

DeCiência EM FOCO

*Curricularização da
Extensão: fortalecendo
a integração com
a comunidade.*



DÊCIÊNCIA EM FOCO: revista de Publicação Científica da UNINORTE e UNIRON – V.6 N.2 (Jul/Dez 2022). – Rio Branco, Acre, Brasil.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Dirigentes Institucionais

Renato Barcelo

Reitor

Ailton Martins Melo

Vice-Reitor

Juliano Raimundo Cavalcante

Pró-Reitor Acadêmico

André Mejia Camêlo

Pró-Reitor de Relacionamento de Mercado

Lucinéia Scramin Alves

Secretária Geral

UNIRON

André Mejia Camêlo

Diretor Administrativo

Sandra Maria Carvalho Barcelos

Diretora de Acadêmica

Campus Cidade Universitária

BR 364, Km 02, Alameda Hungria, 200 - bairro: Jardim Europa II

CEP: 69.915-497 - Rio Branco - Acre

Editora Geral:

Eufrasia Santos Cadorin

Editores de Seção:

Douglas José Angel

Editor de Layout:

Vander Magalhães Nicacio

Editora de Sistema:

Érica Cristine de Oliveira Carvalho Wertz

Corpo Editorial:

Barbara Manzatti

Celso Ritter

Lucyana Oliveira de Melo

Luiz Fernando Borja

Marcuce Santos

Ruth Silva Lima da Costa

ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR EM MENORES DE 24 MESES ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO PEDIÁTRICO DE UMA UNIVERSIDADE PRIVADA DO SUL DE SANTA CATARINA

COMPLEMENTARY FEEDING IN MINORS UNDER 24 MONTHS SERVED IN A PEDIATRIC AMBULATORY OF A PRIVY UNIVERSITY OF SOUTHERN SANTA CATARINA

Maria Eduarda Medeiros¹. Cibele Peixoto Flesch². Franciele Martins³. Andriele Aparecida da Silva Vieira, Dra⁴. Lalucha Mazzucchetti, Dra^{5*}.

¹ Acadêmica em Nutrição - Universidade do Sul de Santa Catarina. Santa Catarina, Brasil, Id orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0707-0979>, mamemedeiros@hotmail.com

² Acadêmica em Nutrição - Universidade do Sul de Santa Catarina. Santa Catarina, Brasil, Id orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5980-0799>, cibflesch@gmail.com

³ Acadêmica em Nutrição – Universidade do Sul de Santa Catarina. Santa Catarina, Brasil, Id orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6979-991X>, francieletb14@gmail.com

⁴ Doutora. Nutrição. Universidade do Sul de Santa Catarina. Santa Catarina, Brasil, Id orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6607-5353>, andriele-vieira@hotmail.com

⁵ Doutora. Nutrição. Universidade do Sul de Santa Catarina. Santa Catarina, Brasil, Id orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9649-5727>, laluchamazucchetti@gmail.com

*Autor correspondente: laluchamazucchetti@gmail.com

RESUMO

Objetivo: avaliar a AC de crianças menores de 24 meses atendidas em um ambulatório pediátrico de uma universidade privada do sul de Santa Catarina, no ano de 2019, em relação as recomendações estabelecidas pelo Guia Alimentar para Menores de dois anos (GA).

Materiais e métodos: estudo transversal, com dados secundários, oriundos de prontuários individuais. Informações sobre a AC foram coletadas em um formulário com questões desenvolvidas pelos pesquisadores e adaptadas do instrumento de Oliveira *et al.* (2015). As análises foram realizadas no STATA 16.1.

Resultados: verificou-se, entre os 191 prontuários, que 49,74% das crianças eram amamentadas na última consulta avaliada e grande parte recebeu introdução precoce da AC. Após os seis meses, constatou-se baixo consumo de frutas (54,36%), carnes (41,38%), feijão (37,84%), legumes/verduras (29,93%/ 17,39%) e, em contrapartida, elevado em mingau (28,10%), biscoitos (19,46%) e ultra processados-(22,22%).

Conclusões: grande parte das crianças não receberam o AM e a AC conforme as orientações descritas no GA. Faz-se necessário a promoção das informações do guia instrutivo para as famílias brasileiras.

Palavras-chave: Alimentação complementar. Consumo alimentar. Lactente. Aleitamento materno.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the complementary feeding of children under 24 months attended in a pediatric outpatient clinic of a private university in the south of Santa Catarina, in 2019, in relation to the recommendations established by the Food Guide for Children (GC) under two years of the Ministry of Health.

Methods: observational, cross-sectional, and analytical study, which used secondary data as a source of information from the individual records of children under 24 months.

Results: it was found, among the 191 medical records, that 49.74% of the children were breastfed in the last consultation evaluated and most of them received early introduction of CF. After six months, there was low consumption of fruits (54.36%), meat (41.38%), beans (37.84%), vegetables (29.93%/17.39%) and on the other hand, high in porridge (28.10%), cookies (19.46%) and ultra-processed products (22.22%).

Conclusion: most children did not receive breastfeeding and CF according to the guidelines described in the GC. It is necessary to promote information in the instructional guide for Brazilian families.

Keywords: Complementary feeding. Food consumption. Nursling. Breastfeeding.

INTRODUÇÃO

A alimentação é um processo voluntário que envolve vários determinantes¹ (Brasil, 2010). Ao nascer, a criança não possui autonomia de escolha e precisa ser alimentada por seus responsáveis, sendo o aleitamento materno (AM) a via mais adequada às necessidades fisiológicas e nutricionais². Segundo a *World Health Organization* (WHO), o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) é recomendado nos primeiros seis meses de vida e continuado até os dois anos de idade. Após os seis meses, orienta-se a introdução da Alimentação Complementar (AC) visando garantir as necessidades individuais^{3,4}.

O AM previne o desenvolvimento de muitas doenças ao longo da vida da criança amamentada como a *diabetes mellitus*, anemia, obesidade, desnutrição e alergias. Apesar dos benefícios, a literatura relata que

muitas mães entendem que a oferta exclusiva deste alimento não supre as necessidades da criança e, dessa forma, começam a introdução alimentar precocemente, ou seja, antes dos seis meses de idade. Este ato expõe a criança a infecções gastrointestinais, que dificultam a absorção de nutrientes. O consumo de alimentos e água contaminados, podem causar diarreias e vômitos, desnutrição, e maior suscetibilidade a internação hospitalar^{5,6}.

A AC tem como objetivo complementar o leite materno e não o substituir, devendo ser feita no momento correto. Enquanto a oferta precoce suscitibiliza a criança a contaminações, doenças e redução da frequência de AM, a oferta tardia predispõe ao aparecimento da desnutrição, devido à falta de nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento^{7,8}.

Ao longo dos seis primeiros meses de vida, a criança passa por diversas modificações fisiológicas e neuromusculares em seu processo de crescimento e desenvolvimento que se correlacionam com a alimentação. Aos quatro meses de idade, ela não tem independência para manter-se sentada sem apoio e não controla sua cabeça e pescoço. Aos cinco meses, consegue firmar o pescoço e sentar-se sem apoio. Aos sete meses pega os alimentos, levando-os até a boca e surgem os dentes; aos nove meses, tem a habilidade de fazer com os dedos o movimento de pinça, facilitando a pega dos alimentos; aos 12 meses, já consegue mastigar alimentos mais duros, pois os dentes já estão mais formados. A alimentação deve evoluir de forma gradativa com os avanços corporais^{1,2,5,9,10}.

No que se refere a questão nutricional, em cada fase da vida, identifica-se uma quantidade necessária de energia e nutrientes para ser ingerida¹¹. A AC deve contemplar estas necessidades para garantir a manutenção da saúde.

Um estudo feito por Bortolini, Gubert e Santos¹², que avaliou 4322 lactentes, mostrou baixo consumo de frutas, verduras e carnes, além de um elevado consumo de alimentos ultraprocessados, como, doces, biscoitos, salgadinhos e refrigerantes, que não são recomendados para tal idade. A oferta desses alimentos pode estar relacionada à baixa escolaridade familiar. A dificuldade na compreensão das informações recebidas,

bem como na leitura e interpretação das informações nutricionais pode atuar com um relevante obstáculo na escolha dos alimentos ofertados as crianças.^{6,13}.

Tendo por base a importância da alimentação nos primeiros anos de vida, o Ministério da Saúde (MS) disponibilizou para a população materiais com orientações para alimentação de menores de 24 meses. Na publicação “Guia alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos” (GA) verifica-se orientações quanto a variedade dos grupos alimentares, textura e frequência dos alimentos a serem ofertados, cuidados higiênico-sanitários, entre outros⁵. Da mesma forma, materiais de orientação do processo de introdução da AC foram divulgados previamente pela Organização Mundial de Saúde (OMS)⁴.

Considerando o exposto, delineou-se a presente pesquisa que teve como objetivo avaliar a AC das crianças menores de 24 meses atendidas em um ambulatório pediátrico de uma universidade privada do sul de Santa Catarina, no ano de 2019, em relação as recomendações estabelecidas pelo Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional, do tipo transversal descritivo, que utilizou como fonte de informações dados secundários, oriundos dos prontuários

individuais das crianças menores de 24 meses atendidas em um Ambulatório de Saúde da Criança de uma Universidade privada do Sul de Santa Catarina. Salienta-se que esta pesquisa faz parte de um projeto maior intitulado “Avaliação alimentar e nutricional de menores de 24 meses atendidos em um Ambulatório de Saúde da Criança no ano de 2019”.

Os critérios utilizados para inclusão dos participantes na pesquisa foram: a) Ter realizado a primeira consulta no Ambulatório da Saúde da Criança entre os meses de janeiro e dezembro de 2019; b) Crianças com idade de zero a 24 meses; c) Ambos os sexos; d) Ter prontuário disponível no Ambulatório da Saúde da Criança, com informações de peso e comprimento; e) Entregar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) devidamente preenchido e assinado, caso os pacientes se encontrassem no ambulatório no momento da coleta de dados.

Os critérios utilizados para exclusão dos participantes na pesquisa foram: a) Apresentar limitações que pudessem gerar a necessidade de cálculo de peso ou comprimento estimados; b) Condições patológicas pré-existentes ao nascimento (ex: Síndrome de Down, paralisia cerebral, tireoidopatias) que pudessem ter influência direta nas medidas antropométricas de peso ou comprimento

estimados; c) Pacientes em uso de medicamentos contínuos que pudessem causar alterações ponderais (ex: corticoides); d) Crianças nascidas prematuras (<37 semanas) ou pequenas para idade gestacional (<2500g); e) Crianças com distúrbios metabólicos como erros inatos do metabolismo ou alergias alimentares, que pudessem alterar a exposição ao AM; f) Apresentar informações biológicas e antropométricas incompletas e/ou incoerentes no prontuário, que pudessem comprometer a qualidade dos dados da pesquisa.

A coleta dos dados, que ocorreu no mês de agosto de 2020, foi realizada por três acadêmicas do curso de nutrição devidamente treinadas para tal função. Os prontuários foram separados para avaliação pelas funcionárias do ambulatório e, após a análise foram devolvidos para arquivamento. Este procedimento de avaliação dos documentos ocorreu dentro do próprio ambulatório e objetivou minimizar os riscos de perdas. Todos os prontuários que atenderam aos critérios de inclusão foram inseridos na pesquisa (N= 246). Foram retirados da análise 55 prontuários em decorrência dos critérios de exclusão estabelecidos. O total incluído na pesquisa foi de 191.

No que se refere ao instrumento de coleta de dados, foi utilizado um formulário

padrão, que incluiu parte das questões desenvolvidas pelos pesquisadores e parte adaptada do instrumento proposto por Oliveira *et al.*¹⁴. Os desfechos primários avaliados se relacionaram a AC, sobre quais alimentos foram oferecidos além do leite materno, consumo hídrico, chá (com ou sem adição de açúcar), suco (natural, industrializado ou em pó), refrigerante e café. Foi avaliado se houve oferta de preparações lácteas, como mingau, e quais ingredientes foram adicionados a ele, além do consumo de frutas, verduras, legumes e sobre as consistências alimentares adotadas. Em relação as preparações salgadas, conforme preconiza o Ministério da Saúde (MS), avaliou-se como eram ofertadas (igual à da família, industrializada, preparada apenas para a criança) e a consistência (amassada, em pedaços, liquidificada ou peneirada) além da oferta de algum ultra processado (ex.: miojo, *nuggets*, salsicha). As variáveis secundárias se relacionaram com dados sociodemográficos e características clínicas das crianças.

Tabela 1. Número e porcentagem de menores de 24 meses (N=191) atendidos em um Ambulatório pediátrico no ano de 2019, segundo variáveis sociodemográficas e características do aleitamento materno.

Variável	Número	Porcentagem
Sexo		
Feminino	93	48,69
Masculino	98	51,31
Faixa etária (meses)		

Na descrição dos dados foram utilizadas frequências absolutas (n) e relativas (%) para variáveis qualitativas e medidas de tendência central e dispersão para as quantitativas. No caso das variáveis sobre AM, valores por ponto e intervalos com 95% de confiança foram avaliados. A normalidade foi verificada por meio do teste de *Shapiro-Wilk*. O banco de dados foi elaborado no *Excel* e as análises foram realizadas por meio do software *Stata* 16.1¹⁵.

A presente pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa, sob o parecer nº 4.165.849 de 21 de julho de 2020.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na presente pesquisa foram avaliados um total de 191 prontuários de crianças menores de 24 meses. A idade mediana foi de 236 dias (P25: 145; P75: 356 dias), variando entre 13 e 680 dias. Destas crianças, 98 (51,31%) foram do sexo masculino e 80 (41,88%) tinham idade entre seis e 12 meses (Tabela 1).

Menores de seis	68	35,60
Entre seis e 12	80	41,88
Maiores de 12	43	22,51

Aleitamento materno exclusivo (AME) *(n=172)

Sim	146	83,43
Não	26	16,57

Aleitamento materno (AM)

Sim	149	78,01
Não	42	21,99

Legenda: *: Números variam em função da ausência de preenchimento no prontuário.

Na Tabela 1, identifica-se que 146 (83,43%) crianças receberam AME em algum momento da vida. Dentre os 122 casos em que o tempo de AME esteve disponível, a mediana foi de 120 dias (P25: 60; P75: 180 dias), tendo variado entre dois e 270 dias.

De acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) 2006¹⁶, a prevalência de AME entre as crianças menores de seis meses foi de 38,6%. Verificou-se ainda que, 48,0% das crianças foram amamentadas apenas por três meses. Esses valores se mostram muito aquém da recomendação do MS e da OMS, que seria de seis meses^{3,4,5,17}.

Observou-se ainda que 149 crianças (78,01%; IC95%: 71,46 – 83,67%) receberam AM em algum momento da vida (Tabela 1). A duração mediana entre estas 149 crianças amamentadas foi de

150 dias (P25:90; P75: 236 dias) e variou entre zero e 635 dias.

Com relação ao AM, na pesquisa realizada pela PNDS foi encontrado que 95% das crianças haviam sido amamentadas em algum momento da vida, sendo este valor inferior na região Sul (91,20%)¹⁶. A pesquisa mostrou ainda que 42,90% das crianças receberam AM na primeira hora de vida¹⁶. Esta simples ação diminui a morte neonatal, como mostrou o estudo realizado por Edmond *et al.*¹⁸, que avaliou 10947 bebês, e apresentou que 22% de mortes neonatais poderiam ser evitadas se acontecesse a amamentação na primeira hora de vida.

Na Figura 1 estão apresentados os tipos de leite utilizados no momento da última consulta por 186 das crianças avaliadas. Verificou-se valores próximos de leite materno (32,80%) e fórmula infantil (31,18%).

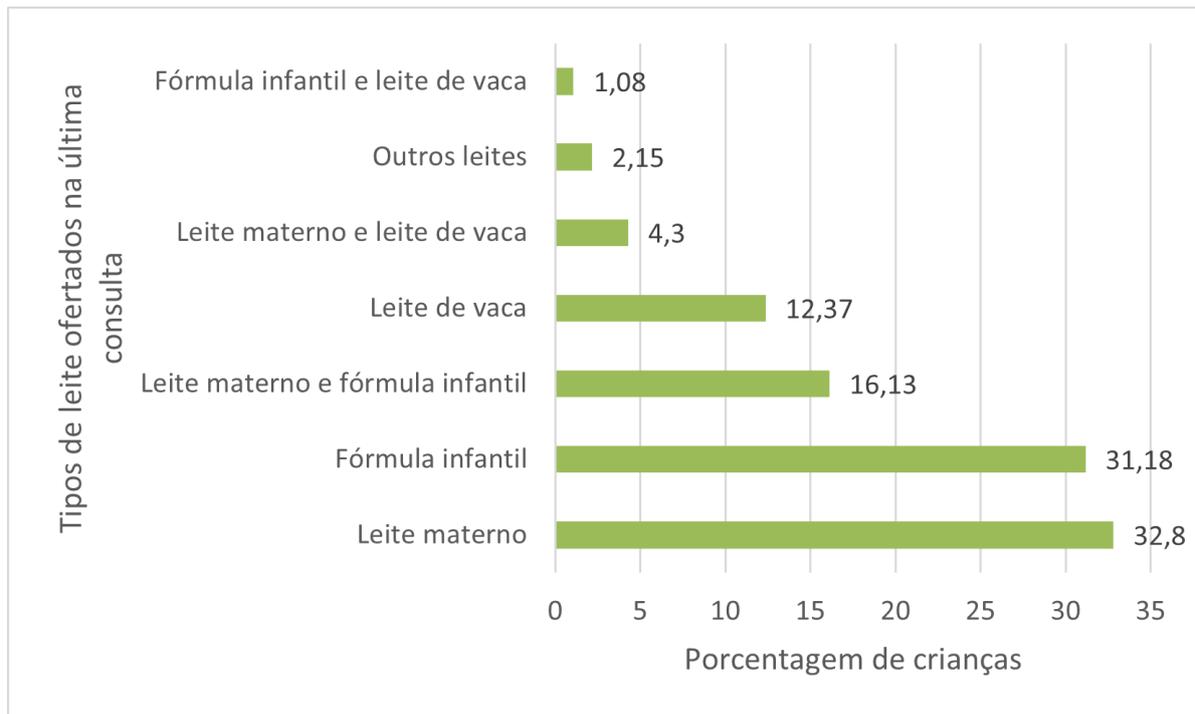


Figura 1. Número de menores de 24 meses (N=186) atendidos em um Ambulatório pediátrico no ano de 2019, segundo o tipo de leite ofertado no momento da última consulta realizada.

