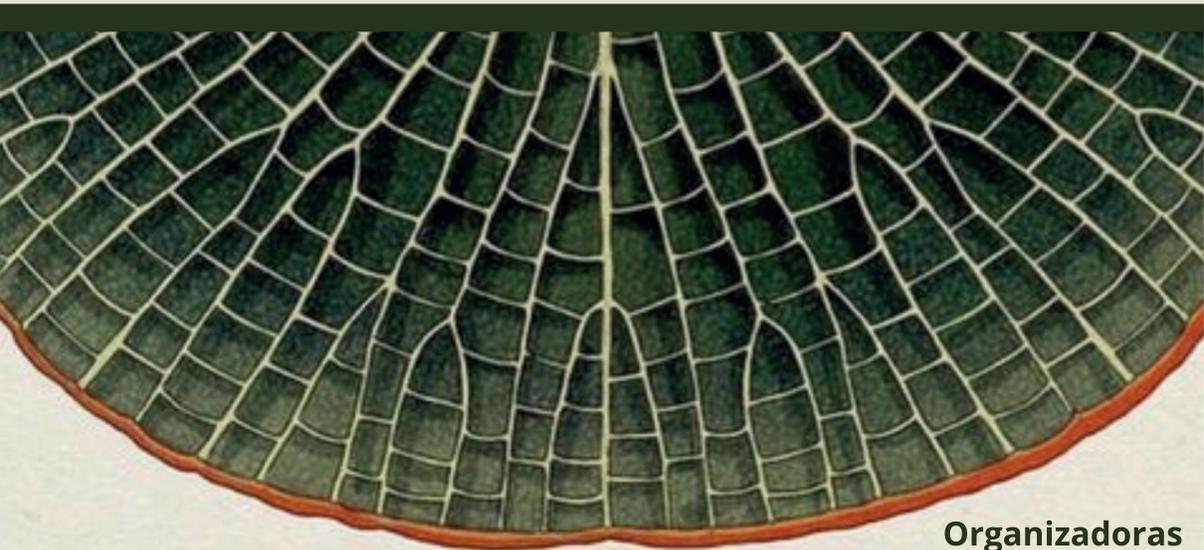




INTERFACES CULTURAIS DO CUIDAR VOZES AMAZÔNICAS NA PÓS-GRADUAÇÃO

1ª EDIÇÃO



Organizadoras

Lívia de Aguiar Valentim • Sheyla Mara Silva de Oliveira
Franciane de Paula Fernandes • Tatiane Costa Quaresma
Juliana Conceição Dias Garcez • Maria Elizabete de Castro Rassy

INTERFACES CULTURAIS DO CUIDAR
VOZES AMAZÔNICAS NA PÓS-GRADUAÇÃO

1ª EDIÇÃO



Organizadora da Obra – Professoras Doutoradas da Universidade do Estado do Pará
vinculadas ao curso bacharelado em Enfermagem

Lívia de Aguiar Valentim
Sheyla Mara Silva de Oliveira
Franciane de Paula Fernandes
Tatiane Costa Quaresma
Juliana Conceição Dias Garcez
Maria Elizabete de Castro Rassy

Coordenação Editorial, Supervisão e Aprovação
Livia de Aguiar Valentim

Autores

Adriely Alciane	Kalene Ramos Silva
Aline do Socorro Braga Figueiredo	Laryssa Cristiane Palheta Vulcão
Aline Mendes Cardoso	Laura Maria Vidal Nogueira
Amanda Luyta Monteiro da Mota	Leanna Silva Aquino
Ana Carolina Valino Teixeira	Liana Teixeira dos Santos
Antonia Regiane Pereira Duarte Valente	Lidiane Rossato Deckmann Nogueira
Ariamiro dos Santos Silva Júnior	Lívia de Aguiar Valentim
Breno Augusto Silva Duarte	Lúvia Santos da Silva
Crisna Táchia Campos Soares	Maria Elizabete de Castro Rassy
Elizabeth Teixeira	Marina Smidt Celere Meschede
Emily Manuelli Mendonça Sena	Mary Elizabeth de Santana
Franciane de Paula Fernandes	Milena Beatriz de Sousa Santos
Gilvandro Ubiracy Valente	Raisa Oksana Lídia Ellis Freire de Sena Garcia da Silva
Ingrid Bentes Lima	Raquel Gomes da Silva
Itamara Rodrigues Moura	Rubenilson Caldas Valois
Ivaneide Leal Ataíde Rodriguês	Sheyla Mara Silva de Oliveira
Julianne Figueiredo Costa Sousa	Tatiane Costa Quaresma

LÍVIA DE AGUIAR VALENTIM
SHEYLA MARA SILVA DE OLIVEIRA
FRANCIANE DE PAULA FERNANDES
TATIANE COSTA QUARESMA
JULIANA CONCEIÇÃO DIAS GARCEZ
MARIA ELIZABETE DE CASTRO RASSY
(ORGANIZADORAS)

INTERFACES CULTURAIS DO CUIDAR
VOZES AMAZÔNICAS NA PÓS-GRADUAÇÃO

1ª EDIÇÃO



Copyright © Autoras e autores

Todos os direitos garantidos. Qualquer parte desta obra pode ser reproduzida, transmitida ou arquivada desde que levados em conta os direitos das autoras e dos autores.

Lívia de Aguiar Valentim; Sheyla Mara Silva de Oliveira; Franciane de Paula Fernandes; Tatiane Costa Quaresma; Juliana Conceição Dias Garcez; Maria Elizabete de Castro Rassy [Orgs.]

Interfaces culturais do cuidar vozes amazônicas na pós-graduação. São Carlos: Pedro & João Editores, 2025.159p. 16 x 23 cm.

ISBN: 978-65-265-2240-0 [Digital]

1. Enfermagem. 2. Saúde. 3. Educação. 4. Amazônia. I. Título.

CDD – 370

Capa: Marcos Della Porta

Ficha Catalográfica: Hélio Márcio Pajeú – CRB – 8-8828

Diagramação: Diany Akiko Lee

Editores: Pedro Amaro de Moura Brito & João Rodrigo de Moura Brito

Conselho Editorial da Pedro & João Editores:

Augusto Ponzio (Bari/Itália); João Wanderley Geraldi (Unicamp/Brasil); Hélio Márcio Pajeú (UFPE/Brasil); Maria Isabel de Moura (UFSCar/Brasil); Maria da Piedade Resende da Costa (UFSCar/Brasil); Valdemir Miotello (UFSCar/Brasil); Ana Cláudia Bortolozzi (UNESP/Bauru/Brasil); Mariangela Lima de Almeida (UFES/Brasil); José Kuiava (UNIOESTE/Brasil); Marisol Barenco de Mello (UFF/Brasil); Camila Caracelli Scherma (UFFS/Brasil); Luís Fernando Soares Zuin (USP/Brasil); Ana Patrícia da Silva (UERJ/Brasil).



Pedro & João Editores

www.pedroejoaoeditores.com.br

13568-878 – São Carlos – SP

2025

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 - ESTUDOS CULTURAIS EM ENFERMAGEM . 11 **ANÁLISE DAS PRODUÇÕES SOBRE ESTUDOS CULTURAIS** **A PARTIR DO BANCO DE TESES E DISSERTAÇÕES DOS** **PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM DA** **AMAZÔNIA LEGAL**

Emily Manuelli Mendonça Sena
Aline do Socorro Braga Figueiredo
Ana Carolina Valino Teixeira
Maria Elizabete de Castro Rassy
Elizabeth Teixeira

CAPÍTULO 2 - ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS E **PLURALIDADE DE SABERES NA SAÚDE MENTAL DA** **POPULAÇÃO AMAZÔNICA..... 27** **ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DA SAÚDE MENTAL NA** **POPULAÇÃO AMAZÔNICA BRASILEIRA**

Kalene Ramos Silva
Laryssa Cristiane Palheta Vulcão
Raquel Gomes da Silva
Emily Manuelli Mendonça Sena
Maria Elizabete de Castro Rassy
Rubenilson Caldas Valois
Elizabeth Teixeira

CAPÍTULO 3 - DOS QUILOMBOS AOS SERVIÇOS DE **SAÚDE..... 39** **DOS QUILOMBOS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: ITINERÁRIO** **TERAPÊUTICO DE CRIANÇAS QUILOMBOLAS NA** **AMAZÔNIA**

Julianne Figueiredo Costa Sousa
Leanna Silva Aquino
Lidiane Rossato Deckmann Nogueira

Franciane de Paula Fernandes
Tatiane Costa Quaresma
Lívia de Aguiar Valentim
Sheyla Mara Silva de Oliveira

CAPÍTULO 4 - INFÂNCIA QUILOMBOLA E ENFERMAGEM
..... 57

**ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DA SAÚDE DAS CRIANÇAS NA
POPULAÇÃO QUILOMBOLA: REVISÃO INTEGRATIVA**

Adriely Alciane
Lúvia Santos da Silva
Raisa Oksana Lídia Ellis Freire de Sena Garcia da Silva
Dr. Rubenilson Caldas Valois
Dra. Maria Elizabete de Castro Rassy
Dra. Ivaneide Leal Ataíde Rodriguês

**CAPÍTULO 5 - SAÚDE E CULTURA NA INFÂNCIA
AMAZÔNICA..... 71**

**ACESSO À SAÚDE: DESAFIOS DO CÂNCER
INFANTOJUVENIL NO CONTEXTO AMAZÔNICO**

Aline Mendes Cardoso
Itamara Rodrigues Moura
Franciane de Paula Fernandes
Tatiane Costa Quaresma
Lívia de Aguiar Valentim
Sheyla Mara Silva de Oliveira

CAPÍTULO 6 - POPULAÇÕES INDÍGENAS E TUBERCULOSE
..... 91

**PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE
ENTRE INDÍGENAS NO ESTADO DO PARÁ**

Breno Augusto Silva Duarte
Ingrid Bentes Lima
Liana Teixeira dos Santos
Laura Maria Vidal Nogueira
Mary Elizabeth de Santana

CAPÍTULO 7 - SÍNDROME ALCOÓLICA FETAL..... 107

SÍNDROME ALCOÓLICA FETAL (SAF)

Crisna Táchia Campos Soares
Milena Beatriz de Sousa Santos
Franciane de Paula Fernandes
Tatiane Costa Quaresma
Lívia de Aguiar Valentim
Sheyla Mara Silva de Oliveira
Marina Smidt Celere Meschede

CAPÍTULO 8 - DOENÇAS CRÔNICAS E TELEMEDICINA.. 125

**DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E
TELEMEDICINA: DESAFIOS E AVANÇOS NO CONTEXTO
AMAZÔNICO BRASILEIRO**

Amanda Luyta Monteiro da Mota
Ariamiro dos Santos Silva Júnior
Franciane de Paula Fernandes
Tatiane Costa Quaresma
Lívia de Aguiar Valentim
Sheyla Mara Silva de Oliveira

CAPÍTULO 9 141

**AS PARTICULARIDADES DA DOENÇA RENAL NO IDOSO
DA REGIÃO AMAZÔNICA**

Antonia Regiane Pereira Duarte Valente
Gilvandro Ubiracy Valente
Franciane de Paula Fernandes
Tatiane Costa Quaresma
Lívia de Aguiar Valentim
Sheyla Mara Silva de Oliveira

APRESENTAÇÃO

A presente obra, intitulada *Interfaces Culturais no Cuidar: Vozes Amazônicas na Pós-Graduação*, reúne produções acadêmicas que exploram as interfaces entre os Estudos Culturais e a Enfermagem no contexto amazônico. Trata-se de uma coletânea que emerge da necessidade de reconhecer, valorizar e analisar criticamente as formas culturais de viver e experienciar os processos de saúde e doença na Amazônia Legal, região marcada por uma complexa teia de saberes tradicionais, desigualdades estruturais e desafios históricos de acesso à saúde.

O livro articula produções oriundas de pesquisas desenvolvidas em Programas de Pós-Graduação em Enfermagem, com destaque para a Universidade do Estado do Pará, e tem como objetivo contribuir para a consolidação de uma epistemologia do cuidado que seja crítica, situada e sensível às especificidades dos povos amazônicos. A partir de diferentes abordagens metodológicas e recortes temáticos, os capítulos dialogam com os princípios dos Estudos Culturais, especialmente no que tange à problematização das práticas instituídas, ao reconhecimento da diversidade e à valorização dos saberes populares.

Capítulo 1 – Estudos Culturais em Enfermagem: Estado da Arte na Amazônia Legal: Este capítulo introdutório realiza um mapeamento das teses e dissertações produzidas nos programas de pós-graduação em Enfermagem da Amazônia Legal que abordam os Estudos Culturais. A análise evidencia a incipiente produção na área e a necessidade de aprofundar o debate sobre a cultura como categoria analítica na pesquisa e na prática em saúde.

Capítulo 2 – Itinerários Terapêuticos e Pluralidade de Saberes na Saúde Mental da População Amazônica: A partir da análise dos percursos terapêuticos de populações tradicionais, este capítulo discute os desafios da atenção psicossocial na Amazônia,

ressaltando a coexistência entre práticas biomédicas e saberes tradicionais, e a importância das Redes Vivas na promoção de cuidado culturalmente sensível.

Capítulo 3 – Dos Quilombos aos Serviços de Saúde: O Itinerário Terapêutico de Crianças Quilombolas na Amazônia: Este capítulo apresenta uma análise sobre o acesso e a permanência de crianças quilombolas nos serviços de saúde. Destaca as barreiras geográficas, socioculturais e institucionais, bem como as estratégias de cuidado adotadas por essas comunidades, incluindo a valorização da medicina tradicional.

Capítulo 4 – Infância Quilombola e Enfermagem: Uma Revisão Integrativa sobre Itinerários Terapêuticos: Com base em uma revisão integrativa, esta seção aprofunda a compreensão sobre os percursos de cuidado na infância quilombola, evidenciando a escassez de estudos, os desafios de acesso e as alternativas desenvolvidas pelas famílias diante das limitações do sistema formal de saúde.

Capítulo 5 – Saúde e Cultura na Infância Amazônica: O Câncer Infantojuvenil como Desafio de Equidade: Este capítulo discute os entraves no diagnóstico e tratamento do câncer infantojuvenil na região amazônica, integrando a perspectiva cultural ao debate sobre equidade no acesso e valorização dos saberes locais nas estratégias de cuidado.

Capítulo 6 – Populações Indígenas e Tuberculose: Panorama Epidemiológico e Desigualdades em Saúde no Pará: Com base em dados do SINAN, este capítulo apresenta uma análise epidemiológica da tuberculose entre indígenas no Pará, destacando as desigualdades sociais, culturais e territoriais que influenciam o adoecimento e a resposta institucional.

Capítulo 7 – Síndrome Alcoólica Fetal: Implicações Socioculturais e Desafios para a Atenção em Enfermagem: Este capítulo aborda a SAF a partir de uma perspectiva biopsicossocial, refletindo sobre os impactos do consumo de álcool durante a gestação e os determinantes sociais e culturais que afetam mulheres em situação de vulnerabilidade.

Capítulo 8 – Doenças Crônicas e Telemedicina: A Tecnologia como Ponte Cultural na Saúde Amazônica: Este texto reflete sobre os desafios no cuidado às DCNTs na Amazônia e o papel da telemedicina como tecnologia integradora, considerando não apenas o acesso geográfico, mas também os aspectos culturais que atravessam o processo de cuidado.

Capítulo 9 - As particularidades da doença renal no idoso da região amazônica: aborda as mudanças fisiológicas naturais do envelhecimento e seus impactos na saúde, com ênfase nas alterações imunológicas, neurológicas, cardiovasculares, musculoesqueléticas e renais. Destaca a vulnerabilidade da população idosa, especialmente na região amazônica, onde há desigualdades no acesso aos serviços de saúde. A senescência é apresentada como um processo influenciado por fatores sociais, econômicos e culturais. Também são discutidas as implicações da imunossenescência e suas relações com o aumento das doenças crônicas.

Ao organizar esta coletânea, buscamos oferecer uma obra coerente e plural, que valoriza os múltiplos olhares sobre a saúde no território amazônico. A diversidade de temas, metodologias e abordagens reflete o compromisso coletivo de pensar a Enfermagem para além dos modelos biomédicos hegemônicos, reconhecendo a centralidade da cultura na produção de saúde.

Desejamos que este livro contribua para a formação crítica de profissionais, pesquisadores e estudantes, inspirando novas investigações e práticas que façam frente às iniquidades e que promovam uma saúde verdadeiramente universal, integral e culturalmente competente.

CAPÍTULO 1

ANÁLISE DAS PRODUÇÕES SOBRE ESTUDOS CULTURAIS A PARTIR DO BANCO DE TESES E DISSERTAÇÕES DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM DA AMAZÔNIA LEGAL

Emily Manuelli Mendonça Sena
Aline do Socorro Braga Figueiredo
Ana Carolina Valino Teixeira
Maria Elizabete de Castro Rassy
Elizabeth Teixeira

RESUMO: A cultura, com toda a sua complexidade, exerce uma influência profunda sobre os diversos aspectos da vida humana, moldando, a maneira como concebemos e experienciamos a saúde e a doença. Diante disso, os Estudos Culturais proporcionam uma perspectiva essencial para entender como indivíduos de diferentes culturas vivenciam o processo saúde e doença. Para a enfermagem, permite aprofundar a compreensão das dimensões sociais, históricas e culturais que influenciam o processo saúde e a doença do sujeito e o contexto que estar inserido. Assim, o objetivo desta pesquisa é levantar o estado da arte sobre estudos culturais, com foco nas teses e dissertações de mestrado apresentadas nos programas de pós-graduação em Enfermagem da Amazônia Legal. Trata-se de uma pesquisa, descritiva, bibliográfica, do tipo levantamento do estado da arte, de natureza qualitativa. A fonte de dados foi composta por 8 produções presentes nos bancos de teses e dissertações dos Programas de Pós-graduação em Enfermagem

da Universidade do Estado do Pará, Universidade Federal do Amazonas e Universidade Federal do Pará. Como resultados, podemos observar a incipiente exploração dos estudos culturais nos programas de Programas de Pós-graduação em Enfermagem dos estados da Amazônia Legal. Conclui-se que este campo de estudos interessa sobremaneira a área da saúde, já que pode ampliar a gama de problematizações que matizam e complexificam os debates sobre saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Estudos Culturais, Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Pesquisa em Enfermagem, Contexto Amazônico.

INTRODUÇÃO

A cultura, com toda a sua complexidade, exerce uma influência profunda sobre os diversos aspectos da vida humana, moldando nossos valores, comportamentos e, por consequência, a maneira como concebemos e experienciamos a saúde e a doença. Para Hall (1997), a cultura não é algo estático, mas sim um processo dinâmico e contestado, produzido nas relações sociais e nas práticas cotidianas.

Pesquisas recentes destacam que a cultura é um processo dinâmico e constantemente em negociação, onde significados e práticas são gerados, debatidos e reinterpretados nos variados contextos sociais (Dreher, 2019; Lipscomb; Ashley, 2021).

A visão da cultura como um fenômeno social e histórico tornou-se um campo de estudo significativo em várias áreas do saber, incluindo a enfermagem, que busca compreender como as dinâmicas culturais impactam diretamente o cuidado em saúde. Para Kruse et al. (2018) as políticas, artefatos e discursos da área da saúde podem ser problematizados e tidos como objetos de estudos da enfermagem sob uma ótica cultural. Assim, os estudos de práticas culturais vão além de comportamentos visíveis,

demandando uma análise profunda das interações sociais e das práticas cotidianas.

Sob esse olhar, os Estudos Culturais surgiram como uma abordagem interdisciplinar no século XX, na Inglaterra, abordando aspectos culturais da sociedade a partir de discursos tidos como marginalizados, não-oficiais ou que não possuíam voz, tendo como característica a interdisciplinaridade, crítica à cultura dominante e a ênfase na diversidade cultural (Baptista, 2009).

Vários estudiosos como, Stuart Hall e Madeleine Leininger, cada um em sua área, ousaram abordar e modificar a realidade com o objetivo de desafiar as noções naturalizadas de cultura e identidade, explorando as relações de poder subjacentes a essas construções. Tais estudos levam a pensar como elementos culturais, tanto imagens, quanto reportagens, educam pessoas, levando a novos modos de pensar e fazer (Kruse et al., 2018).

Na área da enfermagem, os Estudos Culturais proporcionam uma perspectiva essencial para entender como indivíduos de diferentes culturas vivenciam saúde e doença. Profissionais que compreendem a relevância de valores, crenças e práticas culturais são mais aptos a oferecer um cuidado humanizado e centrado no paciente. Pesquisas recentes demonstram que, apesar de o foco histórico da enfermagem ter sido nos aspectos físicos da doença, a diversidade cultural crescente e as transformações nas demandas sociais impulsionaram o campo a adotar uma abordagem mais ampla e inclusiva (Meleis et al., 2022).

Desse modo, a integração dos Estudos Culturais na prática de enfermagem enriquece a compreensão do profissional sobre os processos de saúde e doença, fortalecendo sua capacidade de oferecer um cuidado holístico e adaptado às necessidades individuais de cada paciente. Para Siqueira et al. (2018), é necessário que o enfermeiro perceba a importância da cultura do paciente, para que este se sinta acolhido e responda positivamente aos cuidados e tratamentos de saúde prestados.

Além disso, considerando também a necessidade de refletir sobre os acontecimentos a nível mundial, seus impactos no modo

de fazer saúde e o desenvolvimento sustentável, Costa et al. (2023) apontam a necessidade do fomento de pesquisas, práticas e políticas em enfermagem que sejam inovadoras e disruptiva, sobretudo para o alcance da agenda dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

Nesse contexto, o interesse para realizar essa pesquisa se deu durante a disciplina de Enfermagem e Processos Epidemiológicos no Contexto Amazônico, ofertada pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem - PPGENF, onde os autores tiveram contato com os Estudos Culturais, práticas e pesquisas em enfermagem. Nessa perspectiva, como primeiro passo para compreender a temática, formulou-se a seguinte questão de pesquisa: o que há produzido nos programas de pós-graduação em Enfermagem sobre estudos culturais?

Assim, o objetivo desta pesquisa é levantar o estado da arte sobre estudos culturais, com foco nas teses e dissertações de mestrado apresentadas nos programas de pós-graduação em Enfermagem da Amazônia Legal.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa, quanto aos fins, descritiva, quanto aos procedimentos, bibliográfica, do tipo levantamento do estado da arte, de natureza qualitativa. A fonte de dados foi composta por dados secundários, de domínio público, advindos de publicações nos bancos de teses e dissertações dos Programas de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), Universidade do Estado do Pará (UEPA), Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT) e Universidade Federal do Pará (UFPA).

A coleta de dados iniciou através da busca na Plataforma Sucupira, versão 4.1.16, disponível de forma online e gratuita, pelos Programas de Pós-graduação em Enfermagem dos Estados que

compõem a Amazônia legal, isto é: Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins e Maranhão.

Foi acessado o “Painel de Dados do Observatório da Pós-Graduação”, onde adotou-se como filtro “Região/UF” e “Grande Área e Área de Avaliação”, sendo selecionado “Região Norte” e “Enfermagem” respectivamente, visto ser o objeto de estudo dessa pesquisa. Também foi feita a busca pelos programas dos estados de Mato Grosso e Maranhão por meio da aba de “Resultados da Avaliação Quadrienal 2021”.

De posse dessa informação, realizou-se uma busca no catálogo de Teses e Dissertações do Portal de Periódicos da CAPES, bem como, via Plataforma Google, nos sites oficiais de cada PPGENF, visando ter acesso aos repositórios de cada programa.

Os critérios utilizados para seleção do material de análise foram: ser Tese ou Dissertação publicada; disponível na íntegra na base de dados; que mencionasse em seu título ou resumo: estudos culturais, contexto amazônico ou grupos populacionais específicos e um recorte temporal conforme a disponibilidade de cada banco. Excluiu-se aqueles que, após leitura completa, não tivesse relação com o tema proposto.

Formulou-se um instrumento de coleta de dados que visou sistematizar informações a respeito do: título, autor, orientador (a), ano, categoria (dissertação/tese), programa, instituição, linha de pesquisa, tipo de pesquisa, relação com estudos culturais, principais resultados e conclusão do estudo. Foi realizada análise qualitativa básica por indução para descrição e interpretação do conteúdo e análise estatística simples, estratificando a análise do ano de publicação, instituição, programa e linha de pesquisa para caracterizar os dados.

Informa-se que a pesquisa não necessitou de apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, visto que foi realizada em banco de dados de domínio público. No entanto, considerou-se os aspectos éticos de autoria científica dos estudos analisados considerando a Lei nº 9.610/98.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da busca, leitura e seleção das teses e dissertações dos Programas de Pós-graduação em Enfermagem (Quadro 1), verificou-se a produção de 07 (sete) dissertações, sendo 01 (uma) produzida na UFPA, 01 (uma) produzida na UEPA/UFAM e 05 (cinco) na UFAM, nas seguintes linhas de pesquisa: Políticas de Saúde no Cuidado de Enfermagem amazônico, Enfermagem em Saúde Pública e Epidemiologia de Doenças na Amazônia, Cuidado de Enfermagem Aplicada aos Povos Amazônicos e Gestão de Enfermagem no Contexto Amazônico.

Quadro 1: Caracterização das dissertações quanto instituição, programa, linha de pesquisa, autor e orientador (a).

Nº	INSTITUIÇÃO	PROGRAMA	LINHA DE PESQUISA	AUTOR	ORIENTADOR(A)
D1	UFPA	Enfermagem	Políticas de Saúde no Cuidado de Enfermagem amazônico	Suanne Coelho Pinheiro	Jacira Nunes Carvalho
D2	UEPA/UFAM	Enfermagem	Enfermagem em Saúde Pública e Epidemiologia de Doenças na Amazônia	Valéria Pacheco Dias	David Lopes Neto
D3	UFAM	Enfermagem no contexto Amazônico	Cuidado de Enfermagem Aplicada aos Povos Amazônicos	Gigellis Duque Vilaça	Abel Santiago Muri Gama
D4	UFAM	Enfermagem no contexto Amazônico	Cuidado de Enfermagem Aplicada aos Povos Amazônicos	Francisco Cosme da Silva e Silva	Esrón Soares Carvalho Rocha

D5	UFAM	Enferma- gem no contexto Amazônico	Gestão de Enfermagem no Contexto Amazônico	Normeiza Márcia Fonseca Barreto	Rizioléia Marina Pinheiro Pina
D6	UFAM	Enferma- gem no contexto Amazônico	Gestão de Enfermagem no Contexto Amazônico	Rhamilly Amud Karam	Hadelândia Milon de Oliveira
D7	UFAM	Enferma- gem no contexto Amazônico	Gestão de Enfermagem no Contexto Amazônico	Lorena Barros da Silveira	Zilmar Augusto de Souza Filho

Fonte: Autores da pesquisa, 2024.

A maioria dos estudos foi produzido no ano de 2023, com desenho de estudo relacionado a pesquisa metodológica e abordagem qualitativa, tendo relação com estudos culturais, sobretudo, ao foco no contexto cultural do objeto de estudo.

Quadro 2: Caracterização das dissertações ao ano, título, tipo de pesquisa e relação com estudos culturais.

Nº	ANO	TÍTULO	TIPO DE PESQUISA	RELAÇÃO COM ESTUDOS CULTURAIS
D1	2014	Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família vivenciando, na prestação de cuidados, a influência cultural amazônica.	Pesquisa qualitativa, com enfoque etnográfico	Foco no contexto cultural
D2	2018	Saberes e práticas culturais de famílias Munduruku sobre fatores de risco para doenças cardiovasculares.	Revisão de Literatura	Saberes e práticas culturais
D3	2021	Tecnologia educacional sobre uso racional de medicamentos para agentes comunitários de saúde de áreas ribeirinhas do amazonas: estudo de validação.	Pesquisa metodológica	Foco no contexto cultural
D4	2023	Banco de termos da linguagem especial de enfermagem para a	Pesquisa exploratória-descriptiva,	Foco no contexto cultural

		prática junto a povos indígenas no contexto amazônico.	abordagem quantitativa	
D5	2023	Manual para consulta de enfermagem à pessoa surda na Atenção Primária à Saúde.	Pesquisa metodológica, abordagem qualitativa e pesquisa Convergente Assistencial	Foco no contexto cultural
D6	2023	Elaboração de um guia de avaliação do desenvolvimento infantil para o enfermeiro no contexto de saúde indígena.	Pesquisa metodológica, abordagem qualitativa	Foco no contexto cultural
D7	2023	Cuidados às populações indígenas com câncer: um guia digital para a enfermagem no contexto amazônico.	Pesquisa metodológica, com abordagem qualitativa	Foco no contexto cultural

Fonte: Autores da pesquisa, 2024.

Diante disso, após a análise dos bancos de teses e dissertações podemos inferir a incipiente exploração dos estudos culturais nos programas de Programas de Pós-graduação em Enfermagem dos estados da Amazônia Legal. Destaca-se o programa de Enfermagem no contexto Amazônico, da Universidade Federal do Amazonas, que por meio das suas linhas de pesquisa, carregam a produção de pesquisas com abordagem cultural e propõem a inserção de produtos técnicos e tecnológicos como meio de intervenção.

Dentre as produções encontradas, a dissertação de Pinheiro (2014), uma das primeiras produções encontradas que trazem características de estudos culturais, procurou abordar a compreensão dos enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) na Amazônia e como incorporam os saberes e práticas culturais locais em seus cuidados. No estudo, constatou-se que a integração de saberes nas Unidades de Saúde da Família da região Amazônica, embora desafiadora, é facilitada pela nova política de saúde proposta pelo SUS, posto que o modelo da ESF

propicia uma aproximação mais estreita entre a equipe de saúde e a comunidade local.

Nessa mesma perspectiva, a dissertação de Vilaça (2021) se propôs a validar o conteúdo e adequar a versão final de uma tecnologia educacional sobre uso racional de medicamentos para subsidiar o processo de trabalho de Agentes Comunitários de Saúde que atuam em comunidades ribeirinhas do Amazonas. Considerou-se que é necessário a qualificação dos profissionais quanto ao uso racional de medicamentos visto que eles são moradores das próprias comunidades e os únicos profissionais de saúde presentes na maioria das comunidades ribeirinhas.

Os profissionais que atuam na Amazônia encontram-se inseridos em um contexto caracterizado por intensas diversidades e contrastes. Essas diversidades abrangem dimensões ambientais, étnicas e culturais. A Amazônia corresponde a uma vasta área continental, conhecida pela singularidade de seus ecossistemas, pela rica biodiversidade que envolve fauna e flora, assim como pela multiplicidade de grupos populacionais que a compõem (Souza; Ferreira, 2022). Nesse sentido, há necessidade de enfermeiros desenvolverem competência cultural e capacidades de sensibilidade tem sido reconhecida como uma demanda internacional para que possam fornecer cuidados culturalmente competentes aos pacientes.

Compreender a cultura no contexto da atenção primária é essencial para assegurar cuidados de saúde equitativos e de alta qualidade. Conforme destaca a Organização Mundial da Saúde, a cultura exerce uma influência significativa sobre a saúde e o bem-estar, moldando os comportamentos, crenças e valores das pessoas (OMS, 2021). O enfermeiro, enquanto profissional de saúde na linha de frente, tem um papel central ao respeitar e integrar as particularidades culturais de cada indivíduo e comunidade, fortalecendo vínculos de confiança e promovendo uma abordagem integral de saúde.

No que tange a necessidade de ofertar cuidados culturalmente competentes, a dissertação de Barros da Silveira (2023) buscou

compreender as experiências de profissionais de enfermagem que atuam em um centro de referência oncológica do estado do Amazonas e teve como produto a elaboração de um Guia digital assistencial pautado na atenção às populações indígenas. A pesquisa desenvolvida é um fomento para iniciativas que levem ao desenvolvimento de estudos junto às populações indígenas com câncer no contexto amazônico, a partir de uma assistência de enfermagem equânime e culturalmente embasada.

Com perspectivas convergentes, a pesquisa de Karam (2023) visou elaborar um guia de avaliação do desenvolvimento infantil para enfermeiro no contexto da saúde indígena, de forma complementar a caderneta da criança do Ministério da Saúde, considerando os aspectos étnicos e culturais que envolvem o cuidado e a necessidade da elaboração de um instrumento com adaptações culturais.

Já o estudo de Dias (2018) teve como objetivo analisar como as famílias de grupos étnicos que vivem no Amazonas (Kwatá e Laranjal) experimentam e conferem sentidos aos seus processos de saúde-doença, considerando os significados que atribuem aos fatores de riscos relacionados com o desenvolvimento das Doenças Cardiovasculares. Constatou-se que, apesar de ser ter uma demanda para educação em saúde a respeito de doenças cardiovasculares, o conhecimento cultural que eles possuem é um produto híbrido entre o saber tradicional e o abstraído de informações externas ao meio.

O fator transcultural considera que o cuidado em saúde é, em essência, um encontro intercultural, onde tanto o profissional quanto o paciente trazem seus próprios referenciais culturais, tornando as relações mais simples e menos conflituosas (França et al., 2023).

Compreender a cultura alheia é algo complexo, pois cada pessoa tem sua maneira própria de perceber a vida e o mundo. É preciso um olhar crítico, à luz da teoria de Madeleine Leininger, para compreender os múltiplos aspectos do comportamento humano no cuidado e, assim, atender às necessidades específicas de cada indivíduo em um contexto culturalmente diferente (Silva, 2017).

Leininger argumentava que a cultura é um dos fatores determinantes na saúde e na doença, e que é papel do enfermeiro compreender as particularidades culturais dos pacientes para fornecer um cuidado adequado (Leininger, 1991).

