

Elisa Miranda Costa
(Organizadora)



Bases Conceituais
da **Saúde 8**


Ano 2019

Elisa Miranda Costa
(Organizadora)

Bases Conceituais da Saúde

8

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação e Edição de Arte: Lorena Prestes e Geraldo Alves

Revisão: Os autores

Conselho Editorial

- Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Profª Drª Juliane Sant’Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

B299 Bases conceituais da saúde 8 [recurso eletrônico] / Organizadora
Elisa Miranda Costa. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019.
– (Bases Conceituais da Saúde; v. 8)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia.

ISBN 978-85-7247-139-8

DOI 10.22533/at.ed.398191502

1. Saúde – Brasil. 2. Saúde – Pesquisa. 3. Sistema Único de
Saúde. I. Costa, Elisa Miranda. II. Série.

CDD 362.1

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de
responsabilidade exclusiva dos autores.

2019

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos
autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

www.atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

No cumprimento de suas atribuições de coordenação do Sistema Único de Saúde e de estabelecimento de políticas para garantir a integralidade na atenção à saúde, o Ministério da Saúde apresenta a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS (Sistema Único de Saúde), cuja implementação envolve justificativas de natureza política, técnica, econômica, social e cultural.

Ao atuar nos campos da prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde baseada em modelo de humanizada e centrada na integralidade do indivíduo, a PNPIC contribui para o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS. Nesse sentido, o desenvolvimento desta Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares deve ser entendido como mais um passo no processo de implantação do SUS.

A inserção das práticas integrativas e complementares, especialmente na Atenção Primária (APS), corrobora com um dos seus principais atributos, a Competência Cultural. Esse atributo consiste no reconhecimento das diferentes necessidades dos grupos populacionais, suas características étnicas, raciais e culturais, entendendo suas representações dos processos saúde-enfermidade.

Considerando a singularidade do indivíduo quanto aos processos de adoecimento e de saúde -, a PNPIC corrobora para a integralidade da atenção à saúde, princípio este que requer também a interação das ações e serviços existentes no SUS. Estudos têm demonstrado que tais abordagens ampliam a corresponsabilidade dos indivíduos pela saúde, contribuindo para o aumento do exercício da cidadania. Nesse volume serão apresentadas pesquisas quantitativas, qualitativas e revisões bibliográficas sobre essa temática.

Elisa Miranda Costa

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A IMPORTÂNCIA DA ORIENTAÇÃO EM SAÚDE BUCAL E UTILIZAÇÃO DE COLUTÓRIOS NA REDUÇÃO DE ÍNDICE DE PLACA – RELATO DE CASO	
<i>Cássio Gonçalves Pinto</i> <i>Cristiane Lumy Sasaki Matos</i> <i>Kamilla Silva Mendes</i> <i>Paula Cristiny de Lima Aleixo</i> <i>Marizeli Viana de Aragão Araújo</i>	
DOI 10.22533/at.ed.3981915021	
CAPÍTULO 2	5
APLICAÇÃO DA LASERTERAPIA NA SENSIBILIDADE DENTÁRIA APÓS O CLAREAMENTO DE CONSULTÓRIO	
<i>Danielle do Nascimento Barbosa</i> <i>Kaiza de Sousa Santos</i> <i>Nayla Fernandes Dantas Muniz</i> <i>Camila Lima de Oliveira</i> <i>Rafaella Bastos Leite</i>	
DOI 10.22533/at.ed.3981915022	
CAPÍTULO 3	11
DOENÇAS OCUPACIONAIS COM MANIFESTAÇÃO BUCAL UM OLHAR SOBRE A IMPLANTAÇÃO DE EQUIPE DE SAÚDE DO TRABALHADOR NAS EMPRESAS	
<i>Edilmar Marcelino</i>	
DOI 10.22533/at.ed.3981915023	
CAPÍTULO 4	24
MANIFESTAÇÕES BUCAIS DA DOENÇA RENAL CRÔNICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA	
<i>Lucas Lacerda de Souza</i> <i>Aline Costa Flexa Ribeiro Proença</i> <i>Daniel Cavalléro Colares Uchôa</i> <i>Brian Willian de Souza Fernandes</i> <i>Adriana Souza de Jesus</i> <i>Hélder Antônio Rebelo Pontes</i>	
DOI 10.22533/at.ed.3981915024	
CAPÍTULO 5	28
O PARADIGMA DA RELAÇÃO ENTRE ORTODONTIA E DISFUNÇÃO TEMPOROMADIBULAR: UMA REVISÃO DE LITERATURA	
<i>Brian Willian de Souza Fernandes</i> <i>Aline Costa Flexa Ribeiro Proença</i> <i>Vânia Castro Corrêa</i>	
DOI 10.22533/at.ed.3981915025	
CAPÍTULO 6	34
DA NECESSIDADE DE POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS EFETIVAS PARA OS PACIENTES COM ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA - ELA	
<i>Arthur Henrique de Pontes Regis</i> <i>Jonas Rodrigo Gonçalves</i> <i>Marcus Vinicius Barbosa Siqueira</i>	
DOI 10.22533/at.ed.3981915026	

CAPÍTULO 7 43

MONONEUROPATIA DE MEMBROS SUPERIORES: UMA ANÁLISE A PARTIR DO NÚMERO DE CONCESSÕES AUXÍLIO BENEFÍCIO ACIDENTÁRIO ENTRE 2006 E 2016 NO BRASIL

Vanessa Tatielly Oliveira da Silva

Rafaela Alves Dantas

João Dantas de Oliveira Filho

Thainá Rayane Bezerra Vieira

Gabriela Emílio Lima dos Santos

Kaliny Oliveira Dantas

Thiago de Oliveira Assis

DOI 10.22533/at.ed.3981915027

CAPÍTULO 8 50

CORRELAÇÕES ENTRE AS CONDIÇÕES DE SAÚDE E TRABALHO DE FRENTISTAS DE POSTOS DE COMBUSTÍVEL NA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB

Matheus de Sousa Carvalho

Louise Cabral Gomes

Laís Clark de Carvalho Barbosa

Onélia Maria Setúbal Rocha de Queiroga

Valéria Cristina Silva de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.3981915028

CAPÍTULO 9 57

MOTIVOS DO ABSENTEÍSMO ÀS CONSULTAS DE OSTEOPATIA NO AMBULATÓRIO DO POSTO DE SAÚDE DA VILA DOS COMERCIÁRIOS, EM PORTO ALEGRE / RS – ESTUDO PROSPECTIVO

Alessandra Costi Bolla

Natalia Sales da Rocha

Márcia Elisabeth Rodrigues

DOI 10.22533/at.ed.3981915029

CAPÍTULO 10 64

O LUTO DAS MÃES E AVÓS DO BEBÊ PERFEITO EM TEMPOS DE MICROCEFALIA

Andréa Rose de Albuquerque Sarmiento-Omena

Luciano Bairros da Silva

Renata Pires de Oliveira Costa

Fernanda Calheiros Peixoto Tenório

Karine da Silva Santos

Camila Maria Beder Ribeiro Girish Panjwani

DOI 10.22533/at.ed.39819150210

CAPÍTULO 11 71

O CONHECIMENTO SOBRE CÂNCER DO COLO DO ÚTERO DE MULHERES QUILOMBOLAS DA COMUNIDADE DE ITACURUÇÁ EM ABAETETUBA – PARÁ

Dennis Soares Leite

Kelma do Couto da Costa

Rodolfo Gomes do Nascimento

Keila de Nazaré Madureira Batista

DOI 10.22533/at.ed.39819150211

CAPÍTULO 12 84

CARACTERÍSTICAS SUBJETIVAS DAS PUÉRPERAS USUÁRIAS DO BANCO DE LEITE HUMANO FRENTE À IMPOSSIBILIDADE DE AMAMENTAR

Tamyris da Silva Jardim
Ana Janaina Jeanine Martins de Lemos-Jordão
Gláucia Pereira Viana
Hugo Ricardo Torres da Silva
Nemório Rodrigues Alves
Carina Scanoni Maia

DOI 10.22533/at.ed.39819150212

CAPÍTULO 13 92

DA INVISIBILIDADE À PRÁTICA INFAME: VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER À NÍVEL DE PARAÍBA E JOÃO PESSOA

Erival da Maria Ferreira Lopes
Davi Alves Moura
Rossana Trocolli

DOI 10.22533/at.ed.39819150213

CAPÍTULO 14 101

DISMENORREIA: UMA ANÁLISE DESCRITIVA DA LIMITAÇÃO IMPOSTA À SAÚDE DA MULHER

Karoline Kalinca Rabelo Santana
Daniel Francisco Siqueira Andrade
Kênia Rabelo Santana de Faria

DOI 10.22533/at.ed.39819150214

CAPÍTULO 15 106

IMPACTO DO DIABETES NA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES ACOMPANHADAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: AVALIAÇÃO DO APOIO SOCIAL

Ana Carolina Ribeiro Tamboril
Luciana Conceição Garcia de Aquino
Natália Daiana Lopes de Sousa
Natalia Pinheiro Fabrício
Ana Maria Parente Garcia Alencar

DOI 10.22533/at.ed.39819150215

CAPÍTULO 16 112

MULHERES AMAZÔNICAS COM CÂNCER DE COLO DE ÚTERO: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E FATORES DE RISCO

Rosana Pimentel Correia Moysés
Gabriela de Souza Amaral
Juliana Viana Nascimento
B. Daiana Santos
Maria da Graça Pereira

DOI 10.22533/at.ed.39819150216

CAPÍTULO 17 124

OS EFEITOS DA INFERTILIDADE NA VIDA DA MULHER COM ENDOMETRIOSE

Rhayssa Soares Mota
Yasmin de Amorim Vieira
Laís Mendes Viana
Laura Vitória Viana Caixeta
Giovanna Rodrigues Pérez
João Victor Nobre Leão

DOI 10.22533/at.ed.39819150217

CAPÍTULO 18 129

PERCEÇÃO DO PAI ACERCA DA ESCOLHA DO TIPO DE PARTO EM UM HOSPITAL PÚBLICO EM FORTALEZA-CEARÁ

Francisco Antonio da Cruz Mendonça
Marilyn Kay Nations
Andréa Stopiglia Guedes Braide Cristiani
Nobre de Arruda
Kátia Castelo Branco Machado Diógenes
José Manuel Peixoto Caldas
Luis Rafael Leite Sampaio

DOI 10.22533/at.ed.39819150218

CAPÍTULO 19 142

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ÁGUA DE NASCENTES DO ARROIO ANDREAS, RS, BRASIL, ATRAVÉS DE MÉTODOS ECOTOXICOLÓGICOS E GENOTOXICOLÓGICOS UTILIZANDO *DAPHNIA MAGNA* (STRAUS, 1820) COMO ORGANISMO BIOINDICADOR

Daiane Cristina de Moura
Alexandre Rieger
Eduardo Alcayaga Lobo

DOI 10.22533/at.ed.39819150219

CAPÍTULO 20 155

DIÁLOGO MULTIPROFISSIONAL SOBRE COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS DIFÍCEIS

Andréia Jordânia Alves Costa
Bruna Roberta Lima Baia de Figueiredo

DOI 10.22533/at.ed.39819150220

CAPÍTULO 21 156

DIMENSÃO LÚDICA NO CONTEXTO DA EDUCAÇÃO DE ESTUDANTES DE ENSINO FUNDAMENTAL SOBRE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Maria Cláudia Cavalcanti Silveira Bezerra
Alessandra Coelho Costa
Narriman Patú Hazime
Rayssa Cristina Marinho de Oliveira Queiroz
Moab Duarte Acioli

DOI 10.22533/at.ed.39819150221

CAPÍTULO 22 167

OSTEOMIELITE EM MANÚBRIO ESTERNAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Laryssa Cristiane Palheta Vulcão

Carlos Victor Vinente de Sousa

Emanuelle Silva Mendes

Fernanda Santa Rosa de Nazaré

Matheus Ataíde Carvalho

Silvia Renata Pereira dos Santos

Tatiana Menezes Noronha Panzetti

DOI 10.22533/at.ed.39819150222

CAPÍTULO 23 175

EFICÁCIA DAS APLICAÇÕES TERAPÊUTICAS DE REIKI, SEGUNDO DADOS DA LITERATURA CIENTÍFICA NACIONAL E INTERNACIONAL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Ester Luiza Gonçalves

Boscolli Barbosa Pereira

DOI 10.22533/at.ed.39819150223

SOBRE A ORGANIZADORA..... 183

A IMPORTÂNCIA DA ORIENTAÇÃO EM SAÚDE BUCAL E UTILIZAÇÃO DE COLUTÓRIOS NA REDUÇÃO DE ÍNDICE DE PLACA – RELATO DE CASO

Cássio Gonçalves Pinto

Graduando, Universidade Federal do Pará,
Faculdade de Odontologia
Belém-Pará

Cristiane Lumy Sasaki Matos

Graduanda, Universidade Federal do Pará,
Faculdade de Odontologia
Belém-Pará

Kamilla Silva Mendes

Graduanda, Universidade Federal do Pará,
Faculdade de Odontologia
Belém-Pará

Paula Cristiny de Lima Aleixo

Graduanda, Universidade Federal do Pará,
Faculdade de Odontologia
Belém-Pará

Marizeli Viana de Aragão Araújo

Doutora em Doenças Tropicais, Universidade
Federal do Pará, Faculdade de Odontologia
Belém-Pará.

RESUMO: A introdução de colutórios como método preventivo para educação em saúde bucal é um método extremamente eficaz na redução de índices de O'Leary. A placa bacteriana é um fator fisiológico inerente aos indivíduos, pois forma-se involuntariamente sempre que a cavidade oral desempenha suas funções mastigatórias, logo a escovação ainda é o método tradicional mais eficaz na

eliminação desta placa bacteriana que a longo prazo pode gerar a lesão de mancha branca, primeiro sinal clínico clássico da carie dentária. Vários foram os estudos para desenvolver substâncias que auxiliassem a escovação na prevenção de doenças da cavidade oral, logo desenvolveram os colutorios ou popularmente são conhecidos como enxaguantes bucais a base principalmente de Clorexidina 0,12% como método auxiliar na promoção de saúde bucal dos indivíduos. No artigo objetiva-se expôr a luz da literatura atual os benefícios da associação de escovação supervisionada pelos cirurgiões dentistas ao uso de colutorios para redução de índice de placa de pacientes em níveis altos de risco de cárie, expondo ainda, o impacto dessa associação no sucesso e manutenção do tratamento odontológico.

PALAVRAS-CHAVE: Promoção em saúde bucal, Antimicrobianos, Saúde bucal.

ABSTRACT: The introduction of mouthwashes as a preventive method for education in oral health is an extremely effective method in reducing O'Leary indexes. Bacterial plaque is an inherent physiological factor in individuals, since it is formed involuntarily whenever the oral cavity performs its masticatory functions, so brushing is still the most effective traditional method in the elimination of this bacterial plaque, which in the long run can generate lesion of

white spot, the first classic clinical sign of dental caries. Several studies have been carried out to develop substances that aid toothbrushing in the prevention of diseases of the oral cavity, thus developed mouthwashes or popularly known as mouthwashes, mainly based on chlorhexidine 0.12% as an auxiliary method to promote the oral health of individuals. The objective of this paper is to show the benefits of the association of brushing supervised by dental surgeons to the use of mouthwashes to reduce plaque index in patients at high levels of caries risk, and to show the impact of this association on success and maintenance of dental treatment.

KEYWORDS: Oral Health Promotion, Antimicrobials, Oral Health.

1 | INTRODUÇÃO

A cárie dentária e a doença periodontal são as patologias mais prevalentes na cavidade bucal e atingem comumente pessoas de várias idades e etnias. Atualmente as bactérias presentes na flora bucal dos indivíduos são consideradas o agente causador principal, mas para que alcance o estágio de patologia há a necessidade de fatores relacionados ao hospedeiro, microbiota e dieta (substratos). Assim a odontologia volta sua atenção a essa tríade para tentar erradicar possíveis danos a saúde bucal e sistêmica dos pacientes. Sabe-se também que a cárie e doença periodontal são antecedidas por manifestações clínicas que, se diagnosticadas e tratadas a tempo, podem regredir e não causar danos a saúde bucal dos indivíduos, como é o caso da lesão de mancha branca e a formação de placa bacteriana. A formação de placa bacteriana é um processo que ocorre naturalmente na cavidade oral, sempre que se entra em contato com alimentação cariogênica a estrutura do esmalte tende a sofrer um processo conhecido como DesRemineralização, o que resulta na perda de importantes minerais da estrutura dentária, mas que podem ser novamente repostos com o uso de fluoretos. É nesse contexto que se cita a formação da placa bacteriana, que nada mais é do que a formação de uma película protetora que se forma na superfície dental e que se não for removida pode ser danosa a estrutura dental, provocando lesões de cárie entre outros problemas¹. Várias técnicas foram elaboradas dentro da odontologia curativa, como forma de prevenção de eminentes agravos a saúde bucal dos indivíduos. Dentre elas pode-se citar a escovação mecânica que é o método mais antigo de remoção de biofilme dental e que é muito eficaz, contudo deve ser realizado de forma correta. Tem-se também a remoção pela profilaxia profissional que é extremamente efetiva e pode alcançar remoções comprovadas de biofilmes de 98%¹. Existem também métodos alternativos ou complementares que são extremamente eficazes no combate a remoção de biofilme. Os colutórios a base de agentes antimicrobianos são ferramentas muito eficientes para esta finalidade. Existem atualmente, várias marcas comerciais no mercado com variadas propriedades e agentes antimicrobianos diferentes como, por exemplo: Clorexidina, cloreto de cetilpiridínio, triclosan, óleos essenciais, sais

minerais². Todos são comprovadamente eficazes na redução do índice de biofilme dental como método auxiliar no combate a cárie e outras patologias bucais, devendo ser indicados de acordo com sua especificidade e substantividade.

2 | OBJETIVOS

O objetivo deste relato é expor a luz da literatura existente, a eficácia dos efeitos da orientação em saúde bucal associada a escovação supervisionada, com a utilização de colutórios a base de agentes antimicrobianos na redução dos índices de placa, tomando como base o índice de O`Leary.

3 | RELATO DE CASO

Paciente R. S. C., 48 anos, sexo feminino, compareceu à Clínica II da Disciplina de Saúde Coletiva da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará (UFPA), queixando-se de dor e mobilidade dentária. No mesmo dia a paciente iniciou seu tratamento. Foram realizados os procedimentos de anamnese, exame clínico intra-oral, educação em saúde bucal, escovação supervisionada e profilaxia. O exame clínico intra-oral revelou uma higiene bucal deficiente, com presença de doença periodontal, cálculos supragengivais nos dois hemiarcos inferiores anteriores, além de mobilidade dentária e perda óssea horizontal. Foi realizado o planejamento para a paciente com o retorno semanal para realização de procedimentos e acompanhamento dos índices de placa. Na segunda consulta foi realizado o índice de O`Leary, profilaxia e registrados o odontograma e calculado o risco de cárie. Durante as quatro consultas planejadas para a paciente foram realizadas a manutenção dos índices de placa, remoção de cálculos por raspagem supra gengival e profilaxia profissional a cada sessão, sendo duas de raspagem. Já na segunda consulta a paciente foi orientada e prescrita para o uso do colutório Periogard, a base de Clorexidina a 0,12%, sendo observado que aliado a remoção mecânica, mais educação em saúde bucal os índices de placa reduziram significativamente. Na primeira consulta quando o índice de O`Leary foi calculado os valores chegaram a 98%, após a indicação do uso do colutório Periogard na segunda consulta, a paciente apresentou índices de 54%, na terceira consulta 41% e na última consulta índices de 14%. Nesta consulta o procedimento realizado foi à reorientação em saúde bucal, com profilaxia e aplicação tópica de flúor. A paciente demonstrou uma melhoria bucal extremamente significativa e demonstrou bastante satisfação, após a quarta consulta a paciente foi liberada para continuar tratamentos de periodontia mais avançados nas clínicas odontológicas da Faculdade de Odontologia da UFPA. Resultados: O relato de caso em si demonstra a eficácia da utilização de colutórios a base de agentes antimicrobianos como método auxiliar na prevenção de doenças

buciais como cáries e doenças periodontais. A utilização do colutório Periogard a base de Clorexidina se mostrou extremamente eficaz na redução dos índices de placa da paciente que utilizou durante três semanas e obteve uma queda expressiva. Para tal paciente foi indicado o Periogard porque os índices estavam muito altos e os riscos da doença periodontal se agravar eram iminentes. A Clorexidina foi indicada pelas características que este agente antimicrobiano possui de alta substantividade, largo espectro e bactericida³.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização de colutório a base de agentes antimicrobianos é de extrema importância como fator de auxílio na prevenção de doenças bucais. Esses devem ser métodos alternativos ou complementares que todo dentista deve se valer para reforçar a prevenção de doenças e manutenção do tratamento em si. Deve-se, no entanto, se atentar para fatores como quantidade de álcool presente e se conhecer os possíveis efeitos colaterais, além de se conhecer a base desses enxaguantes e suas características como: biocompatibilidade, substantividade, especificidade e eficácia³. Apesar dos colutórios serem considerados eficientes essa eficiência pode ser aumentada com a utilização de técnicas corretas de higienização e remoção profilática da placa dental. Logo, os colutórios além de importantes devem ser prescritos pelos dentistas como meio auxiliar no tratamento para pacientes de maior risco a cárie dentária e doença periodontal, pois é um método que associado a outros realizados pelo profissional ou pelo próprio paciente torna-se muito eficiente na integridade da saúde bucal.