No que se refere aos outros tipos de leite, além do materno, utilizados pelos menores de 24 meses, o MS⁵, aponta que a composição da fórmula não tem as mesmas propriedades e benefícios nutricionais e imunológicos do leite materno. Outro leite utilizado foi o de vaca, sendo que ele possui uma elevada quantidade de proteína, aumenta a excreção de cálcio pela urina, sobrecarrega os rins, além de outras trazer complicações, como alergias, complicações no trato gastrointestinal e pode estar relacionado ao

desenvolvimento de atopia, especialmente entre os menores de seis meses^{5,19,20}.

Por meio da Tabela 2 verificou-se a introdução precoce de alimentos antes dos seis meses de vida. Em ordem decrescente estão os leites e derivados (71,70%); frutas (34,38%); mingau (26,15%); papa salgada (16,39%); verduras e legumes (11,86%); massas ou cereais (11,67%); bebidas adoçadas (chás adoçados, suco em pó, refrigerante) (6,78%); bolachas e pães (5,36%); feijão (3,51%); e carnes e ovos (1,79%).

Tabela 2. Número e porcentagem de menores de 24 meses (N=191) atendidos em um Ambulatório pediátrico no ano de 2019, segundo os alimentos introduzidos antes dos seis meses de vida.

Variável	Sim		Não	
	N	%	N	%
Leite e derivados *(n=106)	76	71,70	30	28,30
Frutas*(n=64)	22	34,38	42	65,63
Mingau *(n=65)	17	26,15	48	73,85
Papa salgada *(n=61)	10	16,39	51	83,61
Verduras e legumes *(n=59)	07	11,86	52	88,14
Arroz, batata, macarrão *(n=60)	07	11,67	53	88,33
Bebidas adoçadas (chá, suco, refrigerante, café, outros) *(n=59)	04	6,78	55	93,22
Bolachas e pães *(n=56)	03	5,36	53	94,64
Feijão *(n=57)	02	3,51	55	96,49
Carnes e ovos *(n=56)	01	1,79	55	98,21

Legenda: N: número; %: porcentagem; *:Números variam em função da ausência de preenchimento no prontuário.

De acordo com a OMS^{3,4}, até os seis meses de vida, a alimentação da criança deve ser composta exclusivamente de leite materno, pois a introdução precoce de alimentos pode resultar em consequências danosas a saúde da criança. Um estudo realizado em 2011, na cidade de Cuiabá-MT, que avaliou 113 lactentes, mostrou da mesma forma introdução precoce de alimentos. Segundo os autores, todas as crianças receberam alimentos ou líquidos antes dos seis meses de idade, sendo água (86,70%), papa salgada (69,0%), chás (68,10%), sucos (67,30%), iogurte (60,20%), caldos (60,20%), leite em pó (59,30%), alimentação da família (38%),

leite de vaca integral (15,90%), bolacha/pão (45,10%)²¹.

Na Tabela 3 observa-se os alimentos ofertados na AC, após os seis meses de vida. No grupo das bebidas, 102 (56,67%) crianças ainda recebiam leite materno, 61 (43,57%) tomavam água, 43 (28,10%) faziam o consumo de mingau. No que se refere ao mingau, observou-se relatos da inclusão de ingredientes como, açúcar, farinha de aveia, farinhas de cereais instantâneos com açúcar (de arroz, milho e outros) e leite de vaca. A análise da consistência (textura) do mingau mostrou que ele era oferecido na forma líquida por meio de mamadeira (dados não apresentados na tabela).

Um estudo realizado no Acre, no ano de 2011, apresentou que as famílias

priorizavam a oferta de mingau as crianças, sendo que 48% delas consumiam a preparação de três a quatro vezes ao dia²². Outro estudo realizado no estado de São Paulo, que teve como objetivo caracterizar o consumo alimentar de lactentes, mostrou elevado consumo de mingau (doce/salgado), sendo este de 41,60%

entre os lactentes não amamentados, e de 32,10% entre os amamentados²³. De acordo com o GA, deve-se evitar alimentos como mingau, visto que, apesar de parecer ser saudável pelo termo “cereal”, é uma preparação que utiliza alimento ultraprocessado em sua grande maioria⁵.

Tabela 3. Número e porcentagem de menores de 24 meses (N=191) atendidos em um Ambulatório pediátrico no ano de 2019, segundo os alimentos ofertados na alimentação complementar.

Variável	Sim		Não	
	N	%	N	%
Bebidas				
Leite do peito *(n=180)	102	56,67	78	43,33
Água *(n=140)	61	43,57	79	56,43
Mingau *(n=153)	43	28,10	110	71,90
Suco natural de frutas *(n=148)	09	6,08	139	93,92
Café *(n=147)	07	4,76	140	95,24
Chá *(n=144)	07	4,86	137	95,14
Suco de fruta industrializado *(n=147)	05	3,40	142	96,90
Refrigerante *(n=147)	01	0,68	146	99,32
Frutas				
Maçã, banana, morango, mamão	81	54,36	68	45,64
Carnes e ovos				
Carne *(n=145)	60	41,38	85	58,62
Ovos (clara e gema) *(n=135)	14	10,37	121	89,63
Ovos (clara de ovo) *(n=75)	-	-	75	100
Ovos (gema de ovo) *(n=77)	02	2,60	75	97,40
Verduras e legumes				
Abóbora, cenoura, brócolis *(n=137)	41	29,93	96	70,07
Verduras ou folhas *(n=138)	24	17,39	114	82,61
Cereais, tubérculos e leguminosas				
Feijão ou lentilha *(n=148)	56	37,84	92	62,16
Arroz, batata, aipim *(n=144)	72	50,00	72	50
Ultraprocessados				

Bolacha, biscoito, salgadinho *(n=149)	29	19,46	120	80,54
Bala, pirulito, guloseimas *(n=145)	03	2,07	142	97,93
Miojo *(n=144)	01	0,69	143	99,31
Salsicha, linguiça ou nuggets *(n=144)	-	-	144	100

Legenda: N: número; %: porcentagem; *:Números variam em função da ausência de preenchimento no prontuário.

Observou-se ainda que as crianças consumiam suco de fruta natural (6,08%), café (4,76%), chá (4,86%), suco de fruta industrializado (3,40%) e refrigerantes (0,68%) (Tabela 3). Uma pesquisa realizada em escolas de Pelotas/RS, que avaliou 73 crianças com idade entre um e três anos, mostrou que 14% faziam consumo de suco natural²⁴, ou seja, um valor acima do observado em Tubarão. Valores superiores aos encontrados na presente pesquisa foram citados no estudo de Bortolini, Gubert e Santos¹², que encontraram que 32,50% das crianças avaliadas consumiam suco natural diariamente. Segundo o GA, nessa faixa etária deve-se priorizar a oferta de água. As bebidas adoçadas por apresentarem grande quantidade de açúcar, são indicadas após os dois anos de idade. Deve-se evitar chás pretos ou guaraná, pois dificultam a absorção de ferro e cálcio, e por possuírem cafeína (substância estimulante) pode deixar a criança agitada. Quanto ao suco, é importante priorizar a fruta *in natura*, pois normalmente esse suco costuma estar

adoçado, e está relacionado ao aumento de peso e desenvolvimento de caries⁵.

Quanto ao grupo das frutas, 81 (54,36%) crianças consumiam algum tipo, como maçã, banana, morango, mamão (Tabela 3). Em relação a forma com que era oferecida, obteve-se maior relevância na consistência amassada (35,81%) (dados não apresentados na tabela). Um estudo realizado por Bortolini, Gubert e Santos¹², apresentou que das 4322 crianças avaliadas, 44,60% faziam o consumo de frutas. Segundo a PNDS apenas 40% das crianças avaliadas consumiam frutas, legumes e verduras, mostrando que o padrão de consumo era baixo nesse seguimento etário¹⁶. Conforme o GA, deve-se priorizar frutas de época, que são mais saborosas e apresentam menor custo. Elas devem ser oferecidas sem açúcar e com textura amassada e/ou raspadas ou em pequenos pedaços para estimulação oral da criança⁵.

Quanto ao grupo das carnes e ovos, 60 (41,38%) crianças consumiam algum tipo de carne e 14 (10,37%) consumiam ovos inteiros (gema e clara) (Tabela 3). Santos *et al.*²⁵, realizaram uma pesquisa no

Hospital Municipal de Imperatriz, no Maranhão, para conhecer a alimentação das 174 crianças menores de um ano internadas e encontraram que de seis a 12 meses, 17,80% faziam consumo de carne. Bortolini, Gubert e Santos¹², verificaram que o consumo de carnes realizado pelas crianças era de 24,60%. Segundo o GA, todos os tipos de carnes podem ser oferecidos a crianças a partir dos seis meses de idade, devendo-se apenas ter cuidados com o cozimento, para não servir de forma crua e malpassada e retirar as partes gordurosas⁵.

No grupo de legumes e verduras, 24 (17,39%) crianças consumiam verduras ou folhas e 41 (29,93%) consumiam legumes (Tabela 3). No estudo realizado por Santos *et al.*²⁵, 40 (23%) crianças de até um ano recebiam legumes e Bortolini, Gubert e Santos¹² encontraram que 12,70% consumiam verduras de folhas e 21,80%, legumes. Segundo o GA, este grupo de alimentos deve estar presente em pelo menos todas as principais refeições da criança (almoço e jantar). Eles costumam ser menos aceitos pelas crianças, por isso é válido lembrar que os pais possuem uma grande responsabilidade em oferecer e dar exemplo⁵.

No grupo dos feijões, 56 (37,84%) crianças consumiam feijão ou lentilha (Tabela 3). Segundo Bortolini, Gubert e

Santos¹², a prevalência do consumo de feijão em seu estudo foi de 66,20% e um estudo realizado com 36 crianças em Picos/PI, encontrou 66,60% faziam consumo²⁶. Segundo o GA, todos os tipos de feijão ou leguminosas devem ser oferecidos não apenas o caldo, a partir dos seis meses⁵.

No grupo dos cereais, massas, tubérculos e raízes, 72 (50%) crianças consumiam arroz, batata, macarrão ou aipim (Tabela 3). No estudo de Bortolini, Gubert e Santos¹², se verificou que 77,40% das crianças consumiam arroz. Segundo o GA, os cereais além de apresentar facilidade em seu preparo, tem o cozimento rápido e grande quantidade de carboidratos⁵.

Com relação a comida de sal (sopa, papinhas), 93 (56,71%) crianças consumiam esse tipo de refeição (dados não apresentados na tabela). O GA promove alimentação adequada e saudável para as crianças. Quanto a consistência, à luz das diretrizes atuais, recomenda-se que, no primeiro momento deva ser ofertada de alimentos amassados, evoluindo para pedaços pequenos, estimulando a mastigação e, por fim, com pedaços maiores, com mesma apresentação à comida de família, neste caso para as crianças com mais de 12 meses de idade.⁵

Quanto aos industrializados e ultraprocessados verificou-se que 29 (19,46%) crianças consumiam bolachas, biscoitos e trêz (2,07%) consumiam bala ou pirulito, um (0,69%) consumiu miojo (Tabela 3). Bortolini, Gubert e Santos¹², verificaram elevado consumo de alimentos não recomendados, como doces (21,40%), biscoitos (46,30%); salgadinhos (8,50%) e refrigerantes (22,10%). Da mesma forma Santos *et al.*²⁵, encontraram o consumo de alimentos adoçados com açúcar (18,40%) e de bolacha ou salgadinho (16,70%). Segundo o GA, o consumo dos alimentos ultraprocessados não é recomendado antes dos dois anos e não deve fazer parte da alimentação da criança, uma vez que eles apresentam um processamento muito grande, com elevado teor de sal, açúcar, gorduras e aditivos alimentares (corantes, conservantes). O excesso do consumo desses alimentos está relacionado a problemas como hipertensão, diabetes, câncer, obesidade e caries dentárias⁵. Como limitações da presente pesquisa estão, a ausência de informações sociodemográficas dos responsáveis pelas crianças, a ausência de padronização das variáveis relacionadas ao AM e AC nos prontuários e possível subnotificação desses dados. Todavia, um ponto forte a ser mencionado refere-se à utilização de todos os

prontuários disponíveis no ano de 2019, fato este que torna os resultados representativos da população deste ambulatorio.

CONCLUSÃO

Verificou-se na presente pesquisa que grande parte das crianças menores de 24 meses avaliadas não recebeu a AC, segundo as recomendações do GA. Observou-se ainda que AC foi introduzida de forma precoce e no que se refere ao consumo após os seis meses de vida, apresentou baixo consumo de frutas e verduras e, em contrapartida, excesso de biscoitos, mingau e ultra processados. Apesar disso, pela avaliação dos itens ofertados, pode-se entender que ainda prevalece a oferta de refeições estruturadas, que são grupos importantes ao desenvolvimento e crescimento infantil.

É preciso que haja maior conscientização quanto a importância da alimentação infantil no crescimento, desenvolvimento e prevenção de doenças ao longo da vida. Salienta-se ainda, e sobre a necessidade de divulgação do GA, como fonte de suporte teórico para os pais e responsáveis pelas crianças.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da**

- saúde na atenção básica.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTI4OQ==>>.
2. VITOLO, M. R. **Nutrição da Gestação ao Envelhecimento.** 2.ed. Rio de Janeiro: Rubio; 2015.
 3. WHO. World Health Organization. **Global strategy for infant and young child feeding: the optimal duration of exclusive breastfeeding.** World Health Assembly, 54. Geneva: World Health Organization, 2001. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/78801>>.
 4. WHO. World Health Organization. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices: Part 1 definitions.** Geneva: World Health Organization; 2008. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43895/?sequence=1>>.
 5. BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos.** Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTQ0Ng==>>.
 6. SCHINCAGLIA, R. M. et al. Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. **Epidemiol Serv Saúde.** 2015; 24(3): 465-74. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000300012>. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742015000300012&lng=en&tlng=pt>.
 7. GURMINI, J. et al. Análise da alimentação complementar em crianças entre 0 e 2 anos de escolas públicas. **Rev Med UFPR.** 2017; 4(2): 55-60. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/rmu.v4i2.55187>. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/revmedicaufpr/article/view/55187/33467>>.
 8. MONTE, C. M. G.; GIUGLIANI, E. R. J. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. **J Pediatr.** 2004; 80(5 suppl): s131-s41. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0021-75572004000700004>. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0021-75572004000700004>>.
 9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de atenção Básica. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.** Cadernos de atenção básica n.11. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf>.
 10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar.** Cadernos de Atenção Básica; n. 23. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTE5OQ==>>.
 11. IOM. Instituto of Medicine. **Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fatty acid,**

- colesterol, Protein, and Aminoácids.** Washington: DC; The National Academies Press; 2005. Disponível em: <https://www.nal.usda.gov/sites/default/files/fnic_uploads/energy_full_report.pdf>.
12. BORTOLINI, G. A.; GUBERT, M. B.; SANTOS, L. M. P. Consumo alimentar entre crianças brasileiras com idade de 6 a 59 meses. **Cad Saúde Pública.** 2012; 28(9): 1759-71. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csp/2012.v28n9/1759-1771/#>>.
13. DALLAZEN, C. et al. Introdução de alimentos não recomendados no primeiro ano de vida e fatores associados em crianças de baixo nível socioeconômico. **Cad. Saúde Pública.** 2018; 34(2): e00202816. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00202816>. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00202816>>.
14. OLIVEIRA, J. M. et al. Avaliação da alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida: proposta de indicadores e de instrumento. **Cad. Saúde Pública.** 2015; 31(2): 377-94. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00209513>. Disponível em: <http://old.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2015000200377&script=sci_abstract&tlng=pt>.
15. STATA CORP. **Stata statistical software: release 16.** College Station: Stata Corporation; 2019.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança.** Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf>.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal.** Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009b. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4416.pdf>>.
18. EDMOND, K. M. et al. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. **Pediatrics.** 2006. 117(3): e380-6. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2005-1496>. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16510618/>>.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Aleitamento materno, distribuição de leites e fórmulas infantis em estabelecimentos de saúde e a legislação.** 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aleitamento_materno_distribricao_leite.pdf>.
20. GREER, F. R.; SICHERER, S. H.; BURKS, A, W. American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition; American Academy of Pediatrics Section on Allergy and Immunology; Effects of Early Nutritional Interventions on the Development of Atopic Disease in Infants and Children: The Role of

Maternal Dietary Restriction, Breastfeeding, Timing of Introduction of Complementary Foods, and Hydrolyzed Formulas. **Pediatrics** January 2008; 121 (1): 183–91. DOI: 10.1542/peds.2007-3022. Disponível em:<
<https://publications.aap.org/pediatrics/article/121/1/183/71045/Effects-of-Early-Nutritional-Interventions-on-the>>.