Pesquisas contemporâneas apontam que a prática transcultural contribui para que o cuidado seja culturalmente congruente, ou seja, alinhado e respeitoso em relação às crenças e valores dos pacientes, o que favorece melhores resultados em saúde (Purnell; Fenkl, 2019; Andrews et al., 2021).

No contexto da Enfermagem, a comunicação, fundamento das relações humanas, é um instrumento básico para o cuidado, por ser um meio de estabelecer relacionamentos, formação de vínculo e expressão de emoções e necessidades. Assim, para que o processo de comunicação ocorra de forma eficiente, é necessário superar certas barreiras, como as de linguagem (Pereira et al., 2023).

Nesse sentido, o estudo de Silva (2023) construiu um banco de termos da linguagem especial de enfermagem ao explorar e conhecer os termos utilizados pelos enfermeiros que atuam junto à população indígena no contexto amazônico, contribuindo para a unificação da linguagem profissional do enfermeiro no campo da saúde indígena.

Já a dissertação de Barreto (2023) propôs elaborar um Manual para a Consulta de Enfermagem à Pessoa Surda na Atenção Primária à Saúde para subsidiar a primeira etapa do Processo de Enfermagem, representando um importante instrumento para o processo de trabalho do enfermeiro com redução da barreira na comunicação enfermeiro/pessoa surda. Evidencia ainda que, apesar de a Libras ser uma linguagem nacional, possui sinais específicos de cada região, e o conteúdo do manual é pertinente à comunicação de surdos no contexto Amazônico.

Estudos sugerem que profissionais de enfermagem que adotam uma abordagem transcultural não apenas favorecem a aceitação do tratamento, como também contribuem para a criação de vínculo e uma maior adesão dos pacientes às intervenções propostas, resultando em melhores desfechos em saúde. A

transculturalidade na enfermagem é responsável pela condução dos enfermeiros à compreensão aprofundada sobre a essência cultural, complacência e humanidade, elementos que contribuem para a percepção de quem é o paciente (Sinkfield-Morey, 2018).

Portanto, as pesquisas em enfermagem, ao incorporar os estudos culturais, adquire uma nova dimensão, permitindo uma análise mais profunda e contextualizada das experiências de saúde e doença. Ao invés de uma visão biomédica isolada, essa abordagem considera a influência de fatores sociais, históricos e culturais na saúde e no cuidado (Siqueira et al., 2018; França et al., 2023).

CONCLUSÃO

A realização deste estudo permitiu refletir a importância de pesquisas com o suporte teórico dos estudos culturais, a fim de se articular um cuidado em enfermagem que respeite a diversidade cultural e que seja construído em conjunto com as comunidades. Ao valorizar os saberes tradicionais e promover o diálogo entre diferentes conhecimentos, é possível oferecer um cuidado mais humano e eficaz. Reconhece-se como limitação desta pesquisa ter explorado apenas os bancos de teses e dissertações dos 6 programas de pós-graduação de enfermagem da Amazônia Legal. No entanto, os resultados encontrados nesses estudos foram fundamentais para analisar as complexidades dos contextos culturais da Amazônia Legal, marcada por sua diversidade cultural, barreiras geográficas e linguísticas, desigualdades sociais e processos de globalização.

No que tange aos estudos culturais, a enfermagem encontra um campo fértil para aprofundar a compreensão das dimensões sociais, históricas e culturais que influenciam o processo saúde e a doença. Convém destacar que este campo de estudos interessa sobremaneira a área da saúde, já que pode ampliar a gama de problematizações que matizam e complexificam os debates sobre saúde.

REFERÊNCIAS

- Andrews, MM.; Boyles, JS.; Campinha-Bacote, J. Transcultural concepts in nursing care. 8. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2021.
- Baptista, MM. Estudos culturais: o quê e o como da investigação. Carnets [Online], Première Série, n. 1 (especial) 2009.
- Barreto, NMF. Manual para consulta de enfermagem à pessoa surda na atenção primária à saúde. Orientadora: Profa. Dra. Rizioléia Marina Pinheiro Pina. Dissertação (Mestrado em Enfermagem no Contexto Amazônico) - Escola de Enfermagem De Manaus - EEM, Universidade Federal do Amazonas. Manaus, Amazonas, p. 75, 2023.
- Barros da Silveira, L. Cuidados às populações indígenas com câncer: um guia digital para a enfermagem no contexto amazônico. Orientador: Zilmar Augusto de Souza Filho. Dissertação (Mestrado em Enfermagem no Contexto Amazônico) - Escola de Enfermagem De Manaus - EEM, Universidade Federal do Amazonas. Manaus, Amazonas, p. 118, 2023.
- Brasil. Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Lei de Direitos Autorais. Brasília, DF: Presidência da República, 1998.
- Costa, AJS et al. Global Nursing and the Sustainable Development Goals. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v.3, n.1, e4038, 2023.
- Costa, LA; de Assis Sales, AP. A influência da cultura nas práticas de cuidado a pacientes com hipertensão: uma revisão integrativa. Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, v. 1, n. 1, p. 75–85, 2018. Disponível em: <https://revista.saude.ms.gov.br/index.php/rspms/article/view/12>. Acesso em: 11 nov. 2024.
- Dias, P.D. Saberes e práticas culturais de famílias Munduruku sobre Fatores de risco para doenças cardiovasculares. Orientador: Jacira Nunes Carvalho. Dissertação (Mestrado em Enfermagem no Contexto Amazônico). - Escola de Enfermagem De Manaus - EEM, Universidade Federal do Amazonas. Manaus, Amazonas, 2018.
- Dreher, M. Transcultural Perspectives in Nursing Care. Springer, 2019.

França, BS et al. O cuidado de Enfermagem e a diversidade cultural: um estudo reflexivo. *Revista Práxis*, v. 15, n. 29, 2023. DOI:10.47385/praxis.v15.n29.3799.

Hall, S. A identidade cultural na pós-modernidade. Rio de Janeiro: Editora DP&Amp, 1997.

Karam, R. A. Elaboração de um guia de avaliação do desenvolvimento infantil para o enfermeiro no contexto de saúde indígena : guia de avaliação do desenvolvimento infantil para o enfermeiro no contexto de saúde indígena. Orientador: Hadelândia Milon de Oliveira. Dissertação (Mestrado em Enfermagem no Contexto Amazônico) - Escola de Enfermagem De Manaus - EEM, Universidade Federal do Amazonas. Manaus, Amazonas, p. 52, 2023.

Kruse, MHL et al. Estudos culturais: possibilidades para pensar de outro modo a pesquisa em enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, n. 39, e2017-0135, 2018. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0135>.

Leininger, M. Cultura e cuidado: uma perspectiva transcultural. *Revista Brasileira de Enfermagem*, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 235-242, 1991.

Lipscomb, M.; Ashley, P. Cultural Sensitivity in Contemporary Nursing Practice. *Nursing Inquiry*, v. 28, n. 2, e12402, 2021.

Meleis, AI. et al. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer, 2022.

Organização Mundial Da Saúde. Relatório Mundial sobre Cultura e Saúde. Genebra: OMS, 2021.

Pinheiro, SC. Enfermeiros da estratégia de saúde da família vivenciando, na prestação dos cuidados, a influência cultural amazônica. Orientador: Jacira Nunes Carvalho. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências da Saúde, Faculdade de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Belém, 2014.

Pereira, JF. et al. Nurse-patient communication strategies: A proposal of an educational video for Nursing students. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 31:e3858, 2023.

Purnell, LD.; Fenkl, EA. Transcultural health care: A culturally competent approach. 5. ed. New York: Springer Publishing Company, 2019.

Silva, FCS. Banco de termos da linguagem especial de enfermagem para a prática junto a povos indígenas no contexto amazônico. Orientador: Prof. Dr. Esron Soares Carvalho Rocha. Dissertação (Mestrado em Enfermagem no Contexto Amazônico) - Escola de Enfermagem De Manaus - EEM, Universidade Federal do Amazonas. Manaus, Amazonas, p. 116, 2023.

Silva, M. A importância do cuidado culturalmente sensível em enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, São Paulo, v. 70, n. 1, p. 123-130, 2017.

Sinkfield-Morey, T. Diversity, inclusion, and storying: connecting across cultures to give meaning to patients' whole health. Creative nursing, v.24, n1, p.12-19, 2018.

Siqueira, SMC, et al. Percepções de urgência e emergência pediátrica entre quilombolas: uma abordagem à luz de Leininger. Revista de Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro, n. 26, e21492, 2018.

Souza, M.; Ferreira, L. A diversidade sociocultural e ambiental na Amazônia: desafios para a atuação profissional. Revista Brasileira de Estudos Regionais e Urbanos, v. 18, n. 2, p. 45-62, 2022.

Vilaça, GD. Tecnologia educacional sobre uso racional de medicamentos para Agentes Comunitários de Saúde de áreas ribeirinhas do Amazonas: estudo de validação. Orientador: Abel Santiago Muri Gama. Dissertação (Mestrado em Enfermagem no Contexto Amazônico) - Escola de Enfermagem De Manaus - EEM, Universidade Federal do Amazonas. Manaus, Amazonas, p. 134, 2021.

CAPÍTULO 2

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DA SAÚDE MENTAL NA POPULAÇÃO AMAZÔNICA BRASILEIRA

Kalene Ramos Silva
Laryssa Cristiane Palheta Vulcão
Raquel Gomes da Silva
Emily Manuelli Mendonça Sena
Maria Elizabete de Castro Rassy
Rubenilson Caldas Valois
Elizabeth Teixeira

RESUMO: Os desafios e complexidades do atendimento à saúde mental na Amazônia brasileira, considera as especificidades culturais, sociais e geográficas das populações da região. A saúde mental é influenciada não apenas por fatores biológicos, mas também por condições sociais e culturais, o que requer uma abordagem que respeite as particularidades dos povos tradicionais, como indígenas, quilombolas e ribeirinhos, que possuem saberes próprios sobre saúde e doença. Nesse sentido, a atenção à saúde mental na Amazônia deve considerar as características singulares que envolvem localização geográfica e contextos culturais únicos. Logo, a estrutura de saúde na região enfrenta desafios logísticos, especialmente para os ribeirinhos, que dependem de barcos para acessar serviços básicos. Profissionais da saúde em Unidades Básicas de Saúde Fluvial (UBSF) prestam acolhimento inicial e, quando necessário, encaminham pacientes a serviços especializados devido à falta de qualificação específica para saúde mental. Além disso, as Redes Vivas são estratégias essenciais que valorizam as práticas de cuidado tradicionais, promovendo a

autonomia do usuário e integrando os saberes dos profissionais de saúde e dos cuidadores locais. Essas redes permitem uma articulação entre os cuidados formais e informais, compensando as limitações dos serviços de saúde pública e promovendo um cuidado mais alinhado às realidades locais. Assim, a atenção psicossocial na Amazônia deve ser adaptada aos contextos específicos para ser eficaz e culturalmente sensível.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental, Amazônia brasileira, população amazônica, cuidados de saúde, itinerário terapêutico.

CONTEXTUALIZANDO A SAÚDE MENTAL NA AMAZÔNIA BRASILEIRA

Compreende-se por grupos populacionais específicos aqueles que possuem modos de vida, produção e reprodução social próprios, como os que residem ou não no campo (agricultores familiares, trabalhadores rurais, assentados, acampados, assalariados e temporários), comunidades tradicionais (ribeirinhos, quilombolas, habitantes ou usuários de reservas extrativistas e populações atingidas por barragens) entre outras (Brasil, 2013).

Segundo a Organização Pan Americana de Saúde (2021), a condição de saúde dos grupos populacionais específicos é consequência da junção de diversos fatores e para que as ações de saúde sejam efetivas, é crucial compreender o processo de territorialização e a relação entre condições de vida, ter saúde e o acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, é fundamental que a gestão e profissionais de saúde (re)conheçam a situação de saúde de cada grupo populacional em suas peculiaridades e especificidades, a fim de identificar as necessidades e prioridades de cada grupo, além de elaborar estratégias conforme a realidade local (Dimenstein et al., 2022).

Nesse sentido, o promover/ter saúde mental não é diferente. Este fenômeno é compreendido como algo que não se limita ao biológico-natural, mas também é humano e social, de abordagem

complexa e culturalmente contextualizada nos cenários vivenciados pela população, sendo evidenciada a importância de se compreender o sofrimento psíquico e o itinerário terapêutico da saúde mental desses grupos (Dimenstein et al., 2022).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde mental como um estado de bem-estar pleno no qual o indivíduo desenvolve suas habilidades pessoais, consegue lidar com os estresses da vida, trabalha de forma produtiva e encontra-se apto a dar sua contribuição para sua comunidade ou grupo populacional (Brasil, 2022).

No entanto, ainda persiste a dicotomia entre saúde física e mental, fortemente influenciada pelo modelo biomédico e que norteia a atenção à saúde prestada aos povos tradicionais numa perspectiva colonizadora. Nesse cenário, o conceito de saúde e saúde mental no contexto das populações do campo e da floresta e populações tradicionais da Amazônia como indígenas, quilombolas e ribeirinhos, é considerado problemático (Brasil, 2022).

Segundo Bezerra, Cavalcanti e Moura (2023), isso se deve ao fato de que o modelo de atenção à saúde predominante é inerente ao colonialismo do ser, do saber e do poder, onde a desvalorização de saberes e crenças tradicionais é resultado da consagração do saber científico como soberano.

Nessa perspectiva, considera-se como itinerário terapêutico a trajetória que o indivíduo percorrer em busca de auxílio para o seu adoecimento, constituído por diferentes opções de cuidado, fundamentado em vivências anteriores e na forma como experencia a doença, podendo ser modificado ou abandonado durante o curso do processo de adoecimento (Muhl, 2020).

No Brasil, a vida rural é, historicamente, marcada por vulnerabilidades socioassistenciais. As populações do campo e da floresta vivenciam problemas advindos das condições precárias de trabalho, da baixa escolarização e renda, bem como da falta de acesso às políticas públicas. Também, acrescenta-se as iniquidades e discriminação racial em contextos rurais específicos, como é o caso de assentamentos de reforma agrária e comunidades

quilombolas. Estudos evidenciam a perda de vitalidade das áreas rurais, a ampliação dos espaços socialmente vazios e a precarização das condições de vida e de saúde, em particular da saúde mental (Dimenstein et al., 2022).

Não obstante, no que tange as populações tradicionais da Amazônia, parte do objeto de estudo dessa reflexão, existe a tendência de se unificar e padronizar as pessoas indígenas, por exemplo, desconsiderando a subjetividade das diferentes sociedades indígenas que possuem visões particulares acerca da pessoa e com uma teoria da corporalidade própria, bem como diferentes cosmologias e cosmovisões que buscam integrar modos de vida à natureza, seres vivos e seres espirituais (Brasil, 2022).

Nesse sentido, por possuírem seus próprios conhecimentos acerca da saúde, doença e como evitá-las, as populações da Amazônia detêm saberes específicos sobre as causas das enfermidades, bem como, sobre como diagnosticar e tratar a cada uma delas. Portanto, intervenções no campo da saúde mental devem considerar os modos singulares como as subjetividades estão agregadas a partir da estruturação simbólica de suas organizações sociais (Brasil, 2022).

Logo, este cenário composto por diferentes contextos formam uma complexa rede de determinações sociais que confirmam um quadro de morbimortalidade onde os processos de alcoolização, o suicídio, o uso indiscriminado de psicofármacos e substâncias psicoativas, os padrões de internação psiquiátrica, dentre outras questões, aparecem de forma significativa e preocupante (Dimenstein et al., 2022; Dimenstein et al., 2020; Mendes et al., 2018).

Portanto, a compreensão da saúde mental na região da Amazônia brasileira não deve ser limitada a uma perspectiva colonial, mas deve levar em consideração os contextos mais amplos, devendo-se considerar que as questões relacionadas à saúde mental podem ser especialmente complexas, influenciadas por fatores sociais, econômicos, geográficos e culturais únicos (Reis et al., 2024).

A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL BRASILEIRA E A REALIDADE AMAZÔNICA

Por influência da Reforma Psiquiátrica, o modelo de Atenção à Saúde Mental brasileira teve origem a partir dos movimentos sociais e o processo de redemocratização do País, firmada pela Constituição Federal de 1988 e constituição do SUS, a partir da Lei nº 8.080. Nessa conjuntura, foi criada Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), que redireciona o modelo assistencial em saúde mental e assegura a proteção e os direitos das pessoas com transtorno mental, sem qualquer forma de discriminação por suas particularidades populacionais, seja ela por raça, cor, nacionalidade, sexo, idade, família, orientação sexual, religião e recursos econômicos (Brasil, 2001).

A partir desse marco, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAS) composta por serviços da Atenção Básica em Saúde, com Unidades Básicas de Saúde (UBS), equipe de atenção básica para populações específica e equipe de consultório na rua; Atenção Psicossocial Especializada com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diferentes modalidades e Unidades de Acolhimento (UA); toda a Rede de Atenção às Urgências e Emergências; além da Atenção Hospitalar, com a disponibilização de enfermarias especializada em Hospital Geral e serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2013).

No que se refere a realidade Amazônica, o estudo de Schiavi et al. (2024) revela alguns aspectos fundamentais sobre a complexidade do cuidado relacionado a Saúde mental da População Ribeirinha da Amazônia Brasileira, o estudo foi realizado com profissionais de uma Unidade Básica Saúde Fluvial (UBSF), localizada em uma cidade do Estado do Pará, possui cerca de 158 mil habitantes, aproximadamente 40 mil reside na região de ilhas, sendo que toda a população das 72 ilhas que faz parte da

região depende exclusivamente de embarcações para conseguir acesso aos espaços de saúde, educação, entre outros.

Ainda sobre essa realidade, no âmbito da saúde, a rede de serviços de saúde do município, além da UBSF, conta com um Centro de Atenção Psicossocial, dois Centros de Saúde, vinte e seis pontos de saúde e dezenove Unidades Básicas de Saúde (Schiavi et al., 2024).

Os profissionais de saúde que atuam nesses cenários ao identificar problemas de saúde mental, proporcionam escuta e acolhimento, além disso, apontam quando a pessoa já realiza acompanhamento em um serviço de saúde especializado em saúde mental e necessita somente que a receita seja renovada, assim, é possível ofertar o tratamento com fármacos dentro da UBSF (Schiavi et al., 2024).

No entanto, muitos profissionais por não se sentirem qualificados e seguros para o atendimento de casos de saúde mental, logo após o acolhimento inicial, encaminham os casos para os serviços especializados da rede (Schiavi et al., 2024). Este estudo converge com outro achado na literatura o qual evidencia que a falta de recursos humanos sem a devida qualificação impacta diretamente no manejo adequado dos casos (Viana et al., 2024).

Na parte urbana do município existem duas unidades de saúde que são caracterizadas como “equipes de apoio” as quais colaboram na assistência para a UBSF em demandas relacionadas à saúde mental. No que se refere aos casos considerados graves, estes são encaminhados para o devido acompanhamento no CAPS, localizado na cidade (Schiavi et al., 2024).

Ressalta-se que, no que concerne a atuação profissional de enfermagem, a Resolução COFEN nº 678/2021, orienta que para atuar em serviços de saúde mental, o profissional deverá, preferencial, ter pós-graduação em Saúde Mental, Enfermagem Psiquiatria ou Atenção Psicossocial, possibilitando dessa forma, uma assistência especializada e de qualidade.

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DA SAÚDE MENTAL A PARTIR DO CONTEXTO SOCIAL E CULTURAL AMAZÔNICO

A região amazônica é reconhecida como uma grande área geográfica, de diversidade cultural e populacional coexistente. Envolve dessa forma diversidades étnicas de povos e comunidades tradicionais como os indígenas, ribeirinhos, quilombolas, seringueiros, agricultores e comunidades rurais. Assim, para realizar os cuidados a essas populações deve se considerar suas organizações, saberes tradicionais e as situações vulneráveis as quais são submetidas e seus determinantes (Couto, 2020).

Neste contexto, o SUS na Amazônia deve atender às características geográficas da região, a exemplo: as ilhas, lagos, igarapés, rios, as pequenas localidades e os pequenos, médios e grandes municípios, no sentido de viabilizar o acesso universal à saúde, descentralizar as ações e facilitar o acesso das populações aos serviços de saúde. Dessa forma, o itinerário do acesso à saúde mental na população amazônica constitui um grande desafio da saúde pública no Brasil (Campos, 2018).

Em um estudo em relação à saúde mental dos povos indígenas, El Kadri (2021) aponta a importância em compreender que os seus povos apresentam diferentes saberes sobre o mundo, distintas formas de cuidados com o corpo, de tratar os diversos problemas e agravos que os acometem, além de suas relações com a natureza.

Logo, a desarticulação do modo de vida desses povos, aliada à destruição do meio ambiente e à falta de assistência, através de políticas públicas que respeitem a autonomia e reconheçam os saberes tradicionais, são produtoras de adoecimentos. Portanto, as estratégias em saúde mental e atenção psicossocial, devem considerar os sujeitos indígenas em suas singularidades subjetivas (El Kadri, 2021).

Já em uma pesquisa de 2016 sobre como as práticas de cuidado em saúde mental são percebidas pelos usuários de um CAPS do estado do Pará, os autores buscaram conhecer seus itinerários

terapêuticos. Nos resultados, os usuários puderam descrever os caminhos pelos quais passaram até serem atendidos. Alguns recorreram aos serviços particulares de saúde e depois procuraram os serviços de saúde da rede pública e outros relataram recursos para amenizar os sofrimentos ocasionados pelo adoecimento, como ajuda espiritual e religiosa (Cardoso et al., 2016).

Ainda neste estudo, Cardoso (2016), afirma que o contato com a rede pública de saúde se deu, na maioria dos casos, a partir do contato com a internação em hospital com referência em saúde mental que dispunha de emergência psiquiátrica. Ainda que, a falta de leitos para os pacientes internados no hospital, tenha sido uma situação apontada pelos usuários.

Neste sentido, a falta de recursos materiais e para logística do atendimento às populações amazônicas com difícil acesso interfere na qualidade da assistência e serviço prestado, como também faz com que o profissional se sinta frustrado, e, conseqüentemente, o atendimento ao usuário fique comprometido (Garnelo, 2019).

De acordo com Batista et al. (2018), o que se pode fazer é atender esses usuários conforme as possibilidades e limitações funcionais que o CAPS apresenta e/ou o usuário é encaminhado ao município vizinho que tem atendimento psiquiátrico.

Diante do cenário exposto, o conceito de Redes Vivas se apresenta como as conexões que criam possibilidades existenciais de sujeito, permitindo aos usuários produzirem e protagonizarem seu processo de cuidado. Dessa forma, as práticas tradicionais de cuidado e os cuidadores tradicionais compõem o conjunto de recursos mobilizado pelas pessoas para a produção da sua saúde (Merhy et al., 2014).

Logo, o usuário se torna protagonista do cuidado através das redes formais e informais ao longo do seu tratamento. Ainda, convida o profissional de saúde a integrar seus saberes, pois ele também tem um papel importante como participante e produtor de suas redes e do usuário (Hadad et al., 2018).

Portanto, as redes vivas surgem e se perpetuam nos territórios como redes que geram cuidado no cotidiano de dificuldades de

acesso à rede instituída e que são legitimados pelo próprio cuidado ofertado, permitindo que se reconheça além do que é preconizado por políticas dos serviços de saúde, considerando os diversos contextos diante das realidades dos itinerários terapêuticos (Merhy et al., 2014).

REFERÊNCIAS

- Batista, E. C.; Ferreira, D. F.; Batista, L. K. S. O cuidado em saúde mental na perspectiva de profissionais de um CAPS I da Amazônia. *Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental* [internet]. v. 7, n. 1, p. 77-92, 2018. Disponível em: <https://revista-psicofae.fae.edu/psico/article/view/152> Acesso em 01 nov. 2024
- Bezerra, P.A.; Cavalcanti, P.; Moura, L. B. de A. Colonialidade e saúde: olhares cruzados. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 33, e33025, 2023.
- BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde Mental com os povos indígenas. 2022. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/54366/Saude%20Mental%20Indigena.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em: 02 nov. 2024.
- BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 08 nov. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. 1. ed.; 1. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 48 p.
- BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de

Saúde (SUS). 2011a. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 08 nov. 2024.

Cardoso, M. R. O.; Oliveira, P. T.; Piani, P. P. F. Práticas de cuidado em saúde mental na voz dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial do estado do Pará. *Saúde em Debate* [internet], v. 40, n. 109, p. 86–99, abr. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201610907> Acesso em: 01 nov. 2024

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 678, de 26 de agosto de 2021. Aprova a atuação da equipe de enfermagem em saúde mental e em enfermagem psiquiátrica. Brasília, DF: COFEN.

Couto, R. C. S. Saúde e ambiente na Amazônia brasileira. *Novos Cadernos NAEA*, v. 23, n. 3, p. 167-178, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpa.br/index.php/ncn/article/viewFile/7280/6743> Acesso em: 01 nov. 2024.

Dimenstein, M. et al. Desigualdades, racismos e saúde mental em uma comunidade quilombola rural. *Amazônica - Revista de Antropologia*. v. 12, n. 1, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpa.br/index.php/amazonica/article/view/8303>. Acesso em: 02 nov. 2024.

Dimenstein, M. et al. Situação de saúde mental de comunidades tradicionais: marcadores sociais em análise. *Rev latinoam psicopatol fundam* [Internet]. v. 25. n. 1 p: 162–86. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2022v25n1p162.9>. Acesso em: 02 nov. 2024.

Garnelo, L. Especificidades e desafios das políticas públicas de saúde na Amazônia. *Cad. Saúde Pública*. v. 35, n. 12, e00220519, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00220519> Acesso em: 01 nov. 2024.

Hadad, A.C.A.C.; Jorge, A.O.; Melo, E.M. A construção de redes vivas no percurso de usuários e familiares, vítimas de trauma, em sua trajetória na busca pelo cuidado. *Rev Med Minas Gerais*. V. 26 (Supl 8): S107-S111, 2016. Disponível em: <https://www.rmmg.org/artigo/detalhes/2132> Acesso em: 01 nov. 2024.

Kadri, M. R. El.; Machado, C. Um SUS para Amazônia: Contribuições do pensamento de Boaventura de Sousa Santos. *Ciências & Saúde Coletiva*, v. 26 (Supl. 2), p. 3459-3466, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.30772019> Acesso em: 01 nov. 2024

Macedo, J. P. et al. Apoio social, transtorno mental comum e uso abusivo de álcool em assentamentos rurais. *Trends in Psychology*. v. 26, n. 3, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tpsya/RJ89GYmDpwSZ5L5sxK6ykZs/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 02 nov. 2024.

Merhy, E. E.; Gomes, M. P.C.; Silva, E. Santos, M. F. L.; Cruz, K. T.; Franco, T. B. Redes vivas: multiplicidades girando existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *Divulg Saude Debate*. V. 52, p. 153-64, 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-774076> Acesso em: 01 nov. 2024.

Organização Pan Americana de Saúde - OPAS (2021). Determinantes Sociais e Riscos para a Saúde, Doenças Crônicas não Transmissíveis e Saúde Mental. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=317:analise-de-situacao-de-saude-ambiental&Itemid=839. Acesso em: 02 nov. 2024.

Reis, C. A. M.; Sousa, H. M.; Santos, R. T. dos; Chaves, E. C. R.; Santos, R. M. C. dos; Carvalho, T. F.; Sousa, S. B. Saúde mental e doenças tropicais negligenciadas na Amazônia. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 24, n. 10, p. e17822, 17 out. 2024. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/17822>. Acesso em: 02 nov. 2024.

Schiavi, E.N. et al. Saúde mental sobre as águas: concepções de uma equipe de Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF). *Saúde em Redes*, [S. l.], v. 10, n. 2, p. 4573, 2024. DOI: 10.18310/2446-4813.2024v10n2.4573. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/4573>. Acesso em: 1 nov. 2024.

Viana, A.V.M. et al. Políticas públicas de acesso à saúde mental no estado do Amazonas: um estudo de revisão da literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, [S. l.], v. 7, n. 5, p. e73247, 2024. DOI: 10.34119/bjhrv7n5-303. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/73247>. Acesso em: 1 nov. 2024.

CAPÍTULO 3

DOS QUILOMBOS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE CRIANÇAS QUILOMBOLAS NA AMAZÔNIA

Julianne Figueiredo Costa Sousa
Leanna Silva Aquino
Lidiane Rossato Deckmann Nogueira
Franciane de Paula Fernandes
Tatiane Costa Quaresma
Lívia de Aguiar Valentim
Sheyla Mara Silva de Oliveira

RESUMO: Este capítulo aborda os desafios enfrentados por crianças quilombolas da Amazônia no acesso à saúde, enfatizando as desigualdades sociais, econômicas, geográficas e culturais que influenciam seu itinerário terapêutico. A partir do Estatuto da Criança e do Adolescente e de políticas públicas específicas, são discutidas as vulnerabilidades vivenciadas na primeira infância, o papel estratégico da enfermagem na Atenção Básica e as barreiras estruturais que dificultam a assistência integral. Também se destaca a importância dos saberes tradicionais no cuidado à saúde dessas comunidades, evidenciando o protagonismo de práticas como o uso de plantas medicinais, benzeduras e rezas. A análise dos itinerários terapêuticos revela um hibridismo entre os sistemas tradicional e biomédico, ressaltando a necessidade de políticas públicas sensíveis ao contexto local e de uma abordagem que valorize a interculturalidade no cuidado. Conclui-se que integrar

os saberes populares e profissionais é essencial para promover a equidade e a saúde integral das crianças quilombolas na Amazônia. **PALAVRAS-CHAVE:** Criança quilombola; Amazônia; Saúde da população negra; Enfermagem; Itinerários terapêuticos; Práticas tradicionais de saúde; Equidade em saúde; Políticas públicas; Interculturalidade; Primeira infância.

PRIMEIRA INFÂNCIA

O Estatuto da Criança e do Adolescente ECA (LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990) é um conjunto de leis específicas para cuidar das pessoas menores de 18 anos que vivem no Brasil. ECA prevê proteção integral às crianças e adolescentes brasileiras. (ECA, 2024).

O ECA determina que as crianças e adolescentes quilombolas devem ter seus direitos respeitados (ECA, 2024). Ele estabelece que nenhuma criança ou adolescente pode ser vítima de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade ou opressão (Pellanda & Frossard, 2022).

As crianças quilombolas ainda precisam encarar muitas desigualdades no acesso aos serviços essenciais, como educação e saúde. A Campanha Nacional pelo Direito à Educação declara que não existe legislação específica que assegure os direitos das crianças e adolescentes quilombolas no Brasil (Pellanda & Frossard, 2022).

A primeira infância é o período que compreende os primeiros 6 anos completos ou 72 meses de vida da criança. Nos primeiros anos de vida é quando acontece o amadurecimento do cérebro, a realização de movimentos, o amadurecimento das habilidades de aprendizado, além da iniciação social e afetiva. (Brasil, 2024).

A população infantil é um grupo passível ao surgimento de doenças, porque está num processo de crescimento e desenvolvimento, por conta disso a torna biologicamente mais exposta e predisposta a sofrer agravos nesse momento de sua vida. Esse período requer da família e dos serviços de saúde um

acompanhamento rigoroso, principalmente para observar e identificar sinais e sintomas de alguma doença (Oliveira, et.al., 2023).

A assistência à criança quilombola na Amazônia encara muitos desafios, como a alta mortalidade desse público, principalmente em áreas de várzea. A mortalidade infantil nos quilombos é maior do que a média nacional, regional e estadual (Guerrero, et al., 2007).

O problema de acesso a serviços de saúde eficazes é uma das grandes causas de óbito precoce entre as populações negras. As atividades de saúde nos quilombos acabam enfrentando resistência no sistema formal, mesmo que muitas sejam consideradas atividades integrativas e complementares (Guerrero, et al., 2007).

As comunidades quilombolas podem ter condições sanitárias ineficazes, podendo levar a exposição a doenças infecciosas e parasitárias. Com isso as crianças do quilombo podem apresentar alta taxa de mortalidade infantil (Oliveira, et al. 2023).

A saúde dessas crianças é marcada por vulnerabilidades, devido às condições sanitárias inadequadas e pela grande desigualdade de acesso aos serviços essenciais. As práticas de saúde tradicionais dos quilombos podem encontrar resistência no sistema formal de saúde (Oliveira, et al., 2023).

O atendimento infantil quilombola na Amazônia é influenciado por uma combinação de fatores culturais, sociais, econômicos, políticos e geográficos. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é composta de um conjunto de diretrizes e normas que regulam a atenção primária à saúde no Brasil. Ela estabelece as funções dos profissionais de saúde, os atendimentos que devem ser oferecidos à população e os recursos fundamentais para assegurar a eficácia da assistência. Na esfera das comunidades quilombolas, a PNAB tem uma função de grande importância no incentivo à saúde e na garantia do acesso aos serviços de saúde. Muitas comunidades quilombolas são localizadas em áreas rurais ou remotas, onde a busca e o acesso aos serviços de saúde são reduzidos. Condições de vida precárias e desigualdades socioeconômicas enfrentadas pelos quilombolas são capazes de

auxiliar para o agravamento de doenças e problemas de saúde (BRASIL, 2017).

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

A equipe de enfermagem tem aptidão técnica e legal para prestar assistência e cuidados na Atenção Primária em Saúde. Ela visa cooperar com mudanças nos indicadores de saúde, como a diminuição da morbimortalidade, podendo desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento, reabilitação e diversos cuidados (Protocolos de enfermagem, 2020).