REFERÊNCIAS

Axelsson P, Lindhe J. **The significance of maintenance care in the treatment of the periodontal disease.** Journal of Clinical periodontology. 1981; 8:281-294

Oliveira ILM, Ferreira, ACA, Manguiera, DFB, Manguiera LFB, Farias, IAP. **Antimicrobianos de uso odontológico: informação para uma boa prática.** Odontol. Clín.-Cient. (Online). 2011; 10(3):217-220.

Torres CRG, Kubo CH, Anido AA, Rodrigues JR. **Antimicrobial agents and your potential of use in odontology.** Pós-Grad Rev Fac Odontol São José dos Campos. 2000; 3(2) :43-52.

APLICAÇÃO DA LASERTERAPIA NA SENSIBILIDADE DENTÁRIA APÓS O CLAREAMENTO DE CONSULTÓRIO

Danielle do Nascimento Barbosa

Universidade Estadual da Paraíba – UEPB,
Campus VIII, Araruna, Paraíba

Kaiza de Sousa Santos

Universidade Federal do Rio Grande do Norte –
UFRN, Natal, Rio Grande do Norte

Nayla Fernandes Dantas Muniz

Universidade Estadual da Paraíba – UEPB,
Campus VIII, Araruna, Paraíba

Camila Lima de Oliveira

Universidade Estadual da Paraíba – UEPB,
Campus I, Campina Grande, Paraíba

Rafaella Bastos Leite

Universidade Federal do Rio Grande do Norte –
UFRN, Natal, Rio Grande do Norte

RESUMO: Com o aumento da procura por tratamentos estéticos pelos pacientes, o clareamento dental tem sido, entre outras, uma opção conservadora para a maioria dos casos de alteração de cor dental por apresentar resultados rápidos e por ser um método pouco invasivo. No entanto, as substâncias empregadas no clareamento de consultório podem ser citotóxicas às células pulpares, causando efeitos adversos, sendo o mais comum, a sensibilidade dentária. A laserterapia com *laser* de baixa intensidade tem sido empregada em várias áreas biomédicas e da odontologia, sendo promissor em aplicações

específicas, como no alívio da dor. Deste modo, objetivo deste trabalho é discutir a efetividade da aplicação do *laser* de baixa intensidade para tratar a sensibilidade dentária pós-clareamento. Foi realizado um levantamento bibliográfico de um conjunto de artigos, nas bases de dados BBO, MEDLINE e LILACS. Foram utilizadas as seguintes palavras-chaves: sensibilidade dentária, *laser* e clareamento. Constatou-se que o *laser* pode oferecer efeitos analgésicos, anti-inflamatórios e bioestimulantes, contribuindo para a reparação biológica das células da polpa e minimiza a sensibilidade dentinária. Portanto, a laserterapia pode reduzir os efeitos citotóxicos das substâncias clareadoras, restaura a integridade da polpa e minimiza os sintomas pós-clareamento, podendo ser considerado uma terapêutica adicional aos procedimentos clínicos do clareamento.

PALAVRAS-CHAVE: Sensibilidade. Clareamento dental. Laser.

ABSTRACT: Increasing demand for cosmetic treatment by patients, the bleaching has been, among others, a conservative choice for most cases of dental color change by presenting quick results and to be a minimally invasive method. However, the substances used in the office bleaching may be cytotoxic to the pulp cells, causing effects adverse, the most common of which is tooth sensitivity. Low intensity Laser

therapy has been used in several biomedical and dental areas and is promising in specific applications, such as pain control. Thus, the objective was to discuss the efficacy of low-intensity laser application in the treatment of post-bleaching dental sensitivity. A bibliographic survey of a set of articles was carried out in the databases BBO, MEDLINE and LILACS. The keywords were used: dental sensitivity, laser and whitening. It has been found that the laser can offer analgesic, anti-inflammatory and biostimulant effects, contributing to the biological repair of the pulp cells and minimizing the dentin sensitivity. Therefore, laser therapy may reduce the cytotoxic effects of bleaching substances, restore pulp integrity, and minimize post-bleaching symptoms, and may be considered additional therapy to clinical bleaching procedures.

KEYWORDS: Sensitivity, Tooth Bleaching, Laser

1 | INTRODUÇÃO

O clareamento dentário é o tratamento mais conservador para clarear dentes escurecidos e/ou pigmentados, podendo melhorar o sorriso, e assim, ganhou popularidade dentre os procedimentos estéticos. Apresenta-se em duas técnicas, clareamento caseiro (géis de baixas concentrações e associado a moldeiras de acetato) ou de consultório (altas concentrações dos géis, associado ou não a fontes de luz). Este procedimento é realizado com a aplicação dos géis clareadores na superfície dentária, o peróxido de hidrogênio ou o peróxido de carbamida, sendo o peróxido de hidrogênio (H₂O₂) o componente químico ativo básico de ambos os tipos de agente (BONAFÉ et al, 2013).

O H₂O₂ é uma espécie reativa de oxigênio. Devido a sua alta reatividade, o H₂O₂ atua na quebra das duplas ligações de moléculas orgânicas, como os pigmentos presentes na estrutura dentária. Com a quebra dessas ligações, essas moléculas se tornam pequenas, reduzindo a absorção de luz pelos cromóforos, promovendo, dessa maneira, o clareamento do dente (PALÉ et al, 2014). As Espécies Reativas de Oxigênio (EROs) liberadas pelo H₂O₂ são capazes de permear na estrutura dentária, promovendo o clareamento. No entanto, as substâncias clareadoras e os seus subprodutos, podem ser citotóxicos quando atingem a câmara pulpar (LIMA et al, 2014).

A sensibilidade dentária é um dos efeitos adversos mais comuns após o clareamento dentário em consultório. A sua ocorrência está diretamente relacionado à concentração do agente clareador e o tempo de aplicação. Por tanto, agente de alta concentração costumam gerar desconforto após o término da sessão de clareamento. O período de sensibilidade pode persistir por alguns dias ou pode se estender por períodos mais prolongados (COSTA, RIBEIRO, SACONO, 2010).

A terapia com laser de baixa intensidade vem sendo empregado em medicina e odontologia devido aos seus efeitos analgésicos, anti-inflamatórios e efeitos

bioestimulantes. Estas excelentes propriedades sugerem que o laser pode ser capaz de atenuar os danos da inflamação induzida pelos produtos do clareamento no tecido pulpar, e desta forma, pode possivelmente reduzir o risco e intensidade da sensibilidade dentária decorrente do clareamento (SILVEIRA, STRECK, PINHO, 2007).

Mediante o fato de que o clareamento dentário de consultório pode provocar sensibilidade dentinária, e o laser de baixa intensidade pode ser usado para a dessensibilização dentária, esse trabalho se desenvolveu no sentido de revisar a literatura referente à aplicação do laser para tratar a sensibilidade pós-clareamento, afim de, discutir a sua capacidade de minimizar este desconforto.

2 | METODOLOGIA

Para o presente trabalho optou-se por uma revisão de literatura realizando um levantamento bibliográfico na BIREME (Biblioteca Virtual em Saúde-BVS), nas bases de dados BBO, MEDLINE e LILACS. Utilizou-se para a busca as seguintes palavras-chaves: sensibilidade dentária (tooth sensitivity), laser e clareamento (bleaching). Ao final do levantamento, os artigos encontrados foram analisados de acordo com os critérios de inclusão (artigos que versão sobre a temática, foram incluídos) e exclusão (artigos que não versão sobre o tema, foram excluídos).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para realizar a técnica de clareamento em consultório são necessários géis clareadores de altas concentrações (35-38%), em sessões clínicas de 30 a 45 minutos (JOINER et al, 2006). Esse procedimento oferece alteração da cor dentária perceptível logo na primeira sessão. Isto ocorre porque o peróxido de hidrogênio (H₂O₂) devido ao seu baixo peso molecular, permite a sua difusão através do esmalte e dentina, agindo sobre os cromóforos presentes na estrutura dentária. No entanto, o H₂O₂ e seus subprodutos podem atingir na câmara pulpar, sendo capaz de promover efeitos nocivos as células pulpares (REIS et al, 2012; HE et al, 2012; MONCADA et al, 2013; BONAFÉ et al, 2013; COSTA et al, 2010; MOOSAVI et al, 2016).

Sendo assim, quando o H₂O₂ está em contato com as células pulpares, gera Espécies Reativas de Oxigênio (EROs) resultando na geração do estresse oxidativo, devido a um desequilíbrio entre as quantidades de EROs e antioxidantes endógena/exógenos (BONAFÉ et al, 2013; MARKOWITZ, 2010). Foi demonstrado que o H₂O₂ e seus subprodutos podem reduzir a viabilidade celular, bem como, causar dano membrana celular e ativação de enzimas proteolíticas, degradação da matriz extracelular, reação inflamatória do tecido, e até mesmo necrose parcial da polpa (SOARES et al, 2013; SATO et al, 2013).

De fato, os danos as células pulpares, odontoblastos e fibroblastos, tem sido descrito em estudo *in vitro* após o contato com agentes branqueadores (DANTAS et al, 2010; LIMA et al, 2013; LIMA et al, 2014). E em estudo *in vivo*, ocorrendo a sensibilidade dentária pós-clareamento (MOOSAVI et al. 2016). Portanto, agentes clareadores podem liberar substâncias que levam as alterações do metabolismo celular e/ou inflamação da polpa dentária (DANTAS et al, 2010; MOOSAVI et al, 2016) .

A fototerapia com laser de baixa intensidade é utilizada em várias áreas de ciências biológicas para promover a regeneração de tecidos lesionados. Esta terapia resulta em efeitos analgésicos, antiinflamatórios e biomoduladores. A luz laser dentro dos comprimentos de onda vermelho visível e próximo ao infravermelho corresponde ao espectro de absorção de energia dos componentes da cadeia respiratória, aumentando o metabolismo celular sob condições de estresse (SILVEIRA, STRECK, PINHO, 2007).

A energia do fóton é convertida em energia química dentro da célula, formando ATP (KARU, 1989), o que pode levar ao aumento do Ca^{2+} intracelular (OLSON, CHIMMERLING, TOBIAS, 1981). Isso estimula a duplicação do DNA (YU et al, 1996), aumento da síntese protéica (REDDY, 2004), indução da ação de enzimas que controlam o estresse oxidativo, modulação da produção de fatores de crescimento dos fibroblastos, o que por sua vez estimula a proliferação celular (JORI et al, 1996).

Alguns estudos *in vitro* avaliaram os efeitos do laser sobre a vitalidade de células expostas a agentes clareadores e relaram resultados controversos. Dantas et al. (2010) indicaram que a irradiação de um laser de 780 nm de baixa potência com densidade de energia de 10 J/cm² era capaz de compensar os efeitos citotóxicos de 35% de peróxido de hidrogênio em fibroblastos da polpa humana. Em contraste, Lima et al. (2013) e Lima et al. (2014), concluíram que tanto o peróxido de hidrogênio como o peróxido de carbamida reduzem a atividade celular dos odontoblastos e seus efeitos prejudiciais não podem ser compensados pela laserterapia com parâmetros definidos.

Em estudo clínico, Moosavi et al. (2016) buscou determinar o efeito do laser de baixa intensidade vermelho (660 nm, 200 mW, 15 s, 12 J/cm²) e infravermelho (810 nm) para terapêutica da sensibilidade resultante do clareamento em consultório. A sensibilidade foi registrada pela Escala Analógica Visual (VAS), às 1, 24 e 48 horas. A sensibilidade dentária não foi significativamente menor no grupo do laser infravermelho após 1 hora. Nas 24 horas, foi estatisticamente significativo no grupo do laser vermelho quando comparado com o laser infravermelho e o placebo. E, após 28 horas, os grupos dos lasers infravermelho e vermelho foram compatíveis e estatisticamente inferiores ao grupo placebo. Os autores concluíram que o laser infravermelho pode ser recomendado para a redução da sensibilidade dentária pós-clareamento.

4 | CONCLUSÃO

As substâncias empregadas no clareamento de consultório são citotóxicas quando permeiam o tecido pulpar, sendo capazes de fornecer efeitos nocivos, como a sensibilidade dentária. Os estudos/pesquisadores sugerem que a laserterapia com laser de baixa intensidade pode ser capaz de compensar os efeitos citotóxicos pós-clareamento. Assim sendo, a laserterapia seria importante para restaurar a integridade da polpa dentária após o clareamento, especialmente para controle dos sintomas pós-operatórios. Portanto, o laser de baixa intensidade poderia ser utilizado como procedimento clínico adicional após o clareamento dentário.

REFERÊNCIAS

BONAFÉ, E. et al. **Tooth sensitivity and efficacy of in-office bleaching in restored teeth.** Journal of dentistry, v. 41, n. 4, p. 363-369, 2013.

COSTA, C. A. et al. **Human pulp responses to in-office tooth bleaching.** Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology, v. 109, n. 4, p. e59-e64, 2010.

COSTA, C.A.S.; RIBEIRO, A.P.; SACONO, N.T. **Clareamento dentário: princípios e efeitos biológicos.** Revista da APCD, Edição especial, p.68-77, 2010.

DANTAS, C. M. G. et al. **In vitro effect of low intensity laser on the cytotoxicity produced by substances released by bleaching gel.** Brazilian oral research, v. 24, n. 4, p. 460-466, 2010.

HE, L. B. et al. **The effects of light on bleaching and tooth sensitivity during in-office vital bleaching: a systematic review and meta-analysis.** Journal of dentistry, v. 40, n. 8, p. 644-653, 2012.

JOINER, A. **The bleaching of teeth: a review of the literature.** Journal of dentistry, v. 34, n. 7, p. 412-419, 2006.

JORI, G. et al. **Novel approaches towards a detailed control of the mechanism and efficiency of photosensitized processes in vivo.** Journal of Photochemistry and Photobiology A: Chemistry, v. 102, n. 1, p. 101-107, 1996.

KANNO, S. et al. **Exposure to hydrogen peroxide induces cell death via apoptosis in primary cultured mouse hepatocytes.** Biological and Pharmaceutical Bulletin, v. 22, n. 12, p. 1296-1300, 1999.

KANNO, S. et al. **Effects of naringin on hydrogen peroxide-induced cytotoxicity and apoptosis in P388 cells.** Journal of pharmacological sciences, v. 92, n. 2, p. 166-170, 2003.

KARU, T. **Photobiology of low-power laser effects.** Health physics, v. 56, n. 5, p. 691-704, 1989.

LIMA, A. F. et al. **Effects of laser irradiation on pulp cells exposed to bleaching agents.** Photochemistry and photobiology, v. 90, n. 1, p. 201-206, 2013.

LIMA, A. F. et al. **Effect of low-level laser therapy on odontoblast-like cells exposed to bleaching agent.** Lasers in medical science, v. 29, n. 5, p. 1533-1538, 2014.

MARKOWITZ, K. **Pretty painful: why does tooth bleaching hurt?. Medical hypotheses,** v. 74, n. 5, p. 835-840, 2010.

MONCADA, G. et al. **Effects of light activation, agent concentration, and tooth thickness on dental sensitivity after bleaching.** Operative dentistry, v. 38, n. 5, p. 467-476, 2013.

MOOSAVI, H. et al. **Effect of low-level laser therapy on tooth sensitivity induced by in-office bleaching.** Lasers in medical science, v. 31, n. 4, p. 713-719, 2016.

OLSON, J. E.; SCHIMMERLING, W.; TOBIAS, C. A. **Laser action spectrum of reduced excitability in nerve cells.** Brain research, v. 204, n. 2, p. 436-440, 1981.

REIS, A. et al. **Clinical effects of prolonged application time of an in-office bleaching gel.** Operative Dentistry, v. 36, n. 6, p. 590-596, 2011.

REDDY, G. K. **Photobiological basis and clinical role of low-intensity lasers in biology and medicine.** Journal of clinical laser medicine & surgery, v. 22, n. 2, p. 141-150, 2004.

SATO, C. et al. **Tooth bleaching increases dentinal protease activity.** Journal of dental research, v. 92, n. 2, p. 187-192, 2013.

SILVEIRA, P. C. L.; STRECK, E. L.; PINHO, R. A. **Evaluation of mitochondrial respiratory chain activity in wound healing by low-level laser therapy.** Journal of Photochemistry and Photobiology B: Biology, v. 86, n. 3, p. 279-282, 2007.

SOARES, D. G. et al. **Efficacy and cytotoxicity of a bleaching gel after short application times on dental enamel.** Clinical Oral Investigations, v. 17, n. 8, p. 1901-1909, 2013.

YU, H. et al. **Low-energy helium-neon laser irradiation stimulates interleukin-1 α and interleukin-8 release from cultured human keratinocytes.** Journal of investigative Dermatology, v. 107, n. 4, p. 593-596, 1996.

DOENÇAS OCUPACIONAIS COM MANIFESTAÇÃO BUCAL. UM OLHAR SOBRE A IMPLANTAÇÃO DE EQUIPE DE SAÚDE DO TRABALHADOR NAS EMPRESAS

Edilmar Marcelino

RESUMO: Com a percepção atual da classe empresarial em valorizar seus colaboradores, melhorando suas condições do ambiente de trabalho e saúde, vários estudos de especialidades médicas voltou-se para a avaliação das doenças ocupacionais. A especialidade Odontologia do Trabalho que tem por objetivo a melhoria da saúde bucal dos trabalhadores, seus efeitos e influência sobre os cuidados de saúde e produtividade do trabalhador, o diagnóstico precoce de manifestações bucais das doenças ocupacionais. Este trabalho apresenta um ensaio de revisão de literatura sobre a evolução dos conceitos e práticas da Odontologia do Trabalho e sua relação com a saúde geral do trabalhador, enfocando as doenças ocupacionais com manifestação bucal e o resultante decréscimo no rendimento do trabalhador por consequência de dor de origem bucal. Ressalta a importância da implantação de uma equipe de saúde do trabalhador nas empresas, valorizando cada vez mais a atenção do empregador em melhorar a qualidade da saúde do trabalhador e consequente valorização profissional e qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Doenças Ocupacionais; Odontologia do Trabalho; Saúde do trabalhador; Valorização dos trabalhadores.