21. MARTINS, C. B. G. et al. Introdução de alimentos para lactentes considerados de risco ao nascimento. **Epidemiol. Serv. Saúde**. 2014; 23(1): 79-90. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000100008>. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000100008&lng=pt&nrm=iso>.
22. GARCIA, M.T.; GRANADO, F.S.; CARDOSO, M. A. Alimentação complementar e estado nutricional de crianças menores de dois anos atendidas no Programa Saúde da Família em Acrelândia, Acre, Amazônia Ocidental Brasileira. **Cad. Saúde Pública**. 2011; 27(2): 305-16. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200012>. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200012>>.
23. PASSANHA, A.; BENÍCIO, M. H. D.; VENANCIO, S. I. Caracterização do consumo alimentar de lactentes paulistas com idade entre seis e doze meses. **Ciênc. saúde coletiva**. 2020; 25(1): 375-85. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.00132018>. Disponível em:<
<https://www.scielo.br/j/csc/a/8hNsPxmqhJbyBYKCXpLWTGB/?lang=pt#>>.
24. NEVES, A. M.; MADRUGA, S. W. Alimentação complementar, consumo de alimentos industrializados e estado nutricional de crianças menores de 3 anos em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2016: um estudo descritivo. **Epidemiol Serv Saúde**. 2019; 28(1): e2017507. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742019000100019>. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000100019>>.
25. SANTOS, F. S. et al. Prácticas alimentarias entre niños menores de un año ingresados en hospital público. **Enferm glob**. 2019; 18(53): 464-98. DOI: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.1.301541>. Disponível em <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412019000100015&lng=es&nrm=iso>.
26. ARAÚJO, N. L. Alimentação dos lactentes e fatores relacionados ao aleitamento materno. **Rev. Rene**. 2013;14 (6): 1064-72. Disponível em: <
<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3711/2931>>.

A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE EM CONJUNTO COM A FAMÍLIA NO CUIDADO DO PACIENTE COM A DOENÇA DE ALZHEIMER

THE IMPORTANCE OF THE HEALTH TEAM TOGETHER WITH THE FAMILY IN THE CARE OF PATIENTS WITH ALZHEIMER'S DISEASE

Leonardo Iwakur^{1*}. Gilton da Silva Leão¹. Jair Alves Maia¹. Thiago Gomes Gonçalves².

1. Acadêmicos do Curso de Graduação em medicina do Centro Universitário Uninorte, Rio Branco – Acre, Brasil, 2023.

2. Médico e docente do curso de graduação em medicina do Centro Universitário Uninorte, Rio Branco – Acre, Brasil, 2023.

*Autor Correspondente: leo_iwakura@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Explicar a importância da família no cuidado do paciente com Mal de Alzheimer.

Método: Trata-se de uma revisão da literatura com abordagem qualitativa e descritiva.

Resultados: A doença de Alzheimer é considerada um problema de saúde pública mundial e no Brasil vem aumentando consideravelmente devido ao aumento da expectativa de vida da população. O apoio familiar influencia tanto na qualidade de vida do paciente quanto em sua evolução clínica.

Conclusão: Ressalta-se que o presente artigo se mostrou bastante significativo, ao examinarmos o mal de Alzheimer, concluiu-se que a família exerce um papel de suma importância para desenvolver uma assistência qualificada para os pacientes com o Mal de Alzheimer.

Palavras – chave: Cuidados médicos. Doença de Alzheimer. Cuidador familiar.

ABSTRACT

Objective: To explain the importance of the family in the care of patients with Alzheimer's disease.

Method: This is a literature review with a qualitative and descriptive approach.

Results: Alzheimer's disease is considered a worldwide public health problem and in Brazil it has been increasing considerably due to the increase in the population's life expectancy.

Conclusion: It is emphasized that this article was quite significant, when we examined Alzheimer's disease, it was concluded that the family plays a very important role to develop qualified care for patients with Alzheimer's disease.

Keywords: Medical care. Alzheimer's disease. Family caregiver.

INTRODUÇÃO

A Doença de Alzheimer afeta a vida não apenas do idoso portador da doença,

como também a de seus familiares, porque esses familiares passam a oferecer cuidados essenciais para o ente querido e às vezes não compreendem claramente o sofrimento do idoso e passa

a sofrer junto. Quando se instala no seio familiar, compromete o seu relacionamento afetivo e causa desgastes físicos e emocionais, gerando problemas que podem ser assistidos pela equipe de saúde, que pode contribuir com a educação em saúde de forma simples capacitando os familiares e cuidadores de idosos com mal de Alzheimer, para que os mesmos passem a cuidar de forma adequada e humanizada, para melhorar a qualidade de vida desses pacientes¹.

Sabe-se que o ser humano passa por vários processos durante sua vida, o processo natural de envelhecimento do ser humano faz com que o mesmo passe por alterações biológicas e psicobiologias, que quando relacionadas ao meio em que ele vive, podem estar relacionadas ao acontecimento de doenças crônico-degenerativas. Compreende-se que esquecimento benigno ou normal faz parte do processo de envelhecimento, sendo esse o esquecimento considerado normal, aos quais todas as pessoas estão sujeitas. Mas nesse bojo de mudanças que ocorrem com o envelhecimento pode surgir o mal Alzheimer, que requer uma assistência diferenciada por parte dos familiares, principalmente do cuidador².

A Doença de Alzheimer, é considerada uma doença neurodegenerativa crônica sendo a forma mais comum de demência, destaca-se que a doença se manifesta

lentamente e vai se agravando ao longo do tempo. Tendo como sintoma inicial a perda de memória de curto prazo, gerando dificuldades em recordar eventos recentes. Ressalta-se que a doença de Alzheimer acomete pacientes de idade mais avançada, todavia não há comprovações científicas de que a doença possa estar correlacionada somente ao processo de envelhecimento, destacando-se que menores de 65 anos de idade também podem ter a doença, salienta-se que nesses casos a condição é chamada de Alzheimer precoce³.

A doença de Alzheimer é considerada um problema de saúde pública mundial e no Brasil vem aumentando consideravelmente devido ao aumento da expectativa de vida da população. A doença de Alzheimer é considerada a forma mais comum de demência entre as pessoas idosas, responsável por 60-70% dos casos. Essa doença não possui uma cura definitiva e nenhum tratamento eficaz para impedir sua evolução, por isso é considerado um problema de saúde pública de difícil controle em todo o mundo⁴.

Anos após a descoberta da patologia, os casos tornaram-se cada vez mais comuns, em 2015 havia aproximadamente 29,8 milhões de indivíduos em todo o mundo portando a patologia. A doença geralmente inicia-se

em pessoas com idade superior a 65 anos, embora 4 a 5% dos casos tenham início precoce. Ademais, a doença afeta cerca de 6% das pessoas com ou mais de 65 ou mais anos de idade. Nos países desenvolvidos, o Alzheimer é uma das doenças com maiores custos sociais e econômicos por necessitar de longo período em cuidados paliativos⁵.

Com base na breve pesquisa realizada para iniciar a pesquisa, delineamos a problemática da pesquisa com a seguinte pergunta: “A família exerce um papel de suma importância para desenvolver uma assistência qualificada para os pacientes com o Mal de Alzheimer?”

Durante a prática médica em saúde do idoso, observamos que por não existir cura para esta patologia, o diagnóstico precoce é de suma importância para tentar preservar a capacidade mental e melhorar a qualidade de vida do paciente. Dessa forma observamos a necessidade de grande importância que a família exerce nos cuidados dos pacientes com a doença de Alzheimer, por isso, escolhemos pesquisar mais essa temática para a construção do nosso artigo.

Esta pesquisa é de grande relevância, pois irá contribuir com a divulgação do conhecimento referente a doença de Alzheimer. Contribuindo e incentivando a inserção da família no cuidado continuado dos pacientes acometidos pela doença.

Nesse sentido a nossa pesquisa teve como objetivo de explicar a importância da família no cuidado do paciente com Mal de Alzheimer.

MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de uma revisão da literatura com abordagem qualitativa e descritiva, onde foi revisado a literatura publicada em periódicos nacionais e internacionais referente ao mal de Alzheimer. Para a busca dos artigos científicos, foi realizado pesquisa nas seguintes bases eletrônicas de dados, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e *Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO). Além de outras fontes como livros, manuais do Ministério da Saúde e similares.

Os descritores utilizados para a busca dos artigos foram, mal de Alzheimer, processos de envelhecimento, epidemiologia, saúde do idoso, cuidados na doença de Alzheimer e assistência domiciliar. O recorte temporal das publicações pesquisadas foi definido entre o ano de 2010 a 2021. Dando maior relevância para as pesquisas mais atuais, por trazer as atualizações que a ciência tem descoberto nos últimos anos. Os critérios de inclusão foram: pesquisa de campo, estudos de caso, revisão sistemática, revisão narrativa, metanálise,

coorte observacional, estudos prospectivos e retrospectivos e outros estudos relevantes.

Após a seleção dos artigos foi analisado os títulos e os resumos de todos e selecionado os que se enquadraram nos critérios de inclusão e excluídos os que não se enquadraram nos critérios selecionados para a construção da presente pesquisa, referente ao mal de Alzheimer.

Os dados foram processados, organizados e armazenados em uma pasta no *Microsoft Word* (Office 2010) e em seguida foram analisados criteriosamente para em seguida dá início

na realização da descrição da presente pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O quadro abaixo apresenta os principais resultados das pesquisas referente aos cuidados da equipe de saúde e dos familiares ao cuidado com o paciente idoso que sofre com o mal de Alzheimer. Sendo que essa doença traz consequências para o paciente e para os cuidadores que passam a sofrer junto com o paciente, porque é uma doença de evolução lenta e que muda a rotina na vida do paciente.

QUADRO 1: Importância da família nos cuidados do paciente portador do mal de Alzheimer.

AUTOR/ANO	TÍTULO	OBJETIVO	RESULTADOS
VIZZACHI <i>et al.</i> , 2015 ⁶	A dinâmica familiar diante da doença de Alzheimer em um de seus membros	Compreender a dinâmica familiar quando há um portador de Alzheimer em domicílio	De acordo com o estudo 79,3% dos familiares que cuidavam de entes com doença de Alzheimer, apresentaram dificuldades para dimensionar as modificações que ocorrerão no decorrer da evolução da doença.
XIMENES <i>et al.</i> , 2014 ⁷	Doença de Alzheimer: a dependência e o cuidado	Conhecer a Doença de Alzheimer, a demanda de cuidados produzidos pela doença e seu impacto na vida do cuidador familiar	De acordo com este estudo para cuidar de uma pessoa com DA requer o conhecimento de “como fazer” e um adequado suporte estratégico, emocional e institucional.
LENARDT <i>et al.</i> , 2010 ⁸	O idoso portador da doença de Alzheimer: o cuidado e o conhecimento do cuidador familiar,	O estudo teve por objetivo revelar o sistema de conhecimento e cuidado de cuidadores familiares de idosos portadores da doença de Alzheimer.	Conforme este estudo identificou-se que o conhecimento dos cuidados sobre a doença de Alzheimer é limitado, assim pode dificultar o planejamento dos cuidados ao idoso e potencializar a sobrecarga e exaustão do cuidador.
CORREA <i>et al.</i> , 2016 ⁹	Intervenção de enfermagem nos cuidados aos pacientes idosos com Alzheimer: revisão integrativa	Identificar na literatura a respeito das evidências e as intervenções de enfermagem em idosos com Alzheimer.	As intervenções de enfermagem demonstrados na literatura foram atividades essenciais da vida diária; alimentação; aumento da socialização; melhora do sono; administração de medicamentos; musicoterapia; estimulação cognitiva; controle da dor; arteterapia.

<p>SALES <i>et al.</i>, 2011¹⁰</p>	<p>Conhecimento da equipe de enfermagem quanto aos cuidadores com idoso portador da doença de Alzheimer.</p>	<p>Este estudo teve como objetivos identificar o conhecimento da equipe de enfermagem e analisar os fatores que interferem em um cuidado adequado para com o idoso.</p>	<p>A falta de preparo dos profissionais no cuidado ao idoso e traz consequências para a saúde física e mental dos mesmos. Os fatores que interferem no cuidado ao idoso o acolhimento durante o processo de admissão; a inclusão através da realização de eventos culturais e tratamento com equidade; as exigências físicas e mentais que o cuidado proporciona à equipe; a falta dos familiares e a importância do carinho e paciência do cuidador.</p>
<p>FERNANDES <i>et al.</i>, 2018¹¹</p>	<p>Cuidados prestados ao idoso com Alzheimer em instituições de longa permanência</p>	<p>Analisar o cuidado prestado pelos cuidadores aos idosos acometidos com Alzheimer em Instituição de Longa Permanência.</p>	<p>O cuidado a pessoa com Alzheimer é muito estressante pois o paciente lida com dificuldades de concentração e memória, lapsos de memória. O papel do profissional no cuidado integralizado ao idoso com Alzheimer é melhorar a qualidade de vida do paciente</p>
<p>ALVARENA <i>et al.</i>, 2018¹²</p>	<p>Cuidados ao paciente idoso portador de Alzheimer</p>	<p>O objetivo deste trabalho foi evidenciar a importância dos cuidados aos idosos portadores de Alzheimer.</p>	<p>Os resultados deste estudo demonstram que o Alzheimer tem características singulares e um leque de variabilidade de cuidado dependendo de cada paciente/caso os cuidados são diferentes.</p>
<p>OLIVEIRA <i>et al.</i>, 2019¹³</p>	<p>Assistência de enfermagem a pessoa com Alzheimer.</p>	<p>Este estudo tem por objetivo identificar as principais abordagens sobre a assistência de enfermagem aos portadores de Alzheimer's</p>	<p>A partir deste estudo foram identificados impactos sobre a vida do cuidador informal e do portador de Alzheimer, a importância da sistematização da assistência no cuidado ao portador desta doença.</p>
<p>LEITE <i>et al.</i>, 2015¹⁴</p>	<p>Organização da família no cuidado ao idoso com doença de Alzheimer</p>	<p>Analisar como a família se organiza para prestar cuidados ao idoso com doença de Alzheimer no espaço domiciliar.</p>	<p>Identifica-se que o familiar cuidador realiza adequações em seu cotidiano - assume novas funções no ambiente doméstico, abandona determinadas responsabilidades, tarefas e atividades de lazer, para dedicar-se ao cuidado da pessoa com DA. Ainda, apresenta sobrecarga de trabalho, insegurança e, também, adoce necessitando de ajuda de outras pessoas.</p>
<p>VICTOR <i>et al.</i>, 2014¹⁵</p>	<p>Famíliares de Idosos com a Doença de Alzheimer: uma Reflexão sobre aspecto psicossocial</p>	<p>Analisar o impacto psicológico que um paciente com doença de Alzheimer traz para as relações familiares.</p>	<p>Principais impactos da doença de Alzheimer para as relações familiares são os conflitos familiares, níveis altos de estresse, depressão, ansiedade, estaremimento, impotência e muita tristeza, os quais tendem a se intensificar na medida em que o quadro clínico do paciente vai se agravando.</p>
<p>ANTAS e SILVA 2015¹⁶</p>	<p>Dificuldades vivenciadas pelos cuidadores de pacientes portadores da doença de Alzheimer</p>	<p>Este estudo tem por objetivo identificar as dificuldades vivenciadas pelos cuidadores frente aos portadores de Alzheimer, bem como conhecer a rotina do</p>	<p>Por meio deste estudo identificou-se que a designação de um único familiar cuidador, se torna extremamente cansativo e estressante. A doença impõe ao cuidador um rompimento do seu modo de vida, fazendo-o sentir-se como um estranho em seu mundo,</p>

		cuidador, verificar a percepção do cuidador sobre a doença e verificar se o trabalho realizado por eles é satisfatório aos pacientes.	situação esta, por ele não escolhida. Esta modificação acarreta um estado angustiante e de fragilidade, à medida que assiste o desmoronar de seu cotidiano.
VIEIRA <i>et al.</i> , 2011 ¹⁷	Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio.	Objetivou-se analisar a produção científica da Enfermagem brasileira, de 1979 a 2007, sobre as práticas do cuidador informal do idoso no domicílio.	A partir deste estudo notou-se que o conhecimento da atuação desses cuidadores é de fundamental importância para as ações do enfermeiro e da equipe de saúde, dirigindo o cuidado não só ao idoso, mas também ao seu cuidador.
LEITE <i>et al.</i> , 2020 ¹⁸	Educação em saúde para cuidado humanizado ao idoso com Alzheimer: extensão em tempo de pandemia.	Este estudo objetivou demonstrar a possibilidade de educação em saúde online com impactos positivos no que tange a novas aprendizagens quanto à DA.	Identificou-se que 50% dos entrevistados afirmaram que já conheciam o termo Humanização do Cuidado, apesar de muitos nunca terem escutado uma explicação teórica a respeito do que significa a humanização, descreveram com considerável precisão este conceito, utilizando expressões como carinho entendimento de forma integral do ser humano, empatia, tratamento humano” e respeito.
BACK 2013 ¹⁹	Saúde mental dos cuidadores de idosos portadores da doença de Alzheimer	Este estudo teve por objetivo relacionar a qualidade de vida dos cuidadores de paciente com Doença de Alzheimer e possíveis consequências de transtornos psiquiátricos, desenvolvidos pelos mesmos durante o período da doença.	Conforme este estudo, o cuidador na grande maioria das vezes abre mão da própria vida, de seu lazer, assim como também da própria saúde, para conseguir cuidar do paciente com Alzheimer. Sendo essa tarefa essencial nos cuidados do paciente com Alzheimer e em meio a todas as dificuldades encontradas, acabando por refletir na qualidade de vida tanto do cuidador como com consequência do paciente.
CORACINI, 2011 ²⁰	Convivendo com um familiar com doença de Alzheimer: modificações e adequações nos modos de vida dos envolvidos	Descrever e analisar, através de um relato pessoal, como é conviver com uma pessoa portadora de Mal de Alzheimer e quais as dificuldades e as mudanças com que nos deparamos nessa convivência.	Constatou-se que a convivência com o portador de DA acaba necessitando de reestruturação no ambiente e nas atividades cotidianas dos familiares para melhor atender suas necessidades a partir do momento em que o mesmo se torna dependente dele para a realização de suas atividades básicas diárias e dos cuidados gerais.
Bifulco e col., 2018 ²¹	A Importância do cuidador no acompanhamento de doentes crônicos portadores de Alzheimer	Evidenciar a necessidade de se propiciar suporte aos cuidadores e descrever o trabalho desenvolvido pelo Grupo de Apoio Aos Cuidadores de Alzheimer, criado em São Paulo, Brasil, há dez anos.	O Grupo de Apoio a Cuidadores de Alzheimer que surgiu na cidade de São Paulo, Brasil, há mais de 10 anos, foi desenvolvido para atender esse segmento da população que anseia por um saber mais específico e como desenvolver sua capacitação para exercer a função de cuidador e melhor acompanhar seu ente querido durante todas as fases do tratamento repassando uma melhor qualidade de cuidados.