Dentre algumas das atividades e funções desempenhadas pela Equipe de Enfermagem na Assistência à saúde da criança são (acolher a família, esclarecer as dúvidas, verificar possíveis riscos, acompanhar a realização de exames da triagem neonatal, preenchimento da caderneta da criança com seus dados, acompanhamento do calendário vacinal, orientar quanto ao aleitamento materno e após o início da Introdução alimentar). (Protocolos de enfermagem, 2020).

Os cuidados de enfermagem com crianças quilombolas devem considerar o contexto socioeconômico, ambiental e cultural das comunidades. O cuidado cultural é importante, pois as práticas tradicionais de saúde são passadas de geração em geração e fazem parte da cultura amazônica (Souza, et al., 2023).

O cuidado ofertado pelos profissionais de enfermagem para as crianças quilombolas deve considerar as especificidades sociais e culturais do grupo, bem como o contexto do cuidado. O profissional atuante deve conhecer o cenário, entender os valores culturais, reconhecer as características de uma comunidade quilombola, identificar os agravos prevalentes em crianças que vivem em comunidades quilombolas, reconhecer os diagnósticos de enfermagem voltados às crianças quilombolas, abordar medidas preventivas e planos de cuidados que possua atividades práticas e educação em saúde (Rezende, et al., 2021).

A atuação da enfermagem é de extrema importância para fins de garantir à saúde das comunidades quilombolas do Brasil. Contudo, a atuação dos profissionais de enfermagem nas comunidades pode ser desafiadora, por diversas questões, como a distância geográfica e a falta de infraestrutura adequada para o atendimento médico. Além disto, possui as barreiras culturais, linguísticas podendo dificultar a comunicação entre a equipe de saúde e os pacientes quilombolas, podendo interferir na eficácia do atendimento realizado. O pessoal de enfermagem pode encontrar adversidades relacionadas a recursos e materiais médicos que se fazem necessário para realizar o atendimento aos pacientes nessas comunidades, principalmente em áreas rurais isoladas. Devemos reforçar que a enfermagem é uma profissão fundamental na promoção e prevenção de doenças, principalmente em populações vulneráveis. Por isso, é de extrema importância que a equipe de enfermagem receba a devida capacitação para atuar nessas comunidades e que possam ter acesso a recursos adequados para prestar um atendimento de excelência aos quilombolas (Grimaldi, et al., 2021).

O enfermeiro tem o comprometimento de reconhecer e compreender as vulnerabilidades da comunidade quilombola, enquanto atua continuamente para combater atitudes insultuosas ou discriminatórias em relação à população negra (Soares, et al., 2023).

É de extrema importância estabelecer um vínculo consistente entre a população quilombola e os profissionais de saúde. Para esse vínculo acontecer, é necessário que o profissional tenha uma escuta ativa, realizem uma abordagem holística ao atender esse público. Por isso, é necessário compreender os determinantes e condicionantes de saúde. A saúde não depende apenas da ausência de doença, mas englobam questões como a moradia, trabalho, lazer, cultura, educação, serviços e outros fatores (Soares et al., 2023).

Dessa forma, a prática do enfermeiro desempenha um papel social relevante ao valorizar a cultura e eliminar as formas de opressão e preconceito enfrentadas pela população negra. Necessário que os enfermeiros, incorporem uma sensibilidade moral desde a sua formação enquanto profissional e contribuir para

reconhecimento da enfermagem como um compromisso social na Estratégia Saúde da Família (Holanda, et al., 2023).

Apesar de que toda e qualquer criança esteja sujeita a fatos emergenciais, percebe-se que esta exposição é maior entre as crianças negras, uma vez que estas possuem situações de vida mais desfavoráveis e menor oportunidade de acesso às iniciativas de promoção, prevenção e recuperação da saúde (Siqueira, 2014). Batista, et al. (2001) ratifica esse pensamento ao afirmar que a etnia em si não é um motivo fator de ameaça, mas a inserção social adversa de um grupo racial/étnico e as diversidades sociais segundo a raça/cor se constituem em fato de vulnerabilidade para doenças e agravos.

SAÚDE QUILOMBOLA NA AMAZÔNIA: ACESSO E ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A população quilombola é constituída por grupos rurais ou urbanos, que possuem sua própria forma de organização social, no qual ocupam e usam o território e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa e caracterizam-se pela resistência à opressão histórica sofrida, remanescentes dos quilombos (Monteiro, et al., 2019).

Assim, essa população é considerada vulnerável por enfrentar dificuldades no que diz respeito ao acesso à saúde, educação e aquisição de bens, além de conviver com o racismo e pobreza extrema. Nesse contexto, as políticas públicas buscam lidar com as marcas emocionais ligadas ao racismo e com as heranças psicológicas deixadas pelo período da escravidão (Souza, et al., 2022).

Nesse caminho, a implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF) nos territórios revela a necessidade de potencializar a equidade na assistência, além de aprimorar a atenção à saúde sob uma ótica antirracista e minimizar as iniquidades em saúde (Pereira & Mussi, 2020; Brasil, 2013).

Mesmo com a busca de minimizar as desigualdades vivenciadas pela população quilombola através das políticas públicas, no Brasil, a disponibilidade dos serviços públicos de saúde vivencia desafios em sua implementação como infraestrutura inadequada, quantidade restrita de atendimentos com especialistas, dificuldade de fixação de profissionais no interior, equipamentos de saúde insuficientes e a redução da participação da União e dos estados na oferta e no financiamento de serviços de média e alta complexidade (Gomes et al., 2023).

Além de que a população quilombola apresenta condições socioeconômicas desfavoráveis e muitas vezes necessita providenciar por meios próprios o custeio de alguns procedimentos de saúde. Logo, ao atribuir algum gasto que não estava previsto no seu orçamento, acaba comprometendo o orçamento familiar, precisando então optar por não consumir outros bens fundamentais, no qual restringe sua qualidade de vida (Gomes et al., 2023).

Desse modo, fatores como barreiras linguísticas, culturais e históricas dificultam o acesso a um serviço de saúde de qualidade. Além da distância entre as comunidades, que em sua maioria se localizam em regiões rurais e ribeirinhas, até as unidades de saúde, a escassez de infraestrutura para o atendimento e as desigualdades sociais e econômicas (Sousa, et al., 2023).

Nessa perspectiva geográfica, considerando a distância e o acesso aos serviços de saúde, o território amazônico tem experimentado, nas últimas décadas, várias mudanças geográficas que impactam diretamente as populações rurais, incluindo as comunidades quilombolas, principalmente as que utilizam o meio fluvial como caminho para os serviços (Cavalcante & Silva, 2019).

Com relação ao acesso aos serviços de saúde, encontram-se desafios relacionados à falta de infraestrutura e a precariedade da assistência prestada nas comunidades quilombolas, restringindo a um tratamento pontual, curativista e fragmentado (Souza, et. al., 2022). Dessa forma, a busca pela assistência em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em seu território, por vezes não é a primeira

escolha, uma vez que as práticas religiosas e automedicação apresentam maior resolutividade se comparadas à precariedade das UBS. (Fernandes & Santos, 2019).

Apesar dos obstáculos encontrados no acesso aos serviços de saúde, a população quilombola é uma população que depende do Sistema Único de Saúde (SUS) devido ser o único serviço público de saúde presente na comunidade, mesmo com todas as adversidades. Além também da inviabilidade de recorrer a serviços de saúde privados (Souza, et al., 2022).

A oferta insuficiente da Rede de Atenção Básica nas comunidades quilombolas, principalmente na região Norte, se dá pela baixa institucionalidade de políticas de saúde, a baixa sensibilidade às características específicas da região, a dificuldade de fixar profissionais, especialmente médicos e o repasse insuficiente de recursos (Freitas & Schweickardt, 2023).

No que se refere à acessibilidade, os maiores desafios estão associados à renda familiar insuficiente, racismo, falta de informações e isolamento geográfico. Além de que os próprios usuários precisam arcar com os custos de deslocamento, e muitas vezes não possuem recursos suficientes para pagar ou não possuem transporte e acabam deixando de fazer acompanhamentos importantes (Freitas, et al., 2018; Freitas & Schweickardt, 2023).

Em decorrência das condições de moradia e de infraestrutura sanitária e social em que os quilombolas estão inseridos, estudos apontam a alta prevalência de verminoses, devido ao saneamento básico precário e a má qualidade da água consumida. Assim como a presença de elevadas taxas de sobrepeso, obesidade e anemia ferropriva, devido influência da baixa qualidade da dieta, proporcionando um elevado risco nutricional e cardiovascular, além da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão e diabetes mellitus. Doenças respiratórias agudas, etilismo, drogas, estresse e ataques de animais peçonhentos também são muito comuns (Silva et al., 2022; Filgueiras & Silva, 2020).

Consequentemente, o adoecimento e morte da população quilombola não implica somente a vida das pessoas, mas também

a memória e ancestralidade de um povo, integrando saberes e práticas que já foram prejudicados pelo impacto da degradação ambiental que afeta essas comunidades negras rurais (Soares, 2021). Portanto, promover a equidade na saúde, conforme orienta a PNSIPN, significa considerar as vivências e perspectivas da população negra, considerando seus valores culturais e tradicionais. Com o objetivo de abordar não apenas as desigualdades que essa população enfrenta, mas também reconhecer e integrar as particularidades que influenciam suas condições de vida e saúde (Alves, et al., 2023).

Ainda que a PNSIPN visar garantir a equidade na atenção à saúde dessa população, são percebidas dificuldades na efetivação dessa política e fragilidades entre o que é preconizado e as ações realizadas. As comunidades, muitas vezes, são prejudicadas pela falta de informações acerca de suas políticas e direitos, essa condição acaba por determinar desigualdades nos perfis de adoecimento, cuidado e mortes entre brancos e negros. Inclui-se também, a invisibilidade de indicadores relacionados às doenças prevalentes, acesso aos insumos, medicamentos e sistemas de apoios logísticos no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde (Gomes et al., 2023; Filgueiras & Silva, 2020).

ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS E A PROMOÇÃO DE SAÚDE EM COMUNIDADES TRADICIONAIS AMAZÔNICAS

Os caminhos que indivíduos e suas famílias percorrem em busca de tratamento e cura, conhecidos na literatura da antropologia social como Itinerários Terapêuticos (IT), envolvem múltiplas e interativas escolhas para lidar com problemas de saúde. Esses itinerários incluem três subsistemas interligados: o setor informal, constituído pelo cuidado de familiares, comunidade e redes sociais; o setor popular, composto por práticas de cura de especialistas ligados a grupos religiosos e seculares, como benzedeiros, curandeiros, líderes religiosos e parteiras; e o setor profissional,

representado pelo sistema de saúde formal, com profissionais regulamentados (Rocha, et al., 2021; Demétrio, et al., 2019).

Estudar os itinerários terapêuticos permite uma compreensão ampla dos caminhos adotados para o cuidado com a saúde. Entre os quilombolas, por exemplo, observa-se uma clara preferência por conhecimentos tradicionais em vez de cuidados oferecidos pelos serviços de saúde formais. Estudos indicam que 43,6% dos quilombolas entrevistados preferem práticas tradicionais em relação a postos de saúde, enquanto apenas 3,1% recorrem a farmácias. Esse comportamento revela a confiança nos saberes locais, com 93,8% dos entrevistados procurando benzedoras, rezadeiras e raizeiros da comunidade (Silva, et al., 2024).

A produção de saúde nas comunidades quilombolas é fundamentada em práticas tradicionais, incluindo o uso de plantas medicinais e outras técnicas locais. Essa característica reflete uma relação profunda com a natureza e seus ciclos, sendo essencial ao modo de vida das comunidades tradicionais. O protagonismo no cuidado à saúde, advindo de saberes tradicionais, é exercido principalmente por parteiras, rezadores, benzedores e outros curadores locais, que desempenham papel essencial em áreas remotas (Freitas & Schweickardt, 2023).

Esse protagonismo do cuidado é construído com base em saberes transmitido oralmente e enraizados nas experiências culturais e sociais do grupo. Esse conhecimento, que inclui desde o uso de ervas e gorduras animais até rituais e orações, é passado de geração em geração, formando um repertório essencial para enfrentar doenças e manter o bem-estar (Silva, et al. 2020).

No contexto dos serviços públicos de saúde, é fundamental que o cuidado oferecido dialogue com os saberes tradicionais de cada grupo, mesmo que de forma limitada. O reconhecimento da singularidade cultural das práticas médicas quilombolas permite uma compreensão mais integrada da saúde como um fenômeno ligado ao contexto sociocultural, político e religioso (Santos, et al. 2021).

A realidade amazônica se destaca pela diversidade geográfica e cultural em relação ao restante do país, especialmente nas

comunidades tradicionais, como os quilombolas, onde as práticas e relações de vida estão profundamente ligadas ao ambiente natural e cultural. Nessas comunidades, o uso de plantas medicinais é o recurso mais acessível para tratar doenças, sendo um saber transmitido entre gerações. O itinerário terapêutico reflete as práticas e escolhas feitas pelos indivíduos e coletividades diante das condições sociais, políticas e culturais disponíveis para cuidar da saúde (Domingues & Valente, 2021; Santos, et al., 2021).

Em muitas comunidades tradicionais, o sistema de saúde formal é uma segunda opção, acionado apenas quando os tratamentos tradicionais não apresentam o efeito desejado ou quando a autoridade feminina no cuidado à saúde não é respeitada. Assim, o conhecimento popular — manifestado em práticas como o preparo de chás e o uso de ervas — permanece como abordagem inicial preferida para o tratamento de doenças, destacando a confiança na sabedoria ancestral e tradicional (Silva, 2020).

A convivência entre os saberes tradicionais e o sistema de saúde formal revela um espaço de hibridismo cultural. De um lado, as comunidades valorizam práticas como o uso de ervas para tratar malária, febres e problemas respiratórios, com base em conhecimentos etnobotânicos. Por outro lado, há dificuldades na validação científica desses saberes, o que pode levar à sua desconsideração pelos profissionais de saúde formais. Estudos mostram que, apesar das divergências, muitos profissionais reconhecem o valor terapêutico dessas práticas e as utilizam como estratégia complementar ao atendimento clínico formal, sobretudo em áreas remotas com acesso limitado a medicamentos industrializados (Clarindo, Strachulski e Floriani, 2019; FAZ, 2022).

Para que a gestão do cuidado proporcione uma assistência integral, é essencial considerar todos os aspectos do processo saúde-doença ao planejar os serviços. Dessa forma, as necessidades dos usuários tornam-se o ponto de partida para um atendimento integral e personalizado. A análise do contexto sociocultural permite criar ferramentas que reorientem as práticas assistenciais, alinhando-as à realidade local (Santos, et al. 2021).

A perspectiva da promoção da saúde favorece a integração de práticas e saberes populares nas comunidades, o que pode ser mediado pelo setor profissional por meio das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). Essa abordagem busca expandir a “cultura do cuidado” para um “cuidado na cultura”, respeitando a diversidade e o pluralismo terapêutico e valorizando as diversas formas de cuidado presentes nas comunidades (Rocha, et al. 2021).

As PICS, reconhecidas pelo SUS, oferecem um modelo promissor de integração culturalmente sensível. Elas podem incluir práticas como a fitoterapia, associando conhecimentos locais a métodos científicos para validar e padronizar o uso de plantas como *Byrsonima crassifolia* e *Andiroba*. Além disso, há espaço para incorporar práticas espirituais, como os rituais realizados por pajés, que combinam aspectos curativos e psicológicos, atuando na promoção de saúde mental (Clarindo & Strachulski & Floriani, 2019; Araújo et al. 2023).

Dessa forma, os profissionais de saúde que atuam na Amazônia frequentemente enfrentam o desafio de equilibrar o respeito às tradições locais com as diretrizes biomédicas. Projetos como o SUS na Floresta destacam a importância de capacitações que promovam um entendimento mais amplo sobre práticas tradicionais. Essas iniciativas incluem teleconsultorias e educação continuada sobre o uso seguro e ético de plantas medicinais, respeitando o saber comunitário (FAZ, 2022).

CONCLUSÃO

A articulação entre sistemas de saúde tradicional e biomédico demanda políticas públicas que incentivem o diálogo intercultural. Investimentos em pesquisas etnofarmacológicas e programas de formação contínua podem fortalecer essa integração, beneficiando as comunidades tradicionais e promovendo um modelo de saúde holístico e sustentável.

REFERÊNCIAS

- ALVES, H. J. SOARES; M. R. P. COSTA; R. R. S. SANTOS, L. A. Saúde da Família, territórios quilombolas e a defesa da vida. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 21, 2023, e02209219. DOI: 10.1590/1981- 7746-ojs2209.
- ARAÚJO, J. P. I.; LOBO, L.C.; SOUZA. Saberes e práticas tradicionais de saúde da população amazônica. Saúde Coletiva (Barueri), [S.L.], v. 13, n. 84, p. 12220-12235, 3 fev. 2023. MPM Comunicação. <http://dx.doi.org/10.36489/saudecoletiva.2023v13i84p12220-12235>.
- BATISTA, L.E.; ESCUDER, M.M.L.; PEREIRA, J.C.R. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. Revista de Saúde Pública, v.38, n.5, p. 630-636, 2004.
- BRASIL, Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/primeira-infancia> Acesso: 14 de outubro de 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF. 2017.
- BRASIL, Ministério da saúde. Secretária de gestão estratégica e participativa. Departamento de apoio à gestão participativa. Política nacional de saúde integral das populações do campo e da floresta. 1. Ed. 1. Reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf>.
- CAVALCANTE, I.M.S. & SILVA, H.P. Políticas Públicas e Acesso aos Serviços de Saúde em Quilombos na Amazônia Paraense. Quilombolas: aspectos políticos, jurídicos e políticas inclusivas consequentes à edição do Decreto nº 4887-2003 e do julgamento da ADI nº 3239 (pp.473-498). Editora: TRF-2. Rio de Janeiro, p: 473-498. ISBN: 9788562108075. 2019.
- CLARINDO, M. F.; STRACHULSKI, J.; FLORIANI, N. Curandeiros parintintin e benzedadeiras: reprodução do saber

popular de cura. *Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, [S.L.], v. 15, n. 31, p. 105-124, 9 jul. 2019. EDUFU - Editora da Universidade Federal de Uberlândia.

<http://dx.doi.org/10.14393/hygeia153148560>.

DEMÉTRIO, F.; SANTANA, E. R.; SANTOS, M. P. O Itinerário Terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 7, p. 204-221, dez. 2019. FAPUNIFESP (SCIELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042019s716>.

DOMINGUES, A. S.; VALENTE, M. J. O. Transitando pelo itinerário terapêutico: discurso e saberes na Amazônia Tocantina. *Organon*, Porto Alegre, v. 35, n. 70, p. 1-16, 6 jan. 2021.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

<http://dx.doi.org/10.22456/2238-8915.103311>.

ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE- ECA. Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Brasília, 2024.

Fundação Amazonas Sustentável (FAS). Programa Saúde na Floresta: construindo e fortalecendo a saúde de populações da Amazônia. Manaus: FAS, 2022. Disponível em: <https://fas-amazonia.org/wp-content/uploads/2022/12/psf-construindo-e-fortalecendo-a-saude-de-populacoes-da-amazonia-compressed.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2024.

FERNANDES, S. L. & SANTOS, A. O. (2019). Itinerários Terapêuticos e Formas de Cuidado em um Quilombo do Agreste Alagoano. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39, 38-52. DOI: 10.1590/1982-3703003176272.

FILGUEIRAS, L. A.; SILVA, HP. Socioecologia e saúde de populações quilombolas do Pará, Amazônia, Brasil. *TESSITURAS Revista de Antropologia e Arqueologia*, V8 N2 jul-dez 2020.

Pelotas, RS. Disponível em: < <https://revistas.ufpel.edu.br/index.php/tessituras/article/view/1084> >.

FREITAS, I.A.; RODRIGUES, I. L. A.; SILVA, I. F. S.; NOGUEIRA, L. M. V. Perfil sociodemográfico e epidemiológico de uma comunidade quilombola na Amazônia Brasileira. *Rev Cuid.* Vol.9

no. 2 Bucaramanga Maio/Agosto. 2018. DOI: 10.15649/cuidarte.V9i2. 521.

FREITAS, M. B.; SCHWEICKARDT. C. Amazônia Quilombola: cenário, produção e práticas de saúde: Quilombola Amazon: scenario, production and health practices. Saúde em Redes, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 4020, 2023. DOI: 10.18310/2446-4813.2023v9n1. 4020.

GOMES, F. R.; OLIVEIRA, P. S. D.; SILVA, M. L. O.; MIRANDA, S. V. C.; SAMPAIO, C. A. Itinerários terapêuticos no cuidado em saúde em comunidades quilombolas. Cien Saude Colet. v.29, n.3, 29:e01602023. DOI: 10.1590/1413-81232024293.01602023.

GRIMALDI, M. R. M. et al. O papel da enfermagem para a promoção da sustentabilidade em populações vulneráveis. Enfermagem em Foco. Vol 4, p 826-31,2021.

GUERRERO, A. F. H. et al. Mortalidade Infantil em Remanescentes de Quilombos do Município de Santarém1 - Pará, Brasil. Saúde Soc. São Paulo, v.16, n.2, p.103-110, 2007.

HOLANDA, T. C. T. et. al. A enfermagem na atenção a saúde da comunidade quilombola. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação. São Paulo, v.9.n.10. out. 2023. doi.org/10.51891/rease.v9i10.11950.

MONTEIRO, A. N. G.; VASCONCELOS, T. R.; TRECCANI, G. D. Impasses e desafios da regularização fundiária para comunidades tradicionais na Amazônia. Retratos de Assentamentos. 2019; 22(2): 39-62. DOI: 10.25059/2527-2594/retratosdeassentamentos/2019.V22i2. 385.

OLIVEIRA, E. F. et al. Saúde Infantil: Percepções de mães de comunidades afrodescendentes. Lifestyle journal | São Paulo (SP) | VOL. 10 | e1586 | pag: 01-11 | Jan-Dec | 2023. DOI: <https://doi.org/10.19141/2237-3756.lifestyle.v10.n00.pe1586>.

PEREIRA, R.N.; MUSSI, R.F.F. Acesso e utilização dos serviços de saúde da população negra quilombola: uma análise bibliográfica. ODEERE [Internet]. 31º de dezembro de 2020. 5(10): 280-303. Disponível em: <<https://periodicos2.uesb.br/index.php/odeere/article/view/6938>>.

PELLANDA, A.; FROSSARD, M. Crianças e Adolescentes quilombolas / Coordenação dos estudos. Campanha Nacional à Educação. São Paulo: outras expressões, 2022. 76 p. Il; 14x21cm; (Agenda infâncias e Adolescências inviabilizadas). ISBN: 978-65-87389-20-2.

Protocolos de enfermagem na atenção primária à saúde (livro eletrônico): saúde da criança e do adolescente/ (Organização Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul). Porto Alegre. Coren, RS, 2020.

REZENDE, L. C. et al. A prática de enfermeiros no contexto das comunidades Quilombolas. *Esc Anna Nery* 2021; 25(1): e20200151. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0151>.

ROCHA, H. C.; LAMY, Z. C.; DE AGUIAR, L. C.; MOREIRA, J. G. P.; PEREIRA, M. U. L.; ALBUQUERQUE, Y. L.; SOUZA, T. DE P.; & LAMY-FILHO, F. Busca por cuidados de saúde: itinerário terapêutico de crianças egressas de unidades neonatais. *Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde*, 34, 2021.

<https://doi.org/10.5020/18061230.2021.11708>.

SANTOS, F. V.; RODRIGUES. I. L. A.; NOGUEIRA, L. M. V. et al. Gestão do cuidado em saúde no contexto do homem quilombola. *Rev Fun Care Online*.2021. Jan /dez.; 13:1217-1226. DOI:

<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.7416>.

SILVA, R. B. DE S.; NUNES, G. C.; ARAGÃO, J. A.; MOURA, R. L., et al.. Práticas integrativas e complementares: saberes e fazeres em comunidades quilombolas. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(5), 1746–1763, 2024. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n5p1746-1763>.

SILVA, I. F.S.; RODRIGUES, I. L.A.; NOGUEIRA, L.M.V.; PALMEIRA, I. P.; FERREIRA, M.A. Behaviors related to Quilombola women’s health: a social representations study. *Rev Bras Enferm*. 2020; 73(Suppl 4):e20190427. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0427>.

SILVA, T. C. D.; MARTINS, N. C.; CARVALHO, C. A.; VIOLA, P. C. A.F.; RODRIGUES, L. D. S.; OLIVEIRA, B. L. C. A. Nutritional and cardiovascular disease risk in older persons living in

Quilombola communities. Risco nutricional e cardiovascular em idosos quilombolas. *Cien Saude Colet.* 27(1): 219-230 2022. DOI:10.1590/1413-81232022271.30132020

SIQUEIRA, S. M. C. Percepções de urgência e emergência pediátrica entre quilombolas: uma abordagem à luz de Leininger. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2018; 26: e21492. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2018.21492>.

SIQUEIRA, S. M.C. Itinerários terapêuticos em urgências e emergências pediátricas em uma comunidade quilombola. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2014. – Salvador, 2014. 236 f.: il.

SOARES, M. R. P. et al. Quilombos e pandemia: a luta pela vida é histórica e carece de nossa solidariedade. *Amefricanas: Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisas Afro-Brasileiras (NEAB)*, Universidade Federal Fluminense, Niterói, ano 1, v. 1, n. 1, p. 63-69, 2021.

SOARES, B. B. et al. Atendimento domiciliar do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na comunidade quilombola Sacopã: relato de experiência. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 47, n. 2, p. 295-308, 2023.

SOUSA, R.F. et al. Condições de saúde e relação com os serviços de saúde na perspectiva de pessoas de quilombo. *Escola Anna Nery.* 27: e20220164. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2022-0164pt.

SOUZA, K.; BOECKMANN, L. M. M.; MELO, M. C.; MORAIS, R. C. M.; VIEIRA, A. B. D.; SCHARDOSIM, J. M.; CAMPOS, M. C. T. Conditions and access to health services for quilombola women and children: an integrative review. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 11, n. 7, p. e31011730065, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i7.30065.

SOUZA, L. N. et al. Práticas de cuidado em saúde com crianças quilombolas: percepção dos cuidadores. *Esc Anna Nery* 2023; 27: e20220166. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0166pt>.

CAPÍTULO 4

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DA SAÚDE DAS CRIANÇAS NA POPULAÇÃO QUILOMBOLA: REVISÃO INTEGRATIVA

Adriely Alciane

Lúvia Santos da Silva

Raisa Oksana Lídia Ellis Freire de Sena Garcia da Silva

Dr. Rubenilson Caldas Valois

Dra. Maria Elizabete de Castro Rassy

Dra. Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues

RESUMO: Introdução: Barreiras como o isolamento geográfico, escassez de profissionais qualificados e infraestrutura precária, as comunidades quilombolas enfrentam um acesso limitado aos cuidados formais de saúde. Esses desafios estruturais, aliados ao contexto histórico de exclusão social e racial, ressaltam a necessidade de políticas públicas que considerem as especificidades do Itinerário Terapêutico nas comunidades quilombolas, com foco no atendimento infantil. **Metodologia:** Revisão integrativa da literatura (RIL), desenvolvida a partir da estratégia População, Interesse e Contexto (PICO), realizada a busca de artigos a partir das bases de dados Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) presentes na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Pubmed, Web of Science e Scopus mediante a descritores e palavras-chave, foram selecionado 3 artigo a partir dos critérios de inclusão e exclusão que posteriormente foi avaliado por nível de evidências. **Resultado:** Foi

obtido o total de 115 artigos com 3 artigos incluídos na amostragem final do estudo, utilizado o fluxograma PRISMA para a identificação, seleção, elegibilidade e inclusão. Dos 3 artigos incluídos na amostragem, 2 apresentaram nível de evidência iv e 1 artigo vi. **Discussões:** Pontua-se que a prestação de serviços de saúde para as crianças quilombolas é considerada incipiente; Dificuldades para o acesso de serviços de saúde; Construção do itinerário terapêutico nas práticas cuidativas, utilizando recursos naturais; Fatores intrínsecos e extrínsecos relacionados ao acesso às consultas de acompanhamento infantil. **Considerações Finais:** Baixa produção científica sobre a temática, reforçando essencialidade de novos estudos, evidências ratificam que essa população enfrenta problemas de acesso à saúde e fomento a necessidade de políticas públicas para essa população. **PALAVRAS-CHAVE:** Itinerário Terapêutico; Saúde da Criança; Quilombolas.

INTRODUÇÃO

O Itinerário Terapêutico (IT) compreende o conjunto de trajetórias que um indivíduo ou grupo percorre ao buscar cuidados de saúde, abarcando todas as etapas, serviços e práticas envolvidas nesse processo. Esse percurso não é linear e é influenciado por uma diversidade de fatores, como o acesso aos serviços de saúde, as condições socioeconômicas, além de barreiras geográficas, culturais e institucionais que podem dificultar ou facilitar essa busca. As preferências pessoais e coletivas também desempenham um papel crucial na definição dessas escolhas, refletindo o contexto social e cultural de cada grupo ou comunidade (Gomes et al., 2024).

Os caminhos percorridos por pessoas em busca de cuidados terapêuticos, não necessariamente, coincidem com esquemas ou os fluxos pré-determinados do sistema de saúde. O IT não está relacionado apenas na epistemologia da biomedicina, mas também nas ciências sociais e humanas em saúde. Nesse sentido, sofre

influências de diversos fatores e contextos, expressam construções subjetivas individuais e coletivas acerca do processo de adoecimento e de formas de tratamento. Estas escolhas vão definir ações que, passo a passo, constituirão um determinado percurso (Gomes et al., 2024).

Nessa perspectiva, é comum a coexistência de diferentes formas de cuidado, que vão desde a utilização do sistema de saúde formal, com consultas em postos de saúde e hospitais, até a busca por práticas tradicionais e alternativas. Em muitas comunidades, especialmente as mais isoladas ou vulneráveis, há uma valorização dos saberes tradicionais, como os oferecidos por curandeiros, benzedeiras e o uso de plantas medicinais. Essas práticas complementam ou até substituem, em alguns casos, o atendimento biomédico, criando um panorama de cuidados que envolve dimensões culturais, espirituais e científicas no processo de busca por saúde e bem-estar (Nunes et al., 2022).

A qualidade do acesso à saúde para a população quilombola no Brasil é marcada por diversas desigualdades e desafios, que refletem questões estruturais e históricas de exclusão social e racial. Estudos indicam que essas comunidades enfrentam barreiras significativas para obter serviços de saúde, especialmente devido à localização geográfica, já que muitos quilombos estão situados em áreas rurais e de difícil acesso, longe de centros urbanos e dos equipamentos de saúde mais complexos. Além disso, as condições socioeconômicas precárias, a escassez de profissionais de saúde qualificados e a falta de infraestrutura adequada nas unidades básicas de saúde próximas contribuem para um atendimento insuficiente e de baixa qualidade (Santos & Barreto, 2018).

De acordo com Oliveira et al. (2021), os quilombolas vivem em áreas frequentemente isoladas, com limitações no transporte e na infraestrutura de saúde, o que resulta em dificuldade de acesso a atendimentos de rotina e emergenciais. Além disso, a falta de profissionais de saúde qualificados nas áreas mais remotas agrava o problema, dificultando a implementação de ações preventivas e de promoção da saúde.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), de 2004, inclui diretrizes específicas para a população quilombola, promovendo a equidade no acesso à saúde, prevenção e tratamento de doenças, valorizando as práticas tradicionais e a cultura dessas comunidades. Já em 2015, o Ministério da Saúde ampliou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), criando a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) para melhorar os serviços de saúde infantil no país (Almeida; Gondinho.,2023; Saquette et al., 2022).

Apesar de a busca por cuidados à saúde acometer a indivíduos de todas as faixas etárias, apesar dos programas de saúde vigentes supracitados anteriormente, as crianças quilombolas representam uma população de indivíduos vulneráveis. No IT da criança, a mãe do menor representa quase sempre, como cuidadora principal, evidenciando o protagonismo dos cuidados, devido ao nível de dependência (Siqueira; Jesus; Camargo, 2016).

Por considerar a relevância do estudo sobre o Itinerário Terapêutico em Saúde Crianças em Comunidades Quilombolas, este estudo objetivou analisar a produção científica por meio de uma revisão integrativa da literatura para compreender as trajetórias percorridas das crianças em busca de cuidados.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura (RIL), acerca do Itinerário Terapêutico das crianças quilombolas, assim, permitindo maior compreensão do estudo em questão. Nesse sentido, foi percorrido as seguintes etapas: seleção da questão norteadora; estabelecimentos de critérios para seleção da amostra; coleta de dados; análise dos estudos incluídos e, por fim, a interpretação dos resultados da apresentação da revisão (Souza; Silva; Carvalho, 2010).

A questão de pesquisa foi desenvolvida de acordo com a estratégia População, Interesse e Contexto (PICo), com a seguinte estrutura: P- Crianças; I- Itinerário Terapêutico em Saúde; Co-

comunidades quilombolas. Dessa forma, considerou-se a seguinte questão de pesquisa: “Quais são as evidências científicas presentes na literatura sobre o itinerário terapêutico em saúde com crianças de comunidades quilombolas?”.

O levantamento da revisão foi realizado no mês de Outubro de 2024 e utilizou-se as seguintes bases de dados: Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) presentes na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Pubmed, Web of Science e Scopus. O acesso às bases ocorreu a partir do Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), utilizando o acesso à Comunidade Acadêmica Federada (CAFe).

Foram definidos como critérios de inclusão: artigos de estudo primários originais e completos relacionados com a temática abordada disponíveis nos idiomas português, inglês e espanhol, publicados entre os anos de 2019 a 2024, para a base de dados Pubmed e, as demais bases de dados pesquisadas, não tiveram recorte temporal devido à escassez de artigos. Foram excluídas produções científicas que não tinham relação com a pergunta de pesquisa.