ABSTRACT: With the current perception of the business class in valuing its employees, improving their conditions of work and health environment, studies of medical specialties returned to the evaluation of occupational diseases. The Dental Labor specialty that aims to improve the oral health of workers, its effects and influence on health care and worker productivity, early diagnosis of oral manifestations of occupational diseases. This paper presents a literature review essay on the evolution of the concepts and practices of Labor Dentistry and its relationship to the overall health of the worker, focusing on occupational diseases with oral manifestation and the decrease resulting in the employee's income as a consequence of pain oral origin. Emphasizes the importance of deploying a team of occupational health in companies, valuing increasingly the employer's attention to improving the quality of occupational health and consequent professional development and quality of life.

KEYWORDS: Valuing employees; Dental Labor; Occupational diseases; Worker's health.

INTRODUÇÃO

Desde cedo, a atenção e preocupação com a saúde do trabalhador, iniciou-se na Inglaterra, na primeira metade do século XIX,

com a Revolução Industrial. Surgiu naquele tempo a especialidade médica Medicina do Trabalho, com atenção voltada para a avaliação do local de trabalho e a saúde do trabalhador. Naquela época, o uso da força de trabalho, resultante da submissão dos trabalhadores a um processo acelerado e desumano de produção em massa, exigiu uma intervenção, sob forma inviável a sobrevivência e reprodução do próprio processo. Naquele momento, um empresário proprietário de uma fábrica têxtil, preocupado com o fato de que seus empregados não dispunham de nenhuma assistência de saúde a não ser aquele propiciado por instituições filantrópicas, procurou um médico pedindo uma sugestão adequada para o assunto. O referido médico relatou que poderia resolver tal situação de forma simples e útil. Assim, sugeriu para o empresário que colocasse no interior da fábrica seu próprio médico, que serviria de intermediário entre o patrão e os trabalhadores. Este médico intermediário poderia visitar os trabalhadores por salas, verificando o efeito do trabalho sobre as pessoas. Sobre estes cuidados, se algum trabalhador sofresse qualquer alteração de saúde devido ao ambiente de trabalho, o médico deveria ser o responsável pela adequação e controle. Surge então, em 1830, o primeiro serviço de medicina do trabalho. (MENDES E DIAS 1999)

Analisando um contexto muito mais amplo, visando garantir a saúde como um todo do trabalhador, a saúde bucal é um componente essencial da saúde geral do trabalhador, influenciando diretamente seu desempenho profissional.

A inserção dos cuidados para a saúde bucal do trabalhador dentro do ambiente de trabalho é de grande importância em virtude de que a maioria das empresas ainda não possui este tipo de benefício.

Observa-se que a importância dada à promoção da saúde bucal do trabalhador faz parte da atuação de uma equipe multidisciplinar, a qual trabalha em conjunto de forma comum para o bem do trabalhador.

A saúde ocupacional é uma divisão da medicina preventiva que cuida da saúde do trabalhador no ambiente do trabalho. Cuida da saúde do trabalhador, avaliando as doenças ocupacionais existentes, da higiene do ambiente de trabalho, garantindo o bem estar e da segurança do trabalhador sobre os riscos apresentados no local de exercício de suas funções. (MENDES 1991)

As condições de trabalho interferem na qualidade da saúde bucal dos trabalhadores, podendo desencadear alterações na mucosa bucal, traumas e outros agravos. É importante não somente levantar os problemas bucais da classe trabalhadora, mas sim analisar os fatores predisponentes e o impacto que isto pode ocasionar na sua qualidade de vida e condições de trabalho.

A prática da Saúde Ocupacional depende essencialmente, de profissionais especializados na área. Todos os elementos estão envolvidos, onde o cirurgião-dentista tem grande importância, devido ao fato de que numerosas doenças desenvolvidas pelas pessoas apresentam manifestações bucais precoces. Analisando a saúde dos trabalhadores expostos a agentes agressores mecânicos, físicos, químicos e biológicos, é na boca que encontramos tais manifestações das doenças ocupacionais. Cabe ao

profissional fazer um exame detalhado da boca dos pacientes, ter conhecimento sobre os fatores de risco e minimizá-los o mais breve possível. Ressaltamos também, que o próprio cirurgião-dentista, por força de sua própria profissão, está exposto a uma série de riscos de natureza profissional. Assim, manejando diversas drogas, aparelhos de Raios-X, expondo-se em contato direto com os pacientes nas mais diversas doenças, trabalhando em ambientes onde o conforto térmico muitas vezes é precário e com grande quantidade de agentes nocivos. Deve-se aplicar todo conhecimento adquirido para evitar todo e qualquer perigo eminente. (PERES 2006).

Dentre a literatura pesquisada sobre o tema das doenças ocupacionais, vários trabalhos sobre doenças ocupacionais apresentam relato que várias doenças apresentavam manifestações bucais. Os principais agentes que podem desenvolver tais patologias são o chumbo, o arsênio, o mercúrio dentre outros. Notamos ainda que todo trabalhador está sujeito a desenvolver doenças ocupacionais (na época chamada de doenças profissionais) com manifestação bucal. Cabe então a um profissional especializado, observar os fatores de risco e minimizá-los aos trabalhadores.

A conscientização da classe odontológica para o problema relacionado com a odontologia do trabalho pode-se definir em médio prazo um novo campo de atuação profissional, o qual fornecerá dados epidemiológicos que definirão as medidas de controle necessárias para a elaboração de um programa de saúde que seja ideal para o trabalhador. Quanto à saúde bucal dos trabalhadores, como área específica da Odontologia Social será necessária: prevenir os efeitos nocivos das condições de trabalho e suas influências sobre a saúde, sendo que a prevenção deve sempre anteceder à ocorrência do agravo, definida a partir do mapeamento de risco do trabalhador; conscientizar o trabalhador da importância de preservar a saúde bucal como fator significativo da saúde geral; diagnosticar precocemente enfermidades específicas ou sistêmicas com manifestações bucais correlacionadas ao ambiente de trabalho; contribuir com demais áreas profissionais da saúde e segurança do trabalho, em todas as ações que visem preservar a integridade do trabalhador.

A atenção dada aos cuidados com a saúde dos trabalhadores está em crescente atenção. Estudos sobre o tema revelam que as doenças ocupacionais não tratadas, levam aos trabalhadores no decorrer dos anos, a agravos em sua saúde ou até invalidez. Em todas as categorias existe certo desleixo quando se trata de apresentar aos trabalhadores, ambientes 100% corretos para exercerem suas atividades. As doenças ocupacionais mais comumente encontradas são: doenças respiratórias, doenças infecciosas, doenças cardiovasculares, diabetes e câncer (SOUZA e MEDEIROS 2007).

Conforme vários estudos relatam (MEDEIROS e ABREU 2006) os fatores ocupacionais são a grande causa das lesões cancerizáveis nos trabalhadores, principalmente naqueles que passam suas jornadas de trabalho expostos ao sol sem proteção adequada. A má higiene bucal, seguido do tabagismo-alcoolismo e fatores de irritação mecânica crônica também agrava a incidência de tal patologia.

As crescentes modificações no processo produtivo tem alterado substancialmente o perfil do trabalho e dos trabalhadores, seus determinantes saúde-doença, seu quadro epidemiológico, assim como as práticas de saúde voltadas para o trabalhador. Observa-se que as práticas nos serviços odontológicos oferecidos aos trabalhadores é predominante curativo-restauradora, com pouca ênfase nas atividades preventivas.

É nítida a importância da observação do meio de trabalho e sua íntima relação com as doenças ocupacionais. Entre os meios agressores, podemos encontrar as ações mecânicas, onde certos trabalhadores tem por hábito, cortar com seus dentes, materiais utilizados em seu trabalho. Os músicos quando utilizam de sua boca para tocar certos instrumentos musicais, também podem acarretar injúrias aos dentes e demais estruturas. Provadores de bebidas alcoólicas desenvolvem queimaduras nos tecidos moles bucais. A ação química decorrente de névoas ácidas acaba causando lesões no tecido dentário e periodontal. A ação biológica também acaba por causar cáries e demais desavensas bucais. Ações com efeito combinado, por exemplos, em trabalhadores expostos ao sol ou a altas temperaturas podem desenvolver queimadura nos lábios e até mesmo o câncer bucal. Ações que produzem efeitos fisiológicos podem causar disfunções na ATM, como bruxismo. (MARTINS e SILVA 2009)

Na 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal que devem ser observados todos os fatores que envolvem as pessoas e sua relação com as patologias bucais. Para combater de frente os problemas bucais da população, deve-se deixar de lado somente princípio doença-cura e sim a prevenção deve ser enfatizada, observando todas as condições que envolvem as pessoas, seja no trabalho, no lar ou devido a sua condição sócio-econômica.

Verifica-se que o Dentista do Trabalho tem um papel importante na observância das condições de trabalho oferecidas aos funcionários, minimizando o risco de doenças bucais. Tal preocupação com o trabalhador deve ser garantida pela Lei 8.080 de 1990, que visa promover, proteger e recuperar a saúde do trabalhador. Assim, a Odontologia Ocupacional nos mais diversos segmentos e a necessidade de mais estudos sobre o assunto, devido a pouca atenção dispensada ao tema, sendo que, tal especialidade somente foi criada em 2001, sob Resolução CFO 22. A grande missão da Odontologia do Trabalho ao abraçar o paradigma da Promoção de Saúde afasta-se do modelo biomédico de tratar e prevenir as doenças e volta-se para a interação entre pessoas e o seu local de trabalho. A evolução do pensamento científico a respeito do que é promover saúde e de como se promove saúde nos locais de trabalho está atenta às necessidades do trabalhador, pois o que se percebe é uma preocupação em sair do enfoque assistencialista para o desenvolvimento de potencialidades em nível individual, coletivo e organizacional. As equipes de saúde bucal inseridas no contexto da saúde do trabalhador devem nortear sua atuação para a promoção da saúde, estabelecendo uma relação de parceria com a empresa, visando o interesse da produtividade da empresa com a oferta da saúde para o trabalhador. O trabalho por demanda espontânea reproduz um momento indesejável de atuação que só perpetua

a doença bucal, trazendo como consequência o absenteísmo, presença insatisfatória ou precária ao trabalho. . (SOUZA 2005)

OBJETIVOS

Verificar quais doenças ocupacionais tem maior prevalência em determinada classe trabalhadora, verificando as condições do ambiente de trabalho e os riscos aos quais os trabalhadores são expostos, minimizando assim, tais patologias, ocasionando uma melhora na saúde geral e bucal do trabalhador.

METODOLOGIA

A pesquisa proposta neste projeto teve a finalidade de proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito. Desenvolvida primordialmente mediante a revisão de literatura de pesquisadores da área da Saúde do Trabalho e Saúde Ocupacional, com enfoque para a saúde do trabalhador e saúde bucal, esta pesquisa também tem caráter qualitativo, comparando e interpretando as informações dos autores e pesquisadores.

DISCUSSÕES

No trabalho de Domingues (1995), o mesmo descreveu que a erosão dentária é destruição do tecido dentário observada em trabalhadores expostos a alguns agentes ocupacionais. A exposição ocupacional a névoas e fluoretos e outras névoas ácidas, podem causar o surgimento de erosão dentária. Esta talvez seja a doença ocupacional com manifestação bucal com resultados específicos mais abrangentes. Para combater este quando, cabe ao profissional de saúde responsável pela saúde do trabalhador observar a história clínica e ocupacional, o estudo do local de trabalho, os dados epidemiológicos e ter conhecimento sobre os fatores pré-disponentes.

Estudando a prevalência das manifestações bucais decorrentes e agentes químicos nos processos de galvanoplastia, Araújo (1998) constatou que os cuidados oferecidos aos trabalhadores eram mínimos. Cabe desta forma, um profissional cirurgião-dentista a acompanhar tal população, visando minimizar os riscos e tratar tais trabalhadores. Exacerba a importância de um profissional voltado para a área de saúde bucal do trabalhador, o qual possua conhecimento das doenças ocupacionais e seus fatores de risco e agentes tóxicos.

No trabalho de Araújo e Júnior (1999), os mesmos concluíram que a conscientização da classe odontológica para o problema relacionado com a odontologia do trabalho pode-se definir em médio prazo um novo campo de atuação profissional, o qual

fornecerá dados epidemiológicos que definirão as medidas de controle necessárias para a elaboração de um programa de saúde que seja ideal para o trabalhador. Quanto à saúde bucal dos trabalhadores, como área específica da Odontologia Social será necessária: prevenir os efeitos nocivos das condições de trabalho e suas influências sobre a saúde, sendo que a prevenção deve sempre antecipar à ocorrência do agravo, definida a partir do mapeamento de risco do trabalhador; conscientizar o trabalhador da importância de preservar a saúde bucal como fator significativo da saúde geral; diagnosticar precocemente enfermidades específicas ou sistêmicas com manifestações bucais correlacionadas ao ambiente de trabalho; contribuir com demais áreas profissionais da saúde e segurança do trabalho, em todas as ações que visem preservar a integridade do trabalhador.

No trabalho de dissertação de Mestrado de Bergamachi (2001) o mesmo descreveu sobre a preocupação com um posto de trabalho que ao mesmo tempo fosse prático, econômico, confortável e produtiva para exercer as funções odontológicas. Notou que existe uma extrema dificuldade da classe odontológica em conseguir estabelecer uma melhoria substancial no local de trabalho para todos os envolvidos no processo – profissional, auxiliares e pacientes.

Também no trabalho de Mestrado de Pizzato (2002), concluiu-se que as crescentes modificações no processo produtivo tem alterado substancialmente o perfil do trabalho e dos trabalhadores, seus determinantes saúde-doença, seu quadro epidemiológico, assim como as práticas de saúde voltadas para o trabalhador. Observou que as práticas nos serviços odontológicos oferecidos aos trabalhadores é predominante curativo-restauradora, com pouca ênfase nas atividades preventivas.

Avaliando os agentes agressores laborais, Mazzilli (2003) descreve sobre a impotência da observação do meio de trabalho e sua íntima relação com as doenças ocupacionais. Entre os meios agressores, podemos encontrar as ações mecânicas, onde certos trabalhadores tem por hábito, cortar com seus dentes, materiais utilizados em seu trabalho.

Estudando sobre a atuação profissional dos odontólogos, Peres et al (2003) concluíram que o Dentista do Trabalho tem um papel importante na observância das condições de trabalho oferecidas aos funcionários, minimizando o risco de doenças bucais. Tal preocupação com o trabalhador deve ser garantida pela Lei 8.080 de 1990, que visa promover, proteger e recuperar a saúde do trabalhador.

No trabalho de Almeida e Viana (2005), os mesmos relacionaram as doenças ocupacionais com relevância na boca, voltadas para os trabalhadores dos mais diversos setores da economia. Entre tais exposições ocupacionais presente, observa-se uma predominância de estudos sobre substâncias ácidas e também de exposições relacionadas como o açúcar, como a poeira do açúcar. As alterações bucais podem manifestar-se tanto nos tecidos duros (cárie e erosão dental), como nos tecidos moles (lesões da mucosa oral, doença periodontal). A implantação nas empresas de profissionais especializados visando avaliar os riscos para o trabalhador,

desenvolvendo programas efetivos nos princípios de vigilância na saúde, é indicada.

Em sua tese de Doutorado, Pizzato (2005) analisou as condições da saúde bucal de 240 trabalhadores de diversos segmentos. Constatou que não somente oferecer tratamento a esta população seria importante, mas também se faz necessário o correto planejamento das ações a serem desenvolvidas, as quais devem ser articuladas com os demais programas de atenção a saúde do trabalhador.

Na mesma linha de raciocínio, Queluzi (2005) afirma em seu trabalho, sobre a necessidade da implantação da Odontologia Ocupacional voltada para a proteção da saúde bucal dos trabalhadores, observando não somente as patologias existentes, mas também as condições de trabalho oferecidas aos mesmos. Conclui que todas as causas das patologias do trabalhador devem ser investigadas e relacionadas com o ambiente em que exercem suas atividades.

Analisando a importância da qualificação profissional do Odontólogo, Souza (2005) descreve a importância da implantação da Odontologia Ocupacional nos mais diversos segmentos e a necessidade de mais estudos sobre o assunto, devido a pouca atenção dispensada ao tema, sendo que, tal especialidade somente foi criada em 2001, sob Resolução CFO 22.

Estudando a promoção da saúde e suas ramificações, Garbin e Carceren (2006) depreendem que a Odontologia do Trabalho ao abraçar o paradigma da Promoção de Saúde afasta-se do modelo biomédico de tratar e prevenir as doenças e volta-se para a interação entre pessoas e o seu local de trabalho. A evolução do pensamento científico a respeito do que é promover saúde e de como se promove saúde nos locais de trabalho está atenta às necessidades do trabalhador, pois o que se percebe é uma preocupação em sair do enfoque assistencialista para o desenvolvimento de potencialidades em nível individual, coletivo e organizacional.

Avaliando o ambiente laboral e sua influência sobre a saúde do trabalhador, Garbin e Pizzato (2006) descrevem sobre a relação entre a saúde bucal dos trabalhadores e as condições de trabalho dos mesmos. Para o restabelecimento das condições de trabalho apropriadas e o oferecimento de condições de saúde satisfatórias aos trabalhadores, faz-se necessário à implantação de um programa de saúde bucal aos mais diversos segmentos de trabalho. Tais programas visam à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde bucal do trabalhador contribuindo para melhora de sua qualidade de vida.

Em um estudo sobre o dentista na saúde do trabalho, Medeiros e Abreu (2006) concluíram que as equipes de saúde bucal inseridas no contexto da saúde do trabalhador devem nortear sua atuação para a promoção da saúde, estabelecendo uma relação de parceria com a empresa, visando o interesse da produtividade da empresa com a oferta da saúde para o trabalhador. O trabalho por demanda espontânea reproduz um momento indesejável de atuação que só perpetua a doença bucal, trazendo como consequência o absenteísmo ou presença insatisfatória ou precária ao trabalho.

Analisando pesquisas sobre doenças laborais, Peres et al (2006) afirmou que as

influências do meio físico, social e cultural onde se insere o indivíduo ou o grupo devem ser consideradas e avaliar como todos esses fatores interagem, alteram-se ou se desenvolvem. A odontologia juntamente com outras profissões da saúde, pode assumir e contribuir com a qualidade de saúde dos trabalhadores, bem como para o aumento da estabilidade do setor industrial e de serviços, da produtividade e de segurança. Acidentes e doenças do trabalho são frequentes nos setores da economia nacional. No setor primário, a principal causa são os raios UV devido a constante exposição ao sol nas atividades agrícolas, pecuária, florestais e de pesca. O índice de câncer de boca nestes trabalhadores é alto. O diagnóstico precoce deve ser feito pelo cirurgião-dentista, o que pode significar a diferença entre a vida ou a morte do paciente ou trabalhador. No setor secundário e terciário da economia são mais comuns agressões por ações mecânicas, térmicas, químicas e biológicas. A ação química dos vapores corrosivos provocam destruição progressiva dos tecidos dentários e periodontais, encontrados em trabalhadores de fábricas de fertilizantes e confeitarias. A evolução da saúde ocupacional ocorrida nas últimas décadas caracterizou-se pela mudança profunda, onde a atuação do dentista do trabalho tornou-se mais abrangente, com um foco muito mais amplo, evidenciando a proteção e promoção da saúde do trabalhador.