A Doença de Alzheimer como uma patologia neurodegenerativa crônica, sendo a forma mais comum de demência, tendo como sintoma inicial a perda de memória em curto prazo, associada a dificuldades em recordar eventos recentes³.

A doença de Alzheimer é considerada um problema de saúde pública mundial e no Brasil vem aumentando consideravelmente devido ao aumento da expectativa de vida da população, sendo uma das principais causas de demência entre os idosos, não existindo cura efetiva para a mesma⁴.

Cerca de 79,3% dos familiares responsáveis por cuidar de entes com doença de Alzheimer apresentavam dificuldades para dimensionar as modificações que ocorrerão no decorrer da evolução da doença. Além disso, para realização dos cuidados por parte dos familiares à estes pacientes, faz-se necessário haver o conhecimento de como fazer e um adequado suporte estratégico, emocional e institucional^{6, 7}.

O conhecimento dos cuidados sobre a doença de Alzheimer é limitado, assim pode dificultar o planejamento dos cuidados ao idoso e potencializar a sobrecarga e exaustão do cuidador. Dentre os principais impactos psicológicos que a doença de Alzheimer traz para as

relações familiares estão: os conflitos familiares, altos níveis de estresse, depressão, os sentimentos de ansiedade, estarrecimento, impotência e muita tristeza, os quais tendem a se intensificar na medida em que o quadro clínico do paciente vai se agravando^{8,15}.

Vários estudos afirmam que a doença impõe ao cuidador um rompimento do seu modo de vida, fazendo-o sentir-se como um estranho em seu mundo, situação está, por ele não escolhida. Esta modificação acarreta um estado angustiante e de fragilidade, à medida que assiste o desmoronar de seu cotidiano¹⁶.

O conhecimento da atuação desses cuidadores é de fundamental importância para as ações do enfermeiro e da equipe de saúde, dirigindo o cuidado não só ao idoso com DA, mas também ao cuidador¹⁷.

Portanto, a equipe de saúde apresenta-se de forma essencial no suporte aos cuidadores de idosos com Doenças de Alzheimer, pois promove o cuidado ao indivíduo e sua família, orientando-o para lidar com as adversidades que surgem frente ao cuidado, esclarece dúvidas sobre a doença, além ensina-los a como lidar com o tratamento, qual a necessidade dos medicamentos administrados, e ainda, como provir com os hábitos diários de higiene e

alimentação, ensinando o melhor modo de superar as modificações funcionais causadas pelas doenças e os impactos gerados no núcleo familiar ²¹.

CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou compreender que os familiares/cuidadores vivenciam dificuldades de ordem física, mental e social, as quais impõem alguns desafios no convívio e cuidado à pessoa com Doença de Alzheimer, as quais, no entanto, podem ser minimizados por meio da construção e socialização de estratégias coletivas de cuidado.

É necessário compreender que principalmente o cuidador familiar, normalmente não está apto a essa tarefa, portanto, precisa primeiramente se embasar sobre a Doença de Alzheimer, tanto do desenvolvimento da doença aos comportamentos desajustados que irá presenciar e vivenciar, até a fase final. O cuidador familiar que na imensa maioria das vezes não teve preparação alguma para o enfrentamento das situações que irão surgir no decorrer das atividades com o avanço da doença, assume essa responsabilidade por um potencial humano, por empatia, pela importância do respeito ao próximo ou até mesmo por imposição da família.

Faz-se necessário despertar a atenção dos profissionais da saúde para que ampliem seu olhar para o contexto das pessoas envolvidas no processo da doença de Alzheimer. Portanto destaca-se a clara necessidade de se dar mais atenção ao cuidador, pois é ele que desempenha as tarefas necessárias para o bem estar do paciente. Manter sua qualidade de vida é essencial para o desenvolvimento de sua tarefa de cuidar. Refletindo assim na qualidade de vida do idoso com a Doença de Alzheimer.

A Política Nacional do Idoso, descrita na Lei n.º 8.842/94, regulamentada em 1996 na qual se observa a contemplação dos direitos dos idosos de uma forma mais ampla, com isso o familiar/cuidador vai poder ter um amparo de uma equipe multiprofissional, que têm uma grande importância no cuidado, acompanhamento e nas orientações aos familiares e cuidadores. Assim como diz o artigo 18 da lei referida, as instituições de saúde devem fornecer além do mínimo de atendimento necessário para o idoso tem que orientar os cuidadores, familiares e grupos de auto-ajuda.

REFERÊNCIAS

1. FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de *et al.* Cuidado de enfermagem: espaço epistêmico de vivências de ensino a partir do ser cliente. **Rev. enferm. UERJ**,

- Rio de Janeiro, 2012 abr/jun; 20(2):167-72.
2. NASCIMENTO, Luciana da Silva; GUTIERREZ, Maria Gaby Rivero de; OMENICO; Edvane Birelo Lopes De. Programas educativos baseados no autogerenciamento: uma revisão integrativa. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS) 2010 jun;31(2):375-82.
 3. MARCIEL, Marcos Gonsalves. Atividade física e funcionalidade do idoso. **Motriz, Rio Claro**, v.16, n.4, p.1024-1032, out./dez. 2010.
 4. ILHA, Silomar *et al.*, Doença de alzheimer na pessoa idosa/família: Dificuldades vivenciadas e estratégias de cuidado. **Escola Anna Nery** 20 (1) Jan-Mar 2016.
 5. FALCO, Anna de *et al.*, Doença de Alzheimer: Hipóteses etiológicas e perspectivas de tratamento, **Química Nova**, v. 39, n.1, São Paulo, 2016.
 6. VIZZACHI, Barbara Alana *et al.*, A dinâmica familiar diante da doença de Alzheimer em um de seus membros. **Rev Esc Enferm USP**. 2015; 49(6):933-938.
 7. XIMENES, Maria Amélia *et al.*, Doença de Alzheimer: a dependência e o cuidado. **Rev Kairós Gerontologia**, v.17, n.2, p. 121-140, 2014.
 8. LENARDT, Maria Helena *et al.*, O idoso portador da doença de Alzheimer: o cuidado e o conhecimento do cuidador familiar. **Rev. Mineira de Enferm**, v.14, n.3, p. 301-307, 2010.
 9. CORREA, Luciana Póvoas *et al.*, Intervenções de enfermagem nos cuidados aos pacientes idosos com Alzheimer: revisão integrativa. **Rev. Enferm**, v.5, n.1, p.84-88, 2016.
 10. SALES, Ana Cláudia Silveira *et al.*, Conhecimento da equipe de enfermagem quanto aos cuidadores com idoso portador da doença de Alzheimer. **Rev. de Enferm. Do Centro Oeste mineiro**, v.1, n.4, p.492-502, 2011.
 11. FERNANDES, Márcia Astrês *et al.*, Cuidados prestados ao idoso com Alzheimer em instituições de longa permanência. **Rev. enferm**, v.12, n.5, p.1346-1354, 2018.
 12. ALVARENGA, Josiane Lafaete *et al.*, Cuidados ao paciente idoso portador de Alzheimer. **Rev. Científica Interdisciplinar**, n.3, v.2, p.171-219, 2018.
 13. OLIVEIRA, Érica Sâmia Gomes de *et al.*, Assistência de enfermagem a pessoa com Alzheimer. **Cad. de Graduação- Ciência Biológicas**, v.5, n.2, 2019.
 14. LEITE, Marinês Tambara *et al.*, Organização da família no cuidado ao idoso com doença de Alzheimer. **Rev. Espaço para a saúde**, v.16, n.4, 2015.
 15. VICTOR, Thayná Lima Pereira *et al.*, Familiares de Idosos com a Doença de Alzheimer: uma Reflexão sobre aspectos psicossocial. **Caderno De Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde**, v.2 n.2, p. 112-130, 2014.
 16. ANTAS, Ester Missias VillaVerde; SILVA, Sheila da Costa Rodrigues. Dificuldades vivenciadas pelos cuidadores de paciente portadores da doença de Alzheimer. **Cong. Internacional de Envelhecimento humano**, v.2, n.1, p.1-6, 2015.

17. VIEIRA, Chrystiany Plácido de Brito *et al.*, Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. **Rev Bras. Enferm**, v.64, n.3, p.570-579, 2011.
18. LEITE, Nathan Marcondes Freitas *et al.*, Educação em saúde para cuidado humanizado ao idoso com Alzheimer: extensão em tempo de pandemia. **Rev Experiência**, v.6, n.2, p.62-72.
19. BACK, Vanessa. **Saúde Mental dos cuidadores de idosos portadores da doença de Alzheimer**. 2013. 43 f. Trabalho de Conclusão de Pós-Graduação (Especialização em Saúde Mental) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2013.
20. CORACINI, Annekelly. **Convivendo com um familiar com doença de Alzheimer: modificações e adequações nos modos de vida**. 2011. 22 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, 2011.
21. BIFULCO, Vera Anita; LEVITES, Marcelo. A Importância do cuidador no acompanhamento de doentes crônicos portadores de Alzheimer. **Archivos en Artículo Especial**. Vol, v. 20, n. 4, p. 167-171, 2018.

**O MÉDICO E A DIETA: UM ESTUDO SOBRE A CAPACIDADE JURÍDICA E TÉCNICA
DO MÉDICO PARA A PRESCRIÇÃO DIETÉTICA**
**THE PHYSICIAN AND DIET: A STUDY ABOUT THE LEGAL AND TECHNICAL
CAPACITY OF THE PHYSICIAN FOR DIET PRESCRIPTION**

Matheus de Macedo Pessanha^{1*}. Letícia Gabryela Silva Gonçalves¹

1. Acadêmico(a) do curso de medicina do Centro Universitário Uninorte, AC, Brasil

***Autor correspondente:** mmpessanha@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: O presente artigo tem como objetivo analisar a capacidade legal e técnica do médico prescrever uma dieta.

Material e método: foi realizada uma revisão bibliográfica integrativa e análise documental de normativas acerca do tema.

Resultados e discussão: Os artigos encontrados corroboram a hipótese inicial de que o médico não possui capacidade técnica suficiente para prescrever uma dieta, vez que a formação oferecida nos cursos de graduação se mostrou precária no tocante à nutrição. Na matéria legal, as normativas e leis encontradas estabelecem como competência privativa do profissional nutricionista a elaboração de estudos dietéticos.

Conclusão: Infere-se que o médico, ao prescrever uma dieta, não o faz de maneira adequada, vez que não possui o conhecimento teórico para tal, e esbulha o nutricionista de sua competência.

Palavras chave: Dieta. Médico. Nutricionista. Capacidade legal. Capacidade técnica.

ABSTRACT

Objective: This article aims to analyze the legal and technical capacity of the physician to prescribe a diet.

Material and methods: An integrative bibliographical review and document analysis of regulations on the subject were carried out.

Results and discussion: The articles found corroborate the initial hypothesis that the doctor does not have sufficient technical capacity to prescribe a diet, since the training offered in undergraduate courses proved to be precarious with regard to nutrition. In the legal matter, the norms and laws found establish the elaboration of dietary studies as the exclusive competence of the nutritionist.

Conclusion: It is inferred that the doctor, when prescribing a diet, does not do it properly, since he does not have the theoretical knowledge to do so, and robs the nutritionist of his competence.

Keywords: Diet. Doctor. Nutritionist. Legal capacity. Technical capacity.

INTRODUÇÃO

O surgimento do cartesianismo levou à sistematização das ciências, e com o avanço do estudo dos micro-organismos desenvolvido por Pasteur e Virchow no século XIX, a ciência médica passou a adotar o chamado modelo biomédico, caracterizado pelo individualismo e enfoque curativo, centrado na figura do médico, com fragmentação e especialização do conhecimento, de caráter essencialmente hospitalocêntrico¹.

Em 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS) ampliou o conceito de saúde, anteriormente entendido como ausência de uma enfermidade, para “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”².

Com a mudança de paradigma do modelo biomédico para o modelo de determinantes sociais atualmente utilizado, no qual condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais são fatores determinantes da saúde do indivíduo, a história natural da doença ganhou uma posição de destaque nos campos de pesquisa, vez que estudar a doença não simplesmente como um processo biológico, mas também como consequência dos meios social e ambiental, e dentro desta nova ótica, a

alimentação ganhou um papel fundamental.

Já em 2003, a OMS elaborou um relatório técnico acerca da importância de uma dieta e nutrição adequada para a prevenção de doenças crônicas³. O documento aborda o impacto moderno das doenças crônicas e sua relação com a qualidade da alimentação da população, em especial nos países em desenvolvimento, havendo clara conexão entre a alimentação do indivíduo com sua saúde, e com relevância em todas as faixas etárias⁴.

Neste sentido, a ciência da nutrição e, em especial, o profissional nutricionista, adquirem cada vez mais um papel de destaque na prevenção e tratamento de doenças crônicas, tendo como pressuposto o impacto positivo de uma boa alimentação na saúde do indivíduo. Contudo, em dissonância com o esperado, o médico tem usurpado cada vez mais deste papel, prescrevendo e elaborando cardápios dietéticos. Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo analisar a capacidade jurídica e técnica do profissional médico, tanto clínico como quando possuidor de especialidade profissional, para a prescrição e elaboração de dietas.

A presente revisão se justifica ante a falta de material científico produzido acerca do tema e a divergência entre

entidades profissionais sobre o assunto em tela. Tanto o Conselho Federal de Medicina (CFM) como o Conselho Federal de Nutricionistas (CFN) são divergentes sobre os limites da atuação do profissional médico em relação à prescrição dietética.

O presente artigo tem como escopo a análise documental de matéria jurídica, teórica e científica acerca da capacidade técnico-legal do médico de elaborar cardápios dietéticos, vez que tal ato possivelmente se enquadraria em competência privativa do profissional nutricionista.

MÉTODO

Foi realizada pesquisa nas bases de dados das plataformas do Conselho Federal de Medicina, Conselho Federal de Nutricionistas, Scielo, JusBrasil, Biblioteca Virtual em Saúde, PubMed e Lilacs. Foram utilizados os descritores “médico prescrição dieta”, “physician diet prescription”, “nutrition education medical schools”. Foram utilizados como critérios de exclusão a data anterior a 2010, exceto em casos de legislação ou normativa, e desconexão temática. Foi realizada análise de conteúdo seguindo os parâmetros de Bardin, com pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A importância de uma alimentação saudável para a manutenção da saúde é indiscutível, tanto em um indivíduo saudável como em alguém acometido por alguma doença, sendo a dietoterapia um fator fundamental para a manutenção da qualidade de vida. Decorrente da ampliação do conceito de saúde, têm-se preconizado a formação de equipes multidisciplinares que assistam o paciente de uma maneira mais completa, adotando como composição ideal médico, nutricionista, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, dentre outras especialidades médicas ou não médicas.