Após busca no Descritores em Ciência da Saúde (DeCs), selecionou os seguintes descritores nas bases de dados: “crianças”, “criança”, “child”, “niño”, “Itinerário Terapêutico em Saúde”, “itinerários terapêuticos”, “Therapeutic Itinerary”, “Ruta Terapéutica”, “comunidades quilombolas”, “Quilombo”, “Quilombolas”, “Quilombola Communities”, “Quilombola”. Na sequência, utilizou-se os operadores booleanos AND e OR como técnica para realizar as combinações entre os descritores.

Na sequência, os artigos buscados nas bases de dados foram exportados no formato “RIS” e para a seleção desses artigos foi utilizado o software Rayyan no qual consiste em um aplicativo para dispositivos móveis e web, criado pelo Qatar Computing Research Institute (QCRI) que auxilia na triagem inicial de resumos e títulos (Ouzzani, Hammady, Fedorowicz, Elmagarmid, 2016). Logo após, foram identificadas as duplicatas e excluídas, dos artigos que

permaneceram, no primeiro momento foram lidos os títulos e resumos por dois pesquisadores de forma individual e em um segundo momento a leitura do texto completo com o intuito de examinar a adequabilidade aos critérios de inclusão. As divergências das escolhas dos artigos foram sanadas após analisadas por um terceiro avaliador, também de forma independente.

Quadro 1: Número de artigos encontrados segundo a estratégia de busca em cada base de dados

Bases de Dados	Busca Utilizada	Artigos
Pubmed	("crianças" OR "criança" OR "child" OR "niño") AND ("Itinerário Terapêutico em Saúde" OR "itinerários terapêuticos" OR "Therapeutic Itinerary" OR "Ruta Terapéutica") AND ("comunidades quilombolas" OR "Quilombo" OR "Quilombolas" OR "Quilombola Communities" OR "Quilombola")	109
LILACS	("crianças" OR "criança" OR "child" OR "niño") AND ("Itinerário Terapêutico em Saúde" OR "itinerários terapêuticos" OR "Therapeutic Itinerary" OR "Ruta Terapéutica") AND ("comunidades quilombolas" OR "Quilombo" OR "Quilombolas" OR "Quilombola Communities" OR "Quilombola")	4
BDENF	("crianças" OR "criança" OR "child" OR "niño") AND ("Itinerário Terapêutico em Saúde" OR "itinerários terapêuticos" OR "Therapeutic Itinerary" OR "Ruta Terapéutica") AND ("comunidades quilombolas" OR "Quilombo" OR "Quilombolas" OR "Quilombola Communities" OR "Quilombola")	0
MEDLINE	("crianças" OR "criança" OR "child" OR "niño") AND ("Itinerário Terapêutico em Saúde" OR "itinerários terapêuticos" OR "Therapeutic Itinerary" OR "Ruta Terapéutica") AND ("comunidades quilombolas" OR "Quilombo" OR "Quilombolas" OR "Quilombola Communities" OR "Quilombola")	0
WOS	("crianças" OR "criança" OR "child" OR "niño") AND ("Itinerário Terapêutico em Saúde" OR "itinerários terapêuticos" OR "Therapeutic Itinerary" OR "Ruta Terapéutica") AND ("comunidades	1

	quilombolas" OR "Quilombo" OR "Quilombolas" OR "Quilombola Communities" OR "Quilombola")
Scopus	("crianças" OR "criança" OR "child" OR "niño") AND ("Itinerário Terapêutico em Saúde" OR "itinerários terapêuticos" OR "Therapeutic Itinerary" OR "Ruta Terapéutica") AND ("comunidades quilombolas" OR "Quilombo" OR "Quilombolas" OR "Quilombola Communities" OR "Quilombola")

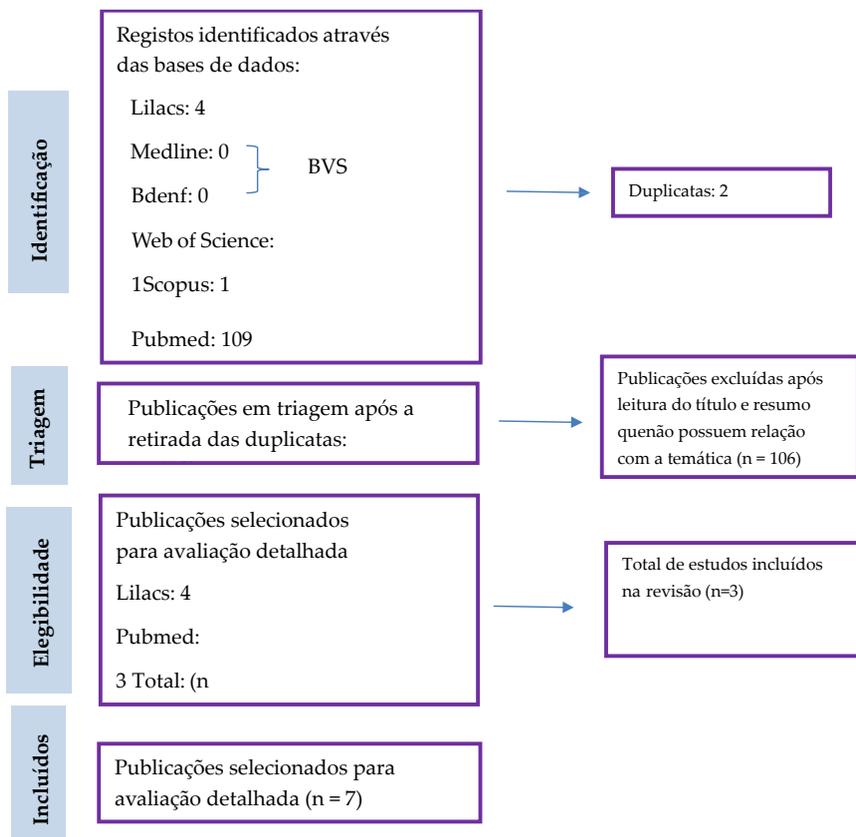
Em artigos baseados em evidência, há sistemas de classificação para definição do nível de evidência. Neste estudo utilizou-se a classificação em sete níveis de Melnyk e Fineout-Overholt, sendo esses: Nível 1: revisão sistemática ou metanálise; Nível 2: evidências derivadas de ensaio clínico randomizado; Nível 3: evidências obtidas de ensaios clínicos sem randomização; Nível 4: evidências de estudos de coorte ou caso-controle; Nível 5: revisão sistemática; Nível 6: evidências de estudos descritivos ou qualitativos; Nível 7: evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas (Melnyk & Fineout-Overholt, 2005).

Os resultados foram apresentados em quadro contendo título, autor, país/ano de publicação, abordagem metodológica / nível de evidência (NE) e principais conclusões.

RESULTADOS

Nas buscas de dados foi possível obter um total de 115 artigos, sendo 2 duplicados, restando 113. Após a leitura do título e resumo foram excluídos, restando 7 para a leitura na íntegra. Em seguida, foram excluídos 4, por não estarem relacionados à questão norteadora. Dessa forma, após essas etapas foram obtidos, somente, 3 artigos que foram incluídos na amostragem final do estudo.

O fluxograma para a identificação, seleção e elegibilidade e inclusão, foi realizado conforme as orientações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA), conforme mostra a figura 1.



Fonte: Autoria própria, 2024.

Quadro 2: Distribuição dos artigos incluídos, identificando: Título, autores, país / ano de publicação, abordagem metodológica / nível de evidência (NE) e principais conclusões. Belém, Pará, Brasil. 2024

ID do artigo	Título	Autores	País / Ano de publicação	Abordagem metodológica /Nível de evidência (NE)	Principais conclusões
A1	Itinerário terapêutico em situações de urgência e emergência pediátrica em	Samylla Maira Costa Siqueira, Viviane Silva de	Brasil, 2014	Estudo qualitativo(NE: IV)	As estratégias adotadas pelas famílias incluem redes de apoio comunitário, deslocamentos para

	uma comunidade quilombola	Jesus & Climene Laura de Camargo			centros urbanos e o uso de práticas tradicionais de cuidado enquanto busca atendimento formal. O estudo evidencia que o acesso à saúde em situações de emergência para comunidades quilombolas é limitado pela falta de políticas públicas que considerem suas especificidades culturais e geográficas
A2	Itinerário terapêuticode crianças quilombolas com doenças falciforme.	Lucas Amaral Martins, Thais de Carvalho Costa Silva, Hendhie Ane Sacramento Santos, Aline Cristiano de Sousa Azevedo Aguiar, Maria Carolina Ortiz Whitaker & Climene Laura de Camargo	Brasil, 2019	Estudo qualitativo (NE: IV)	O estudo revela que as famílias e cuidadores dessas crianças precisam recorrer a diferentes recursos e estratégias para garantir o acompanhamento médico adequado, muitas vezes tendo que se deslocar para centros urbanos em busca de atendimento especializado. A pesquisa também enfatiza a importância de fortalecer políticas de saúde pública e de promover uma atenção mais

					inclusiva e equitativa, considerando as particularidades das comunidades quilombolas e suas vulnerabilidades
A3	Fatores relacionados à assiduidade de consultas de acompanhamento infantil às quilombolas	Elenilda Farias de Oliveira, Climene Laura de Camargo, Nadirlene Pereira Gomes, Telma Menezes Couto, Luana Moura Campos & Patricia Santos de Oliveira	Brasil, 2019	Estudo Qualitativo (NE: VI)	O estudo aponta que a assiduidade às consultas de acompanhamento infantil sofre influência de fatores intrínsecos às mães e fatores extrínsecos relativos ao serviço. Revela a necessidade de uma gestão que priorize a reorganização do serviço.

Fonte: Elaboração dos autores, 2024.

Foram identificados 3 artigos com abordagem qualitativa, tendo majoritariamente, o Brasil como local de estudo. Em relação ao ano de publicação, um artigo foi publicado em 2014, dois em 2019. Quanto ao nível de evidência dois foram classificados com nível IV e um como nível VI. De acordo com o Quadro 1 apresentado.

DISCUSSÃO

A população quilombola sofre com problemas de acesso à atenção integral à saúde, que traz à tona a necessidade de ações imediatas que visem proporcionar melhoria nas condições

ambientais e das famílias quilombolas. Partindo dessa questão, o mesmo estudo ratifica que a prestação de serviços de saúde para as crianças quilombolas é considerada incipiente (Martins et al., 2019).

Segundo estudo de Martins et al (2019), crianças quilombolas de Ilha de Maré-Salvador-Bahia diagnosticadas com Doença Falciforme (DF), enfrentam dificuldades para o acesso de serviços de saúde, tendo como principal fator a desarticulação da rede de assistência à saúde. Além disso, a prestação de assistência à criança quilombola com DF é insuficiente somado à dificuldade do acesso aos serviços de saúde, já que pela falta de atendimento específico para a melhoria dessa doença é comum a peregrinação em outras localidades em busca de atendimento específico para cuidados e melhoria dessa doença. Por isso, a importância da terapêutica para a prevenção e diagnóstico precoce de complicações, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e reduzir o quantitativo de hospitalizações decorrente dessa doença.

De acordo com Siqueira, Jesus e Camargo (2014), nas famílias quilombolas é comum construção do itinerário terapêutico nas práticas de cuidativas, utilizando recursos naturais como ervas e frutas no preparo de remédios caseiros, banhos e chás, para o manejo tratamento de crianças em situações de urgência/emergências.

Outros achados evidenciam fatores intrínsecos e extrínsecos relacionados aos comportamentos de mães de crianças quilombolas ao acesso às consultas de acompanhamento infantil. Os intrínsecos compreendem o reconhecimento que as consultas para seus filhos são fundamentais, mas que elas atribuem a necessidade da consulta ao adoecimento da criança e dificilmente como medida de proteção, além disso, a disponibilidade dessa mãe está diretamente relacionada à assiduidade dessas crianças nas consultas programadas (Oliveira et al., 2019).

A disponibilidade de agendamento da consulta e a frequência com que essas crianças são atendidas, tempo longo de espera para as consultas diante da quantidade de crianças que precisam do

serviço e a qualidade da consulta que o profissional realiza, refletem os fatores extrínsecos (Oliveira et al., 2019).

Os fatores intrínsecos apresentados atribuídos às mães, corroboram com os estudos de (Shibukawas, 2021) que demonstram que as mães priorizam situações mais urgentes, e o fato de não levar seu filho para algumas consultas do acompanhamento infantil se justifica pelo excesso das atribuições dentro do seu papel familiar, levantando a questão da sobrecarga materna.

Ratificando os fatores extrínsecos mencionados, (Shibukawas, 2021) afirma que as instâncias de saúde devem monitorar ausências e procurar alternativas para maior adesão às consultas de acompanhamento, se atentando as barreiras geográficas e estruturais para consequentemente, melhorar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.

CONCLUSÃO

A partir do exposto, foi possível verificar baixa produção científica relacionada ao itinerário terapêutico da saúde das crianças na população quilombola, apontando a essencialidade de novos estudos que visem aprofundar nas peculiaridades dessa população e abram caminhos para resolução das suas demandas.

As evidências ratificam que essa população enfrenta problemas de acesso à saúde, recorrem a diferentes estratégias para garantir acompanhamento médico e que apresenta dificuldades ao acesso à saúde relacionados a fatores intrínsecos do responsável que acompanha a criança (mães no caso do estudo mencionado), e extrínsecos, relacionados a infraestrutura, logística e profissionais de saúde. Fomentando a necessidade de políticas públicas que considerem as particularidades das comunidades quilombolas e suas vulnerabilidades.

REFERÊNCIAS

- CABRAL, Ana Lucia Lobo Vianna et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, 2011.
- CORIOLO-MARINUS, Maria Wanderley de Lavor et al. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. *Saúde e Sociedade*, v. 23, n. 4, p. 1356-1369, 2014.
- GOMES, Rafael Fernandes et al. Itinerários terapêuticos no cuidado em saúde em comunidades quilombolas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 29, p.e01602023, 2024.
- MARTINS, Lucas Amaral et al. Itinerário terapêutico de crianças quilombolas com doença falciforme. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 2, pág. e 45177, 2019.
- MELNYK, Bernadette Mazurek; FINEOUT-OVERHOLT, Ellen. *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice*. Lippincott Williams & Wilkins, 2022.
- NUNES, Lucas Costa et al. O CUIDADO DA COMUNIDADE QUILOMBOLA NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.
- OLIVEIRA, Valéria Mirla. *Saúde da mulher quilombola no Brasil: Uma revisão de literatura*. 2021.
- SIQUEIRA, Samylla Maira Costa; JESUS, Viviane Silva de; CAMARGO, Climene Laura de. Itinerário terapêutico em situações de urgência e emergência pediátrica em uma comunidade quilombola. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 1, p. 179-189, 2016.
- OUZZANI, Mourad et al. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic reviews*, v. 5, p. 1-10, 2016.
- SHIBUKAWA, Bianca Machado Cruz et al. Absenteísmo nos serviços de saúde da criança: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 76, p. e20210805, 2023.
- SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)*, v. 8, p. 102-106, 2010.

SAQUETTO, Micheli Bernardone et al. Qualificação dos profissionais da atenção básica para fortalecimento da vigilância do desenvolvimento infantil e ações intersetoriais. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 45, n. especial 3, p. 110-120, 2021.

THIAGO FERREIRA DE ALMEIDA, Beatriz; VERNA CASTRO GONDINHO, Brunna. A política nacional de saúde integral da população negra (PNSIPN) e seus aspectos econômicos: uma revisão integrativa sistematizada. *JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care* | ISSN 2179-6750, [S. l.], v. 15, n. spec, p. e017, 2023. DOI: 10.14295/jmphc.v15.1351.

Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/1351>. Acesso em: 2 nov. 2024.

CAPÍTULO 5

ACESSO À SAÚDE: DESAFIOS DO CÂNCER INFANTOJUVENIL NO CONTEXTO AMAZÔNICO

Aline Mendes Cardoso
Itamara Rodrigues Moura
Franciane de Paula Fernandes
Tatiane Costa Quaresma
Lívia de Aguiar Valentim
Sheyla Mara Silva de Oliveira

RESUMO: A Amazônia se constitui como uma região geográfica presente em parte do território brasileiro onde vivem povos culturalmente diversificados e que apresentam modos de vida particulares. O processo saúde-doença na região amazônica é marcado por características próprias e por inúmeros desafios no acesso à saúde. O câncer infantojuvenil é considerado uma doença que apresenta impactos significativos e relevante na saúde pública em todo o mundo, no Brasil, é a principal causa de morte por doença na faixa etária de 0 a 19 anos. Assim, o presente estudo se propôs a refletir sobre os desafios do acesso à saúde do câncer infantojuvenil no contexto amazônico. Os principais desafios identificados estão relacionados ao diagnóstico tardio, à carência de centros especializados em oncologia nas áreas remotas, às disparidades regionais, à falta de educação permanente dos profissionais de saúde, às fragilidades de educação em saúde da população, à ausência de estímulo à pesquisa, à desvalorização dos saberes e práticas tradicionais amazônicos, entre outros. Sugere-se que ações saúde diretas pensadas, adaptadas e implementadas na prática, a exemplo da expansão dos centros oncológicos

pediátricos na região, de maiores investimentos em infraestrutura e em recursos humanos nos serviços existentes, da oferta de educação permanente para os profissionais de saúde desde a atenção primária até a alta complexidade, do fortalecimento das redes de telemedicina e da valorização dos saberes e das práticas tradicionais dessa região, com o intuito de mitigar os desafios do acesso à saúde de crianças e adolescentes imersos nessa realidade.

PALAVRAS-CHAVE: Amazônia; Saúde; Doença; Câncer; Criança; Adolescente.

A SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE NA REALIDADE AMAZÔNICA BRASILEIRA

De acordo com a Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia (Sudam), órgão governamental responsável desenvolvimento incluyente e sustentável da região amazônica, a Amazônia Brasileira, também conhecida como Amazônia Legal, engloba todos os estados da Região Norte (Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins), um estado da Região Centro-oeste (Mato Grosso) e parte de um estado da Região Nordeste (Maranhão), totalizando 9 unidades federativas e 772 municípios brasileiros. A extensão territorial dessa região é de aproximadamente 5.035.020 km² e corresponde a mais da metade do território brasileiro (59%), onde vivem cerca de 27,2 milhões de pessoas (Porto et al., 2023; IBGE, 2022).

As populações que residem na região amazônica são culturalmente diversificadas e desenvolvem seus modos de vida, principalmente, nos campos, nas florestas, nas comunidades quilombolas e nos territórios indígenas. Nesse sentido, os povos que vivem nesses locais requerem ações de saúde e de qualidade de vida adequadas as suas especificidades de gênero, de raça e de ambiente. Para tanto, suas dinâmicas sociais específicas e singulares necessitam ser valorizadas no processo de construção das políticas públicas de saúde (Santos et al., 2023).

Para Santos et al. (2023) as características sociais, culturais, econômicas e geográficas presentes no território amazônico influenciam o acesso à saúde e agravam a vulnerabilidade de povos que vivem nessa região. Além disso, desigualdades socioeconômicas agravadas pela falta de saneamento e de serviços básicos de saúde apresentam alta ocorrência em muitas áreas rurais desse local, e isso corrobora com o cenário de vulnerabilidade.

No entanto, a construção histórico-cultural da região amazônica, marcada pela forte mesclagem entre as culturas portuguesa, africana e indígena, propiciou o desenvolvimento de saberes e práticas baseadas no seu modo de vida peculiar. Dessa forma, na Amazônia emergem formas particulares de ver e fazer saúde, com diversas práticas tradicionais próprias que são direcionadas ao tratamento, à cura e aos cuidados das inúmeras enfermidades que comprometem a qualidade de vida da população que vive nessa região e que não recebem a devida assistência por parte das políticas de saúde estabelecidas (Araújo et al., 2023).

Nesse contexto, a Região Norte, local onde estão localizados a maior parte dos estados que compõem a Amazônia, conta com mais de 17 milhões de crianças e adolescentes e é a área nacional com maior concentração de pessoas nessa faixa etária em relação à sua população, representando 34,1% de seus residentes (IBGE, 2022).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), promulgado pela Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990, estabelece que as crianças e os adolescentes são sujeitos com direitos, em condição singular de desenvolvimento, que requerem proteção integral e prioritária por parte da família, da sociedade e do Estado. De acordo com a lei sobredita, define-se criança a pessoa de até doze anos incompletos e adolescente aquele com idade entre 12 e 18 anos (Brasil, 1990). Entretanto, o Ministério da Saúde (MS), seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), considera criança a pessoa de 0 a 9 anos e o adolescente de 10 a 19 anos (Brasil, 2014).

A partir dessa perspectiva, é notório que o poder estatal tem desenvolvido, ao longo dos anos, estratégias intersetoriais com a

finalidade de efetivar esses aparatos legais. Desse modo, destaca-se a criação, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) e das Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde (Brasil, 2015; Brasil, 2010). Além disso, vale ressaltar que, atualmente, encontra-se em fase de desenvolvimento a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes e Jovens que deverá subsidiar o cuidado a esse público (Freire, 2024).

Nesse cenário, observa-se os esforços do governo para promover o bem-estar e o pleno crescimento e desenvolvimento de crianças e de adolescentes no território nacional. Todavia, ainda persistem muitos desafios a serem superados para efetivação dos direitos basilares dessa parcela da população, sobretudo em regiões tradicionalmente marginalizadas, como a região amazônica. Em razão disso, entidades não governamentais têm se mostrado potentes aliados na defesa dos direitos da criança e do adolescente, a exemplo da Fundação Abrinq que, no ano de 2024, lançou a publicação "Cenário da Infância e Adolescência no Brasil", a qual analisa os principais indicadores sociais do país, especialmente, na faixa etária de 0 a 19 anos, com base em dados do Censo Demográfico de 2022 divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (Fundação Abrinq, 2024).

À luz desses dados, o Brasil apresenta uma população estimada em 54,5 milhões de crianças e adolescentes, que apresentam características heterogêneas entre si, pois estão imersas em contextos sociais, econômicos e geográficos diferentes (Fundação Abrinq, 2024). Salienta-se que é possível identificar a persistência de inúmeros entraves que afetam a condição de saúde desse público e que, conseqüentemente, impedem a efetivação da ideia de pleno crescimento e desenvolvimento, a exemplo das insatisfatórias condições de renda, de alimentação e de acesso aos serviços básicos como saúde, educação e saneamento.

O panorama brasileiro, no que se refere à renda, aponta que quase 30 milhões de crianças vivem em situações de precária

condição financeira (Fundação Abrinq, 2024). Além disso, quando se observa a Região Norte do país esses dados se tornam ainda mais alarmantes, uma vez que cerca de 1,3 milhão de crianças e de adolescentes com até 14 anos vivem com uma renda domiciliar mensal per capita de até um quarto de salário mínimo (equivalente a R\$303,00, em valores de 2022) e outras 2,8 milhões de pessoas nessa faixa etária vivem com uma renda domiciliar mensal per capita de até meio salário mínimo (equivalente a R\$606,00, em valores de 2022), ocupando a segunda posição, em ambos os casos, em comparação às outras regiões brasileiras, ficando atrás somente da Região Nordeste (IBGE, 2022). Sob essas circunstâncias, estudos recentes revelam que a condição financeira desfavorável impacta negativamente no desenvolvimento e bem-estar infantil, podendo ter reflexos prejudiciais desde o nascimento até a vida adulta (Silva; Leite, 2023).

Outra situação preocupante está relacionada às condições alimentares e nutricionais na infância, visto que, no ano de 2022, quase 1 milhão de crianças brasileiras com até 5 anos apresentaram peso baixo/muito baixo ou altura baixa/muito baixa para idade e, aproximadamente, 400 mil apresentaram peso elevado, revelando uma realidade de insegurança alimentar e nutricional. Quando comparada às outras partes do território, a Região Norte foi a que apresentou a maior proporção de crianças de 5 a 10 anos em situação de desnutrição, tanto na relação peso e idade (5,9%), quanto na relação altura e idade (9,7%). Além disso, foi o local que apresentou maior proporção de óbitos de crianças de até 4 anos por desnutrição proteicoenergética (12,9%) (Fundação Abrinq, 2024).

Cristovam et al. (2024) ao refletir a respeito dos impactos da insegurança alimentar e nutricional no desenvolvimento infantil, a partir da análise de outros estudos sobre a temática, identifica a seriedade do problema e seus possíveis impactos na qualidade de vida de crianças e de seus familiares e considera a necessidade de ações urgentes e concretas direcionadas à desnutrição, à obesidade e à fome oculta. Corrêa e Silva (2022) analisaram a vulnerabilidade em desnutrição de crianças quilombolas e não quilombolas em um

município da Amazônia e concluíram que uma criança que não pertence a nenhuma comunidade tradicional tem 85% mais chances de viver em melhores condições do que uma criança quilombola, fato que revela que a prevalência da insegurança alimentar e nutricional é ainda maior em comunidades que vivem historicamente situações de vulnerabilidade.

No que tange à saúde, as taxas de mortalidade são um dos principais indicadores de qualidade de vida e de saúde de um país. No Brasil, os índices de mortalidade infantil e na infância apresentaram elevação entre 2021 e 2022, com aumentos de 5,8% e de 8,7%, respectivamente. A Região Norte apresenta as maiores taxas de mortalidade de crianças até 1 ano de idade com 15,1 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos, índice muito acima da meta nacional, de 5 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos, que foi estabelecida pelos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável propostos na Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU) (Fundação Abrinq, 2024).

Ferreira et al. (2022) ao avaliar a espacialização do coeficiente de mortalidade brasileira em crianças entre 1 e 5 anos e seus indicadores sociais e assistenciais de saúde, no período de 2007 a 2016, apontaram elevados números de óbitos na faixa etária estudada e estabeleceram uma possível correlação entre os dados obtidos e a diminuição da cobertura vacinal e, também, aos altos números de fatores externos, em especial os homicídios. Em contrapartida, no estudo de Luminato e Fonseca (2024), em que realizaram a análise da tendência da mortalidade infantil no Brasil entre 2000 e 2021, foi observado a tendência de queda em todas as regiões do país, embora as desigualdades regionais ainda subsistam no Norte e no Nordeste.

Além disso, fatores socioambientais como a falta de acesso à água de qualidade e ao saneamento básico também são obstáculos para a melhora da condição de saúde da população infantojuvenil no país, dados do ano de 2022, de pessoas com até 19 anos de idade, mostram que foram registrados no âmbito nacional, 690 óbitos atribuídos às fontes de água impróprias, ao saneamento

inadequado e à falta de higiene. À vista disso, Capistrano et al. (2024) constataram que a diarreia e as gastroenterites infecciosas foram as principais causas de internações hospitalares, no Brasil, por doenças infecciosas em menores de 5 anos, no recorte temporal de 2017 a 2021, evidenciando as condições deficientes de saneamento e de abrangência dos serviços de saúde, principalmente, da Atenção Primária à Saúde.

Convém ressaltar, também, que apesar das doenças transmissíveis ainda serem responsáveis por muitos casos de adoecimento e mortalidade entre crianças e adolescentes, nota-se uma mudança no cenário epidemiológico das últimas décadas, no qual se evidencia a redução de doenças infecciosas e parasitárias e aumento das doenças crônicas não transmissíveis como o diabetes mellitus, a hipertensão arterial e o câncer (OPAS, 2022).

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, lançou um estudo, realizado no período de 2010 a 2021, acerca da evolução temporal e distribuição espacial dos coeficientes de internação e de mortalidade de crianças (0 a 9 anos de idade) por doenças crônicas não transmissíveis sensíveis à Atenção Primária à Saúde (DCNT-SAP), em que foi observado que a variação nos coeficientes de internação e mortalidade por DCNT-SAP apresenta algumas desigualdades entre as unidades federativas. Nesse sentido, o principal motivo dessas variações pode estar relacionado aos contrastes socioeconômicos existentes entre as regiões, uma vez que locais com maior vulnerabilidade socioeconômica, geralmente, enfrentam maiores dificuldades no acesso aos cuidados de saúde preventivos e aos tratamentos adequados e, conseqüentemente, estão mais suscetíveis a uma maior incidência de doenças não tratadas e a um aumento nas hospitalizações evitáveis (Brasil, 2024).

Diante do quadro apresentado, é perceptível que inúmeros fatores são capazes de impactar negativamente na saúde e na qualidade de vida das crianças e dos adolescentes, fato que os predispõe às extensas possibilidades de discussões acerca do seu processo saúde-doença. Entretanto, percebe-se uma carência de

investigações e de publicações científicas que abordem as especificidades das condições de saúde desse grupo na Região Amazônia brasileira. Assim, tendo em vista minimizar essa lacuna da literatura, o presente estudo propõe refletir sobre os desafios do acesso à saúde do câncer infantojuvenil no contexto amazônico.

O CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO DO CÂNCER INFANTOJUVENIL

A mudança do cenário epidemiológico das doenças também gerou alterações nas causas de morte na infância e na adolescência, visto que as causas externas, decorrente de fatores que não estão relacionados à patologia ou às condições médicas preexistentes, passaram a ocupar o primeiro lugar. Contudo, o câncer se mostra como a primeira causa de morte por doença entre crianças e adolescentes de 01 a 19 anos, tanto no Brasil quanto nos países desenvolvidos, correspondendo a um total de 8% dos óbitos (OPAS, 2022; SBP, 2023; INCA, 2022). No entanto, em países que apresentam baixa e média renda, essa nova realidade ainda é pouco discutida, devido à falta de informações epidemiológicas contínuas, permanecendo menos compreendidas em razão dos altos índices de subdiagnósticos e subnotificações dos casos (Souza et al., 2024).

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) define o câncer como o conjunto de mais de 100 doenças que se assemelham por apresentarem crescimento descontrolado de células malignas. Nesse viés, tem-se como câncer infantojuvenil quando essa condição ocorre na faixa etária de 0 a 19 anos (INCA, 2022). Em contrapartida, os cânceres nesse grupo se diferem dos adultos quanto a sua origem, visto que derivam, principalmente, de tecidos embrionários que adquiriram mutações resultando em divisão descontrolada de células anormais, já os tumores no público adulto estão relacionados, na maior parte dos casos, aos fatores comportamentais como fumo, álcool e alimentação (OMS, 2021).

Segundo dados globais da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), aproximadamente 400 mil crianças menores de 19 anos desenvolverão câncer a cada ano, além disso todos os dias mais de 1 mil crianças e adolescentes são diagnosticadas com algum tipo de neoplasia maligna. No que tange às regiões da América Latina e do Caribe, estima-se que cerca de 30 mil novos casos sejam diagnosticados por ano. Em razão disso, o câncer infantojuvenil é considerado uma doença que apresenta impactos significativos e relevante na saúde pública em todo o mundo (OPAS, 2022).

O cenário nacional não se distancia da conjuntura internacional, uma vez que existe a previsão de que mais de 20 mil casos de câncer infantojuvenil sejam notificados no triênio de 2022 a 2025. Além disso, para cada ano desse triênio, são esperados 4.230 casos novos no sexo masculino e de 3.700 no sexo feminino, valores que correspondem a um risco estimado de 140,50 casos novos por milhão de crianças do sexo masculino e de 128,87 por milhão do sexo feminino. Para o conjunto de unidades federativas que compõem a Amazônia Legal (Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Maranhão, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins), foram estimados mais de 1 mil casos novos de câncer por ano nesse grupo. Desse total, 600 são esperados no público masculino e 460 no público feminino (INCA, 2022).

De acordo com estimativas para o ano de 2023, a Região Sul registraria o maior número de casos novos da doença (3.310), seguido pelas Regiões Nordeste (2.130), Sul (1.180), Centro-oeste (660) e Norte (650). Em relação ao número de óbitos no país, no ano de 2020, ocorreram 2.289 mortes por câncer infantojuvenil (38,20 por milhão). Para o sexo masculino, foram 1.295 óbitos, com um risco estimado de 42,30 por milhão. No sexo feminino, ocorreram 994 óbitos, um risco de 33,90 por milhão (INCA, 2022).

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), os cânceres mais frequentes na faixa etária de 0 a 19 anos, são as leucemias, os tumores do sistema nervoso central (SNC) e os linfomas (SBP, 2023). De maneira consonante Lucena et al. (2022), ao realizarem

um estudo acerca caracterização do câncer infantojuvenil no Brasil a partir dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC) de 2000 a 2016, identificaram que os locais anatômicos de maior acometimento das neoplasias foram o sistema hematopoiético e reticuloendotelial com 21.830 casos registrados, seguido dos linfonodos com 7.987 e do encéfalo com 7.383.

Em relação à mortalidade por câncer infantojuvenil, a SBP destaca as leucemias como a principal causa de óbito (SBP, 2023). No estudo de Saraiva, Santos e Monteiro (2018) foi observado a redução nas taxas de mortalidade por leucemias em menores de 20 anos de 2,73 para 1,58 por 100 mil habitantes, com base na análise da tendência das capitais dos estados brasileiros, durante o período de 1980 a 2015, fato que pode estar associado à evolução no tratamento como, a implementação de melhores técnicas de diagnóstico e a diminuição da quimiotoxicidade dos protocolos de quimioterápicos.

DESAFIOS DO CÂNCER INFANTOJUVENIL NA AMAZÔNIA

Atualmente, a Lei nº 14.308, de 8 de março de 2022, subsidia, especificamente, o cuidado ao câncer infantojuvenil e implementa, no território nacional, a Política Nacional de Atenção à Oncologia Pediátrica, a qual tem por finalidade aumentar a sobrevida, melhorar a qualidade de vida e reduzir a mortalidade e o abandono ao tratamento do câncer em crianças e adolescentes, por intermédio de ações integrais que abrangem desde a prevenção até a condução dos cuidados paliativos (Brasil, 2022).