Analisando a formação profissional no reflexo da especialização do cirurgião-dentista, Souza e Medeiros (2007) enfatizam que dentre os pilares para a formação do profissional especialista em Odontologia do Trabalho, o conhecimento sobre Saúde Ocupacional é de grande valia para o conhecimento e avaliação das patologias encontradas no ambiente de trabalho. Avalia também os riscos ambientais nos diversos setores da produção, bem como sua relação com a saúde bucal dos trabalhadores. A boca, especialmente a mucosa bucal, participa primordialmente nos aspectos relacionados com os riscos ambientais do processo de trabalho e desenvolvimento de doenças sistêmicas e bucais. Agentes agressores de natureza química, por exemplo, exposição dos trabalhadores a metais pesados, agrotóxicos e solventes, podem ocasionar lesões de caráter agudo ou crônico. Dentre as manifestações bucais, encontramos: linha de Burton plúmbica; sede; faringite; hemorragia gengival; gosto metálico; tremores de lábio e língua. As névoas ácidas causadas por agentes químicos, por exemplo, indústria de galvanização, mineradoras, dentre outras, podem causar erosão dental; xerostomia; queilite esfoliativa e reações alérgicas da mucosa. Por outro lado, a exposição aos agentes ergonômicos insatisfatórios, tais como, vibração, imposição de ritmos excessivos, ferramentas e móveis inadequados, podem causar problemas na ATM e musculatura dos membros superiores, comprometendo tendões e nervos. Existe também o risco da exposição aos agentes biológicos para lixeiros, jardineiros e trabalhadores da construção civil, acarretando tuberculose, meningites, herpes, hepatites virais e HIV. Agentes de natureza física como vibração, radiações ionizantes e eletromagnéticas podem ocasionar lesões na mucosa bucal, tais como, queilite actínica, leucoplasias, carcinomas epidermóides – basocelular e melanoma. Agentes de natureza mecânica no uso de maquinário desapropriado ou obsoletos,

iluminação inadequada podem causar manifestações bucais, por exemplo, úlceras traumáticas, fraturas dentárias, petéquias. Existem também agentes agressores de natureza psicossocial os quais podem acarretar o surgimento de lesões bucais, tais como, herpes, aftas, bruxismo, candidíase, etc.

Avaliando o conhecimento profissional do odontólogo, Guerra et al (2008) realizaram uma pesquisa sobre o conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre as patologias encontradas nos pacientes e suas manifestações bucais. Observou-se que as maiores dos profissionais não tinham conhecimento de tais condições clínicas de manifestação, inclusive da AIDS.

Refletindo sobre os cuidados com a boca dos trabalhadores, Santos (2008) relata que a saúde bucal do trabalhador é entendida como o conjunto de ações responsáveis pela prevenção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores. Cabe aos profissionais da área observar os fatores de risco para minimizar os problemas dos trabalhadores. Ressalta que a Odontologia do Trabalho em ambiente hospitalar tem função relevante na prevenção e tratamento das alterações bucais que venham interferir na qualidade de vida do trabalhador.

Estudando sobre a saúde do trabalhador e os motivos que levam as patologias bucais, Gomes e Pereira (2009) relataram que as doenças ocupacionais caracterizam-se pelo nexo-causal entre os danos observados na saúde do trabalhador e a exposição a determinados riscos ocupacionais. Um ambiente de trabalho insalubre pode causar certas doenças ocupacionais com manifestação bucal. Grande parte da incidência destas doenças está relacionada à utilização de agentes químicos e substâncias tóxicas derivadas. Ressaltaram a impotência do Dentista do Trabalho nas indústrias químicas como agente promotor da saúde e na prevenção de patologias desenvolvidas por ambientes do trabalho.

Analisando referências sobre o meio laboral, Martins e Silva (2009) relatam sobre as doenças ocupacionais e suas manifestações bucais. O meio laboral é altamente influenciável em tais patologias. Dentre as doenças bucais mais desenvolvidas devido a ambientes de trabalho inapropriados estão: pigmentações nos tecidos mole e duros, abrasão dental, hemorragias, cálculo dental, carcinoma, xerostomia, cárie, queilite, osteonecrose, leucoplasias, gengivites, etc.

Avaliando os fatores de risco laboral do cirurgião-dentista, Oliveira (2009) descreveu que os profissionais odontológicos também estão sujeitos a desenvolverem doenças ocupacionais com manifestação bucal. Além de problemas musculares, dermatológicos, de visão e audição, o contato com substâncias químicas também é fortemente observado. Há o risco do desenvolvimento de herpes ou outras micoses, devido ao fato do contato direto com pacientes por hora contaminados.

RESULTADOS

Notamos que nunca foi tanto enfatizado sobre os cuidados necessários para a manutenção da saúde do trabalhador, dando ênfase para a relação doença x ambiente de trabalho e seus fatores correlacionados. Tal preocupação começou muito antes, por volta da primeira metade do século XIX, na Revolução Industrial, quando o primeiro médico do trabalho foi chamado para dar informações a um empresário da área têxtil sobre o que de benefício para a saúde dos funcionários poderia ser feito, isentando o empregador sobre possíveis danos causados pelo ambiente de trabalho inapropriado, conforme descrito por Mendes e Dias (1999).

Notoriamente, a manutenção da saúde do trabalhador é algo valioso visto pelas grandes empresas, sendo que tal benefício é obrigatório para obtenção das ISOS, as quais dão uma imagem de “empresa correta” acarretando certos benefícios para ela, o que resulta sempre em vantagens competitivas e financeiras.

Os cuidados com a saúde bucal também é um componente essencial da saúde geral do trabalhador, influenciando diretamente seu desempenho profissional, assim como, sua qualidade de vida. A inclusão da atenção para a saúde bucal do trabalhador dentro do ambiente de trabalho é de suma importância em virtude de que à maioria das empresas ainda não possuem atendimento odontológico dentro do ambiente de trabalho, tratando a saúde bucal em segundo plano.

Em todos os segmentos de trabalho, a boca, especialmente a mucosa bucal, é a porta de entrada para os mais diversos tipos de agentes agressores.

De uma forma geral, as manifestações bucais de patologias ocupacionais são: sede, faringite, xerostomia, hemorragia gengival, faringite, tremores de língua e lábio, destruição e erosão dental, problemas musculares e de ATM, queilite esfoliativa, herpes, hepatites virais, leucoplasias, aftas, bruxismo, etc, conforme estudos de Martins (2009) e Guerra (2008).

Por concreto, a inserção do Dentista do Trabalho dentro dos mais diversos segmentos e categorias de trabalhadores, assegura aos funcionários melhores condições de trabalho e de sua saúde de uma forma geral. Sendo a atenção dada à saúde bucal parte integrante da saúde geral do paciente, minimizando os riscos de patologias ocupacionais com manifestação bucal, estaríamos reduzindo o absenteísmo e a queda do rendimento do trabalho causado por tais problemas, melhorando a capacidade produtiva do trabalhador na empresa. De certa forma, tal atenção é benéfica tanto para os trabalhadores quanto para os empregadores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após pesquisa, em virtude da bibliografia encontrada, podemos concluir que:

A atenção dada à saúde ocupacional dos trabalhadores começou há muito tempo, em meados do século XIX, na Inglaterra com a Revolução Industrial, onde, o primeiro

Médico do Trabalho foi incumbido de avaliar as condições de saúde e trabalho dos operários de uma indústria têxtil;

Por mais importante que seja os cuidados com a saúde bucal dos trabalhadores, tal especialidade só foi reconhecida em 2001 pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO), onde tal especialidade tem como objetivo principal, analisar, enquadrar, planejar e executar programas e projetos de saúde bucal para os trabalhadores;

É indiscutível que os fatores inadequados do ambiente de trabalho que envolve o trabalhador, são responsáveis pelas doenças ocupacionais;

As doenças ocupacionais gerais mais cotidianas são: doenças respiratórias, cardiovasculares, infecciosas, diabetes e até o câncer;

As doenças ocupacionais com manifestações bucais mais comuns são:

sede, faringite, xerostomia, hemorragia gengival, faringite, tremores de língua e lábio, destruição e erosão dental, problemas musculares e de ATM, queilite esfoliativa, herpes, hepatites virais, leucoplasias, aftas, bruxismo, etc.

A alta taxa de absenteísmo ao trabalho, ou até então a baixa capacidade de produtividade está diretamente relacionada com problemas de saúde dos trabalhadores, dando grande ênfase para problemas bucais crônicos ou agudos;

O grande desafio para os profissionais da Odontologia do Trabalho é saber indicar os fatores de risco existentes no ambiente do trabalho, e prevenir as patologias que possam a manifestarem nos trabalhadores. É melhor precaver do que ter que intervir posteriormente tratando tais patologias.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, T.F.;VIANA, M.I.P. **O papel da Epidemiologia no planejamento das ações de saúde bucal do trabalhador**. Revista Saúde e Sociedade. V.14, n.3, p.144-154, set-dez 2005.

ARAÚJO, M.E. **Estudo da prevalência das manifestações bucais decorrentes de agentes químicos no processo de galvanoplastia: sua importância para a área de saúde bucal do trabalhador**. Tese de doutorado. Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Departamento de Estomatologia. São Paulo, 1998.

ARAÚJO, M.E.;JÚNIOR, A.G. **Saúde bucal do trabalhador: os exames admissional e periódico**. **Revista Odontologia e Sociedade**. São Paulo, vol.1, n.1, p. 15-18, 1999.

BERGAMASCHI, O.B. **Níveis de aceitação do emprego do Shoulder-Neck-Roll no trabalho, com visão direta em um posto de trabalho odontológico**. Dissertação apresentada a Faculdade de Odontologia de Bauru. 2001.

COSTA, H. et al. **Relatório Final – 3ª Conferência nacional de saúde bucal. – acesso e qualidade superando a exclusão social**. Brasília, 2004.

COSTA, S.S. **Odontologia do Trabalho: nova área de atuação**. Rev. Paulista de Cir. Dent.; 59(6):432-436, nov.-dez. 2005.

DOMINGUES, S.H.S. **Aparelho Digestivo**. Ateneu, Rio de Janeiro, p 395-64, 1995.

- GARBIN, C.A.S.;PIZZATO, E. **Odontologia do Trabalho: implantação da atenção básica de saúde bucal do trabalhador.** Odontol. Clín-Cient.; 5(2):99-102, abr-junh. 2006.
- GOMES, A.G ;PEREIRA, V.A.S. **A importância da presença do Cirurgião-Dentista nas indústrias químicas como agente promotor de saúde.** Prêmio Colgate de Odontologia Preventiva. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2009.
- GORBIN, D.;CARCERERI, D.L. **A odontologia nas políticas públicas de saúde do trabalhador.** Arquivos em Odontologia, Belo Horizonte, v.42, n.2, p.81-160, abr-jun. 2006.
- GUERRA M.L.et al. **Avaliação do conhecimento técnico, ético e legal de cirurgiões-dentistas no tratamento de crianças HIV positivas.** Revista Cienc. Odontol. Brás., n.11, p. 14-22, 2008.
- MARTINS, I;SILVA, E. **Odontologia do Trabalho.** Editora Rúbio. Rio de Janeiro. 1ª ed. 2009.
- MARUCCI, G. **Estomatologia. Anuário Dermatológico.** ECN – Editora Cint. Nacional. V. 59, n.3, 1984.
- MAZZILI, L.E.N. **Odontologia do Trabalho.** Editora Santos. São Paulo, 1ª ed. 2003.
- MEDEIROS, U.V.;ABREU, C.M.W. **Protocolo de Promoção de Saúde Bucal em empresas.** Revista Brasileira de Odontologia, p. 29-32, 2006.
- MENDES, R.;DIAS, E.C. **Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, 25(5): 341-9, 1991.
- NOGUEIRA. D. P. **Odontologia e saúde ocupacional.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.6, n.2, 1972.
- OLIVEIRA, B. **Boa saúde física e mental são fatores que contribuem para o bom desempenho profissional do Cirurgião-Dentista.** Jornal da Associação Paulista dos Cirurgiões-Dentistas, São Paulo, n. 623, p. 17-19, 2009.
- PERES, A. et al. **Odontologia do Trabalho e SUS – uma reflexão.** Revista ABENO, 4(1):38-41, 2003.
- PERES, S.H.C.S. et al. **Absenteísmo: uma revisão da literatura sobre a ausência ao trabalho relacionada a odontologia.** Revista Odonto. Araçatuba, v.27, n.2, p.96-100, jul-dez. 2006.
- PERES, S.H.C.S. **Odontologia do Trabalho: doenças e lesões na prática profissional.** Revista Odontol. Araçatuba, v.27, n.1., p.54-58, Jan-Jun. 2006.
- PINTO, V.G. **Saúde Bucal Coletiva.** Livraria Santos. São Paulo, 5ª ed. 2000.
- PIZZATO, E. **A saúde bucal no contexto de saúde do trabalhador: análise dos modelos de atenção.** Dissertação apresentada a Faculdade de Odontologia de Araçatuba. 2002.
- PIZZATTO, E. **Análise do estado de saúde bucal de adultos trabalhadores : assistência e atenção odontológica.** Tese apresentada a Faculdade de Odontologia de Araçatuba S.P. 2005.
- QUELUZI, D.P. **Labour Dentistry: a new speciality in Dentistry.** Braz. J. Oral sci; 4(14):766-772, july-sept. 2005.
- ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde.** MEDSI, Rio de Janeiro, 5ª ed, p.

451-455, 1999.

SANTOS, P.S.S. **Odontologia do Trabalho em ambiente hospitalar**. Revista Odonto Ciência. São Paulo, p. 307-310, 2008.

SOUZA, E.A.;MEDEIROS, U.V. Guia **de estudo: saúde ocupacional**. Mundi Brasil, 99p., 2007.

TELES, M.P. et al. **Exposição ocupacional e saúde bucal do trabalhador**. Revista Cienc. Méd. Biol., Salvador, v.5, n.1, p. 48-54, jan-abr. 2006.

VIANA, M.I.P.;SANTANA, V.S. **Exposição ocupacional a névoas ácidas e alterações bucais: uma revisão**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.17, n.6, 2001.

MANIFESTAÇÕES BUCAIS DA DOENÇA RENAL CRÔNICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Lucas Lacerda de Souza

Universidade Federal do Pará, Hospital
Universitário João de Barros Barreto,
Departamento de Patologia Bucal e Cirurgia
Bucamaxilofacial
Belém – PA

Aline Costa Flexa Ribeiro Proença

Universidade Federal do Pará, Faculdade de
Odontologia
Belém – PA

Daniel Cavalléro Colares Uchôa

Universidade Federal do Pará, Hospital
Universitário João de Barros Barreto,
Departamento de Patologia Bucal e Cirurgia
Bucamaxilofacial
Belém – PA

Brian Willian de Souza Fernandes

Universidade Federal do Pará, Faculdade de
Odontologia
Belém – PA

Adriana Souza de Jesus

Universidade Federal do Pará, Hospital
Universitário João de Barros Barreto,
Departamento de Patologia Bucal e Cirurgia
Bucamaxilofacial
Belém – PA

Hélder Antônio Rebelo Pontes

Universidade Federal do Pará, Hospital
Universitário João de Barros Barreto,
Departamento de Patologia Bucal e Cirurgia
Bucamaxilofacial
Belém – PA

INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) caracteriza-se como uma lesão renal, com perda irreversível e progressiva da função dos rins, gerando problemas nos sistemas de filtração glomerular e tubular, além de modificações deletérias ao sistema endócrino. Em estágio mais avançados, os rins perdem a capacidade de manter a homeostasia do organismo do indivíduo afetado. Estudos epidemiológicos tem mostrado que a DRC tem aumentado a sua incidência em todo o mundo. Dentre os fatores de risco da DRC, os mais prevalentes são o tabagismo, a doença periodontal e o diabetes mellitus. As doenças renais apresentam significativa implicação na prática odontológica, uma vez que elas podem desencadear manifestações bucais, restrições na utilização de determinados medicamentos, alterações no metabolismo geradas pela falência renal, e considerações referentes aos pacientes renais transplantados, que fazem a ingestão regular de medicamentos imunossupressores. As manifestações bucais, em sua maioria, são difíceis de serem diagnosticadas e tratadas, pois estão associadas ao problema metabólico do paciente, contribuindo significativamente para a qualidade de vida do indivíduo portador da DRC.

Objetivos:

O intuito do nosso estudo é apresentar aspectos de saúde bucal de pacientes portadores da DRC, tal como a importância do cirurgião-dentista no auxílio ao tratamento desse grave problema de saúde pública.

Métodos:

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica do tipo descritivo de caráter qualitativo acerca das manifestações bucais da DRC publicada na Biblioteca Virtual de Saúde (BIREME) e na plataforma Scielo por meio dos seguintes descritores: “doença renal crônica e manifestações bucais”, “chronic kidney disease”, “chronic kidney disease and transplant” e “transplant and oral manifestation”. Foram utilizados artigos do período de 2007 a 2017, publicados na língua portuguesa e inglesa. Como critérios de inclusão foram selecionados temas relacionados às manifestações bucais da doença renal crônica, e de exclusão todos os não relacionados à supracitada temática.

Resultados e Discussão

As manifestações bucais da DRC podem aparecer como uma hiperemia da gengiva, palidez da mucosa bucal (decorrente da anemia) e uma progressiva perda da demarcação da linha mucogengival. Além disso, em decorrência dos efeitos colaterais da utilização contínua de diuréticos, ocorre a diminuição do fluxo salivar dos pacientes, o que gera xerostomia, além de ocasionar a predisposição para a candidíase, para a sialodente aguda supurativa e para a doença cárie. Nos estágios mais avançados da DRC, os níveis de uréia apresentam-se em altos, o que resulta em uma contínua secreção de amônia na saliva. Em decorrência dessa alteração de PH, tornando-se mais alcalino, há uma susceptibilidade da mucosa em formar-se estomatites com características clínicas semelhantes às presentes na Gengivite Ulcerativa Necrosante. Além disso, outras manifestações são citadas na literatura, tais como a presença de paladar metálico, petéquias e equimoses, obliteração pulpar, queilite angular, aumento e perda de inserção da gengiva, eritema da mucosa bucal com pseudomembrana cinza, ulceração gengival e da mucosa, disestesia dos lábios e língua e hipoplasia do esmalte. Em adição, máculas e nódulos também podem ser citados como as principais manifestações de pacientes que realizam hemodiálise. Outros achados como a leucoplasia pilosa, ocasionada pela utilização de drogas imunossupressoras, e o líquen plano, formado em decorrência da associação entre drogas diuréticas e β - bloqueadores foram detectados. Em acréscimo, algumas formas de candidíase como a pseudomembranosa, eritematosa e a atrófica também foram relatadas em pacientes transplantados, evidenciando a susceptibilidade dos seus organismos às infecções fúngicas. Lesões ósseas em decorrência das alterações do metabolismo de cálcio e fósforo também podem aparecer nesses pacientes. A osteodistrofia renal pode ocorrer nos estágios avançados de DRC, como consequência da pielonefrite e da glomerulonefrite. Quando a função dos túbulos está prejudicada, pode ocorrer o hiperparatireoidismo secundário, um distúrbio associado à disfunção dos hormônios da tireóide, aos altos

índices de paratormônio e o acúmulo de cálcio e fósforo no organismo. Os níveis elevados de paratormônio alteram o transporte de cálcio para fora da matriz osteóide, podendo ocorrer uma desmineralização óssea. Essas alterações são comumente observadas como regiões radiotransparentes focais bem definidas. Nos dentes, pode-se observar perda da lâmina dura, a presença de opacificações do trabeculado ósseo (padrão de vidro fosco) e a formação de lesões denominadas tumores marrom de hiperparatireoidismo. O tumor marrom de hiperparatireoidismo pode aparecer com aspecto radiotransparente uni ou multiloculares e bem circunscritas. Semelhante ao tumor marrom de hiperparatireoidismo, a manifestação maxilofacial da osteíte fibrosa/osteodistrofia renal também pode ser encontrada no contexto de pacientes afetados pela DRC. É definido como um distúrbio esquelético com alterações nos níveis de cálcio e fosfato e na taxa de metabolismo ósseo desses pacientes. A osteíte fibrosa é considerada a manifestação mais comum da osteodistrofia renal e afeta cerca de 30% dos pacientes com DRC. Mais recentemente, manifestações agressivas de osteíte fibrosa/osteodistrofia renal foram descritas e esses casos são agora reconhecidos como síndrome de Sagliker. Os pacientes sindrômicos são caracterizados por apresentar hiperparatireoidismo secundário, alterações severas do crânio e dos ossos gnáticos (microscopicamente consistentes com osteíte fibrosa), baixa estatura, má oclusão, anormalidades dentárias, ponta dos dedos dobradas, distorções do joelho e da escápula, distúrbios neuropsiquiátricos e audição prejudicada.