Dietoterapia pode ser definida como o tratamento do paciente através da dieta, considerando não apenas a doença, mas o paciente como um indivíduo multidimensional, podendo tanto ser de rotina, para a manutenção da saúde do paciente, como terapêutica, nos casos em que haja uma alteração na saúde do indivíduo¹³. Quanto à abrangência da dietoterapia, esta pode ser utilizada em toda e qualquer situação em que a modificação dos hábitos alimentares possuam um efeito positivo na saúde do paciente. Dentre as enfermidades elencadas no Tratado de Nutrição e Dietoterapia⁵, existem opções de dietoterapia para doenças inflamatórias intestinais, do sistema digestório, tireoidianas, cardiovasculares, renais,

hepáticas, pancreáticas e biliares, neoplásicas, ósseas, reumáticas e, mais especificamente, para hipertensão, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica, anemias, obesidade, alergias, Alzheimer e várias outras.

DA MATÉRIA JURÍDICA

Na matéria legislativa, existem duas principais leis que são pertinentes ao caso: a primeira delas é a lei nº 8243, de 17 de setembro de 1991⁶, onde fica regulamentada a profissão do nutricionista, em especial o artigo 3º e seus incisos, que descrevem as atividades de competência exclusiva desta categoria profissional, com destaque aos incisos II, III, VII e VIII, os quais determinam que são atividades privativas dos nutricionistas o planejamento, organização, direção, supervisão e avaliação de serviços de alimentação e nutrição; planejamento, coordenação, supervisão e avaliação de estudos dietéticos; a assistência e educação nutricional e coletividades ou indivíduos, sadios ou enfermos, em instituições públicas e privadas e em consultório de nutrição e dietética; e assistência dietoterápica hospitalar, ambulatorial e a nível de consultórios de nutrição e dietética, prescrevendo, planejando, analisando, supervisionando e avaliando dietas para enfermos.

O segundo dispositivo legal a ser analisado é a lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013⁷, conhecida como Lei do Ato Médico, que dispõe sobre o exercício da medicina, em especial o parágrafo único do artigo 2º e seus incisos, que tratam sobre as competências privativas do médico, determinando que o objeto da atuação do médico é a saúde do ser humano e das coletividades humanas, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo, com o melhor de sua capacidade profissional e sem discriminação de qualquer natureza, desenvolvendo suas ações profissionais no campo da atenção à saúde para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde; a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das doenças; e a reabilitação dos enfermos e portadores de deficiências.

Ante à tais fatos, identificando uma inconsistência quanto às competências solidárias e privativas das duas categorias profissionais, a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, através do expediente nº 4.159/2014, solicitou ao Conselho Federal de Medicina para se manifestar acerca da capacidade de o médico receitar dietas, onde, no Despacho SEJUR n.º 277/2014⁸, o CFM entendeu no sentido de que a Lei do Ato Médico, pelo critério da temporalidade, revogou parcialmente o inciso VIII do

artigo 3º da lei nº 8243/91, abolindo o caráter privativo do nutricionista para prescrever, analisar, planejar e/ou supervisionar dietas para enfermos e, portanto, permitindo ao médico realizar tais atos. Ainda neste sentido, o CFM emitiu o despacho COJUR n.º 515/2019⁹, concluindo que compreende plenamente compatível à atividade médica, a indicação de dietas, quando atreladas à competência do profissional médico, em especial quanto à promoção, proteção e recuperação da saúde, assim como na prevenção e tratamento de doenças, além da reabilitação de enfermos e pessoas portadoras de deficiências, conforme previsto no Art. 2º da Lei n. 12.842/2013.

Em contrapartida, o Conselho Federal de Nutricionistas, analisando a possibilidade legal e técnica de médicos prescreverem dieta, emitiu posicionamento¹⁰ extenso no sentido de que a Lei do Ato Médico em nada impactou os dispositivos da Lei nº 8,243/91, e no tocante aos médicos detentores de título de especialista em área conexas à nutrição, afirma o CFN que a formação em nível de especialização, inclusive na modalidade de residência médica, não se destina a capacitar médicos para além do curso de graduação, mas sim para treiná-los de forma coerente com a formação da graduação, de modo que os médicos não

adquirem, com a obtenção de títulos de especialista, competências para atuação em áreas diversas da graduação, termos em que é defeso aos médicos, inclusive endocrinologistas e nutrólogos, exercerem atividades privativas de nutricionistas, incluídas dentre essas a prescrição dietoterápica e as demais previstas no art. 3º da lei nº 8.234

Nesta mesma linha, o CFN, através da resolução nº 600, de 25 de fevereiro de 2018¹¹, estabelece que a prescrição dietética é uma atividade exclusiva do nutricionista, atividade privativa do nutricionista que compõe a assistência prestada aos clientes/pacientes/usuários em ambiente hospitalar, ambulatorial, consultório ou em domicílio que envolve o plano alimentar, devendo ser elaborada com base nas diretrizes estabelecidas no diagnóstico de nutrição, devendo conter data, Valor Energético Total (VET), consistência, macro e micronutrientes, fracionamento, assinatura seguida de carimbo, número e região da inscrição no Conselho Regional de Nutricionistas (CRN) do nutricionista responsável pela prescrição.

Tal situação chegou ao Supremo Tribunal Federal, através da ação direta de inconstitucionalidade 803/DF¹², onde se questiona o termo privativo do artigo 3º da lei 8.234, tendo o relator ministro Gilmar Mendes julgado a ação

improcedente, mas com a observação de que as atividades de planejamento, organização, direção, supervisão e avaliação de serviços pertinentes à alimentação e nutrição, consultório de nutrição e dietética, e de assistência dietoterápica hospitalar, ambulatorial e em consultório de nutrição não impedem nem prejudicam aquelas pertinentes a outras áreas de nível superior, notadamente referentes a bioquímicos e médicos nutrólogos, sendo imperativo destacar, portanto, que existem ressalvas com relação a outras categorias profissionais, tais como gastroenterologistas, nutrólogos, bioquímicos e demais profissões que, conquanto lidem com atividades correlatas, não têm seu exercício tolhido pela regulamentação da profissão de nutricionista

DA MATÉRIA TÉCNICA

A capacidade técnica do médico no âmbito na nutrição deve igualmente ser questionada. A prescrição de uma dieta adequada e individualizada possui impacto direto na manutenção da saúde, vez que uma dieta feita sem os devidos cuidados técnicos pode trazer efeitos deletérios.

Aggarwal et. al¹³, em seu estudo que analisa o impacto do conhecimento médico acerca da nutrição em doenças cardiovasculares, constata que a

capacitação do médico está diretamente relacionada com o prognóstico do paciente. Durante a pesquisa, constatou que apenas 57% dos médicos participavam em uma discussão direta acerca dos hábitos nutricionais do paciente, e em grande parte se limitava a somente abordar os malefícios do sal, açúcar e frituras. Enquanto 72% dos médicos acreditavam que os pacientes tinham recebido informações nutricionais adequadas, apenas 21% dos pacientes se sentiram satisfeitos com as informações oferecidas.

Em contraponto, Crowley et. al (2019)¹⁴, em revisão sistemática, aborda o déficit na educação fornecida aos profissionais médicos em uma escala global, chegando à conclusão de que, independentemente do país, contexto, ou anos de educação médica, os temas relacionados à alimentação e nutrição são insuficientes nas grades curriculares atuais, de maneira que os estudantes de medicina se formam incapazes de fornecer um cuidado nutricional efetivo e de alta qualidade aos seus pacientes. Quando o conhecimento nutricional foi aferido em testes específicos sobre o tema, somente metade dos médicos recém-formados conseguiram responder as questões corretamente.

No Brasil, Barros et al¹⁵, realizou estudo com intuito similar, utilizando de

questionário sobre conhecimentos específicos de nutrição, aplicado a alunos do 11º e 12º, chegando a uma média de acerto de 61,3%, concluindo que os estudantes de Medicina do curso estudado consideraram nutrição clínica como um tema relevante à saúde do paciente, porém não dispõem do conhecimento necessário para fornecer as orientações nutricionais adequadas.

ESPECIALIDADES MÉDICAS

No tocante às especialidades médicas que possuem conexão com a área da nutrição, se destaca o nutrólogo. No Tratado de Nutrologia⁵, Durval afirma que o médico nutrólogo, juntamente com os profissionais de áreas afins, trabalha pela saúde física e mental do indivíduo, pela manutenção das funções e capacidades orgânicas e, especialmente, pela prevenção de doenças e pela terapêutica nutrológica. Além disso, o profissional deve lembrá-lo de que o comportamento alimentar – a distribuição dos alimentos ao longo do dia e os intervalos entre as refeições – e as escolhas alimentares influenciam os mecanismos regulatórios endógenos.

Ante o trecho do livro, constata-se a necessidade de haver uma equipe, vez que o papel do nutrólogo consiste em diagnosticar e tratar condições nutroneurometabólicas, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito,

obesidade e várias outras patologias que possam ter impacto positivo o negativo. Dentro das habilidades técnicas do nutrólogo, tomando como exemplo o livro de Duval¹⁰, no capítulo acerca das possíveis intervenções em um paciente com obesidade, o nutrólogo possui uma gama de remédios disponíveis para o tratamento de um paciente obeso, não sendo citada a competência de elaborar cardápio alimentar.

Neste mesmo sentido, o Manual de Terapia Nutricional na Atenção Hospitalar Especializada no Âmbito do Sistema Único de Saúde¹⁶ sugere que todo serviço hospitalar possua uma equipe multidisciplinar de terapia nutricional, composta preferencialmente por médico, nutricionista, enfermeiro, farmacêutico, enfermeiro, técnico em enfermagem, fonoaudiólogo e assistente social, mas não limitado a estes. Ademais, ainda se dá ao trabalho de determinar a função de cada integrante da equipe multidisciplinar, sendo papel do médico a indicação e a prescrição médica da Terapia Nutricional Enteral e Parenteral e cabendo ao nutricionista a avaliação do estado nutricional dos pacientes, das necessidades nutricionais, tanto para a nutrição enteral (NE) quanto para a nutrição parenteral (NP) e pela prescrição dietética da Terapia Nutricional Enteral (TNE)¹⁶.

Por outro lado, no tocante aos nutricionistas, a responsabilidade destes consiste principalmente da coleta de dados nutricionais, diagnóstico e intervenção nutricionais, além do monitoramento e avaliação nutricional do paciente¹⁷. O conhecimento da matéria técnica por parte dos profissionais nutricionistas acerca de nutrição deve ser presumido como suficiente, vez que é o objeto de toda a sua formação durante a graduação, ao passo que o médico estuda este conteúdo somente de maneira superficial.

Ademais, durante julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 803/DF, foi levantada a opinião por um dos excelentíssimos ministros de que o nutricionista deveria atuar somente nos casos em que a dieta fosse necessária para casos estéticos, sendo reservado ao médico a dietoterapia para pacientes enfermos. Tal opinião não deve prosperar, vez que, durante sua formação, o nutricionista recebe educação suficiente para o tratamento dietoterápico, em conjunto com o tratamento elaborado com o médico, para melhorar a qualidade de vida de pacientes enfermos, sejam eles de regime intra-hospitalar como em ambiente extra-hospitalar.

CONCLUSÃO

Quanto à capacidade técnica do nutricionista para o manejo dietético de pacientes, esta é indiscutível, vez que sua formação acadêmica é voltada especificamente para a nutrição. No tocante aos médicos, o que ocorre é somente uma parte introdutória à ciência da nutrição, sendo ilógico comparar a formação no nutricionista, que ao longo de 4 anos estuda a nutrição e suas nuances, com a formação médica, que muitas vezes sequer apresenta a importância da nutrição ao estudante e, quando o faz, é de maneira superficial, compreendendo simplesmente conceitos básicos que possibilitem ao médico uma noção geral sobre impacto dos hábitos nutricionais na saúde do paciente. Referente aos médicos com especialização em área conexa à nutrição, apesar de se aprofundarem no tema, ainda não possuem bagagem teórica suficiente para usurpar a função do nutricionista. O papel do médico nutrólogo deve ser o de atuar conjuntamente com a equipe multidisciplinar para a otimização do tratamento do paciente. A especialização médica, conforme o nome induz, é um aprofundamento no campo da medicina, conforme apresentado na graduação, sendo defeso ao especialista atuar em campo que se estenda além de sua formação.

Quanto ao aspecto jurídico, o médico, como preconizado pela lei nº 12.842/13, deve atuar na promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças e reabilitação dos enfermos e portadores de deficiência. Dentro dessas competências, o médico é capaz de fornecer orientações genéricas e prescrever a dieta do paciente quando este ato for benéfico ao tratamento da moléstia, contudo, o ato da prescrição não engloba a elaboração de um plano alimentar. A prescrição médica, nestes casos, deve ser acompanhada de um encaminhamento para o profissional nutricionista, indicando qual tipo de dieta será necessária ao tratamento da enfermidade, bem como o diagnóstico do paciente. Por exemplo, ao atender um paciente com doença renal crônica, o médico deve realizar prescrição da dieta (“Solicito elaboração de dieta para paciente renal crônico”) e encaminhar ao nutricionista para elaboração do cardápio dietético.

Por fim, infere-se que o médico, independente de grau de especialização, parece não possuir capacidade jurídica e técnica de exercer a função atribuída ao nutricionista na elaboração de plano alimentar, sendo considerada a prescrição dietética médica o ato de indicar a necessidade de dietoterapia, informando qual a doença a ser considerada na

elaboração do plano alimentar, e encaminhar ao paciente ao profissional nutricionista. O nutricionista, por sua vez, não pode elaborar a dietoterapia terapêutica sem o encaminhamento de profissional médico, vez que não é habilitado à realização de diagnóstico nosológico, com exceção aos casos de obesidade, mas pode atuar independente do médico nos casos de dietoterapia de rotina. Destarte, a solução ideal para tal conflito, tendo como objetivo final o bem-estar do paciente e otimização do serviço fornecido, é a formação de uma equipe multidisciplinar, de modo que não só o médico e o nutricionista atuem dentro de suas competências, mas também se comuniquem ativamente em busca da melhor opção terapêutica em cada caso específico.

REFERÊNCIAS

1. CEBALLOS, A. G. D. C. **Modelos conceituais de saúde, determinação social do processo saúde e doença, promoção da saúde**. UNA-SUS UFPE, 2015. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3332/1/2mod_conc_saude_2016.pdf. Acesso em: 22 fev. 2023.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases**. World Health Organization Technical Report Series. Geneva: WHO, 2003. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42665/WHO_TRS_916.pdf;jsessionid=EC9BDA6234A581C34A752AA

- [983403719?sequence=1](#). Acesso em: 22 fev. 2023.
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constitution of the World Health Organization**. 1946. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/268688>. Acesso em: 22 fev. 2023.
 4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 1. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf. Acesso em: 22 fev. 2023.
 5. RIBAS FILHO, D.; MARQUES, M.; SUEN, V. **Tratado de Nutrologia**. 1ª ed. Barueri: Manole, 2013.
 6. BRASIL. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.234 de 17 de setembro de 1991**. Regulamenta a profissão de Nutricionista e determina outras providências [Internet]. Brasília, DF; 1991. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1989_1994/l8234.htm. Acesso em: 13 jan. 2022.
 7. BRASIL. Presidência da República, Subchefia para Assuntos. **Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013**. Dispõe sobre o exercício da Medicina [Internet]. Brasília, DF; 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/at_o2011-2014/2013/lei/l12842.htm. Acesso em: 13 jan. 2022.
 8. BRASIL. **DESPACHO SEJUR n.º 277/2014, de 30 de julho de 2014**. Consulta oriunda da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. [Internet]. Brasília, DF; 2014. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arguivos/despachos/BR/2014/277_2014.pdf. Acesso em: 13 jan. 2022.
 9. BRASIL. **DESPACHO COJUR n.º 515/2019, de 5 de novembro de 2019**. Consulta sobre a possibilidade de médicos receitarem dietas. Possibilidade nos termos da regulamentação da profissão. Atividade abrangida pela profissão médica. ADI 803/DF. Arguição de exercício ilegal da profissão de Nutricionista. Impossibilidade. [Internet]. Brasília, DF; 2019. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arguivos/despachos/BR/2019/515_2019.pdf. Acesso em: 13 jan. 2022.
 10. BRASIL. **Posicionamento do Conselho Federal de Nutricionistas, dezembro de 2016**. Exame sobre as possibilidades legais e técnicas de médicos prescreverem dietas - prescrição dietoterápica. [Internet]. Brasília, DF; 2019. Disponível em: <https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2015/07/CFN-posicionamento-dietas-prescricao-versao-completa.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2022.
 11. BRASÍLIA. **Resolução CFN Nº 600, de 25 de fevereiro de 2018**. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, indica parâmetros numéricos mínimos de referência, por área de atuação, para a efetividade dos serviços prestados à sociedade e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 2018 abr 20. Brasília, DF; 2018. Disponível em: https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/Res_600_2018.htm. Acesso em: 14 jan. 2022.
 12. BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ação direta de inconstitucionalidade 803 Distrito**

- Federal.** Ação direta de inconstitucionalidade. 2. Lei 8.234, de 17 de setembro de 1991. [...]. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=14106981>. Acesso em: 13 jan. 2022.
13. AGGARWAL, M. et al. The Deficit of Nutrition Education of Physicians. **The American journal of medicine**, v. 131, n. 4, p. 339–345, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2017.11.036>. Acesso em: 22 fev. 2023.
14. CROWLEY, J. et al. Nutrition in medical education: a systematic review. **The Lancet. Planetary health**, v. 3, n. 9, p. e379–e389, 2019. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(19\)30171-8](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(19)30171-8). Acesso em: 22 fev. 2022.
15. BARROS, M. B. et al. Atitudes e Conhecimentos de Estudantes de Medicina sobre Nutrição Clínica. **Revista brasileira de educação médica** [Internet], 2019;43. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20180250>. Acesso em: 22 fev. 2023.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Manual de terapia nutricional na atenção especializada hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS** [Internet]. Brasília, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_terapia_nutricional_atenc_ao_especializada.pdf. Acesso em: 22 fev. 2022.
17. MAHAN, L. K.; KRAUSE, R. J. Raymond. **Alimentos, nutrição e dietoterapia**. 14^a ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.
18. INSTITUTO DO CÂNCER DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Manual de Dietoterapia - ICESP**. Serviço de Nutrição Dietética. São Paulo, 2017. 86 p.
19. ROSSI, L.; POLTRONIERI, F. **Tratado de Nutrição e Dietoterapia**. 1^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

AS TECNOLOGIAS NÃO INVASIVAS NO TRABALHO DE PARTO HUMANIZADO: SCOPE REVIEW

NON-INVASIVE TECHNOLOGIES IN HUMANIZED LABOR: SCOPE REVIEW

Gilton da Silva Leão^{1*}. Jair Alves Maia¹. Tiago Silva Nascimento². Aline Araújo Câmara³.