Apesar da existência do aparato legal, ainda é notória as fragilidades na aplicação prática, fato que pode ser observado desde as dificuldades na detecção precoce até as disparidades regionais no acesso aos cuidados médicos e ao tratamento especializado. Nessa perspectiva, Santos et al. (2022), ao analisar os fatores associados à instituição do tratamento precoce nos casos de câncer infantojuvenil no Brasil entre os anos de 2013 e 2019, apontaram que existem menores chances de ocorrer tratamento

precoce nos casos identificados na Região Norte do país. De maneira consonante, Lucena et al. (2022) constataram que as regiões Norte e Nordeste apresentam a menor quantidade de crianças e de adolescentes que iniciaram o tratamento em até 60 dias. Desse modo, nota-se as falibilidades da Lei nº 12.732, de 22 de dezembro de 2012, que estabelece prazo de início do tratamento oncológico em até 60 dias após comprovado o diagnóstico em laudo patológico (Brasil, 2012). Logo, os achados científicos e a inoperância legislativa apontam para a ineficiência e fragilidades da atenção oncológica em determinadas regiões do país, além de expor as necessidades de estudos com a temática voltados a contribuir com estratégias de resolução no cenário amazônico.

Ao elencar os principais fatores característicos da Região Norte no contexto de câncer infantojuvenil, destaca-se o diagnóstico tardio, um grande desafio, pois muitos casos são identificados em estágios avançados, com agravamento exponencial do quadro clínico. Eventualmente, essa problemática pode estar atrelada à dificuldade dos profissionais da saúde em reconhecer sinais iniciais inespecíficos, que podem ser confundidos com outras doenças mais comuns na infância. Essas deficiências assistenciais impactam diretamente nas chances de tratamento eficaz e de cura que podem ser atingidas em até 80% dos casos, quando detectados precocemente (Santana et al., 2020; Júnior et al., 2018). Além disso, as fragilidades educacionais enfrentadas pela região amazônica também contribuem para não identificação dos casos de maneira precoce, uma vez que o desconhecimento dos sinais e a falta de orientação adequada sobre a doença impacta diretamente na identificação de novos casos e na efetivação do tratamento em tempo oportuno.

No que corresponde às configurações de acesso aos tratamentos, um outro fator de destaque são as desigualdades regionais que dificultam o acompanhamento adequado dos casos. Em comparação epidemiológica as regiões Norte e Nordeste enfrentam maiores dificuldades de acesso a serviços especializados de oncologia, favorecendo maiores taxas de mortalidade,

contrapondo aos dados da região Sudeste, em que o acesso a centros de referência é uma realidade mais estabelecida (Megian et al., 2024; Santos Júnior et al., 2018).

Outrossim, as recidivas e mortalidade durante o tratamento, também são importantes pontos inseridos no contexto do câncer infantojuvenil. Segundo Megian et al. (2024), apesar das altas taxas de remissão inicial, a reincidência ocorre em um percentual significativo dos pacientes, o que afeta negativamente no prognóstico. Passone et al. (2019), ao investigar dados demográficos e características de crianças e adolescentes com doenças crônicas pediátricas, observou que a leucemia está entre as condições que requerem atenção específica de múltiplas especialidades médicas. Entretanto, o acesso e a esse suporte assistencial é ínfimo ou inexistente em muitos locais, especialmente, naqueles que se encontram em áreas periféricas.

Saraiva, Santos, Monteiro (2018) evidenciaram a redução na tendência das taxas de mortalidade por leucemias em pessoas até 19 anos nas capitais brasileiras. No entanto, algumas capitais da região amazônica apresentaram tendência crescente: São Luís, Manaus e Palmas, realidade que pode estar relacionada à fragilidade de acesso ao tratamento oncológico. Lucena et al. (2022) ao tentar explicar a diferença de tempo entre diagnóstico e tratamento entre os estados brasileiros, argumentam que isso pode estar atrelado ao fato de que alguns locais dispõem de serviço de Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) com serviço de Oncologia Pediátrica, enquanto outros locais, principalmente das Regiões Norte e Nordeste, não possuem centros especializados no câncer infantojuvenil.

O Brasil conta com 317 unidades e centros habilitados para o diagnóstico e tratamento do câncer, a qual estão distribuídos de maneira heterogênea no território, mas que apresentam, no mínimo, um estabelecimento com as atribuições necessárias por unidade federativa. Os estados que compõem a região amazônica apresentam 26 desses serviços, o que corresponde a menos de 10% do total (INCA, 2022). Além disso, de acordo com a Portaria nº 688,

de 28 de agosto de 2023, somente três capitais de estados que fazem parte da Amazônia (Belém, Manaus e Cuiabá) ofertam serviços de oncologia pediátrica o que demonstra as condições de desigualdade de acesso enfrentadas por pessoas que vivem nessa região (Brasil, 2023).

Ainda de acordo com as dificuldades de acesso, a centralização dos serviços de oncologia é outro fator importante, pois a concentração nos centros urbanos afeta os pacientes que vivem em áreas remotas, característica comum do contexto de saúde amazônico.

Corroborando a ideia, Santos Júnior et al. (2018), expõe que essa disposição geográfica implica em longas viagens, que oferecem inúmeras barreiras socioeconômicas aos pacientes e às famílias que buscam o tratamento, contribuindo para uma maior mortalidade nessas áreas. Além disso, a falta de capacitação profissional na detecção ou suspeita das neoplasias infantis, nessas regiões, contribui significativamente com atrasos no diagnóstico e, conseqüentemente, na efetivação da terapêutica adequada (Megian et al., 2024; Santos Júnior et al., 2018).

Somado as questões sobreditas, outro grande desafio do câncer infantojuvenil é o impacto psicológico e social inerente às doenças que acometem a infância e adolescência, visto que as famílias, na maioria das vezes, são fortemente afetadas. Nesse sentido, a partir do diagnóstico e o conhecimento do intenso e prolongado processo de tratamento, as pessoas envolvidas demandam de suporte emocional contínuo. Porém, em muitos casos, o atendimento é restrito ou indisponível, especialmente em áreas menos desenvolvidas (Santos Júnior et al., 2018).

Vale ressaltar ainda, que após a pandemia de COVID-19, causada pelo vírus SARS-CoV-2, que eclodiu em março de 2019, o manejo assistencial do sistema de saúde mudou. Em relação a oncopediatria, houve a necessidade de adaptar os atendimentos e tratamentos buscando menores impactos e agravos a saúde dessa população. Desse modo, ampliou-se os desafios no diagnóstico e tratamento do câncer infanto-juvenil, tendo em vista que os

acompanhamentos presenciais foram reduzidos, o que evidenciou possíveis subnotificações de casos. Nesse aspecto, para muitos pacientes isso pode ter ocasionado atrasos ao tratamento e afetando negativamente os resultados (Soares et al., 2024; Megian et al., 2024)

Além disso, questões como a falta de incentivo à pesquisa científica, principalmente acerca do câncer infantil no Brasil, que apresentam discretos investimentos, quando comparados aos outros tipos de câncer. Desse modo, as pesquisas recentes apontam que o progresso em novas terapias e estratégias de tratamento é lento, e há uma real necessidade de maiores recursos para estudos que sejam capazes de melhorar as taxas de cura e reduzam a mortalidade nesse público (Santos Júnior et al., 2018).

Ademais, nota-se a necessidade de programas de educação permanente para os profissionais de saúde, em busca de capacitar equipes multiprofissionais em áreas remotas, por meio, por exemplo, da telessaúde e de treinamentos focados em identificar os sinais precoces de câncer. Esses desafios mostram a importância de intervenções coordenadas que envolvem tanto o fortalecimento do sistema de saúde quanto o aumento da capacitação dos profissionais e investimentos em pesquisa e infraestrutura regional (Santana et al., 2020; Santos Júnior et al., 2018).

Em suma, é notório que as particularidades da Amazônia abrem espaço para muitos obstáculos na efetivação das políticas públicas, mas o lugar e suas populações não devem ser vistos como exóticos e negligenciados (Santos et al., 2023). Nesse viés, é válido ressaltar que a população amazônica possui saberes e práticas tradicionais de cura e cuidados que são repassadas de forma geracional e se apresentam como alternativa às dificuldades de acesso à saúde enfrentadas por essa região. Em razão disso, a utilização de recursos terapêuticos naturais como, plantas e ervas, estão enraizados na cultura e assumem diversos significados na dimensão social e na saúde. Assim, é necessário correlacionar a sabedoria tradicional das comunidades com os conhecimentos médico-científicos atuais, a fim de efetivar ações de saúde

adequadas à realidade sociocultural dos povos tradicionais amazônicos (Araújo et al., 2023).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do panorama apresentado, conclui-se que são inúmeras as fragilidades enfrentadas pelo câncer infantojuvenil no contexto da região amazônica brasileira, principalmente, relacionadas às especificidades de tratamento exigidos pelos diferentes tipos de cânceres e às particularidades dos modos de vida dos povos que vivem nesse território. Desse modo, sugere-se que ações saúde diretas pensadas, adaptadas e implementadas na prática, a exemplo da expansão dos centros oncológicos pediátricos na região, de maiores investimentos em infraestrutura e em recursos humanos nos serviços existentes, da oferta de educação permanente para os profissionais de saúde desde a atenção primária até a alta complexidade, do fortalecimento das redes de telemedicina e da valorização dos saberes e das práticas tradicionais dessa região, com o intuito de mitigar os desafios do acesso à saúde de crianças e adolescentes imersos nessa realidade. Assim, será possível um contexto geográfico, econômico, social e cultural e de saúde com menos desigualdades e com mais acesso aos direitos basilares presentes nos aparatos legais.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Juliana Pereira de et al. Saberes e práticas tradicionais de saúde da população amazônica. *Saúde Coletiva* (Barueri), v. 13, n. 84, p. 12220-12235, 2023.

BRASIL. Lei n. 14.308, de 8 de março de 2022. Institui a Política Nacional de Atenção à Oncologia Pediátrica. Brasília, DF: Presidência da República, 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/Lei/L14308.htm. Acesso em: 14 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf. Acesso em: 13 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: Brasília, DF, 5 ago. 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em : 13 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.688, de 28 de agosto de 2023. Altera a Portaria de Consolidação SAES/MS nº 1, de 22 de fevereiro de 2022, para dispor sobre a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 28 ago. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/legislacao/portaria-saes-ms-no-688-de-28-de-agosto-de-2023>. Acesso em : 15 out. 2024.

BRASIL. Saúde Brasil 2023: análise da situação de saúde com enfoque nas crianças brasileiras [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Crônicas não Transmissíveis. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm#art266. Acesso em: 05 out. 2024.

CAPISTRANO, Gustavo Nepomuceno et al. Perfil epidemiológico de internações por doenças infecciosas e bacterianas em menores de 5 anos, de 2017 a 2021. *Rev. Ciênc. Plur*; 10 (1) 2024, p. 31411-31411, 2024.

CORRÊA, Nadia Alinne Fernandes; SILVA, Hilton Pereira da. Comida de Quilombo e a Desnutrição Infantil na Amazônia Paraense: Uma análise com base no mapeamento da Insegurança Alimentar e Nutricional. *Segurança Alimentar e Nutricional*, v. 29, p. e022020-e022020, 2022.

CRISTOVAM, Beatriz Silva et al. Impactos da insegurança alimentar e nutricional no desenvolvimento infantil. *Revista Eletrônica Acervo Científico*, v. 47, p. e14876-e14876, 2024.

FERREIRA, Tainara Lorena dos Santos et al. Análise espacial da mortalidade em crianças menores de cinco anos no Brasil: indicadores sociais e assistenciais de saúde. *Rev. Ciênc. Plur*, p. 26740-26740, 2022.

FREIRE, Ana. Saúde abre pesquisa pública voltada para cuidados com adolescentes e jovens. In: Ministério da Saúde, Brasília, DF, 24 jul. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/julho/saude-abre-pesquisa-publica-voltada-para-cuidados-com-adolescentes-e-jovens>. Acesso em: 08 out. 2024.

FUNDAÇÃO ABRINQ. Cenário da infância e adolescência no Brasil 2024. São Paulo: Fundação Abrinq pelos Direitos da Criança e do Adolescente, 2024. Disponível em: https://www.fadc.org.br/sites/default/files/2024-07/AF_ABRINQ_CIAB_2024.pdf. Acesso em: 10 out. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico. Brasília, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-demografico-2022.html>. Acesso em: 21 de out. 2024.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Onde tratar pelo SUS. In: Ministério da Saúde, Brasília,

DF, 20 mai. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tratamento/onde-tratar-pelo-sus#:~:text=Existem%20atualmente%20317%20unidades%20e,exame%20at%20C3%A9%20cirurgias%20mais%20complexas>. Acesso em: 15 out. 2024.

LUCENA, Nyellison Nando Nóbrega de et al. Caracterização do câncer infantojuvenil no Brasil a partir dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC), 2000-2016. *Rev. Pesqui.(Univ. Fed. Estado Rio J., Online)*, p. e-11542, 2022.

LUMINATO, Juliana Roberta Rufino; FONSECA, Márcia Regina Campos Costa da. Tendência da mortalidade infantil no Brasil de 2000 A 2021. *Revista CPAQV-Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida*, v. 16, n. 1, p. 12-12, 2024.

MEGIANI, Isabela Nishimura et al. Cenário epidemiológico da mortalidade por leucemias em crianças e adolescentes no Brasil: 2012 a 2021. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 7, n. 3, p. e70955-e70955, 2024

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *CureAll framework: WHO Global Initiative for Childhood Cancer. Increasing access, advancing quality, saving lives*. Geneva: World Health Organization; 2021. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240025271>>. Acesso em: 02 de out. de 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *La Práctica de la Enfermería Oncológica Pediátrica en América Latina y el Caribe*. OPAS: Washington, DC, USA, 2022.

PASSONE, Caroline Gouveia Buff et al. Complexidade da doença crônica pediátrica: estudo transversal com 16.237 pacientes seguidos por múltiplas especialidades médicas. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 38, p. e2018101, 2019.

PORTO, Gilberto et al. *Guia 1 para formulação de políticas, planos, programas e projetos de desenvolvimento regional [livro eletrônico]*. Brasília, DF: Instituto Publix, 2023. E-book.

SANTANA, Guilherme Henrique et al. Extensão acadêmica “fique atento pode ser câncer: a telessaúde como ferramenta na

suspeição do câncer infantojuvenil”. Revista Eletrônica da Estácio Recife, v. 6, n. 1, 2020.

SANTOS JÚNIOR, Claudio José dos et al. Características clínico-epidemiológicas do câncer infantojuvenil no estado de Alagoas, Brasil. Revista de Medicina, v. 97, n. 5, p. 454-460, 2018.

SANTOS, Dayane Ketlyn da Cunha et al. Análise do tratamento precoce do câncer infantojuvenil no Brasil. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 68, n. 1, 2022.

SANTOS, Sara Silva dos et al. POPULAÇÕES “DAS ÁGUAS”: Ambiente-Saúde na perspectiva da Determinação Social e da Política de Saúde região do Baixo Amazonas-PA. Cien Saude Colet [periódico na internet] (2023/Nov). [Citado em 17/12/2023]. Está disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/populacoes-das-aguasambientesau-de-na-perspectiva-da-determinacao-social-e-da-politica-de-sauderegiao-do-baixo-amazonas-pa/18980>

SARAIVA, Danúbia da Cunha Antunes; SANTOS, Sabrina da Silva; MONTEIRO, Gina Torres Rego. Tendência de mortalidade por leucemias em crianças e adolescentes nas capitais dos estados brasileiros: 1980-2015. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 27, p. e2017310, 2018.

SILVA, Francisca Souza; LEITE, Bruna de Melo Oliveira. Os impactos da desigualdade social na saúde mental e seus efeitos no desenvolvimento infantil: uma revisão integrativa da literatura. Revista Foco, v. 16, n. 6, p. e2111-e2111, 2023.

SOARES, Bruna Seffrin et al. Implicações no manejo de pacientes oncopediátricos durante a pandemia da COVID-19: uma revisão integrativa. Revista Caribeña de Ciencias Sociales, v. 13, n. 1, p. 264-278, 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICA (SOBOPE). Diagnóstico precoce do câncer infantojuvenil. Departamento Científico de Oncologia (gestão 2022-2024). Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/24228b-NEspecial_-_SetembroDourado_2023.pdf>. Acesso em 15 out. 2024.

CAPÍTULO 6

PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE ENTRE INDÍGENAS NO ESTADO DO PARÁ

Breno Augusto Silva Duarte

Ingrid Bentes Lima

Liana Teixeira dos Santos

Laura Maria Vidal Nogueira

Mary Elizabeth de Santana

RESUMO Este estudo tem como objetivo descrever a incidência da tuberculose em indígenas, bem como seu perfil clínico e epidemiológico no estado do Pará, no período de 2014-2023. Trata-se de uma pesquisa epidemiológica, retrospectiva e quantitativa, utilizando dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação extraídos do DATASUS. Foram analisados 832 casos de tuberculose em indígenas notificados entre os anos de 2014 à 2023. As variáveis estudadas foram ano de notificação, sexo, faixa etária, escolaridade, sorologia para HIV, forma clínica e situação de encerramento. As variáveis foram decodificadas de acordo com o dicionário de dados do SINAN-Net. Os dados foram tratados de forma descritiva, calculando-se a incidência, frequência absoluta e percentual. A incidência de tuberculose entre indígenas foi de 92,11/100.000 habitantes, com pico de 118,54/100.000 em 2023. A maioria dos casos foi de tuberculose pulmonar (92,6%) e os resultados da baciloscopia de escarro foram positivos em 48,8% dos casos. A taxa de cura foi de 72,5%, e a maior parte dos casos ocorreu em homens jovens com baixa escolaridade. A incidência de

tuberculose entre indígenas no Pará é preocupante, com taxas superiores à população geral, especialmente a partir de 2014, e intensificada por políticas de busca ativa e o impacto da COVID-19. A população indígena masculina, jovens e com baixa escolaridade mostram maior vulnerabilidade, agravada por barreiras culturais, geográficas e assistenciais que dificultam o diagnóstico e tratamento adequado, destacando a necessidade de medidas mais específicas e integradas para a saúde indígena. Para mudar o cenário, é necessário que os gestores concentrem esforços no controle da tuberculose entre indígenas, com políticas públicas específicas que considerem a vulnerabilidade social dessa população. Também é essencial fortalecer as ações de prevenção e tratamento oportuno nos serviços de saúde, visando alcançar as metas dos programas de eliminação da tuberculose.

PALAVRAS-CHAVE: Tuberculose; Povos indígenas; Saúde pública; Epidemiologia.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) permanece sendo um desafio à saúde pública mundial (Brasil, 2024a). A doença pode ser causada por qualquer uma das sete espécies que integram o complexo *Mycobacterium tuberculosis*, sua transmissão se faz por via respiratória, pela inalação de aerossóis produzidos pela tosse, fala ou espirro de uma pessoa com tuberculose ativa pulmonar ou laríngea sem tratamento (Brasil, 2019).

A doença é curável e evitável, no entanto de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), um total de 1,25 milhão de pessoas morreram de tuberculose (TB) em 2023, em todo o mundo. A TB voltou a ser a principal causa de morte por um único agente infeccioso. Foi também a principal causa de morte de pessoas com HIV e uma das principais causas de mortes relacionadas à resistência antimicrobiana (OMS, 2024).

O Brasil integra a lista dos 30 países com maior número de casos de TB. Em 2023, foram notificados 80.012 casos novos de TB. Nesse mesmo ano, o coeficiente de incidência foi igual a 37/100 mil habitantes. Em 2022, foram registrados 5.845 óbitos por TB, resultando em um coeficiente de mortalidade igual a 2,72/100 mil habitantes (Brasil, 2024a).

Acabar com a epidemia de tuberculose até 2030 está entre as metas de saúde dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) das Nações Unidas (ONU, 2015). Neste cenário, estão as pessoas em situação de vulnerabilidade, que possuem maior risco de adoecimento, na qual se destaca a população indígena que tem risco 1,2 vezes maior em comparação a população geral (Brasil 2024a). Nas populações indígenas o risco de adoecimento está associado a fatores como o uso de drogas ilícitas, insegurança alimentar e o tabagismo (Basta; Viana, 2019).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) com o apoio da Fundação Nacional dos Povos Indígenas (Funai), o censo de 2022, sobre os povos indígenas, aponta que esta população no país chegou a 1.694.836 pessoas, o que representa 0,83% do total de habitantes. O Norte concentrava 44,48% da população indígena do país em 2022 (totalizando 753.780 pessoas) (IBGE, 2022).

Estudos revelam que a taxa de incidência média da tuberculose entre indígenas no Brasil foi 71,7 casos novos para cada 100 mil habitantes, enquanto para não indígenas foi de 28,6/100 mil habitantes. As regiões do país que apresentaram as maiores incidências (médias) para indígenas foram: Centro-Oeste (102,8/100 mil hab.), Sudeste (99,6/100 mil hab.) e Norte (79,9/100 mil hab.), e para não indígenas foram: Norte (36,5/100 mil hab.), Sudeste (31,3/100 mil hab.) e Nordeste (27,4/100 mil hab.). A análise mostrou que a maior incidência de casos de TB nas populações indígenas ocorreu nos estados de São Paulo, Rondônia, Rio de Janeiro, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso e Pará (Vaz; Paiva; Viana, 2023).

O Programa de Controle da Tuberculose encontra-se implantando em todos os municípios do estado do Pará. Os dados

do último boletim epidemiológico do Estado do Pará para os anos de 2018 e 2022, o total de casos de TB em populações vulneráveis apresentou um aumento, variando de 578 a 758 casos. Em 2019 houve um aumento no número de casos de população privada de liberdade e da população indígena, cujo total atingiu 676 e 95 casos respectivamente (Pará, 2023).

Assim, advém a importância de pesquisas que subsidiem estratégias de controle da TB e ações de combate e proteção das populações indígenas. Nesse sentido o presente estudo tem como objetivo descrever a incidência da TB em indígenas, bem como seu perfil clínico e epidemiológico, no estado do Pará, no período de 2014-2023.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico, retrospectivo, quantitativo, da TB em indígenas residentes no Estado do Pará durante o período de 2019-2023. Foram utilizados todos os casos de TB em indígenas notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Seguiram-se as recomendações do STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology (STROBE), instrumento da Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research (EQUATOR Network).

O estado do Pará, o segundo maior em extensão territorial da Região Norte, possui uma área de 1.245.870,704 km² e é composto por 144 municípios, com uma população estimada de 8.121.025 habitantes, resultando em uma densidade populacional de 6,52 habitantes por km² (IBGE, 2022). A população indígena do estado é de aproximadamente 80.980 pessoas, representando 1,0% da população total, o que coloca o Pará em sexto lugar no ranking dos estados com maior número de indígenas autodeclarados no Brasil.

Para este estudo foi considerada a base de dados públicos do Sistema de Informação do SUS (DATASUS) para acesso dos dados sobre TB do SINAN. O estudo foi considerado como indígenas aqueles autorreferidos como “indígena” no momento da

notificação da doença. Foram excluídos do estudo os casos sem informação ou classificados como ignorados no campo raça/cor.

O universo amostral foi composto por 832 casos notificados de TB em indígenas no estado do Pará entre os anos de 2014-2023. Elegeram-se as variáveis sexo, faixa etária, escolaridade, ano do diagnóstico, sorologia para HIV, baciloscopia, cultura de escarro, forma clínica e situação de encerramento. As variáveis foram decodificadas de acordo com o dicionário de dados do SINAN-Net.

Os dados extraídos foram tabulados individualmente, segundo as variáveis selecionadas, sendo organizadas e tratadas no Microsoft Office Excel 2019. Os dados obtidos foram analisados de forma descritiva, com cálculo de frequência absoluta e percentual.

Foram calculados os coeficientes de incidência de TB, no qual: Incidência de TB em indígenas = número de casos de TB em indígenas/População indígena x 100.000. Para tal, considerou-se o Censo Demográfico 2022, disponibilizado em ambiente virtual do IBGE, cujo acesso é público.

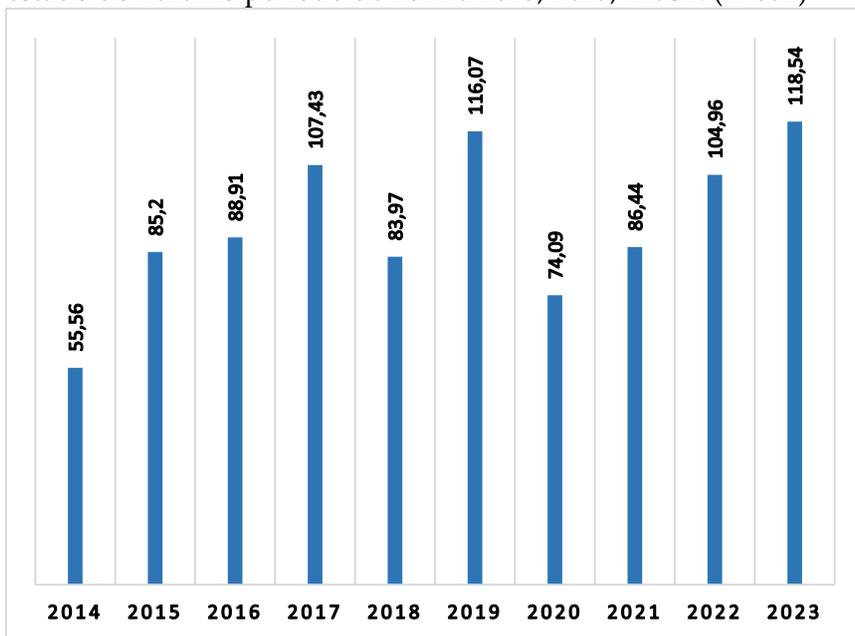
Este estudo dispensou apreciação pelo Comitê de Ética e Pesquisa, já que foi alicerçado com base em dados de domínio público.

RESULTADOS

Durante o período de 2014 a 2023, foram identificados 933.896 casos de TB no Brasil, dos quais 49.315 ocorreram no Pará. Desses, no Estado do Pará, 832 (1,6%) ocorreram na população indígena.

A incidência média de TB no Pará para os indígenas foi de 92,11/100.000 habitantes indígenas. A maior incidência foi observada em 2023 (118,54/ 100.000 habitantes indígenas) e a menor em 2014 (55,56/ 100.000 habitantes indígenas), segundo a figura 1.

Figura 1: Série temporal da incidência da TB em indígenas do estado do Pará no período de 2014 a 2023, Pará, Brasil. (n=832)



Entre os 832 casos de TB notificados entre 2014 a 2023, identificou-se que 417 (49,9%) pertencem ao sexo masculino, os quais 211 (25,4%) está na faixa etária entre 15 a 24 anos de idade, quanto a escolaridade 285 (34,3%) apresentam ensino fundamental incompleto (Tabela 1).

Tabela 1: Características epidemiológicas dos casos de TB em indígenas do estado do Pará no período de 2014 a 2023, Pará, Brasil. (n=832)

Variável	N	Frequência (%)
Sexo		
Feminino	417	49,9
Masculino	415	50,1
Faixa etária		
0 a 14 anos	177	21,3
15 a 24 anos	211	25,4
25 a 34 anos	130	15,7

35 a 44 anos	85	10,2
45 a 54 anos	84	10,0
55 a 64 anos	59	7,0
65 ou +	86	10,4
Escolaridade		
Ign/Branco	189	22,8
Sem escolaridade	177	21,3
Fundamental incompleto	285	34,3
Fundamental completo	26	3,1
Médio incompleto	29	3,5
Médio completo	26	3,1
Superior incompleto	7	0,8
Superior completo	5	0,6
Não se aplica	88	10,5

Quanto a forma clínica, a TB pulmonar é a mais incidente entre os indígenas com 771 (92,6%) casos, seguida da TB extrapulmonar com 46 (5,6%). Entre as formas de diagnóstico, observou-se a realização da baciloscopia de escarro com 406 (48,8%) resultados positivos. No que se refere a realização da cultura de escarro 734 (88,2%) não realizaram este método diagnóstico. Quanto ao status sorológico, 614 (73,8%) testaram negativo para o HIV (Tabela 2).

Tabela 2: Características clínicas dos casos de TB em indígenas do estado do Pará no período de 2014 a 2023, Pará, Brasil. (n=832)

Variável	N	Frequência (%)
Forma clínica		
Ign/Branco	1	0,1
Pulmonar	771	92,6
Extrapulmonar	46	5,6
Pulmonar e extrapulmonar	14	1,7
Baciloscopia de escarro		
Ign/Branco	1	0,1
Positivo	406	48,8
Negativo	196	23,6
Não realizado	198	23,7
Não se aplica	31	3,8
Cultura de escarro		
Ign/Branco	1	0,1
Positivo	55	6,6

Negativo	22	2,7
Em andamento	20	2,4
Não realizado	734	88,2
Teste para HIV		
Ign/Branco	1	0,1
Positivo	14	1,7
Negativo	614	73,8
Em andamento	20	2,4
Não realizado	183	22

No que se refere à situação de encerramento, observa-se que 603 (72,5%) evoluíram para a cura.

DISCUSSÃO

A incidência da TB entre indígenas no estado do Pará no período estudado figura como dado preocupante para o controle da doença. Outros achados nacionais e internacionais coadunam com nossos resultados, como pesquisa realizada no Brasil, com população indígena e não indígena, que registrou incidência de 71 casos/100 mil habitantes em indígenas e 28,6 casos/100 mil habitantes na população geral (Vaz; Paiva; Viana, 2023) e outro identificou 109/100.000 habitantes (Ferreira et al., 2022). No estado do Pará os dados são ainda mais preocupantes, Lima et al., (2023) registrou incidência de 305,91/100 mil habitantes entre os indígenas.

A série temporal estudada revela oscilação no número de casos até 2019, com tendência de crescimento desde 2014 e pico de elevação nos anos de 2017 e 2019. O aumento nas tendências pode estar relacionado às metas de alcançar os Objetivos de ODS, por meio da implementação da estratégia Stop TB, que incentivou a busca ativa de casos, resultando em um maior número de diagnósticos (ONU, 2015). Além disso, em 2017, houve dois marcos importantes que podem justificar essa elevação: o MS torna obrigatório o preenchimento do quesito raça/cor em todos os sistemas de informação do SUS, inclusive do SINAN, reduzindo

assim a subnotificação em indígena; outro marco é referente a implantação do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose com problema de Saúde Pública (PNCT) que objetivou apoiar gestores na compreensão da TB em seus territórios, considerando os indicadores epidemiológicos e operacionais da TB e as características socioeconômicas da população (Brasil, 2021).

No entanto, em 2020 houve redução no número de casos, possivelmente ocasionado pelo isolamento social imposto pela pandemia. Essa medida favoreceu o sub diagnóstico da TB (WHO, 2024) e queda na procura pelos serviços de saúde (Vaz; Paiva; Viana, 2023). Estudos realizados no Brasil e em outros países ratificam esse achado, e sugerem elevado número de casos notificados como COVID-19^a em detrimento da TB, refletindo na gravidade do quadro clínico e óbito pela doença (Duarte et al., 2021; WHO, 2024).

É internacionalmente reconhecido os impactos da COVID-19, porém, ao se reportar aos povos indígenas, esse impacto é ainda mais alarmante, pois a partir de 2021 o padrão de incidência segue crescente, com pico de número de casos no ano de 2023. Em 2023, a TB voltou a ser a doença infecciosa que mais mata no mundo, apresentando elevada incidência em todos os grupos mais afetados (OMS, 2024).

No que concerne o perfil epidemiológico, pessoas do sexo masculino mais adoeceram por TB, fato atribuível ao autocuidado ser prejudicado em homens quando comparado com as mulheres, assim como a não procura aos serviços de saúde, em virtude da impossibilidade de faltar às atividades laborais e atribuírem erroneamente essa busca à “fraqueza” ao adoecer (Barros et al., 2023; Aceng et al., 2024; Paiva et al., 2022; André et al., 2020). Na cultura indígena o homem assume a responsabilidade dos trabalhos braçais, tendo como principais atividades a pesca, caça e agricultura de subsistência, isso corrobora com a ideia de que os homens precisam demonstrar força diante da comunidade e só procurar assistência em estágio avançado da doença (Lima et al., 2023).

Esse cunho das atividades laborais também refletem os impactos no que concerne a faixa etária mais adoecida por TB. Nota-se que os jovens mais adoeceram, e as crianças e adolescentes foram o segundo grupo que mais tiveram a TB, fato contrário ao estudo realizado no Pará com populações indígenas que registrou predominância de casos na faixa etária de 20 à 39 anos (Lima et al., 2023) e a outro conduzido no Peru que concluiu que os adultos (26 a 59 anos) mais adoecem e convergente com estudo conduzido na Amazônia Colombiana que detectou 41,9% de indivíduos na faixa etária de 1 à 15 anos (Pérez-Llanos et al., 2023). Esse achado denota a mudança no padrão de infecção, sugerindo que os jovens e crianças têm maior prevalência entre os casos (Léon-Giraldo et al., 2022).

Até onde sabemos, a chance de ter a TB aumenta com a idade, não havendo explicação para a maior quantidade de casos entre crianças. Entretanto, inquérito realizado pelo MS revelou que apenas 49% das crianças e adolescentes com TB foram realmente diagnósticas (Brasil, 2024b). Portanto, sugere-se mais estudos sobre a TB em crianças indígenas, dada escassez na literatura científica.