Conclusão:

Este estudo revela que pacientes portadores da DRC são comumente associados à manifestações bucais. Inúmeras lesões já foram identificadas, entretanto, a doença periodontal e a cárie não são relatadas com frequência nos estudos mais antigos, o que é prejudicial para a análise das perspectivas futuras. Atualmente, tem-se mostrado que a doença periodontal está associada aos pacientes com DRC, especialmente àqueles portadores de xerostomia. Com isso, há a necessidade da presença do cirurgião-dentista no acompanhamento desses pacientes e, para isso, eles devem estar preparados para o manejo das possíveis complicações bucais e sistêmicas associadas à DRC. Em adição, há a necessidade de se manter uma dentição saudável e o controle das infecções bucais para a contribuição da homeostasia sistêmica do paciente. O controle da placa sub e supragengival gera a redução do risco de infecções orais que podem desencadear a predisposição do indivíduos à quadros clínicos mais graves como a septicemia e a possibilidade de endoartrite. Em pacientes transplantados, os protocolos de imunossupressão predispõem o paciente ao aparecimento de infecções e de aumento gengival, reafirmando a necessidade do tratamento odontológico prévio ao transplante.

Descritores: Doença renal crônica e manifestações bucais, Chronic kidney disease, transplant and oral manifestation.

REFERÊNCIAS

FRANKENTHAL, S. et al. The effect of secondary hyperparathyroidism and hemodialysis therapy on alveolar bone and periodontium. *Journal Of Clinical Periodontology*, [s.l.], v. 29, n. 6, p.479-483, jun. 2002.

PONTES, F.S.C. et al. Oral and maxillofacial manifestations of chronic kidney disease—mineral and bone disorder: a multicenter retrospective study. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology**, [s.l.], v. 125, n. 1, p.31-43, jan. 2018.

PORTER, S.R; SCULLY, C; HEGARTY, A.M. An update of the etiology and management of xerostomia. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, and Oral Radiology**, [s.l.], v. 97, n. 1, p.28-46, jan. 2004.

PROCTOR, R. et al. Oral and Dental Aspects of Chronic Renal Failure. **Journal of Dental Research**, [s.l.], v. 84, n. 3, p.199-208, mar. 2005.

RUOSPO, Marinella et al. Prevalence and severity of oral disease in adults with chronic kidney disease: a systematic review of observational studies. **Nephrology Dialysis Transplantation**, [s.l.], v. 29, n. 2, p.364-375, 29 set. 2013.

O PARADIGMA DA RELAÇÃO ENTRE ORTODONTIA E DISFUNÇÃO TEMPOROMADIBULAR: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Brian Willian de Souza Fernandes

Universidade Federal do Pará, Faculdade de Odontologia
Belém - Pará

Aline Costa Flexa Ribeiro Proença

Universidade Federal do Pará, Faculdade de Odontologia
Belém - Pará

Vânia Castro Corrêa

Universidade Federal do Pará, Faculdade de Odontologia
Belém - Pará

RESUMO: As disfunções temporomandibulares assumem um papel cada vez mais importante na prática diária do cirurgião-dentista pois são uma desordem musculoesquelética com elevado impacto na vida das pessoas. Caracterizadas por uma etiologia multifatorial, desde a década de 80 os estudos científicos procuraram determinar quais os fatores causais das disfunções. Nos últimos anos, a inter-relação entre Ortodontia e disfunções temporomandibulares (DTM) tem despertado interesse crescente na classe odontológica, sendo tema de discussões e controvérsias. Em um passado recente, a oclusão era considerada como principal fator etiológico das DTM, sendo o tratamento ortodôntico uma medida terapêutica primária para um restabelecimento fisiológico

do sistema estomatognático. Assim, o papel da Ortodontia na prevenção, desencadeamento e tratamento das DTM passou a ser investigado. Com a realização de estudos científicos com metodologias mais rigorosas e precisas, a relação entre o tratamento ortodôntico e as DTM pôde ser avaliada e questionada dentro de um contexto baseado em evidências científicas. Este trabalho, através de uma revisão sistemática da literatura, teve como objetivo analisar a inter-relação entre a Ortodontia e as DTM.

PALAVRAS-CHAVE: Disfunção Temporomandibular. Ortodontia. Oclusão.

ABSTRACT: Temporomandibular disorders play an increasingly important role in the daily practice of the dental surgeon because they are a musculoskeletal disorder that has an impact on people's lives. Characterized by a multifactorial etiology, since the 1980s scientific studies have sought to determine the causal factors for dysfunctions. In recent years, an interrelation between Orthodontics and temporomandibular dysfunction (TMD) has aroused growing interest in the dental community, being the subject of discussions and controversies. The last year of a series of studies was the main etiological factor of TMD, with orthodontic treatment being a higher priority measure for the physiological reestablishment of the stomatognathic system.

Thus, the role of Orthodontics in the prevention, triggering and treatment of TMD has been investigated. With a scientific study carried out with more rigorous and precise methodologies, a relation between the orthodontic process and the TMD. This work, through a systematic review of the literature, aimed to analyze the inter-relationship between Orthodontics and TMD.

KEYWORDS: Temporomandibular dysfunction. Orthodontics. Occlusion

1 | INTRODUÇÃO

A Articulação Temporomandibular (ATM) é certamente uma das mais complexas articulações do corpo e componente do sistema estomatognático que está diretamente relacionada às funções fisiológicas gerais. Ela é responsável pelos movimentos mastigatórios e pelas atividades mandibulares, que são classificadas em funcionais, como falar, mastigar, deglutir e em parafuncionais, que incluem todas as atividades realizadas sem um objetivo específico e de forma inconsciente. Problemas nessa articulação, mais conhecidos como Disfunções Temporomandibulares (DTM) têm sido motivos de muitas pesquisas na área da Odontologia provavelmente devido à grande prevalência dessas desordens na população.⁷ A ocorrência de situações desfavoráveis que afetam a ATM é frequente, pois essa articulação precisa acomodar adaptações oclusais, musculares e cervicais. Assim, condições de desequilíbrio podem resultar em quadros de disfunção, relacionado a um conjunto clínico de sinais e sintomas envolvendo os músculos mastigatórios, a própria articulação e estruturas associadas. A etiologia das DTMs é multifatorial, compreendendo alterações oclusais, hábitos parafuncionais (como bruxismo e apertamento dentário), estresse, ansiedade, ou anormalidades no disco intra-articular. Tais fatores podem estar relacionados à ocorrência de inflamações articulares, danos e dores musculares ou espasmos.⁸ Os desequilíbrios nas dentições decídua e permanente se constituem em possíveis fatores etiológicos na disfunção da ATM. Essa falta de equilíbrio pode ser de origem traumática, psicossocial (que incluem fatores individuais, interpessoais e situações variadas bloqueiam a capacidade funcional adaptativa do indivíduo), genética, funcional e, frequentemente, devido a um nivelamento incorreto dos dentes, extrações, inclinações axiais inadequadas, além de mecânica ortodôntica com forças pesadas e contínuas. A ação do tratamento ortodôntico sobre o sistema estomatognático não se apresenta totalmente clara e a perspectiva de considerar a má oclusão como fator etiológico primário das disfunções temporomandibulares coloca, muitas vezes, a ortodontia como causa dessas disfunções e outras vezes como solução.⁷ O relacionamento entre a ortodontia e disfunção temporomandibular tem sido objeto de discussões e controvérsias. A literatura científica mostrava que os problemas de disfunção temporomandibular eram ocasionados pela má oclusão e, para sua correção, um tratamento ortodôntico deveria ser realizado. Estas teorias, aparentemente, tornaram-se obsoletas e, devido aos atuais artigos científicos mais consistentes, o relacionamento destas três áreas

da odontologia, tem sido questionado³. A forte relação da dentição com a DTM foi estabelecida – erroneamente – há décadas. As conclusões equivocadas originaram-se da interpretação de resultados de estudos retrospectivos de séries de casos. Na presença de artigos científicos mais consistentes, o relacionamento dessas três entidades tem sido amplamente questionado, e é muito provável que uma mudança de paradigma esteja acontecendo na área da disfunção temporomandibular². Estudos epidemiológicos mostram que, independentemente da mecânica utilizada, o tratamento ortodôntico, além de não ser específico ou necessário para curar sinais e sintomas da DTM, não é o responsável por causar alterações nessas articulações¹.

2 | METODOS

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica do tipo descritivo de caráter qualitativo acerca da mudança de paradigma que está acontecendo na área de disfunção temporomandibular. A dissociação da Ortodontia como um fator de causa ou tratamento da disfunção temporomandibular. Foram utilizados artigos do período de 1988 a 2012, publicados na língua portuguesa e inglesa. Como critérios de inclusão foram selecionados temas relacionados à Ortodontia e DTM, e de exclusão todos não relacionados.

3 | DISCUSSÃO

Sobre o relacionamento dos problemas de articulação temporomandibular e Ortodontia os artigos científicos consistentes, ou seja, aqueles que apresentavam grupos de estudo e de controle, mostraram que não havia diferença nos sinais e sintomas de DTM entre os pacientes que eram tratados ortodônticamente e os que não eram tratados³. Durante os anos 1970 e 1980 a ideia da relação causal entre DTM e má oclusão era evidente. Consequentemente, a DTM deveria desaparecer quando eliminada a má oclusão por meio de um tratamento ortodôntico ou protético proporcionado pela mudança de esquema oclusal. A partir de 1990, as evidências têm mostrado que não há diferença nos sinais e sintomas de DTM entre os pacientes que foram tratados ortodônticamente e os que não foram tratados.¹ Um trabalho onde 1.081 crianças foram avaliadas demonstrou que a realização do tratamento ortodôntico não altera os valores de prevalência, nem de incidência de DTM nos indivíduos.⁴ A necessidade de investigar o relacionamento entre ortodontia e DTM vem da ocorrência de casos legais em que pacientes responsabilizaram ortodontistas por causar sintomas de DTM durante ou após o tratamento ortodôntico.⁶ McNamara et al. (1995)⁵ listaram sete conclusões que refutam essa possível associação:

- Sinais e sintomas de DTM ocorrem em pacientes saudáveis;
- Sinais e sintomas de DTM aumentam com a idade, particularmente durante

a adolescência;

- Tratamento ortodôntico executado durante a adolescência não aumenta ou diminui as chances de desenvolvimento de DTM posteriormente;
- A extração de dentes como parte do tratamento ortodôntico não aumenta o risco de desenvolvimento de DTM;
- Não há risco elevado de DTM associado com nenhum tipo de mecanismo ortodôntico particular;
- Embora uma oclusão estável seja um objetivo razoável do tratamento ortodôntico, não alcançar uma oclusão ideal não resulta em sinais e sintomas de DTM;
- Não tem sido demonstrado nenhum método de prevenção de DTM. Quando sinais e sintomas severos de DTM estão presentes, tratamentos simples podem aliviá-los na maioria dos pacientes.

Em 1982, foram analisados estudos presentes na literatura, e concluiu-se que o tratamento ortodôntico não pode ser relacionado como uma terapia específica ou definitiva para as DTMs.¹ O fato de os dados estatísticos não suportarem claramente a ideia de que a correção ortodôntica das maloclusões esqueléticas e dentárias irá reduzir as chances de desenvolvimento de DTM no futuro¹. Nem a má-oclusão e nem o tratamento ortodôntico podem ser considerados como causa ou cura da DTM, ainda estamos esperando por um “estudo perfeito” avaliando a relação entre má-oclusão e DTM¹. Rendell et al.¹⁰ realizou um estudo prospectivo com o objetivo de determinar a incidência de DTM emergentes durante um tratamento ortodôntico assim como avaliar a incidência de qualquer mudança ou aparecimento de sintomas da doença. Para isso, os pesquisadores avaliaram 462 pacientes que iniciaram o tratamento ortodôntico dos quais, 90% eram adolescentes e 10% adultos. Somente 11 apresentavam algum sinal de DTM. Eles foram acompanhados por um período de aproximadamente 18 meses. Como resultado desse estudo os autores obtiveram nenhuma alteração do estado inicial relativo à DTM, ou seja, nenhum dos 451 pacientes desenvolveu algum sintoma de DTM e os 11 que já apresentavam, não tiveram esses sintomas exacerbados pelo tratamento ortodôntico. Um estudo prospectivo bastante semelhante foi realizado também por Kremenak et al.¹¹ quando 109 pacientes da clínica de graduação em Ortodontia da Universidade de Iowa foram avaliados quanto à incidência de sintomatologia da disfunção temporomandibular durante e após o tratamento. Arquivo Brasileiro de Odontologia 133 ortodôntico. Dois terços desses pacientes eram do gênero feminino e nenhum deles apresentou sinais ou sintomas de DTM. Todos os pacientes receberam tratamento ortodôntico completo. Como resultado, não foi encontrada qualquer incidência de sintomas de DTM nos pacientes e relataram que o tratamento ortodôntico não poderia ser visto como possível causa de DTM, quando bem planejado e executado.¹¹ Vários autores declararam que um ortodontista prudente, antes de iniciar um tratamento ortodôntico, deveria identificar e documentar

qualquer sinal ou sintoma de disfunção temporomandibular. Se sintomas dolorosos aparecerem durante o tratamento, a terapia deveria ser modificada, interferências oclusais pesadas deveriam ser aliviadas e as forças, com intenção de distalizar dentes, eliminadas ou alteradas. Eles acreditam que pacientes com problemas de DTM devem ser tratados com habilidade e cuidados especiais³. Alguns pesquisadores acompanharam pacientes que foram submetidos aos mais variados tratamentos ortodônticos, e após vinte anos de acompanhamento os autores concluíram que nem tratamento ortodôntico nem extração tem um relacionamento causal com sinais e sintomas de disfunção temporomandibular ². Em 2000, foram comparadas jovens mulheres de 11 a 15 anos de idade tratadas e não tratadas por ortodontia. Os autores concluíram que o tratamento ortodôntico não aumenta o risco nem piora os sinais pré-tratamento de DTM. Pelo contrário, indivíduos com classe II e sinais de DTM de origem muscular parecem ser beneficiados funcionalmente por tratamento ortodôntico numa perspectiva de dois anos². Embora muitos ortodontistas afirmem que há uma melhora no quadro de sintomas da DTM imediatamente após a instalação do aparelho ortodôntico, tem sido aceito que boa parte dessa evolução é em virtude da nova situação intraoral, desencadeando um processo de cognição, onde a nova situação funciona como um alerta para o indivíduo abandonar os maus hábitos, como, por exemplo, apertar os dentes, além de aumentar a sua aderência ao tratamento, incrementando o índice de sucesso do mesmo². Outros autores, em um estudo de 18 meses de duração em pacientes ortodônticos, encontraram que a maior parte dos pacientes que iniciaram tratamento ortodôntico não desenvolveu sinais e sintomas de disfunção temporomandibular; e os pacientes que já apresentavam algum sinal ou sintoma de DTM não apresentaram grandes mudanças na sintomatologia após o tratamento, não encontrando assim nenhuma diferença no relacionamento das duas entidades³.

4 | CONCLUSÃO

Até o presente momento, com base na literatura pertinente, parece lícito alegar que o tratamento ortodôntico conduzido de maneira apropriada, seguindo os protocolos terapêuticos existentes, não desencadeia disfunção temporomandibular. Mesmo assim, parece-nos prudente que o Ortodontista dê importância à presença de sinais e sintomas de DTMs durante o exame inicial, registrando-os quando presentes e alertando o paciente ou responsável para o problema¹. A anamnese continua sendo o passo mais importante na formação da impressão diagnóstica inicial. Apesar disso, verifica-se que ainda não há método confiável de diagnóstico e mensuração da presença e severidade da disfunção temporomandibular que possa ser usado de maneira irrestrita pelos pesquisadores e clínicos. Embora mais pesquisas sejam necessárias, estudos recentes apontam para a aplicação da engenharia tecidual pela

utilização de células-tronco como alternativa no tratamento de pacientes com DTM². Aparentemente, a maior parte dos cursos de pós-graduação em Ortodontia já estão ensinando esta filosofia aos seus alunos. Mas o mesmo parece não acontecer em muitos cursos de graduação em Odontologia, que ainda insistem na tese de que o problema de disfunção temporomandibular é um problema de oclusão. Oclusão, por si só, é um termo bastante abrangente e pode ser dividido em muitas variáveis. Talvez seja esta razão de encontrarmos cada vez menos artigos científicos discutindo o relacionamento entre oclusão e disfunção temporomandibular. O paradigma parece realmente estar mudando. O foco principal dos problemas de disfunção temporomandibular está voltando-se mais para a própria articulação temporomandibular. Entretanto, não devemos desprezar outros fatores associados aos problemas de DTM³.

REFERÊNCIAS

- Durso BC, Azevedo LR, Ferreira JTL. **Inter-relação Ortodontia x Disfunção da articulação temporomandibular.** J Bras Ortodon Ortop Facial, Curitiba, v.7, n.38, p.155-160, mar./abr. 2002.
- Sartoretto SC, Bello YD, Bona AD, Azevedo MS. **Evidências científicas para o diagnóstico e tratamento da DTM e a relação com a oclusão e a ortodontia.** RFO UPF vol.17 no.3 Passo Fundo Set./Dez. 2012.
- Bosio JA. **A relação entre oclusão, Ortodontia e disfunção têmporo-mandibular.** R Dental Press Ortodon Ortop Facial, Maringá, v. 9, n. 6, p. 84-89, nov./dez. 2004.
- Macfarlane TV, Kenealy P, Kingdon HA, Mohlin BO, Pilley JR, Richmond S, et al. **Twenty-year cohort study of health gain from orthodontic treatment: temporomandibular di-sorders.** Am J Orthod Dentofacial Orthop 2009; 135(6): 692.e1- 692.e8.
- Mcnamara JA, Seligman D, Okeson J. Occlusion, **Orthodon-tic treatment and temporomandibular disorders: a review.** J Orofacial Pain 1996; 9(1):73-90.
- Pollack B. Cases of note. **Michigan jury awards \$850,000 on ortho case: a tempest in a teapot.** Am J Orthodon Dentofacial Orthop 1988; 94(4):358-60.
- Teixeira AS, Almeida FM. **A INFLUÊNCIA DO TRATAMENTO ORTODÔNTICO NAS DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES.** Arquivo Brasileiro de Odontologia. 2007.
- Silva MMA, Ferreira AT, Migliorucci RR, Filho HN, Berretin-Felix G. **Influência do tratamento ortodôntico-cirúrgico nos sinais e sintomas de disfunção temporomandibular em indivíduos com deformidades dentofaciais.** Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, v.16, n.1, p.80-84, 2011.
- Machado E, Machado P, Cunali PA, Grehs RA. **Ortodontia como fator de risco para disfunções temporomandibulares: uma revisão sistemática.** Dental Press J Orthod. 2010 Nov-Dec;15(6):54-5.
- Rendell JK, Norton LA, Gay T. **Orthodontic treatment and temporomandibular joint disorders.** Am J Orthod. Dentofacial Orthop 1992; 101: 84-87.
- Kremenak CR, Kinser DD, Melcher TJ, Wright GR, Harrison SD, Ziaja RR et al. **Orthodontic as a Risk Factor for Temporomandibular Disorders (TMD).** Am J Orthod Dentofacial Orthop 1992; 101: 21-27.