1 Acadêmicos do Curso de Graduação em medicina do Centro Universitário Uninorte, Rio Branco – Acre, Brasil, 2023.

2 Médico e docente do Centro Universitário Uninorte, Rio Branco – Acre, Brasil, 2023.

3 Médica e docente do Centro Universitário Uninorte, Rio Branco – Acre, Brasil, 2023.

*Autor Correspondente: leao.gilton@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Analisar o uso das tecnologias não invasivas durante o trabalho de parto humanizado.

Método: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura com abordagem descritiva, onde foi revisada a literatura publicada em periódicos nacionais e internacionais referente às boas práticas no parto humanizado.

Resultados: Dos 129 artigos encontrados nas bases de dados, apenas 13 foram selecionados, ou seja, os que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos, a fim de evidenciar a utilização das boas práticas durante o parto humanizado.

Conclusão: Portanto, evidenciou-se que as tecnologias não invasivas mais utilizadas nas maternidades são: a massagem, o banho quente, o uso do cavalinho, a aromaterapia, a deambulação, a presença e envolvimento do acompanhante no processo assistencial e a autonomia da parturiente.

Palavras – chave: Tecnologias. Parto humanizado. Assistência médica.

ABSTRACT

Objective: To analyze the use of non-invasive technologies during humanized labor.

Method: This is a literature review integrative with descriptive approach, where the literature published in national and international journals regarding good practices in humanized childbirth was reviewed.

Results: Of the 129 articles found in the databases, only 13 were selected, that is, those that met the previously established inclusion criteria, in order to demonstrate the use of good practices during humanized childbirth.

Conclusion: Therefore, it was evidenced that the non-invasive technologies most used in maternity hospitals are: massage, hot bath, use of horse riding, aromatherapy, ambulation, presence and involvement of the companion in the care process and the autonomy of the patient. parturient.

Keywords: Technology. Humanized birth. Health care.

INTRODUÇÃO

Em meados do século XVI até o final do século XVIII as mulheres pariam em casa tendo o auxílio de parteiras, comadres e curiosas às quais colaboravam com o nascimento do neonato de maneira não intervencionista. Deste modo, a gestante era a protagonista no processo de parturição, possibilitando assim uma vivência mais intensiva, afetiva, humana, familiar e pessoal deste processo tão importante na vida das mulheres¹.

A partir do advento do capitalismo no Brasil ao raiar do século XIX, com o surgimento do fórceps e a aceitação da obstetrícia como disciplina técnica, científica e dominada pelo homem, o parto passou a ser identificado como um evento perigoso e patológico tanto para mulher quanto para o feto, sendo de suma importância a presença de um médico no processo de parturição².

De início os médicos assistiam as parturientes em casa com a participação das parteiras. Todavia, a ideia de risco de vida para a mulher e para o recém-nascido nos partos em domicílio era bastante questionada entre os obstetras, uma vez que eles acreditavam na necessidade da hospitalização da gestante no momento do parto e, por conseguinte o surgimento das maternidades³.

A Organização Mundial de Saúde em 1985, instituiu as boas práticas no parto

normal e humanizado, as quais desconstruíram o processo de modelo tecnológico em prol da humanização da assistência médica durante o trabalho de parto com o objetivo de promover ações que remetem ao conceito de tecnologias não invasivas durante a assistência ao parto⁴.

O parto é uma experiência repleta de experiências, cultura e mitos que envolvem a realidade em que cada parturiente está inserida. Deste modo, a assistência obstétrica humanizada visa a promoção do respeito aos direitos da mulher e da criança, com condutas baseadas em evidências científicas⁵.

Entendem-se como tecnologias de cuidados médicos um conjunto de técnicas, procedimentos e conhecimentos utilizados pelos profissionais de saúde durante sua relação de cuidado profissional, que, por sua concepção ecológica, compreende o parto como um processo fisiológico, respeitando sua natureza e a integridade corporal e psíquica das mulheres⁶.

As medidas para aumentar o conforto e reduzir a ansiedade, o medo e a apreensão da mulher durante todas as fases do trabalho de parto, devem ser iniciadas durante a gestação, por meio da educação em saúde e aconselhamento durante as consultas de pré-natal que elas realizam durante a gestação, sendo

assim, as mulheres são capazes de fazer suas próprias escolhas, como o tipo de parto que deseja, o acompanhante que ela deseja que esteja junto dela durante o parto e outras⁷.

As boas práticas preconizadas pela Organização Mundial de saúde buscam lembrar que o processo do nascimento é um evento natural e fisiológico e propõe uma abordagem ética e acolhedora por parte dos profissionais de saúde, a fim de promover o bem-estar da mãe e do recém-nascido. Portanto, algumas destas práticas são: A presença do acompanhamento na sala de parto, estimulação para movimentação e deambulação, musicoterapia, banho de imersão, aromaterapia, autonomia para posicionamento, uso da bola suíça, analgesia e procedimentos menos invasivos possíveis^{8,9}.

Com base neste contexto e nas recomendações da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde do Brasil, o presente estudo objetiva analisar o uso das tecnologias não invasivas durante o trabalho de parto humanizado.

MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura sobre o uso das tecnologias não invasivas utilizadas na assistência médica ao parto humanizado, visando reunir e sintetizar informações importantes

relacionadas ao tema de pesquisa a partir das leituras e análises dos materiais selecionadas. Este estudo teve como problema de pesquisa a seguinte pergunta qual a importância do uso das tecnologias não invasivas no parto humanizado.

Para a busca dos artigos científicos, manuais e protocolos foi realizada pesquisa nas seguintes bases de dados, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Além de outras fontes como livros, manuais do Ministério da saúde e similares.

Para a busca dos documentos científicos foi utilizado os descritores DeSCs parto humanizado, violência obstétrica, assistência médica, trabalho de parto e política nacional de humanização. Os critérios de inclusão foram: pesquisa de campo, estudos de caso, revisão sistemática, revisão narrativa, coorte observacional, estudos prospectivos e retrospectivos e outros estudos relevantes.

Após a seleção dos artigos foi analisado os títulos e os resumos de todos e selecionado os que se enquadraram nos critérios de inclusão, que foi composta por 22 documentos entre artigos, manuais, protocolos, dissertações e livros

publicados no período de 2015 a 2022 e excluídos os que não se enquadraram nos critérios selecionados para a construção da pesquisa, referente ao uso das tecnologias não invasivas na assistência médica ao parto humanizado.

Os artigos científicos, os manuais, os protocolos e similares encontrados nas bases de dados pesquisadas referente ao tema da pesquisa, foi realizado o download de cada pesquisa e armazenado em uma pasta e depois foram analisados criteriosamente e processados no *Microsoft Word* (Office 2010) e em seguida foi iniciado a redação da pesquisa.

Dos 129 artigos encontrados nas bases de dados, apenas 13 foram selecionados, ou seja, os que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos, a fim de evidenciar a utilização das boas práticas durante o parto humanizado.

Segundo Cananéa *et al*², as tecnologias não invasivas mais utilizadas durante o trabalho de parto humanizado preconizada pela política nacional de assistência a mulher e ao recém-nascido são o acolhimento da parturiente, a presença do acompanhante, o fortalecimento da autonomia, a escuta ativa, a massagem, o uso da bola suíça, o banho de aspersão e a deambulação.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

QUADRO 1: Principais resultados referentes ao uso das tecnologias não invasivas durante o trabalho de parto humanizado.

AUTOR	TÍTULO	OBJETIVO	RESULTADOS
HENRIQUE <i>et al.</i> , 2016 ¹⁰	Hidroterapia e bola suíça no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado	Conhecer a influência do banho quente e exercício perineal com a bola suíça, de forma isolada e combinada, sobre a progressão do trabalho de parto.	De acordo com a pesquisa houve um momento na frequência da contração uterina com uso isolado e associado da bola suíça, um aumento também significativo na frequência cardíaca fetal com uso isolado e associado do banho quente ($p < 0,001$).
BARBIERI <i>et al.</i> , 2017 ¹¹	Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto	Avaliar de forma isolada e combinada à utilização do banho quente de aspersão e exercícios com a bola suíça durante o trabalho de parto.	De acordo com os resultados da pesquisa observou-se que o uso das tecnologias não invasivas durante o parto, reduziu a dor sendo comparado com partos que não fez o uso das tecnologias.
COSTA, 2015 ¹²	A massagem no trabalho de parto um cuidado especializado	Efeitos da massagem durante o trabalho de parto e o seu significado na experiência de	Os resultados da pesquisa mostraram que a realização da massagem durante o trabalho de parto diminui a ansiedade e as reações de dor durante as fases latente e ativa e de transição, servindo também como um suporte psicológico

		nascimento da mulher e do esposo	benéfico para a mulher durante o trabalho de parto.
CAMPOS, 2020 ¹³	O uso de aromaterapia, cromoterapia e massoterapia no trabalho de parto	Identificar as evidências científicas sobre o uso de aromaterapia, cromoterapia e massoterapia durante o trabalho de parto como um método não farmacológico para o alívio da dor	Por meio deste estudo evidenciou-se que a aromaterapia e a massoterapia são consideradas tecnologias leves, de baixo custo e que trazem benefícios para as parturientes, como o alívio da dor, alívio da ansiedade e proporcionar o bem estar para a parturiente. Além desses pontos positivos os efeitos adversos são raros.
MOTA, 2020 ¹⁴	Implementação do uso do balanço pélvico tipo “cavalinho”	Implementar o uso do balanço pélvico tipo “cavalinho” na Maternidade como recurso não farmacológico para alívio da dor no parto.	Os resultados demonstraram que houve um aumento de 18% para 34% no uso do equipamento entre as parturientes da Maternidade. A Intervenção tem sido desenvolvida visando à melhoria da qualificação profissional, contribuindo para a diminuição de intervenções medicalizantes e manobras desnecessárias durante o trabalho de parto, aumentando dessa forma a autonomia da parturiente e a participação da família durante o processo de parir.
MONGUILHOTT <i>et al.</i> , 2018 ¹⁵	Nascer no Brasil: a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul	Analisar se a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul do Brasil	De acordo com este estudo a maioria das mulheres teve o acompanhante durante o trabalho de parto (51,7%), mas poucas permaneceram com ele no parto (39,4%) ou na cesariana (34,8%). Menos da metade das mulheres teve acesso às várias práticas recomendadas, enquanto práticas não recomendadas continuam sendo realizadas.
SILVA <i>et al.</i> , 2017 ¹⁶	Práticas de atenção ao parto e nascimento	Identificar na literatura científica as práticas de atenção ao parto e nascimento desenvolvidos pelos profissionais de saúde	Conforme este estudo das 172 publicações encontradas, 15 foram incluídas no estudo. Algumas publicações destacam as boas práticas ao parto e nascimento úteis, como, apoio, acolhimento e medidas não farmacológicas para o alívio da dor, e outras publicações apontaram alguns entraves para efetivas as boas práticas como a episiotomia.
SOARES <i>et al.</i> , 2017 ¹⁷	Satisfação das puérperas atendidas em um centro de parto normal.	Analisar a satisfação das puérperas atendidas em um Centro de Parto Normal.	Segundo este estudo constatou-se que a satisfação das puérperas com a assistência recebida, sobretudo pelo apoio contínuo dos médicos e enfermeiros, uso de tecnologias não invasivas para alívio da dor, estímulo à autonomia e direito à acompanhante. Enaltecem ainda o ambiente por ser privativo, seguro e calmo.
AGUIAR <i>et al.</i> , 2021 ¹⁸	Métodos não farmacológicos para o alívio da dor	Descrever as técnicas não farmacológicas	Neste estudo evidenciaram os seguintes métodos não farmacológicos utilizados durante o trabalho de parto:

	durante o trabalho de parto	para o alívio da dor durante o parto, descritas na literatura.	técnica de respiração, relaxamento, banheira, chuveiro, massagens, bola suíça e a cadeira para a estimulação pélvica. Deste modo, estes métodos não farmacológicos proporcionam um pouco de alívio e bem-estar a parturiente, bem como a assistência humanizada para contribuir efetivamente para diminuição dos procedimentos invasivos.
MONECHI, 2015 ¹⁹	O banho morno como intervenção para o alívio da dor no trabalho de parto	Relatar a experiência de implementação do banho morno como método não farmacológico de alívio da dor no trabalho de parto	De acordo com este estudo a implantação de boas práticas na maternidade são fundamentais para a humanização da assistência ao parto e nascimento e o envolvimento dos profissionais de saúde para realização sistemática dessas boas práticas propicia o empoderamento na mulher e a participação efetiva da família na aplicação desses métodos não invasivos.
LORENCETTO <i>et al.</i> , 2021 ²⁰	Música e parto: uma terapia para o alívio da dor	Descrever os benefícios proporcionados pela musicoterapia para o alívio da dor de parto	Conforme este estudo a musicoterapia pode proporcionar à parturiente diminuição do medo, redução da ansiedade, relaxamento, distração da dor, encorajamento e melhor desempenho na evolução do parto natural dentre outros benefícios.
PAVIANI <i>et al.</i> , 2019 ²¹	O Uso de óleos essenciais no trabalho de parto e parto	Descrever o estado atual dos conhecimentos sobre o uso de óleos essenciais no trabalho de parto	Segundo este estudo a utilização dos óleos essenciais resumiu-se nas seguintes finalidades: diminuição da dor e da ansiedade, melhora da satisfação materna, diminuição da duração do trabalho de parto, redução de náusea e vômito.
CANANÉA <i>et al.</i> , 2020 ²²	A parturição na perspectiva das tecnologias não invasivas	Analisar os cuidados recebidos pela mulher no processo de parturição na perspectiva das tecnologias não invasivas	Evidenciou-se que as tecnologias não invasivas foram utilizadas durante a parturição, porém algumas vezes de forma rotineira, sem fundamentação científica; o uso e seus benefícios para mulher durante esse período, garantindo autonomia e autoconfiança; as tecnologias mais utilizadas foram acolhimento, presença do acompanhante, fortalecimento da autonomia, escuta ativa, massagem, uso da bola Suíça, banho de aspersão e deambulação.

A obstétrica surgiu como figura central para promover a humanização da assistência e o emprego de boas práticas no parto humanizado, uma vez que promove ações que remetem o conceito

de tecnologia de cuidado que na atualidade vem sendo valorizado o parto normal e fisiológico, sendo usado as tecnologias não invasivas para proporcionar maior conforto e segurança

durante todo o trabalho de parto, sendo assim esse novo modelo de assistência previne a violência obstétrica⁴.

O parto é considerado uma experiência repleta de experiências, cultura e mitos que envolvem a realidade em que cada parturiente está inserida. Deste modo, a assistência obstétrica humanizada visa a promoção do respeito aos direitos da mulher e da criança, com condutas baseadas em evidências científicas⁵.

As tecnologias de cuidados obstétricas são um conjunto de técnicas, procedimentos e conhecimentos utilizados durante sua relação de cuidado profissional, que, por sua concepção ecológica, compreende o parto como um processo fisiológico, respeitando sua natureza e a integridade corporal e psíquica das mulheres⁶.

As medidas para aumentar o conforto e reduzir a apreensão durante todas as fases do trabalho de parto devem ter seu início durante a gestação, por meio da educação e aconselhamento durante todo o pré-natal, visando que as mulheres sejam capazes de fazer suas próprias escolhas⁷.

O uso da massagem durante o trabalho de parto diminui a ansiedade e as reações de dor durante as fases latente, ativa e de transição, servindo também como suporte psicológico benéfico para o trabalho de parto¹².

De acordo com o estudo, a aromaterapia e a massoterapia são consideradas tecnologias leves, de baixo custo e que trazem benefícios para as parturientes, além de não apresentar efeitos adversos durante a assistência ao parto normal e humanizado¹³.

De acordo com essa pesquisa, houve satisfação das puérperas com a assistência recebida, sobretudo pelo apoio contínuo dos profissionais obstetras, uso de tecnologias não invasivas para o alívio da dor, estímulo à autonomia e direito à acompanhante dentre outros¹⁷.

