comunicação direta e adequada com o surdo, por vezes o afasta dos serviços de saúde e quando estes o utilizam, frequentemente lançam mão do profissional de tradução (interprete) para o estabelecimento do diálogo o que, como muitos descrevem, causam constrangimento e ocasionando na evasão do serviço.

O presente estudo justifica-se por buscar a importância da capacitação dos profissionais de saúde para o atendimento integral e igualitário do usuário surdo como sendo uma ferramenta fundamental, na busca de soluções para enfrentar os problemas de saúde, incluindo seus determinantes e condicionantes.

A relevância do estudo constitui-se na contribuição com a formação acadêmica, na área de saúde, sobretudo na enfermagem, na necessidade de capacitação para os discentes, a fim de estabelecer uma comunicação direta com o surdo, buscando promover o empoderamento dos discentes para a realização de um atendimento integral e inclusivo, desconstruindo a necessidade do profissional interprete no atendimento ao usuário, e elaborando práticas e saberes que envolvem a promoção da saúde e a educação continuada de saúde, enquanto promotor da cidadania, atraindo o público alvo para os serviços de saúde.

Para este relato foi estabelecida a seguinte questão de pesquisa: qual a experiência de participação enquanto discente na comunidade surda de um município do interior da Bahia?

Ressalto que o presente estudo tem como objetivo geral: relatar a experiência da participação discente na comunidade surda de um município do interior da Bahia no período de 2014 a 2015 e, como objetivos específicos: avaliar a experiência da participação no referido ambiente.

## **A Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS)**

Historicamente, a utilização de sinais para comunicação existe desde o período pré-histórico, onde os homens utilizavam a gesticulação para estabelecer a comunicação e ao longo do tempo, esta foi substituída pela comunicação oral, tornando assim a utilização de sinais restrita aos surdos. Sobre isso, há que “os homens pré-históricos trocaram a comunicação gestual pela comunicação oral, pela palavra, quando começaram a utilizar ferramentas; trabalhando com as mãos ocupadas, precisaram inventar uma alternativa para dialogar” (Vygotsky apud Reily, 2004).

Conforme a disseminação da oralização, forma de expressão pertencente aos ouvintes, foi predominando ao longo dos anos e ganhando força na comunicação, portanto sobrepondo-se a comunicação por sinais, que passou a ocorrer

de maneira informal, muitas vezes até mesmo secreta ou negada aos surdos, durante muitos anos, tratando-os como pessoas excluídas e sem direitos (FERRAZ, 2009).

A história conta, que um abade francês chamado L'Épée, destacou-se no cenário da educação de surdos, a partir de 1760, quando este foi designado a substituir o professor de duas irmãs surdas. No início ele objetivava dar prosseguimento ao, até então utilizado, método de ensino através de imagens, porém decidiu por mudar a abordagem e passou a utilizar-se de sinais que abrangesse conceitos abstratos para aprofundar o conhecimento de religião, das mesmas (REILY, 2004).

Assim, mesmo tendo conseguido ensinar as irmãs a ler e escrever, podia perceber que a metodologia era deficiente, por não haver gramática que apoiasse tal ensino-aprendizagem (AMARAL; SANTOS, 2017). Ao observar que a comunicação entre as irmãs era fluente, oportunizou a L'Épée o aprendizado dos sinais com posterior adaptação para a língua francesa, facilitando o posterior ensino dos surdos tanto sobre o concreto quanto o abstrato.

Estudo aponta que “A iniciativa de L'Épée revolucionou as possibilidades de educação, comunicação, interação e cidadania para os surdos, um grupo que se encontrava marginalizado e excluído até então” (REILY, 2004). Ao visitar a França, Dom Pedro II conhece o trabalho realizado pelo abade no Instituto de Surdo de Paris e percebe que o Brasil ainda não possuía metodologias voltadas para o ensino dos surdos, convidando o francês Ernest Huet para realizar a educação destes, sendo este fundamental no surgimento da comunicação e educação dos surdos.

O método de Ernest baseava-se na leitura labial, articulação da fala e auxílio da datilologia, tornando a língua francesa, a base para a Língua Brasileira de Sinais (REILY, 2004). Com o advento da LIBRAS, o bilinguismo passou a ser um dos meios mais utilizados no processo de ensino-aprendizagem, por pos-

sibilitar aos surdos o aprendizado da Língua Portuguesa e a Língua Brasileira de Sinais (AMARAL; SANTOS, 2017).

Assim, a LIBRAS teve a sua origem no alfabeto manual francês, que chega ao Brasil em 1856, sendo adotada e compreendida pelos surdos brasileiros e por qualquer pessoa interessada em estabelecer uma comunicação com estes.

A comunidade surda enfrentou vários momentos históricos caracterizados por mudanças, turbulências e crises, porém destes adveio o surgimento de oportunidades (STROBEL, 2009). Com a fundação do Instituto Nacional de Educação dos Surdos (INES), passou a ser realizadas pesquisas no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP), para a criação do primeiro dicionário de LIBRAS, editado em 2001, o qual passa a ser um instrumento fundamental na educação dos surdos (AMARAL; SANTOS, 2017).

Após anos de lutas, em 2002, a comunidade surda conquista a legitimação da LIBRAS, como principal meio de comunicação e expressão, reconhecida pela Lei número 10.436, de 24 de Abril de 2002, que dispõe no Art. 3º que: “As instituições públicas e empresas concessionárias de serviços públicos de assistência à saúde devem garantir atendimento e tratamento adequado aos portadores de deficiência auditiva, de acordo com as normas legais em vigor”. Porém enfatiza que esta não poderá substituir a escrita da língua portuguesa.

A língua de sinais é uma língua viso-espacial, na qual os sinais são traçados no espaço para serem vistos, tem parâmetros próprios e assim, algumas características da língua oral, como um questionamento ou entonação, podem não ser compreensíveis para o surdo (LIMA, 2006).

Diante da legitimação da LIBRAS, assim como toda língua, esta possui uma gramática específica e regras para que seja executada de maneira correta. Assim, a língua de sinais deu voz aos surdos e a todos aqueles que por muito tempo foram silenciados (AMARAL; SANTOS, 2017).

A língua de sinais constitui-se a partir de elementos próprios, como: configuração de mãos (disposição dos dedos durante a produção de um sinal), ponto de articulação ou localização (lugar em que um sinal é produzido), movimento (forma como a mão se move quando um determinado sinal é articulado) e orientação (SOFIATO, *et al.* apud ANDRADE; CASTRO, 2016).

As línguas de sinais expressam a capacidade do ser humano para a linguagem, como quaisquer outras línguas, independentemente da modalidade visual-espacial que apresentam (QUADROS, 1997). A LIBRAS apresenta variações de ordem lexical e expressões típicas de cada região, não exercendo qualquer influência na língua (QUADROS, 1997).

Atualmente a LIBRAS é reconhecida como instrumento fundamental para a educação e comunicação dos surdos, o que possibilita uma maior inclusão e independência diante da sociedade (AMARAL; SANTOS, 2017).

## **O Surdo e a Saúde**

A comunidade surda enfrentou vários momentos históricos caracterizados por mudanças, turbulências e crises, porém destes adveio o surgimento de oportunidades (STROBEL, 2009). Para falarmos sobre a história dos surdos na saúde, precisamos saber quem eles são como povo e comunidade.

Assim, pode-se conceituar povo como sendo um grupo de sujeitos que tem histórias, tradições e costumes em comum, que possuem a mesma peculiaridade, ou seja, constroem suas concepções de mundo através da visão. Já como comunidade, ele define como todos os que integram o meio de convívio dos surdos, familiares, interpretes, professores, amigos, podendo estes ser surdos ou ouvintes, todos partilhando um interesse comum, em um determinado local, podendo ser associações ou federações de surdos, igrejas entre outros (STROBEL, 2009).

Há de se registrar, nos últimos 20 anos, mudanças significativas quanto à inclusão das pessoas com deficiência nos debates que lhes dizem respeito, o que

vem auxiliando a sociedade a enfrentar preconceitos, discriminação e receios. Uma visão assistencialista e paternalista vem dando lugar a outra perspectiva, que coloca mais foco nas mudanças que a própria sociedade precisa promover para incluir, aceitar e participar do desenvolvimento da vida, em todos os sentidos, das pessoas com deficiência (BRASIL, 2010).

Ao longo da história, podemos perceber que a comunidade surda não parou/param de lutar, seu espaço político mais conhecido e mais importante são as Associações de Surdos, integrados por alguns líderes e militantes surdos (FERRAZ, 2009).

No mesmo período da legalização da LIBRAS como primeira língua do surdo, um grupo de mulheres surdas organizava o I Encontro de Mulheres Surdas Líderes, que reunia mulheres de toda a América Latina, que veio a ocorrer no ano de 2004, e tinha o objetivo de iniciar um movimento de mulheres que buscavam acessibilidade nas diversas esferas sociais e salientar aos membros da comunidade surda a importância e a adoção da LIBRAS como o primeira língua, além de modificar o acesso aos espaços e as instituições de saúde, educação e de trabalho, como forma de adquirir o direito à comunicação e a expressão em sinais (GEDIEL, 2016).

A língua de sinais é a forma de aceitação da própria identidade surda, que é natural para os surdos se comunicarem, é como a língua nativa dos índios, ou seja, as línguas definem culturas diferentes (FERRAZ, 2009).

Um dos desafios para a sociedade no século XXI é conviver com respeito à diversidade e assegurar o direito à igualdade, o que inclui na convivência com pessoas portadoras de deficiências, então no caso dos portadores de deficiência auditiva, implicaria também no reconhecimento da língua de sinais e da cultura desta (CHAVEIRO, *et al.*, 2013).

O Decreto 5.626, que visa regulamentar a Lei de Libras, traz em seu capítulo VII, Art. 25º que o SUS e as todas as empresas que detêm concessão ou

permissão de serviços públicos de assistência à saúde, devem garantir, a atenção integral à sua saúde, nos diversos níveis de complexidade e especialidades médicas, na perspectiva da inclusão plena das pessoas surdas ou com deficiência auditiva em todas as esferas da vida social.

Criado há quase três décadas sob atmosfera de luta por mais equidade e justiça social, e com conceito de saúde abordado na Constituição como sendo “direito de todos e um dever do Estado”, o Sistema Único de Saúde foi parte de uma grande reforma sanitária e processo de redemocratização no Brasil. No entanto, o SUS ainda demonstra grandes desigualdades na distribuição de recursos, promoção de serviços e de acessibilidade à saúde, reforçadas por desigualdades sociais históricas no país (SOUZA *et al.*, 2017).

Ao chegar a uma instituição de saúde, o surdo se depara com a falta de conhecimento da Libras por parte dos profissionais e a inexistência de intérpretes, faz com que este sintase excluído, reforçando a evasão do serviço, pela forma como eles utilizam o serviço ser diferente dos demais usuários, caracterizado pela fragilidade do vínculo comunicativo para realização de tratamento adequado.

Mobilizações políticas e sociais promoveram constantes mudanças no decorrer do século XX e XXI. Tais ações possibilitam a fundamentação e expressão de interesses de distintos grupos, envolvendo instituições privadas e governamentais, em defesa da criação de políticas públicas de saúde (GEDIEL, 2016).

Apesar da ampliação dos planos de ação em saúde, ao longo dos anos, incluindo grupos historicamente excluídos pelas políticas públicas, nas suas especificidades e necessidade, ainda percebemos que a comunidade surda encontra-se marginalizada no que tange o acesso ao serviço de saúde.

A maior barreira estabelecida entre o surdo e o serviço de saúde é a comunicação, devido à falta de capacitação dos profissionais para o atendimento integral e igualitário do usuário, por dificultar todo o atendimento, da anamnese às orientações, podendo inclusive resultar em diagnóstico incorreto, erros na elaboração do prontuário, dentre outros.

Tendo que a comunicação é um fator-chave na interação usuários-sistema de saúde, essa fica inicialmente comprometida em relação ao público surdo pela barreira de comunicação que se estabelece (SOARES *et al.*, 2018). Por conseguinte, numa sociedade que é principalmente ouvinte, espera-se que haja um impacto negativo na saúde além do comprometimento de alguns direitos individuais e coletivos (RODRÍGUEZ; RODRÍGUEZ; FALCÓ apud SOARES, *et al.*, 2018).

Todos os profissionais de enfermagem têm responsabilidade legal e ética para proporcionar os cuidados de saúde aos usuários surdos que utilizam a LIBRAS, da mesma forma que fornece aos usuários ouvintes ou com outras deficiências, prezando manter a comunicação efetiva, autonomia e confidencialidade (SOARES *et al.*, 2018).

Em uma sociedade onde prevalece a oralidade, e que os indivíduos tem que se adequar para a integrarem, é notável que nem a sociedade nem os profissionais da área de saúde estão preparados para acolher corretamente os surdos, causando uma disparidade, inclusive no conhecimento sobre saúde, o que é explicitado pela convivência no meio da comunidade.

## **A comunicação como forma de Humanização**

O caderno de HumanizaSUS, volume I (2010) relata que os processos de produção de saúde são feitos numa rede de relações que estas estão permeadas por assimetrias de saber e poder, além de lógicas de fragmentação entre saberes/práticas e requerem atenção inclusiva para a multiplicidade de condicionantes da saúde, não cabendo mais a redução do binômio queixa- conduta.

Podemos afirmar que atualmente a humanização tornou-se uma das principais discussões no âmbito da saúde, debatida em vários congressos, palestras, simpósios e dentro do próprio ambiente prestador de serviços de saúde. A necessidade de humanizar as ações e os atendimentos sobrepõe-se ao profissional e até mesmo ao cliente, secundarizando a relação estabelecida entre eles.

No ano de 2001, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) objetivando aprimorar as relações entre os usuários e os prestadores de serviços de saúde, inclusive da relação entre os próprios profissionais e do hospital com a comunidade. A expectativa é de mudança substancial no padrão assistencial dos hospitais públicos do país, o qual é fundamental para a clientela, porém especificamente o portador de deficiência auditiva, a qual está intimamente ligada à comunicação efetiva (BARBOSA *et al.*, 2003).

Quando a assistência em saúde é humanizada, beneficiamos todos os envolvidos, principalmente profissionais e usuários, estes conseguirão resgatar o sentido e valor de sua prática e passarão a receber um tratamento realmente digno que é buscado, respectivamente, mas o SUS, a sociedade e a cidadania também ganham quando conseguimos realizar este ato.

Estabelecer e manter a comunicação com os surdos configura-se como um grande desafio para os profissionais da saúde, pois o adequado atendimento das pessoas com deficiências é uma peça fundamental na busca de alavancar a qualidade dos serviços, enquanto a barreira de comunicação impede o atendimento humanizado (RODRIGUES; DAMIÃO, 2014).

O Art. 3º, parágrafo 2º, do decreto 5.626/2005, dispõe que a Libras constituir-se-á em disciplina curricular optativa nos cursos de educação superior e na educação profissional. Entendendo como uma disciplina optativa na grade curricular do curso de graduação em Enfermagem, notaremos que o déficit na capacitação profissional inicia-se no momento da graduação e, por vezes, perpetua-se durante o exercício profissional, contribuindo para a não inclusão dos sujeitos surdos na atenção integral e igualitária à saúde desta parcela da população.

A comunicação é essencial no processo de terapêutico e isto envolve escutar e interpretar de forma inteligente e cuidadosa o que lhe foi transmitido, assim

o enfermeiro deve considerar a comunicação como um processo recíproco (SILVA; NAKATA, 2005).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência foi instituída pela Portaria MS/GM nº 1.060, em 5 de junho de 2002, aborda que a prática da inclusão social parte do princípio de que, para inserir todas as pessoas, a sociedade deve ser modificada de modo a atender as necessidades de todos os seus membros, assim a inclusão das pessoas com deficiências significa possibilitar a elas o acesso aos serviços públicos, aos bens culturais e aos produtos decorrentes do avanço social, político, econômico e tecnológico da sociedade.

Conviver no universo das pessoas que possuem alguma deficiência requer uma mudança de paradigmas, sendo que para os surdos, estas acontecem quando são aceitos e respeitados em suas diferenças, e que ao contar com o auxílio do intérprete da língua de sinais é um exemplo de valorização das diversidades (CHAVEIRO; BARBOSA, 2005). A mesma autora ainda afirma que o valor fundamental da linguagem esta na relação em que as pessoas se compreendem.

A maneira com que os pacientes com deficiência auditiva utilizam o sistema de saúde é diferente e geralmente evidencia-se extrema dificuldade de comunicação com os profissionais, ao adotar a utilização da língua de sinais, o atendimento é facilitado quando utilizado pelo próprio prestador de serviço, abstendo-se da utilização do profissional interprete, evitando assim, o constrangimento e a falta de privacidade, já que quando outro profissional encontra-se no desenrolar da consulta, muitos surdos tendem a temer a divulgação do assunto confidencializado ao profissional de saúde na comunidade que está inserido, assim como o interprete.

Há uma necessidade de preparo dos profissionais de saúde para a interação com todos os pacientes através da comunicação adequada, da utilização de terminologias conforme o conhecimento de cada um, do respeito a sua cultura e língua para que sejam transmitidos apoio e uma informação efetiva (SILVA, 2002).

## **Educação Permanente em Saúde (EPS)**

O termo educação permanente surge pela primeira vez na França no ano de 1955 e é oficializado no ano posterior em um documento do Ministro Educacional sobre a reforma do ensino público e o prolongamento da escolaridade obrigatória (GADOTTI, 1988). Na década de 1960, a Educação Permanente começou a ser debatida, no Brasil, especialmente, a partir da obra de Dumerval Trigueiro (TRIGUEIRO apud MONTEIRO; MORAES, 2017), “que a definia como um caminho a ser explorado para além dos muros escolares, ou seja, reunindo condições para potencializar tanto a contribuição da escola na vida das pessoas, como na sociedade” (MONTEIRO; MORAES, 2017).

De acordo com o Art. 200, da Constituição Brasileira, compete ao SUS, “além de outras atribuições, nos termos da lei, ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde”. Então, a formação dos profissionais passou a ser reconhecida como essencial para o processo de consolidação da reforma sanitária (LEMOS, 2016).

Em fevereiro do ano de 2014, o Ministério da Saúde (MS), instituiu, através da Portaria nº 198 a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) que possibilita a identificação de necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores e a elaboração de estratégias e processos que qualifiquem a gestão e a atenção em saúde, favorecendo o fortalecimento do controle social com o objetivo de produzir um impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva da população (CAROTTA; KAWAMURA; SALAZAR, 2009).

A PNEPS é uma estratégia que almeja promover mudanças nas práticas do trabalho, com base em reflexões críticas, propondo o encontro entre o mundo do trabalho e da formação, através da convergência entre o aprender e o ensinar na realidade dos serviços (BRASIL, 2017). Para tanto, a EPS é uma proposta ético-político-pedagógica que objetiva transformar e qualificar a atenção à saúde, os

processos de formação, as práticas de educação em saúde, além de incentivar a organização das ações e dos serviços (BRASIL, 2017).

A EPS é caracterizada como uma prática de ensino-aprendizagem, portanto, a produção de conhecimento dar-se-á através das atividades diárias das instituições de saúde advindas da realidade vivida pela população envolvida, tendo os problemas enfrentados no dia-a-dia no trabalho e as experiências desses reconhecidas como lugar de invenções, acolhendo os desafios, respeitando a pluralidade e diversidade do País (BRASIL, 2014).

Assim, a teoria histórico-crítica na qual é baseada a educação permanente, nos fornece a possibilidade de uma aprendizagem que parte do conhecimento dos educandos, que ao problematizar a prática cotidiana, reúne elementos para a sua inclusão social e promoção, possibilitando a troca de conhecimentos e transformando a sociedade (SAVIANI apud MONTEIRO; MORAES, 2017).

A educação em saúde é uma prática inerente que deve ser desenvolvida no âmbito do SUS, sendo esta transversal o que proporciona uma articulação em todos os níveis de gestão do sistema, sendo essencial para a formulação de políticas de saúde (BRASIL, 2007).

## **MATERIAL E MÉTODO**

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa tipo relato de experiência, sobre a participação da discente nas atividades no município de Jequié- BA, no período de Fevereiro de 2014 a Dezembro de 2015.

Relatos de experiência podem ser conceituados como metodologia de observação sistemática da realidade, sem objetivo de testar hipóteses, porém estabelecendo correlações entre os achados e as bases teóricas pertinentes (DYNIECZ, 2009).

A experiência foi desenvolvida em diversos cenários, conforme os resultados apresentados, tendo como participantes pessoas surdas, frequentadores da Associação de Surdos, Centro Educacional Especializado de Jequié (ASCEEJE) e profissionais da instituição, seja eles intérpretes ou assistente de serviços gerais, sendo estes, surdos e/ou ouvintes.

Embora esse tipo de relato não exija a apresentação de projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), os participantes das atividades desenvolvidas durante o período supracitado, foram informados que das vivências realizadas, estas seriam transformadas em produção científica, preservando o anonimato em respeito aos princípios éticos que devem ser observados.

## **A EXPERIÊNCIA**

Neste relato de experiência serão abordados os aspectos relacionados a inserção, convívio e aprendizado adquirido pela graduanda no período de convívio contínuo na comunidade, no período de Fevereiro de 2014 à Dezembro de 2015. O público alvo da inserção foi a comunidade surda frequentadora do ASCEEJE, sendo esta formada por surdos, profissionais intérpretes, assistente social, pedagogos, voluntários no ensino de atividades físicas e prestadores de serviços gerais.

No início do ano de 2014 conheci um surdo, acadêmico do curso de Pedagogia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), e seus dois intérpretes, logo de início me senti um peixe fora d'água por não entender o que ele tentava me dizer, necessitando sempre da tradução, principalmente pelo fato de ser uma pessoa extremamente comunicativa, que gosta de se relacionar com o outro de forma direta.

Posteriormente, fui conhecer a Associação de Surdos, Centro Educacional Especializado de Jequié (ASCEEJE) espaço onde os surdos se reúnem, e que um

dos intérpretes de LIBRAS do estudante da UESB ali trabalhava, atitude que eu percebi o quantitativo de pessoas surdas associados as atividades ali desenvolvidas e desconhecimento de muitos segmentos sociais das dificuldades que os surdos enfrentam.

Outro surdo que conheci criou o meu sinal, que viria a ser a forma que me identificariam na comunidade, sendo este ponto de articulação no lado esquerdo do meu pescoço, no qual poucas pessoas conseguem ver por geralmente ser coberto pelos cabelos, tudo chamada a atenção do surdo que o identificou. Pude perceber o quão receptivos eles são com aqueles que almejam participar da comunidade, aumentando o anseio de participar do meio e aprender sobre a língua que eu pouco ou nada conhecia até o momento.

A partir de então, passei a frequentar ativamente a comunidade surda, acompanhando as mudanças do local de sede, as dificuldades enfrentadas pelos participantes, momentos de comemoração, o ingresso de mais dois surdos na universidade, o abraço as pessoas ouvintes que ansiavam participar desta, aprendi a compreender e me comunicar com eles, além de participar do curso de LIBRAS fornecido pela mesma.

Pude acompanhar, em inúmeras ocasiões o ensino da LIBRAS para os filhos ouvintes de pais surdos ou *Children of Deaf Adults (CODA)*. Pude acompanhar o desenvolvimento de muitas delas e perceber a facilidade como aprendem quanto mais novas são, podem ocorrer momentos de retração no desenvolvimento de uma das línguas com a qual convive.

Por ser acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem, percebi as dificuldades encontradas no acesso ao serviço de saúde e o anseio por meio dos surdos de conseguir estabelecer uma comunicação direta com os profissionais de saúde, percebi que eles desejam conhecer mais sobre as doenças e que os profissionais não são capacitados para atender de forma igualitária e integral os indivíduos surdos como preconizado pela constituição.

Por dois semestres, além de integrar diretamente a comunidade, pude atuar como monitora de uma acadêmica surda do curso de educação física, o possibilitou maior sobre a língua de sinais, facilitando a comunicação, o fato da área de saúde ter sinais específicos, necessitei do auxílio de profissionais intérpretes do Núcleo de Ações Inclusivas para Pessoa com Deficiência (NAIPD) da UESB, para melhor desenvolver a monitoria.

Dentre as atividades de monitoria, me foi solicitado a auxílio e ensino da aferição dos sinais vitais, a principal dificuldade encontrada era aferição da pressão arterial sistêmica (PA) por sabermos que há a necessidade da utilização do estetoscópio para chegar a um valor exato. Como forma de “adaptação” a situação na qual me encontrava, propus a utilização da aferição estimada da PA através da digito-pressão da artéria radial o que nos dá um valor aproximado da mesma, ao final, a mesma conseguiu atingir o objetivo da disciplina utilizando tal método, o que nos mostra que mesmo que barreiras surjam, podemos encontrar formas alternativas para alcançar o objetivo final.

No período de convivência ativa na comunidade, cursava na UESB a disciplina optativa de LIBRAS e ao final realizamos em conjunto com o Curso de Graduação em Medicina, da mesma, uma oficina para apresentação de algumas doenças, momento que contou com a participação ativa dos integrantes do AS-CEEJE, onde buscamos fornecer a troca de conhecimentos exclusivamente na língua de sinais.

Toda forma de participação nas atividades do ASCEEJE é valorizada pelos surdos e eles sempre mostram-se receptivos a novos integrantes, felizes com a vitória de cada um dos integrantes e que desejam maior reconhecimento por parte dos gestores no tangente a melhora no acesso ao serviço de saúde e educação.

## CONCLUSÃO

Mesmo o Decreto 5.626 de ter sido aprovado há treze anos e trazendo explicitamente os deveres dos prestadores de serviço de saúde, percebemos que estes não tem funcionado efetivamente, o que nos mostra a crucialidade da comunicação efetiva, sendo que esta seria facilitada pelo conhecimento e utilização da LIBRAS para prestar atendimento igualitário ao paciente surdo. Assim, Soares et. al (2018), relata que o enfermeiro tem responsabilidade ética e legal de proporcionar ao paciente surdo, que utiliza a língua de sinais, cuidados de saúde da mesma forma como ofertado ao usuário ouvinte, mantendo a comunicação efetiva, confidencialidade e autonomia.

Portanto, a quebra da barreira da comunicação faz-se necessária para interrupção do impacto negativo que a não prática da comunicação direta tem na saúde do surdo. Mas para tal, é necessário o comprometimento de todos os ouvintes, prestadores de assistência à saúde no processo de aprendizagem e aquisição da língua de sinais.

Por não ser uma disciplina obrigatória na grade curricular, a maioria dos acadêmicos terminam por perpetuar a barreira já estabelecida na comunicação com o surdo. A necessidade de capacitação dos futuros profissionais faz-se necessária para que todos os critérios estabelecidos por lei sejam atendidos e não haja qualquer forma de preconceito no que tange a assistência a ser prestada.

Percebemos a necessidade da incorporação da LIBRAS nos cursos de Graduação, em especial na área da saúde, mesmo que este não seja obrigatório por lei para cursos da área de saúde o que diverge diretamente com as normas preconizadas nas leis e decretos que fazem referência aos direitos da pessoa com deficiência.

Os objetivos do estudo foram alcançados uma vez que a experiência vivenciadas no período de fevereiro de 2014 a dezembro de 2015 foram descritas

e contribuirá para a reflexão da necessidade de se desenvolver ações que visem motivar na comunidade acadêmica a necessidade de promover a inclusão da Língua Brasileira de Sinais nos cursos de Graduação da área de saúde, de modo a capacitar docentes e futuros profissionais para o atendimento em saúde a esse grupo social, e ainda, que o estudo possa sensibilizar docentes e trabalhadores de saúde para aprenderem essa língua, ferramenta importante para a comunicação efetiva com os surdos.

O relato constitui-se relevante neste período oportunizado, enquanto acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem, junto a comunidade surda, uma vez que adquiri e ampliei conhecimentos acerca de temas diversos que me capacitaram à disseminação do saber, buscando contribuir para a promoção da saúde e cidadania do grupo social; tive participação efetiva nas ações desenvolvidas pelo ASCEEJE, oportunidade em que observei um desconhecimento da população sobre os processos de saúde-doença e as necessidades de saúde da comunidade.

## **REFERÊNCIAS**

Andrade, L.F.; Castro, S.S. Saúde e surdez: instrumentos de pesquisas adaptados à língua de sinais – uma revisão sistemática. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, v.49, n.2, p.175-184, 2016.

AMARAL, S.C.; SANTOS, R.M. O Surgimento Da Libras E Sua Importância Na Comunicação E Educação Dos Surdos. **IV Congresso Nacional da Educação. Editora Realize, 2017.** Disponível em <[https://editorarealize.com.br/revistas/connedu/trabalhos/TRABALHO\\_EV073\\_MD1\\_SA10\\_ID2\\_368\\_16102017221540.pdf](https://editorarealize.com.br/revistas/connedu/trabalhos/TRABALHO_EV073_MD1_SA10_ID2_368_16102017221540.pdf)>

Barbosa, MA; Oliveira, MA; Siqueira, KM; Damas, KCA; Prado, MA. Língua Brasileira De Sinais: Um Desafio Para A Assistência De Enfermagem. **Revista de Enfermagem UERJ**, v.11, n. 3, p. 247-251, 2003.

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

BRASIL. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, **que dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção**, e dá outras providências. Brasília, 20 de dezembro de 1999; 178º da Independência e 111º da República.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005. Regulamenta a Lei nº 10.426, de 24 de abril de 2002, que **dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – LIBRAS**, e o art. 18 da Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Brasília, 22 de dezembro de 2005; 184ª da Independência e 117ª da República.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.426, de 24 de abril de 2002, que **dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – LIBRAS** e dá outras providências. Brasília, 24 de abril de 2002; 181ª da Independência e 114ª da República.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais De Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. **Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CND-SS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional De Humanização Da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013**, que institui a Política Nacional de Educação em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Brasília: Diário Oficial da União, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.060, de 5 de junho de 2002**, que aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília: Diário Oficial da União, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Direitos Humanos. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**: Decreto Legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008; Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. 4ª Ed., rev. e atual. Brasília : Secretaria de Direitos Humanos, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 242 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente**. 2017. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/assistencia-farmaceutica/qualifar-sus/674-assuntos/trabalho-e-educacao-na-saude/40527-politica-nacional-de-educacao-permanente>>

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Educação Permanente em Saúde: Reconhecer a produção local de cotidianos de saúde e ativar práticas colaborativas de aprendizagem e de entrelaçamento de saberes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BUSS, P, PELLEGRINI FILHO, A. **A Saúde e seus Determinantes**. *PHYSIS*, v.17, n.1, p.77- 93, 2007.

CARVALHO FILHA, F. S. S.; SILVA, S. R.; LANDO, G. A. Cuidado ao surdo: conexões com o direito à saúde. **Revista Ciência & Saberes**, v. 1, n. 1, p. 31-8, 2015.

CAROTTA, F; KAWAMURA, D; SALAZAR, J. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. **Saúde e Sociedade**, v.18, supl.1, 2009.

CHAVEIRO, N.; BARBOSA, M.A. Assistência ao surdo na área de saúde como fator de inclusão social. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.39, n.4, p.417-22, 2005.

CHAVEIRO, N.; Duarte, S.B.R.; Freitas, A.R.; Barbosa, M.A.; Porto, C.C.; Fleck, M.P.A. Instrumentos em Língua Brasileira de Sinais para avaliação da qualidade de vida da população surda. **Rev. Saúde Pública**, v.47, n.3, p.616-23, 2013.

DYNIWICZ, A. M. **Metodologia da Pesquisa em Saúde para Iniciantes**. 2. ed. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2009.

FERRAZ, R.A. **O Mundo Surdo: Passeata dos Surdos – luta e comemoração**. 2009, Monografia (conclusão pós-graduação em Estudos Surdos: Cultura e Diferença) – Faculdade Santa Helena, Recife.

GADOTTI, M. **Educação e poder: introdução à pedagogia do conflito**. 8ª ed. São Paulo: Cortez; 1988.

GEDIEL, A. L. B. Mesa Redonda: Configuração do campo da Antropologia Linguística no Brasil. In: Encontro Anual da ANPOCS, 40º, 2016, Caxambu. **Mulheres Surdas Líderes: a constituição de uma comunidade virtual em LIBRAS...** [S.l.: s.n.], 2016. p. 1-29.

LEMOS, C.L.S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.3, p.913-922, 2016.

LIMA, P. A. **Educação Inclusiva e Igualdade Social**. São Paulo: Avercamp, 2006.

MONTEIRO, M.C.S.; MORAES, T.C.L. Educação Permanente para o controle social: uma ferramenta para a gestão participativa e compartilhada. **Boletim do Instituto de Saúde – BIS**, v.18, n.2, p. 119-128, 2017.

Oliveira LMB. **Cartilha do Censo 2010 – Pessoas com Deficiência**. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Brasília, 2012.

PAIVA, C.H.A.; TEIXEIRA, L.A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde**, v.21, n.1, p.15-35, 2014.

QUADROS, R.M. Aspectos da sintaxe e da aquisição da língua brasileira de sinais. **Letras de Hoje**, v. 32, n. 4, p. 125-146, 1997.

REILY, L. **Escola inclusiva: Linguagem e mediação**. São Paulo: Papyrus, 2004.

SILVA, W.V. **A comunicação interpessoal entre o profissional de saúde e gestantes na assistência pré-natal: Repercussões da gravidez no contexto cultural e emocional.** Barueri. Manole, 2002.

SILVA, W.V., NAKATA, S. Comunicação: necessidade percebida no período pré-operatório de pacientes cirúrgicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 58, n.6, p.673-6, 2005.

SOUZA, M.T.; PORROZZI, R. Ensino de libras para os profissionais de saúde: uma necessidade premente. **Rev. Práxis**, v.1, n.2, p.43-6, 2009.

RODRIGUES, S.C.M.; DAMIÃO, G.C. Ambiente Virtual: auxílio ao atendimento de enfermagem para surdos com base no protocolo de Atenção Básica. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.48, n.4, p.731-8, 2014.

SOARES, IP; LIMA, EMM; SANTOS, ACM; FERREIRA, CB. Como eu falo com você? a comunicação do enfermeiro com o usuário surdo. **Rev. baiana enferm**, V.32, e.25978, 2018.

SOUSA, M.F. A Reforma Sanitária Brasileira E O Sistema Único De Saúde. **Tempus, actas de saúde colet**, v.8, n.1, p.11-16, 2014.

Souza, M.F.N.S; Araújo, A.M.B.; Sandes, L.F.F.; Freitas, D.A.; Soares, W.D.; Vianna, R.S.M.; Sousa, Á.A.D. Principais dificuldades e obstáculos enfrentados pela comunidade surda no acesso à saúde: uma revisão integrativa de literatura. **Rev. CEFAC**, v.19, n.3, p.395-405, 2017.

STROBEL, K. **História da educação de surdos.** Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2009.

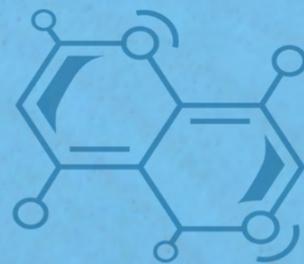
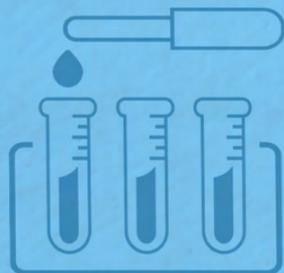
TEDESCO, JR; JUNGES, JR. Desafios da prática do acolhimento de surdos na atenção primária. **Cad. Saúde Pública**, v.29, n.8, p. 685-9, 2013.

---

## CAPÍTULO 2

---

# IMPACTO DE UMA INTERVENÇÃO PROMOTORA DO AUTOCUIDADO E ESTRATÉGIAS DE COPING EM TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE



Joel Vitorino  
Carla Marques  
Marina Pereira  
Carlos Laranjeira

## INTRODUÇÃO

O autocuidado traduz-se num esforço consciente de procura por recursos que fomentem a saúde e o bem-estar físico e emocional dirigida ao próprio (KISSIL & NIÑO, 2017; MYERS *et al.*, 2012; PAKENHAM, 2017). De acordo com a taxonomia proposta pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o autocuidado corresponde à “atividade executada pelo próprio que consiste em tratar do que é necessário para manter-se operacional, lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas, e as atividades da vida diária”. Já o coping é definido como “atitude: gerir o stresse e ter uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico” (ICN, 2019, p.1).

Ao conceito de autocuidado está inerente a ação intencional que permite a diminuição de fenómenos como o stresse, a ansiedade ou reação emocional (WILLIAMS *et al.*, 2010), bem como o burnout ou o stresse pós-traumático (POSLUNS; GALL, 2020).

Desta forma, a promoção do autocuidado e do coping efetivo estão associados a menores níveis de stresse, e, conseqüentemente, a níveis mais elevados de bem-estar (COLMAN *et al.*, 2016), desempenho profissional (POSLUNS; GALL, 2020), satisfação por compaixão e qualidade de vida profissional (BUTLER *et al.*, 2017).

Numa perspetiva ecológica (BRONFENBRENNER, 1995), o desenvolvimento humano dá-se por via da interação entre o sistema individual e os outros, objetos e símbolos no seu ambiente, sendo relevante considerar-se o processo.

O estado de saúde é determinado, fundamentalmente, pelas condições em que nascemos, crescemos, vivemos e envelhecemos. Estas condições incluem o nosso ambiente físico, acesso à educação, habitação adequada, emprego e rendimentos (NUTBEAM; LLOYD, 2021). As circunstâncias em que as pessoas vivem o seu contexto de trabalho influenciam, também, os seus resultados em

saúde (MARMOT, 2005). Consequentemente, é necessária uma ampla perspectiva de saúde pública para promover a saúde mental e prevenir as doenças mentais (ERIKSSON *et al.*, 2018).

Evidência recente demonstrou que as condições de trabalho precárias e a relação com o emprego inseguro podem provocar um aumento significativo do distresse psicológico. Concorrem, igualmente, para estes fenómenos a qualidade das relações interpessoais, o status social atribuído à função, bem como o nível de retribuição económica associado (ALEGRIA *et al.*, 2018).

Para além disso, aspetos da organização, conceção e gestão do trabalho têm o potencial de causar danos à saúde e segurança individuais, representando por isso fatores de risco psicossociais no que respeita à manutenção e promoção da saúde mental e bem-estar individual e coletivo (JAIN *et al.*, 2021).

Numa perspetiva mais ampla, os riscos psicossociais são uma grande preocupação de saúde pública e estão associados a desafios económicos e de segurança social. A prevenção e gestão dos riscos psicossociais ganhou protagonismo com a pandemia COVID-19, dado os trabalhadores estarem cada vez mais expostos a riscos psicossociais decorrentes da incerteza [presente e futura] da situação de trabalho ou de mudanças nos processos e dinâmicas laborais, e das suas consequências negativas no bem-estar e saúde mental (CHIRICO *et al.*, 2021; GOLD, 2020; VIZHEH *et al.*, 2020).

A pandemia COVID-19 originou um impacto sem precedentes na saúde mental e bem-estar dos trabalhadores dos serviços de saúde, sobretudo dos que se mantiveram na primeira linha do atendimento (GOLD, 2020; SANTARONE *et al.*, 2020; SØVOLD *et al.*, 2021; VIZHEH *et al.*, 2020). O presentismo (ou perda de produtividade, que é onde residem os maiores custos financeiros), o absentismo e a rotatividade de pessoal afetam tanto os trabalhadores como os empregadores e, por sua vez, a economia da sociedade. Estima-se que 15% dos adultos em idade ativa desenvolvem uma perturbação mental (WORLD HEAL-

TH ORGANIZATION, 2022). De acordo com os dados apresentados no relatório do Conselho Nacional da Saúde (2019, p.58), “em média, 42% dos trabalhadores com doença mental severa e 28% com doença mental moderada tinham faltado ao trabalho nas últimas quatro semanas. Entre os trabalhadores sem doença mental, 19% tinham estado ausentes nas últimas quatro semanas”. Já a incidência do presentismo nas últimas quatro semanas era três vezes superior nos trabalhadores que tinham doença mental severa comparativamente aos que não tinham doença mental conhecida (idem).

De acordo com a evidência disponível, no decurso da pandemia os profissionais da área da saúde experimentaram alterações da sua saúde mental que se traduziram em ansiedade, depressão, insónia, distresse, medo, alterações na perceção da autoeficácia e alterações da socialização (VIZHEH et al., 2020), mas também viram aumentar o risco para situações como Burnout, stresse pós-traumático e sofrimento moral (SØVOLD et al., 2021).

Ao nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), a pandemia por COVID-19 acarretou a necessidade de ajustamento da atividade assistencial tendo ocorrido alterações consideráveis nas rotinas de trabalho dos profissionais, com a adoção de novas formas de interação e de prestação de cuidados de saúde com os seus utentes, nomeadamente, pela utilização de tecnologias de informação e comunicação (ACSS, 2020). Desta forma, os constrangimentos relacionados com as medidas de distanciamento físico e circulação de pessoas, com impacto sobre a atividade das equipas, foram minimizados permitindo que uma parte significativa da atividade programada fosse realizada através de consultas não presenciais. Foram criados circuitos de acesso separados para utentes suspeitos de infeção por Sars-CoV-2 tendo sido definidas áreas dedicadas para doenças respiratórias o que implicou a segregação de recursos físicos e humanos para dar resposta a esta nova realidade. Para além do impacto de tal segregação na atividade normal, ocorreu um natural acréscimo de atividade de vigilância para os profissionais (ACSS, 2020).

No contexto de prestação de cuidados de saúde, diversos grupos profissionais foram colocados na resposta de primeira linha face à situação de pandemia, o que acresceu um conjunto de desafios para a manutenção da Saúde Mental, nomeadamente os relacionados com: a) a falta de preparação para a resposta em situação de pandemia; b) a dificuldade de acesso a equipamentos de proteção individual; c) jornadas de trabalho prolongadas; d) a carência de recursos humanos; e) frustração pela limitada capacidade de resposta; bem como, f) as alterações sociofamiliares a que estiveram sujeitos (CHIRICO *et al.*, 2021).

Assim, ao nível dos CSP, em que as dimensões da personalização, da proximidade e continuidade são basilares, assume especial relevância a figura do assistente técnico (perfil secretário clínico), que se constitui como um agente ao serviço do interesse do utente. Estes profissionais desempenham um papel crucial nas equipas de CSP, por assumirem um lugar *pivot* no contato entre os clientes e os prestadores de cuidados, seja por aqueles que procuram os serviços fisicamente, quer dos que o fazem pelos meios de comunicação à distância (NEUWELT *et al.*, 2015). É descrito na evidência, para além do exposto, que os assistentes técnicos que desenvolvem trabalho na receção dos serviços são ainda confrontados com a necessidade de gerir quer as expectativas dos clientes, quer dos próprios profissionais dos serviços de saúde (BRANT *et al.*, 2018).

Assim, o objetivo do presente capítulo foi o de avaliar o impacto decorrente do desenvolvimento de uma intervenção promotora do autocuidado e estratégias de coping em assistentes técnicos de uma unidade de saúde.

## **METODOLOGIA**

### **Design**

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, pré-experimental com grupo único e avaliação pré e pós intervenção (CAMPBELL & STANLEY, 2005).

## **Amostra e recrutamento**

Amostra intencional composta por seis assistentes técnicas, independentemente, do grau académico ou competências específicas, de uma unidade local de saúde da zona centro de Portugal.

## **Intervenção**

O programa formativo foi constituído por oito sessões, de natureza grupal, com aproximação aos princípios da intervenção psicoeducacional, o qual visou promover a literacia em saúde mental através da capacitação dos formandos para comportamentos promotores de saúde (AMARAL *et al.*, 2020). Cada sessão teve 60 minutos de duração e decorreu com uma periodicidade semanal. O programa assentou nos conhecimentos e competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e seguiu a sequência cognitivo-comportamental no planeamento das estratégias promotoras de coping e autocuidado. A construção do programa formativo baseou-se ainda nos pressupostos da andragogia, com recurso a ferramentas de coaching para o desenvolvimento do auto e heteroconhecimento.

As temáticas de intervenção versaram sobre os seguintes focos de atenção: a) Autoeficácia; b) Resiliência; c) Relacionamentos; d) Autocuidado; e) Autocnhecimento; e, f) Esperança.

Durante as sessões foi aplicada uma abordagem centrada nas necessidades expressas dos participantes, com recurso a uma vertente educativa por meio de conteúdo didático, e uma vertente experiencial por meio da facilitação e desenvolvimento de aprendizagens. Esta abordagem permitiu integrar, simultaneamente, informação, comunicação e prática, elementos essenciais para o desenvolvimento de um programa (ORTIZ, 2018).

Como instrumentos de medida, recorreu-se à aplicação pré e pós-intervenção dos instrumentos: a) *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey* (MBI- HSS) (MASLACH *et al.*, 1997; versão portuguesa MARQUES-PINTO & CHAMBEL, 2008); b) *Brief-COPE* (CARVER, 1997; versão portuguesa PAIS RIBEIRO & RODRIGUES, 2004), e, c) de um Questionário de Satisfação.

Os aspetos ético-formais foram assegurados de acordo com a declaração de Helsínquia. O tratamento de dados foi realizado através do programa de tratamento estatístico *IBM SPSS Statistics*, na versão 24.0.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O grupo *baseline* foi constituído por seis assistentes técnicas com uma média de idades de 49,33 anos (DP:7,23; Min.:41; Máx.:61), na sua maioria casadas ou em união de fato (n=5). Apresentavam cerca de 26 anos de experiência profissional (DP: 8,22; Min.:15; Máx.: 38), sendo que todas detêm contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado. Nenhuma das participantes exercia funções de chefia.

Os níveis médios dos scores globais de *burnout*, de acordo com a tradução proposta por Marôco *et al.* (2016), classificam o grupo-alvo em “sem burnout/burnout reduzido” nos dois momentos da avaliação (pré-intervenção e pós-intervenção), ainda que se verifique um ligeiro agravamento do score global médio no momento pós-intervenção. Os scores médios são calculados a partir da soma das três subescalas que compõem o instrumento sendo a terceira subescala (realização profissional) calculada com a pontuação invertida.

Ao analisarmos os resultados por subescala verificamos, nos dois períodos de avaliação, valores médios de exaustão emocional, níveis reduzidos de despersonalização e elevados níveis de realização profissional (tabela 1). Pode verificar-se uma consistência dos scores médios nos dois momentos de monitorização.

Tabela 1 - Scores médios do *burnout* total e por subescala

Variáveis	Pré-intervenção		Pós-intervenção	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
Exaustão Emocional	2,4074	,93139	2,2407	,94912
Despersonalização	1,1667	,78401	1,7333	1,04051
Realização Profissional	4,2083	1,02977	4,6042	,36586
<b><i>Burnout (score global)</i></b>	1,7886	,55810	1,7900	,54234

Fonte: elaboração própria

Para uma melhor compreensão dos resultados globais importa compreender a variação dos resultados por subescala. Verifica-se uma variação positiva nas subescalas da exaustão emocional e realização profissional, ainda que ao nível da subescala da despersonalização exista uma variação negativa. Não obstante, e no que se refere à subescala despersonalização, identifica-se um maior desvio padrão, comparativamente às demais subescalas. Neste sentido, a média obtida poderá estar negativamente influenciada por um caso isolado, e não representar a normalidade.

Considerando a descrição conceptual das diferentes dimensões que compõem o instrumento de medida, a despersonalização consiste numa tentativa de distanciamento entre si e as pessoas com quem se relaciona, ignorando as qualidades e características que tornam as pessoas únicas e envolventes. As exigências do trabalho tornam-se mais fáceis de serem geridas quando as pessoas são consideradas objetos impessoais do trabalho (SANTOS, 2015).

O profissional recorre ao distanciamento cognitivo, desenvolvendo uma atitude de indiferença ou de cinismo quando está exausto e/ou desanimado. O distanciamento é uma reação imediata a exaustão, o que revela uma forte relação da exaustão com a despersonalização (MASLACH *et al.*, 2001 cit. SANTOS, 2015).

No que diz respeito à avaliação do coping procedeu-se à utilização da *Brief-COPE* (CARVER, 1997; PAIS RIBEIRO & RODRIGUES, 2004) com o intuito de traçar o perfil de coping da população-alvo. O *Brief-COPE Inventory* foi desenvolvido para avaliar estilos e estratégias de coping, baseando-se no modelo de Lazarus e Folkman (1984) e no modelo da auto-regulação de Carver e Scheier (1989). Pelo que as subescalas do *Brief-COPE* podem ser agrupadas da seguinte forma: 1) coping focado no problema (Coping Ativo, Planear e Utilizar Suporte Instrumental); 2) coping focado na emoção (Utilizar Suporte Social Emocional, Religião, Reinterpretação Positiva, Aceitação e Humor); e, 3) coping disfuncional - fuga/tensão (Auto-Culpabilização, Expressão de Sentimentos, Negação, Auto-Distração; Desinvestimento Comportamental e Uso de Substâncias) (COOLIDGE *et al.*, 2000).

Os indivíduos que utilizam mecanismos de coping disfuncionais têm mais probabilidades de se envolverem em comportamentos de risco para a saúde do que aqueles com mecanismos apropriados (ALGORANI & GUPTA, 2022), tendo sido estabelecida relação entre o coping disfuncional e o risco de doença (SANTARNECCHI *et al.*, 2018).

No grupo-alvo, os mecanismos de coping mais prevalentes nos dois momentos prendem-se com os mecanismos centrados no problema e na emoção, nomeadamente: “utilizar suporte instrumental” – utilizar o apoio de outros: colegas, familiares, amigos (SCHULTZ *et al.*, 2022); “planear” – pensar acerca de como enfrentar o agente stressor (MCKINLEY *et al.*, 2020); e “reinterpretação positiva” – mecanismo focado na emoção que se traduz na reinterpretação de uma experiência negativa (FRITZ, 2021; MUNROE *et al.*, 2022).

Já ao nível das estratégias disfuncionais, a que assumiu maior expressão nos dois momentos foi a “auto-distração” – afastar o pensamento ou a atenção do problema ou do fator de stresse (MCKINLEY *et al.*, 2020).

No que diz respeito às estratégias de coping mais utilizadas pelas assistentes técnicas, considerando apenas as respostas assinaladas com os valores 2 e 3 da escala (na avaliação pré-intervenção), destacam-se os itens: “tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer” (n=6); “concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação” (n=5); “peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação” (n=5); “tento aceitar as coisas tal como elas estão a acontecer” (n=5); e “penso muito sobre a melhor forma de lidar com a situação” (n=5).

Já no momento pós-intervenção, o ranking das estratégias mais utilizadas é composto por: “peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação” (n=6); “tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torna-la mais positiva” (n=6); “peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo” (n=5); “penso muito sobre a melhor forma de lidar com a situação” (n=5); e “concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação” (n=5).

Vários estudos demonstram relação entre os mecanismos de coping e o burnout, sendo evidente que estratégias de coping adaptativas constituem um fator protetor para o desenvolvimento de burnout (FRIGANOVIC *et al.*, 2019; HAMID & MUSA, 2017; LI *et al.*, 2017).

Os dados obtidos no momento pré-intervenção, remetem para a existência de uma correlação negativa entre a utilização de suporte instrumental e a despersonalização ( $rs=-0,877$ ;  $p=0,022$ ) parecendo alinhar com a evidência disponível, ainda que indicie igualmente uma correlação positiva entre a reinterpretação positiva e a exaustão emocional ( $rs=0,883$ ;  $p=0,020$ ). Este dado remete para o facto de que coping focado na emoção pode ser desadaptativo e levar à exaustão emocional (KLUSMANN *et al.*, 2021).

Já no momento pós-intervenção, destaca-se a correlação positiva das subescalas “planear” e “utilizar suporte instrumental” com a subescala “realização

profissional” do MBI-HSS ( $r_s=0,820$ ;  $p=0,046$ ; e  $r_s=0,813$ ;  $p=0,049$  respectivamente), estando os dados sintônicos com a evidência (MARTÍNEZ *et al.*, 2020; RUISOTO *et al.*, 2021). Constata-se, ainda a correlação positiva entre o “coping ativo” e a “despersonalização” ( $r_s=0,899$ ;  $p=0,015$ ) bem como entre a “aceitação” e a “exaustão emocional” ( $r_s=0,818$ ;  $p=0,047$ ) à semelhança de estudos anteriores (BAMONTI *et al.*, 2019).

Importa sublinhar que não foram encontradas diferenças com significado estatístico entre os dois momentos de avaliação, no que se refere às dimensões do burnout e das subescalas do coping.

Não obstante do exposto, e com o intuito de atribuir significado aos resultados obtidos, é relevante atender à multiplicidade de variáveis externas ao programa – sociais, contextuais, pessoais e familiares – que podem ter tido interferência. Destacam-se alguns constrangimentos relacionados com a existência de atestados de incapacidade temporária no decurso do programa por parte de alguns elementos do grupo-alvo. Importa, também, considerar que no segundo momento da avaliação os elementos do grupo disponham de informação conferida ao longo do programa, podendo ter existido algum fenómeno de desejabilidade social (BERGEN & LABONTÉ, 2019; LARSON, 2018).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O programa recolheu um elevado nível de aceitação por parte do grupo-alvo, traduzido pelos níveis de satisfação obtidos – através da avaliação com recurso a instrumento de *likert* (entre 0 – “nada satisfeito” e 10 – “totalmente satisfeito”) obtiveram-se resultados médios superiores a 9 em todas as afirmações, nomeadamente: o tempo de cada sessão; a metodologia utilizada em cada sessão; o domínio das temáticas por parte do dinamizador das sessões; a relação criada entre o dinamizador e os participantes; o contributo do programa para o meu bem-estar; e, a minha satisfação global com o programa.