DA NECESSIDADE DE POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS EFETIVAS PARA OS PACIENTES COM ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA - ELA

Arthur Henrique de Pontes Regis

Faculdade Processus
Brasília-DF

Jonas Rodrigo Gonçalves

Faculdade Processus
Brasília-DF

Marcus Vinicius Barbosa Siqueira

Faculdade Processus
Brasília-DF

RESUMO: A Constituição Federal fundamenta-se no princípio da dignidade da pessoa humana, contemplando o direito à saúde e ao bem-estar social. Entretanto, os pacientes acometidos pela Esclerose Lateral Amiotrófica - ELA, doença rara, neurodegenerativa e progressiva, encontram óbices ao acesso universal e necessário. Revisar e propagar a realidade enfrentada pelos pacientes com ELA, como os desafios físicos e psicológicos, assim como os entraves judiciais e extrajudiciais para a resolução das suas demandas, visando desdobramentos no incremento da qualidade de vida dos pacientes, configuram-se objetivos do presente trabalho, empregando-se como metodologia a pesquisa bibliográfica. Verificou-se a reconhecida elevada vulnerabilidade dos pacientes com ELA e a obrigação estatal de prover políticas públicas que os assistam. Vislumbra-se a possibilidade, com a adoção de

políticas públicas específicas e efetivas na área (fomentando pesquisas básicas e aplicadas; difundindo uma educação generalizada; incorporando novas tecnologias, procedimentos e medicamentos no sistema de saúde público, entre outras) como importante ferramenta no incremento da qualidade de vida (aqui incluída a própria autoestima dos pacientes e dos seus familiares que, na maioria das vezes, são também os seus cuidadores) de todos os atores envolvidos com os cuidados em saúde, alinhando-se aos princípios constitucionais norteadores, especialmente a dignidade da pessoa humana.

PALAVRAS-CHAVE: Políticas Públicas. Doenças Raras. Esclerose Lateral Amiotrófica - ELA.

ABSTRACT: The Federal Constitution is based on the principle of the dignity of the human person, contemplating the right to health and social welfare. However, the patients affected by Amyotrophic Lateral Sclerosis - ALS, rare, neurodegenerative and progressive disease, find obstacles to universal and necessary access. To review and propagate the reality faced by patients with ALS, such as physical and psychological challenges, as well as judicial and extrajudicial obstacles to the resolution of their demands, aiming at unfolding the patients' quality of life, are the objectives of this study,

using as a methodology the bibliographic research. The recognized high vulnerability of patients with ALS and the State's obligation to provide public policies to assist them have been verified. The possibility of adopting specific and effective public policies in the area (fostering basic and applied research, spreading a general education, incorporating new technologies, procedures and medicines into the public health system, among others) is envisaged as an important tool in increasing quality of life (including the self-esteem of patients and their families, who, in most cases, are also their caregivers) of all actors involved in health care, in line with dignity of human person.

KEYWORDS: Public Policy. Rare Diseases. Amiotrophic Lateral Sclerosis - ALS.

1 | INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988, alicerçada no princípio da dignidade da pessoa humana, contempla o direito à saúde e ao bem-estar social:

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

[...]

III - a dignidade da pessoa humana;

[...]

Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:

I - construir uma sociedade livre, justa e solidária;

II - garantir o desenvolvimento nacional;

III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais;

IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

[...]

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Entende-se, inclusive, que os Direitos dos Pacientes estejam inseridos no bojo dos Direitos Humanos (ALBUQUERQUE, 2016; ONU, 1948). Por sua vez, a Carta Magna outorga uma proteção extra aos grupos vulneráveis com intuito de protegê-los mais efetivamente e de buscar uma igualdade real entre todos os cidadãos brasileiros. É uma proteção que, pela própria lógica jurídica, permeia as demais normas infraconstitucionais.

Entretanto, os pacientes acometidos pela Esclerose Lateral Amiotrófica – ELA, doença rara, neurodegenerativa e progressiva, com predominância de 2:1 em gênero masculino e com incidência estimada em 1 para 105 habitantes (PONTES et al., 2010; BERTAZZI et al., 2017), encontram óbices ao acesso universal e necessário, conforme

disposto na Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990), que instituiu o Sistema Único de Saúde - SUS. Nesse contexto, políticas públicas elaboradas para este grupo vulnerável se fazem necessárias, especialmente em face do dever estatal de garantir o direito à saúde (AITH et al., 2014).

Revisar e propagar a realidade enfrentada pelos pacientes com ELA, como os desafios físicos e psicológicos, assim como os entraves judiciais e extrajudiciais para a resolução das suas demandas, visando desdobramentos no incremento da qualidade de vida dos pacientes, configuram-se objetivos do presente trabalho, empregando-se como metodologia a pesquisa bibliográfica.

2 | DOS PACIENTES COM ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA - ELA

A doença de Charcot na França, ou doença de Lou Gehring nos EUA, ficou conhecida no Brasil pelo termo Esclerose Lateral Amiotrófica - ELA. A sua primeira descrição foi feita por Jean Martin Charcot, francês e neurologista, que, em 1865, efetuou estudos clínicos anatômicos e patológicos com material de necropsia de dois pacientes. Sua descrição era parecida, inicialmente, com analogia a atrofia espinhal progressiva do adulto, que já havia sido relatada por outros dois cientistas, Aran e Duchene, em 1848. A diferença entre essas duas estava na evolução mais rápida do quadro clínico que a ELA apresentava (DE MELLO, 2012).

Com isso, tem-se uma doença que apresenta o quadro clínico de cunho neural que afeta a capacidade motora do indivíduo, degenerando-o e causando-o fraqueza muscular nos membros e na respiração. A dificuldade bulbar, na respiração, na mastigação, ao engolir ou na fala também podem ser sintomas do aparecimento da doença. Trata-se de uma doença rara e grave que não possui cura, acreditando-se que a etiologia seja multifatorial, incluindo componentes genéticos e ambientais, sendo a sobrevida média dos pacientes entre 3 e 5 anos apenas (DE MELLO, 2012; BANDEIRA et al, 2010).

A ELA, embora não interfira nas capacidades cognitivas, possui uma rápida progressão, especialmente quando comparadas com outras doenças relacionadas à degeneração do sistema nervoso, como o Parkinson e o Alzheimer. A incapacidade da ELA é gerada pela perda de neurônios motores do córtex, do tronco cerebral e da medula espinhal fazendo com que seja uma doença de extrema gravidade, restando ao paciente tentar retardar a progressão da enfermidade e aumentar a qualidade de vida (DE MELLO, 2012; CASSEMIRO, 2004).

O declive do funcionamento dos músculos e a preservação da capacidade cognitiva da pessoa é percebida, inclusive, pelos profissionais da saúde que tratam de casos em que há a doença. Com isso, presume-se que aquele indivíduo que não possui capacidade muscular, de se movimentar e de viver a sua vida em plenitude tenha um inequívoco abalo na sua qualidade de vida e na sua saúde psicológica, e

para isso, é necessária a união de esforços dos profissionais de saúde que cuidam do caso e dos familiares do paciente (MELLO, 2009).

A qualidade de vida pode ser percebida em três dimensões: a física, a psicológica e a social. A ELA afeta justamente esses três aspectos, sendo que um está, direta ou indiretamente ligado ao outro, funcionando assim como uma relação de interligação. Elementos subjetivos e objetivos são levados em conta na análise do bem-estar individual, bem como aspectos personalíssimos de cada paciente, por isso, a análise deve ser individualizada, podendo apresentar diferentes resultados, até mesmo dentre as pessoas que têm a doença. A função social do paciente é, também, necessária para a construção da sua percepção de funcionalidade e a enfermidade afeta justamente esta área, em que o paciente fica incapacitado, em grande parte, de se locomover e, com isso, não consegue, ou se sente constrangido de, relacionar-se com as outras pessoas (MELLO, 2009).

Pacientes solitários tendem a ser muito mais propícios a não estarem dispostos a enfrentar a doença e seus desafios, mesmo com as medidas de suporte à vida disponíveis, chegando a cogitar o suicídio assistido, nos países em que a prática é permitida. Na ELA as funções cognitivas do paciente são preservadas e, com isso, expressões faciais são primordiais para que o paciente possa manter a comunicação com o mundo exterior. Portanto, a comunicação visual é uma importante peça para que o paciente se socialize e interaja com o seu meio (CASSEMIRO & ARCE, 2004).

Portanto, os avanços tecnológicos inserem-se como importante ferramenta de auxílio para a melhora da qualidade de vida, como, por exemplo, sistemas que utilizam a comunicação visual por computador, no paciente, para que haja uma integração maior, do paciente com a outra pessoa, visto que a comunicação é fundamental no ser humano já que a sua capacidade de fala fica prejudicada. Sistemas que utilizem movimentos das bochechas e dos olhos já são realidade e constituem em ferramentas úteis no processo de socialização do paciente, bem como no seu próprio atendimento hospitalar, no relato dos sintomas e das queixas sobre a doença. O sistema, que mais funciona, mais confortável e mais utilizado entre os pacientes, hoje, é o do movimento facial e ocular, com um aparelho que deve ser ligado a um computador, aumentando as interações do paciente e aumentando sua autoestima, fomentando sua qualidade de vida e a sua própria dignidade (CASSEMIRO & ARCE, 2004).

Por sua vez, a relação entre profissionais da saúde e os pacientes (bem como dos cuidadores) é de vital importância para a qualidade de vida do paciente, uma vez que doenças degenerativas, em regra, possuem forte influência e repercussão psicológica (tanto dos pacientes quanto de cuidadores). Acrescente-se que os próprios profissionais de saúde possuem dificuldades no diagnóstico da ELA, tendo-se a média de dois anos para se chegar a um diagnóstico conclusivo, sendo o atraso no diagnóstico e o grande número de equívocos objeto de trabalhos científicos. Tal situação é gerada pela situação insuficiente de investimentos públicos e privados na área de pesquisa e divulgação sobre a doença (CAPRARA & FRANCO, 1999; XERES, 2008).

Na melhora da qualidade de vida, importante componente é o tratamento humanizado, sendo essencial a empatia dos profissionais da saúde com a condição do paciente, devendo saber como se comunicar e prestar as informações necessárias ao paciente e à sua família. A elaboração de estratégias para o ajudar ou facilitar na adaptação ao novo estilo de vida imposto pela doença também faz parte dos deveres dos profissionais da saúde, configurando-se como essenciais uma boa capacitação e um treinamento adequado (CAPRARA & FRANCO, 1999).

No contexto da ELA, o cuidador é um agente indispensável no auxílio ao paciente, podendo ser um próprio membro familiar ou uma pessoa externa, porém, a sua finalidade e o seu papel para com o paciente não se alteram, sendo necessárias as instruções e os treinamentos para que os cuidados sejam prestados da forma mais adequada possível (MELLO, 2009).

Todavia, em virtude da falta de informação e da adequada prestação de serviços na área de saúde, houve a fundação de associações de pacientes com ELA, assim como o ingresso de ações judiciais visando a prestação de serviços e/ou o fornecimento de medicamentos, resultando na judicialização da saúde – prática difundida entre todos pacientes que necessitam de internação e/ou medicamentos negados pela Administração Pública (ANEQUINI et al., 2006; DE MELLO, 2012; ROMERO, 2008; AITH et al., 2014).

Com isso, aqueles pacientes – tais quais os com ELA, que têm seu direito à saúde sonogado pelo Estado – ingressam no Poder Judiciário, na tentativa do seu restabelecimento, ou seja, pretendem, por meio de decisões judiciais, que sejam prestado serviços, procedimentos e medicamentos os quais anteriormente restaram não ofertados ou indeferidos (ROMERO, 2008; SILVA & SOUZA, 2015), inclusive o devido cumprimento das escassas políticas públicas existentes, considerando-se

política pública como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real (SOUZA, 2006).

Portanto, o Poder Judiciário tem a premissa de garantir a assistência existente no texto constitucional e nas demais normas (inclusive as políticas públicas), uma vez que os direitos sociais possuem plena aplicabilidade, e que se uma lei institui um determinado direito, este fica incorporado ao sistema jurídico, não podendo mais ser suprimido, como sendo de obrigações estatais, quando o poder executivo se omite na execução de políticas já existentes, bem como o legislativo, na criação e adoção de novas leis que possam atender esta parcela social (BARROSO, 2001, p. 158). Garantir o acesso aos direitos sociais, que atendem aos cidadãos, como educação, saúde, transporte, são irredutíveis, estão entre as medidas que podem ser tomadas

para a garantia de uma melhor qualidade de vida para o paciente e que não podem ser descumpridas, ignoradas, retiradas ou diminuídas por qualquer razão (PIOVESAN, 2000).

A Carta Magna é explícita ao dispor sobre o direito à saúde, em seu Artigo 196, ao interpretar a saúde como um direito de todos e um dever do Estado (BRASIL, 1988). Considerando a elevada carga tributária brasileira, espera-se, legitimamente, por políticas públicas transparentes e eficientes, especialmente para os pacientes com ELA, pois caracterizam-se, segundo os referenciais bioéticos, como um grupo com elevada vulnerabilidade e considera-se que há uma relação profunda entre a vulnerabilidade de um lado e a integridade e a dignidade humana no outro (KOTTOW, 2003; OVIEDO, 2015; UNESCO, 2013).

Em virtude da realidade concreta brasileira de enormes e inúmeras carências do sistema de saúde, tornam-se necessárias políticas públicas específicas e eficientes (AITH et al., 2014), posta a reconhecida elevada vulnerabilidade dos pacientes com ELA e a obrigação estatal de prover políticas públicas que os assistam (BOY & SCHRAMM, 2009) e a existência, inclusive, contradições em políticas públicas voltadas para doenças raras (LIMA & HOROVITZ, 2014).

Explicita-se que restou somado, ao arcabouço jurídico vigente (BRASIL, 2015), a edição da Lei Federal nº 13.146/2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência), “destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania” (Artigo 1º) e definindo como pessoa com deficiência quem “tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade” (Artigo 2º), uma vez que “a trajetória histórica do tratamento jurídico que recebem os portadores de necessidades especiais é perversa e demonstra a vitimização a que sempre foram submetidos” (SÉGUIN, 1999). Portanto, no plano jurídico, o Brasil possui um grande apressado à defesa dos direitos e, inclusive dos mais vulneráveis, porém, não há sua concretização e efetivação no mundo real.

Assim, é essencial o combate ao desvio de verbas e uma gestão de políticas públicas consciente e eficaz, pautada nos princípios constitucionais da administração pública (legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência), nos termos do *caput* do Artigo 37 (BRASIL, 1988). Bem como é primordial haver políticas públicas voltadas à divulgação, à educação e à incorporação tecnológica no que concerne à ELA, uma vez que, por se tratar de uma patologia complexa, o cuidado destes pacientes não se restringe apenas aos técnicos de saúde, mas também a seus familiares os quais participam como cuidadores em potencial.

Nesse contexto, a valorização da vida digna do paciente e a adoção de políticas públicas efetivas nesta área se fazem de fundamental importância para uma melhor qualidade de vida dos pacientes com ELA e reflete diretamente nas demais pessoas envolvidas (profissionais de saúde, cuidadores, familiares etc.).

3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Demonstrou-se a nova realidade, após a confirmação do diagnóstico, a qual os pacientes com ELA e aqueles que os circundam (profissionais de saúde, cuidadores, familiares etc.) enfrentarão, em que pese o sistema normativo brasileiro pautar-se na dignidade da pessoa humana e no dever estatal de prestação de serviços de saúde, uma vez que no Brasil a saúde configura-se como um direito.

Na busca pela concretização do acesso à saúde, visando uma melhor qualidade de vida e uma maior sobrevivência (pois trata-se de doença incurável), os pacientes com ELA têm sido apoiados por associações, assim como ingressado com demandas no Poder Judiciário (pretendem por meio de decisões judiciais que sejam prestado serviços, procedimentos e medicamentos que anteriormente restaram não ofertados ou indeferidos), uma vez que as políticas públicas são escassas e pouco efetivas.

Vislumbra-se a possibilidade, com a adoção de políticas públicas específicas e efetivas na área (fomentando pesquisas básicas e aplicadas; difundindo uma educação generalizada; incorporando novas tecnologias, procedimentos e medicamentos no sistema de saúde público, entre outras) como importante ferramenta no incremento da qualidade de vida (aqui incluída a própria autoestima dos pacientes e dos seus familiares, que na maioria das vezes são também os seus cuidadores) de todos os atores envolvidos com os cuidados em saúde, alinhando-se aos princípios constitucionais norteadores, especialmente a dignidade da pessoa humana.

REFERÊNCIAS

AITH, F. et al. Os princípios da universalidade e integralidade do SUS sob a perspectiva da política de doenças raras e da incorporação tecnológica. **R. Dir. sanit.**, São Paulo v.15 n.1, p. 10-39, mar./jun. 2014.

ALBUQUERQUE, Aline. **Direitos Humanos dos Pacientes**. Curitiba: Juruá, 2016.

ANEQUINI, I. P. et al. Avaliação das atividades da ABRELA: orientações oferecidas, expectativas atingidas? **Revista Neurociências** V14 N2 (supl-versão eletrônica) –abr/jun, 2006.

BANDEIRA, F. M. et al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes portadores de Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) em Brasília. **Revista Neurociências** 2010;18(2):133-138.

BARROSO, Luís Roberto. **O direito constitucional e a efetividade de suas normas**. 5 ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

BERTAZZI, R. N. et al. Esclerose Lateral Amiotrófica. **Revista de Patologia do Tocantins**, Vol. 4 No. 3, Setembro 2017.

BOY, R.; SCHRAMM, F. R. Bioética da proteção e tratamento de doenças genéticas raras no Brasil: o caso das doenças de depósito lisossomal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(6):1276-1284, jun, 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. Acesso em 05

maio 2018. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>.

BRASIL. **Lei 8.080/1990**. Lei do SUS. Brasília, 1990. Acesso em 05 maio 2018. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>.

BRASIL. **Lei 13.146/2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, 2015. Acesso em 05 maio 2018. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm>.

CAPRARA, Andréia. FRANCO, Anamélia Lins e Silva. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, V. 15, n. 3. Setembro de 1999.

CASSEMIRO, Cesar Rizzo. ARCE, Carlos G. Comunicação visual por computador na esclerose lateral amiotrófica. **Arq Bras Oftalmol**. São Paulo: SciELO. 2004;67:295-300.

DE MELLO, Aline Mello. A esclerose lateral amiotrófica: construindo possibilidades na gestão pública de saúde. Lume UFRGS. Porto Alegre, V. 1, n. 1, outubro de 2012. Acesso em 24 jun. 2018. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/67669>>.

KOTTOW, M. H. Comentários sobre bioética, vulnerabilidade e proteção. In: GARRAFA, V.; PESSINI, L. (eds.). **Bioética: poder e injustiça**. São Paulo: Loyola, 2003.

LIMA, M. A. F. D.; HOROVITZ, D. D. G. Contradições das políticas públicas voltadas para doenças raras: o exemplo do Programa de Tratamento da Osteogênese Imperfeita no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(2):475-480, 2014.

MELLO, Mariana Pimentel de. O paciente oculto: Qualidade de Vida entre cuidadores e pacientes com diagnóstico de Esclerose Lateral Amiotrófica. **Revista brasileira de Neurologia**. Rio de Janeiro. Volume 45, nº. 4, dezembro, 2009.

ONU. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Paris; 1948. Acesso em 05 maio 2018. Disponível em: <https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf>.

OVIEDO, R. A. M.; CZERESNIA, D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. Interface Botucatu, 2015. Acesso em 05 maio 2018. 19(53):237-49. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2015nahead/1807-5762-icse-1807-576220140436.pdf>>.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional**. 4 ed. São Paulo: Max Limonad, 2000.

PONTES, R. T. et al. Alterações da fonação e deglutição na Esclerose Lateral Amiotrófica: Revisão de Literatura. **Rev Neurocienc**, 2010;18(1):69-73.

ROMERO. Luiz Carlos. Judicialização das políticas de assistência farmacêutica: o caso do Distrito Federal. **Textos para Discussão**. Brasília: Senado Federal. 2012. Acesso em 24 jun. 2018. Disponível em: <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/96829>>.

SILVA, E. N.; SOUSA, T. R. V. Economic evaluation in the context of rare diseases: is it possible? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 31(3):496-506, mar, 2015.

SÉGUIN, E. Justiça é diferente de Direito: a vitimização do portador de necessidades especiais. In: MARCIAL, D.; ROBERT, C.; SÉGUIN, E. (eds.). **O Direito do deficiente**. Rio de Janeiro: Lumen Juris; 1999. p. 15-29.