A implantação das boas práticas nas maternidades são fundamentais para a humanização da assistência ao parto e nascimento e o envolvimento dos profissionais de saúde para realização sistemática dessas boas práticas proporciona o empoderamento na mulher e a participação efetiva da família no parto e nascimento humanizado¹⁹.

CONCLUSÃO

Através deste estudo evidenciou-se que o uso das tecnologias não invasivas durante o trabalho de parto humanizado são ações benéficas e protetoras essenciais à vida da mulher, do recém-nascido e da família uma vez que evitam que a saúde de ambos seja exposta a riscos desnecessários como era em um passado

recente e que ainda se repete em muitos serviços de saúde que ainda não implantaram o uso das tecnologias não invasivas na assistência ao parto humanizado.

Ressalta-se ainda que, a atuação da equipe médica e de enfermagem obstétrica são determinantes neste processo, pois promove o cuidado humanizado na assistência ao parto e nascimento com a atualização das boas práticas, respeitando a autonomia da parturiente e proporcionando o melhor conforto possível, a fim de evitar qualquer tipo de violência obstétrica.

Evidenciou-se que as tecnologias não invasivas mais utilizadas nas maternidades são: a massagem, o banho quente, o uso do cavalinho, a aromaterapia, a deambulação, a presença e envolvimento do acompanhante no processo assistencial e a autonomia da parturiente.

Deste modo, faz-se necessário à implementação das tecnologias não invasivas no parto humanizado, uma vez que favorecem na transformação do modelo obstétrico atual, garantindo a promoção e asseguram à parturiente ao direito à atenção humanizada na gestação, parto, puerpério, além de garantir a criança o direito do nascimento seguro e desenvolvimento saudável.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Tabnet: Nascidos vivos – Brasil. 2015.
3. AMORIM, Melania Maria Ramos; PORTO, Ana Maria Feitosa; SOUZA, Alex Sandro Rolland. Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. **Rev Femina**, v.36, n.11, p.584-591, 2020.
4. DUARTE, Micheliana Rodrigues *et al.*, Tecnologias do cuidado na enfermagem obstétrica: contribuição para o parto e nascimento. **Cogitare Enferm**, v. 24, p.3-11, 2019.
5. MELO, Bruna Marques *et al.*, Implementação das boas práticas na atenção ao parto em maternidade de referência. **Rev Rene**, v.18, n.3, p.376-382, 2017.
6. NASCIMENTO, Nátalia Magalhães *et al.*, Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção das mulheres. **Anna Nery**, v.14, n.3, p.456-461, 2020.
7. SILVA, Maria Regina Bernardo *et al.*, Tecnologias não invasivas: conhecimentos para o

- protagonismo no trabalho de parto. **Rev Nursing**, v.23, n.263, p.3729-3735, 2020.
8. CARANÉA, Bárbara Albino; COUTINHO, Larissa Cristine; MEIRELES, Lívia Xavier. A parturição na perspectiva das tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem: narrativas de vida. **Jorn Brazilian Of Development**, v.6, n.11, p.2525-61, 2020.
 9. OLIVEIRA, Luciane Marta Neiva; CRUZ, Anna Glaucia Costa. A utilização da bola suíça na promoção do parto humanizado. **Rev Bras de Ciên da Saúde**, v.18, n.2, p.2317-32, 2015.
 10. HENRIQUE, Angelita José *et al.*, Hidroterapia e bola suíça no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado. **Acta Paul Enferm**, v.29, n.6, p.686-92, 2016.
 11. BARBIERI, Márcia *et al.*, Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto. **Acta Paul Enferm**, v.26, n.5, p.478-84, 2017.
 12. COSTA, Ana Maria Margarida da. A massagem no trabalho de parto um cuidado especializado promovido pelo EESMO para uma experiência significativa de nascimento. 2015. 181 f. (Dissertação Mestrado). Lisboa, 2015.
 13. CAMPOS, Paola Melo. O uso de aromaterapia, cromoterapia e massoterapia no trabalho de parto: uma revisão integrativa. 2020. 38 f. Porto Alegre, 2020.
 14. MOTA, Eduardo Antonio de França. Implementação do uso do balanço pélvico tipo “cavalinho” na maternidade Dr. Araken Irerê Pinto- Natal/RS. 2019. 33.f. Trabalho de Conclusão de Curso. Rio Grande do Norte, Natal, 2019.
 15. MONGUILHOTT, Juliana Jacques da Costa *et al.*, nascer no Brasil: a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região sul. **Rev Saúde Pública**, v. 52, p.1-11, 2018.
 16. SILVA, Thayná Champe *et al.*, Práticas de atenção ao parto e nascimento: uma revisão integrativa. **Rev Recom**, v.7, p.1-5, 2017.
 17. SOARES, Yndira Kássia da Cunha *et al.*, Satisfação das puérperas atendidas em um centro de parto normal. **Rev Enferm UFPE**, n.11, p.4563-73, 2017.
 18. AGUIAR, Maria Gonçalves *et al.*, Métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto. **Rev Multidebates**, v.5, n.2, p.76-86, 2021.
 19. MONECHI, Alcione Boldrini. O banho morno como intervenção de enfermagem para o alívio da dor no trabalho de parto e parto. 2015. 21 f. Trabalho de Conclusão de Curso Minas Gerais, Vitória, 2015.
 20. LORENCETTO, Stefani Bernardino *et al.*, Música e parto: uma terapia para o alívio da dor. **Rev Recien**, v.11, n.34, p.12-26, 2021.
 21. PAVIANI, Bibiana Amaral *et al.*, O uso de óleos essenciais no trabalho de parto e parto: revisão de escopo. **Rev Reme**, v.23, p.5-20, 2019.
 22. CANANÉA, Bárbara Albino *et al.*, A parturição na perspectiva das



tecnologias não invasivas de
cuidado de enfermagem:
narrativas de vida. **Jorn Brazilian**

of Development, v.6, n.11,
p.87145-55, 2020.

EFEITOS DA COVID-19 NA SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

EFFECTS OF COVID-19 ON THE MENTAL HEALTH OF HEALTH PROFESSIONALS

Sabrina Menezes França¹, Joyce Farias da Costa¹, Salles Wanderley Aguiar¹, João Vitor da Silva França², Ruth Silva Lima da Costa^{3*}.

1 Enfermagem. Centro Universitário Uninorte, AC, Brasil.

2 Medicina. Centro Universitário Uninorte, AC, Brasil

3 Graduada em Enfermagem. Centro Universitário Uninorte, AC, Brasil.

***Autor correspondente:** ruttilyma@gmail.com

RESUMO

Objetivo: identificar os principais efeitos da Covid-19 na saúde mental dos profissionais de saúde.

Método: Trata-se de revisão integrativa da literatura do período de 2020 a 2022, realizada nas bases de dados do *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

Resultados: Foi possível identificar que a pandemia ocasionou a elevação de sinais e sintomas de estresse, depressão e ansiedade entre os profissionais de saúde, bem como sinais de exaustão devido à sobrecarga de trabalho e escalas prolongadas, além da diminuição das habilidades sociais devido as necessidades de isolamento.

Conclusão: Nesse público-alvo, os problemas relacionados à saúde física e mental, assim como os mecanismos de enfrentamento ao estresse, devem ser previamente identificados, para que medidas de prevenção e controle sejam implementadas de maneira oportuna afim de garantir uma melhor qualidade de vida a eles, além da conscientização dos gestores quanto à importância da implementação de medidas preventivas desses problemas no ambiente de trabalho hospitalar.

Palavras-chave: Saúde mental. Profissional de saúde. Pandemia. Covid-19.

ABSTRACT

Objective: To identify the main effects of Covid-19 on the mental health of health professionals.

Method: This is an integrative literature review from 2020 to 2022, carried out in the Scientific Electronic Library Online (SciELO) and Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences (LILACS) databases.

Results: It was possible to identify that the pandemic caused an increase in signs and symptoms of stress, depression and anxiety among health professionals, as well as signs of exhaustion due to work overload and prolonged scales, in addition to a decrease in social skills due to the needs of isolation.

Conclusion: In this target audience, problems related to physical and mental health, as well as the mechanisms of coping with stress, must be previously identified, so that prevention and control measures are implemented in a timely manner in order to guarantee a better

quality of life for people them, in addition to raising managers' awareness of the importance of implementing preventive measures for these problems in the hospital work environment.

Keywords: Mental health. Health personnel. Pandemic. Covid-19.

INTRODUÇÃO

A Covid-19 é uma doença infecciosa causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). Em 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi alertada sobre vários casos de pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China. Tratava-se de uma nova cepa (tipo) de coronavírus que não havia sido identificada antes em seres humanos. Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou que o surto do novo coronavírus constitui uma emergência de saúde pública de importância internacional (ESPII) – o mais alto nível de alerta da organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional¹.

Dessa forma, como medida de controle da doença, surgiu a necessidade do isolamento social, onde vivenciou-se um momento de emergências e crise refletidos no âmbito político, econômico, social e, principalmente, na saúde populacional, não somente a nível físico, mas também a nível mental. Devido à necessidade de isolamento e confinamento social, constatou-se o aumento de crises de ansiedade e problemas de ordem psicoemocional na população².

Nesse sentido, no curto período em que a pandemia se expandiu, ocorreu o aumento da prevalência de transtornos mentais comuns (TMC), especialmente fadiga e agressividade, estresse agudos, episódios de pânico, a manifestação de preditores de estresse pós-traumático (TEPT), depressão e ansiedade, não apenas nos profissionais, mas na população, de modo geral. E essa prevalência foi positivamente associada à exposição constante de notícias sobre a doença em mídias sociais³.

No Brasil, existem pesquisas em andamento para compreensão dos impactos na saúde mental dos profissionais de saúde nesse período. Em Brasília, um estudo que avaliou médicos residentes em atuação durante a pandemia, nos meses de abril e junho, apontou que, devido à ansiedade desses profissionais, 25% afirmaram ter cogitado trocar de especialidade. E, entre os sintomas de ansiedade, os mais detectados foram incapacidade de relaxar, medo de que aconteça o pior e nervosismo, constatados de forma moderada em 41,7%. Além disso, 83,3% afirmaram que a qualidade geral do sono esteve prejudicada e 75% apresentavam sonolência diurna⁴.

Dessa forma, o interesse para a realização do presente estudo surgiu mediante percepção da vulnerabilidade dos profissionais de saúde aos efeitos psicossociais da pandemia de Covid-19. Sendo assim, considera-se o estudo de suma importância vindo a contribuir para melhorar a qualidade de saúde não somente para o paciente, mas também para o profissional.

Portanto, o presente estudo objetivo identificar os principais efeitos da COVID-19 na saúde mental dos profissionais de saúde.

MÉTODO

Trata-se de estudo de revisão integrativa da literatura, que foi realizado através de um levantamento bibliográfico utilizando dados de fontes secundárias sobre os efeitos da covid-19 na saúde mental dos profissionais de saúde. A questão norteadora adotada: quais os efeitos da covid-19 na saúde mental dos profissionais de saúde?

As etapas percorridas para a operacionalização dessa revisão foram 1. escolha da questão norteadora; 2- seleção dos estudos compuseram a amostra a partir dos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa; 3- estabelecimento das informações que serão captadas e classificação dos estudos; 4- julgamento analítico dos artigos inclusos na revisão; 5- análise crítica dos artigos incluídos e

discussão dos resultados; 6- relato da revisão e síntese das informações adquiridas no percorrer das outras etapas.

Para a seleção dos artigos foram usadas as seguintes bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) nos quais as palavras chaves/descriptores: Saúde Mental; Pessoal de Saúde; Pandemia; Covid-19.

Os critérios de inclusão utilizados foram: disponível eletronicamente gratuitamente, artigos publicados na língua portuguesa e inglesa, texto completo com resumos disponíveis e publicados nos últimos 02 anos, a saber de 2020 a 2022.

A análise dos dados foi realizada de forma descritiva, procedendo-se à categorização dos dados extraídos dos estudos selecionados em grupos temáticos, a partir da identificação de variáveis de interesse e conceitos-chaves, sendo assim os resultados serão categorizados em um quadro ajustado para este propósito contendo os seguintes itens: autor/ano, periódico, título, objetivo, delineamento do estudo, resultados, com a finalidade de proporcionar uma análise comparativa, de maneira que estas viabilizassem a aquisição de respostas ao problema do estudo.

RESULTADOS

No Quadro 1, a seguir, apresenta-se um panorama geral das 8 publicações selecionadas, destacando a

caracterização, aspectos metodológicos, nível de evidência, objetivos e resultados dos artigos elencados.

Quadro 1: Síntese dos artigos selecionados para o estudo.

Titulo e Autor(es)	Periódico e Ano de Publicação	Tipo de Estudo	Objetivos	Resultados
O estresse e a saúde mental de profissionais da linha de frente da COVID-19 em hospital geral Horta <i>et al.</i> (2021) ⁵	Original Article • J. bras. psiquiatr. 70 (1) (2021)	Análise transversal com abordagem mista	Investigar os efeitos da atuação na linha de frente da COVID-19 na saúde mental de profissionais de hospital público	Foram entrevistadas 123 pessoas, 76% profissionais de enfermagem e 81% mulheres. Escore igual ou superior a sete pontos no Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) foi obtido para 40% da amostra, 45% tiveram escore igual ou superior a 25 pontos na Perceived Stress Scale (PSS) e 41% atingiram escores compatíveis com burnout no Inventário de Burnout de Oldenburg (OBI)
Saúde mental de profissionais de enfermagem durante a pandemia de COVID-19: recursos de apoio - Ramos-Toescher <i>et al.</i> , (2020) ⁶	Original Article • Escola Anna Nery, v. 24, 2020.	Estudo reflexivo	Refletir sobre as implicações da pandemia de coronavírus na saúde mental dos profissionais de enfermagem e os principais recursos de apoio em desenvolvimento	Em resposta à pandemia, uma crise em saúde mental pode estar a ocorrer entre os profissionais de enfermagem. Por estarem, diretamente, ligados ao atendimento de casos do novo coronavírus, experienciam situações estressoras, adicionais àquelas já vivenciadas nos serviços de saúde, incluindo preocupações, medo e insegurança com a saúde de si e da população.
Impact of COVID-19 on eating habits, physical activity and sleep in Brazilian healthcare professionals Mota <i>et al.</i> (2021) ⁷	Article • Arq. Neuro-Psiquiatr. 79 (5) (2021)	Estudo observacional e transversal	Investigar mudanças na vida diária e nos hábitos de sono de profissionais de saúde no Brasil.	Aproximadamente dois terços do total da amostra tinham algumas queixas relacionadas ao sono: 25,8% sobre a dificuldade de iniciar o sono, 29,6% sobre a dificuldade de mantê-lo e 32,5% sobre despertar precoce pela manhã. Da amostra, 28,7% (n=204) referiram fazer uso de medicamentos para insônia e 60,3% (n=123) desses realizaram automedicação. Alguns participantes relataram mudança na dieta alimentar (n=557; 78,5%), principalmente relacionada ao aumento da ingestão de carboidratos (n=174; 24,5%). Observou-se também que 27% (n=192) dos indivíduos relataram aumento no consumo de bebidas alcoólicas. Do total, 561 (81,8%) relataram mudança na prática de atividade física.