Apesar de não terem sido verificadas diferenças estatisticamente significativas, antes e após a intervenção, constatou-se ao nível da exaustão emocional e da realização profissional, uma melhoria dos scores médios, o que se traduz em ganhos empíricos. Já ao nível da despersonalização, houve um agravamento do score médio no momento pós-intervenção, sugestivo de insensibilidade e de uma resposta desumanizada. Sendo que a despersonalização resulta, diversas vezes, numa estratégia defensiva para lidar com os problemas, sugere-se em futuras intervenções, a inclusão de uma temática onde se trabalhe as capacidades relacionadas com a empatia. Quanto às estratégias de *coping* adotadas, os dados remetem para a utilização mais expressiva de mecanismos de *coping* considerados adaptativos nos momentos pré e pós-intervenção.

Apontam-se algumas limitações ao estudo desenvolvido, nomeadamente no que diz respeito ao tamanho da amostra, o que limita a comparabilidade e transferibilidade dos resultados. Outra limitação decorre do tempo disponível para o desenvolvimento do programa, o que poderá ter limitado a consolidação dos conhecimentos e aprendizagens. Constitui-se igualmente como limitação ao estudo a ausência de monitorização de *follow-up*.

Depreende-se do estudo realizado a necessidade de melhorar os processos formativos das assistentes técnicas em áreas como comunicação, gestão de conflitos e relações interpessoais de forma a capacitá-las com ferramentas imprescindíveis para a gestão da complexidade da sua atividade no contato com o outro, no contexto das instituições de saúde. Similarmente, sugere-se que as áreas do autoconhecimento e autocuidado, como mediadoras do bem-estar socioprofissional, possam ser integradas nos curricula privilegiando estratégias andragógicas, ao invés de estratégias pedagógicas – na medida em que colocam a pessoa no centro dos processos formativos, ou seja, valorizam as suas necessidades, perceções, experiências, tempos e motivações.

Assume-se como, igualmente, relevante a implementação de políticas de saúde promotoras da saúde e bem-estar ocupacional com a necessária adequação organizacional (recursos humanos, materiais, físicos e estruturais).

Ao nível da investigação, identifica-se a necessidade de replicação do programa, aumentando o número de participantes por forma a robustecer os achados, com a translação para outros contextos. Paralelamente, áreas como a fadiga e satisfação por compaixão, a satisfação profissional, a qualidade vida profissional podem ser alvo de avaliação em futuras intervenções que versem as temáticas do autocuidado em contextos ocupacionais.

## REFERÊNCIAS

ACSS. (2020). **Relatório Anual** - Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas. [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/09/Relatorio-do-Acesso\\_VF.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/09/Relatorio-do-Acesso_VF.pdf)

ALEGRÍA, M., NEMOYER, A., FALGÀS BAGUÉ, I., WANG, Y., & ALVAREZ, K. (2018). Social Determinants of Mental Health: Where We Are and Where We Need to Go. **Current Psychiatry Reports**, 20(11), 95. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0969-9>

ALGORANI, E. B., & GUPTA, V. (2022). Coping Mechanisms. **StatPearls Publishing LLC**.

AMARAL, A. C., ALMEIDA, E., & SOUSA, L. (2020). Intervenção Psicoeducacional. In L. Lidel - Edições Técnicas (Ed.), **Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções** (1.ª edição, pp. 174–176).

BAMONTI, P., CONTI, E., CAVANAGH, C., GEROLIMATOS, L., GREGG, J., GOULET, C., PIFER, M., & EDELSTEIN, B. (2019). Coping, Cognitive Emotion Regulation, and Burnout in Long-Term Care Nursing Staff: A Preliminary Study. **Journal of applied gerontology : the official journal of the Southern Gerontological Society**, 38(1), 92–111. <https://doi.org/10.1177/0733464817716970>

BERGEN, N., & LABONTÉ, R. (2019). “Everything Is Perfect, and We Have No Problems”: Detecting and Limiting Social Desirability Bias in Qualitative Research. **Qualitative Health Research**, 30(5), 783–792. <https://doi.org/10.1177/1049732319889354>

BRANT, H. D., ATHERTON, H., BIKKER, A., PORQUEDDU, T., SALISBURY, C., MCKINSTRY, B., CAMPBELL, J., GIBSON, A., & ZIEBLAND, S. (2018). Receptionists’ role in new approaches to consultations in primary care: a focused ethnographic study. **British Journal of General Practice**, 68(672), e478 LP-e486. <https://doi.org/10.3399/bjgp18X697505>

BRONFENBRENNER, U. (1995). Developmental ecology through space and time: A future perspective. In **Examining lives in context: Perspectives on the ecology of human development**. (pp. 619–647). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10176-018>

BUTLER, L. D. ., CARELLO, J., & MAGUIN, E. (2017). Trauma, stress, and self-care in clinical training: Predictors of burnout, decline in health status, secondary traumatic stress symptoms, and compassion satisfaction. **Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy**, 9(4), 416–424. <https://doi.org/10.1037/tra0000187>

CAMPBELL, D., & STANLEY, J. (2005). **Diseños experimentales y cuasi experimentales en la investigación social**. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

CARVER, C S. (1997). You want to measure coping but your protocol’s too long: consider the brief COPE. **International Journal of Behavioral Medicine**, 4(1), 92–100. [https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401\\_6](https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6)

CARVER, Charles S, SCHEIER, M. F., & WEINTRAUB, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. **Journal of Personality and Social Psychology**, 56(2), 267.

CHIRICO, F., NUCERA, G., & MAGNAVITA, N. (2021). Protecting the mental health of healthcare workers during the COVID-19 emergency. **BJPsych International**, 18(1), E1. <https://doi.org/10.1192/bji.2020.39>

COLMAN, D. E. ., ECHON, R., LEMAY, M. S., MCDONALD, J., SMITH, K. R., ; SPENCER, J., & SWIFT, J. K. (2016). The efficacy of self-care for graduate students in professional psychology: A meta-analysis. **Training and Education in Professional Psychology**, 10(4), 188–197. <https://doi.org/10.1037/tep0000130>

CONSELHO NACIONAL DA SAÚDE. (2019). **Sem mais tempo a perder - Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década**. CNS, 130.

COOLIDGE, F. L., SEGAL, D. L., HOOK, J. N., & STEWART, S. (2000). Personality disorders and coping among anxious older adults. **Journal of Anxiety Disorders**, 14(2), 157–172. [https://doi.org/10.1016/s0887-6185\(99\)00046-8](https://doi.org/10.1016/s0887-6185(99)00046-8)

DI LORENZO, R., VENTURELLI, G., SPIGA, G., & FERRI, P. (2019). Emotional intelligence, empathy and alexithymia: a cross-sectional survey on emotional competence in a group of nursing students. **Acta Bio-Medica : Atenei Parmensis**, 90(4-S), 32–43. <https://doi.org/10.23750/abm.v90i4-S.8273>

ERIKSSON, M., GHAZINOUR, M., & HAMMARSTRÖM, A. (2018). Different uses of Bronfenbrenner’s ecological theory in public mental health research: what is their value for guiding public mental health policy and practice? **Social Theory & Health**, 16(4), 414–433. <https://doi.org/10.1057/s41285-018-0065-6>

FRIGANOVIĆ, A., SELIČ, P., ILIĆ, B., & SEDIĆ, B. (2019). Stress and burnout syndrome and their associations with coping and job satisfaction in critical care nurses: a literature review. **Psychiatria Danubina**, 31(Suppl 1), 21–31.

FRITZ, H. L. (2021). Caregiving in quarantine: Humor styles, reframing, and psychological well-being among parents of children with disabilities. **Journal of Social and Personal Relationships**, 39(3), 615–639. <https://doi.org/10.1177/02654075211043515>

GOLD, J. A. (2020). Covid-19: adverse mental health outcomes for healthcare workers. **BMJ**, 369, m1815. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1815>

HAMID, A. A. R. M., & MUSA, S. A. (2017). The mediating effects of coping strategies on the relationship between secondary traumatic stress and burnout in professional caregivers in the UAE. **Journal of Mental Health** (Abingdon, England), 26(1), 28–35. <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1244714>

- JAIN, A., HASSARD, J., LEKA, S., DI TECCO, C., & IAVICOLI, S. (2021). The Role of Occupational Health Services in Psychosocial Risk Management and the Promotion of Mental Health and Well-Being at Work. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, 18(7):3632. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073632>
- KISSIL, K., & NIÑO, A. (2017). Does the Person-of-the-Therapist Training (POTT) Promote Self-Care? Personal Gains of MFT Trainees Following POTT: A Retrospective Thematic Analysis. **Journal of Marital and Family Therapy**, 43(3), 526–536. <https://doi.org/10.1111/jmft.12213>
- KLUSMANN, U., ALDRUP, K., SCHMIDT, J., & LÜDTKE, O. (2021). Is emotional exhaustion only the result of work experiences? A diary study on daily hassles and uplifts in different life domains. **Anxiety, stress, and coping**, 34(2), 173–190. <https://doi.org/10.1080/10615806.2020.1845430>
- LARSON, R. B. (2018). Controlling social desirability bias. **International Journal of Market**. V. 61,n. 5. <https://doi.org/10.1177/1470785318805305>
- LAZARUS, R. S., & FOLKMAN, S. (1984). **Stress, appraisal, and coping**. Springer publishing company.
- LI, L., AI, H., GAO, L., ZHOU, H., LIU, X., ZHANG, Z., SUN, T., & FAN, L. (2017). Moderating effects of coping on work stress and job performance for nurses in tertiary hospitals: a cross-sectional survey in China. **BMC Health Services Research**, 17(1), 401. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2348-3>
- MARMOT, M. (2005). Social determinants of health inequalities. **The Lancet**, 365(9464), 1099–1104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)
- MARÔCO, J., MARÔCO, A. L., LEITE, E., BASTOS, C., VAZÃO, M. J., & CAMPOS, J. (2016). Burnout em profissionais da saúde Portugueses: Uma análise a nível nacional. **Acta Medica Portuguesa**, 29(1), 24–30. <https://doi.org/10.20344/acta%20med%20port.v29i1.6460>
- MARTÍNEZ JP, MÉNDEZ I, RUIZ-ESTEBAN C, FERNÁNDEZ-SOGORB A and GARCÍA-FERNÁNDEZ JM (2020) Profiles of Burnout, Coping Strategies and Depressive Symptomatology. **Front. Psychol.** 11:591. doi: 10.3389/fpsyg.2020.00591

MASLACH, C., & JACKSON, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. **Journal of Organizational Behavior**, 2(2), 99–113. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/job.4030020205>

MCKINLEY, N., MCCAIN, R. S., CONVIE, L., CLARKE, M., DEMPSTER, M., CAMPBELL, W. J., & KIRK, S. J. (2020). Resilience, burnout and coping mechanisms in UK doctors: a cross-sectional study. **BMJ Open**, 10(1), e031765. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031765>

MUNROE, M., AL-REFAE, M., CHAN, H. W., & FERRARI, M. (2022). Using self-compassion to grow in the face of trauma: The role of positive reframing and problem-focused coping strategies. In **Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy** (Vol. 14, pp. S157–S164). Educational Publishing Foundation. <https://doi.org/10.1037/tra0001164>

MYERS, S. B., SWEENEY, A. C., POPICK, V., WESLEY, K., BORDFELD, A., & FINGERHUT, R. (2012). Self-care practices and perceived stress levels among psychology graduate students. In **Training and Education in Professional Psychology** (Vol. 6, pp. 55–66). Educational Publishing Foundation. <https://doi.org/10.1037/a0026534>

NEUWELT, P. M., KEARNS, R. A., & BROWNE, A. J. (2015). The place of receptionists in access to primary care: Challenges in the space between community and consultation. **Social Science & Medicine**, 133, 287–295. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.10.010>

NUTBEAM, D., & LLOYD, J. E. (2021). Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health. **Annual Review of Public Health**, 42(1), 159–173. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529>

ORTIZ, M. R. (2018). Patient-Centered Care: Nursing Knowledge and Policy. **Nursing Science Quarterly**, 31(3), 291–295. <https://doi.org/10.1177/0894318418774906>

PAIS RIBEIRO, J. L. & RODRIGUES, A. P. (2004). Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do brief cope. **Psicologia, Saúde e Doenças**, 5(1), 3–15.

PAKENHAM, K. I. (2017). Training in acceptance and commitment therapy fosters self-care in clinical psychology trainees. **Clinical Psychologist**, 21(3), 186–194. <https://doi.org/10.1111/cp.12062>

POSLUNS, K., & GALL, T. L. (2020). Dear Mental Health Practitioners, Take Care of Yourselves: a Literature Review on Self-Care. **International Journal for the Advancement of Counselling**, 42(1), 1–20. <https://doi.org/10.1007/s10447-019-09382-wResearch>, 61(5), 534–547. <https://doi.org/10.1177/1470785318805305>

RUISOTO P, RAMÍREZ MR, GARCÍA PA, PALADINES-COSTA B, VACA SL and CLEMENTE-SUÁREZ VJ (2021) Social Support Mediates the Effect of Burnout on Health in Health Care Professionals. **Front. Psychol.** 11:623587. doi: 10.3389/fpsyg.2020.623587

SANTARNECCHI, E., SPRUGNOLI, G., TATTI, E., MENCARELLI, L., NERI, F., MOMI, D., DI LORENZO, G., PASCUAL-LEONE, A., ROSSI, S., & ROSSI, A. (2018). Brain functional connectivity correlates of coping styles. **Cognitive, Affective & Behavioral Neuroscience**, 18(3), 495–508. <https://doi.org/10.3758/s13415-018-0583-7>

SANTARONE, K., MCKENNEY, M., & ELKBULI, A. (2020). Preserving mental health and resilience in frontline healthcare workers during COVID-19. In **The American journal of emergency medicine**, 38(7): 1530–1531. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.04.030>

SANTOS, R. (2015). **Burnout: Um estudo em profissionais de saúde**. Instituto Politécnico de Setúbal.

SCHULTZ, B. E., CORBETT, C. F., & HUGHES, R. G. (2022). Instrumental support: A conceptual analysis. **Nursing Forum**, 57(4), 665–670. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/nuf.12704>

SØVOLD, L. E., NASLUND, J. A., KOUSOULIS, A. A., SAXENA, S., QORONFLEH, M. W., GROBLER, C., & MÜNTER, L. (2021). Prioritizing the Mental Health and Well-Being of Healthcare Workers: An Urgent Global Public Health Priority. **Frontiers in Public Health**, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.679397>

VIZHEH, M., QORBANI, M., ARZAGHI, S. M., MUHIDIN, S., JAVANMARD, Z., & ESMAEILI, M. (2020). The mental health of healthcare workers in the COVID-19 pandemic: A systematic review. **Journal of Diabetes & Metabolic Disorders**, 19(2), 1967–1978. <https://doi.org/10.1007/s40200-020-00643-9>

WILLIAMS, I. D., RICHARDSON, T. A., MOORE, D. D., GAMBREL, L. E., & KEELING, M. L. (2010). Perspectives on Self-Care. **Journal of Creativity in Mental Health**, 5(3), 320–338. <https://doi.org/10.1080/15401383.2010.507700>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2022). **WHO guidelines on mental health at work**. Switzerland: World Health Organization.

---

## CAPÍTULO 3

---

# SERODIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES POR AGENTES HEMOTRÓPICOS EN CANINOS CON TROMBOCITOPENIA EN CLÍNICAS PRIVADAS Y SUS FACTORES ASOCIADOS EN MAYNAS, PERÚ



María Dávalos-Almeyda  
Nicole Flores Carrión  
María José Cevallos-Cardenas  
Carlos Caballero-Montañez  
Alicia Ibarra-Bober



Giovana Nancy Livia-Córdova

## INTRODUCCIÓN

Los agentes hemotrópicos son especies orgánicas patológicas que pueden ser bacterias, parásitos que tienen atracción por el tejido sanguíneo de los animales u hombre que viven en lugares de clima templado, tropical y subtropical en el mundo; ambiente ideal para el desarrollo de los vectores mecánicos o biológicos, generalmente artrópodos, como garrapatas, moscas y mosquitos hematófagos principalmente, la presencia de estos agentes en los animales domésticos, pueden ocasionar muchos signos clínicos como pérdida de peso, anemia, cuadros febriles, abortos etc. Alterando la salud y reproducción de los animales, pudiendo llegar a tener consecuencias fatales.

La enfermedad de Anaplasmosis canina es producida por una bacteria que taxonómicamente pertenece a especies del género *Anaplasma*, familia Anaplasmataceae y orden Rickettsiales, tiene importancia mundial por ser capaz de infectar a una variedad de hospederos vertebrados, lo transmite la garrapata más común de los perros que invaden las células sanguíneas de los animales (LUZARRAGA, 2016). En caninos, las especies que afectan son *Anaplasma phagocytophilum* que lo trasmite garrapatas del género *Ixodes* que causa Anaplasmosis granulocítica y la especie *Anaplasma platys* transmitida por la garrapata *Rhipicephalus sanguineus*, que produce Trombocitopenia Cíclica Infecciosa Canina. (TRONCOSO *et al.*, 2014).

La ehrlichiosis canina puede ser causada por la bacteria del genero Ehrlichia, especialmente por la especie *Ehrlichia canis*, tambien por *Ehrlichia ewingii* y otras especies del género Ehrlichia (AVENDAÑO; CENTENO; NAVAS, 2017)

Taxonómicamente pertenece a las bacterias del orden Rickettsiales, familia Rickettsiaceae que se multiplican libres en el citoplasma de la célula hospedadora a diferencia de la familia Anaplasmataceae que se reproducen dentro de las vacuolas de la misma célula (RIKIHISA, 2010).

La *E. canis* conocida también como “pancitopenia tropical canina, fiebre hemorrágica canina, rickettsiosis canina, tifus por garrapata canina y enfermedad del perro rastreador”. Esta infección en los caninos es transmitida por la garrapata *Rhipicephalus sanguineus*, conocida como la garrapata marrón del perro, muy común en los caninos; siendo el principal portador de la bacteria que causa la Ehrlichiosis. No teniendo predilección por sexo o edad del hospedador y afecta distintos órganos, con diferentes grados de patogenicidad (QUEIROZ, 2019). Considerada en los últimos años como un agente etiológico de la Ehrlichiosis, enfermedad zoonótica emergente (SANCHEZ; ALMEYDA; PORRAS, 2019) por la distribución cosmopolita de su principal vector, especialmente en los niños, por la mayor convivencia con las mascotas. La infección humana por *E. canis* fue reportada por primera vez en 1996, lográndose aislar en cultivo celular, caracterizándola genéticamente de un caso humano asintomático que presentaba infección crónica en el estado de Lara-Venezuela; llamándola Ehrlichia humana venezolana (GUTIERREZ; PEREZ, 2016). En 2006, se detectó varios casos, del mismo estado de Venezuela con sintomatología de la ehrlichiosis monocítica, detectándose a la *E. canis* mediante el PCR “Polymerase Chain Reaction” (GUTIERREZ; PEREZ, 2016; BITTENCOURT *et al.*, 2022).

La *Dirofilariosis* es conocida como “gusano del corazón”. Enfermedad parasitaria hemotrópica emergente por el cambio climático, producida por el nematodo *Dirofilaria immitis* localizándose como adulto en el ventrículo derecho y arterias pulmonares de perros, otros cánidos y gatos. Principalmente se presenta en Europa, América del Norte hasta Canadá y América Latina, Sudeste Asiático, Medio Oriente, Japón y Australia; otra especie como la *Dirofilaria repens* que se desarrolla en el tejido conectivo subcutáneo, tiene su distribución en el Sur de Europa y Norte de África (MARTINEZ, 2020). Taxonómicamente pertenece al Phylum Nematelminthos, a la clase Scernentea, orden espirurida, Suborden Spirurina, Superfamilia Filarioidea, Familia Filariidae, Género *Dirofilaria* y especie *D. immitis*. Morfológicamente es filiforme, color blanco que tiene una cutícula

con estriaciones longitudinales y transversales. El macho mide 9,5 - 20 cm. de largo, con 0,7 - 0,9 mm.; las hembras 13,5 - 30 cm. de largo por 1 - 1,3 mm. de diámetro. En su porción anterior se encuentra un orificio oral pequeño con cápsula bucal que carece de órganos de fijación; presentan dimorfismo sexual muy marcado (LÓPEZ, 2020). Este parásito es vivíparo y elimina larvas (larva 1) conocidas como microfilarias, que son ingeridas por los mosquitos hematófagos al momento de alimentarse y en él se desarrolla la fase infectiva que es la microfilaria 3 (larva 3), que es depositada también cuando el mosquito va a alimentarse del animal u hombre. La *D. immitis*, parasitosis zoonótica endémica que afecta al sistema cardiopulmonar y es potencialmente mortal. Se presenta en lugares cálidos con humedad alta, siendo el mosquito su vector en la transmisión (CAZAUX *et al.*, 2019)

El hombre se infecta al ser picado por el mosquito y la microfilaria 3 puede alcanzar alguna ramificación de la arteria pulmonar produciendo un quiste benigno en el pulmón, observado en un examen radiológico como un nódulo redondo y circunscrito de 1 a 4 cm. de diámetro, que se podría confundir con tumores cancerosos. Cuando esta enfermedad es sintomática puede haber molestias en el tórax por un tiempo, estados febriles, malestar total, mialgias y no se presenta filaremia como en el perro (SÁNCHEZ; CALVO; MUTIS, 2011).

Como esta enfermedad parasitaria afecta a las arterias y parénquima pulmonar, puede complicar su desarrollo. Su distribución es en todo el mundo de climas tropicales y subtropicales, que brindan condiciones ambientales ideales para el desarrollo del mosquito que es el vector responsable de su transmisión, estos hospederos intermediarios pertenecen taxonómicamente a los géneros *Taeniorhynchus*, *Culex*, *Aedes* y *Anopheles* (SÁNCHEZ; CALVO; MUTIS, 2011; CAZAUX *et al.*, 2019; LÓPEZ, 2020).

La investigación se realizó en la localidad de Maynas en Perú, por tener generalmente temperaturas de 330 C, los canes tienen más riesgo de presentar

estas enfermedades por agentes hemotrópicos, ya que este clima es ideal para sus vectores, garrapatas en el caso de Ehrlichiosis y Anaplasmosis, y mosquitos en el caso de Dirofilariosis, sobre todo hay muchos perros que no tienen el control veterinario como los programas desparasitación, permitiendo fácilmente la diseminación de estos agentes patógenos a otros perros.

En este estudio se empleó SNAP® 4Dx Plus® (IDEXX® Laboratories), donde se pudo detectar anticuerpos para los antígenos de *Dirofilaria immitis*, *Ehrlichia spp.* y *Anaplasma spp.* siendo más específica y sensible, en comparación con el frotis sanguíneo (JULCA, 2020; ALIAGA, MEZA, 2021; TRANCO-SO *et al.*, 2020). Por ello se utilizó dicho test como método de diagnóstico serológico en las muestras recolectadas de los canes que presentaron trombocitopenia al análisis hematológico en las consultas realizadas en dos clínicas caninas de la provincia de Maynas, Iquitos – Perú.

## **METODOLOGÍA**

Estudio descriptivo, transversal prospectivo que se realizó en dos clínicas veterinarias de la provincia de Maynas, departamento de Iquitos – Perú, en enero y febrero - 2018, meses con mayor temperatura ambiental que llega generalmente a 33° C con un promedio de humedad relativa 115% (FLORES, 2018).

El muestreo fue por conveniencia, se evaluaron a los perros que llegaron a las clínicas veterinarias en esos 2 meses, con sintomatología como decaimiento, fiebre y presencia de garrapatas, a estos animales se les extrajo 5 ml de sangre para su examen hematológico y si presentaban trombocitopenia eran escogidos para el estudio, en total fueron 384 perros seleccionados con trombocitopenia, ellos tenían de 1 a 6 años, no se consideró a los perros menores de 1 año, ya que el cuidado que le brindan cuando son llevados a las veterinarias por sus vacunas

y desparasitaciones, evitando la infección por los vectores de agentes hemotrópicos. Se evaluaron a 384 perros con trombocitopenia, sometiéndolos al examen con el SNAP® 4Dx Plus® (IDEXX® Laboratories) y así hallar los anticuerpos para los antígenos de *Anaplasma spp.*, *Ehrlichia spp.*, y *D. immitis*; este examen serológico facilita el diagnóstico en los consultorios y clínicas de veterinarias para enfermedades hemotrópicas transmitidas por vectores, en este caso, garrapatas y mosquitos.

Los datos se recolectaron en una ficha elaborada para indicar los resultados del análisis clínico, signos, síntomas como fiebre, presencia del vector garrapata (en el caso de Anaplasmosis y Erlichiosis), raza, edad y sexo.

Consideraciones éticas: En los animales evaluados no se identificó a los dueños y en ningún momento se les sometió a procedimientos dolorosos, cuidando en todo instante la salud e integridad física de estos animales.

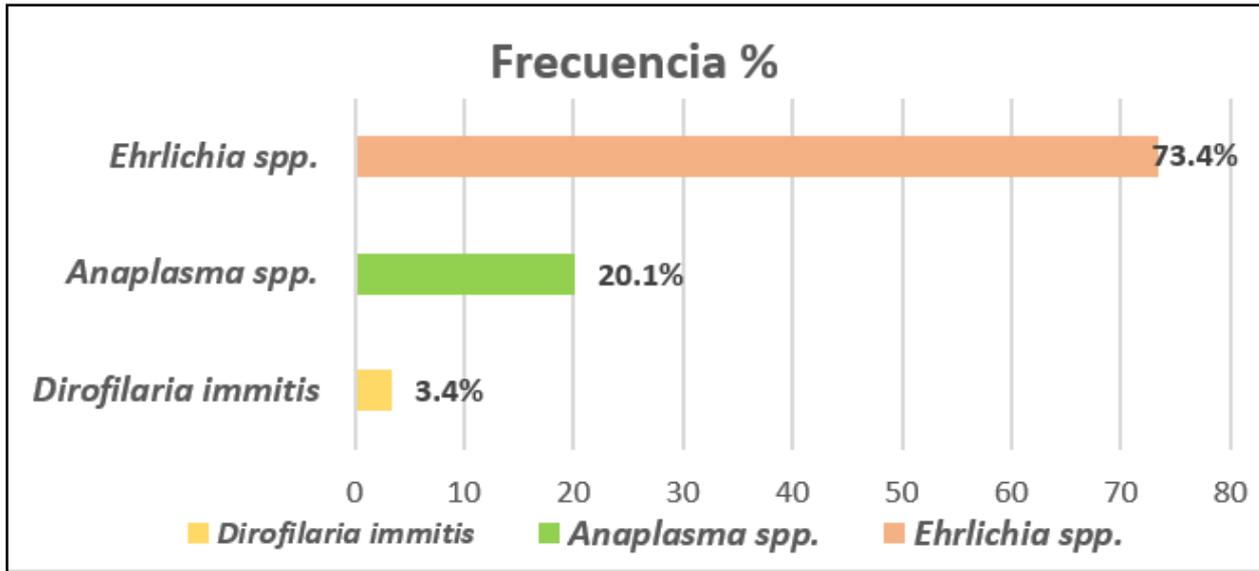
Los datos fueron analizados con estadística descriptiva con un intervalo de confianza del 95%.

## RESULTADOS

**Tabla 1.** Frecuencia de agentes hemotrópicos en caninos con trombocitopenia.

RESULTADO	<i>EHRILICHIA SPP.</i>			<i>ANAPLASMA SPP.</i>			<i>D. IMMITIS</i>		
	POSIT.	%	IC 95%	POSIT.	%	IC 95%	POSIT.	%	IC 95%
POSITIVOS	282	73	0.6-0.7	77	20	0.1-0.2	13	3	0.01-0.05
NEGATIVOS	102	27	0.2-0.3	307	80	0.7-0.8	371	97	0.94-0.98
TOTAL	384	100		384	100		384	100	

(Fuente propia de la Investigación)

**Fig 1.** Frecuencia de agentes Hemotrópicos en caninos con trombocitopenia.

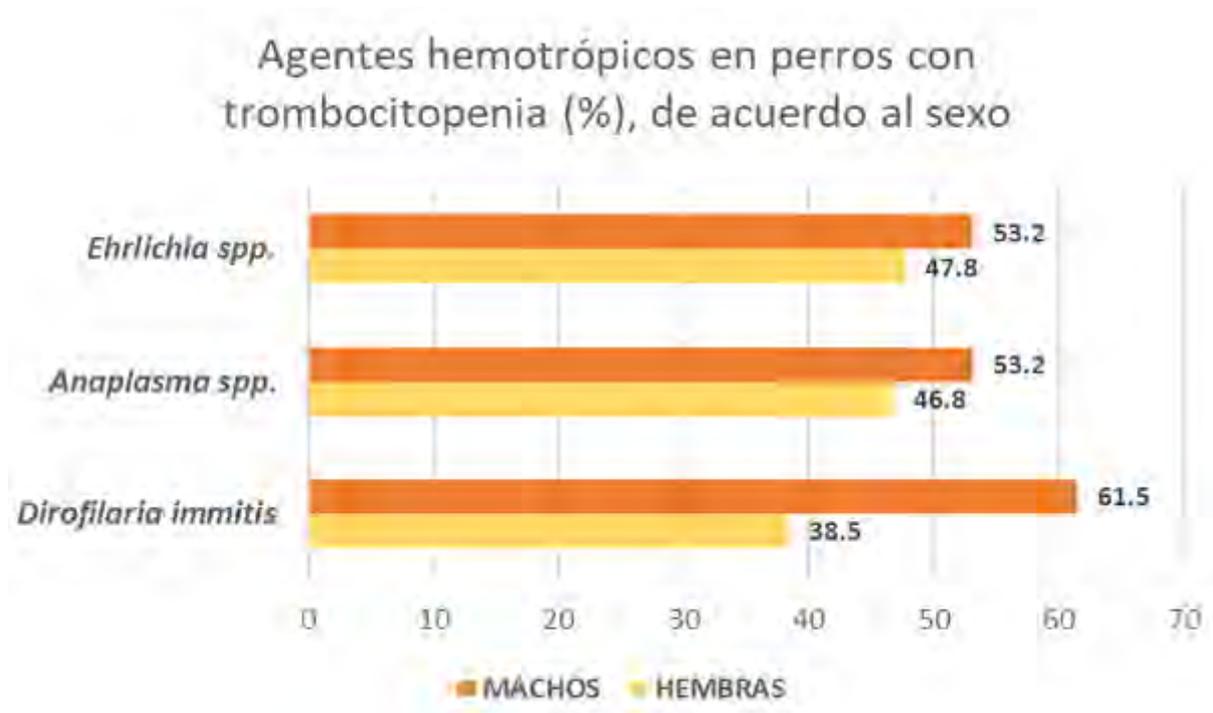
(Fuente propia de la Investigación)

**Tabla 2.** Frecuencia de agentes hemotrópicos en caninos con trombocitopenia de acuerdo al sexo.

SEXO	<i>EHRILICHIA SPP.</i>			<i>ANAPLASMA SPP.</i>			<i>D. IMMITIS</i>		
	posit.	%	IC	posit.	%	IC	posit.	%	IC
Hembras	135	48	0.4-0.5	36	47	0.3-0.5	5	39	0.2-0.6
Machos	147	53	0.4-0.5	41	53	0.4-0.6	8	62	0.3-0.8

(Fuente propia de la Investigación)

**Fig 2.** Frecuencia de agentes Hemotrópicos en caninos con trombocitopenia de acuerdo al sexo.



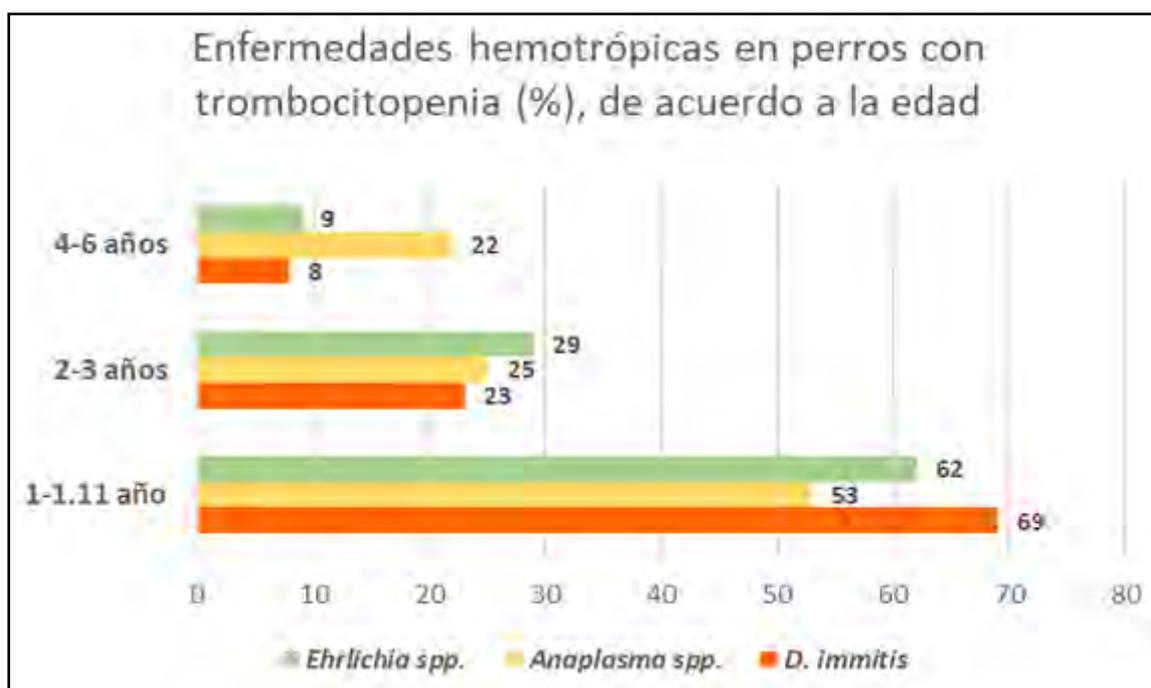
(Fuente propia de la Investigación)

**Tabla 3.** Frecuencia de agentes hemotrópicos en caninos con trombocitopenia, de acuerdo a la edad.

Edad en años	<i>EHRILICHIA SPP.</i>			<i>ANAPLASMA SPP.</i>			<i>D. IMMITIS</i>		
	posit.	%	IC	posit.	%	IC	posit.	%	IC
1 a 1.11	175	62	0.5-0.6	41	53	0.4-0.6	9	69	0.4-0.8
2 a 3	83	29	0.2-0.3	19	25	0.1-0.3	3	23	0.08-0.5
4 a 6	24	9	0.05-0.1	17	22	0.1-0.3	1	8	0.01-0.3
TOTAL	282	100		77	100		13	100	

(Fuente propia de la Investigación)

**Fig 3.** Frecuencia de agentes Hemotrópicos en caninos con trombocitopenia, de acuerdo a la edad.



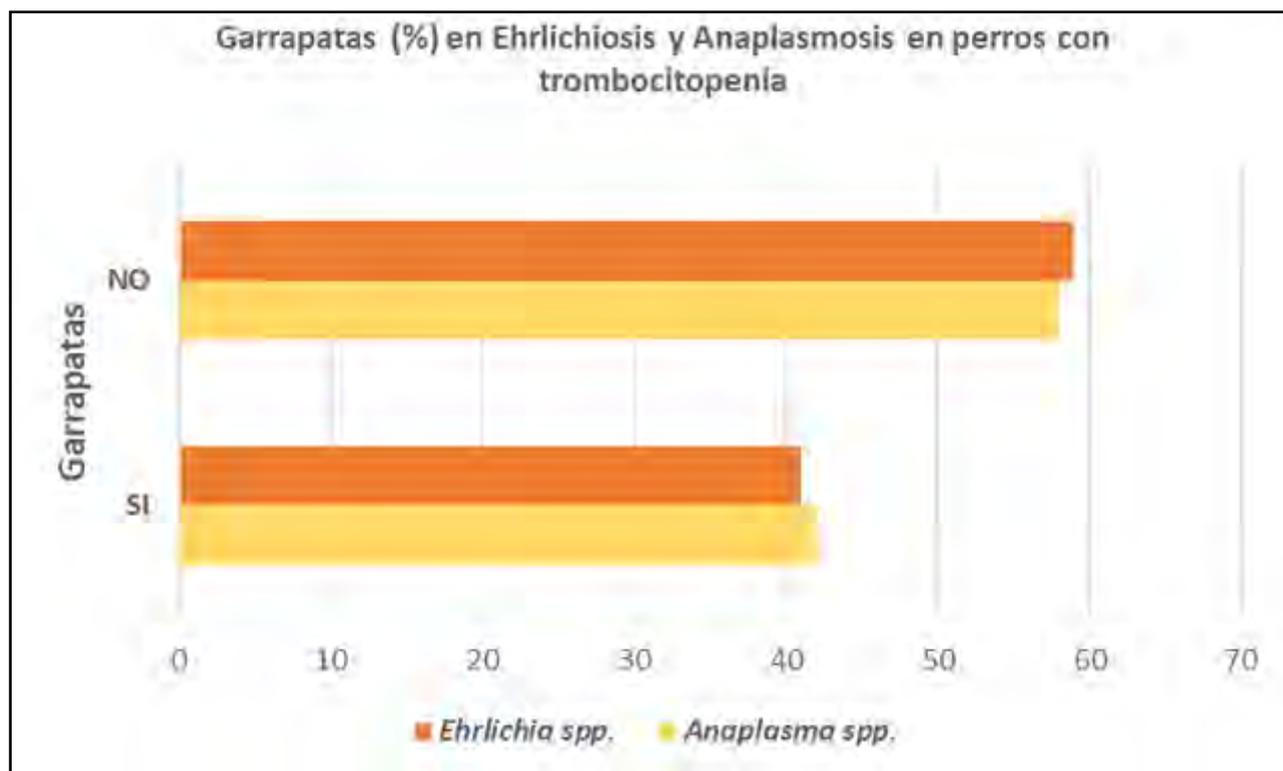
(Fuente propia de la Investigación)

**Tabla 4.** Frecuencia de Ehrlichiosis y Anaplasmosis en perros con trombocitopenia, de acuerdo a la presencia de garrapatas.

Garrapatas	<i>EHRILICHIA SPP.</i>			<i>ANAPLASMA SPP.</i>		
	posit.	%	IC	posit.	%	IC
Si	117	41	0.3-0.4	32	42	0.3-0.5
No	165	59	0.5-0.6	45	58	0.4-0.6

(Fuente propia de la Investigación)

**Fig 4.** Frecuencia de agentes Hemotrópicos en caninos con trombocitopenia, de acuerdo a la presencia de garrapatas en la inspección clínica.



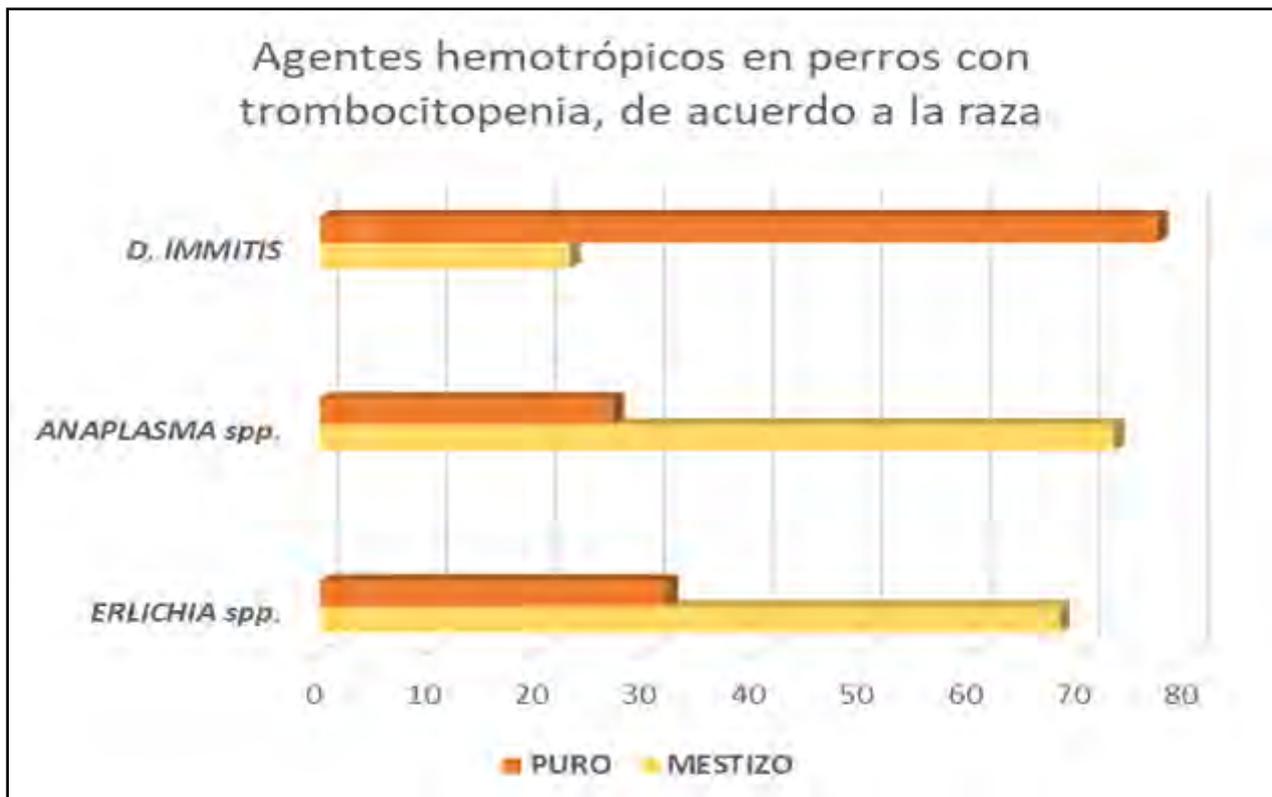
(Fuente propia de la Investigación)

**Tabla 5.** Frecuencia de agentes hemotrópicos en caninos con trombocitopenia, de acuerdo a la raza.

Raza	<i>EHRlichia spp.</i>			<i>ANAPLASMA spp.</i>			<i>D. IMMITIS</i>		
	posit.	%	IC	posit.	%	IC	posit.	%	IC
Mestizo	193	68.4	0.6-0.7	56	72.7	0.6-0.8	3	23.1	0.0-0.5
Puro	89	31.6	0.2-0.3	21	27.3	0.1-0.3	10	76.9	0.4-0.9
Total	282	100		77	100		13	100	

(Fuente propia de la Investigación)

**Fig 5.** Frecuencia de agentes Hemotrópicos en caninos con trombocitopenia, de acuerdo a la raza.



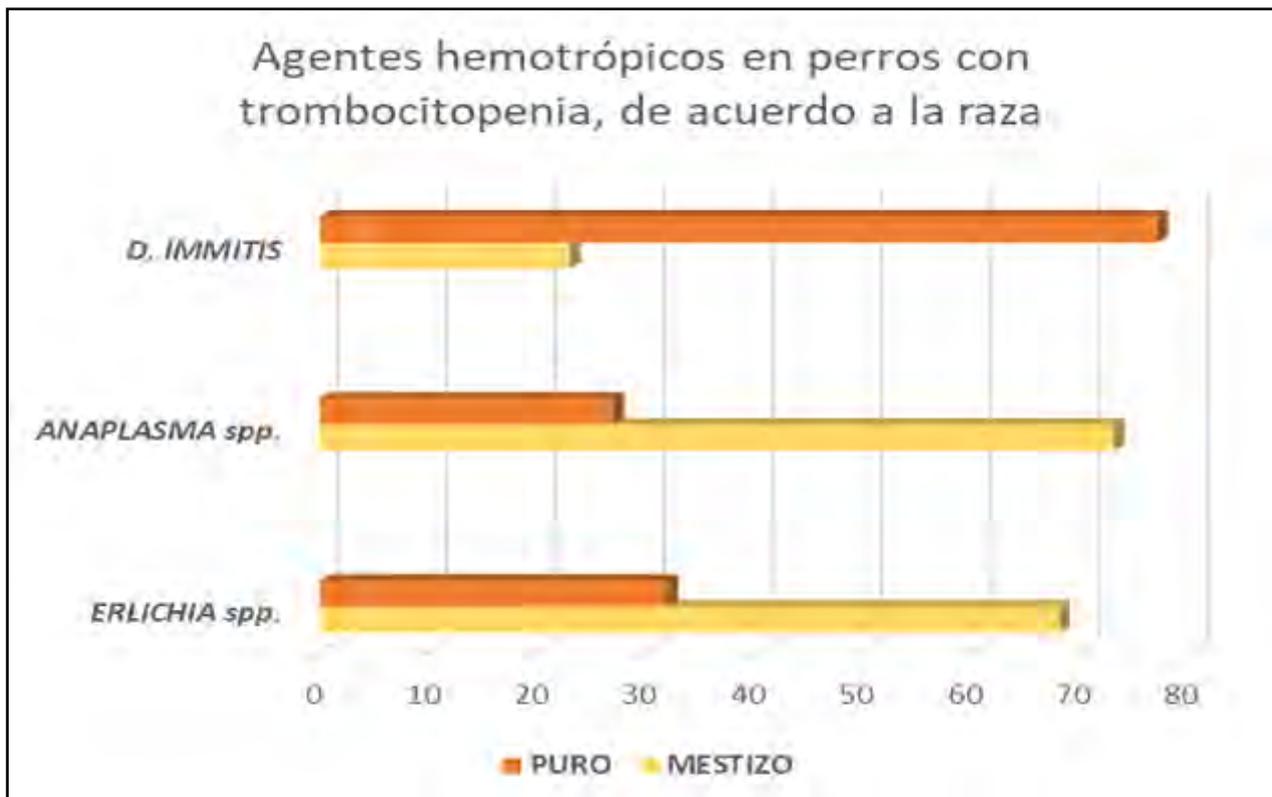
(Fuente propia de la Investigación)

**Tabla 6.** Frecuencia de agentes hemotrópicos en caninos con trombocitopenia, de acuerdo a las manifestaciones clínicas.

Síntomas	<i>EHRlichia spp.</i>			<i>ANAPLASMA spp.</i>			<i>D. IMMITIS</i>		
	posit.	%	IC	posit.	%	IC	posit.	%	IC
Fiebre	153	54	0.4-0.5	39	51	0.4-0.6	9	69	0.4-0.8
No fiebre	129	46	0.4-0.5	38	49	0.4-0.6	4	31	0.1-0.5
Total	282	100		77	100		13	100	

(Fuente propia de la Investigación)

**Fig 6.** Frecuencia de agentes Hemotrópicos en caninos con trombocitopenia, de acuerdo a las manifestaciones clínicas



(Fuente propia de la Investigación)

## DISCUSIÓN

En la presente investigación que tuvo como objetivo determinar a través del serodiagnóstico, la presencia de enfermedades por agentes hemotrópicos en caninos con trombocitopenia en dos clínicas privadas, se halló la frecuencia de *Ehrlichia spp.* en 73.44%, *Anaplasma spp.* 20.10%, y *D. immitis* 3.39%, estos altos valores encontrados de Ehrlichiosis en nuestro estudio se deben a la gran cantidad de sus vectores; estos resultados coincide con los de Bedoya *et al.*, (2023), que en su estudio en diferentes estados mexicanos, reportó la evidencia de *Ehrlichia spp.* 30.8%, *Anaplasma spp.* 14.6%, y *D. immitis* 5.3%; (CÉSAR, 2008) en un estudio de relación de la trombocitopenia en el desarrollo de la *Ehrlichia canis*, encontró una prevalencia del 66,7%; TAEISHI *et al.* (2015) por su parte también encontró relación en el desarrollo de *Anaplasma platys*; y MADRIL *et al.*, (2020) en el desarrollo de *D. immitis* en un 45%.

La elevada frecuencia de *Ehrlichia* encontrada en la presente investigación es similar a (SALGUERANO, 2021), que en su investigación reporta positivos a *Ehrlichia spp.* 85% y *Anaplasma spp.* 90%, como también (GADEA; MORENO, 2020) que encontró 80% positivos a *Ehrlichia spp.* y (VILLAVERDE, 2016) que señala en su investigación un 60% de prevalencia para *Ehrlichia spp.* en Iquitos-Perú; otros reportes con resultados diferentes, como los de (ESPICHAN, 2019) que encontró *Ehrlichia spp.* 31.1%; y (ESPINDOLA; BELLIN; VICENTE, 2015) que obtuvo 16.6% de canes positivos para *Ehrlichia spp.*, y (REGINA, 2019) que nos muestra valores mucho más bajos de *Ehrlichia canis* 6.08% y *Anaplasma* 0.86%, que fueron reportados en una localidad costera del Perú, aunque estas presentaciones de prevalencias no son tan altas, nos demuestra la amplia distribución de este agente hemotrópico que se ha situado en la presente investigación con la mayor frecuencia.

Los valores obtenidos para *D. immitis* en este trabajo se ubicó en el último lugar de los hemotrópicos estudiados, pero en Ecuador, (GARCÍA, 2022) encontró una prevalencia menor de 1,67%, cercana al valor encontrado en México por Bedoya *et al.*, (2023), de 5.3% y SEBOLT *et al.*, (2022) en Brasil, 4.62%; a diferencia de reportes mencionados tenemos al país de Portugal que obtuvo una prevalencia de 51.6%. (GOMES *et al.*, 2023).

En cuanto al sexo de los canes con trombocitopenia y Anaplasmosis se reporta que los machos tienen una frecuencia de 47% y hembras un 53%, de 77 casos positivos en caninos con trombocitopenia, que equivale a un porcentaje de 20.10% con un nivel de confianza del 95%, como Bedoya *et al.*, (2023) que reporta *Anaplasma spp.* en un 14,6 %.

Respecto de la edad, se ha encontrado valores significativamente en perros de 1 a 1.11 años en el caso de Ehrlichiosis, Anaplasmosis y Dirofilariosis y Gadea; Moreno, (2020) Cusicanqui; Zuñiga, (2020) mencionan que la edad con mayor recurrencia de *Anaplasma spp.* es en los perros adultoss.

Por otro lado Huerto; Damaso, (2015) demostró que la condición de tener mayor cantidad de garrapatas es un factor muy importante para el desarrollo de estos hemotrópicos, que tuvo el resultado del 19% y 51% de perros infestados con estos artrópodos, resultando positivo tanto para *Anaplasma spp*, como *Ehrlichia spp.*; la garrapata no tiene lugar dentro del ciclo de vida y reproducción de la *Dirofilaria spp.*, pero si los mosquitos hematófagos del género *Culex*, *Taeniorhynchus*, *Aedes* y *Anopheles*.

En la presente investigación aproximadamente el 50% de los perros con trombocitopenia, reportaron en la evaluación clínica estados febriles, signo que también reporta Regina (2019).

## **CONSIDERACIONES FINALES**

De acuerdo a los resultados en este estudio, nos permiten dar las siguientes consideraciones:

1. Dentro de las enfermedades causadas por agentes hemotrópicos en perros con trombocitopenia, es significativo para la bacteria *Ehrlichia spp*.
2. Dentro de los factores asociados más importantes y significativos son la edad de 1 a 1.11 años para las 3 enfermedades hemotrópicas estudiadas, y también en la raza ya que se presentan más en perros mestizos.
3. Se debe considerar realizar un programa de monitoreo serológico anual en zonas tropicales, para el control de estas enfermedades hemotrópicas en las mascotas y como enfermedades zoonóticas emergentes.
4. Promover la desparasitación de las garrapatas para controlar al vector de *Ehrlichia spp.* y *Anaplasma spp*.
5. Control de mosquitos para detener la evitar la diseminación de *D. immitis*.
6. Impartir charlas de capacitación a la población sobre la importancia que nuestras mascotas vivan en ambientes limpios y desinfectados.

## BIBLIOGRAFÍA

ALIAGA-ZEVALLOS, K. F., MEZA-DOMINGUEZ, J. **Prevalencia de enfermedades transmitidas por vectores de importancia zoonótica en caninos de áreas periurbanas de Huánuco–2021.** 2021. 108f. Tesis (Médico Veterinario) - Universidad Nacional Hermillo Valdizán. Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia. Perú. 2021.

AVENDAÑO, L. P., CENTENO, F. A., NAVAS, J. H. La Ehrlichiosis canina: Ehrlichia canis (caso clínico). **REDVET. Revista Electrónica de Veterinaria.** v. 18, n. 8, p. 1-9, 2017.

BEDOYA, F. *et al.* Geographical analysis of seroprevalence of Ehrlichia spp., Anaplasma spp., Borrelia burgdorferi and Dirofilaria immitis, in clinics and dog shelters in different Mexican states. **Current Research in Parasitology & Vector – borne Disease [online].** v. 3. e100112, 2023.

BITTENCOURT, J. *et al.* Occurrence of Babesia sp., Ehrlichia canis and Hepatozoon canis in domiciled dogs in two municipalities of the state of Espírito Santo--Brazil/Ocorrencia de Babesia sp., Ehrlichia canis e Hepatozoon canis em caes domiciliados, em dois municipios do estado do Espirito Santo Brasil/Ocorrencia de Babesia sp., Ehrlichia canis y Hepatozoon canis em perros domiciliados em dos municipios del estado de Espirito Santo Brasil. **Veterinaria e Zootecnia.** v. 29, 2022.

CAZAUX, N. *et al.* Dirofilariasis canina: una parasitosis emergente favorecida por el cambio climático. **Ciencia Veterinaria.** v. 21, n. 1, p. 69-89, 2019.