SOUZA, S. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/

dez 2006, p. 20-45.

UNESCO. The principle of respect for human vulnerability and personal integrity Report of the International Bioethics Committee of UNESCO (IBC). Published in 2013 by the **United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization**, place de Fontenoy, 75352 Paris 07 SP, France.

XEREZ, D. R. Reabilitação na Esclerose Lateral Amiotrófica: revisão da literatura. **Acta Fisiatr**, 2008; 15(3): 182 – 188.

MONONEUROPATIA DE MEMBROS SUPERIORES: UMA ANÁLISE A PARTIR DO NÚMERO DE CONCESSÕES AUXÍLIO BENEFÍCIO ACIDENTÁRIO ENTRE 2006 E 2016 NO BRASIL

Vanessa Tatielly Oliveira da Silva

Universidade Federal da Paraíba
João Pessoa – Paraíba

Rafaela Alves Dantas

Universidade Federal da Paraíba
João Pessoa – Paraíba

João Dantas de Oliveira Filho

Universidade Federal da Paraíba
João Pessoa – Paraíba

Thainá Rayane Bezerra Vieira

Universidade Federal da Paraíba
João Pessoa – Paraíba

Gabriela Emílio Lima dos Santos

Universidade Federal da Paraíba
João Pessoa – Paraíba

Kaliny Oliveira Dantas

Universidade Federal da Paraíba
João Pessoa – Paraíba

Thiago de Oliveira Assis

Universidade Federal da Paraíba
João Pessoa – Paraíba

RESUMO: Introdução: As neuropatias são, geralmente, debilitantes, devido à combinação dos déficits motores, sensitivos e autonômicos, causando afastamento do trabalho. Objetivo: Realizar análise fundamentada no número de concessões auxílio benefício acidentário para trabalhadores com mononeuropatias de

membros superiores de 2006 a 2016 no Brasil. Materiais e Métodos: Estudo transversal e documental, realizado a partir da compilação de dados do site da previdência social do Brasil. A população escolhida foi composta pelos casos de mononeuropatia periférica dos membros superiores notificados no site da previdência social, de 2006 a 2016. A coleta de dados foi realizada em abril de 2017. Os dados foram analisados no Software Excel/v.2010®, e no Prism v 5.0, utilizando os testes: Shapiro wilk e ANOVA com Tukey, e adotando $p < 0,05$. Resultados e discussão: Houve um aumento no número de acidentes de trabalho desde 2007 até 2013. O crescimento do registro de mononeuropatia foi de 438,49%, comparando os anos de 2007 e 2006, que pode ser explicado pela instituição do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP) em abril de 2007. Os anos com o maior número de casos notificados foram 2007, 2008, 2009, enquanto, 2006, 2015 e 2016 apresentaram os menores números. Ocorreu declínio na concessão dos benefícios relacionados a mononeuropatias nos anos de 2014, 2015 e 2016, que pode estar vinculado a realização de políticas voltadas para a educação em saúde. Conclusão: As mononeuropatias causam importante limitação ou até afastamento do trabalho. Nos últimos anos ocorreu um aumento considerável dessa incidência, devido à implementação da NTEP,

ocasionando diminuição das subnotificações.

PALAVRAS-CHAVE: Mononeuropatias; Saude do trabalhador; Previdência social.

ABSTRACT: Introduction: Neuropathies are generally debilitating due to the combination of motor, sensory and autonomic deficits, causing absence from work. Objective: To carry out an analysis based on the number of concessions aid accident benefit for workers with mononeuropathies of upper limbs from 2006 to 2016 in Brazil. Materials and Methods: A cross-sectional and documentary study, based on the compilation of data from the Brazilian social security website. The selected population was composed of cases of peripheral mononeuropathy of the upper limbs reported on the social security website from 2006 to 2016. Data collection was performed in April 2017. Data were analyzed in Excel / v.2010® software, and in Prism v 5.0, using the tests: Shapiro wilk and ANOVA with Tukey, and adopting $p < 0.05$. Results and discussion: There was an increase in the number of work accidents from 2007 to 2013. The growth of the mononeuropathy registry was 438.49%, comparing the years 2007 and 2006, which can be explained by the institution of the Epidemiological Social Security Nexus (NTEP), in April 2007. The years with the highest number of reported cases were 2007, 2008, 2009, while 2006, 2015 and 2016 had the lowest numbers. There was a decline in the granting of benefits related to mononeuropathies in the years 2014, 2015 and 2016, which may be linked to the implementation of health education policies. Conclusion: Mononeuropathies cause significant limitation or even withdrawal from work. In the last years there has been a considerable increase in this incidence, due to the implementation of the NTEP, causing a decrease of underreporting.

KEYWORDS: Mononeuropathies; Occupational Health; Social Security.

1 | INTRODUÇÃO

As doenças e acidentes relacionados ao trabalho geram repercussão em vários âmbitos, tais como: econômico, social, ocupacional e da saúde. Economicamente, as incapacidades geradas por esses acidentes afetam, além do trabalhador e do empregador, a Previdência Social que arca com os custos do benefício do indivíduo afastado de sua atividade (MASCARENHAS et al, 2014; International Labour Organization, 2012). A previdência social é segmento da Seguridade Social, que é constituída por um grupamento de regras, pressupostos e instituições, tem por objetivo proporcionar um sistema de proteção social assegurando o indivíduo e sua família os meios necessários para sua sobrevivência (MOURA; CARVALHO e SILVA, 2007).

Em 2013, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) estimou uma perda de cerca de 2,8 trilhões de dólares do produto interno bruto mundial, resultante dos custos diretos e indiretos das doenças e acidentes relacionados ao trabalho. (MASCARENHAS et al., 2014; SOEREN et al., 2007; International Labour Organization, 2013).

Das diversas condições que afetam o trabalho, as neuropatias se destacam como

umas das mais recorrentes, elas afetam a capacidade funcional do indivíduo, podendo atingir sua capacidade produtiva, e resultar em afastamento do trabalho. A neuropatia pode ser entendida como desordem habitual associada aos diversos distúrbios sistêmicos ou próprios do Sistema Nervoso Periférico (SNP), que podem relacionar-se a disfunções do Sistema Nervoso Central (SNC). Sob a perspectiva anatômica, o SNP pode ser comprometido desde a raiz nervosa até os segmentos mais distais dos ramos terminais dos axônios (FÉLIX et al, 2010). Esta perturbação pode acontecer em qualquer idade, sendo mais comum nas mais avançadas (MARTYN et al,1997).

Suas manifestações derivam do comprometimento das fibras nervosas, podendo ser motora, sensitiva ou autonômica, de forma combinada ou isolada. Nos casos em que há afecção das fibras motoras, podem surgir fraqueza e atrofia; enquanto nas fibras sensitivas, os sintomas são dor, parestesia, perda de sensibilidade, tato e propriocepção. No acometimento autonômico, ocorre hipotensão postural, disfunção erétil, intestinal e urinária (FÉLIX et al., 2010).

Pode ocorrer sem causar grandes repercursões nas atividades de vida diária dos indivíduos, porém, usualmente são debilitantes, pela combinação dos déficits motores, sensitivos e autonômicos (FÉLIX et al., 2010), causando afastamento do trabalho.

Muitos destes afastamentos ocorrem tendo como causa um tipo de neuropatia, a Mononeuropatia, definida como acometimento isolado de um único nervo em todas as suas funções(FÉLIX et al., 2010), ocorrendo em sua maior parte nos membros superiores.

Por ser essa uma disfunção que ocasiona altos números de afastamentos temporários ou permanentes do trabalho, justifica-se a necessidade da realização dessa pesquisa para que haja a quantificação e observação do crescimento ou declínio das notificações dos acidentes de trabalho e assim auxiliar no desenvolvimento de políticas visando a redução da incidência desses casos.

Com isto, objetiva-se fazer uma análise a partir do número de concessões auxílio benefício acidentário para trabalhadores com mononeuropatias de membros superiores no período de 2006 a 2016 no Brasil.

2 | METODOLOGIA

2.1 Caracterização da pesquisa

Trata-se de um estudo transversal e documental com abordagem quantitativa, realizado a partir da compilação de dados disponíveis no site da previdência social do Brasil. Segundo Rodrigues (2006), a pesquisa documental é aquela realizada por fontes primárias, utilizando documentos que ainda não receberam tratamento analítico, adicionalmente, Gil (2008) afirma que na pesquisa documental existe também, aqueles dados que já foram processados, mas que podem receber outras interpretações, como relatórios de empresas, tabelas etc.

2.2 População

A população escolhida para a realização da pesquisa foi constituída por todos os casos de mononeuropatia periférica dos membros superiores (CID 10 G56) notificados no site da previdência social, no período de 2006 a 2016 (N = 61226 casos).

2.3 Procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em Abril de 2017 a partir do banco de dados da previdência social onde foi extraída a quantidade estratificada (mensal) e total (anual) dos casos notificados de benefícios do tipo auxílio doença acidentário para a mononeuropatia periférica dos membros superiores no período de 2006 a 2016.

2.4 Procedimentos de tratamento e análise de dados

Os dados foram armazenados e analisados no Software Excel/v.2010®, e no Prism v 5.0 onde foi construído um gráfico de tendência para a análise da quantidade de casos registrados ao longo do tempo. Adicionalmente, após a verificação da normalidade dos dados pelo teste de Shapiro wilk, fora utilizado o teste ANOVA com *Tukey* para inferir se houve diferenças significativas entre as médias mensais do número de casos registrados ao longo da última década. Foi adotado $p < 0,05$ para significância dos dados.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A figura 1 mostra a tendência do número de concessão auxílio benefício acidentário para as mononeuropatias periféricas ao longo dos últimos 11 anos.

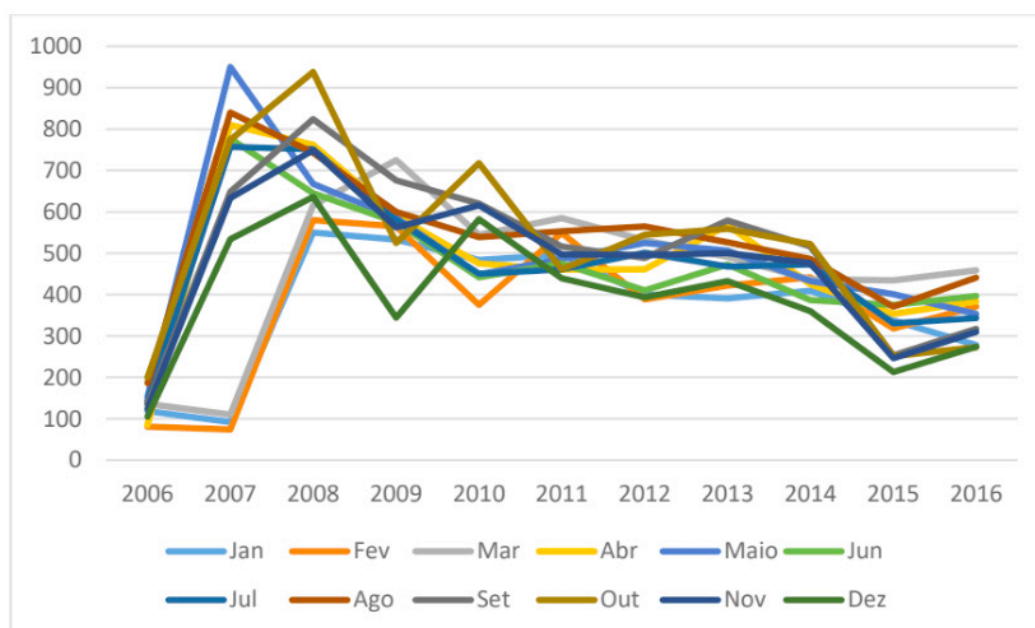


Figura 1: Tendência do número de auxílio benefícios acidentários por mononeuropatias de membros superiores concedidas pelo INSS entre 2006 e 2016.

Fonte: Anuário estatístico de acidente de trabalho (BRASIL, 2017).

O Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEP é um método que a partir do cruzamento das informações de código da Classificação Internacional de Doenças – CID-10 e do código da Classificação Nacional de Atividade Econômica – CNAE indica uma relação entre a lesão ou agravo e a atividade desenvolvida pelo trabalhador. Esse método pretendia a minimização da subnotificação dos acidentes e doenças de trabalho, melhorando a Comunicação de Acidentes de Trabalho – CAT (BRASIL,2007). Em 2007 foram registrados cerca de 653,1 mil acidentes de trabalho, que ao ser comparado a 2006 teve um aumento de 27,5% corroborando com a análise feita, onde o número de registro de Mononeuropatia cresceu, de 2006 para 2007, 438,49%. Esse notável aumento pode ser explicado devido a instituição do NTEP, que foi realizada em abril de 2007.

Os anos com o maior número de casos notificados foram 2007, 2008, 2009 que representam respectivamente 11,48%; 13,82% e 11,21% do número total. Enquanto isso, 2006, 2015 e 2016 apresentaram os menores números de notificações, sendo equivalentes, respectivamente, a 2,62%; 6,34% e 6,86 da amostra. Já o mês que apresentou o maior número de casos foi maio de 2007 que representou 13,51% dos relatos, em contrapartida, no mesmo ano, constatou-se o menor número de ocorrências, 1,05 em fevereiro.

Em março de 2007 foram registrados 74 casos e no mês seguinte 810 ocorrências foram feitas, isso pode estar relacionado a implementação do NTEP que ocorreu no primeiro mês do segundo trimestre. Já no ano de 2009 foram concedidos 24537 benefícios do tipo auxílio-doença entre janeiro e agosto, e desses, 4755 estavam ligados a Mononeuropatias. (SANTOS e LIMA, 2012)

Buscou-se analisar se havia diferença significativamente estatística no número de concessão auxílio benefício acidentário para as mononeuropatias periféricas ao longo desses 11 anos e os resultados estão expressos na figura 2.

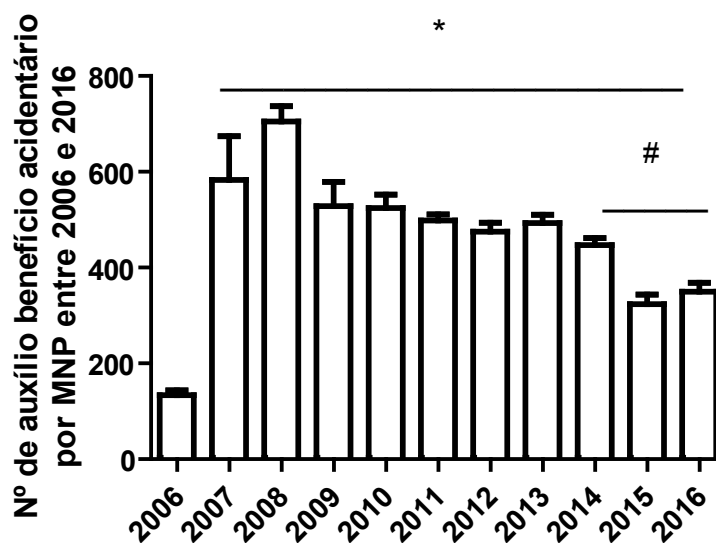


Figura 2: Comparação entre as médias mensais do número de auxílio benefícios acidentários por mononeuropatias de membros superiores concedidas pelo INSS entre 2006 e 2016. Inferência estatística realizada, ANOVA seguido do Tukey. * $p < 0,05$ quando comparados com a

média do ano 2006. # $p < 0,05$ quando comparados com a média de 2007.

Fonte: Anuário estatístico de acidente de trabalho (BRASIL, 2017).

A análise da figura 2 revela que há um aumento significativo do ano de 2007 em relação ao ano de 2006, que pode ser explicado devido a implementação do NTEP. Esse sucessivo aumento que ocorreu até 2013, parece estar relacionado com o aumento das notificações que aconteceram devido a dissociação que o NTEP tem do ato de emissão da CAT, ele parte de viés estatístico epidemiológico, diminuindo o número de subnotificações acidentárias perante o INSS (BRASIL, 2007).

Ainda na interpretação da figura 2, nota-se que houve um declínio na concessão dos benefícios relacionados a mononeuropatias nos anos de 2014, 2015 e 2016, e isso pode estar vinculado a realização de políticas voltadas para a educação em saúde, que podem ter ocorrido devido constatação dos altos índices expressadas nos anos anteriores.

4 | CONCLUSÃO

Dentre as afecções neurológicas, as mononeuropatias apresentam-se como as de maiores ocorrências, levando assim a uma importante limitação ou até mesmo afastamento temporário ou permanente do trabalho. Nos últimos anos ocorreu um aumento considerável dessa incidência, devido à implementação da NTEP, que ocasionou diminuição das subnotificações.

Apesar das mononeuropatias serem estatisticamente significativas, o número de estudos relacionados a esse transtorno é extremamente reduzido, sendo necessária a realização de mais pesquisas nessa área, sobretudo que abordem como elas são originadas no trabalho (Nexo causal).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Previdência social. **Anuário Estatístico da Previdência Social 2007: Acidentes do Trabalho. 2007.** Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/aeaps-2007-anuario-estatistico-da-previdencia-social-2007/anuario-estatistico-da-previdencia-social-2007-acidentes-do-trabalho/>> Acesso em: 26 de Abril de 2017.

FÉLIX, E.P.V.; OLIVEIRA, A.S.B. **Diretrizes para abordagem diagnóstica das neuropatias em serviço de referência em doenças neuromusculares.** Rev Neurocienc. v.18, n.1, p. 74-80, 2010.

MARTYN, C.N.; HUGHES, R.A.C. **Epidemiology of peripheral neuropathy.** JNNP v.62, p. 310- 318, 1997.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. **Estimating the economic costs of occupational**

injuries and illnesses in developing countries: essential information for decision-makers. Geneva: International Labour Organization; 2012.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. **The prevention of occupational diseases: World Day for safety and health at work.** Geneva: International Labour Organization; 2013.

MASCARENHAS, F.A.N; BARBOSA-BRANCO, A. **Incapacidade laboral entre trabalhadores do ramo Correios: incidência, duração e despesa previdenciária em 2008.** Cad. Saúde Pública, v. 30, n.6, p. 1315-1326, 2014.

MOURA, A.A.G; CARVALHO, E.F; SILVA, N.J.C. **Repercussão das doenças crônicas não-transmissíveis na concessão de benefícios pela previdência social.** Ciência & Saúde Coletiva, v.12, n.6, p. 1661-1672, 2007.

RODRIGUES, A. J. **METODOLOGIA CIENTÍFICA: Completo e essencial para a vida universitária,** 1 ed. São Paulo: AVERCAMP, 2006.

SANTOS, C. M. F; LIMA, M. R. **Impacto Dos Distúrbios Osteomusculares Na Concessão De Benefício Acidentário Previdenciário No Setor Saúde,** Brasil 2009. Revista Enfermagem Contemporânea, v. 1, n. 1, p. 59-79, 2012.

SOEREN, M.; ARUNA, B.; BERGAMO, G.; NEWBERRY, S.J. **A review of methods to measure health related productivity loss.** Am J Manag Care v.13, p. 211-7, 2007.