Outro achado preocupante quanto ao perfil social, é o preponderante percentual de TB entre indígenas com baixa escolaridade, fato atribuível aos determinantes sociais de saúde e a vulnerabilidade dessa população (Moreira; Kritski e Carvalho, 2020). No contexto indígena, a questão educacional se mistura a fatores culturais e históricos, como o colonialismo, que marginalizou essas populações, muitas vezes negando-lhes o acesso ao sistema educacional formal e limitando as oportunidades de aprendizagem. Isso se reflete no fato de que muitas comunidades indígenas ainda enfrentam barreiras para o acesso a serviços de saúde adequados, incluindo programas de prevenção e tratamento da TB (Malacarne et al., 2019).

Em face dos esforços para o controle da TB, os métodos de diagnósticos empregados em tempo oportuno e com qualidade na coleta da amostra, apresentam importância para o êxito do tratamento. Entretanto, chamamos atenção para quantidade elevada de casos que não realizaram baciloscopia e cultura de escarro,

sugerindo falhas assistenciais à pessoa indígena com TB (Léon-Giraldo et al., 2022). Estudo de Orfão et al., (2019) verificou que uma grande parte dos diagnósticos de TB em comunidades indígenas tem sido predominantemente clínica ou baseada exclusivamente na radiografia de tórax, o que é preocupante, pois a radiografia isolada não é um método confiável para o diagnóstico da doença, podendo levar ao diagnóstico e tratamento equivocados.

Segundo o manual de recomendações para TB, recomenda-se o diagnóstico bacteriológico para todos os casos, especialmente a cultura de escarro nos retratamentos, com o objetivo de investigar a possibilidade de TB drogarr resistente (TBDR) (Brasil, 2019). Entretanto, no cenário indígena isso é um entrave, dada as barreiras linguísticas e geográficas, além disso, a falta de infraestrutura laboratorial adequada nas áreas indígenas é um fator crucial, pois compromete a realização de diagnósticos precisos (Ferreira et al., 2022).

Outra recomendação é referente à testagem para HIV, orienta-se que todos os casos de TB sejam testados (Brasil, 2019), no entanto, neste estudo com 73,8% dos casos foi seguida a recomendação, refletindo na má conduta profissional e inacessibilidade aos testes rápidos de HIV nos territórios indígenas. Adicionalmente, foi identificado 1,7% de casos de coinfeção TB/HIV, percentual inferior ao identificado no Peru (7,47%) (Léon-Giraldo et al., 2022). A coinfeção tem sido amplamente reconhecida internacionalmente e ganhou destaque nas estratégias de saúde, devido à vulnerabilidade imunológica das pessoas afetadas, o que pode comprometer o seguimento adequado do tratamento.

A atenção à pessoa indígena com TB no Pará enfrenta desafios consideráveis devido à grande diversidade cultural e às particularidades na distribuição territorial. O estado comporta 697 aldeias, mais de 52 etnias, 49 territórios situados em 52 municípios paraenses, seis Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), dentre os 34 do Brasil, sendo que quatro são sediados no estado (IBGE, 2022). Esses fatores geram barreiras geográficas e culturais,

como as diferentes concepções sobre o processo saúde-doença e a medicina tradicional indígena, além de obstáculos linguísticos.

Considera-se como limitação deste estudo o uso de dados provenientes de fontes secundárias, o que pode resultar em inconsistências devido a erros humanos ao registrar e alimentar o sistema de notificação.

CONCLUSÃO

Os casos de TB entre indígenas do Estado do Pará no período estudado revelaram altas taxas de incidência. Observa-se o impacto da COVID-19 entre os anos, com redução de casos em 2020 e elevação a partir de 2021. Houve predominância de casos em indígenas do sexo masculino, jovens e com ensino fundamental incompleto. Quanto ao perfil clínico, a forma clínica com maior percentual foi a pulmonar, a maioria dos casos realizou baciloscopia, testagem de HIV e não realizou cultura de escarro. Nesse sentido, evidencia-se a importância de estudos futuros que abordem a temática, considerando outros cenários e realidades locais.

Portanto, recomenda-se que os gestores concentrem seus esforços no controle da TB entre indígenas, direcionando políticas públicas específicas que considerem a vulnerabilidade social a qual essa população está exposta. Além disso, é essencial fortalecer as ações de prevenção e tratamento oportuno nos serviços de saúde, com o objetivo de alcançar as metas estabelecidas pelos programas de eliminação da TB determinados pelo MS e pela OMS.

REFERÊNCIAS

ACENG, F. L. et al. Spatial distribution and temporal trends of tuberculosis case notifications, Uganda: a ten-year retrospective analysis (2013-2022). *BMC Infect Dis*, v. 24, n. 1, p. 24, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12879-023-08951-0>. Acesso em: 01 nov. 2024.

ANDRÉ, S. R. et al. Tuberculosis associated with the living conditions in an endemic municipality in the north of Brazil. *Rev Lat Am Enfermagem*, v. 28, p. 1-10, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3223.3343>. Acesso em: 01 nov. 2024.

BARROS, J. N. S. et al. Trends in tuberculosis incidence and mortality coefficients in Brazil, 2011–2019: analysis by inflection points. *Rev Panam Salud Publica*, v. 47, p. 2011-9, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.152>. Acesso em: 11 nov. 2024.

BASTA, P. C, VIANA, P. V. S. Determinants of tuberculosis in Indigenous people worldwide. *Lancet Glob Health*, v. 7, n. 1, p. e6-e7, 2019. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30525-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30525-4). Acesso em: 11 nov. 2024.

BENEDICTO, J.P; CRUZ, E. J. M; QUINTO, M. L. A Descriptive Study on the Clinical Profile and Outcomes of Patients with COVID-19 and Tuberculosis Co-infection. *Acta Med Philipp*, v. 58, n. 8, 2024 May 15. Disponível em: <https://doi.org/10.47895/amp.vi0.7855>. Acesso em: 02 Nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública: estratégias para 2021- 2025.* – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/tuberculose/plano-nacional-pelo-fim-da-tuberculose-como-problema-de-saude-publica_-estrategias-para-2021-2925.pdf/view. Acesso em: 15 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim epidemiológico tuberculose 2024.* Brasília: Ministério da Saúde, 2024a. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim-epidemiologico-tuberculose-2024/@@download/file>. Acesso em: 11 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico tuberculose em crianças e adolescentes 2024. Brasília: Ministério da Saúde, 2024b. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim-especial-tb-em-criancas-e-adolescentes.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes_svs/tuberculose/manual-de-recomendacoes-e-controle-da-tuberculose-no-brasil-2a-ed.pdf/view. Acesso em: 05 nov. 2024.

DUARTE, R. et al. Different disease, same challenges: Social determinants of tuberculosis and COVID-19. *Pulmonology*, v. 27, n. 4, p. 338-344, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pulmoe.2021.02.002>. Acesso em: 02 nov. 2024.

FERREIRA, T. F. et al. Tendência da tuberculose em indígenas no Brasil no período de 2011-2017. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 10, 3745-3752 p., 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/MkygZtyP4f3bP6sCP5MDwDf/?format=pdf#:~:text=Durante%20o%20per%C3%ADodo%20de%202011,casos%20de%20TB%20em%20ind%C3%ADgenas>. Acesso em: 11 nov. 2024.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2022: indígenas – primeiros resultados do universo: segunda apuração – Rio de Janeiro: IBGE; 2023. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=73103>. Acesso em: 30 jan. 2024.

LIMA, I. B. et al. Geospatialization of tuberculosis and income transfer programs among Indigenous peoples in an endemic territory. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 76, suppl 2, p. e20220216, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0216>. Acesso em: 10 nov. 2024.

LEÓN-GIRALDO, H. et al. Factors Associated with Mortality with Tuberculosis Diagnosis in Indigenous Populations in Peru 2015-2019. *Int J Environ Res Public Health*, v. 19, p. 1-12, 2022.

Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph192215019>. Acesso em: 20 mai. 2024.

MALACARNE, J. et al. Acesso aos serviços de saúde para o diagnóstico e tratamento da tuberculose entre povos indígenas do estado de Rondônia, Amazônia Brasileira, entre 2009 e 2011: um estudo transversal. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 28, n. 3, p. 1-8, mai. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742019000300002>. Acesso em: 13 mai. 2024.

MOREIRA, A.; KRITSKI, A. L.; CARVALHO, A. C. C. Social determinants of health and catastrophic costs associated with the diagnosis and treatment of tuberculosis. *J Bras Pneumol*, v. 46, n. 5, 2020. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.36416/18063756/e20200015>. Acesso em: 11 nov. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU) - Desenvolvimento sustentável do milênio. Saúde e Bem Estar. [Internet]. Brasília: Nações Unidas Brasil, 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3>. Acesso em: 11 nov. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Global tuberculosis report 2024. Geneva: OMS, 2024. Disponível em: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2024>. Acesso em: 29 out. 2024.

Paiva, J. P. S. et al. Time trend, social vulnerability, and identification of risk areas for tuberculosis in Brazil: An ecological study. *PLoS One*, v. 17, n. 11, p. 1-23, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247894>. Acesso em: 11 nov. 2024.

PARÁ. Secretaria de Estado de Saúde Pública (SESPA). Diretoria de Vigilância em Saúde, Coordenação Estadual do Programa de Controle da Tuberculose - Plano Estadual de Tuberculose 2023. Disponível em: <http://www.saude.pa.gov.br/a-secretaria/diretorias/dvs/tuberculose/be-tuberculose/>. Acesso em: 11 nov. 2024.

PÉREZ-LLANOS, F.J. et al. Transmission Dynamics of a Mycobacterium tuberculosis Complex Outbreak in an Indigenous Population in the Colombian Amazon Region. *Microbiol Spectr*, v. 11, n. 3, p.e0501322, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1128/spectrum.05013-22>. Acesso em: 11 nov. 2024.

VAZ, I. F.; PAIVA, N. S.; VIANA, P. V. S. Evolução espaço-temporal das taxas de incidência de tuberculose em indígenas e não indígenas do Brasil, de 2011 a 2022. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v.26, p. e230055, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720230055.2>. Acesso em: 10 nov. 2024.

CAPÍTULO 7

SÍNDROME ALCOÓLICA FETAL (SAF)

Crisna Táchia Campos Soares
Milena Beatriz de Sousa Santos
Franciane de Paula Fernandes
Tatiane Costa Quaresma
Lívia de Aguiar Valentim
Sheyla Mara Silva de Oliveira
Marina Smidt Celere Meschede

RESUMO: O alcoolismo é um grave problema de saúde pública que afeta milhões de pessoas em todo o mundo, sendo responsável por impactos biopsicossociais significativos. Este capítulo discute os efeitos do uso abusivo de álcool, com ênfase na relação entre gestação e alcoolismo, abordando os danos físicos, psicológicos e sociais tanto para a mulher quanto para o feto. A ingestão de álcool durante a gestação pode causar prejuízos irreversíveis ao desenvolvimento fetal, resultando na Síndrome Alcoólica Fetal (SAF), condição caracterizada por comprometimentos físicos, cognitivos e comportamentais permanentes. São apresentados dados epidemiológicos, consequências para a mãe e a criança, desafios diagnósticos e a necessidade de atuação de equipes multiprofissionais na prevenção, diagnóstico e acompanhamento. Além disso, o texto discute o estigma enfrentado por mulheres grávidas usuárias de álcool e destaca a importância de políticas públicas integradas e sensíveis às questões de gênero, sociais e culturais. A prevenção da SAF exige educação em saúde, fortalecimento da atenção pré-natal, capacitação de profissionais,

acolhimento humanizado e combate à culpabilização e exclusão social das mulheres em situação de vulnerabilidade.

PALAVRAS-CHAVE: Alcoolismo; Gestação; Síndrome Alcoólica Fetal; Saúde da mulher; Saúde pública; Pré-natal; Políticas públicas; Estigmatização; Dependência química; Promoção da saúde.

ALCOOLISMO

O  lcool   uma substância psicoativa lícita consumida por populações de diversas culturas e por diversas situações, a prática da ingesta de álcool ocorre há séculos e   considerada um problema de saúde pública mundial, em virtude das consequências biopsicossociais que podem surgir quando seu uso   feito de forma desenfreada, frequente e progressivo, transformando um indivíduo saudável que bebe “socialmente” em um potencial alcoolista (Silva; Pach , 2022).

Substâncias psicoativas são aquelas que realizam a es no sistema nervoso, causando altera es cognitivas, sensoriais e emocionais. São classificadas em lícitas, como o álcool e o tabaco; e ilícitas, como crack, maconha, cocaína e seus derivados. As altera es apresentadas pelo indivíduo, sob efeito de alguma destas substâncias são prazerosas, com relatos de sensa es de felicidade e relaxamento, sensa es essas que também podem ser obtidas por outros meios, como exercícios físicos, psicoterapia, medita o, relaxamento e demais formas de autocuidado, mas que muitas vezes estão em difícil acesso por falta de apoio familiar, social e financeiro (Batista et al., 2021).

O  lcool   considerado uma droga psicotrópica, que provoca altera es no sistema nervoso central, ocasionando perturba es, acelera o e desacelera o das atividades ps micas fazendo a promo o da inibi o psicomotora, delírios, alucina es, modifica o de humor, comportamento e cogni o, levando o indivíduo tornar-se consumidor dependente (Carlini et al, 2001).

O alcoolismo é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como doença desde 1967, está descrita na Classificação Internacional de Doenças (CID 10 – no agrupamento F10) caracterizado como transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool, ocasionando danos que afetam o indivíduo usuário, como doenças do fígado, estômago, pâncreas, doenças neurológicas, violência doméstica, acidentes de trânsito, acidentes de trabalho, isolamento social, sendo responsável por cerca de 2,6 milhões de mortes por ano no mundo, óbitos esses que não necessariamente são de pessoas usuárias de álcool, mas também de cidadãos envolvidos nos acidentes e situações de violência relacionados.

Ao observar o alcoolismo como problema de saúde pública, em 2002 o Ministério da Saúde (MS) brasileiro instituiu os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) para tratar as pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, visando oferecer atendimento clínico e promover a reinserção social destes usuários, é uma instituição de saúde de porta aberta, atende usuários de todas as idades, está presente em municípios com mais de 70 mil habitantes, composto por equipe multiprofissional.

RELAÇÃO GESTAÇÃO E ÁLCOOL

No decorrer da vida, o ser humano passa por modificações em seu corpo, decorrentes do processo de amadurecimento, reprodução e envelhecimento. No período gestacional, as mulheres passam por alterações físicas, fisiológicas e hormonais, para sustentar o desenvolvimento do feto e se preparar para o parto. Essas mudanças começam desde os primeiros dias da gestação e continuam ao longo dos nove meses, dentre elas, destacam-se: o aparecimento de estrias e melasma, desconfortos musculares, aumento do apetite, náuseas, vômitos e refluxo gastroesofágico, aumento da frequência urinária, modificações na imunidade e as frequentes mudanças de humor que

decorrem das alterações hormonais e desenvolvimento do instinto materno (Alves; Bezerra, 2021).

Em decorrência dessas modificações, são realizadas algumas mudanças nos hábitos de vida das mulheres gestantes, como a inclusão de alimentos mais saudáveis, ingestão de suplementos vitamínicos, aumento ou redução de atividades físicas, em gestações de maior risco, pode ser necessária a licença do trabalho afim de promover maior tempo de repouso e menos esforços. A abstenção do uso de álcool no período gestacional também é um importante fator para a promoção de uma gravidez e um parto saudável e seguro, visto que, a ingestão de álcool neste período pode acarretar diversos problemas para a mulher em seu ciclo gravídico-puerperal e para o feto, podendo ser problemas tratados na infância ou até mesmo crônicos (Mendes, 2018).

A prevalência do consumo de álcool durante a gestação depende de alguns fatores como cultura, acesso à saúde e políticas públicas, sendo assim maior em países e populações específicas. Nos Estados Unidos é posta em prática uma ferramenta de atenção primária para prevenção e controle do uso de álcool na gestação intitulada Alcohol screening and brief intervention, que significa “triagem de álcool e intervenção breve”, a qual procura identificar o consumo de álcool pela gestante e prestar orientações para interrupção desse uso. Em um relatório realizado e publicado pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC), foram analisados os relatos de 950 grávidas de 2017 a 2019, onde 6,9% relataram fazer uso excessivo de álcool, entretanto, 20% delas relataram não terem sido triadas e aconselhadas em relação ao seu consumo de álcool, sendo a maior parte desses 20% composta por mulheres com baixa escolaridade e/ou que relataram não ter comportamentos de risco para a infecção pelo vírus HIV (CDC, 2023).

Ao observar a estimativa de 9,8% de alcoolismo entre as gestantes do mundo Cabral et al. (2023) realizou uma pesquisa com dados do estudo Nascer no Brasil, que entrevistou 23.894 puérperas, residentes em sua maioria nas regiões Sudeste (42,5%) e Nordeste (28,9%), na faixa etária de 20 a 34 anos (70,4%) e de cor

parda (56,1%), o uso de álcool no período gestacional foi relatado por 14% das entrevistadas, em sua maioria com idade inferior a 35 anos, de cor preta, com até 10 anos de escolaridade, residentes na região Sul do Brasil, pertencentes às classes econômicas baixas e de maior vulnerabilidade social, mães solteiras e desempregadas. O estudo também expôs maior suscetibilidade de tabagismo em gestantes alcóolatrás.

Dentre as consequências para a mãe, encontram-se:

- Maior risco de aborto espontâneo, o qual pode ocasionar uma infecção uterina grave e/ou fatal;
- Complicações gestacionais como hipertensão arterial com proteinúria significativa, pré-eclâmpsia e sangramentos;
- Aumento do risco de parto prematuro;
- Desidratação e má absorção de nutrientes, os quais podem acarretar desnutrição, deficiência de vitaminas e anemia;
- Distúrbios emocionais;
- Dependência e abstinência de álcool;
- Aumento do risco de desenvolvimento de doenças crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Insuficiência Renal.

Com a capacidade da absorção transplacentária, o álcool pode causar modificações nas células do feto, e tendo em vista que o mesmo ainda está se desenvolvendo, o risco da ocorrência de deficiências é alto (Castro et al., 2023). O sistema nervoso é o sistema com o desenvolvimento mais prejudicado, por conta da neurotoxicidade direta do álcool. Em relação aos efeitos para o feto (Rodrigues, 2022; Castro, 2023; Segre, 2020), encontram-se:

- Restrição de crescimento intrauterino;
- Maior risco de parto prematuro;
- Atrasos no desenvolvimento neurológico, resultando em deficiências cognitivas e de aprendizagem;
- Atrasos no desenvolvimento físico, resultando em malformações, anomalias congênitas e/ou restrições de crescimento;
- Problemas cardíacos;

- Distúrbios respiratórios neonatais;
- Problemas de memória;
- Problemas comportamentais e emocionais;
- Retardo mental;
- Maior risco de morte infantil;
- Maior risco de dependência do álcool em sua fase jovem e adulta.

Andrade 2024 aponta em seu relatório que o consumo abusivo de álcool continua maior entre os homens (27,3%) enquanto nas mulheres representam (15,2%) em 2023. Entretanto, a avaliação do período de 2010 a 2023 observou-se uma estabilidade no consumo de álcool na população masculina, enquanto na população feminina há uma tendência ao aumento no mesmo período. Entre as mulheres, os dados mostraram o aumento do consumo nocivo nas faixas etárias de 18 a 34 anos e de 35 a 54 anos, sendo as maiores prevalências entre 18 e 34 anos.

A OMS determina que uma dose padrão contenha entre 10 e 12g/dia de álcool puro, que equivale a 330mL de cerveja ou chope, 100mL de vinho ou a 30mL de uma bebida destilada (WHO, 2014). No Brasil, o consumo abusivo é definido sendo cinco ou mais doses de álcool para homens e quatro ou mais para a mulheres em um único momento (Garcia et al, 2015).

Além das consequências físicas, fisiológicas e emocionais supracitadas, não podemos deixar de destacar as consequências sociais advindas do alcoolismo, especialmente, da mulher grávida, as quais podem refletir além da mãe e do bebê (Cabral et al., 2023) como:

- Consequências econômicas: os custos com médicos e terapêuticas para tratar os problemas físicos, mentais e comportamentais advindos do alcoolismo podem ser altos e prolongados, até mesmo vitalícios;
- Impacto familiar: a sobrecarga de cuidados que se torna responsabilidade da família pode gerar desestruturação na mesma, podendo gerar patologias nos cuidadores, como Transtorno de Ansiedade, Depressão, Síndrome do Pânico, e até mesmo a busca

de prazer e tranquilidade em álcool e outras drogas; as quais tem grande potencial de culminar em automutilação e suicídio;

- Estigmatização e isolamento da mulher, os quais refletem na família;

- Risco de agressão e/ou de vida para àqueles que convivem ou residem próximo, como familiares e vizinhos, levando à necessidade de ações de prevenção.

Assim, observa-se a necessidade de que as políticas públicas de controle e prevenção do alcoolismo sejam intensificadas e vinculadas às políticas públicas de reprodução e saúde da mulher, através de uma busca ativa eficaz é possível realizar monitoramento dos casos, além das ações de prevenção de novos casos e também promoção da saúde.

SÍNDROME ALCOÓLICA FETAL – SAF

Ao ingerir bebida alcóolica, o ser humano se expõe e pode expor pessoas próximas a diversas situações nocivas, como mencionado anteriormente, onde a responsabilidade e autonomia do indivíduo é posta a jogo. Na situação de uma mulher grávida, onde não se conhece dosagem segura de ingesta de álcool, coloca-se em perigo a formação do feto, visto que o álcool é uma substância teratogênica que pode ser absorvido pelo feto de forma transplacentária e dependendo dos fatores quantidade consumida, frequência de consumo e fase gestacional, pode afetar o desenvolvimento fetal de formas, na maior parte dos casos, irreversíveis (Rodrigues, 2022).

A ingesta de álcool pela mulher durante a gravidez pode ocasionar consequências relacionadas ao neurodesenvolvimento, retardo mental e deficiências em capacidade cognitiva, atenção, função executiva, controle motor e comportamento, podendo resultar em Síndrome Alcólica Fetal (SAF) (Santana et al, 2014). O uso do álcool durante o período gestacional não resulta obrigatoriamente em SAF, a dúvida que se tem, é relacionada ao conhecimento de níveis seguros do consumo durante a gravidez.

Ao consumir bebida alcoólica durante a gestação o feto é prejudicado diretamente, já que o álcool atravessa a placenta, e assim, possivelmente pode deixar ou não danos (Farias et al, 2023). As crianças que nascem com SAF sofrem alterações no corpo, na face, e tendem a nascer com baixo peso e retardo mental, apresentam dificuldades na aprendizagem e atenção, memória, fala, audição (Conceição, 2020).

Estudos epidemiológicos realizados, apontaram que o consumo de bebidas alcoólicas no Brasil, está se tornando um problema de saúde pública, principalmente entre os adolescentes e jovens. Veloso; Monteiro (2013), em seu estudo, verificou que o uso de álcool durante a gestação foi de (57,8%) na faixa etária de 17-19 anos e (79,5%) das gestantes que ingeriram na gestação estavam no 3º trimestre da gestação, destas (68,7%) eram primigestas.

Bakargi (2017) realizou uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL), a qual analisou 7 estudos realizados com seres humanos ou animais referentes às principais repercussões cognitivas e comportamentais da ingestão de álcool na gestação, onde destacaram-se a dificuldade na compreensão e interpretação de informações, comprometendo a cognição social do indivíduo; déficits de aprendizagem e atenção, hiperatividade, retardo mental, problemas de memória, sinais e sintomas de depressão em crianças a partir dos 4 anos de idade, ansiedade, irritabilidade e a presença de ideação suicida, comprometendo a rotina social da criança e persistindo até a fase adulta.

A SAF é diagnosticada pelo médico pediatra quando a criança apresenta alterações em órgãos do corpo e distúrbios de comportamento e o profissional coleta o histórico dos hábitos da mãe durante a gestação, onde caso tenha feito a ingestão de álcool, correlaciona-se com a(s) patologias da criança e fecha-se o diagnóstico de SAF. É uma condição permanente e irreversível que resulta em diversas deficiências físicas, cognitivas e comportamentais no feto, assim também afetando a estrutura familiar.

As alterações neonatais e infantis decorrentes da SAF podem ser notadas tanto no dia a dia, como no acompanhamento pela

equipe de saúde. Nas consultas de acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD) da criança, são realizadas avaliações dos marcos de desenvolvimento e crescimento físicos e cognitivos, estes podem apresentar-se alterados devido problemas genéticos ou hábitos inadequados e são realizadas na atenção básica pelos médicos e enfermeiros. Na avaliação completa da criança, a qual inclui avaliação da face e possíveis alterações como olhos, lábios e nariz com tamanhos não adequados para a idade, avaliação do crescimento e desenvolvimento como peso, comprimento, habilidades, cognição e atenção, é possível detectar clinicamente doenças, distúrbios e/ou atrasos consequentes da SAF (Ribeiro, Ribeiro, 2022).

Após a confirmação do diagnóstico, através da inspeção clínica e análise dos resultados de exames de imagem como ultrassonografias e ressonância magnética aliados à coleta da história materna alcoólica, a criança é encaminhada inicialmente aos médicos especialistas, pediatra e neurologista pediátrico para que se inicie o tratamento e acompanhamento das patologias encontradas. Entretanto, a equipe necessária durante o tratamento ainda conta com diversos outros profissionais, como o enfermeiro, fonoaudiólogo, os terapeutas ocupacional e comportamental, psicólogo e psiquiatra infantil, nutricionista e assistente social. São necessários estudos acerca da especificidade do papel de cada um destes no tratamento de problemas decorrentes da SAF (Silva et al., 2022; Kuroishi et al., 2022).

O diagnóstico da SAF é uma tarefa desafiadora e envolve múltiplas limitações, visto que as apresentações clínicas das características físicas, cognitivas e comportamentais não se apresentam de forma uniforme e podem variar muito de paciente para paciente, de faixa etária, de quantidade de álcool ingerido e em qual período gestacional ocorreu a ingestão; outro desafio é a certeza do diagnóstico e em outras situações, sua demora, pois já que ele se baseia em suma pela história clínica, exame físico, exames/avaliação neuropsiquiátricas e psicológicas, outras condições e agravos podem se sobrepor, além da possível omissão

e/ou não veracidade de informações gestacionais por parte da mãe por medo de represálias, julgamentos e preconceitos do profissional, assim, a possível insensibilidade profissional junto à falta de capacitações e atualizações acerca desta problemática podem agravar os desafios (Paz; Bachur, 2020).

As crianças com problemas relacionados à SAF podem estar mais suscetíveis à problemas imunológicos, deficiências auditivas e de visão, cardiopatias, distúrbios endócrinos, gastrointestinais e psiquiátricos, como citado anteriormente, assim, a equipe multiprofissional de saúde é responsável, junto aos cuidadores, de promover boa qualidade de vida para o paciente, caso não seja possível, promover redução de danos (Castro, 2023).

Além do controle das afecções físicas e mentais, a promoção da saúde social como fator relacionado à qualidade de vida desses pacientes é de suma importância. O acesso à educação e interação social com outras crianças pode ser um valioso agente de tratamento e promoção da saúde, visto que as alterações neurológicas podem levar à problemas como o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), transtornos de aprendizagem, linguagem e fala, distúrbios de comportamento, dificuldade nas relações sociais e transtornos de regulação emocional (Rodrigues, 2022; Castro, 2023).

Para tanto, é necessária a presença do pedagogo com especialização em educação especial, ou psicopedagogo no ambiente escolar. Este profissional é responsável por avaliar as necessidades do aluno/paciente, implementar medidas estratégicas, realizar apoio e acompanhamento especializado, e deve se fazer presente em todas as fases escolares, independente da idade do aluno/paciente.

O governo promove ações de suporte psicológico para as famílias que vivenciam a SAF e suas consequências, o apoio psicoterapêutico familiar ou individual é realizado com adultos, crianças e adolescentes através do Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil - CAPSi, onde são disponibilizadas terapias, consultas e sessões psicoterapêuticas, aconselhamento familiar,

grupos de apoio familiares que podem auxiliar na minimização dos danos causados pela SAF, promover a saúde mental dos cuidadores e contribuir para um ambiente familiar mais saudável e acolhedor. E o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas – CAPSad, onde os familiares e as mães que ainda consomem álcool, podem receber o tratamento com a equipe especializada. Além disso, o apoio psicopedagógico disponibilizado na rede de atenção à saúde e no ambiente escolar tem importância no ambiente familiar, visto que é uma forma de compartilhamento do cuidado, refletindo, assim, na saúde mental familiar.

Famílias que são compostas por crianças com alguma alteração decorrente da SAF têm direito, segundo a legislação brasileira, à apoio financeiro, voltados para o tratamento e custos cotidianos, visto que na maioria dos casos a rede de apoio familiar é pequena e os cuidadores não têm condições e disponibilidade de trabalhar integral ou parcialmente para garantir o sustento, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC) aliado à isenção fiscal e desconto de impostos para famílias em situação de vulnerabilidade.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a OMS têm formulado estratégias para o controle do alcoolismo pela população em geral e reduzir a carga de consequências causadas pelo consumo nocivo de álcool, estas englobam também a população feminina e gestante, com ações de educação em saúde e conscientização, prevenção, triagem e tratamento do alcoolismo. No Brasil, essas estratégias são executadas pelas equipes multiprofissionais de saúde mental e pelas equipes de pré-natal, quando relacionado ao público gestante. Em novembro de 2022 o MS instituiu um grupo de trabalho para elaboração Plano de Vigilância Integrada de Fatores de Risco para Anomalias Congênitas no Brasil, o qual inclui a prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento da SAF.

Como supracitado, a SAF pode refletir em toda a vida do indivíduo. Então, para além da infância, o indivíduo pode apresentar comportamentos de risco como agressividade,

impulsividade, transtornos de personalidade, dificuldades nos relacionamentos familiares e sociais, depressão, ansiedade e dependência química, os quais podem culminar em dificuldades acadêmicas e profissionais, assim, prejudicando a autossuficiência daquele ser humano.

As consequências para a mãe de uma criança com deficiências em decorrência da SAF são as mesmas citadas no tópico anterior, acrescidas de problemas como depressão, ansiedade e síndrome do pânico decorrentes do sentimento de culpa que pode ser gerado durante o puerpério e não revertido, se tornando crônico.

MEDIDAS PARA O CONTROLE

O controle da SAF inclui acompanhamento contínuo de prevenção, tratamento e promoção da saúde para todos os envolvidos, as intervenções se iniciam mediante o pré-natal de qualidade, que engloba a educação em saúde e conscientização da gestante, além da identificação da gestante dependente de álcool, este monitoramento contínuo deve perdurar para além da gestação, através do acompanhamento da mulher durante o puerpério imediato e mediato e nas outras fases de sua vida, dentro das políticas públicas de saúde da mulher, aliadas às políticas públicas de controle e prevenção do uso de álcool.

A SAF é evitável, e como já mencionado, é enxergada como problema de saúde pública mundial e foram delimitadas estratégias de controle, entretanto, não necessariamente estas estratégias têm sido aplicadas e/ou apresentado êxito, visto que a minimização deste problema depende de fatores para além da saúde, como culturais e financeiros. Podemos citar a aceitação e socialização do consumo de álcool que ocorre de forma exagerada e nociva, onde o indivíduo extrapola a dose considerada padrão segura e se expõe ao alcoolismo e suas possíveis consequências que afetam toda uma cadeia familiar e social, e também em decorrência dessa aceitação e socialização, identificar a SAF pode ser mais

difícil do que o comum, aumentando índices e agravando comorbidades.

Segundo a OMS, em 2019 estimava-se que 9,8% da população gestante mundial consumia álcool, no Brasil não existem dados atualizados, apenas o resultado do estudo realizado por Cabral et al. (2023), citado anteriormente. Em 2019, 11% do público feminino brasileiro consumia álcool de forma abusiva (MS, 2019).

Em populações mais pobres, a falta de acesso à saúde e ações de informação é potencial agravante do problema, essa falta de acesso pode se dar por questões geográficas, econômicas e governamentais. No Brasil, além das falhas supracitadas, destacam-se a ausência de capacitações periódicas acerca da SAF e a não integração das equipes de saúde mental e assistência pré-natal como causadora de grande parte da desinformação acerca do tema, não detecção precoce, além da perpetuação dos estigmas sociais em torno do alcoólatra, mais precisamente da gestante usuária de álcool.

Para o filho acometido por condições crônicas, é necessário o fortalecimento das políticas públicas de atenção à saúde da pessoa portadora de deficiências físicas, mentais e cognitivas, que englobem tratamento multiprofissional, disponibilidade de medicamentos, apoio psicossocial e inclusão, acompanhamento escolar e durante a vida adulta, visando promover a saúde através da redução de danos.

A nível social, conscientizar o público acerca das medidas de controle, prevenção e não menos importante acerca do preconceito, que tem carga importante e pode ser fator de risco para piora de determinados problemas. As campanhas de conscientização e prevenção da SAF deve englobar além da saúde mental e materno-infantil, o respeito aos direitos reprodutivos das mulheres, visto que e as gestantes que consomem álcool podem acabar sendo mais estigmatizadas e culpabilizadas, o que pode ocasionar um efeito contrário ao esperado pelas campanhas, visto que este público é composto majoritariamente por mulheres em situação de vulnerabilidade social, dependentes químicas e/ou de regiões com

baixo acesso à saúde da mulher, reprodutiva e mental, e que em diversas situações a mulher é colocada como a única responsável pela saúde fetal e do recém-nascido.

Além da oferta de capacitações periódicas para os profissionais da atenção primária em saúde, os quais são a linha de frente para os 3 públicos em questão, capacitações frequentes também para os profissionais da educação, cuidadores e familiares são necessárias, e que sejam embasadas em ética, empatia e respeito aos direitos da mulher e direitos reprodutivos, sem culpabilizar ou reforçar os estigmas da gestante usuária de álcool.