CESAR-MARIANA DE FÁTIMA G. **Ocorrência de Ehrlichia canis em cães sintomáticos atendidos no hospital veterinário da Universidade de Brasília e análise de variabilidade em regiões genômicas de repetição.** 2008. 57f. Dissertação (Mestrado em Saúde Animal) - Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

CUSICANQUI, J., ZÚÑIGA, R. Frecuencia serológica de Ehrlichia canis en caninos sospechosos de ehrlichiosis en los distritos de Lima Norte, Perú. **Revista de Investigaciones Veterinarias del Perú.** **Revista de Investigaciones Veterinarias del Perú [online].** v. 31, n. 3, 2020.

ESPICHAN-HERRERA, G. M. **Determinación de la seroprevalencia de ehrlichiosis canina asociado a factores de riesgo durante los meses de verano febrero y marzo del año 2019 en el distrito de Chorrillos, Lima, Perú.** 2019. 83f. Tesis (Médico Veterinario y Zootecnista) Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia, Universidad Científica del Sur, Perú, 2019.

ESPINDOLA, P. P., BELLINI, M. L., VICENTE, P. U. C. **Correlação da Trombocitopenia Canina com Ehrlichia Canis Durante a Rotina Laboratorial da Clínica Veterinária Fullpet. Ensaios e Ciência C Biológicas Agrárias e da Saúde [online].** v. 19, n. 4, 2015.

FLORES- CARRIÓN, N. **Prevalencia de anaplasmosis canina en caninos con trombocitopenia en la provincia de Maynas, 2018.** 2018. 64f. Tesis (Médico Veterinario y Zootecnista) -Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia, Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica, Perú. 2018.

GADEA-HERNÁNDEZ, A.G., MORENO-BRIONES, M.V. **Ehrlichiosis granulocítica canina y anaplasmosis diagnosticados en el Laboratorio clínico División Veterinaria, Diciembre 2019 - Diciembre 2020.** 2020.47f. Tesis (Licenciatura Thesis) Facultad de Ciencia Animal, Universidad Nacional Agraria, Nicaragua. 2020.

GARCÍA-PONTÓN, J. D. **Recopilación de casos clínicos de la enfermedad Dirofilariosis (Dirofilaria immitis) Canina en el Ecuador.** 2022. 24f. Tesis (Bachelor's thesis) – Facultad de Ciencias Agropecuarias, Universidad Técnica de Babahoyo, Ecuador. 2022.

GOMES-DE-SÁ S. *et al.* **Assessment of the circulation of Dirofilaria immitis in dogs from northern Portugal through combined analysis of antigens, DNA and parasite forms in blood. Acta Tropica [online].** v. 239, e106799, 2023.

GUTIÉRREZ, C. N., & PEREZ YABARRA, L. Ehrlichiosis canina. **Saber.** v. 28, n. 4, p. 641-665. 2016.

HUERTO-MEDINA, E., DÁMASO-MATA, B. Factores asociados a la infección por Ehrlichia canis en perros infestados con garrapatas en la ciudad de Huánuco, Perú. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública.** v. 32. p. 756-760, 2015

JULCA-SILVA, L.A. **Prevalencia de enfermedades transmitidas por vectores en perros domésticos de zonas rurales del departamento de Tumbes.** 2020. 118f. Tesis (Médico Veterinario) – Facultad de Medicina Veterinaria, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2020.

LÓPEZ-GUTIÉRREZ J.R. **Métodos diagnósticos, prevención y control de la dirofilaria immitis en caninos.** 2020. 10f. Tesis (Pregrado) -Facultad de Ciencias de la Salud , Medicina Veterinaria y Zootecnia, Universidad Cooperativa de Colombia, Colombia. 2020.

LUZÁRRAGA-MENDOZA A.V. **Incidencia de Anaplasma bovis (Anaplasma margínale) en hatos bovinos de las asociaciones ganaderas del cantón Vinces provincia de Los Ríos.** 2016. 52f. Tesis (Doctorado en Medicina Animal) -Facultad de Ciencias para el Desarrollo, Universidad de Guayaquil, Ecuador. 2016

MADRIL, A. B. *et al.* Perfil hematológico de cães infectados por Dirofilaria immitis. **Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão.** v.12, n. 2, 2020.

MARTÍNEZ-GONZÁLEZ M. **Seroprevalencia y factores de riesgo zoonótico de Dirofilaria immitis en albergues caninos y áreas adyacentes ubicados en el área metropolitana de Bucaramanga.** 2020. 34f. Tesis (Médico Veterinario) -Facultad de Ciencias Exactas, Naturales y Agropecuarias. Medicina Veterinaria, Universidad de Santander, Colombia. 2020.

QUEIROZ, S.E.D. **Alterações hematológicas em cães diagnosticados em Ehrlichia canis por PCR ou sorologia.** 2019. 48f. Dissertação (Mestrado em Medicina e Bem Estar Animal) Universidade Santo Amaro, Brasil. 2019

REGINA-FIGURA DA SILVA, B. **Detecção molecular de hemoparasitos em cães com trombocitopenia provenientes da zona norte de São Paulo: manifestações clínicas e alterações laboratoriais.** 2019. 83f. Tesis (Mestre em Medicina Veterinária e Bem- Estar Animal) – Universidade de Santo Amaro, Brasil. 2019.

RIKIHISA Y. Anaplasma phagocytophilum and Ehrlichia chaffeensis: subversive manipulators of host cells. **Nature Reviews Microbiology.** v. 8, n. 5, p. 328 – 339, 2010.

SALGUERANO-VILCHEZ, E. A. **Efectividad del diagnóstico por SNAP de Erlichiosis y Anaplasmosis para mejorar la salud de canes, San Juan de Lurigancho, 2021.** 2021. 51f. Tesis (Médico Veterinario) -Facultad de Ciencias Agropecuarias, Escuela Profesional de Medicina Veterinaria, Universidad Alas Peruanas, Perú. 2021.

SÁNCHEZ, M. E., CALVO, K., MUTIS, C.A. *Dirofilaria immitis*: una zoonosis presente en el mundo. **Revista de Medicina Veterinaria.** v. 22, p. 57-68, 2011.

SÁNCHEZ, V. A. P., ALMEYDA, M.E, PORRAS, E.G. Seroprevalencia de ehrlichiosis canina em tres consultorios veterinarios en el distrito de san juan de lurigancho-lima, 2016. **Brazilian Journal of Health Review [online]** v. 2, p. 2981-2985, 2019.

SEBOLT, A. P. R. *et al.* Prevalence and risk factors for *Dirofilaria immitis* in dogs from Laguna, Santa Catarina, Brazil. **Veterinary Parasitology: Regional Studies and Reports.** v.20, e100697, 2022.

TATEISHI, V. *et al.* Identificación hematológica y molecular de *Anaplasma platys* en caninos domésticos de Lima Metropolitana con signos clínicos compatibles con anaplasmosis. **Revista de Investigaciones Veterinarias del Perú.** v. 16, n. 1, p. 111-118, 2015.

TRANCOSO T.A. *et al.* Detection of *Dirofilaria immitis* using microscopic, serological and molecular techniques among dogs in Cabo Frio, RJ, Brazil. **Revista Brasileira de Parasitologia Veterinária.** v.29, 2020.

TRONCOSO. I. *et al.* Caso clínico: *Anaplasma phagocytophilum* en un paciente canino. *Case report: Anaplasma phagocytophilum in a dog.* **Hospitales Veterinarios.** v. 6, p. 4-7, 2014.

VILLAVERDE-PELAEZ C. **Evidencia serológica de Ehrlichia spp. en canes con cuadros de trombocitopenia en Iquitos.** 2016. 20f. Tesis (Médico Veterinario Zootecnista) -Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú. 2016.

---

## CAPÍTULO 4

---

# O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA GRAVIDEZ E PÓS-PARTO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA



Maria José Nogueira  
Ana Sarmento  
Ana Teixeira  
Gisela Lopes  
Maria Pires



Purificación Roman

## INTRODUÇÃO

A gravidez e o pós-parto ou puerpério são períodos crítico e vulnerável de grande complexidade para a mulher e revestem-se de exigências, reestruturações e reajustamentos a vários níveis. Corresponde ao período entre a fecundação e o nascimento do bebé (em média 40 semanas) e o período imediatamente a seguir ao parto prolonga-se por seis semanas para recuperação física e psicológica da mãe. São períodos fundamentais para a vinculação mãe-filho, e crítico para a saúde mental da mulher, que lida de forma intensa e única com as várias questões de ordem pessoal, familiar e social (SIQUEIRA; CARVALHO., 2022). Envolve transformações psíquicas, físicas, fisiológicas, sociais e emocionais, que podem afetar o nível de saúde mental da mãe e do bebé. As experiências únicas vividas pela mãe nesta fase são decisivas para o desenvolvimento físico e psicológico da criança. Portanto além dos cuidados físicos devem ser assegurados, também os cuidados psicológicos que promovam a adaptação da mulher à sua nova condição (ALMEIDA *et al.*, 2020; GUERRA *et al.*, 2014). Pois no ciclo gravídico e puerperal, o pós-parto é a fase mais propensa ao progresso de transtornos mentais, como a tristeza puerperal, depressão pós-parto e psicose puerperal (BEZERRA *et al.*, 2017; SIQUEIRA; CARVALHO., 2022). O desenvolvimento de transtorno mental em grávidas e puérperas tem consequências alarmantes tanto na saúde da mãe como no bebé (ALMEIDA *et al.*, 2020).

A mulher confronta-se com novas responsabilidades, desafios, mudanças físicas e hormonais que facilitam o aparecimento destes transtornos (ALMEIDA *et al.*, 2020; SILVA; ALMEIDA, 2015). Diversos fatores potenciam o aparecimento de dificuldades psicológicas na gravidez e no pós-parto. Destacam-se como fatores de risco para a depressão pós-parto a baixa condição socioeconómica (desemprego ou instabilidade no trabalho), gravidez não planeada,

gravidez ou parto complicados, dificuldades no relacionamento e falta de suporte (mãe, parceiro e/ou família, amigos), estado civil, história de psicopatologia e abuso sexual, temperamento da criança, baixa autoestima, consumo de substâncias, baixa escolaridade (BEZERRA *et al.*, 2017; SIQUEIRA; CARVALHO., 2022).

Os enfermeiros contactam com grávidas, bebês e têm um papel ativo na promoção da saúde mental na gravidez e pós-parto, designadamente na prevenção da patologia mental, no despiste de situações de risco e na minimização dos efeitos negativos das mesmas (MÉIO *et al.*, 2018). Como tal devem deter um conhecimento atualizado sobre os aspetos da saúde mental da gravidez e primeira infância, de forma a promoverem o desenvolvimento de fatores protetores e intervirem precocemente nas situações problemáticas. A promoção da saúde mental implica cuidados abrangentes, a identificação precoce da presença de fatores de risco ou preditores para a depressão no pós-parto. Portanto, considera-se pertinente conhecer quais os fatores que interferem na saúde mental da mulher bem como o papel do enfermeiro na promoção da saúde mental durante a gravidez e pós-parto. Assim, partiu-se da questão de investigação “*Qual o papel do enfermeiro na promoção da saúde mental durante a gravidez e pós-parto?*” para responder aos objetivos: i) identificar fatores de risco que possam antecipar a ocorrência de patologia mental; ii) compreender o papel do enfermeiro na promoção da saúde mental na gravidez e pós-parto.

## **MÉTODO**

Trata de uma revisão integrativa da literatura, que consiste na construção de uma análise ampla da literatura, permitindo a inclusão simultânea de estudos experimentais e não-experimentais, proporcionando a compreensão completa do tema a ser investigado, além de permitir a inclusão de dados da literatura teórica

e empírica (SOUSA *et al.*, 2017) . Este método requer a formulação de um problema, a pesquisa de literatura, a avaliação crítica de um conjunto de dados, e a análise e apresentação dos resultados. Recorre a seis etapas. A primeira etapa consiste na identificação e seleção da questão de investigação; na segunda etapa estabelece critérios de inclusão e exclusão de artigos; a terceira etapa seleciona a informação mais relevante extrair dos estudos; a quarta etapa compreende a avaliação dos estudos incluídos, na quinta etapa interpreta-se os resultados e, por fim na sexta etapa, apresenta-se a síntese do conhecimento obtido (SOUSA *et al.*, 2017). O processo iniciou-se com a formulação questão de partida- *qual o papel do enfermeiro na promoção da saúde mental durante a gravidez e pós-parto?* Formulada usando o acrónimo PICO: (P) População: grávidas e puérperas; (I) Intervenção: promoção da saúde mental; © Contexto: cuidados de saúde primários e hospitalares; (O) Outcome: papel do enfermeiro. A pesquisa dos estudos foi realizada entre setembro e outubro de 2019, nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), na Medline (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), e no Google Académico. Os termos da pesquisa foram validados no *Descritor em Ciências da Saúde* (DeCS), usando a conjugação booleana [(*nursing*) AND (*mental health*) AND (*pregnancy*) AND (*postpartum*)]. Para seleção dos estudos a incluir, e garantia de precisão dos resultados definiram-se como critérios de inclusão: publicações nos últimos 5 anos (2014-2019); leitura do título e resumo; acesso ao texto integral; critérios de exclusão: artigos com título não sugestivo e artigos que não permitem leitura integral do texto. Na figura 1 apresenta o fluxograma de inclusão dos artigos, conforme as *guidelines* PRISMA (TRICCO *et al.*, 2018).

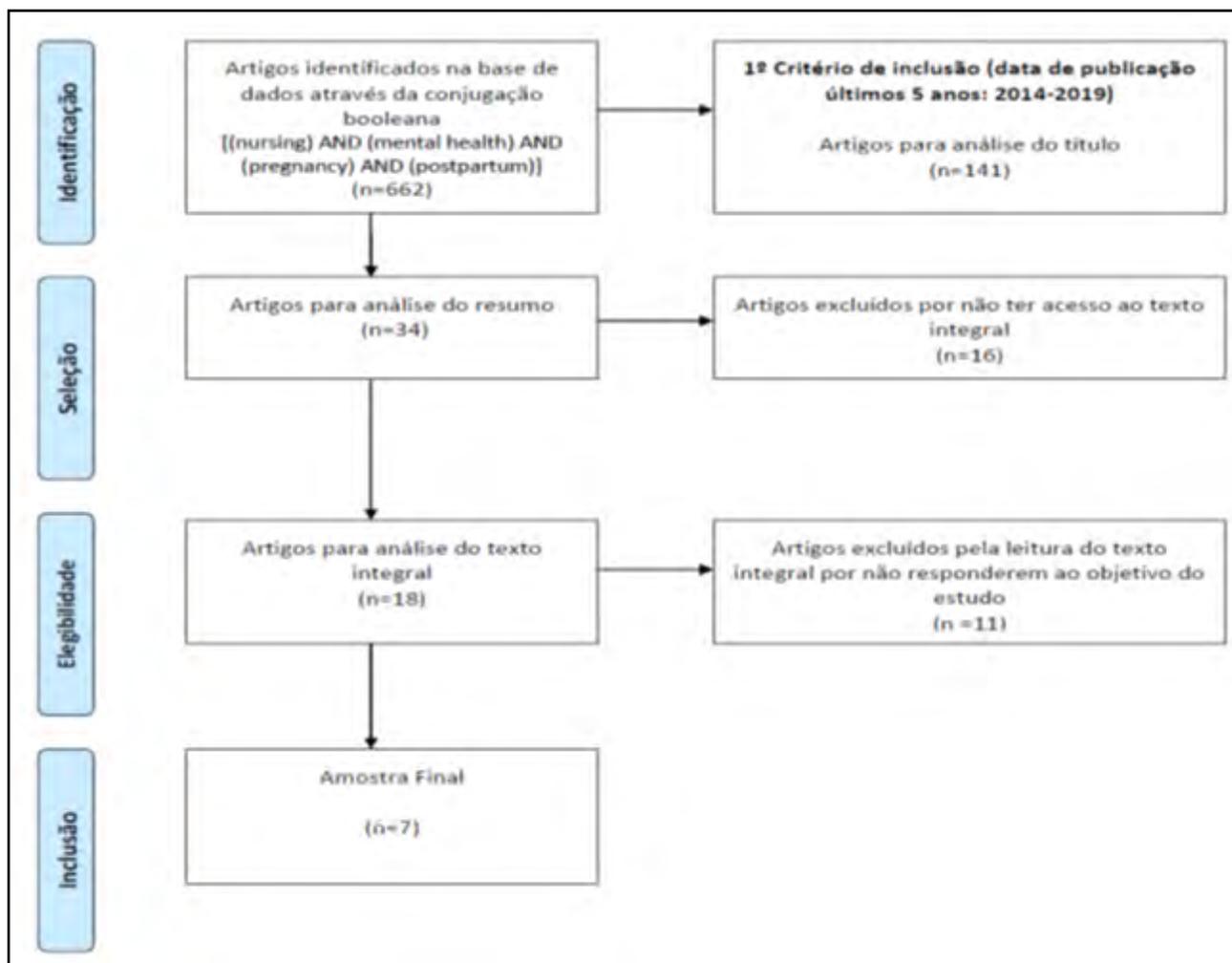


Figura 1. Fluxograma de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão dos artigos, segundo Guidelines PRISMA

Para a extração dos dados os títulos, os resumos e o texto integral dos artigos, foram analisados detalhadamente, por dois investigadores de forma independente, com base nos critérios de inclusão e exclusão, com o objetivo de averiguar a validade e concordância usando as grelhas do *Joanna Briggs Institute*, que avaliam a viabilidade, adequação, significância dos estudos. Quando não houve concordância, o artigo foi revisto por um terceiro investigador. Na interpretação dos resultados foi usada a comparação entre os resultados da avaliação crítica dos estudos incluídos com o conhecimento teórico, destacando as conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa (SOUSA *et al.*, 2017). Assim, amostra ficou constituída por sete artigos.

## RESULTADOS

A caracterização dos artigos incluídos na análise, sintetizando as informações-chave de cada artigo, apresenta-se no Quadro 1 conforme síntese narrativa: autores, ano de publicação, título, tipo de estudo, objetivos e conclusões.

Quadro 1. Caracterização dos artigos incluídos na análise sobre a saúde mental na gravidez e pós-parto

Autores/ano	Título	Tipo de estudo	Objetivos	Conclusões
Mohammad, K., Alafi, K., Mohammad, A., Gamble, J., & Creedy, D. (2014)	Jordanian women's dissatisfaction with childbirth care.	Descritivo de coorte transversal	Analisar a prevalência e os fatores associados à insatisfação dos cuidados intraparto por mulheres jordanianas.	A percentagem de mulheres que relatam insatisfação com os cuidados intraparto neste estudo é preocupante. Os fatores associados à insatisfação – atendimento por pessoas desconhecidas e indesejadas durante o parto, trabalho de parto mais doloroso do que o esperado e falta de comunicação pela equipa de saúde acerca dos seus sentimentos durante o parto.
Jesse, E., Gaynes, B., Feldhousen, E., Newton, E., Bunch, S., & Hollon, S. (2015)	Performance of a Culturally Tailored Cognitive-Behavioural Intervention Integrated in a Public Health Setting to Reduce Risk of Antepartum Depression: A Randomized Controlled Trial.	Ensaio clínico controlado e randomizado	Avaliar a eficácia da intervenção cognitivo-comportamental na redução dos sintomas depressivos, adaptada a mulheres de meio rural, com baixos rendimentos em risco de depressão pré-parto, durante 6 semanas.	Comparada ao grupo de controlo de tratamento habitual da depressão, a intervenção cognitivo-comportamental reduziu o desenvolvimento de sintomas depressivos pré-parto em mulheres do meio rural, com baixos rendimentos, com risco de depressão. É viável integrar esta intervenção nos cuidados de rotina em clínicas de saúde de forma a reduzir os sintomas depressivos pré-parto.

<p>Vesel, J., &amp; Nickasch, B. (2015)</p>	<p>An Evidence Review and Model for Prevention and Treatment of Postpartum Posttraumatic Stress Disorder.</p>	<p>Descritivo</p>	<p>Evidenciar as principais variáveis associadas ao Transtorno de Stress Pós-Traumático pós-parto, determinantes socioeconômicos, ambientais e genéticos, abordagens de prevenção e tratamento.</p>	<p>É vital que profissionais de saúde reconheçam a variedade de reações relacionadas com a saúde mental que se podem expressar em torno do nascimento e as necessidades que os pais podem demonstrar neste momento. A equipa de saúde deve receber formação sobre sinais e sintomas, comorbidades e tratamentos eficazes no TSPT. Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo e o Inventário de Stress Pós-traumático Pós-parto, devem ser utilizados para permitir a identificação de sintomas relevantes para TSPT.</p>
<p>Freed, P., &amp; SmithBattle, L. (2016)</p>	<p>Promoting Teen Mothers' Mental Health.</p>	<p>Descritivo</p>	<p>Relatar a importância da identificação por parte dos enfermeiros de níveis de sofrimento psicológico e histórico de experiências traumáticas das futuras mães adolescentes, e estratégias usadas os enfermeiros devem utilizar para lidar com as situações</p>	<p>Um número significativo de mães adolescentes, apresentam níveis elevados de sofrimento psicológico e histórico de experiências traumáticas que necessitam de ser identificadas e tratadas, pois estas podem acarretar consequências negativas para a sua saúde mental. Os enfermeiros devem garantir o apoio a estas mães, avaliando e validando as respetivas experiências traumáticas, reconhecendo as suas capacidades e qualidades, de modo a desenvolver e implementar estratégias que permitam ultrapassar estas situações.</p>

Cox, E., Raines, C., Kimmel, M., Richardson, E., Stuebe, A., & Brody, S. (2017)	Comprehensive Integrated Care Model to Improve Maternal Mental Health.	Revisão de instrumentos	Descrever o modelo de atendimento integrado em unidade de obstetrícia e ginecologia, serviço perinatal com unidade especializada de internamento psiquiátrico, melhorar o acesso aos cuidados de saúde mental a mulheres com alterações de humor no período perinatal.	Verifica-se que a implementação de um modelo de atendimento integrado abrangente não é por si só suficiente, no entanto alcançou-se uma melhoria significativa no acesso aos cuidados de saúde e tratamento para utentes com depressão perinatal, que são fundamentais para a saúde mental e bem-estar da mãe, filho e família.
Higgins, A., Downes, C., Carrol, M., Gill, A., & Monahan, M. (2017)	There is more to perinatal mental health care than depression: public health nurses' reported engagement and competence in perinatal mental health care.	Descritivo	Identificar conhecimentos, dos enf especialistas em Enf Comunitária; práticas atuais saúde mental perinatal; necessidades educacionais, em cuidados de saúde mental perinatais na Irlanda.	Os enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária apresentam maior competência em algumas áreas da saúde mental perinatal, tal como a depressão pós-parto. Porém, relatam menor conhecimento, habilidade e confiança na identificação, apoio e cuidados a mulheres que experimentam uma ampla gama de outras questões de saúde mental no período perinatal.
Guerra, M., Braga, M., Queilhas, I., & Silva, R. (2014)	Promoção da Saúde Mental na Gravidez e no Pós-Parto.	Revisão integrativa	Conhecer os fatores de risco para a saúde mental e bem-estar da grávida e puérpera, bem como as estratégias promotoras da saúde mental.	Na perspetiva da prevenção de patologia mental, recomenda-se que os enfermeiros prestem cuidados individualizados e flexíveis na gravidez e puerpério, baseados na identificação dos sintomas depressivos. A relação terapêutica e de confiança estabelecida entre o enfermeiro e a mulher, apoio na amamentação e encorajamento à expressão de sentimentos são estratégias utilizadas no acompanhamento da mulher.

## DISCUSSÃO

A presente revisão sintetiza as evidências disponíveis na literatura sobre fatores de risco que possam antecipar a ocorrência de patologia mental nas mulheres e o papel do enfermeiro na promoção da saúde mental na gravidez e pós-parto.

Os resultados mostraram que a transição para a parentalidade é um momento complexo nomeadamente para a mãe, principal responsável pelos cuidados ao bebé. Para identificar grávidas com risco de desenvolver patologia mental, é fundamental conhecer os potenciais fatores de risco associados à sua ocorrência visando a promoção da saúde mental.

Durante a gravidez, Guerra e Colegas (2014) elencam como principais fatores de risco com um potencial acrescido de desenvolver um transtorno mental na mulher dimensões: socioeconómicas (dificuldades financeiras, baixa escolaridade materna, situação de desemprego e condições habitacionais precárias); os psíquicas (antecedentes pessoais ou familiares de transtorno mental, a ansiedade ou infelicidade com a gestação, gravidez não desejada, stress materno e dificuldade de adaptação à parentalidade); físicas (risco obstétrico, gravidez de risco ou com complicações obstétricas, aborto ou nado morto prévio); comportamentais (os consumos durante a gestação de álcool, tabaco e drogas ilícitas); relacionais (conflitos conjugais, violência física ou sexual durante a gestação).

Vesel e Nickasch (2015) acrescentam a pré-eclâmpsia, prematuridade, internamento em unidade de cuidados intensivos neonatais, parto doloroso, cesariana de emergência como eventos traumáticos, que contribuem para o desenvolvimento de Transtornos de stress pós-traumático pós-parto (VESEL; NICKASCH, 2015). Deste modo a grávida/puérpera, fica mais vulnerável a problemas como depressão, fobias, distúrbios de ajuste e de pânico ou mesmo psicose. As mulhe-

res podem apresentar queixas fisiológicas, sintomas físicos ou solicitações de cuidados sugestivos de depressão.

O papel do enfermeiro é privilegiado e basilar na promoção da saúde mental na gravidez e pós-parto, desde o planeamento da gravidez, vigilância e no período pós-parto, no despiste de situações de risco e no planeamento precoce de intervenções. Destaca-se o suporte, identificação precoce e encaminhamento das grávidas/puérperas a vivenciar problemas sociais e de saúde mental, quer no período pós-parto, como durante o primeiro ano de vida da criança. O enfermeiro contacta de forma estreita com a mulher, nomeadamente para a vigilância de saúde e vacinação, tornando-se fundamental para despistar situações de risco precocemente (VESEL *et al.*, 2015).

Segundo Higgins e colegas em concordância com Guerra *et al.* (2014), a prevenção primária perinatal é fundamental, permite promover o bem-estar global da mulher, nomeadamente, a identificação precoce de fatores de risco, o estabelecimento de uma relação de confiança, a preparação para o desempenho parental, a identificação da rede de suporte social e familiar, incentivar o envolvimento do pai durante a gravidez e nos cuidados à criança, realizar visitas domiciliárias no puerpério e aulas de preparação para o parto em grupo (HIGGINS *et al.*, 2018). Os cursos de preparação para a parentalidade são benéficos na promoção da saúde mental, diminuir os níveis de ansiedade e a sintomatologia depressiva, melhorando assim a autoestima, pois desta forma as mulheres sentem-se mais preparadas e confiantes para desempenhar o seu papel.

A comunicação efetiva, é vital para melhor compreensão do diagnóstico, aceitação do tratamento, melhoria dos sintomas e satisfação das utentes, pois permite implementar medidas preventivas visando evitar danos futuros para a mãe e bebé, promover o desenvolvimento da criança (cognitivo e psicoafectivo) e fortalecer a vinculação (COX *et al.*, 2017). Para tal, o enfermeiro deve facilitar

a expressão de medos, preocupações, vivências e idealizações, e não julgar, implementando cuidados ajustados (FREED; SMITHBATTLE, 2016).

Jesse e colegas (2015) destacam a empatia, mudanças de humor e sinais físicos como indicativos de uma resposta traumática ao stress. Propõem intervenções holísticas (ioga, grupos de apoio e recursos da comunidade) e abordagem cognitivo-comportamental (relaxamento, gestão de pensamentos, estabelecer metas) para mitigar efeitos emocionais duradouros sobre as mulheres e as suas famílias (JESSE *et al.*, 2015).

O estudo realizado por Higgins e colegas (2017) demonstra que os enfermeiros conhecem melhor o impacto da depressão e ansiedade que o transtorno bipolar, obsessivo-compulsivo, distúrbios alimentares, automutilação/suicídio ou o uso de substâncias aditivas na gravidez e amamentação. Globalmente também apresentam baixos níveis de literacia sobre psicose, violência doméstica, distúrbios alimentares e pensamentos de autoagressão e ao bebé. Informam que não confiam nas suas competências (de avaliação diagnóstica e de resposta) perante a panóplia e complexidade dos problemas de saúde mental perinatal e apresentam como obstáculos o desconforto pessoal. Esta dificuldade pode pôr em risco a saúde mental mulheres, torna-as mais vulneráveis, sem informações e sem apoio adequado. Higgins e colegas (2017) e Mohammad e colegas (2014) demonstram a importância da formação (treino de habilidades e estratégias de comunicação) como essencial para aumentar a confiança, o conforto e a confiança dos enfermeiros capacitando-os para discutir com as mulheres todos os aspetos da saúde mental, e não apenas a depressão (MOHAMMAD *et al.*, 2014). O desenvolvimento profissional, a explicação de procedimentos e a inclusão das mulheres nas tomadas de decisão, também facilitam a prestação de cuidados e mitigam impactos de alguns transtornos mentais na mulher.

## CONCLUSÃO

O enfermeiro deve oferecer um cuidado integral. Dada o contacto de proximidade com a grávida/puérpera o enfermeiro deve assumir um papel ativo de educador, na vigilância e acompanhamento da mesma, na promoção da saúde mental a todos os níveis e etapas da gravidez e pós-parto. Os estudos analisados mostram que os enfermeiros carecem de formação na área dos transtornos mentais maternos. Face a estas conclusões torna-se importante adotar um conjunto de comportamentos que melhorem o desempenho dos enfermeiros junto da grávida/puérpera.

A formação dos enfermeiros é fundamental para os capacitar para a identificação de fatores de risco para a saúde mental global da mulher atuando precocemente. Neste sentido, considera-se relevante integrar nos contextos de cuidados ações de sensibilização e formação sobre problemas de saúde mental mais frequentes na gravidez e pós-parto, expandindo os conhecimentos sobre fatores de risco e estratégias de promoção da saúde mental à grávida/puérpera.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. R. *et al.* Experiências maternas na primeira semana de hospitalização do prematuro em cuidado intensivo. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [s. l.], vol. 10, p. 75, 2020.
- BEZERRA, M. J. *et al.* Percepção de Mães de Recém-Nascidos Prematuros Hospitalizados Acerca da Amamentação. **Revista Baiana de Enfermagem**, [s. l.], vol. 31, no. 2, p. 1–9, 2017.
- COX, E. Q. *et al.* Comprehensive Integrated Care Model to Improve Maternal Mental Health. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, [s. l.], vol. 46, no. 6, p. 923–930, 2017.
- FREED, P.; SMITHBATTLE, L. Promoting Teen Mothers' Mental Health. **MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing**, [s. l.], vol. 41, no. 2, p. 84–89, 2016.

GUERRA, M. *et al.* Promoção da Saúde Mental na Gravidez e no Pós-Parto. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, [online], [s. l.], vol. Especial, no. 01, p. 117–124, 2014.

HIGGINS, A. *et al.* There is more to perinatal mental health care than depression: Public health nurses reported engagement and competence in perinatal mental health care. **Journal of Clinical Nursing**, [s. l.], vol. 27, no. 3–4, 2018.

JESSE, D. E. *et al.* Performance of a Culturally Tailored Cognitive-Behavioral Intervention Integrated in a Public Health Setting to Reduce Risk of Antepartum Depression: A Randomized Controlled Trial. **Journal of Midwifery & Women's Health**, [s. l.], vol. 60, no. 5, p. 578–592, 2015.

MÉIO, M. D. B. B. *et al.* Breastfeeding of preterm newborn infants following hospital discharge: Follow-up during the first year of life. **Ciencia e Saude Coletiva**, [s. l.], vol. 23, no. 7, p. 2403–2412, 2018.

MOHAMMAD, K. I. *et al.* Jordanian women's dissatisfaction with childbirth care. **International Nursing Review**, [s. l.], vol. 61, no. 2, p. 278–284, 2014.

SILVA, P. K. da; ALMEIDA, S. T. de. Avaliação de recém-nascidos prematuros durante a primeira oferta de seio materno em uma uti neonatal. **Revista CEFAC**, [s. l.], vol. 17, no. 3, p. 927–935, 2015.

SIQUEIRA, M. M. de; CARVALHO., M. T. C. de. **ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E CUIDADO**. Curitiba: Curitiba: Appris, 2022.

SOUSA, L. *et al.* A Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem. **Revista Investigação em Enfermagem**, [s. l.], p. 17–26, 2017.

TRICCO, A. C. *et al.* **PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation**. [S. l.]: American College of Physicians, 2018.

VESEL, J.; NICKASCH, B. An Evidence Review and Model for Prevention and Treatment of Postpartum Posttraumatic Stress Disorder. **Nursing for Women's Health**, [s. l.], vol. 19, no. 6, p. 504–525, 2015.

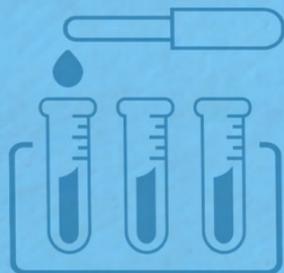
doi: 10.48209/978-65-84959-17-5

---

## CAPÍTULO 5

---

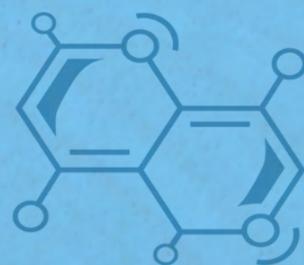
# SEGURANÇA DOS ALIMENTOS NO CONTEXTO DO COMÉRCIO AMBULANTE



Auriane Morellato Ferrari  
Thales Antunes Chamon  
Luiza Drago Bonna

Maria Clara Barcelos de Aquino  
Manueli Monciozo Domingos

Jackline Freitas Brilhante de São José



## INTRODUÇÃO

A população mundial, principalmente das zonas urbanas, passa por mudanças no estilo de vida, causadas especialmente pela industrialização, pelo êxodo rural e pelo mundo globalizado atual, que busca o desenvolvimento econômico e melhores tecnologias. Ao mesmo tempo, condições como a inserção da mulher no mercado de trabalho e a jornada diária de trabalho exaustiva faz com que o tempo disponível das pessoas para cuidar de atividades como alimentação, seja cada vez menor (LOUKIEH *et al.*, 2018; PEREIRA, TONIATO, SÃO JOSÉ, 2018). Dessa forma, é crescente o número de pessoas que consomem alimentos fora de casa e, juntamente a isso, há expansão dos locais que comercializam esse tipo de alimentação que se tornam cada vez maiores no mercado devido à praticidade e economia de tempo que este serviço proporciona (FONSECA *et al.*, 2018).

A ampliação do setor de produção de alimentos e de refeições impulsionou o crescimento do comércio ambulante de alimentos. Este comércio é caracterizado pela venda de comidas e/ou bebidas nas ruas que, em muitas ocasiões, são consumidas sem necessidade de uma etapa posterior de manipulação. Essa prática de comercialização possui consumidores adeptos em todo o mundo e, podem expressar muito mais que apenas a refeição, como também revelar aspectos da cultura e gastronomia local em diferentes regiões (RAKHA *et al.*, 2022).

Em territórios onde a economia local atravessa graves crises, bem como os países em desenvolvimento, é possível verificar com facilidade o avanço dos comércios ambulantes de alimentos. As pessoas passam a adotar a venda de alimentos como uma fonte de renda extra, que auxilia na economia do lar e pode ser o único meio de obtenção de renda por parte de indivíduos desempregados. Pessoas com baixo grau de instrução e que possuem dificuldades e restrições para a fixação em um emprego, encontram no comércio ambulante uma oportunidade de geração de renda (VERMA *et al.*, 2023).

Para os consumidores, elementos como praticidade, rapidez, economia de tempo, variedade de opções, palatabilidade apreciável e preço acessível são atrativos considerados no momento da escolha por este tipo de refeição (ADEOSUN; GREENE; OOSTERVEER, 2022; STEPHEN; GRACE, 2018). Contudo, a comida comercializada nas ruas causa preocupação aos órgãos fiscalizadores responsáveis, pois condições inapropriadas e precárias de produção e venda podem ser verificadas em alguns comércios (RAKHA *et al.*, 2018).

Além disso, muitos vendedores praticam maus hábitos de higiene e possuem pouco conhecimento necessário para permitir a manipulação de alimentos sem causar riscos à saúde do consumidor. Estes fatos agravam o problema da qualidade dos alimentos vendidos e potencializam os riscos relacionados com a contaminação por micro-organismos, principalmente os patogênicos (VERMA *et al.*, 2023).

Cabe destacar que, os consumidores também possuem papel ativo no processo de segurança de alimentos. Os consumidores de alimentos do comércio ambulante podem colaborar na melhoria da qualidade sanitária do que é comercializado nestes comércios quando, no momento da escolha do local para se alimentar, observam e exigem condições apropriadas de venda de alimentos. Entretanto, para isso, é necessário que detenham o conhecimento necessário a respeito de boas práticas de manipulação, contaminação e qualidade de alimentos (BAI *et al.*, 2019). Como podemos perceber, o compartilhamento de informações sobre a segurança de alimentos torna-se essencial tanto para vendedores quanto para consumidores do comércio ambulante de alimentos.

Desta forma, o objetivo deste capítulo foi apresentar e discutir os fatores relacionados à segurança dos alimentos preparados e vendidos em comércios ambulantes, abordando as principais falhas observadas, riscos à saúde pública e desafios enfrentados neste ambiente manipulação de alimentos.

## **METODOLOGIA**

Este trabalho consiste em uma revisão narrativa de literatura de cunho descritivo e bibliográfico. Para construção do capítulo foi feito levantamento da literatura recente e buscou-se apresentar e discutir informações sobre o tema utilizando como base estudos disponíveis na literatura.

## **DESENVOLVIMENTO**

### **Comércio ambulante de alimentos**

Comércios ambulantes de alimentos, ou comidas de rua, são definidos como a venda de refeições, alimentos ou bebidas na rua, que podem ser consumidos imediatamente ou não, mas que não necessitam de preparos posteriores (RAKHA *et al.*, 2022). Este tipo de comércio tem se expandido mundialmente, influenciado por fatores como a chegada das indústrias, o êxodo rural, a entrada da mulher no mercado de trabalho e os diversos afazeres do dia. Trata-se de uma alternativa de renda muitas vezes informal, na qual predomina o sexo feminino e, que contribui para o aumento da renda de famílias e até mesmo para a sobrevivência de outras que passam por dificuldades financeiras (LEHMANN *et al.*, 2018). Por estes motivos, o seu maior crescimento é verificado principalmente em territórios que passam por crises financeiras e econômicas, possuem altas taxas de desemprego, salários baixos, crescente urbanização e pouco investimento governamental no combate à pobreza (AL-JUNDI *et al.*, 2020).

No que diz respeito à estrutura física dos comércios de comidas de rua, estas podem variar desde estruturas fixas até carros móveis, que permitem a locomoção do vendedor de acordo com a necessidade. A variedade de alimentos comercializados modifica-se dependendo da estrutura física do ambulante. Os comércios fixos vendem vários tipos de alimentos e os comércios móveis se limitam a apenas uma ou duas variedades, devido às dificuldades de transporte (MARUTHA, CHELULE, 2020). Na atualidade, é possível encontrar com fre-

quência alimentos vendidos em veículos equipados chamados *food-trucks*, que, devido a melhor infraestrutura, demonstram maior controle e higiene na venda dos alimentos (TRAFIALEK *et al.*, 2018).

O consumo de alimentos provindos do comércio ambulante ocupa importante parcela da alimentação mundial. Estima-se que 2,5 bilhões de pessoas consomem estes alimentos diariamente (ABRAHALE *et al.*, 2019). Estima-se que mais de 30% da população brasileira consumiu alimentos fora de casa entre os anos 2017 e 2018 (BEZERRA *et al.*, 2021). No entanto, não foram encontrados registros da representação do consumo de alimentos do comércio ambulante.

Especialmente em países em desenvolvimento, o hábito de comer alimentos do comércio ambulante é muito comum devido às dificuldades financeiras desta população associado ao preço acessível com que são comercializados (NKOSI; TABIT, 2021). Em países desenvolvidos, a praticidade e facilidade na aquisição do alimento do comércio de rua são as características que mais atraem os consumidores (ABRAHALE *et al.*, 2019). Além de acessibilidade de preço e desenvolvimento econômico, em algumas regiões o comércio de alimentos nas ruas ainda oferece comidas típicas bem como exerce importância na expansão e divulgação dos aspectos culturais (ADEOSUN; GREENE; OOSTERVEER, 2022).

Entretanto, com a expansão deste tipo de comércio e com as dificuldades para exercer uma adequada manipulação, é crescente a preocupação com a ocorrência de contaminação dos alimentos que pode culminar em riscos à saúde do consumidor.

## **Ocorrência de Doenças de Origem Alimentar e a Segurança dos Alimentos**

As Doenças de Origem Alimentar (DOAs) são caracterizadas pela ingestão de um alimento contaminado por um agente infeccioso específico, ou pela toxina por ele produzida, por meio da transmissão desse agente, ou de seu produto tóxico (FORSYTHE, 2013). Normalmente, são ocasionadas por infecções em que

o microrganismo que está viável no alimento, passa pelo trato gastrointestinal do indivíduo e coloniza diretamente o hospedeiro ou por intoxicações, onde há produção de toxinas pelo microrganismo patogênico no alimento (RAKHA *et al.*, 2022).

As DOAs são reconhecidas como um importante problema de saúde pública mundial e estão fortemente associadas à falta de controle higienicossanitário nos processos de produção dos alimentos, como higiene e manipulação, por isso, podem ser facilmente evitadas (SCHIRONE *et al.*, 2018; RAKHA *et al.*, 2022; VERMA *et al.*, 2023).

Os desdobramentos dos casos de DOAs provocam prejuízos tanto ao paciente quanto aos cofres públicos pois ocasionam aumento do número de internações em estabelecimentos hospitalares, prolongamento do tempo de internação de pacientes já hospitalizados, aumento dos gastos com medicamentos e pacientes que, em algumas ocasiões, evoluem ao óbito (AUGUSTIN *et al.*, 2020).

No Brasil, as DOAs passaram a ser tratadas como doenças de notificação compulsória, ou seja, requerem notificação obrigatória dos agravos e doenças, determinados em legislação vigente às autoridades de saúde competentes com a publicação da Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde (MS) / Gabinete do Ministro (GM) nº 4 de 2017, encaixando-se como eventos de saúde pública (BRASIL, 2017).

Quando duas ou mais pessoas apresentam sinais clínicos confirmados pela ingestão de um mesmo alimento em comum ou água contaminada com um microrganismo patogênico, tem-se instalado um surto alimentar. No entanto, a maioria dos surtos desencadeados por uma DOA acontecem dentro de residências, e isso faz com que muitos casos não sejam notificados. As subnotificações e existência de casos isolados são barreiras a serem enfrentadas para realização devida da investigação, identificação do agente etiológico, conclusão do caso e definição de estratégias de prevenção (BRASIL, 2018).

Os alimentos comercializados nas ruas costumam apresentar risco de contaminação e conseqüentemente podem originar surtos alimentares. Dados apontam que as DOAs causam mais de 2 milhões de mortes anualmente na população mundial e que os países em desenvolvimento são os mais acometidos por essas doenças (VERMA *et al.*, 2023). Casos de DOAs são registrados no Brasil e no mundo, inclusive com ocorrência de óbitos. Na União Europeia, em 2015, houve mais de 45.000 casos de DOAs, com mais de 3.000 hospitalizações e 17 óbitos (TOMASZEWSKA *et al.*, 2018). No Brasil, foram notificados 12.503 surtos de origem alimentar entre os anos de 2000 a 2017, com mais de 2.300.000 pessoas expostas, 263.403 doentes e 182 óbitos (BRASIL, 2018).

A região Sudeste concentra a maior proporção de surtos notificados no Brasil entre 2007 e 2017, representando 39,2% das notificações, seguida da região Sul com 33,9%. Dentre os locais de ocorrência, as residências lideram com 36,4%. Sobre os alimentos envolvidos nos surtos, 46,8% não foram identificados, 11,7% eram alimentos mistos, 7,6% em múltiplos alimentos, 7,3% em ovos e produtos à base de ovos, 6,16% na água, 3,2% no leite e 2,39% na carne bovina *in natura* (BRASIL, 2018).

A qualidade microbiológica de alimentos vendidos no comércio ambulante pode apresentar inadequações sendo possível observar contagens de bactérias capazes de causar DOAs, tais como *Salmonella* sp., *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli* e *Listeria* sp. (LOUKIEH *et al.*, 2018). Alimentos comercializados em ruas são propensos a estarem microbiologicamente impróprios para o consumo devido às condições precárias de infraestrutura e manipulação. Desta forma, tais alimentos podem contribuir significativamente para aumento das DOAs (SHININGENI *et al.*, 2019).

Dentre os surtos alimentares identificados no Brasil entre os anos de 2007 a 2017, cerca de 96% tiveram as bactérias como os agentes etiológicos responsáveis. *Salmonella* sp. foi a bactéria de maior ocorrência (aproximadamente 31%),

seguida de *Escherichia coli* (aproximadamente 24%) *Staphylococcus aureus* (aproximadamente 16%), *Bacillus cereus* e coliformes (5%) e *Shigella* (3%). Infecções por vírus representaram cerca de 5%, sendo as ocorrências registradas com rotavírus, norovírus e Hepatite A juntos (BRASIL, 2018).

A legislação brasileira Instrução Normativa nº 60/2019 estabelece as listas de padrões microbiológicos para alimentos. Nesse documento são apresentados os microrganismos que devem ser analisados para os diferentes grupos de alimentos. No caso de alimentos prontos para o consumo, são estabelecidos limites para alguns microrganismos como *Salmonella*, *Bacillus cereus*, *Clostridium perfringens* e *Escherichia coli* (BRASIL, 2019).

De acordo com normativa sanitária brasileira, a presença de *Salmonella* spp. não é aceita em 25 g de qualquer tipo de alimento (BRASIL, 2019). A presença de *Staphylococcus aureus* nos alimentos é interpretada como indicativo de contaminação proveniente dos manipuladores. Dessa forma, essa bactéria pode ser veiculada ao consumidor caso não sejam seguidas as boas práticas de higiene (NKOSI; TABIT, 2021).

A Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO) e a Organização Mundial da Saúde (WHO) definiram o termo “segurança dos alimentos” como o grau de confiança de que os mesmos não causarão doenças ou dano ao consumidor quando são preparados, servidos e consumidos adequadamente (VERMA *et al.*, 2023). Em função dos riscos para a saúde pública, a FAO e a WHO estabeleceram diretrizes internacionais adaptadas aos vários continentes, baseadas na viabilidade e na garantia da segurança dos alimentos vendidos em ruas, em cinco passos considerados “pontos chaves”. Estes passos são manter a limpeza e a organização do local, separar alimentos crus e cozidos, eliminar perigos quando possível, impedir que microrganismos cresçam e utilizar matérias-primas e água de fontes seguras (WHO; FAO, 2010).

Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a descentralização das ações, o controle sanitário desse segmento passou a ser responsabilidade dos municípios (BRASIL, 1990). Ao passo que alguns progrediram no desenvolvimento de normas, muitos ainda não se desenvolveram nessa área e sequer realizam procedimentos para inspeção nestes comércios. Outros fatores dificultam a ação de órgãos responsáveis pela verificação da segurança dos alimentos comercializados e aumentam a preocupação quanto à ocorrência de surtos alimentares. Dentre eles, destaca-se a grande quantidade de comércios informais, a mobilidade e sazonalidade de alguns ambulantes, a variedade de alimentos vendidos e a pobre infraestrutura (MARUTHA; CHELULE, 2020; RAKAH *et al.*, 2022). Dessa forma, percebe-se a importância da adoção de boas práticas de manipulação de alimentos no contexto do comércio ambulante.

## **Boas práticas de manipulação de alimentos**

Alimentos estão constantemente expostos à contaminação por microrganismos deterioradores ou patogênicos. Mesmo com as várias fontes que facilitam essa exposição, é possível controlar os níveis de contaminação e manter a microbiota em número aceitável de modo que não sejam gerados prejuízos ao alimento e à saúde do consumidor. Para isto, é preciso adotar condutas de higiene denominadas de boas práticas (AUGUSTIN *et al.*, 2020).

As boas práticas de manipulação são definidas como um conjunto de processos e procedimentos, que quando seguidas pelos manipuladores de alimentos e pelo serviço, garantem a qualidade higienicossanitária do alimento e diminuem as possibilidades de contaminação e ocorrência de uma DOAs. Os manipuladores são considerados os principais agentes envolvidos no processo de implantação e operacionalização das boas práticas e são caracterizados como qualquer pessoa que possa estar envolvida no processo produtivo do alimento dentro do serviço (AUGUSTIN *et al.*, 2020).

Para que se produza um alimento com qualidade, as boas práticas preconizam que sejam garantidas e conhecidas a procedência da matéria-prima, as condições estruturais básicas, a higiene e conservação de equipamentos, móveis e utensílios, saúde dos manipuladores e as técnicas de manipulação seguras (AUGUSTIN *et al.*, 2020).

Manipuladores, mesmo aqueles que são sadios, podem abrigar microrganismos na pele, unhas, cabelos, mãos, nariz, olhos. As mãos são possíveis transmissores de bactérias patogênicas pelo mecanismo fecal-oral e talvez, as maiores responsáveis pela contaminação de alimentos de forma cruzada. Mãos não higienizadas adequadamente podem representar um favorecimento para sobrevivência de microrganismos patogênicos, como por exemplo, a *Salmonella* Typhimurium, que pode sobreviver até três horas em mãos inadequadamente higienizadas. Isso explica a necessidade de realização de higienização das mãos com técnica, insumos e periodicidade adequada (RAKAH *et al.*, 2022).

No entanto, o comércio ambulante de alimentos se destaca pelas inadequadas condições higienicossanitárias, práticas empíricas de manipulação de alimentos e infraestrutura precária, normalmente desprovidos de pontos de água potável (ABRAHALE *et al.*, 2019). Estes motivos contribuem para que a adequada higiene de mãos não seja hábito de vendedores de alimentos de ruas, que, somado à utilização inadequada de luvas, pode potencializar as chances de contaminação dos alimentos. O uso de luvas poderia minimizar o problema de higienização não frequente das mãos, mas necessitaria de controle para realização da substituição periódica e ainda não eliminaria a necessidade da higienização. No entanto, este mecanismo de prevenção de contaminação não recebe a devida importância e, por muitas vezes, é negligenciado pelos vendedores (STEPHEN; GRACE, 2018; TRAFIALEK *et al.*, 2018).

Outro ponto preocupante que envolve o processo de produção do alimento comercializado nas ruas é a obtenção da matéria-prima. Muitas vezes, a matéria-

-prima de origem animal adquirida é clandestina, sendo essa atitude realizada com intuito de obter ingredientes mais baratos e proporcionar aumento da margem de lucro no produto final (ALIMI, 2016). A garantia de procedência de produtos de origem animal é necessária devido aos mesmos serem importantes focos de contaminação como *Salmonella* spp. e *Staphylococcus aureus*. (SHININGENI *et al.*, 2019). A aquisição de alimentos com a devida fiscalização pode minimizar estes riscos, bem como doenças pré-existentes em animais, como a brucelose em caso de bovinos (BRASIL, 2017).

Outra dificuldade enfrentada neste tipo de comércio é a localização. O local de comercialização é uma característica negativa por, normalmente, situar-se em vias públicas, apresentarem focos de contaminação ambiental, como a proximidade com o solo, presença de insetos, roedores e outros animais, além do acúmulo de lixo e o contato com o ar poluído ou possivelmente contaminado (RAKHA *et al.*, 2022).

Comércios ambulantes podem apresentar problemas relacionadas à recontaminação e contaminação cruzada dos alimentos por meio de tábuas de corte com resíduos de alimentos, higienização de superfícies, equipamentos e utensílios em técnica e frequência insatisfatória, armazenamento inadequado dos alimentos expostos, controle ineficaz de tempo e temperatura desses e práticas de higiene insuficientes (ROSALES; LINNEMANN; LUNING, 2023). Além disso, nestes comércios ainda há produção em grande quantidade dos alimentos que serão vendidos e os mesmos são estocados em condições inapropriadas (temperatura, recipientes etc.) por longos períodos. Outros pontos críticos são destacados no processo de manipulação dos alimentos, como o transporte até o ponto de venda, a produção com excesso de manipulação e o armazenamento de sobras sem a aplicação de métodos de conservação adequados. Assim, é necessário que o vendedor detenha conhecimento suficiente sobre segurança dos alimentos para que possa minimizar todos os riscos de contaminação encontrados no comércio ambulante (MARUTHA; CHELULE, 2020; NKOSI; TABIT, 2021).

## **Conhecimento e percepção de risco do vendedor de alimentos**

Um dos fatores que podem influenciar a implantação das boas práticas de manipulação é o nível de conhecimento do manipulador a respeito de segurança dos alimentos (VERMA *et al.*, 2023). Normalmente, vendedores de alimentos de rua possuem baixo nível de educação associado a pouco conhecimento sobre assuntos relacionados à segurança na manipulação de alimentos (TOMASZEWSKA *et al.*, 2018). Muitos vendedores ainda desconhecem microrganismos patogênicos, como *Salmonella* sp., *Escherichia coli* e *Staphylococcus aureus* (NKOSI; TABIT, 2021). O baixo grau de instrução é uma das barreiras que os torna mais resistentes ao conhecimento novo, aplicação de técnicas adequadas e dificulta a elaboração de ações que atendam às suas necessidades. Em geral, pessoas com nível primário de educação tendem a ter práticas de higiene e de manipulação de alimentos inadequadas e dificuldades no aprendizado de novas condutas, o que pode comprometer a qualidade sanitária do alimento preparado (LOUKIEH *et al.*, 2018; NKOSI; TABIT, 2021).