<p>Burnout e saúde mental em tempos de pandemia de COVID -19: revisão sistemática com metanálise</p> <p>Luz, D.C.R.P. <i>et al.</i> (2021)⁸</p>	<p>Revista Nursing (2021)</p>	<p>Revisão sistemática</p>	<p>Identificar os impactos gerados pela pandemia na saúde mental dos profissionais enfermeiros.</p>	<p>Após a realização da busca nas bases de dados mencionadas com os descritores listados, foram encontrados 29 estudos. Posteriormente, foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão, resultando em uma amostra final de 10 estudos, onde apontou que Cargas de trabalho exaustivas, más condições de trabalho, deficiência de pessoal, poucos recursos materiais, desvalorização e baixa remuneração. Esses fatores, associados ao medo de transmitir a doença para familiares e amigos, o isolamento social e outros aumentam o risco de desenvolver problemas psicológicos causando efeitos deletérios na saúde mental</p>
<p>Profissionais de saúde e cuidados primários / Coleção COVID-19 / Health and primary care professionals / COVID-19 Collection: Gestão E Organização Da Atenção Primária À Saúde No Enfrentamento Da Covid-19: Limites E Potencialidades Da Planificação Da Atenção À Saúde Santos <i>et al.</i> (2021)⁹</p>	<p>CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS (2021)</p>	<p>Ensaio de abordagem qualitativa</p>	<p>Compreender como as equipes da APS se encontravam antes da COVID-19 e identificar se as ações desenvolvidas na PAS contribuíram para o seu enfrentamento</p>	<p>O aumento dos níveis de estresse nos locais de trabalho tem um efeito inespecífico, podendo se manifestar de forma diversa na saúde mental das populações. Três desses problemas são mais frequentes nessa população: o esgotamento mental decorrente da atividade profissional, os sintomas de transtornos de ansiedade e os sintomas de depressão. O esgotamento mental decorrente da atividade profissional (síndrome de Burnout) na pandemia atingiu níveis muito altos, com alguns estudos estimando um acometimento de quase 70% da população de profissionais de saúde, outra condição frequente nessa população são os sintomas de transtornos de ansiedade, que atingem níveis preocupantes em cerca de 25% dos profissionais da saúde durante a pandemia, os sintomas de depressão atingem níveis alarmantes em cerca de 20% dos profissionais da saúde durante a pandemia, e por fim, podendo ser tanto causa quanto consequência dos problemas de saúde mental acima, há que se considerar que os problemas com o sono atingem cerca de 35% das enfermeiras e 42% entre os médicos enfrentando a COVID-19.</p>

<p>Quem cuida de quem cuida? Levantamento e caracterização da saúde mental dos profissionais da frente à pandemia do COVID-19</p> <p>Nazar, <i>et al</i> (2022)¹⁰</p>	<p>Arquivos de Ciências da Saúde UNIPAR (2022)</p>	<p>Estudo de avaliação / Pesquisa qualitativa / Estudo de rastreamento</p>	<p>Caracterizar a presença de indicadores de ansiedade, de estresse e de depressão, relacionando-os com habilidades sociais, em 70 profissionais da área da saúde de uma cidade do interior do Paraná.</p>	<p>Observou-se que a grande maioria apresenta sinais indicativos de depressão (79,7%), bem como sinais de ansiedade (78,6%), além disso, apresentam elevados índices de estresse quando comparados à amostra normativa brasileira.</p>
<p>Repercussões da pandemia pela COVID-19 no serviço pré-hospitalar de urgência e a saúde do trabalhador</p> <p>Dal Pai, D. <i>et al</i>. (2021)¹¹</p>	<p>Esc. Anna Nery Rev. Enfermagem (2021)</p>	<p>Estudo qualitativo do tipo exploratório-descritivo</p>	<p>Conhecer repercussões da pandemia pela COVID-19 no trabalho e na saúde dos profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de uma capital da região Sul do Brasil.</p>	<p>A pandemia repercutiu sobre fluxos e rotinas laborais, bem como gerou novas necessidades acerca da precaução biológica e suporte emocional. Participaram do estudo 55 trabalhadores: 20 técnicos de enfermagem (36,36%), 15 condutores (27,27%), 12 médicos (21,82%) e 8 enfermeiros (14,55%), dentre os quais 33 eram do sexo masculino (60%) e 22 do sexo feminino (40%). A faixa etária dos trabalhadores foi 20-39 anos (32,73%), 40-59 anos (60%) e acima de 60 anos (7,27%). Quanto ao tempo de atuação no SAMU, a média foi de 8,89 anos ($\pm 6,25$). A insegurança e o medo do desconhecido e de contaminar os familiares foram aspectos que se destacaram nos relatos dos trabalhadores do SAMU. O novo coronavírus exigiu cuidados peculiares para evitar a contaminação, sendo o distanciamento social o principal. Os relatos trazem as mudanças ocorridas no convívio social e a dificuldade de manter o afastamento, principalmente dos familiares, o que representa um acréscimo às demandas emocionais do trabalhador. As mudanças no modo de viver e o medo gerados pela pandemia causaram diversos efeitos psíquicos e uso de medicamentos, de acordo com os relatos dos participantes da pesquisa. Ansiedade, insônia, irritação e cansaço foram descritos.</p>
	<p>Rev. latinoam. enferm. (Online) (2022)</p>	<p>Estudo observacional e transversal com coleta de dados virtual.</p>	<p>Verificar a relação entre carga horária de trabalho semanal e psicoticismo.</p>	<p>A faixa etária, carga horária elevada, violência vivenciada e falta de suporte psicológico durante a pandemia associaram-se com o aumento dos sintomas</p>

<p>Sintomas psicopatológicos e situação laboral da enfermagem do Sudeste brasileiro no contexto da COVID-19</p> <p>Alves, <i>et al.</i> (2022)¹²</p>				<p>psicopatológicos entre os profissionais de enfermagem.</p>
---	--	--	--	---

DISCUSSÃO

Através dos achados da presente pesquisa, foi notório identificar que os profissionais de saúde podem apresentar altos índices de estresse e tensão no trabalho. Sem dúvidas, a crescente proliferação do novo coronavírus transformou-se em um dos maiores desafios da humanidade. Esse cenário foi apontado pelos estudos que fizeram parte dessa pesquisa, onde se observou que o contexto da pandemia, desde os primeiros casos identificados, vem afetando a saúde mental dos trabalhadores em saúde.

Nesse sentido, por mais que haja precedentes de pandemia na história, a Covid-19 está deixando marcas capazes de abalar diversas estruturas que vão muito além dos muros do setor saúde. O poder de contágio, a proliferação geográfica, o potencial de gravidade da doença e suas implicações nos mais diversos contextos são fatores

determinantes da complexidade da pandemia⁹.

Com o avanço da doença, houve sobrecarga nos serviços de saúde em detrimento de casos suspeitos e confirmados de Covid-19 e, em breve, pode existir grande procura pelos serviços de saúde por demandas relacionadas à Saúde Mental, tendo em vista as repercussões negativas que afetam a coletividade, inclusive profissionais de saúde, provocadas pela pandemia e que não podem ser negligenciadas^{13,14}.

Resultados de estudos apontam que são elevadas as prevalências de sofrimento psíquico, estresse percebido e Burnout e suas dimensões nesse grupo de profissionais em atividade na linha de frente da pandemia⁵.

Entre os profissionais expostos diretamente aos riscos de contaminação, especialmente aqueles que atuam em hospitais e postos de saúde, há registros de exaustão, redução da empatia, ansiedade, irritabilidade, insônia e

decaimento de funções cognitivas e do desempenho. Em situações de quarentena impostas no passado, foram observados aumento da violência social, casos de suicídio, além da manifestação de sintomas de estresse agudo, poucos dias após a implementação da quarentena².

De acordo com uma pesquisa realizada frente a essa temática, maioria dos participantes (73,5%), afirmou não ter recebido suporte/apoio psicológico/emocional da instituição em que trabalha ou estuda e essa falta de suporte, onde esse estudo subsidia o debate quanto às necessidades de saúde e as condições de enfrentamento dos desafios impostos pela pandemia hoje e no futuro para esse grupo de trabalhadores¹².

Outro fator relevante é que a vivência dos enfermeiros na sistematização do cuidado ao paciente Covid-19 pode acarretar consequências psicológicas negativas para o profissional tais como fadiga, desconforto e desamparo, desencadeados, principalmente, pela alta carga de trabalho em meio à pandemia. Por isso o gerenciamento da sua saúde mental é fundamental, seu bem-estar psicossocial nesse momento de crise torna-se fundamental⁶.

Destarte, diante da atual realidade, ocorreu uma elevação na carga de

trabalho e nos cuidados de prevenção, acentuando a exaustão física e emocional. Cotidianamente os profissionais de saúde são expostos a situações estressantes, como assistência a pacientes graves, cuidados intensivos e diretos, funções burocráticas e sobrecarga de trabalho, fatores que contribuem para o desenvolvimento da ansiedade e depressão, levando a um estado deletério da saúde mental⁸.

Nesse sentido, é possível visualizar que o ambiente de trabalho é fator importante no desenvolvimento tanto de habilidades sociais quanto de geradores de transtornos, como a ansiedade, o estresse e a depressão, entende-se que, além das grandes cargas diárias de trabalho, isso se tornou acentuado no contexto de pandemia, exigindo um desdobramento e uma dedicação maior de parte dos profissionais da saúde. Nesse contexto, os trabalhadores da saúde estão entre os grupos mais afetados pelo ambiente de trabalho¹⁰.

Levando em consideração que em 4 de maio de 2020, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) aprova e atribui força normativa ao Parecer do Grupo de Trabalho de Dimensionamento de Pessoal, exarado nos autos do Processo Administrativo COFEN nº 491/2020, atualizado conforme decisão do Plenário do Cofen na sua 4ª Reunião

Extraordinária, onde buscou estabelecer, na forma deste Parecer Normativo, parâmetros mínimos de profissionais de Enfermagem para atendimento aos pacientes acometidos pela Covid-19,

internados em Hospitais Gerais, Hospitais de Campanha, Unidades de Tratamento Semi-Intensivo/Salas de Estabilização e Unidades de Terapia Intensiva-UTI ¹⁵.

Quadro 2: Quantitativo mínimo da equipe de Enfermagem necessária para a adequada assistência de Enfermagem, prestada em Hospitais Gerais e de Campanha na vigência da pandemia Covid-19, por carga horária e a cada 20 leitos.

Carga horária semanal	Enfermeiros	Téc./Aux. de enfermagem
20	17	33
30	11	23
36	9	19
40	8	17
44	8	15

Fonte: COFEN, 2020

Quadro 3: Quantitativo mínimo de profissionais de Enfermagem por turno, necessários para a adequada assistência a cada 8 (oito) leitos, prestada em Unidades contendo pacientes em cuidado Semi-Intensivo/Estabilização, na vigência da pandemia Covid-19.

Quantidade de leitos	Enfermeiros	Técnicos de Enfermagem
8	1	4
Serviço de apoio assistencial em cada turno	–	1

Fonte: COFEN, 2020

Quadro 4: Quantitativo mínimo de profissionais de Enfermagem por turno, necessários para a adequada assistência a cada 5 (cinco) leitos, prestada em Unidade de Terapia Intensiva na vigência da pandemia de Covid-19.

Quantidade de leitos	Enfermeiros	Técnicos de Enfermagem
5	1	3
Serviço de apoio assistencial em cada turno	–	1

Fonte: COFEN, 2020

Sendo assim, ao se reconhecer fatores que sejam capazes de impactar a saúde mental dos profissionais de saúde durante a pandemia, como a Síndrome Burnout, e tomar-se iniciativas para o enfrentamento dessa problemática, torna-se

imprescindível para a melhoria da qualidade de vida e trabalho desses profissionais, tendo em vista que em situações de assistência em condições usuais exige-se dos profissionais “esforço físico, mental, emocional e psicológico,

haja vista que demandam atenção, realização de atividades com alto grau de responsabilidade e dificuldade, ritmo acelerado, jornadas excessivas e poucas horas de descanso ^{7,8,16}.

Destarte, em um cenário de pandemia, tais exigências ficam ainda mais proeminentes e, no quadro de incertezas e desconhecimento que caracteriza o enfrentamento do Covid-19, questões sobre autocuidado, medo da morte e segurança de si e dos entes queridos são fatores que podem potencializar os danos físicos e mentais das equipes de enfermagem¹⁷.

Reafirma-se que a saúde mental dos profissionais de saúde agora, tem sido apontada como uma grande preocupação devido à frequente exposição ao risco de contaminação, às grandes tomadas de decisões, longas jornadas de trabalho, falta de equipamentos de proteção individual, ampla cobertura da imprensa e baixo estoque de medicamentos ¹⁸.

Sendo assim, os profissionais da saúde que atuam na linha de frente em meio à pandemia do coronavírus, mais do que nunca, podem encontrar-se em situações estressantes, o que acarreta uma sobrecarga maior de preocupação, trabalho, ansiedade e depressão diante de tantas mortes e longos turnos de trabalho ¹⁹.

Nesse sentido, os profissionais de saúde envolvidos na resposta à pandemia Covid-19 são frequentemente obrigados a trabalhar em condições altamente desafiadoras e, portanto, podem estar em maior risco de experimentar problemas de saúde mental ²⁰.

Por fim, reitera-se que intervenções preventivas voltadas a todos os profissionais de saúde faz-se necessária, com o intuito de contribuir para a redução de possíveis danos que a sobrecarga de trabalho pode causar nesses trabalhadores a longo prazo, muito embora haja escassez de estudos que dão a verdadeira importância a saúde mental desses profissionais, essenciais na prevenção, promoção da saúde, e educação permanente, ainda que esse número tenha aumentado progressivamente nos últimos anos ^{21,22}.

CONCLUSÃO

Os resultados sugerem que a pandemia pelo coronavírus pode causar sofrimento psicológico nos profissionais de saúde, decorrente de estressores como o isolamento social, o risco de auto contágio e da família, recursos humanos e materiais insuficientes e estrutura física inadequada. Além disso, equipes reduzidas de profissionais acabam acarretando cargas de trabalho excessivas e exaustivas, sendo

necessário que esses profissionais exerçam muito além da sua função, deixando de repousar e se alimentar corretamente, onde estes são fatores que refletem tanto na saúde física quanto mental desses profissionais, assim não somente intervindo na sua qualidade de vida, mas também na qualidade da assistência prestada aos pacientes.

Acredita-se que os resultados desse estudo possam contribuir para a implantação de uma mecânica na atenção efetiva à saúde mental dos profissionais de saúde, a partir de programas de acolhimento ou demais dispositivos de cuidado terapêutico. Novos estudos que mensurem, ao longo do tempo, os impactos na saúde mental dos profissionais de saúde após a pandemia de Covid-19 serão fundamentais para a nova lógica de cuidado a quem atua diretamente na prestação destes serviços.

A partir dos resultados dessa revisão percebeu-se que os profissionais de saúde se encontram vulneráveis, e que essa situação tem sido minimizada através de algumas instituições de saúde, porém ainda pouco abrangentes. É notável a necessidade da realização de mais estudo referente a questão, para pressionar as instituições de saúde a realizarem planejamentos e novas mecânicas que possam favorecer esses profissionais, além de dar suporte e

acolhimento relativos à saúde mental dos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

1. BRITO, S. B. P. *et al.* Pandemia da COVID-19: o maior desafio do século XXI. **Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia**, v. 8, n. 2, p. 54-63, 2020.
2. BROOKS, S. K. *et al.* O impacto psicológico da quarentena e Como reduzi-lo: revisão rápida das evidências. **A lanceta**, v. 395, n. 10227, p. 912-920, 2020.
3. CHEN, Q. *et al.* Cuidados de saúde mental para equipes médicas na China durante o surto de COVID-19. **The Lancet Psychiatry**, v. 7, n. 4, p. 15-16, 2020.
4. BRASIL. **Pesquisa analisa impacto psicológico da covid em profissionais da saúde** Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
5. HORTA, R. L. *et al.* O estresse e a saúde mental de profissionais da linha de frente da COVID-19 em hospital geral. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 70, p. 30-38, 2021.
6. RAMOS-TOESCHER, A. M. *et al.* Saúde mental de profissionais de enfermagem durante a pandemia de COVID-19: recursos de apoio. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. spe, p. e20200276, 2020.
7. MOTA, I. A. *et al.* Impacto da COVID-19 nos hábitos alimentares, atividade física e sono em profissionais de saúde brasileiros. **Arquivos de Neuro-**

- Psiquiatria**, v. 79, p. 429-436, 2021.
8. LUZ, D. C. R. P. *et al.* Burnout e saúde mental em tempos de pandemia de COVID-19: revisão sistemática com metanálise. **Nursing (São Paulo)**, v. 24, n. 276, p. 5714-5725, 2021.
 9. SANTOS, A. O.; LOPES, L. T. Profissionais de saúde e cuidados primários. *In: Profissionais de saúde e cuidados primários*. p. 87-98, 2021.
 10. NAZAR, T. C. G. *et al.* Quem cuida de quem cuida? Levantamento e caracterização da saúde mental de profissionais da saúde frente à pandemia do Covid-19. **Arq. Ciências saúde UNIPAR**, v.26, n.1, p. 47-55, 2022.
 11. DAL PAI, D. *et al.* Repercussões da pandemia pela COVID-19 no serviço pré-hospitalar de urgência e a saúde do trabalhador. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. spe, p. e20210014, 2021.
 12. ALVES, J. S. Sintomas psicopatológicos e situação laboral de profissionais de enfermagem do sudeste brasileiro no contexto da pandemia de COVID-19. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 3, p: e3518, 2022.
 13. DANTAS, E. S. O. Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por Covid-19. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, n. 1, p. e200203, 2021.
 14. SILVA, A. G. *et al.* Saúde mental: porque ainda importa em meio a uma pandemia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 42, p. 229-231, 2020.
 15. COFEN-PARECER NORMATIVO Nº 002/2020/COFEN – EXCLUSIVO PARA VIGÊNCIA DA PANDEMIA – COVID-19. Disponível em:http://www.cofen.gov.br/parecer-normativo-no-002-2020_79941.html.
 16. ZANATTA, A. B.; LUCCA, S. R. Prevalência da síndrome de Burnout em profissionais da saúde de um hospital oncohematológico infantil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 2, p. 0253-0258, 2015.
 17. DUARTE, M. L. C.; GLANZNER, C. H.; PEREIRA, L. P. O trabalho em emergência hospitalar: sofrimento e estratégias defensivas dos enfermeiros. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, p. e2017-0255, 2018.
 18. PRADO, A. D. *et al.* A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do COVID-19: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 46, p. e4128-e4128, 2020.
 19. BEZERRA, G. D. *et al.* O impacto da pandemia por COVID-19 na saúde mental dos profissionais de saúde: revisão integrativa. **Rev. Enferm. Atual In Derme.**; v. 93, p. 020012. 2020.
 20. GREENBERG, N. Saúde mental dos profissionais de saúde na era COVID-19. **Nat Rev Nephrol** 16, p.425-426,2020.
 21. SANTOS, F. M. S. *et al.* Esgotamento físico dos profissionais de enfermagem no combate da COVID-19. **Nursing**

(São Paulo), v. 24, n. 278, p.
5968-5979, 2021.

22. ALMEIDA, S.L.A.C *et al.* Síndrome de Burnout em profissionais da saúde da linha de frente do COVID-19. **Brazilian Journal of Development**, v.7, n.7, p. 66360-66371. 2021.