ESTIGMATIZAÇÃO DA MULHER GRÁVIDA USUÁRIA DE ÁLCOOL

Mulheres grávidas usuárias de substâncias psicoativas são duramente criticadas por conta de suas escolhas e condutas, tal estigmatização acarreta em impactos físicos e psicológicos, por isso, faz-se necessário que essa mulher busque ajuda e principalmente seja acolhida nos serviços de saúde (UBS, CAPSAD), e que tais profissionais estejam preparados para acolhê-las, de forma que o tratamento seja direcionado da melhor forma e entendimento, para que possa controlar o mau hábito e o comportamento divergente dessas pessoas, assim como, serem direcionadas aos demais serviços que possa precisar.

Veloso et al (2013) evidencia que a baixa cobertura do pré-natal é um fator de risco e sugere a necessidade de reformulação das práticas de atenção ao pré-natal, considerando a carência nas rotinas que auxiliem os profissionais de saúde nas ações de promoção, prevenção e diagnóstico precoce do consumo de álcool na gestação. Haja vista, que a avaliação e o acompanhamento adequado desse consumo são essenciais para a prevenção da Síndrome Fetal do Álcool.

A sociedade lida de forma ambígua, principalmente, com os usuários de álcool, pois de um lado existe o incentivo a ingesta por homens e mulheres através da glamorização da mídia, e por outro

lado, quando esse consumo se torna um problema, esse uso passa a ter a conotação negativa, principalmente se for uma mulher, sendo julgada a exclusão social (Ronzani et al, 2010).

REFERÊNCIAS

- ALVES, T. V.; BEZERRA, M. M. M. Principais alterações fisiológicas e psicológicas durante o Período Gestacional/Main Physiological and Psychological changes during the management period. ID on line. Revista de psicologia, v. 14, n. 49, p. 114-126, 2020.
- ANDRADE, A. G. de (org.). Álcool e a Saúde dos Brasileiros: Panorama 2024 / Organizador: Arthur Guerra de Andrade; Centro de Informações sobre Saúde e Álcool. - 1. ed. - São Paulo, SP : CISA – Centro de Informações sobre Saúde e Álcool, 2024.
- BATISTA, N. V. S.; FELIX, F. E. G.; NASCIMENTO, E. G. C. do. Consumo de álcool e outras substâncias psicoativas por adultos. Saúde e Desenvolvimento Humano, v. 9, n. 3, p. 1-10, 2021.
- BAKARGI, G. M. L. Repercussões cognitivas e comportamentais pela exposição ao álcool durante a gestação. Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, v. 17, n. 1, 2017.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde planeja estratégias de prevenção à Síndrome Alcólica Fetal, 2021.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Consumo abusivo de álcool aumenta 42,9% entre as mulheres, 2019.
- CABRAL, V. P.; MORAES, C. L. de; BASTOS, F. I.; ABREU, A. M. M.; DOMINGUES, R. M. S. M. Prevalência de uso de álcool na gestação, Brasil, 2011-2012. Cadernos de Saúde Pública, v. 39, p. e00232422, 2023.
- CDC, Centers for Disease Control and Prevention, janeiro de 2023. Disponível em: [https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/72/wr/mm7203a2.htm#:~:text=Alcohol%20use%20among%20pregnant%20persons,reported%20current%20drinking%20\(5\)](https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/72/wr/mm7203a2.htm#:~:text=Alcohol%20use%20among%20pregnant%20persons,reported%20current%20drinking%20(5).). Acesso em 15 de novembro de 2024.

CARLINI, E. A.; NAPPO, A. S.; GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R. Drogas psicotrópicas: o que são e como agem. Rev IMESC. 2001; (3): 9-35. Disponível em: <http://imesc.sp.gov.br/wp-content/uploads/2019/03/Revista-IMESC-nº-3-outubro-2001.pdf>

CASTRO, K. S.; SANTOS, C. J. O. N.; VIEIRA, G. F.; FARES, C. S.; FILHO, J. R. M. C. Métodos diagnósticos e repercussões clínicas da Síndrome Alcoólica Fetal. Research, Society and Development, v. 12, n. 8, p. e2712842792-e2712842792, 2023.

Farias, C. V. de A.; PACHÚ, C. de O. (2023). A Síndrome Alcoólica Fetal: Uma Revisão Narrativa. RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar - ISSN 2675-6218, 4(10), e4104104. <https://doi.org/10.47820/recima21.v4i10.4104>

GARCIA, L. P.; FREITAS, L. R. S. Consumo abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Revista de Epidemiologia e Serviço de Saúde, 2015; 24(2): 227-37.

KUROISHI, L. Z.; AZEVEDO, C. F. de; SOUZA, J. V. F. de; CRISCI, A. R.; SIMÕES, M. H.; MALFARÁ, W. R. Síndrome alcoólica fetal: revisão bibliográfica (2001-2012). Revista Interdisciplinar de Saúde e Educação, v. 3, n. 1, p. 131-146, 2022.

MENDES, I. T. Álcool durante a gravidez: consumo com implicações para toda a vida da criança. 2018. Tese de Doutorado. Lisboa, 2018.

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde. Álcool. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/alcool#:~:text=A%20estrat%C3%A9gia%20global%20para%20reduzir,Monitorament%20e%20vigil%C3%A2ncia>. Acesso em 17 de novembro de 2024.

PAZ, M. R. da; B., T. P. R. Transtornos do Espectro Alcoólico Fetal: Conhecer para Prevenir, Diagnosticar e Acompanhar. Revista Intertox de Toxicologia, Risco Ambiental e Sociedade, v. 13, n. 3, p. 11-19, 6 out. 2020.

RIBEIRO, S. A. de M. S.; RIBEIRO, W. M. P. M. Síndrome alcoólica fetal (saf), uma questão de saúde pública. Revista Multidisciplinar do Sertão, v. 4, n. 4, p. 384-391, 2022.

RODRIGUES, J. F. Comprometimento Fetal e Neonatal do Consumo Materno de Álcool. Trabalho de Conclusão de Curso. Anápolis, 2022.

Ronzani, T. M.; Furtado, E. F. Estigma social sobre o uso de álcool. *J bras psiquiatr* [Internet]. 2010;59(4):326–32. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852010000400010>

Santana, R. A.; Almeida, L. F. J. L.; Monteiro, D. L. M. Síndrome alcoólica fetal – revisão sistematizada. *Revista HUPE*, Rio de Janeiro, 2014;13(3):61-66.

SANTOS, A. F. S. Comunicação suplementar e alternativa em fonoaudiologia: revisão integrativa de literatura. Trabalho de Conclusão de Curso. Campinas, 2021.

SEGRE, C. A. M. Grupo de trabalho efeitos do álcool na gestante, no feto e no recém-nascido sociedade de pediatria de são paulo atualizações científicas sobre a síndrome alcoólica fetal (SAF). São Paulo,2020. Disponível em: <https://familiassafbrasil.com.br/wp-content/uploads/2023/02/SAF-Documento-Cientifico.pdf>. Acesso em: 08 de novembro de 2024.

SILVA, M. I. F. da; PACHÚ, C. de O. Consumo de Bebida Alcoólica entre Mulheres Brasileiras: uma revisão integrativa. *Mosaico - Revista Multidisciplinar de Humanidades*, Vassouras, v. 13, n. 1, p. 55-61, jan./abr. 2022.

SILVA, T. P. da; VIANA, J. S. B.; SILVA, A. P. da; SILVA, B. H. F. P. da; SILVA, G. M.; MORAES, L. Y de A.; TAVARES, S. C.; FERREIRA, T. T. P.; FELIZÍSSIMO, T. A.; MAGALHÃES, R. N.; GOMES, S. T. M. Síndrome alcoólica fetal e consequências no neurodesenvolvimento infantil: uma revisão bibliográfica. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 5, p. e23511528091-e23511528091, 2022.

Veloso L. U. P.; Monteiro, C. F. de S. Prevalence and factors associated with alcohol use among pregnant adolescents. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2013Jan;21(1):433–41. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000100020>.

WHO, World health organization mangement of substance abuse unit. *Global status report on alcohol and health*, 2014.

CAPÍTULO 8

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E TELEMEDICINA: DESAFIOS E AVANÇOS NO CONTEXTO AMAZÔNICO BRASILEIRO

Amanda Luyta Monteiro da Mota
Ariamiro dos Santos Silva Júnior
Franciane de Paula Fernandes
Tatiane Costa Quaresma
Lívia de Aguiar Valentim
Sheyla Mara Silva de Oliveira

RESUMO: As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) representam um grave problema de saúde pública mundial, concentrando-se especialmente em países em desenvolvimento. Na Amazônia brasileira, essa realidade é agravada por barreiras geográficas, desigualdades de financiamento em saúde e carência de infraestrutura. Hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares e respiratórias figuram entre os principais agravos enfrentados pela população amazônica, muitas vezes desassistida em razão da dificuldade de acesso a serviços de saúde. Este capítulo explora o contexto sociocultural e ambiental da região, destacando o impacto das DCNTs na qualidade de vida dos indivíduos e comunidades, o papel das práticas tradicionais de cura e os desafios enfrentados pela população em situação de vulnerabilidade social. Nesse cenário, a telemedicina surge como estratégia inovadora e promissora, possibilitando consultas, diagnósticos, monitoramento e educação em saúde em áreas remotas. Apesar dos avanços trazidos por programas como o Telessaúde Brasil e o PROADI-SUS, a implementação plena da telemedicina exige investimentos

em infraestrutura, capacitação profissional e respeito às especificidades culturais e linguísticas da população amazônica. Conclui-se que a integração de tecnologias digitais com políticas públicas e participação comunitária pode fortalecer o enfrentamento das DCNTs na região, promovendo maior equidade no cuidado em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Doenças Crônicas Não Transmissíveis; Amazônia; Telemedicina; Saúde pública; Desigualdade regional; Saúde digital; Acesso à saúde; Práticas tradicionais; Promoção da saúde; Sistema Único de Saúde.

INTRODUÇÃO

Mundialmente, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) são responsáveis por 41 milhões de óbitos no mundo, todos os anos, correspondendo por 71 % das as mortes, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021). Sendo as principais, relacionadas as doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, diabetes mellitus e neoplasias, estando sua maior concentração nos países de terceiro mundo. Supõe-se que 1,7 bilhões de pessoas vivam com pelos menos uma doença crônica.

No Brasil, as DCNT's correspondem a 74% das causas de morte, predominando nas regiões Norte e Nordeste, onde o acesso de saúde é mais precário. Dados do Ministério da Saúde (MS) informam que 50% dos adultos brasileiros, apresentam pelo menos uma condição crônica. Na região Amazônia foram registrados um total de 19.273 mortes por DCNT entre os anos de 2018 e 2022 (BRASIL, 2022).

A Amazônia é uma das mais vastas e remotas áreas do Brasil, apresenta rica biodiversidade e amplo território o que resulta em desafios logísticos significativos, que afetam o fornecimento de cuidados de saúde. As DCNT's, como hipertensão, diabetes, doenças respiratórias e cardiovasculares, representam um grande

transtorno para a saúde pública nesta região, particularmente por dependerem de visitas constantes as unidades de saúde e de monitorização limitada, o que pode ocasionar um controle inadequado do paciente (Oliveira, et al, 2021).

As desigualdades no financiamento da saúde entre as distintas regiões têm um impacto significativo e duradouro no controle efetivo das DCNTs na vasta e complexa região da Amazônia. Essas desigualdades são provocadas por uma distribuição desigual e injusta de recursos e investimentos na área da saúde, onde as regiões mais desenvolvidas possuem uma infraestrutura adequada e profissionais altamente qualificados para lidar de forma competente com o diagnóstico e tratamento dessas graves enfermidades (Pereira, 2021).

Portanto o custeio em saúde no Brasil, e marcado por um grande abismo entres as regiões, principalmente no que tange a assistência ao controle das DCNTs, na Amazônia. Ao passo que regiões como Sul e Sudeste recebem maiores parcelas de recursos, a Amazônia, com seu vasto território e alta densidade demográfica, enfrenta desafios imensos. Segundo o Ministério da Saúde, em 2022, foram investidos em média 30 % a menos em saúde na região Norte, média menor que a nacional, mostrando os desníveis de recursos entres as regiões (Brasil, 2022).

Por outro lado, é nas regiões mais remotas e inacessíveis da Amazônia que os desafios se multiplicam, pois enfrentam frequentemente a escassez de recursos e de meios hábeis para o controle das DCNTs. Isso, portanto, pode resultar em um preocupante aumento tanto na prevalência como na gravidade dessas doenças, contribuindo consideravelmente para a ampliação das enormes disparidades de saúde existentes em toda essa região tão singular e rica em biodiversidade. Portanto, é de vital importância e urgência superar irreversivelmente as disparidades de financiamento da saúde para melhorar significativamente o controle e o tratamento das DCNTs na Amazônia (Costa, 2023).

A falta de recursos para aqueles que vivem com DCNTs na região amazônica tem um impacto extremamente relevante tanto

no âmbito psicológico quanto social. Além disso, a escassez no acesso a tratamentos e cuidados adequados resulta em enormes desafios para os indivíduos que enfrentam essas enfermidades diariamente. Os pacientes não apenas lidam com a falta de recursos, como também enfrentam o estigma e o preconceito resultantes da falta de conhecimento acerca dessas doenças, o que agrava ainda mais sua situação (Cabral, 2024).

Esse isolamento social que eles experienciam também é uma realidade angustiante e impactante, já que enfrentam dificuldades significativas em participar de atividades rotineiras e encontrar suporte emocional em um momento tão delicado de suas vidas. Portanto, é essencial e de extrema importância abordar essas questões no contexto específico da Amazônia, levando em consideração a complexidade da região e suas particularidades. É fundamental buscar soluções abrangentes e estratégias que considerem os aspectos psicossociais dos portadores de DCNT's, a fim de proporcionar uma melhora significativa na qualidade de vida desses pacientes (Silva, 2019).

Neste intuíto, a telemedicina surge como uma ferramenta estratégica para enfrentar esses desafios, possibilitando o acesso a serviços médicos de qualidade, oferecendo diversas especialidades mesmo em áreas remotas (OPAS, 2021).

Essa nova modalidade de atendimento, leva assistência com especialistas onde há ausência de profissionais da área da saúde, prezando pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a qual todos os cidadãos têm direito à saúde. Na atualidade, tornam-se necessários o uso de tecnologias de informações e comunicação, como consulta com especialistas das mais variadas áreas, comunicação audiovisual com finalidade de prestar assistência, treinamento, ensino e pesquisa em saúde (Martins, 2023).

CONTEXTO DAS DCNTS NA AMAZÔNIA

As DCNT's encontram-se entre as principais razões de mortalidade no Brasil. No âmbito da região Amazônica isso não é

exceção. A realidade socioeconômica e as barreiras geográficas desta região, tornam o controle de doenças dificultado. Fatores como o acesso limitado a cuidados de saúde, escassez de profissionais médicos, infraestrutura precária, pouco investimento em saúde na região e desafios de transporte agravam a situação (Brasil, 2021).

Desse modo, as barreiras geográficas costumam ser apontadas como dificuldade para o acesso a saúde, tanta para a atenção primária, secundária e terciária, que envolvem média e alta complexidade, dispondo de alguns serviços apenas nas capitais da região norte. As grandes distâncias e dificuldade para o deslocamento na Amazônia, são usadas como argumentos e justificativas para o desempenho de resultados ruins na atenção à saúde (Garnello, et al, 2019).

O impacto da insegurança alimentar e do acesso limitado a alimentos saudáveis na incidência DCNT's é um problema vivenciado pelos Amazônidas, bem como a falta de acesso a alimentos nutritivos e de qualidade, o que pode levar a uma série de complicações de saúde, especialmente em comunidades de baixa renda e, considerando o aumento do consumo de alimentos ultraprocessados, surge a necessidade de políticas públicas eficazes para garantir o acesso equitativo a alimentos saudáveis (Martinelli, 2019).

O consumo de alimentos ultraprocessados refere-se à ingestão de produtos que passaram por diversas etapas de industrialização, contendo aditivos, corantes, aromatizantes e conservantes. Estes alimentos tendem a ser ricos em açúcares, gorduras saturadas, sódio e pobres em nutrientes essenciais, contribuindo para a má qualidade da dieta. O alto teor de calorias vazias e a baixa densidade nutricional tornam o consumo constante desses produtos um motivo de ameaça para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (Cruz, 2021).

Ademais, as práticas de cura tradicionais, são aliadas ao controle empírico das DCNT's. O conjunto de conhecimentos e métodos de tratamento que são transmitidos ao longo das gerações

dentro de uma comunidade, seguem sendo por vezes o único tratamento de saúde possível, e exercem um papel essencial na promoção da saúde e no tratamento de doenças, muitas vezes complementando a medicina convencional. Essas práticas estão enraizadas nas crenças, valores e tradições culturais de diferentes grupos étnicos e sociais, e desempenham um papel importante no acesso à saúde em comunidades onde o acesso limitado a serviços de saúde convencionais é um desafio (Godoy, 2024).

A importância das práticas de cura tradicionais reside na sua capacidade de oferecer uma conduta holística para a saúde, considerando o bem-estar físico, mental, espiritual e emocional. Estas práticas muitas vezes utilizam uma variedade de métodos, incluindo ervas medicinais, técnicas de cura manual, e rituais de purificação. Além disso, as práticas de cura tradicionais desempenham um papel crucial na preservação da identidade cultural e da coesão social de uma comunidade, e são frequentemente uma fonte de sustento e empoderamento para os curandeiros e praticantes (Silva, 2020).

Em algumas comunidades a integração de práticas de cura tradicionais em programas de prevenção apresenta-se como uma abordagem promissora para enfrentar as doenças crônicas não transmissíveis. Ao combinar métodos tradicionais de cura com abordagens modernas de cuidados de saúde, os programas podem atender às necessidades de comunidades culturalmente diversas, promovendo a aceitação e adesão. Além disso, a integração possibilita a preservação e valorização das práticas tradicionais, fortalecendo o conhecimento local e a autonomia das comunidades sobre sua saúde (Godoy, 2024).

Os benefícios da integração de práticas de cura tradicionais em programas de prevenção incluem a promoção da saúde holística, o respeito à diversidade cultural e a construção de confiança entre prestadores de cuidados de saúde e comunidades. No entanto, os desafios surgem na garantia da segurança, eficácia e qualidade das práticas tradicionais, bem como na integração adequada com abordagens biomédicas. Além disso, é essencial considerar o

respeito às tradições, a comunicação intercultural e a equidade de acesso aos recursos para assegurar que a integração seja realizada de maneira ética e eficaz (OMS, 2023).

FATORES SOCIOCULTURAIS E AMBIENTAIS

O estilo de vida nas áreas urbanas e rurais da Amazônia, com uma dieta muitas vezes rica em alimentos industrializados e pobre em nutrientes, além da falta de educação em saúde, também contribui para o aumento das DCNT's. Além disso, a geografia densa de rios e florestas torna o acesso a centros de saúde muito complicado, dificultando a gestão e o acompanhamento adequado dessas doenças (IBGE, 2021).

A região Amazônica abriga várias populações, dentre elas, indígenas, ribeirinhas e quilombolas, cada uma com seus costumes, línguas e cultura própria. As barreiras linguísticas e as diferentes culturas podem ser empecilhos para a compreensão das orientações médicas e adesão a tratamento e cuidados com a saúde. É primordial que esse modelo de atendimento se adapta às peculiaridades locais, respeitando seus costumes e princípios. O nível de escolaridade da população local é baixa, limitando o entendimento de instruções médicas e o uso de novas tecnologias. A implementação da telemedicina deve considerar a adequação do uso de aplicativo ou plataformas para acessibilidade da navegação com dispositivos eletrônicos. Algumas comunidades podem oferecer resistência a essa modalidade de atendimento, desejando o atendimento tradicional ou método presencial. Eles enxergam a saúde de forma holística, conectando-se ao ambiente e com fatores espirituais, essa tecnologia precisa respeitar essas visões integradas e quando possível, incorporá-las (Fausto, et al, 2020).

TELEMEDICINA: DEFINIÇÃO E APLICAÇÃO NO CONTEXTO AMAZÔNICO

A telemedicina se refere à utilização de tecnologias de transmissão para oferecer serviços de saúde à distância. Na região Amazônica, ela tem sido utilizada como um recurso fundamental para melhorar o acesso à saúde, oferecendo consultas, diagnósticos e monitoramento de doenças crônicas. A combinação da telemedicina com o uso de dispositivos móveis, internet e redes de dados tem proporcionado avanços significativos no atendimento (Kun, Da Silva e De Pinho, 2023).

No entanto, o panorama para implantar a infraestrutura da telemedicina na Amazônia é enorme e deve ser adaptada às peculiaridades da região. A logística é complexa, impondo desafios expressivos para a localidade, mas igualmente relevante para propor soluções inovadoras para uma conexão de internet estável e de qualidade. Muitas comunidades enfrentam dificuldade no acesso à internet, comprometendo a implantação dessa tecnologia de cuidado à saúde, principalmente as relacionadas a monitoramentos e consultas remotas (Maldonado, 2016).

O acesso a uma boa rede de internet é um dos pilares para assistência através da telemedicina, sendo necessário a implantações de acesso via satélite e instalações de torres de celulares nessas localidades (Bender, 2024). Outra estratégia que pode ser implantada é as unidades móveis em saúde, que podem ser deslocar até as comunidades ribeirinhas isoladas, permitindo que equipes com tecnologias da telemedicina, comunique com médicos especialistas dos centros urbanos, realizando consultas, diagnóstico e educação em saúde a distância (Brasil, 2021).

A saúde digital se refere ao conceito de uso de tecnologias digitais para melhorar a assistência em saúde, a qual tem se difundido largamente sua utilização, através de novas tecnologias e formas de interação com pacientes em todo o mundo, principalmente com a inclusão de monitoramento remoto de pacientes (OMS, 2019). A teleconsulta facilita consultas médicas

entre pacientes e médicos que estão fisicamente distantes, o telemonitoramento permite a assistência remota de pacientes com DCNT's, como hipertensão e diabetes, reduzindo a necessidade de deslocamentos frequentes e o telediagnóstico envolve o uso de tecnologia para o diagnóstico remoto, muitas vezes utilizado em radiologia e cardiologia (OMS, 2019).

AVANÇOS DA TELEMEDICINA NO CONTEXTO AMAZÔNICO

Na Amazônia, iniciativas como o "Programa Telessaúde Brasil" e PROADI-SUS (Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde, criado em 2009 cujo propósito é capacitar recursos humanos, pesquisa, avaliação da inclusão de novas tecnologias no SUS e assistência especializada demandada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2024). Têm utilizado telemedicina para conectar médicos de centros urbanos com comunidades remotas. Essas iniciativas têm gerado impactos positivos no diagnóstico e tratamento de DCNT's, promovendo uma integração maior entre os níveis primário e terciário de atenção à saúde (Brasil, 2024).

A telemedicina permitiu avanços significativos na gestão de DCNT's, principalmente em termos de melhora no acesso ao cuidado contínuo, pacientes em áreas isoladas podem ter consultas regulares sem precisar percorrer longas distâncias, permitindo o monitoramento contínuo e precisos de suas condições de saúde. Isso se mostra eficaz principalmente em pacientes hipertensos e diabéticos, onde a monitorização dos níveis pressóricos e de glicemia é frequente, evitando agravamento de tais doenças. Portanto, a telemedicina tem reduzido as visitas presenciais, diminuindo custos associado a locomoção e viagem a longas distancias. Monitoramento em tempo real, onde aparelho como monitores de pressão arterial e glicemia conectados à internet permitem o acompanhamento remoto por médicos, ajustando o tratamento conforme necessário e educação em saúde, a

telemedicina tem sido usada para educar os profissionais locais e os próprios pacientes sobre prevenção e controle de DCNTS, o que pode melhorar os resultados de saúde a longo prazo (Colbert et al., 2024; Ministério da Saúde, 2024).).

DESAFIOS DA TELEMEDICINA NA AMAZÔNIA

Apesar dos avanços, a implementação da telemedicina na região enfrenta diversos obstáculos, incluindo a infraestrutura limitada de comunicação, muitos municípios e comunidades ainda têm acesso insuficiente à internet de qualidade, o que compromete a efetividade da telemedicina. A instabilidade do acesso a rede de internet influencia diretamente na assistência prestada, onde muitas vezes falha a conexão no momento da consulta, ocasionando o cancelamento da mesma. Capacitação de profissionais de saúde, a formação contínua de profissionais locais para utilizar as tecnologias da telemedicina é essencial, mas nem sempre disponível (Garcia et al., 2021).

Muitos dos profissionais que atendem nessa modalidade, não passaram por treinamento, tendo dificuldade em aderir a assistência por meio da telemedicina, por não dominar completamente os instrumentos tecnológicos mínimos, o que pode ser muito prejudicial a consolidação deste serviço de saúde. Há barreiras relacionadas a aceitação cultural e social, em relação ao uso da telemedicina, com algumas comunidades preferindo o atendimento presencial. A falta de conhecimento sobre a telemedicina e a divulgação desse modelo de atendimento, ainda gera desconforto no atendimento (Garcia et al., 2021). É possível minimizar essa problemática com ofertas de capacitação, cursos e/ou oficinas educacionais que abordem a temática da saúde digital, com linguagem acessível, afim de possibilitar a aceitação, adaptação e o uso do serviço da telemedicina.

O presencial sempre será o padrão ouro do atendimento médico, mas atualmente no momento da consulta, o usuário é acompanhado por um enfermeiro e um médico generalista, e do

outro lado da tela, um médico especialista faz a consulta remotamente. A regulamentação das políticas públicas da prática de telemedicina ainda é um desafio, especialmente em termos de garantia de sigilo de dados e confidencialidade das informações médicas. No ano de 2002, foram criadas, as primeiras legislações para respaldar o uso dessa tecnologia. O Conselho Federal de Medicina (CFM), publicou a resolução nº 1.643/2002, definia e regia a prestação de serviço por telemedicina no país (CFM, 2002).

Advinda da Pandemia do COVID-19, o Governo Federal Brasileiro, regulamentou essa modalidade de atendimento, por meio da Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020, cujo conteúdo autorizava o uso da telemedicina no país, enquanto durasse a crise ocasionada pelo Coronavírus (SARS-CoV-2), sendo em caráter emergencial (Damasceno; Caldeira, 2018).

Em dezembro de 2022, foi criada a Lei nº 14.510, alterando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, autorizando e disciplinando a prática da telessaúde em todo o território nacional, somado ao fato da revogação da Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020. Com isso, a telemedicina no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) foi fortalecida e apoiada, sendo o objetivo maior, desafogar os serviços de saúde, com autorização para realização de consultas por videochamadas, possibilitando o monitoramento de doenças crônicas em condições especiais (Brasil, 2022).

CONCLUSÃO

O uso da telemedicina no contexto Amazônico tem mostrado grandes avanços no manejo das DCNTS, mas ainda há muito a ser feito para garantir que essas inovações cheguem a todos que precisam. A melhoria da infraestrutura digital e a educação em saúde serão fatores chave para a continuidade e expansão desses serviços, que podem transformar o cenário de saúde pública em regiões isoladas da Amazônia. A telemedicina, quando integrada a políticas públicas eficazes, têm o potencial de reduzir desigualdades e melhorar a qualidade de vida das populações da região.

Nesse contexto, surge a importância ao empoderamento das comunidades locais é fundamental para fortalecer a participação ativa dos cidadãos em sua própria saúde, ao se tornarem agentes de mudança, as comunidades podem contribuir para a criação de um sistema de saúde mais adaptado às suas necessidades específicas. Além disso, o empoderamento permite que as comunidades locais se organizem para buscar recursos e soluções, promovendo a resiliência do sistema de saúde. telemedicina oferece vários benefícios para as comunidades locais, incluindo o acesso a cuidados de saúde de qualidade, principalmente em áreas remotas ou carentes de recursos. Ela permite que os pacientes recebam atendimento médico sem precisar viajar longas distâncias, poupando tempo e economizando dinheiro.

Além do mais, a telemedicina pode ampliar, a efetividade dos serviços de saúde, encurtando o tempo de espera para consultas e exames, e pode proporcionar acesso a especialistas que não estão disponíveis localmente. Isso resulta em um crescimento significativa na qualidade de vida das comunidades locais, promovendo a prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado de condições médicas.

É fundamental implementar estratégias que capacitem e envolvam as comunidades locais no processo de telemedicina, como a realização de programas de capacitação e treinamento para promover a compreensão e adesão à tecnologia. Além disso, é necessário estabelecer canais de comunicação eficazes para garantir que as comunidades se sintam ouvidas e envolvidas no desenvolvimento do sistema de saúde.

Outra estratégia importante é a criação de parcerias com líderes e organizações locais para promover a confiança e o engajamento. Ao adotar essas abordagens, será possível fortalecer as comunidades locais e garantir que a telemedicina atenda de maneira eficaz às suas necessidades específicas. Um dos principais desafios na implementação da telemedicina em comunidades locais é a falta de infraestrutura tecnológica, como acesso à internet e equipamentos adequados. Além disso, a resistência cultural e a

falta de familiaridade com a tecnologia podem ser barreiras significativas. No entanto, é válido ressaltar que a telemedicina não deve jamais substituir o atendimento presencial, mas é uma ferramenta para somar, contribuir e completar o presencial.

REFERÊNCIAS

Bender JD, Facchini LA, Lapão LMV, Tomasi E, Thumé E. The use of Information and Communication Technologies in Primary Health Care in Brazil - the period of 2014 to 2018. *Cien Saude Colet.* 2024 Jan;29(1):e19882022. Portuguese, English. doi: 10.1590/1413-81232024291.19882022. Epub 2023 Mar 23. PMID: 38198338.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. Doenças Crônicas Não Transmissíveis: principais fatores de risco e ações para o enfrentamento. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde amplia atendimento a comunidades ribeirinhas com unidades de saúde fluviais. Portal do Governo Federal, 11 set. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/noticias/2021/ministerio-da-saude-amplia-atendimento-a-comunidades-ribeirinhas-com-unidades-de-saude-fluviais>. Acesso em: 19 nov. 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. Políticas para o Controle de DCNTS e Expansão da Telemedicina no Brasil, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. BVS Atenção Primária em Saúde - Traduzindo o conhecimento científico para a prática do cuidado à saúde, [2024]. Disponível em: <http://www.telessaudebrasil.org.br>. Acesso em: 02 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Governo Federal regulamenta Telessaúde e amplia acesso à saúde em áreas remotas do Brasil. Brasília, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br>. Acesso em: 20 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2020/2021: análise da situação da saúde e da qualidade da informação. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 19 nov. 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: estratégia de vigilância, prevenção e controle. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 19 nov. 2024.

COLBERT, B. M.; NAMOUZ, T.; CAVEN, D.; EWING, J. A.; ALBANO, A. W. Remote Patient Monitoring Is Associated with Improved Outcomes in Hypertension: A Large, Retrospective, Cohort Analysis. *Healthcare*, v. 12, n. 16, p. 1583, 2024. DOI: 10.3390/healthcare12161583.

Cruz GLD, Machado PP, Andrade GC, Louzada MLDC. Alimentos ultraprocessados e o consumo de fibras alimentares no Brasil [Ultra-processed foods and dietary fiber consumption in Brazil]. *Cien Saude Colet*. 2021 Sep;26(9):4153-4161. Portuguese. doi: 10.1590/1413-81232021269.15462020. Epub 2020 Jul 2. PMID: 34586267.

DAMASCENO, R. F; CALDEIRA, A. P. Teleconsultoria na atenção primária no norte de Minas Gerais: cenário e fatores associados à não utilização por médicos. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, [S.L.], v. 12, n. 4, p. 457-465, 24 dez. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.29397/reciis.v12i4.1312>. Acesso em: 14 jan. 2024

Fausto, M. C. R., et al. Sustentabilidade da Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos na Amazônia fluvial: organização, estratégias e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2020. Disponível em: <https://www.revistaft.com.br>. Acesso em: 20 nov. 2024.

Garcia Saiso S, Marti MC, Malek Pascha V, Pacheco A, Luna D, Plazzotta F, Nelson J, Tejerina L, Bagolle A, Savignano MC, Baum A, Orefice PJ, Haddad AE, Messina LA, Lopes P, Rubió FS, Otzoy

D, Curioso WH, Luna A, Medina FM, Sommer J, Otero P, De Quiros FGB, D'Agostino M. Barreras y facilitadores a la implementación de la telemedicina en las Américas [Implementation of telemedicine in the Americas: Barriers and facilitators]. *Rev Panam Salud Publica*. 2021 Oct 18;45:e131. Spanish. doi: 10.26633/RPSP.2021.131. PMID: 34703460; PMCID: PMC8530000.

GARNELLO, L.; LIMA, J. G.; ROCHA, E. S. C.; HERKRATH, F. J. Desafios da cobertura e acesso à atenção primária à saúde para populações rurais e urbanas na região Norte do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 12, p. e00220519, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2019.v35n12/e00220519>. Acesso em: 19 nov. 2024.

Godoy CV, Rocha GM. A territorialidade da Atenção Básica à Saúde do SUS: a difusão das clínicas médicas populares na Região Metropolitana de Belém, Pará, Brasil [The territorial nature of the Primary Health Care of Brazil's Unified Health System (SUS): the proliferation of community medical clinics in the Metropolitan Region of Belém, State of Pará, Brazil]. *Cien Saude Colet*. 2024 Apr;29(4):e19742022. Portuguese. doi: 10.1590/1413-81232024294.19742022. Epub 2023 Jun 30. PMID: 38655972. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde, 2021.