A educação sanitária e os treinamentos podem ser medidas rápidas, econômicas e eficazes para reduzir as chances de contaminação dos alimentos e o aumento dos surtos de origem alimentar causados pela ingestão destes alimentos. Entretanto, pouca atenção das autoridades fiscais é dada para o comércio ambulante e a maioria dos vendedores não passa por treinamentos sobre segurança dos alimentos (NKOSI; TABIT, 2021).

Além do conhecimento e das práticas higiênicas de vendedores ambulantes, os consumidores de alimentos destes comércios também assumem responsabilidade na segurança dos alimentos que são vendidos, uma vez que, conhecendo as condutas adequadas de higiene, podem ditar suas condições sanitárias e influenciar na permanência deste no mercado (NKOSI; TABIT, 2021).

## Consumidores de alimentos do comércio ambulante

Consumidores comumente buscam por alimentos de preço acessível e que sejam saborosos nos comércios ambulantes, sendo também aspectos considerados e muito utilizados como estratégia de *marketing* por países que recebem turistas, com apoio a venda da comida típica local por comerciantes ambulantes, em busca de maior atratividade e melhorias na economia (ABRAHALE *et al.*, 2019).

Ainda há uma lacuna existente entre a cultura de segurança dos alimentos e o nível de conhecimento que se coloca em prática entre os consumidores. Normalmente, as práticas adequadas tendem a aumentar com o avançar da idade e o aumento do grau de conhecimento. Consumidores do sexo feminino também apresentam práticas e nível de conhecimento sobre segurança dos alimentos mais adequados que os do sexo masculino (TOMASZEWSKA *et al.*, 2018).

A quantidade e o nível de informações oferecidas aos consumidores a respeito da segurança dos alimentos comercializados nas ruas ainda são insuficientes. A maioria dos consumidores possuem conhecimentos razoáveis sobre o assunto. Entretanto, ainda são muitos os consumidores com nível de conhecimento baixo e poucos os que possuem informações adequadas (TOMASZEWSKA *et al.*, 2018).

Apesar de muitos consumidores não confiarem na segurança dos alimentos que são adquiridos na rua e conhecerem os riscos microbiológicos dos mesmos, optam por consumir este tipo de alimento devido a atrativos como sabor, preço e conveniência. Na literatura há relato que quanto maior o nível de educação e renda, há aumento da desconfiança por parte do consumidor (STEPHEN; GRACE, 2018).

Práticas importantes quanto a processos de conservação de alimentos, tais como temperatura e reaquecimento adequados, são desconhecidas dentre os con-

sumidores (SCHIRONE *et al.*, 2018). Normalmente, há pouca disponibilidade e oferta de informações sobre o comércio ambulante de alimentos, o que gera maior desconhecimento e insegurança desta população e fazem com que não sejam críticos na escolha dos locais onde irão consumir os alimentos (STEPHEN; GRACE, 2018).

É possível que consumidores em geral possam adquirir alimentos seguros do comércio ambulante, desde que aqueles sejam sanitariamente educados e observem as condições do produto antes da aquisição. Os consumidores devem assumir um papel ativo na prevenção da contaminação de alimentos. Devido a isto, é importante avaliar o nível de conhecimento sobre segurança dos alimentos. Além disso, é importante que os consumidores recebam orientações sobre as condições que devem ser observadas no momento da aquisição: características sensoriais do alimento, higiene pessoal do vendedor e do ambiente e os métodos de conservação aplicados ao produto (BAI *et al.*, 2019).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A segurança alimentar é um problema mundial e o acesso ao alimento de qualidade é um direito de todo ser humano. Nesse sentido, a segurança dos alimentos ofertados para consumo da população é um dos desafios dos órgãos responsáveis pela saúde pública. A segurança dos alimentos nas ruas é afetada por vários fatores, a partir da qualidade das matérias-primas, práticas de armazenamento e armazenamento de alimentos. Em muitos casos, devido à dificuldade no acesso a água seja para higienização das mãos ou para lavagem de utensílios, preparo ou consumo, os vendedores ambulantes tendem a armazenar água em condições vulneráveis que favorecem a contaminação. Somado a este fator tem-se ainda que neste ambiente comercialização os alimentos são expostos a condições ambientais desfavoráveis, como a presença de insetos, roedores, animais domésticos/outros animais e poluição do ar. Tais condições são inadequadas para fins de preparação e venda de alimentos.

Além de buscar melhorias nas condições físicas da comercialização de alimentos nas ruas, é de suma importância também que os vendedores tenham acesso a conhecimento relacionado às boas práticas de manipulação para que haja esclarecimento sobre condutas e condições que favorecem a contaminação, sobrevivência e proliferação de microrganismos nos alimentos. Para isso, é necessário a realização de capacitação e de treinamento adequados e periódicos com os vendedores ambulantes. Ressalta-se ainda a necessidade de desenvolvimento e aplicação de normas sanitárias adequadas para o comércio ambulante de alimentos bem como o apoio dos órgãos competentes na orientação destes vendedores.

## REFERÊNCIAS

ABRAHALE, K. *et al.* Street food research worldwide: a scoping review. **Journal of Human Nutrition**. v. 32, n. 2:152, 2019.

ADEOSUN, Kehinde Paul; GREENE, Mary; OOSTERVEER, Peter. Informal ready-to-eat food vending: a social practice perspective on urban food provisioning in Nigeria. **Food Security**. v. 14, n. 3, p. 763-780, 2022.

AL-JUNDI, Salem A. *et al.* The effect of poverty on street vending through sequential mediations of education, immigration, and unemployment. **Sustainable Cities and Society**. v. 62, 2020.

ALIMI, Buliyaminu Adegbemiro. Risk factors in street food practices in developing countries: A review. **Food Science and Human Wellness**, v. 5, n. 3, p. 141-148, 2016.

AUGUSTIN, Jean-Christophe. *et al.* Contribution of Foods and Poor Food-Handling

Practices to the Burden of Foodborne Infectious Diseases in France. **Foods**. v. 9, n.11:1644, 2020.

BAI, Li. *et al.* Food safety in restaurants: The consumer perspective. **International Journal of Hospitality Management**. v. 77, p. 139-146, 2019.

BEZERRA, Ilana Nogueira. *et al.* Evolução do consumo de alimentos fora do domicílio no Brasil de 2008–2009 a 2017–2018. **Revista de Saúde Pública**. v. 55, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Instrução Normativa nº.60, de 23/12/2019. Regulamento Técnico Sobre os Padrões Microbiológicos para Alimentos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 23 dez. 2019, p.133.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 9.013, de 29 de março de 2017. Regulamenta a Lei nº1.283, de 18 de dezembro de 1950, e a Lei nº7.889, de 23 de novembro de 1989, que dispõem sobre a inspeção industrial e sanitária de produtos de origem animal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 30 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação N°4. Consolidação das normas dos sistemas e subsistemas do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 03 out. 2017, p.288.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Surtos de Doenças Transmitidas por Alimentos no Brasil**. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 19 set. 1990.

FONSECA, Walkyria Conceição. *et al.* Comida de rua: conhecimento dos consumidores sobre segurança dos alimentos e condições higienicossanitárias de pontos de vendas em São Luís, MA. **Higiene Alimentar**. v. 32, n.284/285, 2018.

FORSYTHE, Stephen J. **Microbiologia da segurança dos alimentos**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

LEHMANN, Hartmut; PIGNATTI, Norberto. Informal Employment Relationships and the Labor Market: Is There Segmentation in Ukraine?. **Journal of Comparative Economics**, v. 46, n. 3, p.838-857, 2018.

LOUKIEH, Myriam. *et al.* Street foods in Beirut city: An assessment of the food safety practices and of the microbiological quality. **Journal of Food Safety**, 2018.

MARUTHA, Khomotso J.; CHELULE, Paul K. Safe Food Handling Knowledge and Practices of Street Food Vendors in Polokwane Central Business District. **Foods**. v. 9, n. 11:1560, 2020.

NKOSI, Nelly Virginia; TABIT, Frederick Tawi. The food safety knowledge of street food vendors and the sanitary conditions of their street food vending environment in the Zululand District, South Africa. **Heliyon**. v.7, n.7, 2021.

OVCA, Andrej. *et al.* Food safety knowledge and attitudes among future professional food handlers. **Food Control**, v. 84, p. 345-353, 2018.

PEREIRA, Jéssica Queiroz; TONIATO, Tatiana Salgado; SÃO JOSÉ, Jackline Freitas Brilhante. Condições higienicossanitárias do comércio ambulante de alimentos. **Revista Instituto Adolfo Lutz**. v.77, 2018.

RAKHA, Allah. *et al.* Safety and quality perspective of street vended foods in developing countries. **Food control**. v. 138, 2022.

ROSALES, Araceli Pilamala; LINNEMANN, Anita R.; LUINING, Pieternel A. Food safety knowledge, self-reported hygiene practices, and street food vendors' perceptions of current hygiene facilities and services - An Ecuadorean case. **Food Control**. v. 144, 2023.

SCHIRONE, Maria. *et al.* Assessment of knowledge and applications of hygiene practices in the food service sector. **Journal of Food Safety**, 2018.

SHININGENI, Daphney. *et al.* Prevalence of pathogenic bacteria in street vended ready-to-eat meats in Windhoek, Namibia. **Meat Science**, p. 223-228, 2019.

STEPHEN, Edem Hiamey; GRACE, Aba Hiamey. Street food consumption in a Ghanaian Metropolis: The concerns determining consumption and non-consumption. **Food Control**. v. 92, p. 121-127, 2018.

TRAFIALEK, Joana. *et al.* Street food vendors' hygienic practices in some Asian and EU countries – A survey. **Food Control**, v. 85, p. 212-222, 2018.

TOMASZEWSKA, Marzena. *et al.* Food hygiene knowledge and practice of consumers in Poland and in Thailand-A survey. **Food Control**, v. 85, p. 76-84, 2018.

VERMA, Ruchi. *et al.* Assessment of food safety aspects and socioeconomic status among street food vendors in Lucknow city. **Journal of Agriculture and Food Research**. v. 11, 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); FOOD AND AGRICULTURAL ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS (FAO). **Basic steps to improve safety of street-vended food**. n.3, Geneva: 2010.

doi: 10.48209/978-65-84959-17-6

---

## CAPÍTULO 6

---

# REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA: SUPORTE SOCIAL E SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL DO IDOSO DEPENDENTE



Cristina Marques Sousa  
Luís Ferreira



## INTRODUÇÃO

O envelhecimento da sociedade é uma realidade inevitável, fruto de uma maior longevidade humana, à qual se associam índices de dependência acrescidos em função do agravamento da morbilidade adquirida previamente e, de uma maior vulnerabilidade do idoso (SEQUEIRA, 2010a).

Em 2021, o índice de envelhecimento em Portugal era de 182,1%, a região norte superava a percentagem nacional situando-se nos 184,1% (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2021). Por sua vez, o índice de dependência do idoso assentava nos 36,8% e o índice de longevidade nos 48,8% (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2021).

A família, habitualmente suporte dos cuidados, sofreu alterações significativas nas últimas décadas e esta nova realidade implica a necessidade de se pensar em formas de assistência, que promovam a manutenção da qualidade de vida do idoso, preferencialmente no domicílio (SEQUEIRA, 2010a). O aumento da necessidade de cuidados da população idosa, implica necessidade de maior assistência por parte dos Cuidadores Informais (CI) (SEQUEIRA, 2010a).

A prestação de cuidados, a uma pessoa dependente, pode acontecer em diferentes contextos e existem dois tipos de cuidador: o Cuidador Formal (CF) e o CI (SEQUEIRA, 2010a). A prestação de cuidados formais é praticada por profissionais (como por exemplo médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, entre outros) e estes cuidados maioritariamente são em lares, hospitais, instituições comunitárias e são remunerados (SEQUEIRA, 2010a). Já os cuidados informais, acontecem quando a pessoa se encontra no seu próprio domicílio ficando à responsabilidade de um familiar, vizinho ou amigos e estes cuidados não são remunerados (SEQUEIRA, 2010a).

O efeito da prestação de cuidados a uma pessoa dependente é definido como “sobrecarga” ou até mesmo “exaustão” do CI, podendo daí resultar problemas de

ordem física, psicológica, emocional, social e financeira (ZARIT *et al.*, 1980). Esta definição é usada para caracterizar a sobrecarga sobre os CI, sobrecarga essa que altera a sua qualidade de vida e saúde (ZARIT *et al.*, 1980).

Sabemos que cuidar, no domicílio, um familiar com dependência, acarreta diversas mudanças de âmbito físico, psicológico e social do cuidador (AMENDOLA *et al.*, 2011). Um dos aspetos mais afetados é a rede de apoio social, devido à falta de oportunidades de atividades de lazer, impossibilidade de trabalho extra domiciliário e mudanças nas rotinas familiares (AMENDOLA *et al.*, 2011).

Além disso, o apoio social é um processo recíproco, referente a qualquer informação ou auxílio oferecido por pessoas ou grupos, com os quais temos contacto habitualmente e que produz um efeito positivo para quem recebe e também para quem oferece (AMENDOLA *et al.*, 2011). Também diz respeito a ter alguém com quem contar em situações difíceis para receber, por exemplo, auxílio material, emocional ou afetivo e, além disso, diz respeito ao sentimento de valorização no contexto dos grupos onde está inserido, relacionando com a dimensão funcional ou qualitativa da rede social (AMENDOLA *et al.*, 2011). Assim, o papel de cuidar de um familiar, pode afetar tanto a rede social como o apoio do cuidador (AMENDOLA *et al.*, 2011).

Esta realidade implica a necessidade de se pensar em formas de assistência, que promovam a manutenção da qualidade de vida dos utentes, privilegiando a sua manutenção no domicílio, sem sobrecarregar a família física e psicologicamente (SEQUEIRA, 2010a).

Da pesquisa bibliográfica efetuada sobre esta temática, selecionaram-se alguns estudos no sentido de dar resposta à questão de investigação, elaborada com recurso ao método PICO (SOUSA; SANTOS, 2007): Qual a relação entre suporte social e sobrecarga do CI do idoso dependente, tendo como população alvo o cuidador da pessoa idosa e dependente. Assim, os *objetivos* desta Revisão Integrativa (RI) são: i) Caracterizar os artigos pesquisados de acordo com a rela-

ção entre suporte social e sobrecarga dos CI do idoso dependente; ii) identificar fatores de sobrecarga relacionados com o suporte social do CI; iii) compreender o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na diminuição da sobrecarga dos CI.

A opção pelo tema “*suporte social e a sobrecarga do CI do idoso dependente*”, prende-se com a contemporaneidade e pertinência do tema e com a necessidade de intervenção comunitária urgente, para que todos possamos envelhecer saudáveis.

## **METODOLOGIA**

Descritiva, do tipo RI, segue o método de pesquisa da Prática Baseada na Evidência (PBE) (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). A pesquisa na literatura foi realizada no período de 18 a 24 de março de 2022, nas bases de dados Biblioteca de conhecimento online (b-On), literatura latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLIN), Base de dados de Enfermagem (BDENF), diretório de revistas *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), BVS Enfermagem, *Scopus Info Site* (SCOPUS), *Elton B. Stephens Empresa* (EBSCO), PubMed. A RI contempla uma base inicial com 1.954 artigos tratados no programa *Intelligent Systematic Review* (Rayyan), onde foram logo estabelecidos alguns critérios de inclusão: (2016 – 2021); artigos escritos em Português e Inglês; artigos com texto completo e critérios de exclusão: artigos duplicados retirados automaticamente da base de dados b-On.

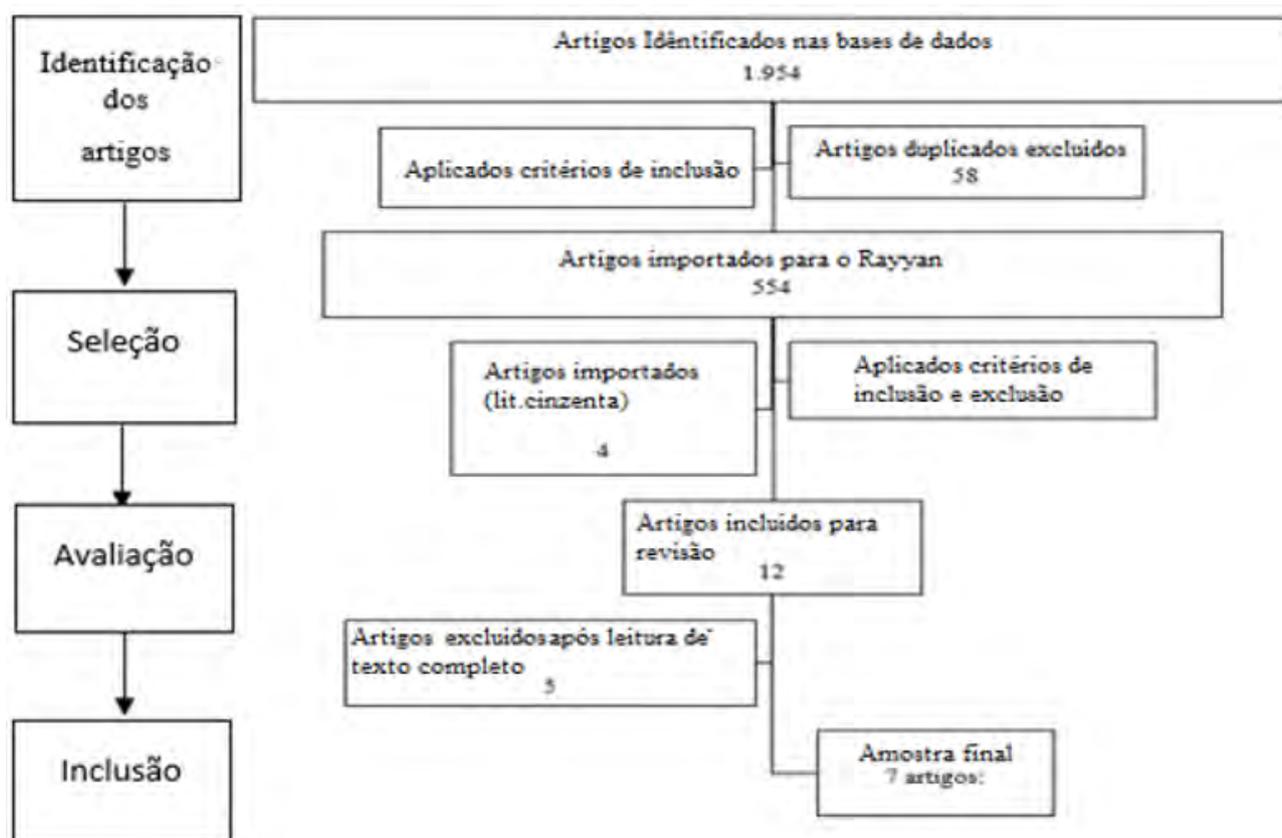
Para a obtenção da amostra final de sete artigos, obedeceu-se a uma determinada ordem, a qual é demonstrada no fluxograma (Figura 1), em que se processa a pesquisa, a seleção e a constituição final da amostra. A amostra foi selecionada por um único revisor.

Após a identificação dos artigos nas bases de dados, os títulos e resumos de cada artigo, foram identificados segundo o *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (MOLHER *et al.*, 2007). Foram utilizadas as palavras-chave: *Social Support*, *Caregiver Burden*, *Elderly*, tendo como base os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) utilizaram-se os sinônimos “aged”, “older”, “geriatric”, optou-se por utilizar os termos na língua inglesa utilizando os operadores booleanos *AND* e *OR* da seguinte forma: “Social Support” *AND* “Caregiver Burden” *AND* (“Elderly” *OR* “Aged” *OR* “Older” *OR* “Geriatric”).

Para a inclusão dos artigos na RI foi realizada a leitura integral de doze artigos e selecionados sete que constituem a nossa amostra final, sendo os que melhor respondem à questão norteadora. A colheita de dados foi realizada através do documento modelo validado por Ursi e citado por Souza *et al.* (2010). Para estratificar o Nível de Evidência (NE) foi utilizada a *Strength of Recommendation Taxonomy* (SORT), *the American Academy of Family Physicians* (HEBELL *et al.*, 2004).

## RESULTADOS

Da pesquisa efetuada, foram identificados 1.954 artigos, dos quais foram selecionados, por cumprirem os critérios de inclusão: um estudo randomizado controlado (YU, 2016), dois ensaios clínicos randomizados e controlados (HARTMANN *et al.*, 2019; TREMONT *et al.*, 2017), dois estudos transversais (LINO *et al.*, 2016; VECHIA *et al.*, 2019), um estudo quantitativo quase transversal (BARRETO-ZORZA *et al.*, 2017), e um estudo qualitativo, (WILLEMSE, *et al.*, 2016). A Figura 1 representa o fluxograma da seleção dos estudos.

**Figura 1.** Fluxograma de identificação e seleção dos artigos

Fonte: Figura elaborada pelo próprio autor com base no diagrama PRISMA de Molher *et al.* (2007).

Os estudos incluídos nesta RI mostram um NE superior de (1 e 2), os realizados por Yu, (2016); Barreto-Zorza *et al.* (2017); Tremont *et al.* (2017); Hartmann *et al.* (2019) são do tipo ensaios clínicos ou estudos pilotos randomizados e estudos quase experimentais, que aplicaram instrumentos de medida comuns, como é o caso da escala de Zarit (SEQUEIRA, 2010b). Estes estudos, para examinar as diferenças entre os grupos de intervenção e de controle utilizaram a análise de variância (RMANOVA) usada para comparar mudanças de sobrecarga do cuidador e qualidade de vida. Usado o teste de *Qui quadrado* e *correlação de Pearson* para determinar o coeficiente de correlação de pares entre os dicotômicos variáveis para “sentir-se apoiado” e para “sobrecarga” (Tabela 1).

Já os estudos apresentados por Lino *et al.* (2016) e Vechia *et al.* (2019) são estudos transversais (NE3), que permitem identificar os fatores de sobrecarga do CI e dar resposta a um dos objetivos desta RI, os dois estudos evidenciam idênticos fatores de sobrecarga do CI.

O estudo apresentado por Willemse *et al.* (2016), identificado como qualitativo (NE 4), permite comparar os resultados em relação à importância do tema da revisão em cinco países europeus, pelo que se depreende a grandeza da problemática revista e por isso a pertinência da sua inclusão no estudo.

Quanto à origem dos estudos incluídos na RI, dois são de origem brasileira, dois provenientes da Bélgica, um da China, um da Colômbia e um da Islândia. Para melhor enquadrar a amostra, foi realizada a síntese de artigos (Tabela 1).

**Tabela 1:** Síntese dos artigos incluídos para revisão

7 Artigos Selecionados Artigo/Ano de Publicação	Instrumentos de Medida		Tipo de Estudo	NE	País
	Escala de Zarit RMANOVA $\chi^2$ e $p$	MTC			
(YU, 2016)	X	x	Estudo Piloto Randomizado Controlado	1	China
(HARTMANN <i>et al.</i> , 2019; TREMONT <i>et al.</i> , 2017)	X	x	Ensaio Clínico Controlado	1	Bélgica Islândia
(BARRETO-ZORZA <i>et al.</i> , 2017)	X	x	Quantitativo analítico quase experimental	2	Colômbia
(LINO <i>et al.</i> , 2016)		x	Estudo transversal de Prevalência/Rastreamento	3	Brasil
(VECHIA <i>et al.</i> , 2019)		x	Estudo Transversal descritivo	3	Brasil
(WILLEMSE, <i>et al.</i> , 2016)		x	Estudo de caso Qualitativo e empírico	4	Bélgica

Legenda:  $\chi^2$ -Teste de qui quadrado,  $p$ -Correlação de Pearson, MTC-Medidas de tendência central; NE-Nível de evidência

A maioria dos estudos incluídos na RI utilizaram amostras significativas, é de salientar o realizado por Hartmann *et al.* (2019), que inclui 13,229 idosos com CI. Foram utilizadas amostras heterogêneas, e os estudos incluídos na RI foram

realizados em diferentes países e até continentes, a maioria de grande eficácia longitudinal de que é exemplo o estudo realizado por Yu (2016) durante 16 semanas, e do estudo realizado por Tremont *et al.* (2017) durante 6 meses, alguns estudos comparam ainda os seus resultados com outros estudos já existentes, é o caso do realizado por Barreto-Zorza *et al.* (2017).

Os pontos fortes apontados pela maioria dos estudos incluídos da RI são i) amostras significativas; ii) recomendações políticas apontadas para avaliação precoce das necessidades de intervenção na sobrecarga do CI; iii) facilidade de análise na associação entre suporte social percebido e sobrecarga do cuidador de acordo com o nível de fragilidade do idoso, o que vai de encontro ao objetivo desta revisão. Os estudos incluídos na RI são unânimes, quando referem que a deteção precoce do diagnóstico de enfermagem de sobrecarga nos CI dos idosos dependentes, faz a diferença na rapidez e resultados das intervenções.

Da leitura integral dos artigos incluídos nesta RI, foram sintetizadas e descritas as evidências de cada artigo segundo: Autor, ano, título, país onde foi realizado o estudo, método utilizado, tamanho da amostra, objetivos, resultados e conclusões o que nos permitem retirar os pontos essenciais de cada artigo descritos e agrupá-los segundo os três fatores encontrados que podem levar à sobrecarga do CI.

## **Fatores que levam à sobrecarga relacionados com o CI**

As características sociodemográficas e de saúde dos CI, tais como os problemas músculo esqueléticos, a depressão e a ansiedade, podem levar a uma maior sobrecarga, (YU, 2016; BARRETO-ZORZA *et al.*, 2017; VECHIA *et al.*, 2019); Cerca de 83,8% dos CI são mulheres, (VECHIA *et al.*, 2019), casadas, filhas dos idosos que cuidam, com grau de escolaridade baixo, com problemas de saúde associados e com baixa literacia em saúde o que lhe dificulta a falta de acesso à

informação (YU, 2016; TREMONT *et al.*, 2017; LINO *et al.*, 2016; VECHIA *et al.*, 2019; WILLEMSE *et al.*, 2016). A necessidade de ajuste do horário laboral por parte das entidades patronais, assim como o baixo rendimento associado, e o escasso apoio social (OR=2,35; P<0,005), é também um fator de sobrecarga do CI (YU, 2016; VECHIA *et al.*, 2019; WILLEMSE *et al.*, 2016). Referir ainda que, um fator que aumenta os níveis de sobrecarga é quando a decisão de cuidar não é da iniciativa do próprio cuidador (BARRETO-ZORZA *et al.*, 2017).

### **Fatores que levam à sobrecarga relacionados com o utente dependente**

Segundo o estudo realizado por Lino *et al.* (2016) a sobrecarga tem relação positiva com a idade (OR=0,94; P<0,002), com a depressão (OR=2,59; P<0,005), com o declínio cognitivo (OR=3,19; P<0,03). E Segundo Vechia *et al.* (2019), 73,2% da sobrecarga dos CI está relacionada com as crenças uma vez que os utentes preferem ser cuidados em casa, e por isso a maioria das vezes preferem não mostrar sinais de fragilidade (TREMONT *et al.*, 2017; LINO *et al.*, 2016; VECHIA *et al.*, 2019; WILLEMSE *et al.*, 2016). Residir com o utente dependente no mesmo ambiente, assim como o tempo do cuidado dito por 92,8% (VECHIA *et al.*, 2019) e o isolamento social (TREMONT *et al.*, 2017; BARRETO-ZORZA *et al.*, 2017; VECHIA *et al.*, 2019) são fatores que podem ocasionar constante apreensão e exposição aos efeitos negativos do processo de cuidar.

### **Fatores que levam à sobrecarga relacionados com a rede de apoio social**

A morosidade e dificuldade no acesso aos serviços de saúde, a falta de apoio dos municípios e associações; a falta de informação sobre os serviços existentes são determinantes sociais que de certa forma aumentam o stress do CI, aumentando a sobrecarga associada (HARTMANN *et al.*, 2019; TREMONT *et al.*, 2017; BARRETO-ZORZA *et al.*, 2017). Os estudos incluídos na revisão são unânimes

quando referem a importância da rede de cuidados sociais e multiprofissionais (médico, enfermeira, assistente social), assim como a atuação na educação para a saúde (EpS) em grupos e na comunidade como essenciais para a diminuição da sobrecarga. Mas, os estudos incluídos na RI referem ainda que, só a EpS por si só não chega, e que é importante programas que promovam o exercício físico, e a monitorização e avaliação atividades realizadas.

De retirar desta RI que durante os cinco anos a que contemplam os estudos, a problemática manteve-se à escala mundial (TREMONT *et al.*, 2017; VECHIA *et al.*, 2019; HARTMANN *et al.*, 2019; BARRETO-ZORZA *et al.*, 2017; LINO *et al.*, 2016; YU, 2016; WILLEMSE *et al.*, 2016). É de ressaltar que, alguns estudos realizados, nomeadamente os referidos pelos autores Yu (2016), Tremont *et al.* (2017) e Barreto-Zorza *et al.* (2017), referem a implementação de programas de EpS como o caminho a seguir para reduzir a sobrecarga do CI e conseguiram resultados positivos na população local onde foram implementados, tais como: menor sobrecarga ( $p=0,033$ ), aumento da qualidade de vida ( $p=0,049$ ), melhoria no funcionamento do papel social ( $p=0,047$ ) e melhoria no bem-estar geral ( $p=0,049$ ).

Mais ainda, estar insatisfeito com o suporte social oferecido pela família e amigos aumenta sem dúvida o risco de sobrecarga do CI (BARRETO-ZORZA *et al.*, 2017; LINO *et al.*, 2016; WILLEMSE *et al.*, 2016; HARTMANN *et al.* 2019).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Consideramos que esta RI permitiu dar resposta à questão norteadora da investigação, ” *Qual a relação entre suporte social e sobrecarga do CI do idoso dependente*”, uma vez que a maioria dos estudos refere que o suporte social e sobrecarga do CI caminham juntos lado a lado, numa correlação positiva no cuidado ao utente dependente.

Os determinantes sociais que mais interferem na sobrecarga são: i) a falta de apoio dos familiares e amigos; ii) o nº de horas diárias que o cuidador retira da sua vida para viver em função do outro; iii) as expectativas que idealiza de autoeficácia; iv) a falta de programas sociais de apoio; v) o trabalho pouco remunerado e com pouca visibilidade social; vi) a iliteracia em saúde; vii) a duração dos cuidados e consequente apreensão quanto à capacidade futura para os fornecer.

Assim sendo, é importante defender que a boa saúde do CI depende de uma boa gestão de caso/abordagem, o que implica a colaboração social, e o trabalho em equipa em grupo e na comunidade. Implementar, por exemplo, vouchers sociais que permitam ao idoso comprar serviços na comunidade, enquanto espera os serviços do estado, realizar sessões de educação para a saúde ao cuidador, que aumentem a literacia em saúde sobre temáticas como por exemplo informação sobre os direitos do CI, ajustes nas condições de habitabilidade e materiais existentes de higiene e conforto.

Após esta RI, recomenda-se que sejam realizados mais estudos sobre a temática em Portugal, construir projetos de intervenção comunitária com parcerias (Municípios, associações, ginásios) que permitam ao cuidador diminuir o isolamento social, e evitar a sobrecarga.

A falta de estudos com NE superior sobre a temática em Portugal e a metodologia heterogênea dos artigos encontrados, dificultou uma análise eficaz na comparação dos estudos. Mas, a heterogeneidade dos artigos, pode trazer mais riqueza à revisão, uma vez que foram encontrados estudos com um nível de evidência elevado, o que permite dizer que a problemática é transversal no tempo e no espaço, uma vez que os resultados encontrados são unânimes e atuais.

## REFERÊNCIAS

AMENDOLA, Fernanda *et al.* Influência do apoio social na qualidade de vida do cuidador familiar de pessoas com dependência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 4, p. 884-889, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000400013>. Acesso em 23 de março 2022.

BARRETO-ZORZA, Yenny M *et al.* Efectividad de un programa en la carga de cuidado para cuidadores familiares en tres grupos culturalmente diversos. **Colombia: MedUNAB**, v. 20, n. 1, p. 28-38, Bogotá. 2017.

EBELL, Mark H *et al.* Strength of recommendation taxonomy (SORT): a patient-centered approach to grading evidence in the medical literature. **American family physician**, v. 69, n. 3, p. 548-56, 2004.

HARTMANN, Maja L *et al.* Caring for a frail older person: the association between informal caregiver burden and being unsatisfied with support from family and friends -Oxford University Press da British Geriatrics Society, v. 48, n. 5, p. 658-664, 2019. Disponível em <https://doi.org/10.1093/ageing/afz054>. Acesso em 21 março 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. **Indicadores de Envelhecimento**. Pordata. 2021 Disponível em <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526> Acesso em 20 de agosto 2022.

LINO, Valeria T S *et al.* Prevalência de sobrecarga e respetivos fatores associados em cuidadores de idosos dependentes, em uma região pobre do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 6, 2016. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0102-311X00060115> Acesso em 22 de março de 2022.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. de C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758–764, 2008. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018> Acesso em 22 de março 2022.

MOHER, David *et al.* Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA Statement. **PLoS medicine**, v. 6, n. 7, 2009.

SANTOS, C. M. da C.; PIMENTA, C. A. de M.; NOBRE, M. R. C. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 508–511, 2007. Disponível em doi: [doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023](https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023) Acesso em 22 março 2022.

SEQUEIRA, Carlos A. Adaptação e validação da escala de sobrecarga do cuidador de Zarit. **Revista Referência**, V. 2, n. 12, p. 9-16, 2010b. Disponível em <http://www.index-f.com/referencia/2010pdf/12-0916.pdf>

SEQUEIRA, Carlos A. **Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental**. 1 ed. Lisboa: Lidel-Edições Técnicas Lda, 2010a.

SOUZA, Tavares M. *et al.* Revisão integrativa: O que é e como fazer, 2010. Disponível em [https://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt\\_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf](https://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf) Acesso 24 março 2022.

TREMONT, Geoffrey *et al.* Randomized Trial of the Family Intervention: Telephone Tracking—Caregiver for Dementia Caregivers: Use of Community and Healthcare Resources. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 64, n. 30, p. 934-930, 2017.

VECHIA, Akeisa D R D *et al.* Tensão do papel de cuidador em cuidadores informais de idosos. **Texto-Contexto Enfermagem**, v. 20, 2019. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0197>. Acesso 20 março 2022.

WILLEMSE, Evi *et al.* Do informal caregivers for elderly in the community use support measures? A qualitative study in five European countries. **BMC Health Services Research**, 2016. Disponível em <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1487-2>.

YU, Doris SF. Effects of a Health and Social Collaborative Case Management Model on Health Outcomes of Family Caregivers of Frail Older Adults: Preliminary Data from a Pilot Randomized Controlled Trial. **The American Geriatrics Society**, v. 64, p. 2144-2148, 2016. Disponível em <https://doi.org/10.1111/jgs.14259> Acesso em 22 março 2022.

ZARIT, Steven H. *et al.* Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. **The Gerontologist**, v. 20, n. 6, p. 649-655, 1980. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/20.6.649> Acesso em 23 de março 2022.

doi: 10.48209/978-65-84959-17-7

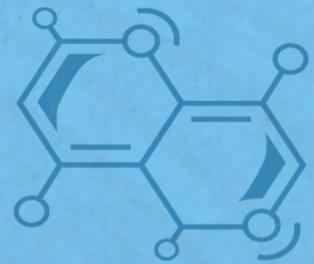
---

## CAPÍTULO 7

---

# ANÁLISE COMPARATIVA DA QUALIDADE DE VIDA ENTRE INDIVÍDUOS CADEIRANTES ATIVOS E SEDENTÁRIOS

Diovane Ricardo Pereira Conceição  
Felipe Augusto Rocha Machado  
Maria Fernanda Camargos  
Raphaela Karoline Araújo Cruz  
Rebeca Alves Rodrigues  
Danyane Simão Gomes



## INTRODUÇÃO

Dentre as deficiências, a física, em especial, aquelas que paralisam os membros inferiores (MMII) e limitam a locomoção dos indivíduos, representam, aproximadamente, 10% dos deficientes brasileiros (CASTRO *et al.*, 2008). Deste modo, estes indivíduos, em grande parte, fazem uso de cadeira de rodas, sendo nomeados como cadeirantes.

Embora existam os casos de origem na gestação ou nascimento (congenitas), as causas de deficiências em decorrência de traumas prevalecem, sendo elas: acidentes automobilísticos, acidentes de trabalho, armas de fogo e quedas, representando cerca de 80%. As causas não traumáticas representam aproximadamente 20% e podem ser de origem tumoral, infecciosa, vascular ou degenerativa (LIANZA, 2001).

Segundo Gomes *et al.* (2020), os indivíduos que apresentam alguma deficiência podem apresentar maiores dificuldades quanto à participação nas atividades de lazer, por múltiplas razões, dentre elas: dificuldades de mobilidade e acessibilidade, de espaços físicos inadequados, presença de dor, de fadiga, de espasticidade muscular, de distúrbios autonômicos, entre outros.

Em continuidade, observa-se que a mobilidade independente é considerada um dos fatores mais importantes que podem influenciar na qualidade de vida (QV) de indivíduos com deficiência (EDWARDS; MCCLUSKEY, 2010). A utilização de uma cadeira de rodas adequada às características e necessidades individuais contribui para uma maior autonomia dos usuários e facilita sua participação na sociedade (SHORE, 2008).

A QV é considerada um conceito de amplo alcance e pode ser afetada não só pela saúde física, como também pelo estado psicológico, nível de independência, relações sociais e fatores ambientais. A Organização Mundial de Saúde

(OMS) definiu qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e percepções. Desta forma, mensurar a QV de um indivíduo, diz respeito não só à avaliação do seu estado de saúde, mas também, à compreensão do paciente centrada na percepção sobre o funcionamento dos diversos aspectos de sua vida (WHOQOL, 1995).

Nesta busca por quebra de barreiras e de superação de limites, a atividade física adaptada aparece como fator de interação, em que os cadeirantes são capazes de praticar tais atividades através da adaptação, incluindo-os neste meio junto a outras pessoas (MARTINS; RABELO, 2008).

O esporte para paraplégicos e tetraplégicos consiste em uma atividade de educação para a saúde, uma vez que colabora para a inserção do indivíduo para a vida em sociedade ao mesmo tempo em que proporciona vivências de êxito. Ademais, promove aumento da tolerância à frustração, proporciona contato social, além de tornar os indivíduos mais independentes, melhorar a autoimagem e a autoestima, desenvolver o potencial residual, melhorar a condição orgânica e funcional e aprimorar as qualidades físicas como a resistência, força e velocidade (MELLO *et al.*, 2005).

Neste sentido, o basquete em cadeiras de rodas é um esporte praticado por indivíduos portadores de deficiência física na parte inferior do corpo. Para atenuar as desigualdades durante as competições, em função das diversas possibilidades de deficiências, é utilizado um dispositivo adaptativo da cadeira de rodas (HORTA *et al.*, 2009). Ainda de acordo com estes mesmos autores, o esporte permite a inclusão de portadores de deficiência, sem que haja discriminação. Tais aspectos fazem com que o basquete em cadeira de rodas seja um dos esportes adaptados mais praticados entre atletas paralímpicos.

A busca da melhoria da QV nos últimos anos fez com que uma grande quantidade de pessoas com deficiência buscasse a prática esportiva visando es-

timular suas potencialidades e possibilidades, em prol de seu bem-estar físico e psicológico (CARDOSO, 2011).

Assim, o objetivo desse capítulo foi a busca pela avaliação e comparação a QV de cadeirantes ativos e sedentários e o nível de dor destes indivíduos, além de identificar os dados sociodemográficos.

## **METODOLOGIA**

Tratou-se de um estudo descritivo transversal e comparativo do tipo quantitativo, com amostra por conveniência e composta por 18 indivíduos, divididos em grupos: (GI) composto por 12 indivíduos cadeirantes ativos praticantes de basquete em cadeira de rodas e (GII) composto por 6 cadeirantes sedentários. Os participantes foram recrutados em uma Instituição de Ensino Superior (IES) na cidade de Patos de Minas/MG.

Para o GI, os critérios de inclusão assegurados foram: participantes do sexo masculino, com idade entre 18 a 60 anos, com paraplegia ou paraparesia ou amputação de MMII, praticantes de basquete em cadeira de rodas com o tempo mínimo de seis meses de prática dessa modalidade. Para o GII, os critérios de inclusão foram os participantes serem de ambos os sexos, com idade entre 18 a 60 anos, cadeirantes há pelo menos seis meses e não praticantes de atividade física adaptada.

Foram estabelecidos como critérios de exclusão: instabilidade hemodinâmica; diagnóstico médico de doenças demenciais, tais como Doença de Alzheimer, Demência Vascular, Demência Mista, Demência por Corpos de Lewy, Demência Frontotemporal e Acidente vascular encefálico.

Os participantes inicialmente assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), respeitando-se os preceitos éticos, segundo a Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A coleta de dados ocorreu na

IES, entre fevereiro e abril de 2022, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário de Patos de Minas- UNIPAM, sob o número 5.114.231.

Logo após foi aplicado um questionário sociodemográfico, o qual foi composto por anamnese direcionada para certificar-se dos critérios de exclusão, além de informações pessoais, tais como: nome, idade, sexo, diagnóstico clínico e história médica.

A resposta sobre a presença de dor e o seu nível foi avaliado pela Escala Analógica de Dor (EVA). De acordo com Martinez *et al.* (2011), a EVA é instrumento simples, sensível e reprodutível, utilizada na prática clínica para avaliar sintomas subjetivos quando se necessita de uma avaliação da intensidade da dor. Trata-se de uma linha reta com as extremidades numeradas de 0 a 10. Em uma extremidade da linha é marcada “sem dor” e na outra “pior dor que já senti”. Pediu-se, então, para que o paciente assinalasse um valor numérico referente à dor.

Os participantes responderam a um questionário proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para indivíduos com deficiência física, o World Health Organization Quality of Life Instrument - Physical Disabilities (WHO-QOL-DIS-PD). Este questionário foi desenvolvido e validado pelo Grupo WHO-QOL do Brasil para a língua portuguesa (BREDEMEIER *et al.*, 2014).

As respostas do WHOQOL-DIS-PD estão dispostas numa escala tipo Likert de cinco pontos variando de acordo com as pontuações: um ponto significando nada/muito ruim/muito insatisfeito e cinco pontos significando totalmente/muito bom/muito satisfeito. Para fins do presente estudo, foram selecionados os domínios qualidade de vida geral, discriminação, autonomia e inclusão social. Para analisar o domínio discriminação, é necessário recodificar o valor questões 28, 29 e 30, onde (1=5), (2=4), (3=3), (4=2), (5=1), para os demais domínios será utilizado a codificação normal.

Os dados dos questionários sociodemográfico, do WHOQOL-DIS-PD e da EVA foram analisados de forma descritiva (média e desvio-padrão). Foi usado o teste U de Mann-Whitney para a comparação dos domínios do WHOQOL-DIS-PD e dos níveis de dores entre os dois grupos (SIEGEL, 1975). O nível de significância estabelecido foi de 0,05 em uma prova bilateral.

## RESULTADOS

Participaram desta pesquisa 18 indivíduos cadeirantes, sendo a média de idade de 35 anos e 8 meses  $\pm$  9 anos e 6 meses e do tempo de lesão de 18 anos e 4 meses  $\pm$  11 anos e 6 meses. O GI foi composto por 12 indivíduos, com média de idade de 36 anos e 4 meses  $\pm$  **8 anos e 10 meses** e média do tempo de lesão de 23 anos e 2 meses  $\pm$  **9 anos e 11 meses**. O GII foi composto por 6 indivíduos, com média de idade de 33 anos e 10 meses  $\pm$  **11 anos e 8 meses** e média do tempo de lesão de 9 anos  $\pm$  **9 anos**, conforme pode ser observado na Tabela 1.

**Tabela 1-** Distribuição da amostra quanto à idade e ao tempo de lesão obtidos na amostra geral e nos dois grupos.

	Valores mínimos	Valores máximos	Média	DP
Geral				
Idade (anos)	21	52	35 a 8 m	9 a 6 m
Tempo de lesão (anos)	2	38	18 a 4 m	11 a 6 m
GI				
Idade (anos)	23	48	36 a 4 m	8 a 10 m
Tempo de lesão (anos)	10	38	23 a 2 m	9 a 11 m
GII				
Idade (anos)	21	52	33 a 10 m	11 a 8 m
Tempo de lesão (anos)	2	21	9	9

Legenda: A (anos), DP (Desvio padrão), GI (Grupo I), GII (Grupo II), M (meses).

Dos 18 participantes, 94,44% pertenciam ao sexo masculino e 5,55% ao sexo feminino. Além disso, 94,44% apresentaram diagnóstico clínico de lesão medular e 5,55%, de amputação de MMII. O GI foi composto 100% por indivíduos do sexo masculino e 91,67% deles apresentaram diagnóstico clínico de lesão medular e somente 8,33%, diagnóstico de amputação. O GII foi composto por 83,33% dos indivíduos pertencentes ao sexo masculino e 16,66% ao sexo feminino, sendo que 100% deles apresentaram diagnóstico de lesão medular, conforme Tabela 2.

**Tabela 2** – Distribuição da amostra quanto ao sexo e diagnóstico clínico obtidos na amostra geral e nos dois grupos.

	n	%
Geral		
Sexo feminino	1	5,55
Sexo masculino	17	94,44
Lesão medular	17	94,44
Amputação	1	5,55
GI		
Sexo feminino	0	0
Sexo masculino	12	100
Lesão medular	11	91,67
Amputação	1	8,33
GII		
Sexo feminino	1	16,66
Sexo masculino	5	83,33
Lesão medular	6	100
Amputação	0	0

Legenda: GI (Grupo I), GII (Grupo II), n (frequência).

De acordo com a Tabela 3, notou-se que dos 18 indivíduos, 55,55% apresentaram dor e 44,44% ausência desta. No GI e GII, 33,33% e 100% relataram a presença de dor, respectivamente.

**Tabela 3** – Distribuição da amostra geral e dos dois grupos, quanto à presença e ausência de dor.

Dor	n	%
Geral		
Presença	10	55,55
Ausência	8	44,44
GI		
Presença	4	33,33
Ausência	8	66,67
GII		
Presença	6	100
Ausência	0	0

Legenda: GI (Grupo I), GII (Grupo II), n (frequência).

Quanto ao nível de dor, no grupo geral, 50% apresentaram escore de zero a três, 27,78% escore de quatro a seis e 22,22% escore de sete a dez pontos na EVA. No GI, 66,67% apresentaram escore de zero a três pontos e no GII, 50,0% apresentaram escore de quatro a seis pontos, conforme apresentado na Tabela 4. Ao comparar o nível de dor entre os dois grupos, encontrou-se diferenças estatisticamente significantes ( $p = 0,0444$ ), sendo os maiores escores de dor encontrados nos indivíduos do GII.

**Tabela 4** – Distribuição da amostra geral e dos dois grupos quanto aos níveis de dores.

Nível de dor	Geral		GI		GII	
	n	%	n	%	N	%
0-3	09	50,0	08	66,67	01	16,67
4-6	05	27,78	02	16,67	03	50,0
7-10	04	22,22	02	16,67	02	33,33
Total	18	100,0	12	100,0	06	100,0

Legenda: GI (Grupo I), GII (Grupo II), n (frequência).

Ao analisar os dados do WHOQOL-DIS-PD, observou-se que o GI apresentou média de  $89,44 \pm 12,85$  pontos no domínio geral,  $77,56 \pm 17,53$  no domínio discriminação,  $81,10 \pm 21,02$  no domínio autonomia e  $76,56 \pm 16,70$  no domínio inclusão. Já o GII, apresentou média de  $49,92 \pm 15,79$  pontos no domínio geral,  $37,40 \pm 13,66$  no domínio discriminação,  $79,04 \pm 18,79$  no domínio autonomia e  $66,85 \pm 13,02$  no domínio inclusão (Tabela 5).

Ainda de acordo com esta Tabela, é possível observar que foram encontradas diferenças estatisticamente significantes nos domínios geral e discriminação entre o GI e o GII, indicando que o GI, apresentou maiores escores de qualidade de vida nestes domínios.

**Tabela 5** – Médias, desvios padrão e probabilidade dos domínios do WHOQOL-DIS-PD quanto aos dois grupos.

	GI		GII		p
	Média	DP	Média	DP	
Geral	89,44	12,85	49,92	15,79	0,0009*
Discriminação	77,56	17,53	37,40	13,66	0,0013*
Autonomia	81,10	21,02	79,04	18,79	0,7313
Inclusão	76,56	16,70	66,85	13,02	0,3455

(\*)  $p < 0,05$ .

Legenda: DP (Desvio padrão), GI (Grupo I), GII (Grupo II), p (probabilidades).

## DISCUSSÃO

O presente estudo buscou avaliar e comparar a QV de cadeirantes ativos e sedentários, bem como identificar a presença de dores nestes indivíduos e comparar o seu nível entre os dois grupos. Para Barros (2000), os efeitos proporcionados pela prática da atividade física para os deficientes estão pautados na melhoria das funções orgânicas, promovendo importantes adaptações fisiológicas e psicológicas, o que pode levar à longevidade e à autonomia da capacidade funcional. Em contraponto, Martins e Rabelo (2008) afirmam que a falta ou diminuição da atividade física está associada a consequências que levam, na maioria das vezes, à redução da mobilidade, ao aumento do peso corporal e à diminuição da capacidade funcional.

Segundo Cardoso (2011), os benefícios da prática desportiva pela pessoa com deficiência são facilmente perceptíveis. Melhorias em seu aspecto físico-motor, psicológico e social são evidenciados por grande parte de professores e estudiosos da área do desporto adaptado e contribuem positivamente para a QV da pessoa com deficiência.

De acordo com Gomes *et al.* (2020), os estudos utilizando o WHOQOL-DIS-PD ainda são escassos na literatura e a maioria dos estudos que envolvem a avaliação da QV foram utilizados o WHOQOL-BREF. Segundo Bredemeier *et al.* (2014), o WHOQOL-DIS-PD, na versão portuguesa, apresentou-se como um instrumento válido para mensurar a QV da população com deficiência física, e devido à sua confiabilidade, foi selecionado para utilização no presente estudo.

Em conformidade com estes dados, foi possível observar que a aplicação do WHOQOL-DIS-PD contribuiu de forma positiva para a comparação da QV entre os indivíduos cadeirantes ativos e sedentários. Desta forma, podemos inferir que este instrumento pode ser considerado fidedigno para esta população, sendo consistente para comparação entre diferentes tipos amostrais.

No estudo realizado por Rodrigues *et al.* (2016) foi comparada a QV de indivíduos com lesão medular praticantes e não praticantes de basquete em cadeira de rodas por meio da versão brasileira do instrumento SF-36. Os autores concluíram que existem diferenças significativas entre cadeirantes praticantes de basquetebol e cadeirantes sedentários, em relação à capacidade funcional, aos aspectos físicos e à vitalidade. Assim, sugerem a atividade física adaptada como uma possível estratégia a fim de proporcionar benefícios físicos, psicológicos e sociais, apresentando influência positiva na melhoria da QV desta população. Este fato pôde ser confirmado no presente estudo, já que se obteve diferenças estatisticamente significantes na QV geral quando comparado o grupo dos cadeirantes que praticam atividade física adaptada e os que não praticam.

Acredita-se que o fato dos indivíduos cadeirantes do GI praticarem o basquete em cadeira de rodas seja realmente o principal fator que favoreça essa diferença significativa na QV geral quando se compara com os indivíduos cadeirantes do GII, visto que a prática de atividade física gera vários benefícios, que estão diretamente ligados a uma melhor QV.

Silva, Oliveira e Conceição (2005) indicam que a prática de atividade física em portadores de lesão medular promove melhora do consumo máximo de oxigênio, redução do risco de doenças cardiovasculares e de infecções respiratórias, diminuição na incidência de complicações médicas (infecções urinárias, escaras e infecções renais), redução de hospitalizações, aumento da expectativa de vida, aumento nos níveis de integração comunitária, auxílio no enfrentamento da deficiência, favorecimento da independência, melhora da autoimagem, autoestima e satisfação com a vida e diminuição na probabilidade de distúrbios psicológicos. Além disso, afirmam ainda que o esporte aumenta a força, a estabilidade de tronco e a condição de equilíbrio dos cadeirantes praticantes de basquete. No presente estudo, ao considerar o domínio da QV de modo geral entre os dois grupos, foram encontradas diferenças estatisticamente significantes, e assim como supracitado, os praticantes de atividades físicas podem apresentar os benefícios descritos.

A partir disto, podemos induzir que com a prática do basquete em cadeira de rodas, os indivíduos podem adquirir maior autoestima, além de maiores benefícios físicos para o seu corpo e sua mente, e, conseqüentemente, poderão apresentar uma melhor QV de modo geral. Sendo assim, recomenda-se fortemente a prática de atividade física adaptada para indivíduos cadeirantes.

Em estudo comparativo sobre cadeirantes praticantes de basquetebol em cadeiras de rodas e sedentários, Antonietti *et al.* (2008), puderam observar, por meio da aplicação do WHOQOL-BREF, que os maiores escores em questionários sobre QV são dos desportistas. Estes dados estão em conformidade com os dados do presente estudo, em que os maiores escores foram obtidos por indivíduos cadeirantes ativos.