KUR, Andréia Da Silva Sales; DA SILVA, Silvia Ortiz Garcia; DE PINHO, Silvia Teixeira. TELEMEDICINA NO SUS: GARANTIA DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO RURAL. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 5, n. 5, p. 814-831, 2023.

MALDONADO, J. M. S. de V.; MARQUES, A. B.; CRUZ, A. Telemedicina: desafios para difusão no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 32, n. Suppl 2, e00155615, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00155615>. Acesso em: 19 nov. 2024.

Martinelli SS, Cavalli SB. Healthy and sustainable diet: a narrative review of the challenges and perspectives. *Cien Saude Colet*. 2019

Oct 28;24(11):4251-4262. Portuguese, English. doi: 10.1590/1413-812320182411.30572017. PMID: 31664397.

MARTINS, C. P. O uso da telemedicina na atenção primária pós-pandemia da covid-19. *Perspectivas Experimentais e Clínicas Inovações Biomédicas e Educação em Saúde (Pecibes)*, [S. L.], v. 9, n. 1, p. 18-24, 21 jul. 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.55028/pecibes.v9i1.18667>. Acesso em: 14 jan. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil. Brasília, 2024.

Oliveira, M. et al. Telemedicina e a Gestão de Doenças Crônicas na Amazônia: Avanços e Desafios. *Revista Brasileira de Telessaúde*, 2021, vol. 9, p. 45-62

OMS - Organização Mundial da Saúde. *Telemedicina: Definições e Aplicações Globais*, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Noncommunicable diseases. Genebra: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. Acesso em: 20 nov. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Estratégia da OMS para medicina tradicional: 2014–2023. Extensão até 2025*. Genebra: OMS, 2023. Disponível em: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA76/A76\(20\)-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA76/A76(20)-en.pdf). Acesso em: 20 nov. 2024

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. *Relatório sobre a Prevalência de DCNTS e Impactos na Saúde Pública da Região Amazônica*, 2021.

CAPÍTULO 9

AS PARTICULARIDADES DA DOENÇA RENAL NO IDOSO DA REGIÃO AMAZÔNICA

Antonia Regiane Pereira Duarte Valente
Gilvandro Ubiracy Valente
Franciane de Paula Fernandes
Tatiane Costa Quaresma
Lívia de Aguiar Valentim
Sheyla Mara Silva de Oliveira

RESUMO: O envelhecimento populacional é uma realidade crescente em todo o mundo. Sabe-se que o aumento da longevidade traz consigo a elevação das taxas de doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas a doença renal. No cenário amazônico, onde se evidencia abismos assistenciais em virtude dos determinantes sociais e geográficos, tal situação se mostra mais preocupante. A exposição prolongada a agrotóxicos e metais pesados para as atividades agrícolas e de mineração contribuem para o aparecimento desse agravo entre os idosos, assim como as infecções por malária e demais doenças parasitárias endêmicas da região. Dentre os meios diagnósticos para essa patologia destaca-se a execução de uma anamnese direcionada aos fatores de riscos e queixas do paciente, além da realização de um exame físico minucioso. Considera-se também os exames complementares como os laboratoriais, onde cita-se a dosagem de creatinina sérica, taxa de filtração glomerular e exame de urina; os exames de imagem também se mostram relevantes para a elucidação diagnóstica. As terapêuticas indicadas figuram-se em conservadoras e de intervenção, na primeira tem-se os medicamentos inibidores da

enzima conversora da angiotensina e os bloqueadores dos receptores da angiotensina, além de diuréticos, analgésicos e suplementos de ferro, e nas terapias de intervenção conta-se com as terapias renais substitutivas, representadas pelas diálises e transplante renal. Nesse contexto, destaca-se a importância de uma abordagem multidisciplinar no cuidado dos idosos adoecidos, enfatizando a necessidade de intervenções diversificadas e integradas para atender às necessidades complexas desses pacientes. **PALAVRAS-CHAVE:** Saúde do Idoso. Doença crônica. Nefropatia

O IDOSO E SUAS PARTICULARIDADES BIOLÓGICAS

A região Amazônica apresenta uma diversidade social única, com uma população formada por diversas etnias indígenas, comunidades ribeirinhas e quilombolas, cada uma com sua cultura, tradições e desafios específicos. Considerada como uma das áreas mais ricas em recursos naturais do Brasil, enfrenta questões como o desmatamento, exploração ilegal de madeira, presença de trabalho infantil, baixos índices de escolaridade e acesso limitado a serviços básicos de saúde e saneamento. A falta de infraestrutura e a difícil logística de transporte, bem como a distribuição desigual de renda também contribuem para a desigualdade social na região, aumentando as dificuldades de acesso a serviços essenciais para a população amazônica, principalmente entre a população idosa, ponderando todas as limitações orgânicas e físicas impostas pela idade.

O envelhecimento da população é uma realidade crescente em todo o mundo, e o estudo das características biológicas do idoso torna-se cada vez mais relevante. Com o aumento da expectativa de vida, é fundamental compreender as mudanças fisiológicas que ocorrem nessa fase da vida e como elas impactam a saúde e o bem-estar dos idosos.

Na visão de Forner e Alves (2019), o processo de senescência acontece de formas diferentes para pessoas que vivem em

contextos sociais, financeiros e culturais distintos, e tal experiência irá interferir na incidência de patologias ao longo da vida.

Sob o ponto de vista epidemiológico, estima-se que no Brasil a população com 60 anos ou mais seja de 30 milhões de pessoas, representando cerca de 14% da população geral (210 milhões habitantes). É o segmento populacional com maior taxa de crescimento – acima de 4% ao ano, passando de 14,2 milhões, em 2000, para 19,6 milhões, em 2010, e devendo atingir 41,5 milhões, em 2030, e 73,5 milhões, em 2060. Essa é uma consequência da rápida e contínua queda da fecundidade no país, e da queda da mortalidade em todas as idades. Espera-se, para os próximos 10 anos, o incremento médio de mais de 1,0 milhão de idosos anualmente. (Brasil, 2019)

Costa et. al. (2020), aduzem que o processo de envelhecimento está intrinsecamente ligado às alterações no sistema imunológico, resultando na chamada imunossenescência. Com o avançar da idade, há uma redução na capacidade de resposta do sistema imune, levando a uma maior suscetibilidade a infecções e a uma menor eficácia na resposta vacinal. Além disso, há um aumento na produção de citocinas pró-inflamatórias, o que contribui para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs).

Conforme a idade aumenta, o organismo sofre diversas mudanças que impactam negativamente a sua funcionalidade. Os sistemas nervoso central, cardiovascular, renal e musculoesquelético são particularmente afetados pela senescência. Essas alterações podem resultar em declínio cognitivo, diminuição da capacidade cardiorrespiratória e de filtração sanguínea, além da perda de massa muscular e densidade óssea, o que torna o idoso mais vulnerável e propenso ao adoecimento. (Freitas et. al., 2013)

No sistema nervoso central, as alterações decorrentes da idade avançada levam a prejuízos na memória, atenção e velocidade de processamento de informações. Além disso, podem ocorrer mudanças na condução dos impulsos nervosos, contribuindo para a diminuição da coordenação motora e aumento do risco de distúrbios neurodegenerativos, como a doença de Alzheimer.

Ademais, a senescência contribui também para mudanças psicológicas e emocionais. Muitos idosos enfrentam desafios como solidão, depressão, ansiedade e baixa autoestima, especialmente após a aposentadoria e a perda de entes queridos. Por outro lado, é fundamental ressaltar que nem todos os idosos enfrentam esses problemas, e muitos encontram na maturidade uma fase de autoconhecimento, crescimento pessoal e satisfação com as conquistas ao longo da vida. (Freitas et. al., 2013)

O sistema cardiovascular é afetado de diversas maneiras durante o processo de senescência, incluindo o espessamento das artérias, redução da elasticidade vascular e aumento da pressão arterial. Essas alterações contribuem para o desenvolvimento de doenças como hipertensão arterial, aterosclerose e insuficiência cardíaca, aumentando o risco de eventos cardiovasculares graves, como infartos e acidentes vasculares. (Freitas et. al., 2013)

Dentre muitas alterações estruturais e orgânicas decorrentes da senescência, chama-se atenção para as alterações renais, estas são um fenômeno natural e progressivo, que pode resultar em redução da função renal, alterações na estrutura dos rins e aumento do risco de doenças renais. A perda de néfrons e a redução do fluxo sanguíneo renal são algumas das mudanças observadas no envelhecimento. Essas alterações podem predispor os indivíduos a condições como a insuficiência renal crônica e a hipertensão arterial. (Gouvêa et. al., 2023)

Para Melo et. al. (2019), o processo de senescência e senilidade envolve uma série de aspectos biológicos, psicológicos e sociais que impactam significativamente a qualidade de vida dos indivíduos. A compreensão dos mecanismos biológicos do envelhecimento, as respostas no organismo, os aspectos psicológicos e a influência dos fatores sociais e ambientais são fundamentais para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e intervenção eficazes para promover o envelhecimento saudável e o bem-estar na terceira idade.

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA POPULAÇÃO IDOSA NO BRASIL E AMAZÔNIA

O país vem passando por uma transição demográfica que tem alterado significativamente a estrutura etária da população, demandando atenção especial e medidas específicas para garantir o bem-estar e a qualidade de vida dos idosos. (Brasil, 2019)

O Ministério da Saúde informa que o envelhecimento da população no Brasil é um fenômeno que tem se destacado nas últimas décadas, devido ao aumento da longevidade e a diminuição da taxa de natalidade. Esse processo traz consigo importantes desafios e impactos em diversas esferas da sociedade, como na área da saúde, previdência social, mercado de trabalho e políticas públicas. (Brasil, 2019)

Escorsim (2021), ressalta que, o envelhecimento da população no Brasil tem impactado significativamente a saúde e qualidade de vida da população idosa, uma vez que problemas crônicos de saúde, como hipertensão, diabetes e doenças cardiovasculares, tornam-se mais comuns nessa faixa etária. Além disso, a acessibilidade a serviços de saúde e a qualidade do atendimento também são fatores determinantes para a manutenção da qualidade de vida.

Na Amazônia legal, a distribuição geográfica dos idosos é marcada pela presença expressiva em centros urbanos, mas também pela realidade dos idosos que vivem em locais remotos e de difícil acesso. Muitos enfrentam desafios para obter atendimento médico e acesso a serviços de saúde especializados, devido à escassez de infraestrutura e à extensão territorial da região. (Campos et. al, 2021)

Muitos idosos enfrentam dificuldades para viajar longas distâncias até os centros de saúde, resultando em taxas mais altas de doenças não diagnosticadas e não tratadas, dentre elas a Doença Renal (DR). Além disso, a escassez de profissionais de saúde e a falta de infraestrutura adequada contribuem para as barreiras no acesso a serviços de saúde para essa população vulnerável, o que

pode culminar em subnotificações de agravos em saúde, impactando na criação de políticas públicas. (Costa et. al, 2020)

Santos et. al (2021) afirma que a prevalência e incidência da doença renal na Amazônia têm sido objeto de estudos que apontam para um aumento significativo nos últimos anos, sendo os idosos sexagenários, de cor parda, o público mais afetado, tendo como principal causa a hipertensão arterial sistêmica, seguida pelo diabetes mellitus.

Neste sentido, Asbeque (2024), aduz ser crucial a compreensão dos determinantes da doença renal, considerando aspectos socioeconômicos, ambientais, genéticos e raciais, a fim de contribuir para a implementação de políticas de saúde eficazes e para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e controle, objetivando retardar a progressão das doenças para estágios terminais por meio de intervenções precoces de manejo e tratamento.

A DOENÇA RENAL E OS DETERMINANTES PARA O ACOMETIMENTO DO IDOSO AMAZONIDA

A Doença Renal (DR) é um problema de saúde pública global e também se tornou uma preocupação crescente na Amazônia.

A referida condição clínica é entendida como uma lesão no rim com a capacidade de afetar tanto a estrutura quanto a função desse órgão, e caracteriza-se por uma evolução silenciosa, progressiva e irreversível, que leva, em estágios avançados, à necessidade de Terapia Renal Substitutiva (TRS) (Gouvêa et al., 2023).

No idoso, a DR é uma condição clínica complexa e de grande relevância devido ao envelhecimento populacional. Com o avanço da idade, a função renal tende a diminuir gradualmente, o que aumenta significativamente a suscetibilidade desse evento. (Amaral, 2019).

Ao discutir os fatores de risco para a DR na Amazônia, Campos et. al. (2020), dizem ser crucial considerar a exposição a poluentes ambientais, como agrotóxicos, mercúrio e outros metais

pesados devido às atividades agrícolas e de mineração na região, os quais representam uma ameaça significativa para a saúde renal. Além disso, a falta de acesso a serviços de saúde adequados e a condições de pobreza extrema contribuem para a reemergência de doenças infecciosas como a malária e leptospirose, as quais possuem importância significativa para o aumento do risco no desenvolvimento de doenças renais na região.

As práticas para a subsistência dessa população as tornam mais vulneráveis ao aparecimento de DR, visto que é comum o uso de agrotóxicos nos plantios residenciais e nas vastas áreas de cultivo. Neste sentido, chama-se a atenção para a carência de regulamentação e controle efetivo na utilização desses agrotóxicos na região amazônica, tal realidade contribui para maior exposição da população a essas substâncias nocivas, acarretando maiores riscos à saúde. (Campos et. al, 2020).

Sobre a fisiopatologia da doença renal no envelhecimento, Gouvêa et. al (2023), afirmam ser complexa e multifatorial, envolvendo alterações estruturais e funcionais dos rins, como redução do volume renal, diminuição do fluxo sanguíneo nesse órgão e alterações na resposta tubular. Além disso, a função glomerular diminui progressivamente, afetando a capacidade de filtração do rim. O envelhecimento também está associado a uma maior suscetibilidade a lesões renais agudas e crônicas, devido à diminuição da capacidade de regeneração renal e aumento da vulnerabilidade a fatores de risco, como hipertensão arterial, diabetes e exposição crônicas a medicamentos.

Na concepção de Fernandes et. al. (2023), a apresentação clínica desse agravo no idoso pode ser bastante variada e muitas vezes é subestimada devido a sintomas atípicos. Os idosos podem não apresentar os sintomas clássicos de doença renal, como edema e hematuria, em vez disso, podem manifestar fadiga, perda de apetite, confusão mental e instabilidade hemodinâmica. Além disso, essa alteração renal no idoso está frequentemente associada a outras condições crônicas, o que pode dificultar o diagnóstico.

Os casos de DR na população idosa da região Amazônica apresentam particularidades preocupantes, visto que, devido ao diagnóstico tardio e à falta de acesso a cuidados médicos, os mesmos, quando diagnosticados já se encontram em estágios avançados, o que implica em grande maioria na necessidade de terapia renal substitutiva. Além disso, o diagnóstico dessa patologia na Amazônia pode ser desafiador devido à falta de infraestrutura laboratorial nas áreas remotas. No entanto, a telemedicina tem se mostrado uma ferramenta promissora para auxiliar no diagnóstico remoto. (Vilar & Palheta, 2023)

Na percepção de Campos et. al. (2020), devido a presença de comorbidades e alterações fisiológicas relacionadas à idade, o diagnóstico da DR no idoso é complexo e árduo. A avaliação inicial inclui a realização de exames laboratoriais, como a dosagem de creatinina sérica e estimativa de taxa de filtração glomerular (TFG). Além disso, exames de imagem, como ultrassonografia e tomografia computadorizada, podem ser realizados para avaliar o tamanho e a estrutura dos rins. Em alguns casos, a biópsia renal pode ser necessária para determinar a etiologia da doença renal. O diagnóstico correto é fundamental para o desenvolvimento de um plano de tratamento eficaz e a prevenção de complicações.

As complicações e comorbidades associadas à doença renal no idoso podem incluir anemia, distúrbios eletrolíticos, doença óssea, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, doença vascular, doença arterial periférica, distúrbios do sono, demência, doença hepática, depressão, comprometimento da função imunológica, entre outros. É importante considerar que as complicações e comorbidades podem variar de acordo com a gravidade e estágio da doença renal, exigindo uma abordagem multidisciplinar para o seu manejo eficaz. (Fernandes, 2020)

Hamida et. al., (2019), pondera que não há um consenso sobre a melhor forma de tratamento para o paciente idoso com DR, porém, orienta sobre alguns aspectos que devem ser considerados, tais como a preferência do paciente, as indicações individuais do

mesmo, as alterações próprias do envelhecimento, além de suas condições clínicas e psicossociais.

Nesse contexto, a Sociedade Brasileira de Nefrologia (2019), orienta sobre as condutas não invasivas para controle e prevenção de agravos, tais como o controle da pressão arterial, o gerenciamento de desequilíbrios hidroeletrólíticos, a promoção de uma alimentação adequada, além do tratamento farmacológico, o qual envolve a gestão cuidadosa, devido às mudanças na função renal relacionadas à idade. Reitera ainda que os medicamentos devem ser ajustados com base na taxa de filtração glomerular e na presença de comorbidades. Além disso, é importante considerar os efeitos colaterais e interações medicamentosas, a fim de evitar a toxicidade e maximizar a eficácia do tratamento.

Ainda sobre a terapêutica medicamentosa, Brasil (2021), informa que os inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) e os bloqueadores dos receptores da angiotensina (BRA) são comumente prescritos para controlar a pressão arterial e reduzir a perda de proteínas na urina. Diuréticos também podem ser utilizados para promover a excreção de líquidos e controlar a retenção de sódio. Além disso, a suplementação de ferro e eritropoietina pode ser necessária para tratar a anemia associada à doença renal crônica no idoso.

Com relação as TRS, a diálise é uma opção de tratamento para pacientes idosos com doença renal terminal que não são elegíveis para transplante renal. Dentre as modalidades dialíticas, a diálise peritoneal é uma alternativa viável para idosos, pois pode ser realizada em casa, oferecendo maior flexibilidade e autonomia. Já o transplante renal também é uma opção para pacientes idosos selecionados, com bons resultados a longo prazo. No entanto, a avaliação cuidadosa dos riscos e benefícios deve ser realizada devido à menor expectativa de vida dos idosos, além da necessidade de cuidados pós-transplante mais intensivos. (Hamida et al., 2019).

ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR NO CUIDADO AO IDOSO ACOMETIDO POR DOENÇA RENAL.

Com o envelhecimento da população, a prevalência de doença renal entre os idosos tem aumentado significativamente, tornando necessário um olhar interdisciplinar que contemple não apenas a parte clínica, mas também a nutricional, psicológica, de reabilitação e cuidados paliativos. Neste sentido, é imperioso a prática de intervenções diversificadas e integradas para atender às necessidades complexas desses pacientes. (Lima et. al, 2022)

A avaliação clínica e diagnóstica do idoso com esse agravo é essencial para o manejo adequado da condição. Na percepção de Silva e Bastos (2022), a avaliação desse paciente deve incluir uma abordagem completa da história clínica, com ênfase em doenças prévias, como hipertensão arterial, diabetes mellitus e outras condições crônicas, além de hábitos de vida, uso de medicamentos e história familiar de doença renal. Tais autores ainda reiteram que médicos e enfermeiros devem se atentar ainda para os sintomas relacionados ao sistema renal, como disúria, poliúria, oligúria, edema e alterações na cor da urina.

Um exame físico minucioso possibilita uma compreensão mais ampla do estado de saúde do paciente, o que norteará as intervenções da equipe interprofissional. Nesse sentido deve-se atentar para sinais de anemia, hipervolemia e desidratação. Além do exame direcionado para detecção de alterações renais, deve-se ainda buscar por alterações no nível de consciência, cardiovascular e pulmonar. (Lima e. al., 2022)

O diagnóstico preciso da doença renal no idoso é fundamental para a implementação de estratégias de tratamento eficazes. Nesse contexto, Lima et. al (2022), consideram que médicos e enfermeiros devem realizar uma avaliação detalhada da função renal, incluindo exames de sangue para medir os níveis de creatinina e ureia. Além disso, a análise da urina pode fornecer informações importantes sobre a presença de sangue, proteínas ou outras anormalidades. A realização de exames de imagem, como ultrassonografia ou

tomografia computadorizada, também pode ser necessária para avaliar a estrutura dos rins, sendo que a solicitação e execução destes é de exclusiva competência médica.

É de competência médica também a prescrição do tratamento farmacológico para idosos com doença renal, para tal, este profissional deve considerar a capacidade de metabolização e excreção dos medicamentos, sendo necessário seus ajustes de acordo com a função renal do idoso. Ressalta-se, porém, que o profissional de enfermagem é coadjuvante na terapia medicamentosa, uma vez que são estes profissionais que administram as drogas prescritas. Neste sentido, ambas as categorias devem se empenhar no monitoramento dos efeitos adversos dos fármacos, como a toxicidade renal, para garantir a segurança e eficácia do tratamento. (Silva e Bastos, 2022).

Para Silva e Bastos (2022), os cuidados de enfermagem são fundamentais para garantir a segurança e o bem-estar dos pacientes idosos com doença renal. Além disso, a atuação da equipe de enfermagem se faz presente em todas as fases de assistência, tais como: na detecção do evento, nas terapêuticas aplicadas (alimentar, medicamentosa, modalidades dialíticas e transplantes renais), e ainda contribui para a prevenção de complicações, promoção do autocuidado e melhoria da adesão ao tratamento. A abordagem holística e individualizada fornecida pelos enfermeiros desempenha um papel crucial na gestão eficaz da doença renal nesse grupo populacional.

As intervenções nutricionais se mostram essenciais no manejo da doença renal em idosos. Nesse contexto, Zambelli et. al. (2021). recomendam uma dieta equilibrada, com baixo teor de sódio e proteína, além de restrições ao consumo de alimentos ricos em fósforo e potássio. Esses autores reforçam ainda que, o acompanhamento regular por um nutricionista é fundamental para garantir que o idoso receba os nutrientes necessários sem sobrecarregar os rins. Além disso, é importante monitorar o peso corporal, controlar a pressão arterial e garantir a hidratação

adequada, como parte integrante das intervenções nutricionais para tais pacientes.

Lima et. al. (2022), ressaltam que, a fisioterapia desempenha um papel fundamental no cuidado do idoso com agravo renal, uma vez que essa condição muitas vezes resulta em fraqueza muscular e perda de mobilidade. Quando tal situação se apresenta, os fisioterapeutas trabalham para melhorar a força, a mobilidade e a função física, por meio de exercícios personalizados e técnicas de reabilitação. Além disso, a fisioterapia respiratória é essencial para prevenir complicações pulmonares, comuns em pacientes com doença renal. A reabilitação também auxilia na melhoria da qualidade de vida, ajudando o idoso a manter a independência e a realizar as atividades diárias com mais facilidade.

O acompanhamento psicológico é de extrema importância para os idosos com doença renal, uma vez que a condição de saúde pode impactar significativamente o bem-estar emocional destes, uma vez que os mesmos podem enfrentar desafios psicológicos como ansiedade, depressão e estresse, devido às restrições impostas pela doença, como a dieta rigorosa e as limitações físicas. A psicoterapia pode ajudar os pacientes a lidar com esses aspectos emocionais, permitindo um melhor ajuste à condição renal e melhoria na qualidade de vida. Além disso, a condução e acompanhamento psicológico pode contribuir para o entendimento e adesão ao tratamento, promovendo uma abordagem mais integrada e holística no cuidado ao idoso com doença renal. (Lima et. al, 2022).

Conforme exposto, o acompanhamento da equipe multidisciplinar é crucial para uma boa condução e desfechos clínicos positivos. Porém, a escassez de profissionais de saúde na Amazônia é um dos principais desafios enfrentados pela região. Muitas comunidades remotas não têm médicos, enfermeiros ou outros profissionais de saúde, resultando em uma falta de atendimento adequado. Isso também leva a uma sobrecarga de trabalho para os poucos profissionais disponíveis, contribuindo para a precariedade da assistência em saúde na região.

Assim, analisando as dificuldades de acesso e logística na Amazônia, Moura (2024), pondera que a telemedicina seja mais difundida na Amazônia, por acreditar que tal estratégia traz inúmeros benefícios, como a ampliação do acesso a especialistas médicos em regiões mais remotas, onde a presença física desses profissionais é limitada. Os autores ainda vão além, evidenciam que a redução das disparidades de saúde é um ponto crucial, uma vez que a telemedicina permite atender pacientes que de outra forma não teriam acesso a cuidados de qualidade. Reiteram ainda que a melhoria na eficiência dos serviços de saúde também é evidente, pois a tecnologia possibilita um acompanhamento mais ágil e preciso dos pacientes, evitando prazos de espera prolongados e garantindo diagnósticos mais rápidos e tratamentos mais eficazes.

CONCLUSÃO

Diante do cenário social e econômico altamente complexo da região amazônica, bem como dos inúmeros desafios em relação à saúde enfrentados diariamente pela população, torna-se imprescindível que as políticas públicas existentes para essa população sejam amplamente direcionadas para a melhoria do acesso aos serviços de saúde, com promoção de ações preventivas eficazes e a garantia de assistência médica de qualidade.

Em relação à saúde do idoso e doença renal na região é importante primar pela prevenção e controle, para tanto e necessário investir na formação e capacitação de profissionais da área da saúde, bem como no fortalecimento de infraestrutura para o uso de tecnologias assistenciais e diagnósticas, como uso da telemedicina, por exemplo. E para isso sugere-se a criação de parcerias sólidas entre governo, Organizações Não Governamentais (ONGs) e setor privado que possam efetivamente contribuir para o fortalecimento do sistema de saúde e para o enfrentamento dos diversos desafios impostos à região.

Recomenda-se ainda que haja uma revisão minuciosa e atualização constante da legislação e dos marcos regulatórios em

saúde vigentes, de modo a adequá-los às demandas e realidades locais, sempre buscando garantir e promover a efetiva participação da sociedade civil. Não há dúvidas de que essas medidas são absolutamente essenciais para o combate aos desafios presentes e para a construção de um cenário genuinamente mais justo, igualitário e equitativo para a população amazônica, que tanto necessita e merece um atendimento exemplar e digno no que diz respeito à saúde.

REFERÊNCIAS

- ASBEQUE, A. C. F; Leitão, F. N. C; OLIVEIRA, E. F. S de. et. al. MORTALIDADE DE DOENÇA RENAL CRÔNICA NO BRASIL: REVISÃO SISTEMÁTICA. *Revista de Epidemiologia e Saúde Pública - RESP*, [S. l.], v. 2, n. 2, 2024. DOI: 10.59788/resp.v2i2.72. Disponível em: <https://respcientifica.com.br/index.php/resp/article/view/72>. Acesso em: 14 jun. 2024
- AMARAL T. L. M, AMARAI C. A, VASCONCELLOS M. T. L, MONTEIRO G. T. R. Prevalência e fatores associados à doença renal crônica em idosos. *Rev Saude Publica*. 2019. P. 53:44. <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.258>. Acesso em 14 de outubro de 2024.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto para Práticas Segura no Uso de Medicamentos - ISMP. *Boletim ismp*. 2021. v. 10. n. 5. ISSN: 2317-2312. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2021/10/Boletim_outubro_2021_doenca_renal_cr_onica.pdf. Acesso em 14 de outubro de 2024.
- _____, Ministério da Saúde. Doenças renais: causas, sintomas, diagnóstico, tratamento e prevenção. Portal Principal de Notícias da Saúde, 2019a. Disponível em <https://saude.gov.br/saude-de-az/doencas-renais>. Acesso em 11 de janeiro de 2024.
- CAMPOS, H. L. M.; OLIVEIRA, A. C.; BRAGA, J. A. C; OLIVEIRA, E. R. A. Ser velha e velho no interior do Amazonas:

envelhecimento e funcionalidade no Médio Solimões. Rev. Ens. Saúd. Biot. Am., v. 3; n.1, p. 55-67, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufam.edu.br/index.php/resbam/article/view/8664>. Acesso em 14 de outubro de 2024.

COSTA, R. S.; LEÃO, L. F.; CAMPOS, H. L. M. Envelhecer na zona rural do interior do estado do Amazonas, desempenho cognitivo, funcionalidade e percepção de saúde: um estudo transversal. Revista Kairós-Gerontologia. 2020. v. 23, n. 1, p. 83-103. DOI <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2020v23i1p83-103>. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/48657>. Acesso em 14 de outubro de 2024.

ESCORSIM, S. M. O envelhecimento no Brasil: aspectos sociais, políticos e demográficos em análise. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, 2021. n. 142, p. 427-446, set./dez. 2021. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.258>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/KwjLV5fqvw6tWsfWVvczCm/#>. Acesso em 14 de outubro de 2024.

FERNANDES, D.; ZANELLI, T. L. P.; RODRIGUES, A. S.; et. al. Qualidade de vida de pacientes em terapia renal substitutiva: uma análise da doença renal crônica e perfil populacional de risco. REAS/EJCH. 2020. v.12. n.12. p. 1-9.e4759. DOI:

<https://doi.org/10.25248/reas.e4759.2020>

FORNER, F. C.; ALVES, C. F. Uma revisão de literatura sobre os fatores que contribuem para o envelhecimento. Revista Universo Psi, Taquara, v. 1, n. 1, p.150-174, 2019. Disponível em: <https://seer.faccat.br/index.php/psi/article/view/1297>. Acesso em 16 de outubro de 2024.

FREITAS, E. V. de; et. al. Tratado de geriatria e gerontologia. 3.ed. - [Reimpr.]. - Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2013. ISBN 978-85-277-2054-0 1. Geriatria. 2. Gerontologia. I. Freitas, Elizabeth Viana de, 194711-3853. CDD: 618.97 CDU: 616-053.9

GOUVÊA, E. DE C. D. P. et al. Tendência da mortalidade por doença renal crônica no Brasil: estudo ecológico. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 32, p. e2023313, 27 nov. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222023000300010.PT>.

HAMIDA, H. B; HAMIDA, L. B; WEISS, T. M; KAZY SOM, W. B; SANTOS E SILVA, F. A. Avaliação da função renal em hipertensos e diabéticos da ubsf praeiro em cuiabá-mt. COORTE - Revista Científica do Hospital Santa Rosa, [S. l.], n. 09, 2019. DOI: 10.52908/coorte.v0i09.118. Disponível em: <https://revistacoorte.com.br/index.php/coorte/article/view/118>. Acesso em: 16 jan. 2024.

LIMA, A. De G. T.; QUEIROZ, X. S. B. A.; ANDRADE, L. S. dos S. et al.. Assistência de saúde aos pacientes idosos com comprometimento renal: revisão da literatura. Anais do IX Congresso Internacional de Envelhecimento Humano - CIEH... Campina Grande: Realize Editora, 2022. ISSN: 2318-0854. Disponível em: <<https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/86462>>. Acesso em: 15/10/2024 18:05

MELO, L. A.; BRAGA L. C.; LEITE F. P. P. et. al. Fatores associados à multimorbidade em idosos: uma revisão integrativa da literatura. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol .2019. v. 22. n.1. p. 1-11. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180154>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/WvrXtNmYpyPzp3TBwVwS5Qx/?lang=pt#>. Acesso em 14 de outubro de 2024.

MOURA, Khaelson Andrey Barroso et al. Implementação e Impacto da Telemedicina em Áreas Remotas da Amazônia: Uma Alternativa Rápida e Eficiente no Contexto da Região Norte. In: XX Congresso Médico Amazônico - Belém - Pará, 2024. Disponível em: <<https://doity.com.br/anais/xxcma/trabalho/376172>>. Acesso em: 15/11/2024.

SANTOS, KAS; SOUZA, WB; SILVA, CS; ALVES, A. do A.; FORTES, GN; FORTES, MF; OLIVEIRA, PM; VALENTE, ARPD Principais intercorrências durante sessões de hemodiálise em pacientes com comorbidades / Principais complicações durante sessões de hemodiálise em pacientes com comorbidades. Revista Brasileira de Desenvolvimento , [S. l.] , v. 2, pág. 14066–14079, 2021. DOI: 10.34117/bjdv7n2-162. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/24441>. Acesso em: 16 nov. 2024.

SBN, Sociedade Brasileira de Nefrologia. Tratamento conservador da Doença Renal Crônica. 2019. Disponível em: <https://www.sbn.org.br/noticias/single/news/tratamento-conservador-da-doenca-renal-cronica/>. Acesso em 01 de janeiro de 2024.

SILVA, P. C. G. da .; BASTOS, W. D. G. . Assistência de enfermagem ao portador de doença renal crônica na unidade de terapia intensiva. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*, [S. l.], v. 12, n. 38, p. 257–267, 2022. DOI: 10.24276/rrecien2022.12.38.257-267. Disponível em: <https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/633>. Acesso em: 15 out. 2024.

VILAR, A. J.; PALHETA, J. M. Breve história da nefrologia na fundação Santa Casa De Misericórdia do Pará Região Norte do Brasil. *Observatório de la economía latinoamericana*, [S. l.], v. 21, n. 10, p. 15312–15331, 2023. DOI: 10.55905/oelv21n10-043.

Disponível em: <https://ojs.observatoriolatinoamericano.com/ojs/index.php/olel/article/view/1451>. Acesso em: 15 out. 2024.

ZAMBELLI, C. M. S.; GONÇALVES, R. C.; ALVES, J. T. M. et. al. Diretriz BRASPEN de Terapia Nutricional no Paciente com Doença Renal. *BRASPEN J* 2021. n.36 (2o Supl 2): p.2-22 DOI: 10.37111/braspenj.diretrizRENAL. Disponível em: <https://sbn.org.br/medicos/utilidades/diretrizes/>

Uma viagem pelas vozes e saberes
que emergem da Amazônia,
revelando práticas de cuidado
ancestral e inovações na enfermagem
pós-graduação.