Ainda de acordo com os autores acima, acredita-se que os indivíduos com lesão medular que praticavam basquete em cadeira de rodas possuíam escores de aspectos físicos, psicológicos e de relações pessoais no WHOQOL-BREF maiores que os sedentários, o que refletiu na maior QV. Depois disto, pôde-se dizer que o esporte adaptado é uma importante intervenção, não só para o processo de reabilitação, como também para melhora e manutenção da QV.

O estudo de Medola *et al.* (2011) também demonstrou que a atividade física promove benefícios físicos, psicológicos e sociais à pessoa com deficiência. Segundo estes autores, o esporte tem um papel fundamental na reabilitação: complementa e amplia as alternativas, estimula e desenvolve os aspectos físicos, psicológicos, sociais e favorece a independência, uma maior velocidade para a locomoção e mobilidade via cadeira de rodas, alcançada mediante maior aplicação de força na propulsão.

Para Sernaglia, Duarte e Déa (2010), é possível associar, de forma indireta, que a prática esportiva possui um efeito positivo na percepção da aparência física. Ademais, os mesmos autores destacam que o indivíduo que compreende a cadeira de rodas como uma extensão de seu corpo, reconhece sua posição de

pessoa com deficiência e assume uma nova imagem de seu corpo, de forma mais positiva.

Ainda no estudo de Gomes *et al.* (2020), cujo objetivo foi avaliar a QV, assim como identificar as atividades de lazer desenvolvidas pelos indivíduos com lesão medular, através dos questionários WHOQOL-DIS-PD e WHOQOL-BREF, encontrou-se que a deficiência física tem importante influência na QV dos indivíduos com lesão medular, refletida no menor escore (geral) apresentado pelos indivíduos, enquanto os demais domínios (discriminação, autonomia e inclusão) apresentaram escores relativamente altos, o que fez com que o escore total também fosse alto.

No estudo supracitado, é possível verificar que a deficiência física pode afetar negativamente os indivíduos, quando analisado a sua QV geral. Além disso, nota-se que no estudo de Gomes *et al.* (2020) e no presente estudo foi utilizado o mesmo instrumento de coleta de dados, e de acordo com resultados deste estudo, pode-se inferir que indivíduos sedentários estão mais susceptíveis a se sentirem mais discriminados do que os indivíduos ativos.

Segundo Vall, Braga e Almeida (2006) percebeu-se que no grupo de praticantes de basquetebol em cadeira de rodas, os domínios relacionados à dor, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental foram os mais comprometidos. O estudo citado acima tinha como objetivo, estudar a QV das pessoas paraplégicas, por meio do “The MOS 36-item Short - Form Health Survey” (SF-36). Mesmo utilizando um questionário diferente, acredita-se que os resultados do presente estudo estão em consonância com os resultados dos autores acima mencionados, visto que ao considerar a presença de dor, foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os grupos de cadeirantes ativos e sedentários, sendo os níveis de dores mais elevados presente no grupo de sedentários. A partir disto, podemos inferir que a prática de atividade física adaptada em indivíduos cadeirantes pode ter influência direta e positiva na diminuição de

dor musculoesquelética nestes indivíduos, reforçando a importância do incentivo ao estilo de vida saudável nessa população.

Para Tatar (2010), a prática de esportes libera endorfinas, um potente analgésico endógeno, semelhante aos opiáceos que modulam a dor e reduzem o estresse. Além disso, este autor afirma que o exercício físico aumenta a produção de serotonina, que é um neurotransmissor com forte efeito no humor, na memória e no aprendizado, além de regular o equilíbrio do corpo e a produção de noradrenalina, outro neurotransmissor que induz a excitação física, mental e bom humor. Sendo assim, os autores afirmam que estes neurotransmissores têm resposta na inibição de quadros dolorosos, além de proporcionar sensação de bem-estar. Portanto, verifica-se que o estudo supracitado e o presente estudo estão em consonância, visto que praticantes de atividades físicas adaptada apresentaram menores escores relacionados ao quadro algico e conseqüentemente melhores aspectos na QV desses indivíduos.

Yazicioglu *et al.* (2012) realizaram uma comparação dos valores de QV e satisfação da vida entre grupos de pessoas com deficiência participantes e não participantes de esportes adaptados. Os pesquisadores utilizaram somente o WHOQOL-BREF para avaliar a QV dos indivíduos e constataram que os escores nos domínios físico, psicológico e social foram significativamente maiores no grupo que participava de esportes adaptados em comparação ao grupo controle, enquanto os escores do domínio ambiental foram semelhantes nos dois grupos. Os autores concluíram que as pessoas com deficiência que praticavam esportes adaptados apresentaram valores de QV maiores em comparação com aqueles que não estavam envolvidas em nenhum tipo de esporte.

O estudo de Vargas (2018) tinha como objetivo analisar a relação entre a presença de lesões traumato-ortopédicas e a percepção da QV em atletas de basquete em cadeira de rodas, utilizando os questionários WHOQOL-DIS-PD e WHOQOL-BREF. A pesquisa supracitada encontrou diferenças significativas ao

analisar os domínios de QV entre grupos com e sem lesão, na qual os atletas sem lesão tendem a apresentar uma percepção mais positiva com relação ao domínio inclusão social.

Podemos inferir que o estudo supracitado e o presente estudo, utilizaram o mesmo questionário para avaliar a QV, e assim como descrito acima, os resultados vão de encontro quando comparado o domínio inclusão social, já que no estudo de Vargas (2018) houve diferenças significantes no domínio inclusão social entre indivíduos praticantes de basquete em cadeira de rodas com e sem lesões. Já no presente estudo, não foram encontradas diferenças neste domínio quando comparado entre o GI e o GII.

Por fim, uma das limitações do presente estudo foi a restrição com relação ao tamanho da amostra, visto que a população com deficiência possui um difícil acesso. Sendo assim, sugere-se novas pesquisas com amostras maiores, e também com indivíduos praticantes de outros desportos adaptados. Além disso, sugere-se novos estudos utilizando o questionário WHOQOL-DIS-PD para avaliar a QV entre cadeirantes ativos e sedentários, visto que é escasso o número de estudos utilizando esse questionário.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Em virtude dos fatos mencionados, pode se concluir que os indivíduos cadeirantes que praticam basquete adaptado apresentaram melhor QV quando comparado com os indivíduos cadeirantes sedentários. Apesar da limitação amostral, observou-se que os indivíduos ativos do presente estudo apresentam maiores escores na QV geral e no domínio discriminação, outrossim, quando comparada a presença de dor, os indivíduos sedentários apresentaram escores mais elevados.

A partir disto, torna-se extremamente importante o incentivo à prática esportiva para todos os indivíduos com deficiência física, como forma de se alcan-

çar melhores benefícios físicos, psicológicos e sociais, os quais estão diretamente ligados a uma melhor QV. Deste modo, presume-se que este estudo possa colaborar com maior incentivo e mais implementações de atividades físicas para pessoas com deficiência, assim como, incentivar a promoção de saúde desta população.

## REFERÊNCIAS

ANTONIETTI, L. S.; *et al.* Avaliação comparativa em lesados medulares sedentários e praticantes de basquetebol em cadeiras de rodas. **Revista Neurociência**, v. 16, nº. 2, p. 90-96, 2008. Disponível em : <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/8643/> Acesso em 21 de ago. de 2022.

BARROS, J. F. Estudo Comparativo das variáveis neuro-motoras em portadores de deficiência mental. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v.8, n. 1, p. 43-48, 2000. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/view/354/> Acesso em: 14 de set. de 2022.

BREDEMEIER, J.; *et al.* Brazilian version of the Quality of Care Scale: the perspective of people with disabilities. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 4, p. 583-593, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/67TwYpzwRK-g9KKPtyWWR4Xm/?lang=en> / Acesso em: 06 de set. de 2022.

CARDOSO, V. D. A reabilitação de pessoas com deficiência através do desporto adaptado. **Revista Brasileira de Ciências e Esporte**, v. 33, n. 2, p. 529- 539, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbce/a/KVK8XWkSVGyMZLx-qXgB8kqH/abstract/?lang=pt/> Acesso em: 15 de set. de 2022.

CASTRO, S. S.; *et al.* Deficiência visual, auditiva e física: prevalência e fatores associados em estudo de base populacional. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, n.8, p. 1773-1782, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/sjTSW-TWc67gVF8r6gjXwGm/abstract/?lang=pt> / Acesso em: 06 de set. de 2022.

EDWARDS, K.; MCCLUSKEY, A. A survey of adult power wheelchair and scooter users. **Disability and Rehabilitation: Assistive Technology**, v. 5, n. 6, p. 411-419, 2010.

GOMES, D. S.; *et al.* Lazer e qualidade de vida na percepção de indivíduos com lesão da medula espinal traumática. **LICERE - Revista do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Estudos do Lazer**, v. 23, n. 4, p. 30–50, 2020.

HORTA, B. R.; *et al.* Análise comparativa da composição corporal de praticantes e não praticantes de esporte adaptado. **Movimentum-Revista Digital de Educação Física**, v. 4, n.1, p. 1-10, 2009. Disponível em: <https://docplayer.com.br/22792447-Analise-comparativa-da-composicao-corporal-de-praticantes-e-nao-praticantes-de-desporto-adaptado.html/> Acesso em 16 de set. de 2022.

LIANZA, S. **Medicina de Reabilitação**. 3 ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2001.

MARTINEZ, J. E.; *et al.* Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 51, n.4, p. 299-308, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbr/a/NLCV93zyjfqB6btxpNRfBzJ/abstract/?lang=pt/> Acesso em 13 de set. de 2022.

MARTINS, D. L; RABELO, R. J. Influência da atividade física adaptada na qualidade da vida de deficientes físicos. **Movimentum - Revista Digital de Educação Física**, v. 3, n.2, p. 1-11, 2008. Disponível em: <http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2010/05/ativ-fis-e-quali-vida-na-def-fisica.pdf/> Acesso em 12 de set. de 2022.

MELLO, M. T.; *et al.* O exercício físico e os aspectos psicobiológicos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 11, n. 3, p. 203-7, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbme/a/nmsrxHqN5yFqTv8GLdYLM6n/abstract/?lang=pt/> Acesso em 20 de set. de 2022.

MEDOLA, F. O; *et al.* O esporte na qualidade de vida de indivíduos com lesão da medula espinhal: série de casos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 17, n. 4, p. 254-256, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbme/a/7Yyrz-m7gv5ChmqfYJqjkmz/?lang=pt/> Acesso em 01 de out. de 2022.

RODRIGUES, F. R.; *et al.* Qualidade de vida de indivíduos com lesão medular praticantes de Basquetebol em cadeira de rodas. **Revista Ceuma Perspectivas**, v. 27, n. 1, p. 93-102, 2016. Disponível em: <http://www.ceuma.br/portalderevistas/index.php/RCCP/article/view/44/> Acesso em 20 de set. de 2022.

SERNAGLIA, M. B.; DUARTE, E; DÉA, V. H. S. D. Avaliação do autoconceito em cadeirantes praticantes de esporte adaptado. **Pensar a Prática**, Goiânia, v. 13, n. 3, p. 118, 2010. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fef/article/view/10223/> Acesso em 16 de set. de 2022.

SHORE, S. L. Use of economical wheelchair in India and Peru: impact on health and function. **Medical Science Monitor**, v. 1, n. 14, p. 71-79, 2008.

SIEGEL, S. – **Estatística não paramétrica, para as ciências do comportamento**. Trad. Alfredo Alves de Faria. Editora McGraw-Hill do Brasil. São Paulo, 350 p, 1975.

SILVA, M. C. R. da; OLIVEIRA, R. J. de; CONCEIÇÃO, M. I. G. Efeitos da natação sobre a independência funcional de pacientes com lesão medular. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 11, n. 4, p. 251-256, 2005.

TATAR, Y. Body image and its relationship with exercise and sports in Turkish lower limb amputees who use prosthesis. **Science & Sports**, v. 25: p.312-7, 2010.

THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE ASSESSMENT (WHOQOL): position paper from the world health organization. **Social Science e Medicine**, v. 46, n. 12, p.1569-1585, Junho, 1998.

VALL, J.; BRAGA, V. A.; ALMEIDA, P. C. Estudo da qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática. **Arquivos de Neuropsiquiátrico**, v. 64, n. 2, p. 451-55, fev. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/anp/a/GFJJbVyVR-5xR9hf9z8YKyHP/?lang=pt/> Acesso em 15 de set. de 2022.

VARGAS, T. M. **Lesões traumato-ortopédicas e percepção da qualidade de vida em atletas de basquetebol em cadeira de rodas**. 2018, 100f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde), Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2018

YAZICIOGLU, K.; *et al.* Influence of adapted sports on quality of life and life satisfaction in sport participants and non-sport participants with physical disabilities. **Disability and Health Journal**, v. 5, n. 4, p. 249-253, 2012.

doi: 10.48209/978-65-84959-17-8

---

## CAPÍTULO 8

---

# RACIOCÍNIO CLÍNICO DOS ENFERMEIROS NA TRIAGEM NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA: *GROUNDED THEORY*



Susana Sobral Mendonça  
Paula Oliveira  
Maria José Nogueira



## INTRODUÇÃO

Mundialmente, a sobrelotação dos serviços de urgência está ligada às situações de saúde das pessoas que ocorrem ao serviço de urgência e que são de ordem diversa e, que podem ser potencialmente, de evolução rápida e imprevisível (BITTENCOURT, 2020).

Em Portugal, para responder a estas situações adotou-se o Sistema de Triagem de Manchester o qual foi desenvolvido em Inglaterra pelo *Manchester Triage Group*. Este sistema incide na queixa principal da pessoa para determinar a prioridade clínica e definir o tempo de espera. Para tal, são utilizados discriminadores gerais: o risco de vida, o estado de consciência, a dor, a hemorragia, a temperatura corporal e a duração do problema de saúde (MTG, 2014). Os discriminadores gerais são ramificados em específicos para refinar a tomada de decisão (GPT, 2015). Destes resultam cinco níveis de prioridade com uma cor atribuída e um tempo limite de espera e atendimento (Tabela 1).

**Tabela 1** – Tempos e prioridades clínicas de atendimento

Prioridades	Cores	Tempos alvo de Atendimento
Emergência	Vermelho	0 minutos
Muito Urgente	Laranja	10 minutos
Urgente	Amarelo	60 minutos
Pouco Urgente	Verde	120 minutos
Não Urgente	Azul	240 minutos

**Fonte:** Grupo Português de Triagem, 2015

A triagem nos serviços de urgência a nível nacional é efetuada exclusivamente por enfermeiros. Para dar resposta às funções de triar as pessoas que

recorrem ao serviço de urgência é expectável que os enfermeiros tenham perícia de raciocínio clínico e consciência do respetivo processo. De facto, as múltiplas situações clínicas que são assistidas intimam os enfermeiros para uma maior responsabilidade e importância crescente no aperfeiçoar do seu poder de raciocínio clínico, ampliando competências para garantir a qualidade e segurança nos cuidados de saúde. Estes aspetos exigem a otimização do processo de avaliação e ação dos enfermeiros nos contextos, de modo a contribuírem para acrescentar ganhos em saúde (MENDONÇA *et al.*, 2016; BENNER *et al.*, 2009; HOFFMAN, 2007; TANNER, 2006; LAURIE *et al.*, 2001; KRAISCHSK & ANTHONY, 2001) e melhorar a assistência das pessoas.

Este ato de identificar o nível de gravidade clínica exige ao enfermeiro uma capacidade de raciocínio clínico complexo e abrangente para as múltiplas necessidades das pessoas. Para tal, é inevitável conjugar vários aspetos; analisar as avaliações objetivas e subjetivas, escutar as queixas da pessoa e família, ajustá-las ao protocolo de triagem vigente na instituição e tomar decisões. Também a brevidade da consulta de triagem limita a colheita de informação o que concorre para uma tomada de decisão difícil. No entanto, a assistência à pessoa não pode ser atrasada, as intervenções de enfermagem devem ser implementadas, serão aperfeiçoadas à medida que a informação é enriquecida na relação que se desenvolve entre enfermeiro, pessoa e família. Assim, o raciocínio clínico dos enfermeiros no serviço de urgência é um processo cognitivo que acontece desde a primeira interação do enfermeiro com a pessoa. O processo de raciocínio clínico começa, por vezes, mesmo antes de se encontrarem, logo que o enfermeiro tenha consciência da existência da pessoa, ele começa a analisar informações para construir a sua intervenção. O raciocínio clínico do enfermeiro vai-se construindo através da recolha de dados, da análise e do tratamento de informação, de forma a uma conceção de intervenção e uma tomada de decisão contínua e consistente (MENDONÇA, 2021).

As intervenções do enfermeiro na gestão da situação clínica estão sob a influência de múltiplos fatores. Ou seja, o enfermeiro ao definir a prioridade clínica da pessoa está influenciado por diferentes fatores, como sejam: o protocolo de triagem adotado, a missão e a capacidade de resposta da instituição, a articulação da instituição com outras instituições, e ainda, pela sua formação profissional e o seu raciocínio clínico. Estas dimensões são cruciais para a adequação ou excelência da sua tomada de decisão. Também a sua experiência profissional, as suas crenças pessoais e profissionais influenciam a capacidade de avaliar a situação em presença e ter consciência dos riscos associados (MENDONÇA *et al*, 2016; TANNER, 2006).

O raciocínio clínico dos enfermeiros é uma competência que traz benefícios para as pessoas e ganhos em saúde, por isso, decidimos aprofundar conhecimentos para compreender como pensam, decidem e agem os enfermeiros nos serviços de urgência e fizemo-lo através de um trabalho de investigação. Deste trabalho resultaram as características do *processo de raciocínio clínico dos enfermeiros* no serviço de urgência. Neste artigo pretendemos explicitar os resultados que emergiram em relação ao raciocínio clínico na triagem. Para tal, elaboramos a seguinte questão de investigação: *Como se desenvolve o Processo de Raciocínio Clínico dos Enfermeiros na triagem?*

## **METODOLOGIA**

### **Tipo de estudo**

Para responder à questão de investigação tomamos um conjunto de decisões metodológicas que nos permitiram obter uma compreensão acerca do *Processo de Raciocínio Clínico do Enfermeiro* na triagem. O método foi desenvolvido através de uma abordagem de natureza qualitativa e indutiva, usando a *Grounded Theory* à luz da Teoria de Charmaz (2021). Pois, a *Grounded Theory* é um processo indutivo na criação de teoria a partir de um nível particular, sendo uma forma

de descobrir os processos que não são observáveis. A investigação desenvolvida foi feita no local onde o fenómeno ocorre, fazendo emergir da observação e da interação a explicação dos factos e dos fenómenos. Foi selecionada a *Grounded Theory* à luz de Charmaz (2021) por considerar alguns aspetos fundamentais: 1) realização simultânea de recolha e análise dos dados; 2) construção analítica de códigos e categorias a partir dos dados e não a partir de hipóteses preconcebidas; 3) uso do método de comparação constante, em todas as fases da análise; 4) desenvolvimento de teoria em cada etapa da recolha e da análise dos dados; 5) a escrita de *memos* ser essencial para a elaborar categorias, especificar as suas propriedades e apurar as relações entre categorias; 6) a amostragem ser teórica, virada para a construção de teoria, e não pela representatividade.

As fases são cíclicas, foi necessário o entrecruzar de passos. De frisar que a saturação teórica resultou de um conjunto de fases percorridas, onde houve vários ciclos que se sucederam em espiral, tornando-se cada vez mais complexos à medida que se foi construindo a teoria. O uso de fontes múltiplas de dados (entrevistas, observações e notas de campo) para a confrontação de informação, fazendo acontecer a triangulação dos dados, pois permitiu detetar lacunas através da divergência entre os dados, ou, por uma contradição, expressão de um modo singular de ser ou de pensar e agir. Este tipo de estrutura correspondeu ao método mais adequado para estudar o raciocínio clínico dos enfermeiros no seu contexto natural, na medida em que permitiu construir conceitos, categorias e subcategorias.

## **Participantes e Contexto**

A seleção dos participantes obedeceu aos seguintes critérios: serem enfermeiros peritos no serviço de urgência tendo em consideração autores de referência nesta matéria (QUEIRÓS, 2015; GLADWELL, 2010; BENNER, 2001); terem experiência profissional no serviço de pelo menos 5 anos; desempenharem

funções em todos os setores do serviço; e estarem disponíveis (voluntários) e motivados a participar no estudo. Todos participaram no estudo de forma livre e consentida, devidamente informados sobre as particularidades do estudo. O modelo de consentimento informado foi avaliado pela Comissão de Ética (CH/CE/10-02-2016) e assinado pelos participantes.

Para a colheita de dados foram realizadas entrevistas em profundidade (DILLEY, 2004), observação participante (STREUBERT & CARPENTER, 2011) e notas de campo (STREUBERT & CARPENTER, 2011) a 20 enfermeiros que exerciam funções num serviço de urgência polivalente, durante 6 meses.

Em relação ao contexto de estudo desenvolveu-se num serviço de urgência polivalente, de um hospital central na área da grande Lisboa. Este foi selecionado mediante os seguintes critérios: ser um serviço de urgência polivalente e público; com número elevado de pessoas atendidas diariamente, onde se pudesse observar com frequência o processo de raciocínio clínico dos enfermeiros.

## **Técnicas de Colheita de dados**

A entrevista em profundidade (DILLEY, 2004) foi selecionada para o estudo para apurar comportamentos, crenças, vivências, interações e ideias dos participantes no seu quotidiano para captar o fenómeno através da linguagem dos próprios indivíduos que o vivem. As entrevistas decorreram todas no mesmo local, devidamente escolhido; numa sala silenciosa, resguardada e sem possibilidade de interrupções. Estes critérios permitiram proporcionar um ambiente seguro, tranquilo e confortável aos participantes. Em relação à observação participante e as notas de campo pretenderam enriquecer e confrontar os dados oriundos das entrevistas, fazendo assim, triangulação dos dados, e otimizar a colheita das entrevistas em profundidade. A observação participante (STREUBERT & CARPENTER, 2011) teve dois focos principais: 1º observar *o raciocínio clínico dos enfermeiros*, isto concretizado através da observação constante das intervenções de enfermagem e captar situações do raciocínio clínico; 2º observar de forma

mais individualizada e focalizada um único participante, em determinados momentos, em contextos específicos. Estes dois momentos permitiram potenciar a confrontação de dados oriundos das entrevistas em profundidade e das observações. As observações foram registadas em forma de notas descritivas (data, contexto, atores, intervenções, hora). As notas de campo (STREUBERT & CARPENTER, 2011) permitiram captar comportamentos e emoções em determinado momento de interação.

Os *memos* (CHARMAZ, 2021) enriquecem e adicionam detalhes de dados para uma maior confrontação dos dados recolhidos nas entrevistas e nas observações, permitem a captura de comportamentos e emoções num momento específico da interação dos participantes. Assim, a observação dos participantes e os *memos* foram usados para a triangulação dos dados e otimizar a recolha de entrevistas em profundidade.

## **RESULTADOS**

### **Caraterização sociodemográfica dos participantes**

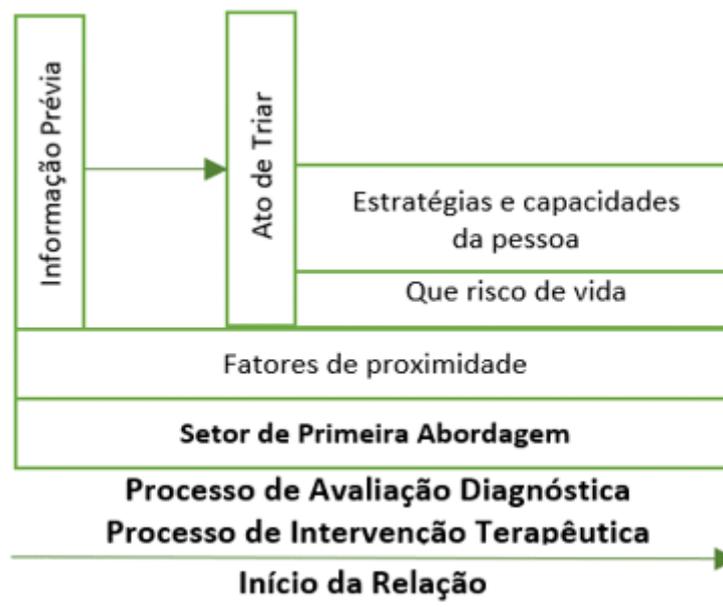
Os participantes eram onze (n=11) do sexo feminino e nove (n=9) do sexo masculino; com uma média de idades de trinta seis anos e oito meses (M=36, 8); a média de anos de profissão de catorze anos e nove meses (M=14,9); a média de experiência no serviço de urgência de onze anos e três meses (M=11,3). A idade situou-se entre os 25 e 47 anos. Relativamente à formação profissional; dez (n=10) enfermeiros licenciados e dez (n=10) com grau de mestre.

### **Processo de Raciocínio Clínico: Conceitos, Categorias e Subcategorias**

Da análise dos dados das entrevistas em profundidade, da observação participante e das notas de campo resultou que na triagem os enfermeiros desenvolvem o *Processo de Raciocínio Clínico dos Enfermeiros* (PRCE) que integra

dois componentes: o *Processo de Avaliação Diagnóstica* (PAD) e o *Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem* (PITE). Através do PRCE pretende-se compreender qual o Risco de Vida e quais as estratégias e capacidades da pessoa (Figura 1). Sendo a triagem considerada um setor de primeira abordagem, é nesse contexto que as pessoas são avaliadas pela primeira vez e onde se dá o primeiro encontro entre enfermeiro, pessoa e família. Ou seja, é na triagem que se inicia a relação entre estes atores (MENDONÇA, 2021) contribuindo para isso um conjunto de elementos designados como fatores de proximidade.

**Figura 2** - Processo de Raciocínio Clínico dos Enfermeiro na Triagem



Fonte: Adaptado MENDONÇA (2021)

Visto que o *Processo de Avaliação Diagnóstica* é o que dá início ao PRCE vamos caracterizá-lo de seguida.

### Processo de Avaliação Diagnóstica (PAD) na Triagem

Este *Processo* é sistematizado através de três categorias e operacionalizado em onze subcategorias (Tabela 2).

**Tabela 2** - Processo de Avaliação Diagnóstica (PAD) na triagem

Subcategoria	Categoria	Conceito
Compreende cenário clínico	Apura risco de vida	Processo de Avaliação Diagnóstica
Compreende problemas expressos		
Apura sinais e sintomas		
Preocupações da pessoa	Apura problemas expressos da pessoa	
Necessidades de ajuda		
Apoio da família		
Dificuldades		
Emoções	Apura socialização no processo	
Literacia em saúde		
Estratégias e recursos		
Expectativas do serviço		

**Fonte:** Adaptado MENDONÇA (2021, p.84)

As três intenções do enfermeiro na Avaliação Diagnóstica são: *Apura Risco de Vida*; *Apura Problemas Expressos* e *Apura Socialização no Processo*. Para estas intenções o enfermeiro desenvolve onze ações que podemos ver na Tabela 2, que permitem operacionalizar o *Processo de Avaliação Diagnóstica*. Para *Apurar o Risco de Vida*, o enfermeiro avalia sinais e sintomas e ouve queixas da pessoa para compreender o tipo de cenário clínico e os problemas que a pessoa apresenta. Estas ações permitem-lhe concluir se é um cenário de Nível I ou II (Nível

– Risco de Vida para a pessoa e Nível II – Problemas expressos pela pessoa) e agir em conformidade. Depois, prossegue para a segunda intenção, *Apurar os problemas expressos da pessoa*, para isso ouve preocupações da pessoa e família, identifica que necessidades de ajuda, percebe que apoio a família pode oferecer, e ainda, identifica quais as dificuldades da pessoa (sociais, económicas, etc.). Para a última intenção, *Apurar a socialização no processo*, o enfermeiro identifica emoções, percebe que literacia em saúde a pessoa detém, percebe estratégias e recursos, e expectativas sobre o serviço de urgência.

## **Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem na triagem**

O Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem (PITE) é a implementação e a sistematização de ações tomadas pelo enfermeiro para resolver uma determinada situação clínica. Assim, o enfermeiro organiza o seu desempenho junto da pessoa e sua família em prol de seis intenções (Tabela 3): Gestão de Risco de Vida (GRV), é a intenção major por estar relacionada com a proteção da vida; depois a Gestão do tempo (GT), a Gestão da informação (GI), a Promoção do conforto; a Promoção da confiança; e a Gestão de emoções.

**Tabela 3** - Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem (PITE) na triagem

Subcategoria	Categoria	Conceito
Apura função respiratória	Gestão risco de vida	Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem
Apura função cardíaca		
Apura função neurológica		
Estabelece prioridades	Gestão do tempo	Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem
Antecipa problemas		
Controlo do tempo		
Informa sobre tempo de espera		
Informa sobre atendimento	Gestão da informação	
Informa sobre procedimentos e processo		
Dissipa dúvidas		
Controlo da sintomatologia	Promoção do conforto	
Concede privacidade		
Concede presença da família		
Concede meios para conforto		
Mostra interesse	Promoção da confiança	
Mostra controlo nos cuidados e no ambiente		
Explica sintomas		
Promove o compromisso		
Envolve família		
Compreende emoções	Gestão de emoções	Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem
Desmistifica		
Racionaliza		

Fonte: Adaptado MENDONÇA (2021, p.109)

Apesar de, por razões de sistematização se apresentarem separadamente, a avaliação diagnóstica e a intervenção terapêutica do enfermeiro acontecem de forma entrelaçada e num mecanismo de reciprocidade, de forma crescente e contínua (Mendonça, 2021). Ou seja, à medida que o enfermeiro vai tendo elementos que lhe permitam algum nível de compreensão da situação, vai intervindo e avaliando.

Neste contexto, o Processo de Raciocínio Clínico dos Enfermeiros, tem como principal objetivo dar resposta a situações de *Nível I - Risco de vida* e situações de *Nível II - Problemas expressos pela Pessoa*, e desenvolve-se de forma recursiva e espiralada entre a Avaliação Diagnóstica e a Intervenção Terapêutica, com recurso à reflexão sobre ação.

## **DISCUSSÃO**

Neste estudo, consideramos o conceito de raciocínio clínico dos enfermeiros no serviço de urgência como um processo cognitivo que acontece desde o primeiro segundo de interação do enfermeiro com a pessoa cuidada. Podemos mesmo dizer que ele começa a partir do momento em que o enfermeiro toma conhecimento da existência da pessoa, e este raciocínio continua através da recolha de dados, análise e tratamento de informação, de forma a uma conceção de intervenção e uma tomada de decisão contínua (MENDONÇA, 2021). Neste sentido, partimos para uma análise e discussão dos dados que emergiram sobre o PRCE na triagem.

### **Explicação do Processo de Avaliação Diagnóstica na triagem**

O enfermeiro na triagem de imediato colhe informações para concluir se é um cenário de *Nível I* ou *Nível II*. Se for de *Nível I* (risco de vida), encaminha às salas de emergência. Se pelo contrário, é de *Nível II* (sem risco de vida no imedia-

to), continua a colheita para compreender a razão ou razões da vinda ao SU, estas informações são fundamentais para tomar decisões. Neste sentido, a triagem é um momento de *Avaliação Diagnóstica* por excelência.

Para a avaliação diagnóstica, o enfermeiro usa a perícia clínica para colher informações e pistas clínicas através dos seus sentidos (o olhar, o olfato e o toque) e dos dispositivos clínicos (oximetria, pulso, glicemia), o que também é referido por Benner *et al* (2009) e Queirós (2015), a perícia é fundamental para perceber sinais de alerta. Outro aspecto fundamental é a informação que o enfermeiro obtém a partir das questões que coloca à pessoa: quais são as suas queixas para vir à urgência? Como caracteriza o que sente? E há quanto tempo sente? Todos os dados são submetidos a análise, para construir o seu raciocínio clínico e desenhar as intervenções de enfermagem adequadas.

O primeiro olhar foi também focado pelos participantes como sendo estruturante à capacidade de raciocínio clínico dos enfermeiros no ato de triar, esta capacidade referida por Gladwell (2010) como ser crucial aos profissionais que trabalham na saúde. Gladwell (2010), refere que existem informações importantes apuradas no primeiro olhar, nos dois segundos iniciais, este olhar reproduz informações imediatas ou instantâneas. Também Benner (2001) e Queiroz (2015) consideram estes atributos como sendo capacidades dos enfermeiros peritos.

Assim, o enfermeiro organiza a sua avaliação em primeira instância para identificar se há risco de vida, então colhe informações para *compreender cenário clínico; compreender problemas expressos pela pessoa; apurar sinais e sintomas*.

No *compreende cenário clínico*, avalia a função respiratória, a função cardíaca e a função neurológica através da observação, das queixas e da monitorização, concluindo se está perante *cenário de Nível I ou de Nível II*. Se é de Nível I - salas de emergência; se é Nível II, continua a triagem para perceber porque veio

à urgência. Progride para o *Compreende problemas expressos pela pessoa*. Neste sentido, questiona sobre o que a pessoa sente, o que a incomoda e há quanto tempo. Paralelamente, *Apura sinais e sintomas através da observação, do recurso a escalas* (escala numérica da dor e escala do estado de consciência) e do recurso a dispositivos clínicos (termómetro, oxímetro de pulso, etc.) para potenciar a robustez do raciocínio clínico.

Efetivamente, o SU é um lugar onde as pessoas recorrem por terem um problema imprevisível que lhe provoca instabilidade, exigindo dos enfermeiros uma capacidade de avaliação contínua e uma maior compressão dos sentimentos para responderem adequadamente às necessidades (MENDONÇA, 2021). Naturalmente, esta perícia profissional multidimensional focada pelos participantes também está evidenciado nos estudos de Benner *et al* (2009), Tanner (2006) e Elliot (2010). De salientar ainda as características pessoais, as atitudes e valores do enfermeiro que são essenciais, demonstrados através da capacidade de empatia com o outro e no mostrar interesse pelos seus problemas.

Em segunda instância o enfermeiro, *Apura problemas expressos pela pessoa* através da escuta ativa o que assume valor um extraordinário, na medida em que dá a oportunidade para a pessoa expressar quais são as suas *preocupações, necessidades de ajuda, apoio da família e dificuldades*. Assim, pergunta: *O que a fez vir? Que sintomas tem? O que não consegue fazer e ficou diferente? Que estratégias usou?* (MENDONÇA, 2021).

À medida que a conversa flui a pessoa expõe preocupações, queixas atuais ou antigas, sintomas, necessidades (físicas, psíquicas e económicas) e, ainda dificuldades (em andar, ouvir, falar, etc.). O enfermeiro está atento à dor, ao estado de consciência, a comportamentos, à linguagem verbal e não-verbal, à tensão arterial, à temperatura corporal, etc. para além disso também está atento para sinais de angústia, de astenia e de mal-estar, por serem essenciais para o

ato de estabelecer prioridade. Contudo, estes aspetos são de difícil mensuração, tornando assim, espinhosa a função do enfermeiro na triagem. Alguns destes componentes são, referidos por Tanner (2006) e Benner (2001), por serem cruciais para identificar pistas e sinais de alerta para a construção do julgamento clínico do enfermeiro.

Numa terceira instância temos os aspetos referentes à socialização da pessoa com a situação clínica que são fundamentais para atender adequadamente às suas necessidades e ao envolve-la nos cuidados. Desta forma, o enfermeiro apura: *Emoções; Literacia em saúde; Estratégias e recursos; Expetativas do serviço*, através da observação e das seguintes perguntas: *Como está a viver a situação? Que informação detém sobre a sua saúde? Que tipo de resposta deseja para o seu problema? Quais as expectativas em relação ao tempo de espera no SU?* (MENDONÇA, 2021)

O enfermeiro ao mesmo tempo que analisa as informações obtidas, vai construindo e implementando, algumas intervenções: *desmistifica emoções, elucida sobre as ofertas de cuidados, acerca do tempo de espera e das ajudas que a pessoa pode usufruir* (a possibilidade de estar acompanhada, o poder ligar a alguém, etc.). Neste âmbito identificamos uma abordagem com intencionalidade diagnóstica e terapêutica, em simultâneo, dado que o enfermeiro avalia e intervém.

Outro aspeto, é a literacia em saúde que intencionalmente os participantes manifestavam avaliar na triagem com o objetivo de perceber em que medida era possível envolver as pessoas progressivamente e adequadamente nos cuidados, tornando-as elementos ativos nas decisões. Esta atitude vai ao encontro de Watson (2002) quando defende que as pessoas devem ser parceiras nos cuidados. O facto de o enfermeiro se interessar pelo modo como a pessoa está a socializar o processo súbito de uma indisposição ou de doença, promove a possibilidade de uma resposta mais coerente e adequada às necessidades reais e de um maior

envolvimento por parte de quem está sob cuidados. Também a demonstração de preocupação do enfermeiro pela pessoa e mesmo pela família vem facilitar a criação de laços, melhorando a aceitação dos cuidados e a relação de proximidade e de confiança. O enfermeiro aproveita todos momentos para realizar ensinamentos, potenciando assim, a literacia em saúde, pois algumas vezes era notória a fragilidade de conhecimentos das pessoas acerca de estilos de vida saudáveis e da organização dos cuidados de saúde. Estes aspetos mostraram mais uma vez intencionalidade diagnóstica e terapêutica.

## **Explicação do Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem (PITE) na triagem**

Dos dados resultou que o *Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem* (PITE) é a sistematização e implementação de ações tomadas pelo enfermeiro para resolver uma determinada situação clínica. Assim, o enfermeiro organiza as suas intervenções tendo como elemento *major* a *Gestão do Risco de Vida* (GVR), de imediato aparece a *Gestão do tempo* (GT) e a *Gestão da informação* (GI), e posteriormente a *Promoção do conforto*, a *Promoção da confiança* e a *Gestão de emoções*. Naturalmente, esta organização não é estanque serve apenas para descrevermos estes eixos de intervenção. Pois na realidade eles acontecem de forma entrelaçada e sem ordem fixa, emergem em função da avaliação e das necessidades das pessoas assistidas, o mesmo se coloca nas intenções da Avaliação Diagnóstica. Assim, a intervenção do enfermeiro acontece em torno destes eixos e é resultante da *Avaliação Diagnóstica* que vai emergindo das intervenções, e da avaliação contínua dessas mesmas intervenções (MENDONÇA, 2021).

O PITE inicia-se com a *Gestão do Risco de Vida*, ela é prioritária. Naturalmente, nada poderá assumir maior valor nos cuidados de saúde do que garantir que a vida da pessoa não sofra danos. De algum modo, este pensamento de necessidade de intervenção imediata vai ao encontro do conceito de Ponce e Teixeira

(2006) sobre a missão do serviço de urgência, que é assegurar cuidados de saúde que promovam as funções vitais e previnam complicações.

De seguida a *Gestão do tempo e a Gestão da informação*, coadjuvam-se para uma intervenção terapêutica rápida, o enfermeiro colhe informação de forma célere para entender o problema de saúde e poder agir, minimizando o tempo despendido e, conseqüentemente, os riscos clínicos. Pois, se a informação for usada adequadamente ela também é uma ferramenta muito útil para a aceitação dos cuidados e para pacificar a vivência. Para além disso, no SU a gestão do tempo é mandatório, portanto, o rigor de critérios é obrigatório.

Efetivamente, em torno da gestão do risco de vida, do tempo e da informação, acontecem, simultaneamente, intervenções de promoção do conforto, de confiança e de compreensão das emoções. Existe complementaridade e entrecruzamento destas diferentes intervenções na ação. Sendo mesmo, difícil identificar intervenções específicas de cada eixo. Elas ocorrem num mecanismo de vaivém, em favor dos objetivos da triagem e das necessidades da pessoa (identificar gravidade clínica, diminuir dor, desmistificar emoções, etc.). Eles ganham preponderância maior ou menor em função do desenrolar dos acontecimentos.

Assim, o enfermeiro sistematiza a sua ação para controlar o risco de vida e fá-lo em quatro pilares: *Controlo da função respiratória; Controlo da função cardíaca; Controlo da função neurológica; Estabelece prioridades* (MENDONÇA, 2021).

No *Controlo da função respiratória*, avalia se ela respira, como respira e se precisa de coadjuvantes para respirar. Faz isto através: do olhar (cor da pele, movimentos da caixa torácica); do ouvido (ruídos respiratórios); das queixas da pessoa; do oxímetro (saturação periférica). Estes dados permitem-lhe caracterizar a função respiratória e desenvolver intervenções adequadas ao problema existente. Nesta avaliação da função respiratória existem as diferentes situações: a pessoa não respira, a função respiratória está comprometida em alto grau ou a

pessoa apresenta alterações da função respiratória. No primeiro nível, a pessoa é conduzida à sala de emergência para ser assistida imediatamente (reanimação respiratória, oxigenoterapia, administração de terapêutica, etc.). No segundo nível, o enfermeiro posiciona-a na maca ou pede uma cadeira de rodas para evitar agravamento da dificuldade respiratória. Muitas vezes, o posicionamento alivia a sintomatologia.

No *Controlo da função cardíaca*, o enfermeiro palpa pulso, coloca o oxímetro e ouve queixas da pessoa. Estas ações permitem caracterizar o pulso, em termos de presença, de ritmo e de preenchimento, concluindo assim, a gravidade da situação. De frisar que a palpação de pulso também é uma forma de avaliar a temperatura da pele e, ao mesmo tempo, promover o toque (LOPES, 2006; SAPETA, 2011).

O *Controlo da função neurológica*, permite avaliar o estado de consciência (orientada ou confusa) e evolução no tempo das alterações, e definir o grau de vigilância necessário (promover o acompanhamento da família ou garantir uma vigilância constante pelos profissionais).

À medida que se desenvolvem as ações anteriores, emerge naturalmente, a prioridade clínica - *Estabelece Prioridade*. Estas intervenções sistemáticas e rápidas permitem inferir se a pessoa está num cenário clínico de *Nível I* ou *Nível II* e, simultaneamente, agir em consonância.

A identificação da prioridade do problema deve acontecer de forma quase instantânea para limitar os perigos para a saúde da pessoa. Naturalmente, o valor *Tempo*, na triagem está permanentemente vinculado ao pensar e agir dos enfermeiros. O tempo é um desafio ao seu agir no SU, “*não temos tempo para tudo*”, “*tudo acontece rápido*”, “*se não fizeste naquele momento, podes nunca mais lá chegar*”. Estes atributos do tempo leva-nos à sensação de um exercício profissional quase vertiginoso pela rapidez dos acontecimentos. É notória a preocupação pelo tempo e as estratégias usadas para rentabilizá-lo, surgindo assim, a próxima categoria ou eixo a *Gestão do tempo*.

A Gestão do Tempo mostra como o enfermeiro procede para fazer uma organização criteriosa do tempo, garantindo assim, que os cuidados possam ser todos prestados em “tempo útil”. A Gestão do tempo é operacionalizada através das seguintes intervenções: *Antecipa problemas*; *Controlo do tempo*; *Informa sobre tempos*.

No *Antecipa problemas*, o enfermeiro usa capacidade e perícia profissional para perceber precocemente pistas no corpo visível e invisível, o que pode limitar e prevenir problemas e complicações, tal como se lê, “acho que é uma base fulcral para evitar complicações é antecipar, eu acho que o máximo aqui na urgência é antecipar, a gestão de prioridades e antecipar complicações” (E9\_PA\_20160313). Este aspeto está amplamente explorado no trabalho de Benner *et al* (2009) e Tanner (2006), onde se menciona a capacidade da enfermeira em antecipar, e também por Queirós (2015), que refere a esta capacidade como um atributo do enfermeiro perito.

O *Controlo do tempo*, é ponto chave no desempenho na triagem, dadas as necessidades imediatas das pessoas, as múltiplas solicitações e exigências, o que remete para uma gestão criteriosa do tempo. Visto que uma falha de poucos segundos ou minutos pode trazer sequelas graves na saúde da pessoa que está sob cuidados. A experiência profissional é evocada como ser essencial no desenvolvimento da capacidade de saber controlar o tempo.

O *Informa sobre tempos*, o enfermeiro aproveita o primeiro momento de relação direta com a pessoa para a informar, esclarecer dúvidas sobre o nível de prioridade e os tempos de espera para atendimento, e manifesta a sua disponibilidade para o que for necessário. Sob este prisma, é visível a intenção terapêutica, na medida em que é manifestado interesse contínuo pela pessoa, tal como referem Chalifour (2009) e Lazure (1994), mostrar empatia e interesse pelo outro. Por certo, estas intervenções são cruciais para diminuir o *stress* e contribuem para minimizar conflitos entre os diferentes atores.

Relativamente, à *Gestão da Informação* assume-se como intervenção essencial, dado que é a partir dela que o enfermeiro se documenta para decidir que intervenções implementar. Também, Lopes (2006) e Sapeta (2011) afirmam que ela é de extraordinária importância nos cuidados de saúde. Por isso, é importante haver perícia e sensibilidade na gestão de informação, quer no saber que informação, quer no identificar qual o momento oportuno para a transmitir (MENDONÇA, 2021). De salientar que a informação é aumentada em amplitude e profundidade à medida que a relação do enfermeiro com a pessoa evolui. Ela é submetida a um processamento cognitivo para separar informação pertinente, de informação acessória. Esta capacidade está vinculada à experiência profissional. *A Gestão de informação em três pilares: Informa sobre atendimento; Informa sobre procedimentos e processo; Dissipa dúvidas.*

No seu conjunto contribuem para transmitir e elucidar as pessoas sobre as atitudes dos profissionais de saúde, funcionamento do serviço e orientações da instituição. Estas subcategorias com três finalidades: a pessoa estar informada sobre os procedimentos; dar o seu consentimento; promover a relação de confiança nos enfermeiros.

Relativamente à *Promoção do conforto*, esta intervenção é operacionalizada pelo: *Controlo da sintomatologia; Concede privacidade; Concede presença da família; Concede meios para conforto* (MENDONÇA, 2021).

A permanência na triagem é curta. Porém, é o sítio onde são implementadas as primeiras intervenções terapêuticas de alívio e conforto. Efetivamente, o enfermeiro pretende que a vinda à urgência seja o menos penosa possível, promovendo assim, medidas que minimizem o desconforto. Para tal, inicia à sua intervenção fazendo *Controlo da sintomatologia*, por exemplo, posiciona a pessoa na maca ou cadeira para melhorar dispneia; desmistifica medo e ansiedade; explica a situação, etc. Igualmente, *Concede privacidade*, na ambição de haver condi-

ções para a pessoa expor as suas preocupações, proporcionando um ambiente intimista e calmo.

Outro aspeto facilitador na passagem da pessoa pelo SU é ter a presença da família - *Concede presença da família*, o ter uma pessoa da sua confiança promove sensação de pertença e segurança. Pois, a vivência de uma situação limite, associada ao risco de vida, quer pela pessoa como pela família, é uma experiência única.

Por outro lado, a família é tida como uma excelente fonte de informações. A importância da presença da família é unânime, tal como salienta Martins *et al* (2012), na interação enfermeiro-família são produzidos conhecimentos, estratégias e recursos facilitadores na transição saúde-doença, que podem auxiliar na resolução dos problemas de saúde. Também Abreu (2019), menciona que o enfermeiro deve ser facilitador da presença da família e acompanhá-la na construção de soluções.

Em relação ao *Concede meios para conforto*, o enfermeiro implementa intervenções como: oferece um cobertor; faculta cadeira ou maca em situações de cansaço, ou em caso de dor e desequilíbrio. Estas intervenções são simples, mas essenciais no diminuir do desconforto no SU.

A *Promoção da confiança* está sediada em cinco intervenções: *Mostra interesse; Mostra controlo nos cuidados e no ambiente; Explica sintomas; Promove o compromisso; Envolve família* (MENDONÇA, 2021).

São estratégias que visam melhorar continuamente a confiança da pessoa no enfermeiro e nos cuidados de saúde, tem três finalidades: que a pessoa confie nas intervenções; que compreenda sinais e sintomas; que se sinta segura e acompanhada. Pois, se a pessoa tem consciência da sua fragilidade, é legítima a sensação de desespero, e o medo da morte. Portanto, o garantir de boas condições no ambiente (silêncio, privacidade, luz, etc.) é crucial para otimizar a sensação

de segurança. No entanto, é natural que o grau de insegurança e intranquilidade se prolonguem no tempo. Portanto, é primordial que a intervenção se vá repetindo. Todos estes aspetos evidenciam claramente finalidades terapêuticas. Nas situações em que a pessoa não possa comunicar verbalmente, são desenvolvidas estratégias adequadas à circunstância (o toque, o observar movimentos corporais, a música, etc.).

O *Mostra interesse* é muito útil no atendimento dado que as pessoas se sentem cuidadas precocemente, tal como menciona Hesbeen (2004) o cuidar dos enfermeiros mostra preocupação, interesse e respeito pelo outro. O *Mostra controlo nos cuidados e no ambiente é valorizado pelas pessoas* que recorrem ao SU, na medida em que observam que os enfermeiros dominam os cuidados e a tecnologia, isto potencia o seu grau de confiança. Tal como refere Locsin (2005), a tecnologia é usada para conhecer melhor as pessoas como um todo, coadjuvando a capacidade de cuidar dos enfermeiros.

O *Explica sintomas* é usada para clarificar e desmistificar sintomas. As pessoas tendem a exacerbar as suas queixas por terem “medo de morrer”. Para tal, o enfermeiro explora os sintomas através de perguntas, observação e inspeção direta. De facto, é visível aqui a conjugação de avaliação diagnóstica e intervenção terapêutica. Neste caso, vemos articulados várias componentes: *gestão de informação; explicação de sintomas; gestão de emoções*. Nesta medida vemos que o ato de triar é complexo por remeter para múltiplas intervenções terapêuticas de enfermagem.

O *Promove o compromisso* está intimamente ligado à relação de confiança que se estabelece entre enfermeiro e pessoa. Este compromisso é potenciado através de processos de negociação para implicar a pessoa progressivamente nos cuidados e nas propostas terapêuticas. Outro aspeto, focado como fortalecer o compromisso é o enfermeiro mostrar interesse pela sua família - *Envolve família*

no processo de transição para pacificar a vivência, apoiar nas decisões em relação ao seu ente querido e, simultaneamente, fazer ensinamentos para a continuidade de cuidados.

A *Gestão de Emoções* é considerada de elevada importância no serviço de urgência. Porque, habitualmente, as pessoas são surpreendidas por um problema de saúde súbito que lhe provoca um emaranhado de emoções. O medo, a angústia, o desespero e a tristeza são emoções que o enfermeiro percebe. Elas devem ser compreendidas e geridas em benefício do processo de saúde/doença. Esta intervenção quando desenvolvida, precocemente, otimiza a relação do enfermeiro com a pessoa e facilita as vivências da pessoa e família. Nesta perspectiva, a *Gestão de Emoções* está fundada em três componentes: *Compreende emoções*; *Desmistifica*; *Racionaliza* (MENDONÇA, 2021).

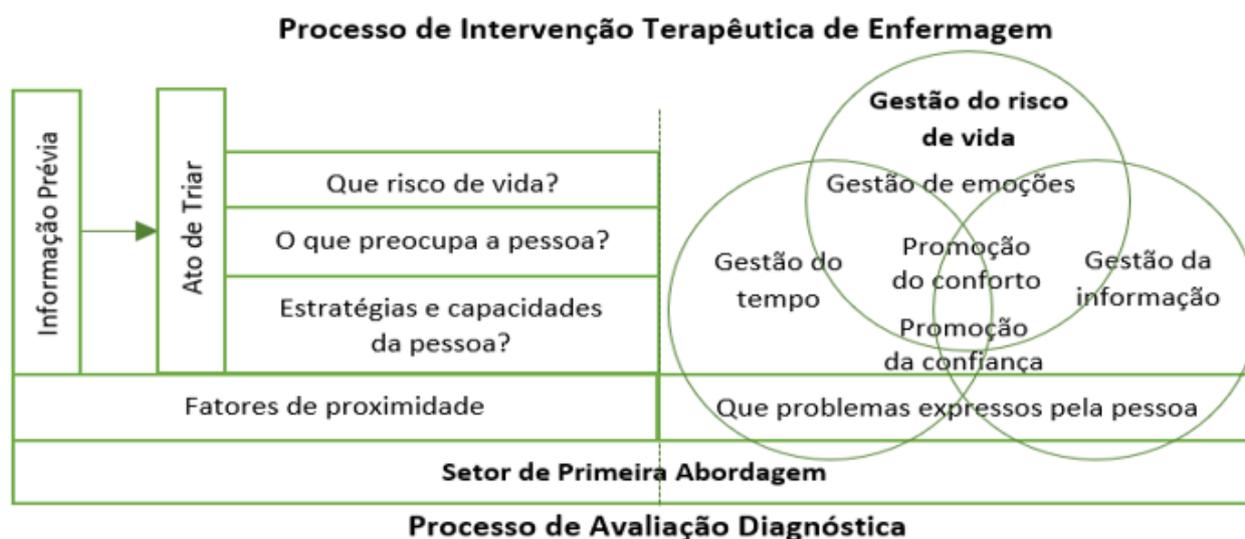
De facto, a intervenção terapêutica da gestão de emoções visa a *Compreensão das emoções*, da pessoa e da família, dirigindo melhor a intervenção. O *Desmistifica* e *Racionaliza*, são duas estratégias para clarificar e elucidar acerca do que verdadeiramente faz sentido, ambas procuram transmitir uma mensagem de normalidade da manifestação dessas emoções face ao problema de saúde. Naturalmente, expor emoções é complexo, por isso, o enfermeiro reúne as suas melhores capacidades nesta matéria e as condições mais favoráveis no contexto.

Estas intenções de conhecimento do enfermeiro pela pessoa demonstram capacidade de se colocar no lugar do outro e de o escutar, convergindo para o que defende Lazure (1994), Honoré (2004), Phaneuf (2005). Também Mendonça *et al.* (2016), afirmam que a relação de feedback entre ambos é tanto melhor quanto maior o envolvimento conseguido, potenciando, deste modo, o sucesso dos resultados obtidos desde o primeiro encontro, sendo este vínculo essencial para que o enfermeiro obtenha precocemente o consentimento da pessoa para as intervenções necessárias.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O *Processo de Raciocínio Clínico dos Enfermeiros* (RCE) na triagem é composto por dois processos: *Processo Avaliação Diagnóstica* (PAD) e *Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem* (PITE). O PAD define-se e acontece em três pilares de avaliação: *Avalia Risco de Vida*; *Apura problemas expressos pela pessoa*; *Apura socialização no processo*. O PITE emerge sediada em seis pilares estruturantes: *Gestão do Risco de Vida*; *Gestão do tempo*; *Gestão da informação*; *Promoção do conforto*; *Promoção da confiança*; *Gestão de emoções* (Figura 2).

**Figura 2** - Processo de Raciocínio Clínico dos Enfermeiros na triagem (PRCE)



Fonte: Adaptado MENDONÇA (2021, p.155)

Estes dois processos vão acontecendo de forma entrelaçada e de modo interdependente. A preocupação *major* do enfermeiro na triagem é identificar precocemente se há risco de vida (RV) e fazer a gestão desse risco de vida (GRV). Por esta razão o ampliar estudos e desenvolver estratégias para aperfeiçoar o Raciocínio Clínico ser fundamental, visto que esta capacidade aprimorada melhora a intervenção do enfermeiro e a sua capacidade de rapidez na resposta às necessidades da pessoa, evitando assim, complicações futuras na saúde, o que traz

benéficos para as pessoas cuidadas e ganhos em saúde. Na triagem distinguem-se cenários de Nível I de Nível II. Para concretizar esta destrição entre Nível I e II, o enfermeiro desenvolve então o Processo de Avaliação Diagnóstica e o Processo de Intervenção Terapêutica para avaliar, diagnosticar e intervir em função das necessidades da pessoa e sua família, concretizando assim, o processo de cuidar - *Processo de Raciocínio Clínicos do Enfermeiros* no contexto de um serviço de urgência.

## REFERÊNCIAS

ABREU, W. (2011). **Transições e contextos Multiculturais**. 2ª ed. Coimbra: Formasau. ISBN 978-989-8269-13-3.

ARIZO-LUQUE, V., RAMIREZ-BAENA, L., PUJALTE-JESÚS, M. J., RODRÍGUEZ-HERRERA, M. Á., LOZANO-MOLINA, A., Arrogante, O., & Díaz-Agea, J. L. (2022). Does Self-Directed Learning with Simulation Improve Critical Thinking and Motivation of Nursing Students? A Pre-Post Intervention Study with the MAES© Methodology. *Healthcare*, 10(5), 927. <https://doi.org/10.3390/healthcare10050927>

BENNER, P., TANNER, C., & CHESLA, C. (2009). Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment, and ethics. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204–211.

BITTENCOURT, R. J., STEVANATO, A. D. M., BRAGANÇA, C. T. N. M., GOTTEMS, L. B. D., & O'DWYER, G. (2020). Interventions in overcrowding of emergency departments: an overview of systematic reviews. *Revista de Saúde Pública*, 54, 66. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002342>

BRAZÃO, M., NOBREGA, S., BEBIANO, G., & CARVALHO, E. (2016). Atividade dos Serviços de Urgência Hospitalares - Activity of Hospital Emergency Services. *Revista Portuguesa de Medicina Interna*, 23.

CARRET, M., FASSA, A., & KAWACHI, I. (2007). Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. *BMC Health Services Research*, 7(131).

CARVALHO, E., OLIVEIRA-KUMAKURA, A., & MORAIS, S. (2017). Clinical reasoning in nursing: teaching strategies and assessment tools. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 70(3), 662–668. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0509>

CHALIFOUR, J. (2009). **Intervenção Terapêutica: As Estratégias de Intervenção**. Volume 2, Editor: Lusodidacta, Lisboa. ISBN: 9789898075215.

CHARMAZ, Kathy, & THORNBERG, R. (2021). The pursuit of quality in grounded theory. *Qualitative Research in Psychology*, 18(3), 305–327. <https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1780357>

DILLEY, P. (2004). Interviews and the Philosophy of Qualitative Research. *The Journal of Higher Education*, 75(1), 127–132. <https://doi.org/10.1353/jhe.2003.0049>

GLADWELL, M. (2010). **Blink: «Decidir num piscar de olhos»**. Edições D. Quixote. ISBN: 9789722040792.

GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM. (2009). **Triagem no serviço de urgência: Manual do formando**. (A. Marques & P. Freitas, Eds.) (3a ed.). Lisboa: BMJ Publishing Group 1977.

HOFFMAN, K. (2007). **Unpublished PhD thesis**, A comparison of decision-making by “expert” and “novice” nurses in the clinical setting, monitoring patient haemodynamic.

KRAISCHSK, M., ANTHONY, M. (2001). Benefits and outcomes of staff nurses participation in decision-making. **The Journal of Nursing Administration**, 31(1): 16–23.

LAURI, S., SALANTERA, S., CHALMERS, K., EKMAN, S., KIM, H., HESOOK, S., KAPPELLI, S., MACLEOD, M. (2001). An exploratory study of clinical decision-making in five countries. **Journal of Nursing Scholarship**. 33(1): 83–90.

LOCSIN, R. (2005) **Technological Competency as Caring in Nursing: A Model for Practice**. Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing Press, Indianapolis.

LOPES, M. (2006). **A Relação Enfermeiro-Doente como intervenção terapêutica** (Ed. Formasau formação e Saúde (ed.); Ed. Formas). Formasau formação e Saúde, lda.

MANCHESTER TRIAGE GROUP (2014). **Emergency Triage: Manchester Triage Group**. 3rd Edition. Kevin Mackway-Jones; Janet Marsden; Jill Windle (Editors). ISBN: 978-1-118-29906-7

MARTINS, Maria M. [et al.] (2010). Enfermagem de família: atitudes dos enfermeiros face à família. Estudo comparativo nos CSP e no Hospital. In BARBIERI, M. C. [et al.] – *Redes de Conhecimento em Enfermagem de Família*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, p. 20-31. ISBN 978-989-96103-3-0.

MENDONÇA, S., LIMA BASTO, M., & RAMOS, A. (2016). Estratégias de raciocínio clínico dos enfermeiros que cuidam de clientes em situação clínica: revisão sistemática da literatura. Nurse's strategies of clinical reasoning in critical care: a systematic review of literature. *RIASE*, 2(3), 753–773.

MENDONÇA, S. (2021). *Raciocínio clínico dos enfermeiros que trabalham no Serviço de Urgência*. Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/49995>

MORLEY, C., UNWIN, M., PETERSON, G. M., STANKOVICH, J., & KINSMAN, L. (2018). Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions. *PLOS ONE*, 13(8), e0203316. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203316>

PAGE, M. J., MCKENZIE, J. E., BOSSUYT, P. M., BOUTRON, I., HOFFMANN, T. C., MULROW, C. D., .. & MOHER, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **International Journal of Surgery**, 88, 105906. <https://doi.org/10.1016/j.ijvsu.2021.105906>

PONCE, P., TEIXEIRA, J. (Coord.) (2006). **Manual de Urgências e Emergências**. Editora Lidel, ISBN: 97879727573653.

QUEIRÓS, J. (2015). The knowledge of expert nurses and the practical-reflective rationality. **Invest Educ Enferm**. 2015; 33(1): 83-91.

SAPETA, P. (2011). **Cuidar em Fim de Vida. O Processo de Interação Enfermeiro-Doente.** Edição Lusociência.

SILVA, A. (2009). **A Qualidade do Serviço de Urgência: Percepções dos Utentes e dos Prestadores.** Universidade de Aveiro.

STREUBERT, H. J., & CARPENTER, D. R. (2011). **Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative** (5th Editio). Lippincott Williams & Wilkins.

TANNER, C. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgement in nursing. **Journal of Nursing Educatio**, 45(6), 204–211.

YARMOHAMMADIAN, M., REZAEI, F., HAGHSHENAS, A., & TAVAKOLI, N. (2017). Overcrowding in emergency departments: A review of strategies to decrease future challenges. **Journal of Research in Medical Sciences**, 22(1), 23. <https://doi.org/10.4103/1735-1995.200277>

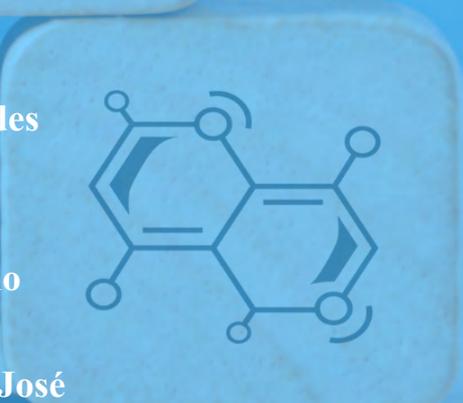
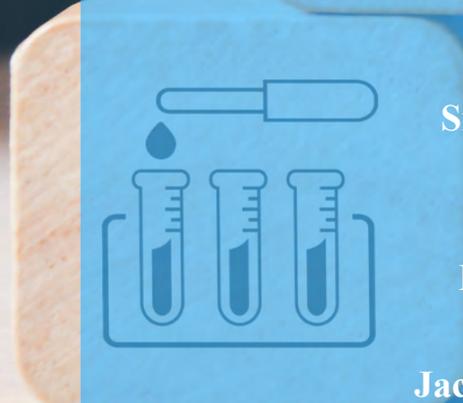
doi: 10.48209/978-65-84959-17-9

---

## CAPÍTULO 9

---

# SEGURANÇA DOS ALIMENTOS EM COZINHAS RESIDENCIAIS



Simone Rezende da Penha Mendes

Thales Antunes Chamon

Luiza Drago Bonna

Maria Clara Barcelos de Aquino

Manueli Monciozo Domingos

Jackline Freitas Brilhante de São José

## INTRODUÇÃO

As Doenças Transmitidas por Alimentos (DTA) estão relacionadas à morbidade e mortalidade em todo o mundo. Segundo evidências epidemiológicas, muitos casos estão provavelmente relacionados com falhas higiênicas e de segurança dos alimentos como, por exemplo, a deficiente higienização dos alimentos e superfícies, a má conservação dos alimentos, a execução inadequada de cocção, a contaminação cruzada e controle inadequado das condições de preparo e armazenamento nos domicílios (MELO *et al.*; 2018; OLIVEIRA *et al.*; 2019).

A OMS estima que todos os anos cerca de 600 milhões de pessoas são acometidas por DTA, as quais matam 420.000 indivíduos, principalmente os grupos mais vulneráveis, como crianças, gestantes, idosos e pessoas com doenças crônicas. Além dos efeitos diretos à saúde, os alimentos inseguros impõem custos sociais, econômicos significativos, resultantes da perda de renda e da redução do acesso ao mercado (OMS, 2022).

No Brasil, de acordo com os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), foram notificados 12.660 surtos de origem alimentar entre os anos de 2000 e 2017, sendo que houve mais de 2.300.000 pessoas expostas, 239.164 doentes e 186 óbitos (BRASIL, 2018). Dados parciais até maio de 2019 destacaram a ocorrência de 597 surtos de DTA notificados, com 8.406 doentes, 916 hospitalizados e 9 óbitos relacionados, só no ano de 2018 (BRASIL, 2019). Apesar das DTA serem comuns e desencadearem sintomas de moderados a graves, os consumidores geralmente apresentam alto risco de desenvolvê-las, pois tendem a associar um risco maior para os alimentos preparados fora de casa. No entanto, o ambiente doméstico pode representar um local associado a contaminação e crescimento dos micro-organismos responsáveis pelos surtos alimentares (SAMPAIO *et al.*; 2022), visto que as residências continuam como o principal local de ocorrência dos surtos, representando 36,9% das ocorrências,

seguidas dos Restaurantes e Padarias com 15,8% entre os anos de 2009 e 2018 (BRASIL, 2019).

A residência é considerada o primeiro local em que ocorre a contaminação de alimentos e conseqüentemente as DTA. A incidência de DTA tem aumentado progressivamente. Entretanto, geralmente os números de casos são subestimados devido à subnotificação quando se manifestam neste ambiente (FARIAS *et al.*, 2020).

Alguns estudos voltados para manipuladores de alimentos (PAGOTTO *et al.*, 2018; BERTO, 2021) sugerem que os surtos de DTA ocorrem devido à falta de conhecimentos de higiene pessoal e de alimentos, e cuidados na preparação de alimentos (FARIAS, 2020). No entanto, em se tratando de consumidores ou manipuladores domésticos observa-se que estudos sobre o conhecimento de segurança dos alimentos entre estes são limitados.

Segundo Rolim *et al.* (2021), indivíduos que manipulam alimentos em residências não têm informação suficiente sobre higiene pessoal, preparação e práticas de armazenamento de alimentos. Além disso, muitos destes também não têm acesso a noções básicas sobre uso de detergentes, sanitizantes, esterilização e outras substâncias (MORYA, AMOAH, SNAEBJORNSSON, 2020).

Portanto, ressalta-se a importância de se identificar o nível de conhecimento e as atitudes práticas dos manipuladores de alimentos nos domicílios para possibilitar o desenvolvimento de estratégias específicas para prevenção de DTA nesses locais (ARRUDA, 2018; RUBY *et al.*, 2019). É de suma importância investir-se no processo de capacitação do manipulador com o propósito de facilitar a implementação de boas práticas de manipulação dos alimentos para a aquisição de hábitos higiênico-sanitários adequados e prevenção dos riscos de contaminação alimentar nas residências.

Neste sentido, o objetivo deste capítulo foi abordar e discutir a segurança dos alimentos manipulados em cozinhas residenciais, apresentando as principais falhas observadas, riscos à saúde e dificuldades enfrentadas neste ambiente manipulação de alimentos.

## **METODOLOGIA**

Este trabalho consiste em uma revisão narrativa de literatura de cunho descritivo e bibliográfico. Para construção do capítulo foi feito levantamento da literatura recente e buscou-se apresentar e discutir informações sobre o tema utilizando como base estudos disponíveis na literatura.

## **Doenças transmitidas por alimentos e segurança dos alimentos**

Doenças Transmitidas por Alimentos (DTA) constituem um grupo com mais de 250 tipos de doenças que resultam da ingestão de alimentos e/ou água contaminados por micro-organismos patogênicos: em sua maioria bactérias, vírus, fungos micotoxigênicos e parasitas, incluindo suas toxinas ou seus metabólitos (ANVISA, 2019; BRASIL, 2020). Alguns autores das últimas décadas elaboraram conceitos mais amplos, acrescentando ao grupo das DTA as enfermidades de origem alimentar responsáveis por causar intoxicações por contaminantes químicos e físicos (CHIN, 2001; BRASIL, 2020). Neste sentido, as ocorrências clínicas agudas provocadas pela ingestão de substâncias tóxicas encontradas em tecido animal ou vegetal também seriam consideradas DTA, como as advindas de plantas, algas, animais (ex.: moluscos e peixes) e fungos silvestres tóxicos (ex.: *Amanita muscaria*), metais pesados, agrotóxicos e pesticidas (BRASIL, 2010). Contudo, os casos mais frequentes de DTA estão associados aos contaminantes biológicos, ou seja, aos quadros de infecções provocadas pela ingestão de alimentos contaminados com micro-organismos patogênicos, bem como os quadros

de toxinfecções provocados pelas toxinas destes micro-organismos (SEIXAS, MUTTONI, 2020; MELO *et al.*, 2018).

DTA corresponde a um termo genérico aplicado a uma síndrome cujos sintomas comumente incluem náusea, vômitos e/ou diarreia, dor de estômago e, por vezes, febre. Tais sintomas podem durar desde poucas horas até mais de cinco dias, dependendo do estado físico do paciente, do tipo de agente etiológico envolvido ou tipo e quantidade de toxina ingerida. Além dos sintomas digestivos, podem ocorrer afecções extra intestinais em órgãos como rins e fígado, sistema nervoso central, dentre outros; o que pode resultar em um quadro clínico mais grave e prolongado, acompanhado de desidratação grave, diarreia sanguinolenta, insuficiência renal aguda e insuficiência respiratória (BRASIL, 2010; SEIXAS, MUTTONI, 2020; LANZA, 2019).

De forma geral, as DTA são caracterizadas por quadros de infecções, intoxicações e toxinfecções. As infecções são causadas por patógenos que permanecem viáveis após passar pelas defesas do organismo hospedeiro e os sintomas estão relacionados à diarreias frequentes, mas não volumosas, com presença de sangue e pus, dores abdominais, febre e desidratação, fato que sugere os microrganismos envolvidos afetam a integridade do intestino grosso. As intoxicações são provocadas pela ingestão de toxinas formadas a partir da intensa proliferação do patógeno no alimento, que causa diarreia e vômito. As toxinfecções são resultados da ação de toxinas liberadas por micro-organismos toxigênicos, quando estes se multiplicam, esporulam ou sofrem lise na luz intestinal. Este último grupo pode causar diarreias intensas, sem a presença de sangue ou leucócitos, febre discreta ou ausente e desidratação (BRASIL, 2010).

Por definição surtos de DTA são as ocorrências em que duas ou mais pessoas têm a doença e/ou sintomas parecidos após ingeridos alimentos e/ou água do mesmo local. Porém, no caso de doenças de alta gravidade, como botulismo

e cólera, um caso apenas é suficiente para ser considerado como surto (BRASIL, 2020).

A maioria das DTA são causadas por bactérias, mas há também surtos de DTA causados por vírus (rotavírus e norovírus) e em menor proporção por substâncias químicas (BRASIL, 2020). As bactérias podem ser classificadas de acordo com suas manifestações clínicas: entre as mais infecciosas se destacam *Salmonella*, *Campylobacter* e *E. coli*; as principais bactérias intoxicantes são *Bacillus cereus* (cepa emética), *Staphylococcus aureus* e *Clostridium botulinum*; e no grupo das toxigênicas destacam-se *E. coli* enterotoxigênica, *Vibrio cholerae*, *Vibrio parahaemolyticus* e *Clostridium perfringens* e *Bacillus cereus* (cepa diarreica) (BRASIL, 2010). De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2020), *Salmonella* spp., *Escherichia coli* e *Staphylococcus* spp. foram as principais bactérias envolvidas em surtos no Brasil nos últimos 19 anos.

As salmonelas representam o gênero mais importante de bactérias pertencentes à família *Enterobacteriaceae*: são gram-negativas, não encapsuladas, anaeróbias facultativas, não esporulam e apresentam formato de bacilo. Elas apresentam três classificações: a febre tifoide, causada pela *Salmonella* Typhi, as febres entéricas causadas por *S. Paratyphi* (A, B, C) e as enterocolites ou salmoneloses, causadas pelas demais salmonelas (FRANCO, LANDGRAF, 2008; BRASIL, 2010; MELO *et al.*, 2018). A maioria dos casos de salmonelose resultam da ingestão de alimentos preparados e armazenados de forma inadequada e os principais alimentos envolvidos são as carnes bovina, suína e de aves, os ovos e o leite (MELO *et al.*, 2018). Os sintomas de quadros entéricos da salmonelose incluem febre, náusea e vômito, diarreia; e se manifestam entre 12 e 72 horas após a exposição ao patógeno, podendo durar por até 7 dias. Após a infecção, alguns indivíduos passam à condição de portadores assintomáticos, por meses ou anos, tornando-se uma fonte de contaminação. Infecções por *S. Thyphi* podem

se estender por até oito semanas e ir além das manifestações entéricas, causando septicemia, osteomielite, artrite, hepatite e levando à morte (BRASIL, 2010; MELO *et al.*, 2018).

*Escherichia coli* (*E. coli*), pertencente à família *Enterobacteriaceae*, se apresenta em forma de bastonetes, é gram-negativa, não esporulada, móvel ou não e anaeróbia facultativa. As estirpes patogênicas de *E. coli* são resultantes de clones que adquiriram atributos de virulência específicos e suas amostras são classificadas de acordo com seus mecanismos de virulência (FRANCO, LANDGRAF, 2008; MELO *et al.*, 2018).

*E. coli* enterotoxigênica, também conhecida como diarreia dos viajantes, é capaz de se fixar na mucosa intestinal e produzir toxinas, provocando diarreia aquosa, febre, cólicas abdominais, náuseas e fadiga. Seus sintomas podem durar de 3 a 19 dias. A forma enteropatogênica da bactéria normalmente acomete crianças e bebês, que podem apresentar vômitos, febre e diarreia aquosa com muco. A cepa enteropatogênica coloniza as microvilosidades intestinais e lesiona as bordas. Geralmente não produz toxinas e não causa doença invasiva. *E. coli* enterohemorrágica é considerada a mais perigosa por causar diarreia sanguinolenta, colite hemorrágica, síndrome urêmica hemolítica e púrpura trombótica trombocitopênica. No caso das cepas de *E. coli* enteroinvasiva, estas colonizam o cólon e quando são fagocitadas pelos enterócitos, se multiplicam e invadem outras células desse tipo, levando à sua morte. Apresenta como sintomas arrepios, febre, fezes com sangue, dores abdominais e dor de cabeça (FRANCO, LANDGRAF, 2008; MELO *et al.*, 2018). A transmissão da *E. coli* pode ocorrer por contato direto com animais ou humanos infectados ou por meio da ingestão de alimentos contaminados, sendo os principais: carne, salsicha, leite cru, queijo, alface, melão, rabanete e água. Sabe-se que a *E. coli* é habitante comensal da microbiota entérica de mamíferos e aves, portanto a detecção de bactérias desta espécie em

alimentos também é indicativa de contaminação fecal (FRANCO, LANDGRAF, 2008; FORSYTHE, 2013; MELO *et al.*, 2018).

Outra espécie de bactéria comum em surtos de DTA é *Staphylococcus aureus*, a qual possui alta capacidade de produzir enterotoxinas. Essas bactérias se apresentam como cocos gram-positivos e são anaeróbios facultativos, apesar de demonstrarem maior crescimento sob condições aeróbias (FRANCO, LANDGRAF, 2008; MELO *et al.*, 2018). O período de incubação de *S. aureus* varia de 30 minutos a 8 horas, sendo em média de 2 a 4 horas; e os principais sintomas da doença são náuseas, vômito, câibras abdominais e diarreia. A presença de febre costuma estar associada à ingestão de grandes quantidades da toxina (FRANCO, LANDGRAF, 2008). A ingestão de toxinas pré-formadas de *S. aureus* geralmente ocorre devido à multiplicação bacteriana em alimentos que foram deixados em uma faixa de 10 a 48°C, temperatura ideal para o crescimento destes patógenos (JÚNIOR *et al.*, 2019). Os principais alimentos contaminados são as carnes de boi, aves e peixes (principalmente fatiadas); produtos lácteos como leite, queijos e coalhadas; molhos para saladas, cogumelos, enlatados, presunto, salame, produtos de panificação e cremes à base de ovos. A dose infectante de *S. aureus* capaz de produzir toxina em quantidade suficiente para provocar uma intoxicação se apresenta próxima do valor de  $10^5$  células por grama de alimento consumido (FORSYTHE, 2013).

É comum que o *S. aureus* resida na pele e cavidades nasais de humanos e em condições normais, sua presença não provoca lesões aparentes ou significativas. Entretanto, em indivíduos que se encontram imunocomprometidos, estes micro-organismos podem causar diversas infecções. Por isso que é importante a realização de exames regulares e treinamentos de boas práticas e segurança dos alimentos para todos os manipuladores de alimentos, pois alimentos manipulados por portadores do patógeno que apresentam secreções nasofaríngeas ou com fe-

rimentos nas mãos, abscessos ou acne podem ser veículos de contaminação deste patógeno. Outras formas de transmissão do *S. aureus* estão relacionadas a produtos de origem animal mal-cozidos ou refrigerados de forma inadequada, além de superfícies ou equipamentos contaminados (FORSYTHE, 2013; COSTA, 2019).

Para que um agente etiológico seja capaz de sobreviver e se multiplicar nos alimentos, alguns fatores são determinantes: as condições do meio (atividade de água, níveis de oxigenação, pH e temperatura) e variáveis de acordo com cada alimento (FRANCO, LANDGRAF, 2008; BRASIL, 2010).

Com relação ao pH, observa-se que as bactérias formadoras de endósporos (*Clostridium* spp., *B. cereus*), as patogênicas aeróbias (*Salmonella* spp.) e as anaeróbias (*Clostridium* spp.) geralmente são encontradas em alimentos pouco ácidos (pH >4,5) como, por exemplo, leite, pescados e alguns vegetais. Alimentos mais ácidos como as frutas e hortaliças (pH 4,0-4,5) podem favorecer bactérias esporuladas, fungos filamentosos e leveduras. No caso dos alimentos muito ácidos (pH < 4) – como os produtos derivados do leite, frutas, sucos de frutas e refrigerantes – oferecem o ambiente ideal para bactérias lácticas, bactérias acéticas, bolores e leveduras (BRASIL, 2010).

A temperatura é o fator ambiental mais determinante para a proliferação dos micro-organismos. Cada tipo de micro-organismo possui características estruturais e metabólicas próprias, ou seja, cada indivíduo apresenta condições específicas de resistência ao calor e ao tempo de exposição à determinada temperatura. A faixa de multiplicação pode variar entre -35°C a 90°C. Grande parte deles se desenvolve bem em temperatura ambiente (20°C a 30°C) e desnatura em temperaturas acima de 70°C (FRANCO, LANDGRAF, 2008). Em contrapartida, algumas toxinas são termolábeis (inativadas pelo calor), como é o caso da toxina botulínica; e outras são termoestáveis (não são inativadas pelo calor), como é o caso das toxinas produzidas por *S. aureus* e *B. cereus*. E algumas bactérias, ain-

da, desenvolvem formas esporuladas que são resistentes a altas temperaturas e apenas inativadas pelo frio, como é o caso do *Clostridium perfringens* (BRASIL, 2010).

São muitos os fatores intrínsecos e extrínsecos que determinam e contribuem para a proliferação de patógenos nos alimentos. Somado a isso, alguns fatores de risco influenciam diretamente a susceptibilidade do indivíduo no desenvolvimento de uma DTA. Em relação aos patógenos, destaca-se a dose ingerida e a virulência; quanto ao hospedeiro, há de se considerar a idade, o estado imunológico, a higiene pessoal e, inclusive, a susceptibilidade genética como determinantes (FORSYTHE, 2013).

Desta forma, observa-se que a segurança dos alimentos é, sem dúvida, importante para a manutenção da saúde pública; no entanto, apesar de práticas e sistemas de monitoramento instalados em vários países, os casos de DTA ou surtos continuam recorrentes, se revelando um problema grave (MELO *et al.*, 2018).

A oferta de alimentos seguros é debatida constantemente entre as políticas sociais no Brasil. A segurança de alimentos para o consumo pelos brasileiros está incluída na definição de Segurança Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2013). A Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) consiste em garantir todas as condições de acesso a alimentos básicos seguros e de qualidade, em quantidade suficiente, de modo permanente e sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, com base em práticas alimentares saudáveis, contribuindo assim para a existência digna de um contexto de desenvolvimento integral da pessoa humana (BRASIL, 2006). No entanto, em locais onde os suprimentos alimentares são insuficientes, os mecanismos para lidar com a insegurança alimentar são frequentemente focados, principalmente no acesso a alimentos sem as devidas considerações de segurança (FAO, 2014).

As DTA são consideradas como um problema de saúde pública em nível mundial. Sabe-se que a ocorrência destas doenças está relacionada ao aumento

das populações, ao aumento de grupos populacionais vulneráveis ou mais expostos, ao processo de urbanização desorganizado, a necessidade de produção de alimentos em grande quantidade, exposição das populações a alimentos destinados ao pronto consumo coletivo (*fast-foods*), o consumo de alimentos em locais inadequados como vias públicas, a utilização de novas modalidades de produção, aumento do uso de aditivos na indústria alimentar e as mudanças nos hábitos alimentares (LANZA, 2018; ODEYEMI *et al.*, 2019).

Portanto, considerando a multiplicidade dos agentes etiológicos e os fatores determinantes para proliferação, associadas às mudanças ambientais e sociais, oferecem uma gama de possibilidades para a ocorrência das DTA. O controle higiênicossanitário nos locais em que os alimentos são manipulados constitui um ponto importante, uma vez que as contaminações podem acontecer de diferentes fontes e serem propagadas nas etapas de preparação do alimento.

## **Consumidores como manipuladores de alimentos**

A manipulação inadequada é identificada como a causa principal dos surtos alimentares e o manipulador de alimentos tem importância crucial, sobretudo, devido à falta e/ou má orientação e capacitação, pois no decorrer das etapas do processamento de produção de alimentos, ele pode favorecer a disseminação de micro-organismos deterioradores e/ou patogênicos (PAGOTTO *et al.*, 2018).

No Brasil, observa-se que há maior preocupação por parte do governo em regulamentar as práticas de segurança dos alimentos em serviços coletivos e comerciais de alimentação, mas não é de sua responsabilidade controlar as práticas alimentares nos domicílios (FARIAS *et al.*, 2020). Entretanto, pesquisas relataram que dentre os principais locais de ocorrência de surtos destacam-se, em ordem de importância: residências, seguidas de restaurantes/padarias, outras instituições (alojamento, trabalho), instituições de ensino, eventos e unidades de saúde (AMARAL *et al.*, 2021).

Os surtos de DTA que ocorrem em domicílios tendem a ser menos conhecidos porque envolvem menos pessoas, geralmente familiares (FARIAS *et al.*, 2020). Frequentemente, consumidores domésticos costumam interpretar erroneamente os sintomas de DTA ou os tratam como intercorrências transitórias e acabam não procurando os serviços de saúde para o tratamento médico (SOON *et al.*, 2020).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, 30 a 40% das DTA ocorrem nas residências e as pesquisas sobre as condições de segurança dos alimentos em cozinhas domiciliares ainda se mostram escassas. Algumas pesquisas (FARIAS *et al.*, 2020; SOON *et al.*, 2020) se propuseram a avaliar os fatores que contribuem para o aumento na incidência dos surtos de DTA em ambientes domésticos, tendo como ponto de partida a hipótese de que a falta de educação sobre saúde e segurança dos alimentos da população em geral é a principal causa das falhas higiênicas na manipulação de alimentos.

Um estudo realizado por Farias e outros (2020) teve como objetivo analisar as condições de segurança dos alimentos em cozinhas domiciliares do Distrito Federal, Brasil, a partir de um instrumento previamente validado composto por 77 itens (em quatro blocos). A pesquisa foi realizada com aplicação *in loco* com 226 manipuladores de alimentos na cozinha domiciliar. Dentre os resultados, os domicílios foram classificados com médio risco para contaminação ambiental de alimentos (75% de conformidades no total do instrumento aplicado). Constatou-se que a maioria dos manipuladores era do sexo feminino (64,6%), tinha ensino superior completo (29,2%) e faixa etária entre 45 e 59 anos (23,5%). De acordo com a classificação do instrumento, a amostra de cozinhas residenciais foi considerada de médio risco de contaminação alimentar (46,5% delas apresentaram de 51 a 75% de conformidades ao instrumento). Ademais, observou-se que a renda pode influenciar as condições de construção de casas e cozinhas. Espaços menores, materiais de construção mais baratos, menos tipos de equipamentos e utensí-

lios disponíveis são fatores relacionados à menor renda que podem influenciar na segurança dos alimentos. A baixa renda também pode influenciar o espaço para armazenamento de alimentos (FARIAS *et al.*, 2020).

Diferentemente de outros estudos com manipuladores de alimentos, o sexo, a idade e a escolaridade não interferiram na classificação de risco de contaminação; apenas a renda familiar influenciou no risco de contaminação dos alimentos. Porém, tal estudo (FARIAS *et al.*, 2020) não avaliou o conhecimento dos manipuladores domésticos envolvidos na produção de alimentos; portanto, não foi possível avaliar se as práticas incorretas estavam associadas à falta de conhecimento.

Outro estudo recente (SOON *et al.*, 2020), realizado na Malásia, objetivou investigar o conhecimento, as atitudes e práticas autorrelatadas sobre segurança dos alimentos entre manipuladores/consumidores domésticos. Foi realizada uma pesquisa *online* a partir de um modelo de equações estruturais relacionando conhecimento, atitudes e práticas. Os entrevistados demonstraram bom nível de conhecimento acerca de segurança dos alimentos e as atitudes e práticas autorreferidas foram positivas. Neste caso, como resultado, observou-se que o conhecimento de segurança dos alimentos tem uma relação negativa e insignificante com as práticas de segurança dos alimentos e a atitude apresentou relação significativa com as práticas de segurança dos alimentos. Curiosamente, as evidências indicam claramente que o conhecimento de segurança dos alimentos não afeta diretamente as práticas de segurança dos alimentos.

Apesar de outros estudos (MACHADO, CARVALHO, 2020; BRESSA, OLIVEIRA, 2019) indicarem uma associação direta entre a falta de conhecimento sobre segurança dos alimentos e as práticas inadequadas durante a manipulação de alimentos, alguns estudos (FARIAS *et al.*, 2020) têm demonstrado que o conhecimento por si só não é capaz de influenciar a prática. Este fato ocorre, pois, as práticas podem ser afetadas também por diversas interferências sociais como o

costume ou hábito, tradição e educação familiar, e percepções pessoais, que são capazes de moldar a atitude dos indivíduos, estando esta, em muitos casos, mais relacionada à prática do que o próprio conhecimento (FARIAS *et al.*, 2020).

Osaili *et al.* (2022) avaliaram conhecimento, as atitudes e as práticas entre mulheres manipuladoras de alimentos que estão envolvidas em comércio online de alimentos preparados em casa e observaram que estas possuíam baixo conhecimento, atitudes negativas e práticas inadequadas em relação à segurança alimentar com pontuação média de 22,6 em 42 pontos (53,8%).

Por outro lado, alguns estudos demonstraram que os consumidores possuem conhecimentos sobre as práticas de higiene dos alimentos, mas, este conhecimento não é refletido em práticas adequadas de manipulação (ISLAM *et al.*, 2022; HADDAD *et al.*, 2020).

De acordo com Farias e outros (2020), é importante destacar que o conhecimento sobre segurança dos alimentos refere-se à compreensão ou informação sobre os alimentos adquiridos através da experiência ou educação, enquanto a atitude consiste em um sentimento ou opinião sobre a segurança dos alimentos. Já a prática refere-se à ação ou aplicação da segurança dos alimentos. Desta forma, é possível perceber que nem sempre a atitude estará correlacionada ao conhecimento ou à prática. Neste sentido, avaliar estes três níveis pode contribuir para a identificação dos fatores determinantes que envolvem a prática ou manuseio inadequado dos alimentos por parte dos manipuladores. Na pesquisa de Luu *et al.* (2023) foi observado que o comportamento de segurança de alimentos dos consumidores do Vietnã foi influenciado por vários fatores como aspectos demográfico, motivação, constância na implementação de práticas de higiene e fatores facilitadores (ambiente, equipamentos, recursos).

A pesquisa autorrelatada pode ser um instrumento útil para a identificação dos fatores que afetam diretamente as práticas dos manipuladores de alimentos. Ainda que seja constatado um nível considerável de conhecimento por parte dos

manipuladores domésticos, as estratégias de orientação e capacitação sobre segurança dos alimentos devem ser incentivadas. É importante que o manipulador desenvolva atitudes coerentes e harmônicas com o conhecimento reconhecido cientificamente sobre as boas práticas de manipulação de alimentos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A elaboração de alimentos em residências pode apresentar riscos pois os alimentos preparados em casa não são regulamentados e assim não atendem necessariamente às boas práticas de manipulação. Dessa forma, podem ser suscetíveis a perigos biológicos, perigos químicos e perigos físicos. Além disso, cabe destacar que falhas na aplicação de práticas de higiene e cuidados básicos durante o preparo podem culminar na ocorrência de DTA. Estas inadequações no preparo de alimentos em cozinhas residenciais poderiam ser evitados por meio de estratégias de orientação e compartilhamento de conhecimento sobre manipulação de alimentos higiênica.

Para que a mobilização de indivíduos tenha êxito em fazê-los atuar organizadamente no desenvolvimento de ações efetivas que permitam a diminuição do impacto dos agravos na população, o processo educativo precisa ser criativo, participativo e contínuo. O processo de educação/orientação deve ser pautado em um conjunto de conhecimentos a ser construído entre os atores sociais, não se apresentando apenas como simples transferência de conhecimentos. Neste sentido, a educação em saúde deve buscar construir conhecimentos coletivamente para permitir a elaboração de alimentos seguros. Portanto, estratégias de orientação direcionadas à capacitação dos manipuladores domésticos de alimentos, devem ser desenvolvidas e incentivadas, a fim de que estes adquiram comportamentos seguros, o que pode contribuir para prevenção de surtos de DTA, diminuindo a sua incidência.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução nº 331, de 23 de dezembro de 2019. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 23 dez. 2019. Seção 1. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-331-de-23-de-dezembro-de-2019-235332272>>. Acesso em 02 fev. 2021.

AMARAL, S. M. B. *et al.* Panorama dos surtos de doenças transmitidas por alimentos no Brasil no período de 2009 a 2019. **Revista Científica Multidisciplinar**, v. 2, n. 11, 2021.

ARRUDA, K. B. **Um olhar sobre a percepção de risco de Doenças Transmitidas por Alimentos (DTA) entre manipuladores de alimentos - Revisão Bibliográfica**. Tese (Graduação em Nutrição) - Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá, p. 28. 2018.

BERTO, S. L. S. **Percepções de graduandos do curso de nutrição sobre a segurança alimentar: elaboração de atividades de ensino sobre produção de alimentos seguros**. Tese (Mestrado em Ensino em Biociências e Saúde) - Instituto Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, p. 134. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**, 1.ed., Brasília, 2013. Disponível em:<[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_alimentacao\\_nutricao.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf)>. Acesso em: 25 fev. 2021.

BRASIL. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN, com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 15 set. 2006. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual integrado de vigilância, prevenção e controle de doenças transmitidas por alimentos. 2. ed. Brasília. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Surtos de doenças transmitidas por alimentos no Brasil**. Brasília. Jul. 2018. Disponível em:< <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/julho/02/Apresentacao-Surtos-DTA-Junho-2018.pdf>>. Acesso em 27 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Surtos de doenças transmitidas por alimentos no Brasil**: Brasília. Maio 2019. Disponível em: <<https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2019/maio/17/Apresentacao-Surtos-DTA-Maio-2019.pdf>>. Acesso em 27 fev. 2021.

BRESSA, E. C.; OLIVEIRA, R. C. Práticas em higiene e manipulação de alimentos no ambiente doméstico de moradores de uma comunidade de Joinville (SC). **Redes**, n. 2, pp. 193-203, 2019.

CHIN, J. *El control de las enfermedades transmissibles*. 17. ed. Washington: OPS, 2001.

COSTA, C. P. **Boas práticas e prevenção de DTA emergentes desempenhadas por nutricionistas**. Tese (Graduação em Nutrição) - Faculdade Maria Milza. Governador Mangabeira, BA, p. 45, 2019.

FARIAS, A. S. *et al.* Food Safety Conditions in Home-Kitchens: a Cross-Sectional Study in the Federal District/Brazil. **Int. J. Environ. Res. Public Health** v. 17, 2020.

FORSYTHE, S. J. 2013. **Microbiologia da segurança dos alimentos**. Artmed, Porto Alegre.

FRANCO, B. D. G. M.; LANDGRAF, M. **Microbiologia dos alimentos**. São Paulo: Atheneu, 2008.

FOOD AND AGRICULTURAL ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS (FAO). **Food safety: A right or a privilege?** 2014. Disponível em: <<http://www.fao.org/food/food-safety-quality/events/projects/event/detail/en/c/266111/>>. Acesso em: 21/05/2019.

HADDAD, R. E. *et al.* Knowledge, Attitude and Practices of Lebanese Married Women towards Food Safety. **Atena Journal of Public Health**, v. 2, 2020.

ISLAM, M. N. *et al.* Food safety and handling knowledge and practices among university students of Bangladesh: A cross-sectional study. **Heliyon**, v. 8, 2022.

JÚNIOR, F. P. A. *et al.* Fatores que propiciam o desenvolvimento de *Staphylococcus aureus* em alimentos e riscos atrelados a contaminação: uma breve revisão. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 18, n. 1, pp. 89-93, 2019.

LANZA, J. *Food safety brazil. Surtos alimentares no Brasil*: dados atualizados em junho de 2018. 2019. Disponível em: <<https://foodsafetybrazil.org/surtos-alimentares-no-brasil-dados-atualizados-junho-de-2018-2/>>. Acesso em: 17 fev. 2021.

LUU, H.P., TRAN, T.T.H., TRUONG, T. X. Factors affecting consumers' food safety behavior in Vietnam. **Food Control**, v. 143, p.109294,2023.

MACHADO, L. D.; CARVALHO, A. C. M. Boas práticas no preparo de alimentos em domicílios. **Revista Higiene Alimentar**, v. 34, n. 291, 2020.

MELO, E. S. *et al.* Doenças transmitidas por alimentos e principais agentes bacterianos envolvidos em surtos no Brasil: revisão. **PUBVET**, v.12, n.10, a191, p.1-9, Out., 2018.

MORYA, S., AMOAH, A. E. D. D., SNAEBJORNSSON, S. O. Food poisoning hazards and their consequences over food safety. **Microorganism for Sustainable Environment and Health**, p. 383 - 400, 2020.

ODEYEMI, O. A. *et al.* Food safety knowledge, attitudes and practices among consumers in developing countries: An international survey. **Food Research International**, v. 116, p. 1386-1390, 2019.

OLIVEIRA, A. G. M. *et al.* Condições higiênico-sanitárias e perfil da comunidade microbiana de utensílios e mesas higienizadas de um serviço de alimentação localizado no Rio de Janeiro. **Brazilian Journal of Food and Technology**, Campinas, v. 22, e2018097, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. PANAFETOSA alerta que doenças transmitidas por alimentos podem ser evitadas com ações preventivas do campo à mesa. **OPAS/OMS**, 2022. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/7-6-2022-panaftosa-alerta-que-doencas-transmitidas-por-alimentos-podem-ser-evitadas-com>>. Acesso em: 10 jan. 2023.

OSAILI, T.M., AL-NABULSI, A.A., AL-JABERI, T.M. Food safety knowledge, attitudes, and practices among female food handlers engaged in home-based on-line food businesses in Jordan during the COVID-19 pandemic. **Heliyon**, v.8, n.8, p.10427, 2022.

PAGOTTO, H. Z. *et al.* Nível de conhecimento, atitudes e práticas dos manipuladores de alimentos em serviços de alimentação. **Demetra: Nutrição, Alimentação & Saúde**. v. 13, n. 1, p. 293-305, 2018.

ROLIM, F. C. *et al.* Conhecimentos sobre boas práticas em cozinhas domiciliares através de um questionário on-line. **Revista Ambientale**, v. 13, n. 1, 2021.

RUBY, G. E. *et al.* A cross sectional study on food safety knowledge among adult consumers. **Food Control**, v. 99, p. 98-105, 2019.

SAMPAIO, A. N. C. E. Food handling in the domestic environment: an online questionnaire study with respondents from 24 of 26 Brazilian states. **Braz J Vet Anim Sci**, n. 59, 2022.

SEIXAS, P.; MUTTONI, S. M. P. Doenças transmitidas por alimentos, aspectos gerais e principais agentes bacterianos envolvidos em surtos: uma revisão. **Revista de Nutrição e Vigilância em Saúde**, v. 7, pp. 23-30, 2020.

SOON *et al.* Structural equation modelling of food safety knowledge, attitude and practices among consumers in Malaysia. **Plos One**, n. 15, v. 7, 2020.

---

## CAPÍTULO 10

---

# PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA, TRÍADE: TERAPIA COMPRESSIVA, EXERCÍCIO FÍSICO E ALIMENTAÇÃO, UM CASO DE SUCESSO NO TRATAMENTO DAS ÚLCERAS VENOSAS

Cristina Marques Sousa

Luís Ferreira

## INTRODUÇÃO

A Enfermagem, para progredir na área científica e na área da prática clínica, não pode abdicar da visão holística e humanista do ser humano (SOUSA; SANTOS, 2007). Assim como a mente é inseparável do corpo, as atividades científicas de Enfermagem não devem ser divorciadas da sua prática clínica, devendo haver uma aproximação entre o contexto da prática e o contexto formativo (SOUSA; SANTOS, 2007).

Assim, a Prática Baseada na Evidência (PBE) é uma abordagem para resolução de problema, para a tomada de decisão que incorpora a busca da melhor e mais recente evidência, (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Esta evidência pode ser científica ou clínica, quando deriva do profissional e pode ser também dos valores e preferências do paciente, dentro do contexto do cuidado, (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Envolve a definição de um problema, a busca, a avaliação crítica das evidências disponíveis, a implementação das evidências na prática e a avaliação dos resultados obtidos, (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A PBE propõe que os problemas clínicos que emergem da prática assistencial, do ensino ou da pesquisa, sejam decompostos e organizados por meio da estratégia PICO (acrônimo para P: população/pacientes; I: intervenção; C: comparação/controle; O: desfecho/outcome). A Estratégia PICO, pode ser utilizada para construir questões de pesquisa de natureza diversa, oriundas da clínica, do gerenciamento de recursos humanos e materiais, da busca de instrumentos para avaliação de sintomas entre outras (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007). Assim, e recorrendo à estratégia PICO, pretendemos com este caso clínico responder à questão: de que forma a terapia compressiva, aleada ao exercício físico (EF) e à alimentação, podem fazer a diferença no tratamento de um utente com úlcera venosa (UV).

Os cuidados de enfermagem a este utente, foram planeados e desenvolvidos segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Assim, durante o processo de tratamento, foi decisivo implicar o utente e responsabilizá-lo pelas atitudes que possa vir a tomar e que possam prejudicar a cicatrização da úlcera, trabalhar em equipa e adaptar as prescrições de enfermagem relativamente à técnica e aos produtos utilizados, consoante os diagnósticos de enfermagem ativos. Deste modo, o presente estudo visa: i) Identificar, avaliar e refletir sobre as vantagens da tríade: terapia compressiva, alimentação e EF no tratamento do utente com UV; ii) Refletir sobre a necessidade de planear cuidados ao utente com úlcera venosa tendo em conta uma visão holística do utente; iii) avaliar o estado de saúde do utente tendo em conta a evolução da úlcera e os tratamentos instituídos.

Este estudo mostra-se pertinente porque as feridas dos membros inferiores representam um importante problema de saúde pública para os pacientes, para o sistema de saúde e para a sociedade em geral (BERENGUER PÉREZ *et al.*, 2019). Esta patologia acarreta custos elevados em termos económicos e de tempo dedicado, levando a um aumento no número de consultas de enfermagem, principalmente nos cuidados de saúde primários (BERENGUER PÉREZ *et al.*, 2019).

A prevalência de feridas crónicas aumenta com a idade e a sua incidência é maior em mulheres acima dos 65 anos. Pelo menos 10% da população mundial desenvolverá uma ferida crónica durante a vida e a taxa de mortalidade relacionada a essas lesões é de 2,5%. Por conseguinte, apenas 20% dos casos curam em menos de 3 meses, 50% demoram mais de 1 ano para cicatrizar, 20% demoram mais de 2 anos e os 10% restantes nunca cicatrizam (BERENGUER PÉREZ *et al.*, 2019; FINLAYSON; EDWARDS; COURTNEY, 2009; SALLAM; EL GHAWEET; REGAL, 2017). Essa cronicidade acarreta altos custos para a sociedade e para o sistema de saúde, enquanto a qualidade de vida dos utentes é afe-

tada, tornando o problema, mais do que meramente económico, (BERENGUER PÉREZ *et al.*, 2019; FINLAYSON; EDWARDS; COURTNEY, 2009; SALLAM; EL GHAWEET; REGAL, 2017). Na Europa, o custo do tratamento da UV da perna, representa aproximadamente 1% do orçamento global (BERENGUER PÉREZ *et al.*, 2019).

Em Portugal, segundo a Portaria n.º 839-A/2009 (Ministério da Saúde), o custo médio de tratamento de uma UV é de 3.159,22 €. Esse custo é claramente aumentado se tivermos em conta que as UV: i) levam à suspensão temporária da atividade profissional; ii) afetam 55% da população; iii) levam a 1 milhão de dias de trabalho perdidos por ano; iv) são responsável por 21% de mudanças de posto de trabalho e v) contribui em 8% para as reformas antecipadas (VAZ; CUNHA; AFONSO, 2021).

As UV da perna são definidas como um tipo de feridas que podem ser crónicas e que se desenvolvem na perna, no pé ou em áreas acometidas por hipertensão venosa, são feridas de longa duração, também consideradas feridas complexas e de difícil cicatrização (VAZ; CUNHA; AFONSO, 2021; NUNES *et al.*, 2019). Essas úlceras, são um problema de saúde pública e causam dor frequente, edema, principalmente na região dos tornozelos e pés, perda de mobilidade, comprometimento das atividades de vida diária, trabalho e lazer, (VAZ; CUNHA; AFONSO, 2021; NUNES *et al.*, 2019). Sintomas como dor, odor e exsudado podem afetar muitos aspetos da vida das pessoas com UV, como sono e relacionamentos, influenciando negativamente a qualidade de vida e aumentando a aflição vivenciada por essas pessoas (NUNES *et al.*, 2019; FINLAYSON; EDWARDS; COURTNEY, 2009).

O tratamento da UV é multidimensional, inclui i) intervenções educativas, ii) repouso com elevação do membro afetado, iii) EF, iv) terapia de compressão, v) nutrição, vii) cuidados com a pele perilesional, viii) e terapia tópica (NUNES *et al.*, 2019; FINLAYSON; EDWARDS; COURTNEY, 2009).

As UV representam aproximadamente 70% de todas as úlceras crônicas do membro inferior e são o resultado de insuficiência venosa crônica (IVC) ou doença venosa na parte inferior da perna. A IVC é uma disfunção do sistema venoso que ocorre como resultado de um comprometimento da bomba muscular do gastrocnêmio (O'BRIEN *et al.*, 2017). A disfunção da bomba muscular do gastrocnêmio está associada à redução da amplitude de movimento do tornozelo, que é um fator de risco para cicatrização retardada de UV (O'BRIEN *et al.*, 2017; KELECHI *et al.*, 2020).

Assim, o exercício que visa a força e a mobilidade da articulação tibio-társica pode levar à melhoria na função da bomba muscular do gastrocnêmio e subsequente cicatrização das UV (O'BRIEN *et al.*, 2017; KELECHI *et al.*, 2020). O exercício de resistência progressiva, a terapia compressiva e a elevação da perna auxiliam na cicatrização da UV, reduzindo a dor e o edema e prevenindo a recorrência da úlcera (JINDAL *et al.*, 2018). A terapia de compressão é a pedra angular do tratamento em pacientes com UV, sendo estabelecida como um conceito simples que emprega uma pressão externa ao membro, que por sua vez melhora a hemodinâmica venosa (JINDAL *et al.*, 2018). A compressão reduz o edema, recupera o refluxo venoso, melhora a cicatrização da úlcera e reduz a dor com uma taxa de sucesso de 30 a 60% em 6 meses e de 70 a 85% após 1 ano (JINDAL *et al.*, 2018).

A terapia compressiva deve ser usada não só como tratamento, mas também como método preventivo das UV (FINLAYSON; EDWARDS; COURTNEY, 2009) e a terapia de compressão multicamada oferece uma ação mais eficaz do que outros métodos, permitindo ao utente uma maior liberdade e consequente continuidade do tratamento (NUNES *et al.*, 2019; FINLAYSON; EDWARDS; COURTNEY, 2009; SALLAM; EL GHAWEET; REGAL, 2017).

Contudo, é vital selecionar um sistema de compressão adequado a cada doente, com vista aos melhores resultados (VAZ; CUNHA; AFONSO, 2021).

A avaliação e decisão deve assentar em 4 parâmetros: i) Condição clínica do doente (comorbilidades e possíveis fatores secundários que possam contribuir para o edema e/ou ulceração); ii) Presença de edema (para identificar o sistema de compressão mais adequado); iii) Estado da ferida (ex.: tamanho da ferida e nível de exsudado); iv) Estilo de vida do doente e as suas capacidades (ex.: nível de mobilidade e capacidade de autocuidado) (VAZ; CUNHA; AFONSO, 2021).

O suporte nutricional tornou-se uma estratégia relevante no cuidado multidisciplinar de pacientes com úlceras, e a terapia nutricional, deve ser parte integrante de qualquer plano de tratamento (NUNES *et al.*, 2019; KELECHI *et al.*, 2020; HAUGHEY; BARBUL, 2017; BAUER; ISENRING; WATERHOUSE, 2013). Acredita-se amplamente que a falta de nutrição adequada aumenta o risco de desenvolver feridas, aumentando a probabilidade de evoluir para a cronicidade devido à falta de respostas de cicatrização adequadas (HAUGHEY; BARBUL, 2017). Portanto, o diagnóstico tardio, a terapia e profilaxia da desnutrição, a dor, bem como a saúde bucal, podem ser identificados como fatores de risco significativos para a desnutrição em pacientes crónicos e elementos importantes da terapia de feridas (HERBERGER *et al.*, 2020; BAUER; ISENRING; WATERHOUSE, 2013).

Dietas com alto teor de proteína, vitamina C, Zinco e arginina levam a uma melhor cicatrização (BAUER; ISENRING; WATERHOUSE, 2013). O metabólito da leucina ( $\beta$ -hidroxi  $\beta$  metilbutirato (HMB)), aumenta a massa muscular e é mais eficaz quando acompanhado com EF, promovendo um efeito cicatrizante significativo em indivíduos com diminuição da perfusão dos membros, conforme medido pelos índices tornozelo-braquial (HAUGHEY; BARBUL, 2017; HERBERGER *et al.*, 2020).

A deficiência de vitamina C tem importância histórica para a cicatrização de feridas devido à sua relação com o escorbuto, que tem como elemento central uma falha na síntese e reticulação do colagénio, (HAUGHEY; BARBUL, 2017).

O ácido ascórbico é um co-substrato específico para as enzimas 4-prolil hidroxilase e lisilhidroxilase e bioquimicamente, é um agente redutor necessário para a conversão de prolina e lisina em hidroxiprolina e hidroxilisina, que são essenciais para a reticulação do colagénio e aumento da resistência mecânica (HAUGHEY; BARBUL, 2017).

Por outro lado, o zinco é o elemento mais conhecido para cicatrização de feridas, tem sido usado empiricamente em condições dermatológicas há séculos (HAUGHEY; BARBUL, 2017). O zinco é essencial para a cicatrização de feridas em animais e humanos, surge como um cofator para RNA e DNA polimerase e conseqüentemente está envolvido na síntese de DNA, síntese de proteínas e proliferação celular (HAUGHEY; BARBUL, 2017).

Ao longo deste caso clínico vamos tentar mostrar que, as modificações dietéticas, a melhoria nutricional, a redução de peso e a manutenção de um estado cardíaco saudável com um forte apoio psicossocial aliado à responsabilização da utente no tratamento, ajudam na cicatrização da UV melhorando a qualidade de vida dos utentes.

## **METODOLOGIA**

O presente estudo é uma pesquisa de índole descritiva, experimental, analítica e transversal, mais concretamente um estudo de caso, uma vez que consiste em investigar aprofundadamente um indivíduo (FORTIN; CÔTÉ; FILION, 2006).

Este tipo de investigação tem como propósito estudar um caso que é reconhecido como especial, procurando associar a evolução de um fenómeno a uma intervenção. Uma das características do estudo prende-se com a possibilidade de obter informação detalhada sobre um fenómeno novo, com a salvaguarda de os resultados não poderem ser generalizados a outras populações ou situações (FORTIN; CÔTÉ; FILION, 2006).

A colheita de dados para este estudo foi realizada em contexto clínico, de 20/01/2022 a 16/08/2022, assim achamos importante descrever a **situação clínica**: Utente do Sexo F, 71 anos de idade, independente nas atividades de vida diárias (AVDs), a 20/01/2022 apresentava 3 UV no 1/3 inferior da perna esquerda, que circundavam quase a totalidade do membro (Figura 1), com 3 meses de evolução e segundo a utente sem melhoria. A utente era seguida na Consulta Externa de Cirurgia Vascular e nas consultas de tratamento de enfermagem na sua unidade de saúde familiar (USF). No 1º contacto com o investigador a 20/01/2022 as UV apresentavam bordos assimétricos, diâmetros com cerca de UV1 (7cm), UV2 (5cm) e UV3 (3cm) cm com fibrina a cobrir quase a totalidade da sua extensão e exsudado seroso abundante, com ligeiros sinais inflamatórios. O membro apresentava coloração arroxeadada e edema no 1/3 inferior.

Associado ao problema descrito a utente apresentava fatores de risco cardiovascular (FRCV): Hipertensão desde 25/08/2021, dislipidemia, diabetes recentes ≤ 6meses, antecedentes de Acidente Vascular Cerebral (AVC) com flebite/tromboflebite a 16/11/2006, obesidade desde 16/10/2011, apneia do sono moderada, mas com dessaturação significativa, já sob pressão positiva automática nas vias aéreas (APAP), vigiada na consulta de Hipocoagulação com tratamento oral instituído desde 06/05/2019.

**Terapêutica diária instituída:** Varfarina,5mg; furosemida,40mg; etodolac,400mg; amissulprida,50mg; desmopressina,0,12mg; rosuvastatina,20mg; lorazepam,2,5mg; bisoprolol,2,5mg; venlafaxina,150mg; valsartan,80mg; paracetamol, 1000mg SOS; calecalciferol,22400u.i.

**Focos de atenção/diagnósticos de enfermagem identificados:** i) Úlcera venosa ativa; ii) apresenta capacidade para gerir o regime medicamentoso, dietético e de exercício; iii) apresenta conhecimento sobre o regime medicamentosos, mas era necessário intervir no regime dietético e de exercício, referia dor intensa (8) avaliada pela escala visual analógica- EVA (BATALHA, 2016), no local da

úlceras; iv) risco de infecção e depressão, porque devido à existência do penso a utente limitava-se das suas atividades sociais, sentindo-se diminuída no seu grupo de pares.

**Avaliação e monitorização da ferida:** Realizada através da observação direta, e recolha fotográfica, atendendo ao tratamento utilizado e a uma grelha de avaliação constituída por seis parâmetros: extensão, largura, profundidade, aparência, exsudado e dor (SOUSA; SANTOS, 2007).

Para aplicação segura da terapia compressiva recorreu-se à avaliação inicial do Índice de Pressão Tornozelo-Braquial (IPTB), (VAZ; CUNHA; AFONSO, 2021) respeitando assim o parecer N.º 01 / 2012 da ordem dos enfermeiros para aplicação de terapia compressiva em doentes com UV.

**Avaliação do estado geral da utente:** Estabelecido um diagnóstico inicial de saúde, segundo a CIPE, esses dados foram monitorizados em dois tempos (avaliação inicial e avaliação final). Foram ainda monitorizados os dados antropométricos: Peso, Altura, Índice de Massa Corporal (IMC); Dados hemodinâmicos: Tensão Arterial (TA) e os dados analíticos: Glicose, Hemoglobina glicosilada (HbA1c), Colesterol Total, Colesterol High Density Lipoproteins (HDL), Triglicéridos e International Normalized Rate (INR) nesse mesmo período.

Durante o processo de tratamento, as prescrições de enfermagem relativamente à técnica e aos produtos utilizados foram sendo adaptados consoante os diagnósticos de enfermagem ativos. Conscientes que o complexo tratamento desta patologia passa por uma abordagem holística do paciente, foram instituídas medidas não farmacológicas e farmacológicas.

*Tratamento não farmacológico utilizado:* 1) Aplicada terapia compressiva com sistema multicamadas (4 camadas): 2x/semana na fase inicial do tratamento, e 1x/semana após 30/03/2022; 2) Monitorização das características das feridas em 4 momentos: (20/01/2022; 30/03/2022; 28/06/2022 e 16/08/2022); 3) Estabe-

lecido contrato verbal com a utente desde a 1ª reavaliação das feridas, que data de 30/03/2022 o que nos permitiu responsabilizá-la por eventuais atos realizados que pudessem prejudicar diretamente a evolução da cicatrização; 4) Monitorização inicial/final dos valores de: Peso, IMC, TA, Glicose, HbA1c, colesterol total, HDL, triglicérides e INR; 5) Pedida a colaboração de um especialista na área da prescrição do EF, o que permitiu estabelecer o plano de treino personalizado, apresentado na Tabela 1 e 2. A utente, efetuou um programa de EF resistido e domiciliário, progressivo, durante 12 semanas. Os exercícios foram realizados, sem recurso a qualquer tipo de equipamento de treino adicional e como complemento foi incluída marcha como exercício de resistência cardiorrespiratória (Tabela 2).

**Tabela 1.** Plano de treino personalizado-exercícios resistidos

Periodização	Séries	Repetições	Pausa	Frequência (sessões/dia)	Frequência (sessões /semana)	Metodologia
<b>Semana 1-2</b>		10	45''			
<b>Semana 3-4</b>	2/3	15	40''	3 x dia	¾	Elevação de calcanhares Sentada
<b>Semana 5-6</b>		20	35''			
<b>Semana 7-8</b>		25	30''			
<b>Semana 9-10</b>		10	45''			
<b>Semana 11-12</b>	3	15	40''	3 x dia	4/5	Elevação de calcanhares de pé (bilateral)
<b>Semana 13-14</b>		20	35''			
<b>Semana 15-16</b>		25	30''			
<b>Semana 17-18</b>		10	45''			
<b>Semana 19-20</b>	3/4	15	40''	3 x dia	5/6	Elevação de calcanhares de pé (unilateral)
<b>Semana 21-24</b>		20	35''			
<b>Semana 25-28</b>		25	30''			

**Tabela 2.** Plano de treino personalizado - exercício cardiorrespiratório

Periodização	Frequência (sessões/semana)	Intensidade (%FC <sub>reserva</sub> )	Duração (minutos)
<b>Semana 1</b>	3	40-50	15-20
<b>Semana 2</b>	3-4	40-50	20-25
<b>Semana 3</b>	3-4	50-60	20-25
<b>Semana 4</b>	3-4	50-60	25-30
<b>Semana 5-7</b>	3-4	60-70	25-30
<b>Semana 8-10</b>	3-4	60-70	30-35
<b>Semana 11-13</b>	3-4	65-75	30-35
<b>Semana 14-16</b>	3-5	65-75	30-35
<b>Semana 17-20</b>	3-5	70-85	35-40
<b>Semana 21-24</b>	3-5	70-85	35-40
<b>Semana &gt;25</b>	3-5	70-85	30-45

Legenda: FC (Frequência Cardíaca);  $FC_{reserva} = FC_{máxima} - FC_{repouso}$ ;  $FC_{máxima} = 206,9 - (0,67 \times idade)$

Aconselhada a realizar uma dieta: a) Hipossódica, retirando da sua alimentação enchidos, fritos, fiambre, queijos (exceto o queijo fresco), e outros alimentos que possam conter doses elevadas de cloreto de sódio; b) Pobre em óleos e gorduras, legumes e verduras principalmente os de cor verde-escuro (ex.: agriões, espargos, couve espinafres, salsa...), citrinos, chá preto, chá verde ou feitos à base de folhas verdes porque uma vez ingeridos aumentam os níveis de vitamina K que por sua vez reduz a ação dos anticoagulantes orais. C) Restritiva no consumo excessivo de bebidas alcoólicas e de suplementos ricos em Vitamina E, K e C.3

*Tratamento farmacológico:* 1) Durante os 7 meses de tratamento a utente foi aconselhada a manter a sua terapêutica habitual, aumentar a dose de furose-mida de 40mg para 80mg/dia reduzindo assim o edema evidente nos primeiros 2 meses de tratamento, documentado pelo exsudado apresentado pelas feridas (Tabela 4), e pelas 2 primeiras imagens apresentadas (Figura 1); 2) Mantêm tera-pêutica instituída, assim como vigilância periódica dos valores de INR em con-sultas hospitalares, com ajuste de medicação; 3) Ajuste no material utilizado na realização do penso de acordo com a avaliação realizada às feridas (Tabela 4).

## **RESULTADOS**

**A 20 de janeiro de 2022:** Realizados pensos às 3 UV do membro inferior esquerdo. Avaliado IPTB = 1,02 normal, iniciado tratamento com aplicação de terapia compressiva com sistema multicamada, realizada colheita de dados e ela-borado o plano de cuidados de enfermagem. Detetados os focos de atenção onde era necessário intervir para cicatrizar as feridas, (Tabela 3). Os resultados apre-sentados na tabela 3 dizem respeito aos valores obtidos relativamente ao estado inicial e final da utente.

Assim, inferimos pela observação dos resultados da Tabela 3 que durante os 7 meses de tratamento foram resolvidos com avaliação positiva, a maioria dos focos de atenção diagnosticados inicialmente, o que permitiu maior qualidade de vida à utente e os tão desejados ganhos em saúde.

**Tabela 3.** Evolução do Diagnóstico de Enfermagem (CIPE)

Diagnóstico de Enfermagem (CIPE) Foco de Atenção	Avaliação Inicial (20/01/2022)	Avaliação Final (16/08/2022)
Úlcera Venosa	Ativo	Sem ferida
Capacidade para gerir regime de exercício	3	3
Capacidade para gerir regime medicamentoso	3	3
Capacidade para gerir regime dietético	3	3
Conhecimento sobre regime de exercício	0	3
Conhecimento sobre regime medicamentoso	3	3
Conhecimento sobre regime dietético	0	3
Dor por ferida	8	0
Risco de infeção da úlcera	Sim	Não
Risco de depressão	Sim	Não

Legenda: 3-Valor máximo de capacidade/conhecimento; 0-Sem capacidade/conhecimento; 8- Dor Intensa (EVA=8)

Fonte: Próprio autor

Foram avaliados os dados antropométricos (Peso, IMC) e hemodinâmicos (TA), transcritos os registos analíticos da última consulta de cirurgia vascular, e os registos de INR do último controle realizado a nível Hospitalar (Tabela 5). As feridas apresentavam as características descritas na Tabela 4 e Figura 1, e o penso foi realizado com uma periodicidade de 2x/semana utilizando a seguinte técnica: lavagem do membro com água corrente e sabão neutro; limpeza da ferida com Prontosan; aplicação de penso de carvão ativado com prata e espuma de poliuretano para controlo do exsudado.

**De 20 de janeiro a 30 de março de 2022:** as feridas evoluíram favoravelmente, mas não tão rápido como esperado, mantinham algum exsudado (Tabela 4) e a utente referia dor nível 5 (EVA). Foi utilizado o mesmo tratamento às UV, (UV1, UV2 e UV3) e foram identificadas 3 intercorrência que de certa forma atrasaram a sua cicatrização: a) queda da utente a 18/03/2022 com sintomatologia no joelho esquerdo, que após realização de tomografia axial computadorizada (TAC) foi diagnosticado osteoartrose associada, b) alteração do tipo de penso efetuado: a (26/02/2022) na consulta externa de cirurgia vascular e de (06/03 a 13/03/2022) por ausência da enfermeira investigadora.

**A 30 de março de 2022:** As úlceras foram reavaliadas (Tabela 4, Figura 1), foi estabelecido contrato verbal com a utente o que permitiu responsabilizá-la no tratamento. Assim, começou a cumprir a dieta alimentar instituída com o objetivo de reduzir o peso e o consumo de alguns alimentos tal como já lhe tinha sido informado nos tratamentos anteriores, mas que a mesma até à data não cumpria. Porque acreditamos que o EF é um aliado na cicatrização deste tipo de úlceras foi encaminhada para um professor de educação física, especialista na área da prescrição do EF e iniciou o plano de treino personalizado (Tabela 1 e 2). As feridas apresentavam as características descritas na Tabela 3 e na Figura 1, o penso porque ainda apresentava algum exsudado continuou a ser realizado com uma periodicidade de 2x/semana utilizando a seguinte técnica: Lavagem do membro com água corrente e sabão neutro; limpeza da ferida com Prontosan; alterado tratamento para apósito de espuma hidrocélular com interface de contato de silicone uma vez que a ferida já não apresentava fibrina nem odor.

**A 28 de junho de 2022:** As úlceras foram novamente reavaliadas e os resultados foram surpreendentes (Tabela 4, Figura 1), o membro apresentava-se sem sinais de edema, a UV3 estava cicatrizada, e nas UV1 e UV2 já não existia

exsudado, sendo que as suas dimensões reduziram consideravelmente (Tabela 4). O penso começou a ser realizado 1x/semana, mantida terapia compressiva e lavagem do membro com água corrente e sabão neutro; limpeza da ferida com Prontosan; alterado tratamento para compressa impregnada com iodopovidona. A utente já não referia dor no membro, apresentava-se muito mais motivada e ativa, mantinha os cuidados alimentares e os treinos personalizados.

**A 16 de agosto de 2022:** Após 7 meses do início do estudo, as UV foram dadas como cicatrizadas (Tabela 4, Figura 1), a utente apresentava uma qualidade de vida muito superior comparada com a apresentada no início do estudo tal como podemos verificar pela análise comparativa dos resultados iniciais e finais (Tabela 3). Mantinha a prática regular de EF, os cuidados alimentares, aprendeu a reconhecer a necessidade de aplicação de creme hidratante e da vigilância constante da pele, retomando o uso diário da meia elástica para prevenção de recidiva.

A tabela 4 sintetiza os resultados da avaliação das UV, nos quatro momentos do estudo, o que permitiu perceber a evolução positiva relativamente a alguns parâmetros avaliados: i) extensão; ii) profundidade; iii) aspeto dos bordos; iv) quantidade de exsudado; v) aparência; vi) percepção de dor por parte da utente.

De referir que a partir da 2<sup>a</sup> avaliação (30/03/2022), os resultados em termos de cicatrização da ferida foram mais evidentes, coincidindo com o início dos treinos personalizados de EF e com o cumprimento rigoroso da dieta alimentar por parte da utente.

**Tabela 4.** Grelha de avaliação das úlceras venosas

Grelha de Avaliação das Úlceras Venosas							
Data	Ident.	Ext.	Larg.	Prof.	Aparência	Exsudado	Dor (EVA)
20/01	UV1	7cm	3cm	1,5cm	Bordos irregulares, fibrina em 90% da ferida	Seroso e abundante	8
	UV2	5cm	2cm	1,5cm	Bordos irregulares, fibrina em 90% da ferida	Seroso e abundante	8
	UV3	3cm	2cm	1,5cm	Bordos irregulares, fibrina em 90% da ferida	Seroso e abundante	8
30/03	UV1	5cm	2cm	1cm	Coloração Vermelha	Sero-hemático em pequena quantidade	5
	UV2	2,5cm	2cm	1cm	Coloração Vermelha	Sero-hemático em pequena quantidade	5
	UV3	1cm	1cm	0,5cm	Coloração Vermelha	Ausente	4
28/06	UV1	2cm	1cm	0,5cm	Coloração Vermelha, bordos rosados	Ausente	0
	UV2	1cm	1cm	0,5cm	Coloração Vermelha, bordos rosados	Ausente	0
	UV3	0cm	0cm	0cm	Bordos rosados	Ausente	0
16/08	Sem Úlceras	0cm	0cm	0cm	Cicatrizada	Não se aplica	0

Legenda: UV1- Úlcera venosa 1; UV2- Úlcera venosa 2; UV3- Úlcera venosa 3; EVA- Escala Visual e analógica de dor.

Fonte: Próprio autor

A tabela 5 permite descrever, comparar e analisar a evolução dos resultados antropométricos/analíticos da utente no momento inicial e final do estudo. Pela análise da tabela, podemos observar que o peso da utente, durante o tratamento, reduziu 5kg, diretamente relacionado com o IMC que baixou de 34,3 para 32,4. O mesmo aconteceu com os valores de TA (sistólica reduziu 7mmHg e diastólica

reduziu 2mmHg). Relativamente aos valores de glicose diária, os mesmos diminuíram em 15mg/dl, o que originou uma redução de 0,5% nos valores de HbA1c. O colesterol total reduziu 49mg/dl e os triglicerídeos 58 mg/dl, o que permitiu parar com a toma da rosuvastatina, 2 reduzindo assim o RCV.

**Tabela 5.** Evolução dos Dados Antropométricos/hemodinâmicos e analíticos da Utente

Avaliação da Utente Dados antropométricos/analíticos	Avaliação Inicial (20/01/2022)	Avaliação Final (16/08/2022)
Peso	93kg	88kg
IMC	34,3	32,4
TA	143/89mmhg	136/87mmhg
Glicose	143mg/dl	128mg/dl
HbA1c	6,6%	6,1%
Colesterol Total	240mg/dl	191mg/dl
HDL	67mg/dl	91mg/dl
Triglicerídeos	210mg/dl	152mg/dl
INR	2,81	1,7

Legenda: IMC- Índice de Massa Corporal; TA- Tensão Arterial; HDL- High Density Lipoproteins (Bom Colesterol); INR- International Normalized Ratio

Fonte: Próprio autor

A figura 1 reporta fotograficamente a evolução das úlceras com a sua total cicatrização a 16/08/2022, o que acontece aproximadamente 7 meses após o diagnóstico inicial.

**Figura 1.** Evolução das úlceras

Fonte: Próprio autor

Legenda: <sup>1</sup> UV1; <sup>2</sup> UV2; <sup>3</sup> UV3

## DISCUSSÃO

Após a pesquisa bibliográfica realizada e da apresentação dos resultados do estudo de caso, pensamos que ficaram bem patentes os benefícios do trabalho em equipa e da abordagem multidisciplinar no tratamento dos utentes com UV. Entendemos ter sido possível estabelecer esta simbiose nos resultados positivos encontrados no nosso estudo, que se encontram em concordância com a maioria da bibliografia referenciada.

O início dos treinos personalizados de EF, combinados com a aplicação da terapia compressiva por multicamada e o cumprimento rigoroso da dieta alimentar por parte da utente, mostraram resultados evidentes de melhoria na cicatrização das UV (Figura 1) a partir da 2ª avaliação (30/03/2022). Os mesmos resultados foram encontrados no estudo realizado por Sallam *et al*, (2017), um ensaio clínico randomizado, prospetivo e controlado que tinha como objetivo avaliar o valor adicional de exercícios terapêuticos como tratamento adjuvante

para UV crônicas da perna a 72 pacientes no domicílio. O mesmo resultado foi encontrado no estudo realizado por Nunes *et al.*, (2019), um ensaio clínico aberto, randomizado e controlado a 28 pacientes, em que todos os participantes realizaram atividade educativa, realizaram EF, descansaram com as pernas elevadas, e receberam suplementação oral. Estes pacientes quando comparados com o grupo controle, cicatrizaram muito mais rápido as suas feridas.

Uma revisão da Cochrane realizada por Jindal *et al.*, (2018), revelou que a compressão aumenta a taxa de cicatrização da úlcera; os sistemas de multicamadas são mais eficazes do que os sistemas de ligadura elástica simples e de componente único, diretamente relacionado com o método de compressão utilizado na nossa utente.

Tudo isto, acompanhado da dieta alimentar, permitiu um maior aporte nutricional em termos de proteínas, Zinco, vitamina C e D o que acelerou a cicatrização das UV, e que vai de encontro com os resultados encontrados na maioria dos estudos e, em particular nos realizados por Haughey & Barbul, (2017); Herberger *et al.* (2020); Bauer *et al.* (2013). Estes autores referem que o suplemento de zinco em pacientes com baixos níveis de zinco, melhora o processo de cicatrização de feridas. Além disso, altos défices de vitamina C e D foram encontrados em pacientes com UV. Portanto, dietas ricas nessas vitaminas devem ser utilizadas para melhorar a cicatrização de feridas.

A melhoria no estado geral da saúde da nossa utente, é evidenciada nos resultados da avaliação final (Tabela 3) do nosso estudo. Consequentemente o aumento de conhecimentos relativamente ao regime dietético e de EF permitiu-lhe melhorar a sua literacia em saúde e consequentemente aumentar a sua autoestima e reduzir o risco de depressão. Resultados idênticos foram encontrados nos estudos realizados por Nunes *et al.* (2019) e Finlayson *et al.* (2009, os quais

referem que a perda da mobilidade leva ao comprometimento das atividades de vida diária, trabalho, lazer e a sintomas como dor, odor e exsudado, relacionados com a existência de UV podem alterar o sono e os relacionamentos, influenciando negativamente na qualidade de vida e aumentando a aflição vivenciada por essas pessoas.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O tratamento das UV representa um desafio terapêutico significativo, sendo a avaliação abrangente do paciente e da úlcera necessária para determinar a etiologia e estruturar um plano de tratamento adequado. Embora várias opções de tratamento estejam disponíveis para UV, há uma evidência inconsistente para apoiar o seu uso. A terapia de compressão é a base da abordagem de tratamento para UV, mas estamos convictos pelos resultados do nosso estudo, que a abordagem multidisciplinar, incluindo a história detalhada, exame físico, o diagnóstico, a educação adequada do paciente em relação à dieta, a modificação do estilo de vida e a implicação da utente no tratamento, responsabilizando-a por eventuais atitudes que possam retardar a cicatrização das UV, fez a diferença no seu tratamento.

Este estudo de caso mostrou que os utentes que aderem a programas de EF e ao apoio nutricional como um tratamento adjuvante aos cuidados habituais, são significativamente mais propensos à cura. Convictos que conseguimos responder aos objetivos a que nos propusemos e à questão norteadora do estudo: “... de que forma a terapia compressiva, aliada ao EF e à alimentação podem fazer a diferença no tratamento de um utente com UV...”, acreditamos estar no caminho certo, e que conseguimos refletir sobre as vantagens de uma abordagem holística do utente, no tratamento da UV. Estamos conscientes que a prevenção deste tipo de feridas é multifacetada e se reverter a desnutrição é já uma tarefa árdua, o tratamento de feridas relacionadas com o estado de nutrição e com as mudanças no estilo de vida, continua a ser um grande desafio clínico.

## REFERÊNCIAS

BATALHA, L. M. da C. Avaliação da dor: Manual de estudo. **Tratamento da Dor na Clínica**, v. 1, n. 1, p. 1–44, 2016.

BAUER, J. D.; ISENRING, E.; WATERHOUSE, M. The effectiveness of a specialised oral nutrition supplement on outcomes in patients with chronic wounds: A pragmatic randomised study. **Journal of Human Nutrition and Dietetics**, v. 26, n. 5, p. 452–458, 2013.

BERENGUER PÉREZ, M. *et al.* Epidemiology of venous leg ulcers in primary health care: Incidence and prevalence in a health centre—A time series study (2010-2014). **International Wound Journal**, v. 16, n. 1, p. 256–265, 2019.

DE SOUSA, P. M. L.; SANTOS, I. M. S. Taking care of the person with a surgical wound: case-study [Portuguese]. **Revista de Enfermagem Referência**, n. 4, p. 25–33, 2007.

FINLAYSON, K.; EDWARDS, H.; COURTNEY, M. Factors associated with recurrence of venous leg ulcers: A survey and retrospective chart review. **International Journal of Nursing Studies**, v. 46, n. 8, p. 1071–1078, 2009.

FORTIN, MARIE-FABIENNE; CÔTÉ, JOSÉ; FILION, F. **Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação**, 2006.

HAUGHEY, L.; BARBUL, A. Nutrition and Lower Extremity Ulcers: Causality and/or Treatment. **International Journal of Lower Extremity Wounds**, v. 16, n. 4, p. 238–243, 2017.

HERBERGER, K. *et al.* Nutritional status and quality of nutrition in chronic wound patients. **International Wound Journal**, v. 17, n. 5, p. 1246–1254, 2020.

JINDAL, R. *et al.* Evidence-Based Clinical Practice Points for the Management of Venous Ulcers. **Indian Journal of Surgery**, v. 80, n. 2, p. 171–182, 2018.

KELECHI, T. J. *et al.* FOOTFIT Physical Activity mHealth Intervention for Minimally Ambulatory Individuals with Venous Leg Ulcers: A Randomized Controlled Trial. **Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing**, v. 47, n. 2, p. 173–181, 2020.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. de C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758–764, 2008. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018> Acesso em 22 de março 2022.

NUNES, C. A. de B. *et al.* Effectiveness of two bundles in venous leg ulcer healing: A randomized controlled trial. **Journal of Vascular Nursing**, v. 37, n. 4, p. 232–245, 2019.

O'BRIEN, J. *et al.* Evaluating the effectiveness of a self-management exercise intervention on wound healing, functional ability and health-related quality of life outcomes in adults with venous leg ulcers: a randomised controlled trial. **International Wound Journal**, v. 14, n. 1, p. 130–137, 2017.

SALLAM, R. A. E.; EL GHAWEET, A. I.; REGAL, S. A. H. Value of combined exercise and ultrasound as an adjunct to compression therapy in chronic venous leg ulcers. **Egyptian Rheumatology and Rehabilitation**, v. 44, n. 2, p. 77–82, 2017.

SANTOS, C. M. da C.; PIMENTA, C. A. de M.; NOBRE, M. R. C. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 508–511, 2007. Disponível em doi: [doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023](https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023) Acesso em 22 março 2022.

VAZ, A.; CUNHA, C.; AFONSO, G. O Papel dos Sistemas de Compressão no Sucesso do Tratamento das Úlceras de Perna. p. 3–16, 2021.

---

## CAPÍTULO 11

---

# COMUNICAÇÃO DO ENFERMEIRO E IMPACTO NO ESTADO DE SAÚDE: PERCEÇÃO DE UM GRUPO DE UTENTES NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA



Maria José Nogueira  
Delfina Teixeira  
Iria Gómez  
Paula Sánchez  
Sara Canosa  
Tania Rodríguez



## INTRODUÇÃO

A comunicação é central nos cuidados de enfermagem, é um dos instrumentos básicos de Enfermagem (IBE) indispensável na prestação de cuidados de qualidade e excelência (TETTEH *et al.*, 2021). Atualmente, esta consciência de centralidade nos cuidados, está consensualmente disseminada entre os enfermeiros e a evidencia mostra que a comunicação eficaz enfermeiro-pessoa incrementa os ganhos em saúde, a satisfação e a qualidade de vida (BABAI; MOHAMMADI; SADOOGHIASL, 2021).

Sequeira define a comunicação como um processo dinâmico, complexo e permanente, por meio do qual os seres humanos emitem e recebem mensagens, com a finalidade de compreenderem e serem compreendidos pelos outros (SEQUEIRA, 2016). Este processo permite, entre outras, uma adaptação ao ambiente, bem como transformá-lo modificá-lo e, construindo a realidade social. Comunicar é participar, transmitir, falar, estar em comunicação. Ora, quando se utiliza o termo comunicação, este refere-se à informação, participação, transmissão, mas também a convivência, ligação, aspetos que podem remeter para os propósitos gerais da comunicação que são (SEQUEIRA, 2016).

Efetivamente os enfermeiros são competentes no domínio de técnicas e habilidades de comunicação humana e terapêutica (SEQUEIRA, 2016). Esta perícia permite-lhes garantir uma comunicação eficiente com as suas pessoas, no âmbito da prestação de cuidados (promoção do bem-estar, o conforto e a redução e/ou mitigação do sofrimento), independentemente do público alvo e da complexidade dos contextos de cuidado, como é o caso dos serviços de urgência (SU).

O SU pauta-se por ser um contexto com um ritmo acelerado, por vezes caótico, de prestação de cuidados onde o raciocínio clínico e a tomada de decisão ocorre num ambiente de grande complexidade (MENDONÇA; LIMA BASTO;

RAMOS, 2016). Este ambiente é caracterizado por uma sobrelotação de utentes com uma diversidade muito grande de problemas de saúde em situação agudizada, o que torna o ato de cuidar muito complexo e com grande dificuldades para os enfermeiros manterem a qualidade dos cuidados, para tal, contribuem os tempos de espera que os utentes estão sujeitos para a prestação de cuidados, assim como, todas as decisões clínicas estarem pendentes de exames complementares de diagnóstico que aumenta de forma exponencial a permanência neste ambiente e consequentemente a insatisfação do utente (VINCKX; BOSSUYT; DIERCKX DE CASTERLÉ, 2018).

Isto é, o ambiente de cuidados no SU caracteriza pela presença de um elevado número de utentes em simultâneo e em situação de urgência e/ou críticas (BRAZÃO *et al.*, 2016). Responde a uma multiplicidade problemas de saúde/doença de caráter urgente e/ou emergente da população-alvo em termos de ciclo vital. Estas características potenciam constrangimentos ao processo de informação /comunicação eficaz (LOTFI *et al.*, 2019), na decisão clínica (MENDONÇA, 2021).

Neste sentido, o contacto e/ou a permanência com contextos de SU desencadeiam sobretudo sentimentos de ansiedade, stress e medo, aos quais os enfermeiros devem responder e estar particularmente atentos (LOTFI *et al.*, 2019). Efetivamente quando se recorre ao SU, habitualmente, a pessoa é acometida com sentimentos negativos (insegurança, ansiedade, medo), que devem merecer especial atenção por parte dos enfermeiros, durante todo o período de permanência no serviço (GONZÁLEZ-PEREDO *et al.*, 2018; LOTFI *et al.*, 2019).

Os enfermeiros mobilizam com mestria uma ampla panóplia de atitudes e técnicas comunicacionais como instrumentos poderosos na sua prática, que se constituem como “um pano de fundo” ao longo de todas as etapas do processo de cuidados. Designadamente na avaliação diagnóstica (recolher, seleccionar,

hierarquizar e transmitir informação de saúde), raciocínio clínico e tomada de decisão (explicitação), bem como no planeamento, intervenção e transmissão dos resultados e ganhos em saúde (pessoa, família e equipa de saúde) (BABAI; MOHAMMADI; SADOOGHIASL, 2021; MENDONÇA; LIMA BASTO; RAMOS, 2016; QUIROGA, 2021).

Considerando os dois tipos de comunicação: verbal e não verbal, a comunicação verbal refere-se às palavras faladas enquanto que a não verbal, está associada à linguagem corporal, tato e contacto visual. Na comunicação considerada eficaz, está presente uma congruência entre as mensagens verbais e não-verbais e deve ser decifrada por forma a perceber-se o que o remetente se pretende transmitir (TETTEH *et al.*, 2021). Assim, um dos objetivos da comunicação passa por ajudar a pessoa doente a ultrapassar sentimentos de ansiedade e angústia gerados pela situação de doença, assim como envolver a sua família na prestação de cuidados. Para os profissionais de enfermagem encontra-se inerente ao cuidar, valorizando o relacionamento interpessoal que se estabelece entre o profissional e quem é cuidado. Assim sendo, a comunicação deverá ser considerada um momento crucial e importante para todos os elementos da equipa de enfermagem e visa a escuta, a valorização das queixas do paciente/família, a identificação das suas necessidades, o respeito às diferenças (SEQUEIRA, 2016).

Os enfermeiros podem utilizar uma comunicação eficaz como uma ferramenta simples, mas poderosa para criar conforto, felicidade e vitalidade para reduzir o luto e sofrimento da pessoa (BABAI *et al.*, 2021). As informações oferecidas pelos enfermeiros influenciaram positivamente o bem-estar emocional e a esperança, particularmente em pessoas doentes ou com patologia crónica (DAVIS, DONNA K., SWEENEY. SARAH J., 2019).

No âmbito da comunicação em saúde, de acordo com Sequeira o mais importante não é o que é dito, mas sim o que é percebido, quer pelo profissional quer pela pessoa cuidada (SEQUEIRA, 2016). Efetivamente este argumento é relevante se assumirmos a definição de percepção como sendo o que as pessoas percebem, pensam e compreendem sobre a comunicação e o tipo de comunicação fenómeno.

Isto é para captar as suas interpretações pessoais sobre a comunicação.

A comunicação terapêutica, com a pessoa e família, é um indicador com ponderação relevante na taxa de satisfação com o cuidado recebido pelos utilizadores dos SU. A satisfação com os cuidados de saúde recebidos no SU envolve um complexo conjunto de dinâmicas e depende de diferentes indicadores como: a organização e fluxogramas do serviço, as estrutura física e a qualidade técnica e relacional dos cuidados (médicos, enfermagem, auxiliares de diagnóstico, operacionais e outros) (SEQUEIRA, 2016; BABAII *et al.*, 2021). A comunicação com profissionais de saúde desempenha o papel central na relação enfermeiro- pessoa (destinatário dos serviços), que condiciona o comportamento dos mesmos, podendo comprometer os resultados/ganhos em saúde (LOTFI *et al.*, 2019).

Os estudos demonstraram que a comunicação ineficaz ou deficiente compromete a relação pessoa-enfermeiro, pois habitualmente fragiliza a confiança, que, por sua vez, compromete os cuidados de saúde. O uso de técnicas e atitudes comunicacionais adequadas pode ajudar as pessoas a perceberem melhor o seu estado, a ter uma melhor condição psicológica e a aumentar a sua experiência global e satisfação (LOTFI *et al.*, 2019). Todavia pouco se conhece acerca das percepções dos utentes do serviço de urgência (SU) sobre a comunicação dos enfermeiros.

A revisão da literatura mostra uma escassez de estudos que analisam a comunicação como uma ação/cuidado de enfermagem que influencia o estado de

saúde da pessoa em contexto de SU. Assim, considerou-se pertinente aumentar o conhecimento sobre a percepção dos utentes de um SU sobre a comunicação como ação de enfermagem e se esta é efetivamente relevante para os cuidados nesse contexto. Entendeu-se que aumentar a consciência dos enfermeiros sobre a centralidade da comunicação terapêutica com os utentes, permite a incrementar a qualidade do atendimento/cuidados em SU. Considerou-se também que disponibilizar este conhecimento contribui para satisfazer as expectativas e necessidades dos utentes.

Neste sentido, partiu-se da pergunta de investigação: *Qual a percepção que os utentes de um SU têm sobre a influência da comunicação com o enfermeiro no seu estado de saúde?*

Definiu-se como finalidade conhecer a percepção que um grupo de utentes de um SU têm sobre o impacto da comunicação usada pelo enfermeiro no seu estado de saúde/bem-estar. Como objetivo: Caracterizar a comunicação que os enfermeiros estabeleceram com a pessoa que recorre ao SU; identificar os contributos da comunicação enfermeiro-pessoa na saúde da pessoa que recorre ao SU.

## **METODOLOGIA**

### **Design**

Trata-se de um estudo com uma abordagem de natureza qualitativa, observacional do tipo exploratório, recorrendo à entrevista semiestruturada (LÁZARO GUTIÉRREZ, 2021). A amostra não probabilística de conveniência, isto é, não obedece a princípios probabilísticos, mas pauta-se por critérios precisos que permitem garantir que as características dos participantes asseguram a representatividade dos potenciais informantes e dão resposta aos objetivos do estudo (DÍAZ HERRERA, 2018). O tamanho da amostra na investigação qualitativa é definido fundamentalmente pela complexidade do fenómeno em análise, pela finalidade e

objetivos do estudo e pela necessidade de informação relativa ao mesmo. Porém, o número de participantes é geralmente pequeno, determinado pela saturação dos dados, ou seja, as informações fornecidas por novos testemunhos pouco acrescentariam ao material já obtido, não contribuindo de maneira relevante para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada (DÍAZ HERRERA, 2018). Para seleção dos participantes definiu-se como critérios de inclusão: ter idade superior ou igual a dezoito anos; ter recorrido a um SU de um hospital num intervalo temporal prévio de 1 mês. Como critérios de exclusão: Pessoas em situação de incapacidade de responder à entrevista (demência, doença mental e doentes com Covid-19).

## **Contexto**

O estudo decorreu em serviços de urgência de vários hospitais públicos da Região Autónoma da Galiza, Espanha. Estes contextos recebem uma média de 500 utentes atende por dia e a modelo de triagem e assistência clínica classifica-se em Emergente = Vermelho; Muito urgente = Laranja; Urgente = Amarelo; Pouco Urgente = Verde; Não urgente = Azul (SANTOS *et al.*, 2014).

## **Recolha de dados**

Como técnica de recolha de dados optou-se pela entrevista semiestruturada, todas as entrevistas foram realizadas pelos investigadores e foi-lhe atribuído um código (E1.2.3), por ordem de realização (LÁZARO GUTIÉRREZ, 2021). A entrevista semiestruturada possibilita ao investigador um contacto direto com os participantes para aceder à informação que se pretende recolher dos participantes. Isto é, uma vasta amplitude de dados para análise que o sujeito entrevistado transmite com base nas suas ideias e opiniões de forma não condicionada. Atendendo ao objetivo e à questão de investigação formulada, a entrevista foi realizada em duas etapas, seguindo o guião da entrevista. Na primeira constam

perguntas de caracterização sociodemográfica. Na segunda parte do guião constam as 4 questões abertas, conforme o guião de entrevista. Depois de localizado o potencial participante, em vários hospitais públicos da Galiza durante os meses de janeiro e fevereiro de 2022, a seleção do contexto da realização da entrevista (data, hora e local) pautou-se por critérios como o conforto, disponibilidade e a acessibilidade do informante e aceitar o convite para partilhar a sua experiência subjetiva sobre a comunicação usada pelo enfermeiro que lhes prestou cuidados nesse serviço. O princípio da saturação dos dados, por redundância da informação determinou a inclusão de 8 participantes. Cada entrevista teve uma duração mínima de 15 minutos e máxima de 25 minutos.

## **Participantes**

Participaram no estudo oito pessoas com idades compreendidas entre os 26 e 69 anos com uma média de 47,5 anos, havendo uma predominância de indivíduos com idades compreendidas entre 30 e 39 anos. Sete eram mulheres e um homem. A maioria (6) possui formação superior, um (1) o ensino primário e um (1) o secundário. Quanto à variável “Motivo de ida ao SU”, todos apresentaram um motivo diferente (ferida, gastroenterite, febre, aborto, infeção urinaria, dor no peito, náuseas e vômitos na gravidez, dor abdominal), e a maioria (6) refere ter uma patologia crónica.

## **Análise dos Dados**

As entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas manualmente para suporte digital, respeitando na íntegra a fidelidade dos dados contidos no “discurso” dos informantes de acordo com (BARDIN, 2011). A análise do conteúdo da informação contida nas respostas dos participantes foi realizada em conformidade com a técnica de análise de conteúdo (HERRERA, 2018), que é uma técnica habitualmente usada para análise em pesquisas qualitativas. Os

discursos foram numerados e codificados (E1 a E8), analisados e agrupados de acordo com categorias predefinidas (a priori). As categorias e subcategorias foram criadas com base em critérios de semelhança entre as suas características. Assim precedeu-se a uma primeira leitura flutuante do material, para ver do que se trata a informação; na segunda etapa com base nas leituras e análise exaustiva, foram analisadas a representatividade, homogeneidade e pertinência do conteúdo dos dados e foi constituído o *corpus* de análise; depois foram formulados hipóteses e objetivos; e por fim foram extraídas as categorias e subcategorias.

## **Considerações Éticas**

Todas as questões éticas foram asseguradas durante o decurso da recolha de dados e da investigação em conformidade com a Declaração de Helsínquia (World Medical Association, 2016). A participação foi voluntária e foram prestados todas as informações e esclarecimentos a respeito desta. Todos os participantes assinaram voluntariamente o consentimento livre e esclarecido. As entrevistas foram agendadas com antecedência para garantir a sua realização em data, hora e local de conveniência do participante, e decorreram em espaços reservados, salvaguardando sempre a sua privacidade e sigilo.

## **RESULTADOS**

Os resultados do estudo são sintetizados no Quadro 1, que apresenta a análise de conteúdo aos discursos dos participantes. Emergiram 4 categorias: *Perfil de comunicação enfermeiro-pessoa*; *Intervenção de saúde*; *Barreiras à comunicação enfermeiro-pessoa*; e *A comunicação do enfermeiro como ação promotora de autocuidado*. Para algumas categorias também foram encontradas subcategorias, ancoradas nas unidades de registo mais significativas.

**Quadro 1.** Categorias, subcategorias e unidades de registo que emergiram da análise de conteúdo às entrevistas a enfermeiros do SU

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
1. Perfil de Comunicação (enfermeiro-pessoa)	3.1. Comunicação eficaz	E1; E2; E5; E8: <i>“Trataram-me de maneira muito cordial, amável e educada...”</i> E2: <i>“Foi muito importante saber das informações...”</i>
	3.2. Comunicação inadequada	E3; E4; E6: <i>“Ausência de empatia...”</i> E4: <i>“nem se apercebem que estamos com medo...”</i> E7: <i>“Falta de explicações...”</i>
2. Intervenção de saúde	1.1. Melhora o estado de saúde	E1: <i>“Influenciou no meu estado anímico, físico e emocional...”</i> E2; E4; E5; E8: <i>“Influenciou no meu estado anímico...fiquei mais clama...”</i> E5: <i>“senti-me logo mais seguro e confiante...tranquilizou-me muito...”</i>
3. Barreiras à comunicação enfermeiro-pessoa		E1; E4; E5; E6: <i>“A carga de trabalho provoca que a informação seja errónea...”</i> E7: <i>“vi que não tinham tempo para mim...”</i>
		E2; E7: <i>“falam uma linguagem técnica, e isso dificultou a comunicação...”</i>
		E3: <i>“A utilização da máscara dificultou a comunicação...”</i>
		E1; E4; E7: <i>“estão muito sobrecarregados e não têm tempo para dar a informação...”</i> E2: <i>“têm muitos doentes ao mesmo tempo...”</i>
4. A comunicação do enfermeiro como ação promotora de autocuidado	4.1. Facilitadora	E1; E2; E5; E8: <i>“Explicaram-me tudo de forma a envolver-me nos cuidados...”</i> E2: <i>“Ajudou muito saber das informações certas...”</i> E5: <i>“agora já sei como fazer em casa...”</i>
	4.2. Limitadora	E3; E4: <i>“Não me explicaram nada...”</i> E6; E7: <i>“Disseram-me que não tinham tempo para mim...”</i>

## DISCUSSÃO

Pretendeu-se com este estudo caracterizar o tipo de comunicação que existe entre o profissional de enfermagem e utente e conhecer a perceção sobre o impacto da comunicação enfermeiro-utente no bem-estar em pessoas que recorreram ao SU. Verificou-se que a amostra é maioritariamente feminina, e este resultado está em linha com os dados do Instituto Nacional de Estadística de Espanha, que mostram que nos últimos 12 meses, em cada 100 habitantes, foram ao Serviço de Urgência 56,38% homens vs 59,71% mulheres e possuem maioritariamente ensino superior. Porém em Espanha os grupos etários que mais recorreram ao SU no ano de 2021, são os que possuem entre 15 a 24 anos (29,19%), e 25 a 34 anos (26,71%) (INE, 2021) e na região Autónoma da Galiza a predomina o ensino secundário (34,1%), seguido do ensino superior (31,5%) e do ensino básico (9,3%). Quanto à variável “*Motivo de ida à Urgência*”, cada motivo corresponde ao 12,5% do total. De acordo com González e colegas as principais razões pelas quais as pessoas recorrem ao SU são: a dor abdominal, infeções virais, infeções do trato urinário, gastroenterite aguda, lumbago e trauma. Igualmente prevalentes são as cefaleias (dores de cabeça), a cólica renal e dor torácicas (GONZÁLEZ et al., 2018). A maioria (75%) dos inquiridos tem patologia crónica, o que está em linha com relatórios recentes INE (2021) que referem que 54,31% dos Espanhóis possuem doenças crónicas (GONZÁLEZ-PEREDO et al., 2018).

Os resultados da análise de conteúdo das entrevistas emergiram quatro categorias: Perfil de Comunicação (enfermeiro-pessoa); Intervenção de saúde; Barreiras à comunicação enfermeiro-pessoa; A comunicação como ação promotora de autocuidado. Destas quatro categorias brotaram subcategorias nas seguintes unidades: No perfil de comunicação enfermeiro-pessoa brotaram duas subcategorias: “comunicação eficaz” e “comunicação inadequada”; Na comunicação como intervenção para a saúde da pessoa emergiu uma subcategoria: “melhora o estado de saúde” e na comunicação do enfermeiro como ação promotora de au-

tocuidado, com duas subcategorias: facilitadora e limitadora. Quanto a categoria “Perfil de Comunicação (enfermeiro-pessoa) os profissionais de saúde percebem e compreendem a comunicação verbal e não verbal como um elemento chave não só para desenvolver os cuidados nos seus aspetos técnicos, mas também para promover a relação enfermeiro-pessoa (TETTEH *et al.*, 2021). A comunicação é utilizada pelos profissionais de saúde para promover conforto, tranquilidade e o suporte emocional, acresce ainda, que estimula um sentimento de confiança e subsequentemente o utente percebe um melhor estado de saúde (ROCHA OLIVEIRA; FARIA SIMÕES, 2013). As capacidades de comunicação são uma das competências necessárias na enfermagem.

Vários autores referem, que uma comunicação eficaz entre enfermeiros e doentes tem efeitos positivos no estado de saúde da pessoa, enquanto uma comunicação não eficaz tem implicações negativas no doente e família (Tetteh, *et al.*, 2020).

Dos nossos achados surgiu a categoria “Intervenção de saúde” com uma subcategoria “melhora o estado de saúde da pessoa”, de referir que a eficácia de capacidades de comunicação entre os enfermeiros e os utentes têm demonstrado resultados positivos, tais como uma redução da dor e ansiedade (E2; E4; E5; E8: “Influenciou no estado anímico...fiquei mais clama...” E5: “senti-me logo mais seguro e confiante...tranquilizou-me muito...”). De acordo com Tetteh, *et al.*(2020), nos seus estudos afirmaram que para atingir os objetivos dos cuidados de enfermagem e alcançar resultados positivos no estado de saúde do doente, os enfermeiros devem estabelecer uma comunicação e compreensão eficazes com seus doentes. Assim, a construção de uma comunicação eficaz doente-enfermeiro é o cerne dos cuidados de enfermagem não apenas para melhorar a compreensão e atingir as metas de cuidados, mas também para resultados positivos no estado de saúde do doente. De acordo com os participantes, uma comunicação eficaz melhora o seu estado de saúde. Na categoria *Barreiras à comunicação enfermeiro-pessoa* foram reconhecidas como barreiras a comunicação efetiva entre

enfermeiro-doente o tempo e a sobrecarga de trabalho dos enfermeiros (E1; E4; E5; E6: “A carga de trabalho provoca que a informação seja errónea...” E7: “vi que não tinham tempo para mim...”). Embora os participantes tenham reconhecido os esforços de alguns enfermeiros e conseqüentemente os grandes benefícios da comunicação eficaz entre a enfermeiro-doente, a carga excessiva de trabalho durante o turno torna-se um desafio comunicar com os doentes. Estudos anteriores confirmaram que, devido ao tempo empregue na gestão administrativa, registos e comunicação com outros profissionais e outros serviços, a maioria dos enfermeiros tem pouco contato com os seus doentes. Em outro estudo, realizado por (WEYANT *et al.*, 2017), também concluem que os cuidados prestados pelos enfermeiros são dominados pela carga de trabalho de cuidar de utentes em estado crítico. Em contextos de SU, onde é difícil aos enfermeiros dispensar mais tempo para a comunicação, recomenda-se que os enfermeiros desenvolvam maior resiliência (WEYANT *et al.*, 2017), bem como ser diretivos e atentos à comunicação com o doente enquanto prestam cuidados centrados. Outros estudos também sugerem estas dificuldades, que inibem a comunicação, é imperativo aumentar a dotação de enfermeiros (HESSELS *et al.*, 2015; VINCKX; BOSSUYT; DIERCKX DE CASTERLÉ, 2018).

Um grande obstáculo à comunicação eficaz entre enfermeiro-doente no contexto de SU foi a adequação da linguagem (E2; E7: “Eles falam de uma forma muito técnica, dados que não conhecemos. Nós fazemos perguntas e eles não esclarecem” (E7)), bem como, o uso de máscaras devido à pandemia do SARS-CoV 2, que foi uma das barreiras com maior impacto à comunicação- eficaz enfermeiro-doente, podendo causar mal-entendidos, incompreensão, potenciando situações em que a pessoa se sente mais suscetível, diminuindo a fluidez da comunicação (E3: “Hoje em dia penso que a máscara torna a comunicação muito difícil”). Todos os condicionantes relatados são um obstáculo na transmissão de informações cruciais, particularmente sobre o estado de saúde, o que potencia a ansiedade e a insegurança, em consonância com (WEYANT *et al.*, 2017) que

concluiu que podem surgir conflitos quando a linguagem se torna uma barreira, que impede a comunicação enfermeiro-doente. Na comunicação como ação facilitadora para o envolvimento da pessoa nos cuidados de enfermagem emergiram duas subcategorias: “Comunicação facilitadora” e “Ausência de comunicação”. Os participantes destacaram que uma comunicação eficaz entre a enfermeiro-doente pode envolver o doente nos cuidados, assim como, na aceitação da sua condição de saúde e conseqüentemente envolvimento do mesmo e da família no seu tratamento (E1; E2; E5; E8: “Explicaram-me tudo de forma a envolver-me nos cuidados...”) a comunicação eficaz melhora o envolvimento do doente, família e conseqüentemente os ganhos em saúde. Portanto, a comunicação que se estabelece no SU, com os doentes e respetiva família, é fundamental para o seu bem-estar (LOTFI *et al.*, 2019). Para tal é necessário que comunicação terapêutica ou eficaz, seja usada pelos enfermeiros para promover conforto, tranquilidade, suporte emocional, de forma a estimular sentimentos de confiança e subseqüentemente a perceção de melhor estado de saúde (ROCHA OLIVEIRA; FARIA SIMÕES, 2013).

## **CONCLUSÃO**

Neste estudo pretendeu-se estudar a Perceção sobre a comunicação enfermeiro-doente no SU e o seu Impacto no Estado de Saúde. A análise dos discursos dos informantes permitiu identificar quatro categorias, que permitiram concluir que quando há uma comunicação eficaz entre o enfermeiro-doente, este percebe maior segurança, confiança e tranquilidade, que concorrem para maior se perceberem com maior bem-estar. Nestas circunstâncias a pessoa sente-se cuidada e apoiada, atitudes que induzem a redução do stress e do medo, o que por sua vez influencia positivamente o seu estado de saúde. É, portanto, essencial que os profissionais de saúde tenham uma interação eficaz com as pessoas para facilitar e promover o seu bem-estar. Deve-se manter uma comunicação respeitosa, em-

pática, clara, simples e adaptada a cada pessoa influencia positivamente o estado de saúde da pessoa.

Os resultados mostraram a existência de sentimentos negativos face à comunicação enfermeiro-pessoa no SU, designadamente sentimentos de desconsideração, e referem como barreiras à comunicação, apar com o uso da máscara e a falta de tempo, que, na maioria das vezes limitou a comunicação.

## REFERÊNCIAS

BABAI, A.; MOHAMMADI, E.; SADOOGHIASL, A. The Meaning of the Empathetic Nurse–Patient Communication: A Qualitative Study. **Journal of Patient Experience**, [s. l.], vol. 8, p. 237437352110564, 2021.

BRAZÃO, M. *et al.* Atividade dos Serviços de Urgência Hospitalares - Activity of Hospital Emergency Services. **Revista Portuguesa de Medicina Interna**, [s. l.], vol. 23, 2016.

DAVIS, DONNA K., SWEENEY, SARAH J., & T. E. A. Extended Hospitalization, Patient Demoralization, and Nurse Communication: Influences on Patient Emotional Well-Being. **Nursing Open**, [s. l.], vol. 28, no. 1, 2019.

DÍAZ HERRERA, C. Investigación cualitativa y análisis de contenido temático. Orientación intelectual de revista Universum. **Revista General de Información y Documentación**, [s. l.], vol. 28, no. 1, 2018.

GONZÁLEZ-PEREDO, R. *et al.* Perfil del usuario de un servicio de urgencias hospitalarias. Hiperfrecuentación. **Medicina de Familia. SEMERGEN**, [s. l.], vol. 44, no. 8, p. 537–548, 2018.

HESSELS, A. J. *et al.* The impact of the nursing practice environment on missed nursing care. **Clinical Nursing Studies**, [s. l.], vol. 3, no. 4, 2015.

INE. (2021). Población con alguna enfermedad o problema de salud crónicos percibido según sexo y grupo de edad. Población de 15 y más años. Madrid: **Instituto Nacional de Estadística**. Disponível em: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?tpx=47654&L=0>

INE. (2021). *Tipo de servicio de urgencias utilizado la última vez según sexo y comunidad autónoma. Población de 15 y más años que ha utilizado algún servicio de urgencias en los últimos 12 meses*. Madrid: **Instituto Nacional de Estadística**. Disponível em: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?tpx=47911>

INE. (2021). *Utilización del servicio de urgencias en los últimos 12 meses según sexo y grupo de edad. Población de 15 y más años*. Madrid: **Instituto Nacional de Estadística**. Disponível em: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?tpx=47897>

INE. (2022). *Población de 16 y más años por nivel de formación alcanzado, sexo y comunidad autónoma. Porcentajes respecto del total de cada comunidade*. Madrid: **Instituto Nacional de Estadística**. Disponível em: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=6369>

LÁZARO GUTIÉRREZ, R. (2021). **Entrevistas estructuradas, semiestructuradas y libres. Análisis de contenido**. [S. l.: s. n.], 2021.

LOTFI, M. *et al.* Assessment of nurse–patient communication and patient satisfaction from nursing care. **Nursing Open**, [s. l.], vol. 6, no. 3, p. 1189–1196, 2019.

MENDONÇA, S. **Raciocínio clínico dos enfermeiros que trabalham no Serviço de Urgência**. 2021. - Universidade de Lisboa, [s. l.], 2021.

MENDONÇA, S.; LIMA BASTO, M.; RAMOS, A. Estratégias de raciocínio clínico dos enfermeiros que cuidam de clientes em situação clínica: revisão sistemática da literatura. Nurse’s strategies of clinical reasoning in critical care: a systematic review of literature. **RIASE**, [s. l.], vol. 2, no. 3, p. 753–773, 2016.

QUIROGA, M. R. Estrategias de comunicación construidas por el profesional de enfermería en un servicio de salud hospitalario durante el cuidado de enfermería en tiempos de COVID-19,. **Revista Yachay**, [s. l.], vol. 1, p. 5–13, 2021.

SEQUEIRA, C. **Comunicação Clínica e Relação de Ajuda**. [S. l.]: Lidel, 2016.

TETTEH, L. *et al.* Burns pain management: The role of nurse–patient communication. **Burns**, [s. l.], vol. 47, no. 6, p. 1416–1423, 2021.

VINCKX, M.-A.; BOSSUYT, I.; DIERCKX DE CASTERLÉ, B. Understanding the complexity of working under time pressure in oncology nursing: A grounded theory study. **International Journal of Nursing Studies**, [s. l.], vol. 87, p. 60–68, 2018.

WEYANT, R. A. *et al.* Show Your Stuff and Watch Your Tone: Nurses' Caring Behaviors. **American Journal of Critical Care**, [s. l.], vol. 26, no. 2, p. 111–117, 2017.

doi: 10.48209/978-65-84959-17-B

## **CAPÍTULO 12**

# **CULTURA ANTIENVELHECIMENTO E MULHERES NEGRAS: IMPACTOS PARA A SAÚDE E PARA A PARTICIPAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO**



Arielle Dutra De Mendonça Ribeiro Tesch

Luciana Xavier Senra



## INTRODUÇÃO

A cultura antienvhecimento da mulher negra e sua inserção no mercado de trabalho é uma temática que engloba esferas multifatoriais acerca do envelhecimento humano, quando processos psicológicos e sociais serão discutidos e evidenciados. O envelhecimento humano é um processo biopsicossocial em que ocorrem inúmeras transformações biológicas, emocionais, cognitivas e socioculturais (PAPALIA; FELDMAN; DUSKIN, 2013).

No referido processo, alguns autores destacam o envelhecimento primário e secundário. O envelhecimento primário é um processo gradativo, no qual existe a deterioração física inerente a todo o curso de vida. O envelhecimento secundário, por sua vez, resulta do aparecimento de doenças associadas a maus hábitos que estão associados a forma que o indivíduo vivencia sua vida, podendo ser amenizados e controlados. Os desdobramentos dessas modificações corporais podem influenciar a imagem corporal, a qual exerce influência sobre o interesse sexual, principalmente nas mulheres que percebem as modificações (cabelos brancos, rugas) como perda da feminilidade (ALENCAR *et al.*, 2014)

A qualidade de vida e a promoção de saúde são fatores que podem ocasionar o retardamento ou o avanço do envelhecimento, que também tende a ser conhecido como senescência. O aumento da expectativa de vida, ou a busca por ela, podem revelar uma sociedade que busca não envelhecer. Vivenciar esse processo, no entanto, significa aprender a conviver com modificações corporais como: falta de elasticidade, o aparecimento de cabelos brancos, perda de autonomia, modificações que em grande maioria não são aceitas ou esperadas pela maioria da população (PAPALIA; FELDMAN, 2013)

O referido processo de envelhecimento descrito pela literatura sobre o tema, talvez não seja válido para as pessoas negras, principalmente as mulheres. Segundo Davis (2016) em *Mulheres, Raça e Classe*, as mulheres negras exerciam

funções mais brutas e tiveram que trabalhar mais cedo do que mulheres brancas. O espaço que o trabalho ocupa na vida das mulheres negras, reproduz um padrão estabelecido durante os primeiros anos da escravidão, em que, após esse período, as mulheres negras que não precisavam exercer suas funções no campo, eram submetidas a trabalhar em serviços domésticos. A suposta fragilidade feminina na qual a mulher é vista como frágil, rainha do lar, associa-se às mulheres brancas e não às mulheres negras.

Ainda no que se referem às desigualdades inerentes ao tema, as desigualdades sociais presentes demarcam uma premissa de dominação e opressão desde a colonização. No mundo do trabalho, as disparidades aparecem quando uma mulher preta exerce uma função de cargo na empresa em um país como o Brasil, onde a maioria das mulheres pretas sempre trabalharam em atividades informais e em condições precárias (DAUFEMBACK; HASSELMANN,2021).

Neste sentido, considerando a relevância do tema, o objetivo geral da presente revisão narrativa de literatura foi refletir acerca dos impactos decorrentes da cultura antienvhecimento para a participação no mercado de trabalho e direta ou indiretamente para saúde da mulher negra. Entre os objetivos específicos, pretendeu-se conhecer a historicidade e participação da mulher negra no mercado de trabalho; como também discorrer sobre a discriminação sofrida por este público neste mesmo contexto, em decorrência dos padrões de beleza associados a produtividade e participação no mercado.

Ponderar acerca do tema ora proposto torna-se fundamental em uma sociedade com valores e padrões histórica e hegemonicamente brancos; na qual os desafios enfrentados pelas mulheres negras são ainda maiores se comparados aos das mulheres brancas, visto que se encontram em situações mais vulneráveis. Além disso, ao suscitar e estimular a visibilidade das considerações aqui elencadas na tentativa de contribuir para que os interessados no assunto se mobilizem a buscar outros dados em novas propostas de estudos.

## Percurso metodológico

O estudo consistiu em uma revisão narrativa de literatura realizada entre fevereiro e outubro do ano de 2022. A busca pelo material ocorreu em duas etapas: na primeira, foi feita a leitura analítica dos livros das autoras: Sueli Carneiro (2011), com *Racismo, Sexismo e Desigualdade no Brasil* com os referentes capítulos: *Direitos Humanos, Indicadores sociais, Racismos Contemporâneos, Cotas, Mercado de trabalho e Gênero*; de Ângela Davis (2016), *Mulheres, Raça e Classe*, especialmente os capítulos: *O Legado da Escravidão: Parâmetros para uma nova condição da mulher* e *O significado de Emancipação para as mulheres negras*; de Lélia Gonzalez (2010), *Retratos do Brasil Negro* com os referentes capítulos: *Parte I Antes de se tornar Lélia Gonzalez* e *Parte II Lélia Gonzalez com nome e sobrenome* e Djamila Ribeiro (2018) intitulado *Quem Tem Medo do Feminismo Negro?* Com os seguintes capítulos: *As diversas ondas do feminismo acadêmico, Feminismo negro para um novo marco civilizatório, O mito da mulher moderna, O que é empoderamento feminino* e *“A mulata Globeleza: Um Manifesto*. O objetivo destas leituras foi o de obter as informações acerca da historicidade do público-alvo desta revisão, como também para a obtenção parcial de respostas ao questionamento da presente revisão.

A segunda etapa dessa pesquisa envolveu levantamento de textos das bases de dados digitais SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*), REDALYC (Rede de Revistas Científicas da América Latina e Caribe, Espanha e Portugal) e Google Acadêmico. Para a seleção dos textos foram utilizadas as palavras chaves: *mulheres negras and trabalho* e *mulheres negras and envelhecimento*. O conector booleano *and* foi empregado na tentativa de associar os temas já no procedimento de busca. Os textos considerados foram indexados nos últimos cinco anos (2018-2022), e envolveram artigos científicos em língua portuguesa. Publicações que não abordavam o público-alvo (mulheres negras) e/ou o correlacionava com violência doméstica, bem como estivessem em inglês ou espanhol, foram excluí-

das. Para análise dos textos levantados e eleitos para a revisão, foi empregada a técnica de análise temática, proposta por Braun e Clarke (2006). Essa técnica possibilita a identificação, análise e descrição de padrões ou temas discutidos nos textos, permitindo assim, apresentar, sintetizar e integrar de forma organizada os dados explorados nos textos.

## **MULHERES NEGRAS E O MUNDO DO TRABALHO: BREVE HISTÓRICO**

De acordo com Davis, *Mulheres, raça e classe* (2016) o sistema escravista americano ocorrido entre 1776-1865 definia a população negra como propriedade, e as mulheres eram vistas como unidades lucrativas, consideradas por seus proprietários como, trabalhadoras acima de tudo e, ocasionalmente, como donas de casa, ou mães, o que revela uma quebra da feminilidade do século XIX. Mulheres escravas estavam sujeitas a todo o tipo de coerção sexual e sofreram diferentes tipos de violências como: mutilações, açoites e estupros, além de realizarem trabalhos em campos, fazendas de algodão, na casa de seus proprietários e em seu ambiente familiar. Após o período de pós-escravidão, tendo a escravidão como modelo, o sistema de contratação não diferenciava o trabalho feminino do masculino e as mulheres negras que não trabalham nos campos continuavam a ocupar serviços domésticos. Essa equiparação ocupacional de mulheres negras com o serviço doméstico, não era vestígio da escravidão que desaparecia repentinamente.

Segundo Gonzalez (2010), após a abolição da escravatura em 1888, o Brasil passou por diversos processos de consolidação do país como uma sociedade “política e inovadora”(GONZALEZ, 2010, p.79). O Estado Brasileiro durante o governo Vargas (1930-1945) preocupava-se com políticas de nacionalização que se expandiram em todas as áreas incluindo, a educacional, a empresarial e a vida pública. Nestas áreas algumas medidas foram tomadas, entre elas, a proibição de línguas aborígenes, ou estrangeiras em todos as localidades do País, e ao mesmo

tempo a supervalorização de imigrantes estrangeiros da Europa, como forma de branqueamento da população brasileira, embora a ditadura militar fosse contrária ao movimento negro, já existiam discursos apontados para o dogma da democracia social, como forma de ideologia do Estado para o processo de negação das discriminações e desigualdades raciais existentes.

Mesmo sob a repressão, surgiram organizações e entidades de ativismo negro, como o Centro de Cultura e Arte Negra (CECAN) em São Paulo, que questionava o mito da democracia social. Nos anos de ditadura, também descrito pela autora como “silenciamento, a ferro e fogo” (GONZALEZ, 2010, p.87) era comum que os serviços domésticos como: cozinhar, passar e lavar, destinavam-se às mulheres negras, e este serviço assemelhava-se bastante com o trabalho realizado na antiga vida escrava. Entretanto, as funcionárias recebiam uma pequena quantia pelo trabalho realizado. Nesta situação enquadravam-se cozinheiras, babás, amas de leite, e apesar do direito ao voto, conquistado somente em 1935, o acesso às Escolas ou Instituições Empregadoras foi muito lento, ganhando notoriedade somente no início do século XXI. (GONZALEZ,2010)

Segundo Carneiro (2011), no Brasil, os programas governamentais criados para a população negra fracassaram. Entre esses programas, o denominado *Primeiro Emprego*, foi destinado ao incentivo para o combate à discriminação de grupos excluídos, em que se enquadraram deficientes e mulheres, tornando-se notável um recuo do governo em relação a projetos de lei que asseguram o projeto de cotas para mulheres, indígenas, entre outros. A autora aborda que uma das heranças da escravidão foi o racismo científico no século XIX, que fora responsável pela divisão das raças e pela hierarquia entre elas.

A miscigenação racial, presente em todos os usos políticos e ideológicos, oferece suporte para o mito da democracia racial e ao sexismo, na medida em que as relações sexuais entre brancos, indígenas e negros seria o principal argumento da tolerância racial, omitindo a prática do estupro colonial. Esse fenômeno impli-

ca na construção do embranquecimento do país, em que o mais próximo do ideal humano, está o branco, a mulher branca. Isto indica uma suposta melhor aceitação social negra dos mais claros em relação aos mais escuros, o que pode ser notado em termos criados tais como: morena-escura, marrom-bombom, mulata, mestiça, morena-jambo, nomenclaturas tão confusas que se agregam na categoria oficial do IBGE como pardos, revelando um fenômeno de identidade étnico-racial destruído (CARNEIRO, 2011).

A mesma autora relaciona o Racismo institucional com o fenômeno do mito da democracia racial, visto que ele é um dos precursores da discriminação racial que assegura a vantagem competitiva dos brancos, o que revela a dificuldade da aceitação de mulheres pretas no mercado de trabalho, principalmente para cargos de hierarquia superior. A autora define o Racismo Institucional como:

[...] a incapacidade coletiva de uma organização em prover um serviço apropriado ou profissional para as pessoas devido à sua cor, cultura ou origem racial/ética. Ele pode ser visto ou detectado em processos, atitudes e comportamentos que contribuem para a discriminação por meio de preconceito intencional, ignorância, desatenção e estereótipos racistas que prejudicam determinados grupos raciais/étnicos, sejam eles minorias ou não (CARNEIRO, 2011, p. 25).

De acordo com Ribeiro (2018) o movimento feminista no Brasil teve início no século XIX, tendo como grande nome Nísia Floresta, em que suas reivindicações estavam voltadas para o direito ao voto e à vida pública. Em 1922 surgiu a Federação Brasileira pelo progresso feminino que objetivava o direito ao trabalho sem autorização do marido. A segunda onda do movimento iniciou-se nos anos de 1970, década marcada pelo combate contra a ditadura militar e as violências oriundas, entretanto mulheres negras não obtinham espaço. A realidade começa a mudar a partir da segunda onda do feminismo negro que ganha notoriedade, na década de 1960, com a fundação *Nacional Black Feminist Organization* (Organização Nacional Feminina Negra) nos Estados Unidos. No Brasil, na década de 1980, com a participação das mulheres negras no III Encontro Feminista La-

tino-Americano realizado em Bertioga em 1985, tornando-se um marco que faz emergir a entrada de mulheres negras para a expressão coletiva, com o objetivo de adquirir visibilidade política.

Gonzalez (2010) afirma que os movimentos feministas negros ganharam notoriedade no fim da década de 1970 e apesar da constante busca por melhores condições sociais, econômicas, morais, entre outras, a estética do ideal branco e belo ainda permanecia, visto que as ativistas negras ainda reproduziam os padrões de comportamentos de valorização do ideal branco, justamente pelo o acesso precário aos estudos, o que revela a opressão e o racismo institucional imposto às mulheres negras em todos os seus espaços.

Ribeiro (2018) também aborda o racismo na construção dos padrões de beleza e paralelamente no ideal de desejo em que equipara a mulher branca como o belo, o que revela uma consequência histórica. O conceito de empoderamento para o Feminismo Negro correlaciona-se com o ideal belo, obtendo um significado coletivo, tratando-se de empoderar a si mesmo e a terceiras, colocando as mulheres como sujeitos ativos de mudança. O empoderamento feminino negro significa a busca pela equidade, que objetiva a busca por uma sociedade mais justa para as mulheres, implicando em ações, lutas antirracistas, antielitistas, para a mudança em uma sociedade desigual. Em que um dos exemplos de estigmas aos corpos das mulheres negras são os estereótipos de mulheres negras serem consideradas, “exóticas, quentes” (RIBEIRO, 2018, p.141), recebendo destaques somente durante o carnaval e não possuindo papéis principais em novelas, filmes, programas de televisão, entre outros.

Além disso, esse cenário inaugura um conceito fundamental para a compreensão do feminismo negro e o que ele se propõe. Esse conceito é o de interseccionalidade.

Interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o

patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras (CHENSHAW, 1989 apud RIBEIRO, 2018, p.123)

De acordo com a autora supracitada, a interseccionalidade é a percepção da não primazia de uma opressão sobre as outras, sendo necessário o rompimento da estrutura. É pensar que raça, classe e gênero são categorias indissociáveis, não podendo ser associadas de forma isolada. Ademais é, de fato, um conceito que se correlaciona com os diferentes tipos de racismos e discriminações existentes, compreendidos como heranças de um sistema escravocrata e desigual.

Tendo em vista os aspectos observados, assuntos como o fenômeno do envelhecimento vivenciado pelas mulheres pretas periféricas não foi abordado bem como a relação deste fenômeno com o mercado de trabalho, e a ausência de fala de mulheres pretas periféricas deficientes em relação ao envelhecimento e a aceitação no mercado de trabalho, um público de suma importância esquecido pelas autoras. Nota-se que Gonzalez (2010), manteve o foco em descrever o processo de pós-abolição no Brasil, abordando a ditadura e os importantes acontecimentos do início do movimento feminista no país, a qual fazia parte. Carneiro (2011) apresenta contribuições históricas e conceitos como: o racismo, sexismo, discriminação raciais, sociais e estéticas, entretanto não informa a definição de sexismo no movimento negro. Ribeiro (2018) também aborda considerações históricas do país e cita dois importantes conceitos para o entendimento do movimento feminista negro, o de interseccionalidade e empoderamento feminismo negro. E, por fim, Davis (2016) aborda a historicidade do processo escravocrata americano, o que nos revela como as formas de violências e os tipos de coerção sexual vivenciadas pelas mulheres negras americanas assemelham-se com as mulheres negras do Brasil.

## **Mulheres negras: envelhecimento e fenômenos discriminatórios como obstáculos à inserção no mercado de trabalho**

Segundo Oliveira e Kubiak (2019) o Brasil presenciou a escravidão por mais de 300anos. Neste período, a inferioridade do negro era justificada por meio de suas características físicas e culturais, em que o racismo era produzido de forma explícita. Com o fim da escravidão e a mestiçagem, o mito da democracia racial evidenciou-se com a ideia de que não existem raças no Brasil, no que ocasionou a recusa do brasileiro em reconhecer sua própria raça. Assim, qualquer tentativa de se falar em negritude é vista como uma maneira de segregar a identidade racial, o que dificulta ainda mais o combate ao racismo. Assim, o racismo se manifesta em diferentes localidades e apesar de suas formas mais explícitas serem proibidas por lei, permanece na estrutura social moldando o comportamento dos indivíduos, por exemplo, na forma diferenciada pela qual as diversas instituições tratam os sujeitos.

De acordo com Oliveira e Kubiak (2019), o racismo institucional está muito presente, por exemplo, em instituições de saúde. E, aliado a ele, o sexismo, que implica em restrições específicas dos direitos das populações vitimadas, principalmente, em relação às mulheres negras, as quais sofrem, portanto, ação de um duplo preconceito. Ainda ilustrando esse cenário, dados apresentados em suas pesquisas revelaram que as mulheres negras possuem menor expectativa de vida, como também maiores taxas de prevalência de miomas e de mortalidade materna, e o maior índice de morte por transtornos mentais quando comparado ao índice relativo às mulheres brancas. Em relação à violência obstétrica, mulheres negras constituem a maioria das mulheres que relatam ter sofrido algum tipo de violência durante a gestação. Por conseguinte, as autoras afirmam que o desconhecimento das demandas apresentadas por mulheres negras em relação a

sua saúde, tal como a escassez de pesquisas científicas, evidenciam mais uma forma de discriminação e um reforçamento das estruturas racistas das instituições.

As transformações que condicionaram a estrutura no mercado de trabalho na região nordeste, região marcada por processos de exclusão e dependência em relação à divisão inter-regional de trabalho no Brasil, revelaram uma trajetória de resistência em favor da superação das desigualdades racial e de gênero. A crise econômica ocorrida nos anos de 1980, acumulou inflação, dívida externa, dívida interna pública, além de uma economia que não acompanhava as transformações da economia mundial. Após o período de crise, somente na década de 1990 a região nordeste foi beneficiada pela ampliação de gastos sociais e dos programas de transferência de renda, especialmente dos anos 2000, que contribuíram para a redução dos indicadores de pobreza e desigualdade marcantes. Em relação às vulnerabilidades no mercado de trabalho, principalmente em questões de gênero, a inserção da mulher negra no trabalho é bastante sentida, pois a herança da tradição escravocrata e patriarcal reservou às mulheres negras a inclusão tardia, como também deficiências em formação educacional e profissional (ALVES *et al.*, 2020).

Os mesmos autores afirmam que as transformações econômicas, políticas e sociais que aconteceram nos séculos XIX e XX, possibilitaram a inserção da mulher no mercado de trabalho. Entretanto, o trabalho doméstico foi uma das principais atividades que garantiram a entrada de muitas mulheres negras no sistema produtivo, onde a permanência de mulheres negras nestas posições ocasiona um legado escravista, pois é reproduzida na prática das relações sociais do país, determinadas pela tripla discriminação: classe, raça e sexo. Em suma, a pesquisa realizada foi do tipo descritiva, com base em revisão de literatura e na análise de dados secundários da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), referentes aos anos de

2005 e 2014, seguindo a perspectiva de raça e gênero, por meio da definição de quatro categorias: mulher negra, mulher não negra, homem negro e homem não negro. Demonstraram, entre outros fatores, que apesar da melhoria de indicadores do mercado de trabalho da mulher negra no Nordeste, a queda do desemprego como também o aumento do reconhecimento da carteira assinada, a informalidade de trabalho ainda é negra e feminina (ALVES *et al.*, 2020).

De acordo com Ferreira e Nunes (2019), o processo de inserção das mulheres afrodescendentes norte-americanas no contexto do mercado de trabalho sofreu barreiras para o crescimento devido ao processo de escravidão, quando a mulher negra trabalhava em tempo integral e raramente exercia as funções de esposa ou mãe. Isso auxilia no entendimento da ocorrência de sexismo e racismo no contexto do trabalho, gerando barreiras para promoção na trajetória profissional. No Brasil, esta realidade não é muito distante, já que mulheres negras recebem menores salários e estão em condições laborais precárias e ainda trabalham em funções domésticas. As maiores ofertas de empregos para mulheres negras conseguirem melhores condições no contexto do trabalho, são por meio do acesso à educação, já que os principais fatores de discriminação salarial estão em termos de raça e gênero, resultando no pouco acesso à educação, a experiência profissional e a não regulação.

Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em 2019, foi divulgada uma pesquisa acerca das atividades que envolvem o trabalho doméstico remunerado. Essa atividade ainda é caracterizada por ser uma atividade precária, com baixos rendimentos, pouca proteção social, discriminação e até assédio. A pesquisa revelou também que mais de 6 milhões de brasileiros dedicam-se a serviços como mensalistas, diaristas, babás, cuidadoras, ou quaisquer outros para cuidar dos domicílios e da família de seus empregadores. Desse total, 92% são mulheres, em sua maioria negras, de baixa escolaridade e oriundas de famílias de baixa renda (IPEA, 2019).

Ferreira e Nunes (2019) afirmam que o racismo é apresentado nas formas de exclusão da população negra e manifesta-se além do mercado de trabalho, em diferentes fatores como: educação, renda, violência, raça, gênero e classe, visto que o racismo institucional está presente no discurso meritocrático, que desconsidera as condições de desigualdades sociais, emocionais, morais e econômicas.

Outra questão limitante para as mulheres negras é a formação de sua identidade, a qual sofre a hierarquizações de determinados grupos, na medida em que o fenótipo ideal é o branco, a cor da pele, o tamanho do nariz, a espessura dos lábios e principalmente os cabelos geram uma forma de estigma. Entretanto, a aceitação dos cabelos tem sido usada como forma de construção da identidade negra para a resistência política racial (FERREIRA; NUNES, 2019).

Em relação a cor da pele, as diferentes tonalidades influenciam na aceitação ou negação em determinados locais de trabalho e no acesso à educação, visto que os pretos possuem menores chances de adentrar a universidade, enquanto os pardos possuem chances similares aos brancos e amarelos. Porém, as mulheres negras, recebem rendimentos menores, mesmo possuindo o mesmo diploma que os homens brancos. Os autores supracitados também abordaram gênero, raça e classe como marcadores sociais da diferença, demonstrando, assim, que o termo interseccionalidade é relacionado ao feminismo negro com diferentes propostas.

A interseccionalidade remete a uma teoria transdisciplinar que visa apreender a complexidade das identidades e das desigualdades sociais por intermédio de um enfoque integrado. Ela refuta o enclausuramento e a hierarquização dos grandes eixos da diferenciação social que são as categorias de sexo/gênero, classe, raça, idade, etnicidade, deficiência, e orientação sexual (BILGE, 2009, p.70 apud FERREIRA; NUNES, 2019, p.7).

Dessa forma, a interseccionalidade está relacionada com uma teoria transdisciplinar que visa apreender a complexidade das identidades e das desigualdades sociais por intermédio de um enfoque integrado. Considerando todas as categorias de diferenciações sociais que são: sexo/gênero, classe, raça, idade, et-

nicidade, deficiência, e orientação sexual. A autora afirma que é a partir do feminismo negro norte-americano que se inicia a formulação da interseccionalidade, uma vez que a luta das feministas brancas, universitárias, não representavam os interesses das mulheres negras. Em síntese, o artigo teve o enfoque no racismo correlacionando com os determinantes sociais que interferem na inserção da mulher negra no mercado de trabalho, interseccionado por gênero, raça e classe e fatores sociais que determinam estereótipos de padrões de beleza. A pesquisa utilizou-se da metodologia de revisão de literatura e obteve os resultados por meio de pesquisa à base Spell, em que somente dois artigos foram encontrados.

Rabelo *et al.* (2018) desenvolveram uma pesquisa cujo objetivo foi evidenciar o envelhecimento da população negra e correlacionar as condições socioeconômicas às questões da saúde; como também estudar os efeitos psicossociais do racismo em idosos, enfatizando o saber psicológico para a atuação. Por meio da pesquisa, apuraram que o fenômeno envelhecimento é um processo natural, vivenciado de maneira singular por ocorrer em contextos sociais e históricos, ele atravessa dimensões econômicas e políticas.

Os mesmos autores mencionam que no Brasil a reforma previdenciária se traduz basicamente na perda de direitos e afeta a população de baixa renda, principalmente, as mulheres negras que realizam funções mais precarizadas e de baixa remuneração. O envelhecimento de mulheres negras está relacionado ao racismo, pois ele é um dos precursores para as práticas discriminatórias, que ocasionam as desigualdades econômicas, sociais e históricas. A vivência das desigualdades gera um efeito prejudicial ao longo da vida, pois os eventos estressantes se associam às perdas ocasionadas pela diminuição da resiliência biológica e da plasticidade decorrentes da senescência. O Racismo é um dos principais fundamentadores das iniquidades na área da saúde, pois o racismo e o sexismo são as principais causas do adoecimento e da mortalidade materna de mulheres negras, e referente às mulheres negras idosas, os maiores índices de mortalidades, hipertensão e diabetes mellitus estão presentes o que revela o baixo acesso a uma boa qualidade de

vida. Em relação a saúde mental, o racismo impacta negativamente, pois ocasiona déficits nas relações, e influência na formação de estereótipos como também na projeção da identidade e autoimagem moldada pelo ideal de branquitude. O racismo implica na violência sofrida de forma velada por meio da exclusão da sociedade. Os autores colocam entre os desfechos da pesquisa, que a velhice negra é formada em constituições desproporcionais, e o papel da psicologia é de entendimento e atuação ético-política.

Em pesquisa bibliográfica Castilho e Nunes (2021), discorrem que o envelhecimento das mulheres negras deve ser compreendido em parâmetro sócio-histórico e econômico, visto que as desigualdades de classe, gênero e racismo, foram postas por um sistema capitalista que teve como organização a escravidão. Pode-se afirmar que esse sistema foi construído a partir de uma dominação simbólica em que a presença do proprietário de escravos foi alicerçada em um modelo patriarcal de exploração e opressão. A discriminação racial e o envelhecimento são correlacionados, visto que as consequências do envelhecer deveriam estar associadas ao processo saudável e ativo. Contudo, as particularidades que permeiam a senescência da mulher negra, são associadas ao racismo e às desigualdades de gênero que ocasionam um maior sofrimento emocional, físico e psicológico, causando um avanço na senilidade deste público. O processo de exclusão dos mais velhos em relação aos mais jovens revela o idadismo presente na sociedade e no indivíduo, em que a intergeracionalidade pode ser uma das estratégias efetivas de combate a esse fenômeno, pois a coeducação das gerações é um processo fundamental para a aceitação das singularidades. Logo, conforme as autoras, a velhice das mulheres negras é carregada de estereótipos, que vão além daqueles comumente associados ao fenótipo, somando-se às discriminações, como o racismo, sexismo, machismo, que comungam em comportamentos negativos.

Os resultados da pesquisa junto às bases eletrônicas de dados revelaram pouca expressividade de textos que versam sobre a correlação do envelhecimento com a participação da mulher negra no mercado de trabalho. Dos cinco arti-

gos, apenas dois abordaram a correlação, o publicado por Rabelo *et al.*, (2018), elucidou o fenômeno do envelhecimento relacionado ao racismo e as implicações socioeconômicas e emocionais na saúde física e mental de mulheres negras e mulheres negras na velhice. O artigo publicado por Castilho e Nunes (2021) apresenta as particularidades do envelhecer de mulheres negras, relacionando o racismo com as inferências sociais econômicas. Entretanto, não aborda especificamente os processos de discriminação no mercado de trabalho. Entre os demais 3 artigos analisados, os autores Alencar e outros (2020) abordaram os processos referentes a entrada no mundo de trabalho das mulheres negras na região nordeste no Brasil, região marcada pela exclusão e preconceito. Oliveira e Kubiak (2019) fomentaram sobre o racismo institucional relacionado ao baixo acesso de mulheres negras à qualidade do serviço público de saúde apropriado. Ferreira e Nunes (2019) elucidam as formas de manifestação do racismo principalmente nos determinantes sociais e nos padrões de beleza, apresentando o conceito de interseccionalidade como grande influenciador para o entendimento das diferentes discriminações.

## **CULTURA ANTIENVELHECIMENTO, IMPACTOS PARA A SAÚDE E PARA A PARTICIPAÇÃO DE MULHERES NEGRAS NO MERCADO DE TRABALHO**

A partir dos resultados obtidos na leitura analítica dos livros, nota-se que a historicidade da mulher negra no período de escravidão e pós escravidão, como também os processos discriminatórios que permeiam o mercado de trabalho foram abordados. As autoras Carneiro (2011) e Gonzalez (2010) elucidaram conceitos fundamentais para o entendimento histórico e cultural da mulher negra e do processo de miscigenação no Brasil, que se fundamentou no mito da democracia racial. Assim, a negritude influencia na estética ideal de beleza, que foi amparada no ideal branco, o que revela indícios de precursores de estereótipos discriminatórios relacionados aos padrões de beleza que influenciaram e influenciam

o processo de inserção da mulher negra no mercado de trabalho. Definições de racismo, racismo institucional, miscigenação, empoderamento feminino negro, foram trazidos nos textos. Contudo, as autoras não citaram o conceito de interseccionalidade, como também não informaram os sofrimentos psicossociais que podem ocorrer na saúde da mulher negra durante o processo do envelhecimento.

As discussões de Ribeiro (2018) informaram o processo histórico-cultural do Brasil acerca das discriminações sofridas por mulheres negras em diferentes contextos sociais, exemplificando o conceito de interseccionalidade relacionando-o às classes, raças e gêneros, bem como ao padrão de beleza ideal. No entanto, a autora não aborda as discriminações sofridas por mulheres negras idosas periféricas.

Davis (2016), por sua vez, elucida importantes diferenciações de trabalho dentro do próprio gênero feminino. Afirma que o espaço ocupado pelas mulheres negras no mundo do trabalho é a reprodução de padrão estabelecido nos primeiros anos de escravidão, em que mulheres negras nunca vivenciaram a romantização do feminismo na luta por direitos e equidade. Todavia, a autora foi citada no presente artigo por ser um importante referencial histórico feminismo negro norte americano e, por esta razão, não foram abordados agudamente os processos históricos e culturais de mulheres negras norte americanas no mundo de trabalho.

Diante do exposto, faz-se necessária uma complementação inclusiva das autoras em relação às mulheres negras idosas periféricas e mulheres negras deficientes idosas ou não. A ausência desse público em todos os textos abordados, revela mais uma forma de coerção e discriminação sofrida por essas mulheres que se enquadram dentro da sociedade e dentro do público feminino negro. Entretanto, a ausência de resultados relacionados aos fenômenos biopsicossociais que afetam a saúde deste público, revela uma possível falha na área de pesquisa, justamente por não contemplar as mulheres negras em todos os aspectos sociais que impactam diretamente na saúde.

A partir da observação dos aspectos analisados percebemos que a raça, classe e gênero são fatores determinantes do preconceito no mundo do trabalho e na saúde do público estudado. As mulheres negras após anos da abolição da escravidão continuam a exercer funções domésticas, dedicando-se a serviços mensalistas, dentre os quais, 92% são mulheres que os realizam e a maioria é negra, conforme os dados elucidados na pesquisa pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) no ano de 2019.

Pode-se notar que o racismo é citado por todos os autores, sendo hierarquizado de todas as formas de discriminação e maior vulnerabilidade social ocasionando consequências físicas, socioeconômicas emocionais e biológicas. A senilidade é mais manifestada em mulheres negras, devido aos fatores estressogênicos que permeiam as discriminações que o público vivencia, ocasionado à baixa qualidade de vida e possíveis doenças, como citado por Rabelo *et al.*, (2018). O feminismo negro foi essencial para a participação das mulheres em locais padronizados pelo público branco, como universidades, instituições políticas, instituições trabalhistas, como também foi fundamental para o processo de empoderamento negro feminino, tornando-se uma grande tendência contemporânea de aceitação e de quebra de estereótipos e biotipos padronizados. Entretanto, a ausência de citações dos autores de mulheres negras portadoras de quaisquer deficiências, como também de mulheres negras trans relacionada ao envelhecimento e também ao mercado de trabalho é de suma importância, embora não seja o objetivo do trabalho, torna-se um indicador de preconceito, visto a exclusão deste público em que o termo interseccionalidade não pode ser devidamente aplicado, como afirmado por Ferreira e Nunes (2019)

Por fim, podemos inferir a baixa produção de textos relacionando a inserção da mulher negra no mundo do trabalho com as consequências biopsicossociais que permeiam esse processo. Entretanto, de fato, a raça, classe, gênero, idade e

sexualidade, são precursores de preconceito no Brasil, visto todas as discriminações que perpassam não somente a participação da mulher negra no mundo do trabalho, mas também todos os meios as quais elas são inseridas.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A psicologia é comprometida com atuação ética e política. O objetivo deste estudo foi de fomentar a construção de um saber fundamentado em fatos históricos e culturais para evidenciar a minoria da temática apresentada, vista a importância e dever do psicólogo em reconhecer, ressignificar e abrir-se à atualização do conhecimento acompanhando as demandas biopsicossociais da população.

O conhecimento ampliado de saúde é essencial, pois os obstáculos impostos às mulheres negras são resultados de um modelo hierarquizado e hegemônico. As diferenças socioeconômicas, as violências, as discriminações e os estereótipos reforçam a construção social preconceituosa ainda presente, fundamentada em governos ditatoriais preconceituosos, que valorizavam culturas externas e fomentaram o branqueamento populacional.

O envelhecimento é um processo notório e subjetivo carregado de nuances, em que para as mulheres negras se torna ainda mais difícil, pois reflete as inúmeras discriminações que perpetuam o meio social, principalmente em uma sociedade que possui a valorização de corpos jovens, em que envelhecer significa perda; e, devido a maior prevalência de pessoas em locais periféricos, o pouco acesso a qualidade de vida é um grande potencializador para o envelhecimento precoce.

Neste sentido, a revisão procurou não esgotar o tema e a problemática, mas fomentar, por meio da leitura, práticas antirracistas, antielitistas e antissexistas, buscar a promoção da luta pela equidade e pelo empoderamento negro nas universidades, para que futuras mudanças sociais aconteçam a partir da conscientização. Portanto, a mulher negra deve ser vista com equidade e compreendida em

seu conceito holístico, tendo em conta que o papel da psicologia é de promover saúde e qualidade de vida, eliminando quaisquer formas de negligência, exploração, opressão ou violência.

## REFERÊNCIAS

ALENCAR, D. *et al.* Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 19, n. 8, p. 3533-3542. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.12092013>. Acesso em: 20 mai. 2022.

ALVES, C. *et al.* Padrão de inserção da mulher negra no mercado de trabalho nordestino: notas para o período 2005-2014. **Redes - Revista do Desenvolvimento Regional**, [S.l.], v. 25, n. 2, p. 2713-2736. 2020. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/redes/article/view/15382>. Acesso em: 24 jun. 2022.

BRAUN, V., & CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research. Psychology**, 3(2), 77-101, 2006. doi: 10.1191/1478088706qp063oa

CARNEIRO, S. **Racismo, Sexismo e Desigualdade No Brasil**. São Paulo: Selo Negro, 2011.

CASTILHO, G.; NUNES, I. Racismo e envelhecimento da mulher negra no contexto das desigualdades sociais no Brasil. JORNADA INTERNACIONAL POLÍTICAS PÚBLICAS, 10., On-line. **Anais [...]**. Minas Gerais: UFMA, 2021. Disponível em: [http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2021/images/trabalhos/trabalho\\_submissaoId\\_973\\_973612d648603d02.pdf](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2021/images/trabalhos/trabalho_submissaoId_973_973612d648603d02.pdf). Acesso em: 05 out. 2022.

DAUFEMBACK, V.; HASSELMANN, G. Desafios da mulher preta no mundo do trabalho: uma reflexão necessária. **Redes - Revista Interdisciplinar do IELUSC**, [S.l.], n. 4, p. 89-100, dez. 2021. Disponível em: <http://revistaredes.ielusc.br/index.php/revistaredes/article/view/124>. Acesso em: 10 out. 2022.

DAVIS, Ângela. O legado da escravidão: parâmetros para uma nova condição da mulher. *In*: DAVIS, Ângela. **Mulheres, Raça e Classe**. São Paulo: Boitempo, 2016. p. 15-42.

DAVIS, Ângela. Racismo no movimento sufragista feminino. *In*: DAVIS, Ângela. **Mulheres, Raça e Classe**. São Paulo: Boitempo, 2016. p. 79-93.

FERREIRA, S.; NUNES, C. Mulheres Negras no Mercado De Trabalho: Interseccionalidade entre Gênero, Raça e Classe Social. ENCONTRO DA ANPAD, 43., Minas Gerais. **Anais [...]**, Minas Gerais, PUC, 2019. Disponível em: [https://scholar.google.com.br/scholar?cluster=17753665941449178648&hl=pt-BR&as\\_sdt=2005&scioldt=0,5](https://scholar.google.com.br/scholar?cluster=17753665941449178648&hl=pt-BR&as_sdt=2005&scioldt=0,5). Acesso em: 25 out. 2022.

GONZALEZ, L. Antes de se tornar Lélia. *In*: GONZALEZ, L. **Retratos do Brasil Negro**. São Paulo: Selo Negro, 2010. p. 11-47.

GONZALEZ, L. Com nome e sobrenome. *In*: GONZALEZ, L. **Retratos do Brasil Negro**. São Paulo: Selo Negro, 2010. p. 77-85.

IPEA. **Estudo do IPEA Traça Um Perfil Do Trabalho Doméstico No Brasil**. Brasília, DF: IPEA, 2019. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=35255](https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=35255). Acesso em: 07 jul. 2022.

OLIVEIRA, B.; KUBIAK, F. **Racismo Institucional e a Saúde da Mulher Negra**: Uma análise da produção científica brasileira. *Saúde em Debate*, [S.l.], v. 43, n. 122. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912222>. Acesso em: 25 out. 2022.

PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D. Desenvolvimento físico e cognitivo na vida adulta tardia. *In*: PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento Humano**. 12. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. Cap. 17.

RABELO, D. *et al.* Racismo e envelhecimento da População Negra. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 193-215. 2018. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/44428/29445>. Acesso em: 25 out. 2022.

RIBEIRO, D. **Quem Tem Medo Do Feminismo Negro?** São Paulo: Editora Schwarcz, 2018.

SOUZA, M.; SILVA, M.; CARVALHO, R. Integrative review: what is it? How to do it? **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, jan./mar. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S167945082010RW1134>. Acesso em: 03 abr. 2022.

# **SOBRE OS ORGANIZADORES E AS ORGANIZADORAS**

## **Ramon Missias-Moreira**

Pós-doutor em Atividade Física e Saúde pelo Centro de Investigação em Atividade Física, Saúde e Lazer (CIAFEL), vinculado à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, Portugal (FADEUP-2022). Doutor em Educação pela Universidade Federal da Bahia (UFBA-2017). Mestre em Saúde Pública pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB-2012). Especialista em Atividade Física, Educação e Saúde para Grupos Especiais pela Faculdade da Cidade do Salvador (FCS-2010). Licenciado Pleno em Educação Física pela UESB (2009). Licenciado em Pedagogia pela Universidade Metropolitana de Santos (2019). Acadêmico de Biomedicina pela UNIBF (2020-Atual). Professor Adjunto na Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), leciona na Graduação em Educação Física, na Licenciatura EaD em Pedagogia, no Mestrado em Psicologia e no Doutorado em Agroecologia e Desenvolvimento Territorial. Coordenador do Estágio Supervisionado da Licenciatura em Educação Física. Líder do Grupo de Pesquisa Interdisciplinar sobre Saúde, Educação e Educação Física - GIPEEF/UNIVASF/CNPq. Membro da Rede Internacional de Pesquisas sobre Representações Sociais de Saúde (RIPRES), com sede na Universidade de Évora, Portugal; Membro do GT da ANPEPP Memória, Identidade e Representações Sociais; Associado da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Associado da Sociedade Brasileira de Atividade Física e Saúde (SBAFS); Associado da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN); e, Membro do Comitê de Políticas de Estágio da UNIVASF. E-mails: [ramon72missias@gmail.com](mailto:ramon72missias@gmail.com) / [coordenacao@gipeef.com](mailto:coordenacao@gipeef.com)

## **Maria José Nogueira**

Doutor em Enfermagem pela Universidade de Lisboa. Mestre em Ecologia Humana, e Problemas Sociais Contemporâneos, pela Universidade Nova de Lisboa. Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESESJD) da Universidade de Évora, Portugal. Investigador integrado no CHRC – Comprehensive Health Research Center.

## **Carlos Laranjeira**

Doutor em Enfermagem. Especialista e Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Professor Coordenador na Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria. Investigador integrado no Center for Innovative Care and Health Technology (ciTechCare), Leiria, Portugal. Membro colaborador no Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Universidade de Évora, Portugal.

## **Susana Sobral Mendonça**

Doutor em Enfermagem pela Universidade de Lisboa. Professora Adjunta. Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESESJD) da Universidade de Évora, Portugal. Investigador do ciTechCare.

## **SOBRE AS AUTORAS E OS AUTORES**

### **Ana Sarmento**

Licenciada em Enfermagem, pela Escola Superior de Enfermagem Cruz Vermelha Portuguesa-Alto Tâmega. Enfermeira no Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro – CHTMAD - Unidade de Vila Real, Serviço de Cirurgia.

### **Ana Teixeira**

Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem Cruz Vermelha Portuguesa-Alto Tâmega. Enfermeiro no Hospitales COSAGA, Ourense

### **Arielle Dutra De Mendonça Ribeiro Tesch**

Psicóloga pela Universidade Católica de Petrópolis-UCP. Colaboradora do Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Cognição Social-NEICOS.

### **Auriane Morellato Ferrari**

Nutricionista pelo Centro Universitário do Espírito Santo (UNESC). Especialista em Atenção Primária à Saúde pela UNESC, especialista em Vigilância Sanitária pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) e especialista em Nutrição e Saúde pública pelo Centro Universitário FAVENI. Mestre em Nutrição e Saúde pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

### **Carla Marques**

Especialista e Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Enfermeira Especialista no ACES Pinhal Litoral.

### **Cristina Marques Teixeira Fernandes Sousa**

Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Saúde Cruz Vermelha Portuguesa (ESSCVP) Alto Tâmega. Enfermeira na Administração Regional de Saúde (ARS), Norte. Mestranda em Enfermagem Comunitária na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD). Especialista em Suporte Avançado de Vida (SAV) pela American Heart Association (AHA) e Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

### **Diovane Ricardo Pereira Conceição**

Graduação em Fisioterapia pelo Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM.

### **Danyane Simão Gomes**

Docente do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM. Doutora em Promoção de Saúde – Universidade de Franca (UNIFRAN). Mestre em Fisioterapia – Centro Universitário do Triângulo (UNITRI).

### **Delfina Teixeira**

Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde de Santarém. Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica pela Escola Superior de Enfermagem Montalvão Machado, Chaves, Portugal, Doutoranda em Ciência de Enfermagem, ICBAS UP. Investigadora no NursID, CINTESIS-RISE.

### **Felipe Augusto Rocha Machado**

Graduação em Fisioterapia pelo Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM.

### **Gisela Lopes**

Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem Cruz Vermelha Portuguesa-Alto Tâmega. Enfermeira no Complexo Hospitalar Universitário de Ourense, SERGAS

### **Gleice Moura Silva**

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

### **Iria Gómez**

Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem Cruz Vermelha Portuguesa-Alto Tâmega. Enfermeira no Complexo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense

### **Ivone Gonçalves Nery**

Mestre em Enfermagem pela UNIRIO. Enfermeira pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Professora Assistente do Curso de Enfermagem da UESB. Coordenadora do Curso de Enfermagem da UESB. Líder do Grupo de Pesquisa sobre Política, Planejamento e Gestão em Saúde – GPPPGES/UESB/CNPq.

### **Jackline Freitas Brilhante de São José**

Doutora em Ciência e Tecnologia de Alimentos pela Universidade Federal de Viçosa (UFV). Professora Adjunta IV do Departamento de Educação Integrada em Saúde, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Líder do Grupo de Pesquisa Microbiologia, Higiene e Qualidade dos Alimentos.

### **Joel Vitorino**

Especialista e Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Enfermeiro no Instituto Português de Oncologia de Coimbra. Assistente Convidado na Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria.

### **Luciana Xavier Senra**

Psicóloga Doutora e Mestra em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora-UFJF, Professora dos cursos de Mestrado e Graduação em Psicologia da Universidade Católica de Petrópolis-UCP. Líder do Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Cognição Social-NEICOS.

### **Luís Filipe Brandão Martins Ferreira**

Licenciado em Educação Física, Saúde e Desporto pelo Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte (ISCS-N). Mestre em Ciências da Educação Física e do Desporto, pelo Instituto Superior da Maia (ISMAI). Doutorando em Ciências do Desporto na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD). Docente integrado no Instituto Superior de Ciências Educativas (ISCE-DOURO).

### **Luiza Drago Bonna**

Graduanda em Nutrição na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Campus Maruípe. Integrante do Projeto de Extensão 'Boas práticas de manipulação em serviços de alimentação: avaliação e orientação para produção de alimentos seguros' da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

### **Manueli Monciozo Domingos**

Nutricionista pela Universidade Federal do Espírito Santo. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Saúde na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

### **Maria Clara Barcelos de Aquino**

Graduanda em Nutrição na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Campus Maruípe. Integrante do Projeto de Extensão 'Boas práticas de manipulação em serviços de alimentação: avaliação e orientação para produção de alimentos seguros' da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

### **Maria Fernanda Camargos**

Graduação em Fisioterapia pelo Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM.

### **Maria Lúcia Silva Servo**

Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP). Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Especialista em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior pela Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. Bacharel em Enfermagem pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Professora Plena e Professora Permanente dos Programas de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Profissional em Enfermagem e Profissional em Saúde Coletiva da UEFS. Membro Titular da Academia de Educação de Feira de Santana. Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva/NUPISC/UEFS/CNPq.

### **Maria Pires**

Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem Cruz Vermelha Portuguesa-Alto Tâmega. Enfermeira na Santa Casa da Misericórdia de Vila Pouca de Aguiar.

### **Marina Pereira**

Especialista e Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Pós-graduada em Cuidados Paliativos. Enfermeira Especialista no ACES Pinhal Litoral.

### **Paula Oliveira**

Mestre em Gestão da Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública, Enfermeira no Centro Hospital Universitário de Lisboa Norte (CHULN), Mestranda em Médico-Cirúrgica na Pessoa em Situação Crítica.

### **Paula Sánchez**

Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem Cruz Vermelha Portuguesa-Alto Tâmega. Enfermeira no Complexo Hospitalário Universitário de Ourense, Ourense.

### **Purificacion Roman**

Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem Cruz Vermelha Portuguesa-Alto Tâmega. Enfermeira no Centro de Atención a Personas Maiores de Vilar de Santos, Consorcio Galego de Igualdade e Benestar, Xunta de Galicia.

### **Raphaela Karoline Araújo Cruz**

Graduação em Fisioterapia pelo Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM.

### **Rebeca Alves Rodrigues**

Graduanda em Fisioterapia pelo Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM.

### **Sara Canosa**

Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem Cruz Vermelha Portuguesa - Alto Tâmega. Enfermeira no Quirón Salud Miguel Dominguez, Pontevedra, Espanha.

### **Simone Rezende da Penha Mendes**

Nutricionista pela Universidade Federal do Espírito Santo. Espírito Santo (UFES).

### **Tania Rodríguez**

Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem Cruz Vermelha Portuguesa-Alto Tâmega. Enfermeira no Complexo Hospitalário Universitário de Pontevedra, Espanha.

### **Thales Antunes Chamon**

Graduando em Nutrição na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Campus Maruípe. Integrante do Projeto de Extensão ‘Boas práticas de manipulação em serviços de alimentação: avaliação e orientação para produção de alimentos seguros’ da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

[www.terried.com](http://www.terried.com)



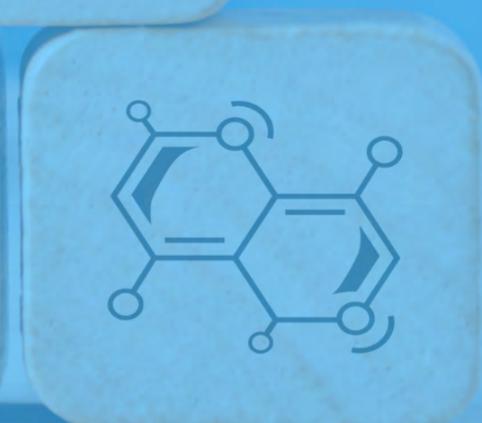
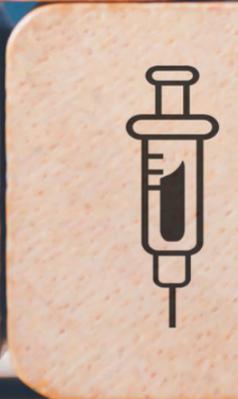
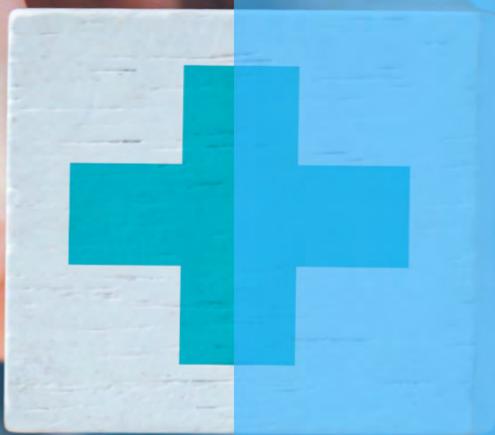
[@editora\\_terried](https://www.facebook.com/terried)



[/editoraterried](https://www.instagram.com/terried)



[contato@terried.com](mailto:contato@terried.com)



**TERRIED**