CORRELAÇÕES ENTRE AS CONDIÇÕES DE SAÚDE E TRABALHO DE FRENTISTAS DE POSTOS DE COMBUSTÍVEL NA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB

Matheus de Sousa Carvalho

Faculdade de Medicina Nova Esperança -
FAMENE/FACENE, João Pessoa - PB

Louise Cabral Gomes

Faculdade de Medicina Nova Esperança -
FAMENE/FACENE, João Pessoa - PB

Laís Clark de Carvalho Barbosa

Faculdade de Medicina Nova Esperança -
FAMENE/FACENE, João Pessoa - PB

Onélia Maria Setúbal Rocha de Queiroga

Faculdade de Medicina Nova Esperança -
FAMENE/FACENE, João Pessoa - PB

Valéria Cristina Silva de Oliveira

Faculdade de Medicina Nova Esperança -
FAMENE/FACENE, João Pessoa - PB

RESUMO: O campo da “Saúde Pública” tem como finalidade a intervenção nas relações entre o trabalho e a saúde, com atuação na promoção, proteção e reabilitação do trabalhador, traduzida nas ações de vigilância dos riscos nos ambientes e condições de trabalho. O estudo tem como objetivo analisar o processo de trabalho dos frentistas de postos de gasolina e correlacioná-lo com a saúde destes trabalhadores. Durante as aulas do módulo de ISEC IV os alunos do 4º período da turma B discutiram e refletiram na sala de aula sobre a Saúde do trabalhador. A turma foi dividida em subgrupos contendo 4 alunos cada, ficando cada grupo responsável

para entrevistar um trabalhador. Foi elaborado um questionário para ser aplicado junto a frentistas de um posto de combustíveis em João Pessoa. Os resultados proporcionaram maior conhecimento sobre a profissão dos frentistas e como a saúde dos mesmos podem ser afetadas devido à exposição crônica a agentes químicos nocivos e outros aspectos que podem também trazer malefícios à saúde, como jornadas longas e falta de intervalo. É necessária a fiscalização da avaliação individual da Saúde do Trabalhador e de iniciativas que visem a Educação em Saúde como método de prevenção e elaboração de ações educativas, bem como a ampliação da participação da Vigilância em Saúde do Trabalhador e do CEREST que têm o papel de prover retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede do Sistema Único de Saúde- SUS.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do trabalhador; Medicina do trabalho; Exposição ocupacional.

ABSTRACT: The field of “Public Health” has as purpose the intervention in the relations between work and health, with action in the promotion, protection and rehabilitation of the worker, translated in the actions of vigilance of the risks in the environments and working conditions. The objective of this study is to analyze the work process of gas station workers and correlate it with the health of these workers.

During the ISEC IV module classes the students in the 4th period of class B discussed and reflected on the worker's health classroom. The class was divided into subgroups containing 4 students each, each group being responsible for interviewing a worker. A questionnaire was drawn up to be applied to fueling workers at a fuel station in João Pessoa. The results provided greater insight into the professions of health workers and how their health can be affected by chronic exposure to harmful chemicals and other aspects that can also lead to health hazards such as long journeys and lack of interval. It is necessary to supervise the individual assessment of Occupational Health and initiatives that aim at Health Education as a method of prevention and elaboration of educational actions, as well as the expansion of the participation of Vigilance in Occupational Health and CEREST that have the role of providing specialized technical rearguard for the set of actions and services of the Unified Health System-SUS network.

KEYWORDS: Worker's health; Occupational medicine; Occupational exposure.

1 | INTRODUÇÃO

Todo o processo de trabalho envolve situações de risco, de acidentes e de formas de adoecimento. Os riscos no interior do processo se concretizam nos chamados 'agentes de risco'. O agente é aquele que pratica a ação, provocando a reação sobre o outro, e atua direta ou indiretamente no corpo de trabalhador, não apenas fisicamente, mas de forma integral, incluindo as instâncias fisiológicas e psicológicas. (ANDRADE, A. 2002).

O ambiente dos postos de combustíveis propicia aos trabalhadores frentistas inúmeros riscos e agravos à saúde, os quais devem ser considerados ofensivos ao processo saúde-doença do profissional exposto, entre eles: contato com combustíveis e outros produtos químicos, permanência junto às bombas de combustíveis, ruído, calor, frio, possibilidade de atropelamento, assaltos, receptividade de movimentos, longas jornadas de pé e sobrecarga de trabalho pelas distintas funções que desenvolvem. (CEZAR-VAZ, 2012).

Nesse contexto, atenta-se para os produtos químicos a que os frentistas estão expostos, como os hidrocarbonetos aromáticos, benzeno e tolueno, constituintes da gasolina. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). No Brasil a exposição ocupacional aos solventes orgânicos é um problema de saúde pública, sem notificação e negligenciados pelos administradores de postos de combustíveis (CERQUEIRA et al., 2010).

A saúde do trabalhador e um ambiente de trabalho saudável são valiosos bens para todos os envolvidos diretamente no processo de trabalho e para a sociedade como um todo. A saúde ocupacional contribui para a produtividade, motivação e satisfação do trabalho e, portanto, para a melhoria geral na qualidade de vida dos indivíduos. Objetiva-se com este trabalho relacionar os dados obtidos sobre o processo de trabalho, com a Saúde do Trabalhador e os riscos aos quais está exposto. Enfatizando-se as condições de trabalho no meio em que o frentista está inserido, condições essas que

refletem diretamente na qualidade de vida do trabalhador.

2 | METODOLOGIA

Em sala de aula, os alunos foram divididos em grupos de 4 pessoas e foram sorteados os temas. Foi proposto que cada aluno, deste grupo, entrevistasse um frentista. A entrevista foi realizada com base na orientação dos professores do Módulo: Integração, Serviço, Ensino e Comunidade – ISEC IV, Disciplina: Saúde do Trabalhador do Curso de Medicina, onde foram discutidas as descrições do perfil socioeconômico e perguntas acerca do processo de trabalho destes profissionais.

O grupo se dirigiu a um Posto de Combustível, localizado na cidade de João Pessoa, e cada estudante entrevistou um frentista, com um questionário previamente realizado pelo grupo. Anteriormente à entrevista, foi apresentado ao entrevistado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), explicou-se o intuito do mesmo e foi solicitada a assinatura do trabalhador para confirmar o fato do mesmo ter concordado em responder às perguntas e que estava ciente da sua participação na pesquisa.

Nome:	Idade:
Naturalidade:	Estado civil:
Local de trabalho:	
-Você trabalha aqui há quanto tempo? A quanto tempo é frentista?	
-Teve filho após trabalhar como frentista? Teve filho antes de trabalhar como frentista?	
-Você tem conhecimento sobre a importância no uso de EPIs?	
-Você ao entrar nessa empresa passou por algum curso de capacitação técnica?	
-Como frentista, você ainda realiza outras funções durante o trabalho?	
-Você sente algum desconforto pelo contato diário com a gasolina?	
-Você apresenta algum tipo de lesão na pele?	
-Você sente dificuldade para escutar?	
-Você e seus colegas de trabalho fazem exames periódicos (audiometria)?	
-Quais são os maiores riscos que você acha que corre nesse trabalho?	
-Você teve treinamento adequado para saber o que fazer em situações de emergência?	
-Já presenciou algum assalto?	
-Você usa EPIs, como óculos, máscara e luvas?	
-Você conhece o CEREST e o RENAST? Sabe para que serve?	
-Seu chefe cedeu o EPI para você e mostrou os benefícios de utilizá-lo?	
-Já sentiu sintomas como: náuseas, cefaleia, irritação nos olhos ou alterações no sono devido a esse trabalho?	
-Você apresenta alguma queixa referente ao seu processo de trabalho? Há alguma queixa respiratória? -- Há mulheres trabalhando como frentista no seu local de trabalho?	
-Você já realizou algum tipo de exame relacionado ao seu processo de trabalho, orientado pelo o proprietário do posto de gasolina?	
-No posto de gasolina, onde você trabalha há ações educativas? Há grupo de partilha de experiência? ---Há inspeções periódicas? Há avaliações da saúde do trabalhador?	
-Há iniciativa de campanhas de prevenção? Há participação de sindicatos de trabalhadores na elaboração de material educativo?	

Quadro 1. Questionário utilizado na entrevista

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entrevistou-se o frentista A.F.C., de 24 anos, natural de Santa Rita, casado e sem filhos. O entrevistado trabalha na função de frentista há 4 anos. A carga de trabalho pode ser definida como uma inter-relação entre as exigências externas, organizacionais, instrumentais, impostas ao operador, exigindo dele estratégias de regulação para garantir os objetivos prescritos pela organização, desenvolver a sua competência profissional e preservar o seu bem-estar. (FERREIRA; FREIRE, 2001).

Iniciou-se a entrevista abordando a questão do uso de equipamentos de proteção individual (EPI) e foi relatado pelo entrevistado que os equipamentos de proteção foram entregues inicialmente sem nenhuma explicação da importância do seu uso para a sua saúde, como também não houve orientação em relação ao uso adequado. Além disso, como o material era descartável, após desgaste, não houve reposição do mesmo, por isso, hoje, o trabalhador não faz uso de equipamentos de proteção extremamente essenciais, visto que não há fiscalização devida.

É imprescindível que o frentista receba do seu empregador uma máscara para inalação de vapores orgânicos, óculos protetores e botas de segurança. A ineficácia da fiscalização mantém o risco de acidentes ou problemas futuros de saúde para os trabalhadores. Normalmente a fiscalização só ocorre, efetivamente, quando existe uma denúncia (SILVA, 2014).

A segurança e a saúde ocupacional dos frentistas não são vistas com atenção pela maioria do empresariado e, quanto aos equipamentos, a proteção dos profissionais é resumida, na maioria das vezes, a uma luva ou bota. O ideal é que o trabalhador também receba protetor auricular, chapéu, fardamento com tecido específico, avental e máscara (FREIRE, 2015).

Segundo pesquisas acadêmicas feitas com frentistas, esses tem conhecimento dos equipamentos de segurança e fazem uso, especialmente, da bota e do uniforme anti-chamas no dia a dia. Outros equipamentos como óculos, máscaras, e luva, são usadas em situações específicas, como durante o descarregamento de combustível para armazenamento interno do posto (SARTORATO, 2014).

Ao questionar o operador sobre como foi o processo de contratação na empresa em que trabalha, o mesmo referiu que a empresa não exigiu como pré-requisito curso de capacitação técnica, foi realizado, apenas, questionamentos durante uma entrevista. No seu meio de trabalho, o frentista realiza sua função apenas abastecendo os veículos, não participando de outros tipos de atividade no posto de abastecimento.

Na questão de saúde do trabalhador e dos riscos aos quais os frentistas são expostos diariamente, o entrevistado afirmou não sentir nenhum desconforto relacionado ao contato diário com os solventes orgânicos presentes na gasolina. O operador referiu não possuir lesões na pele e também negou sentir alguma dificuldade auditiva ou distúrbio visual.

Diversos centros de investigação toxicológica tem pesquisado a ação dos

solventes orgânicos no sistema auditivo. Os solventes possuem alta volatilidade e lipossolubilidade, facilitando a absorção pelos tecidos. Como o tecido nervoso é composto principalmente de lipídios, é especialmente sensível à toxicidade dos solventes (QUEVEDO, 2013).

Os solventes orgânicos são responsáveis também por mudanças relacionadas à visão. Os testes psicofísicos destacam-se ao avaliar aspectos da visão dos sujeitos expostos, pois possuem grande eficiência em detectar alterações, revelando perdas antes do aparecimento de fenômenos clínicos evidentes, e por ser capaz de analisar diferentes funções visuais separadamente (LACERDA, SOUZA, RODRIGUES, SILVEIRA, 2009).

No que se refere à saúde do trabalhador, acompanhamento médico e exames complementares, foi relatado que uma vez ao ano um médico se dirige ao posto e realiza alguns exames não específicos. O frentista também referiu não haver nenhum atendimento médico especializado e nem a realização de exames laboratoriais.

Além disso, não há uma orientação da empresa para que os trabalhadores busquem o serviço médico para realização de exames extremamente importantes, como por exemplo, audiometria. Exames como esse são de extrema importância, no caso desses profissionais, que trabalham em contato diário com diversos agentes químicos nocivos a saúde.

Pesquisas alertam para a importância da vigilância dos trabalhadores de postos de combustíveis em virtude das concentrações de benzeno em 1ppm no ar e da ausência de normatização, fiscalização e monitoramento. Visto que, o número de Trabalhadores em postos no Brasil é expressivo (CORREA, et al. 2014).

Foi questionado ao trabalhador se o mesmo tinha conhecimento acerca da existência do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), o frentista respondeu não conhecer as entidades.

Na estruturação da RENASt, os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) tem destaque. Atuam como pólos irradiadores da cultura da produção social das doenças, centralizando o trabalho nesse processo. Além de prover o suporte técnico necessário e viabilizar ações de vigilância (JACQUES, MILANEZ, MATTOS, 2012).

No que se refere a questão social foi informado, durante a entrevista, que, no posto em questão, não existem programas com ações educativas, grupos de compartilhamento de experiência, ou mesmo inspeções periódicas e avaliação da saúde do trabalhador. O trabalhador também referiu a inexistência de campanhas educativas de prevenção ou proteção.

Estudos concluíram que a construção de ações e a formação de agentes vigilantes de postos de combustível articularam profissionais de diversas formações e instituições. Atentou-se para a exposição ao risco químico, repercutindo na melhoria das condições de trabalho, na regulamentação das formas de produção, distribuição e

consumo dos combustíveis (SANTOS, LACAZ, 2013).

4 | CONCLUSÃO

Conclui-se a presença de riscos à saúde aos quais os trabalhadores frentistas estão expostos, como agentes químicos que tem comprovada nocividade ao organismo. As medidas de segurança, como os equipamentos de proteção individual, são conhecidos pelos trabalhadores, mas as empresas não dão prioridade ao seu uso e não há uma fiscalização efetiva como se deveria ter. Além disso, a assistência à saúde desses operadores é precária, não existe uma orientação por parte dos empregadores e nem atendimento adequado para os trabalhadores da empresa.

Com a realização do estudo foi possível conhecer o processo de trabalho dos frentistas os riscos aos quais estão expostos, bem como a importância do profissional de saúde no acompanhamento desses trabalhadores. O médico tem um papel fundamental no processo de saúde desses indivíduos, ele deve prestar assistência visando o benefício do seu paciente, como é previsto na Resolução CFM nº 1.488/1998, onde explicita que deve fornecer laudos, pareceres e relatórios de exame médico e dar encaminhamento, sempre que necessário, para benefício do paciente e dentro dos preceitos éticos, quanto aos dados de diagnóstico, prognóstico e tempo previsto de tratamento. Quando requerido pelo paciente, deve o médico por à sua disposição tudo o que se refira ao seu atendimento, em especial cópia dos exames e prontuário médico.

REFERÊNCIAS

FERREIRA, Mário César; FREIRE, Odaléa Novais. **Carga de trabalho e rotatividade na função de frentista**. Rev. adm. contemp., Curitiba, v. 5, n. 2, p. 175-200, Aug. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552001000200009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 abril 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-65552001000200009>.

MOURA-CORREA, Maria Juliana et al. **Exposição ao benzeno em postos de revenda de combustíveis no Brasil: Rede de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT). Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4637-4648, Dec. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001204637&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 abril 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141912.12772014>.

LACERDA, Eliza Maria da Costa Brito; VENTURA, Dora Fix; SILVEIRA, Luiz Carlos de Lima. **Evaluación visual mediante métodos psicofísicos de las personas sometidas a exposición laboral a solventes orgánicos. Psicol. USP**, São Paulo, v. 22, n.1, p.117-145, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010365642011000100007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 abril 2016. Epub Mar 25, 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642011005000011>.

JACQUES, Camila Corrêa; MILANEZ, Bruno; MATTOS, Rita de Cássia Oliveira da Costa. **Indicadores para Centros de Referência em Saúde do Trabalhador: proposição de um sistema de acompanhamento de serviços de saúde**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 369-378, Feb. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_

arttext&pid=S141381232012000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 abril 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000200011>.

SANTOS, Ana Paula Lopes dos; LACAZ, Francisco Antonio de Castro. **Ações de vigilância em saúde do trabalhador e ambiente: análise da atuação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Campinas em postos de combustível.** Rev. bras. saúde ocup., São Paulo, v. 38, n. 128, p. 230-242, Dec. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303

HINRICHSEN, S. et al. **Alterações clínicas e oftalmológicas em frentistas expostos a vapores de derivados de petróleo em posto de gasolina do Grande Recife.** Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=2760&fase=imprime>.

CERQUEIRA, Gilberto Santos. Exposição Ocupacional a Gasolina: Um Estudo Transversal. Disponível em: <<file:///C:/Users/Louise/Downloads/139-775-1-PB.pdf>>.

ROCHA, Laureize Pereira. Trabalhadores de postos de combustíveis: sujeitos expostos ao benzeno. Disponível em: <<http://repositorio.furg.br/handle/1/3516>>.

MOTIVOS DO ABSENTEÍSMO ÀS CONSULTAS DE OSTEOPATIA NO AMBULATÓRIO DO POSTO DE SAÚDE DA VILA DOS COMERCIÁRIOS, EM PORTO ALEGRE / RS – ESTUDO PROSPECTIVO

Alessandra Costi Bolla

Instituto Brasileiro de Osteopatia IBO
Porto Alegre, RS

Natalia Sales da Rocha

Instituto Brasileiro de Osteopatia IBO,
Coordenação Geral IBO
Porto Alegre, RS

Márcia Elisabeth Rodrigues

Coordenação de Pesquisa IBO Campinas, SP
Instituto Brasileiro de Osteopatia IBO contato@
ibo-osteopatia.com.br

RESUMO: O absenteísmo é comum em consultas no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. As faltas dos pacientes geram prejuízo ao sistema de atendimento, reduzindo as chances de novos pacientes se consultarem, interrompendo tratamentos e incrementando gastos. Objetivo: Conhecer as causas do absenteísmo às consultas de Osteopatia agendadas no Ambulatório do Posto de Saúde da Vila dos Comerciantes, Porto Alegre/RS. Métodos: Estudo prospectivo, quali-quantitativo de levantamento e análise de dados, tendo por base as respostas colhidas da população pesquisada (pacientes faltantes às consultas de osteopatia no aludido Ambulatório), empregando questionário semiestruturado submetido via telefone, iniciado após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer nº 655.043/

CEP/SMSPA). A coleta dos dados ocorreu por 3 meses, e foram organizados com utilização do Excel e analisados estatisticamente (*Software Package for Statistical - SPSS versão 21.0*). Resultados: Identificou-se em ordem decrescente, os seguintes motivos principais para o absenteísmo: acometimento por outras patologias (diversas das que levaram à consulta de osteopatia) que impediram o comparecimento à consulta; perda do papel onde estava anotada a data da consulta; a circunstância de ser cuidador de dependente e não poder ausentar-se para comparecer à consulta; esquecimento da data da consulta, existência de outras consultas/exames na mesma data, escolhidas com prioridade sobre à consulta de osteopatia. Conclusão: Necessidade de reformas administrativas, organizacionais, operacionais, adoção de novas práticas no âmbito do SUS, para reduzir o absenteísmo observado. Sugerem-se, como estratégias a criação de dois tipos de serviços telefônicos para controle das consultas e atualização periódica dos pacientes cadastrados.

PALAVRAS-CHAVE: Osteopatia, ambulatório público, absenteísmo.

ABSTRACT: Absenteeism is common in consultations in the Unified Health System (SUS) in Brazil. The patients' shortages generate a loss to the care system, reducing the

chances of new patients consulting, interrupting treatments and increasing expenses. Objective: To know the causes of absenteeism at Osteopathy consultations scheduled at the Outpatient Clinic of the Health Department of Vila dos Comerciantes, Porto Alegre / RS. Methods: A prospective, qualitative/ quantitative study of data collection and analysis, based on the answers collected from the population surveyed (patients who were not present at the osteopathy clinic in the outpatient clinic), from semi-structured questionnaire submitted by telephone, initiated after approval by the Committee of Ethics in Research (n ° 655.043 / CEP / SMSPA). Data were collected using Excel and analyzed statistically (Software Package for Statistical - SPSS version 21.0). Results: Main reasons for absenteeism were identified in decreasing order: involvement by other pathologies (some pathologies that had no relation with reason that led to osteopathic consultation) that prevented attendance at the consultation; loss of the paper with date of the consultation; the circumstance of being dependent caregiver and not being able to leave to attend the consultation; forgetting the date of the consultation, other consultations / exams on the same date, chosen with priority over the consultation of osteopathy. Conclusion: The need for administrative, organizational and operational reforms, adoption of new practices within the SUS to reduce observed absenteeism. It is suggested, the creation of two types of telephone services aimed at the control of the consultations and update registered patients.

KEYWORDS: Osteopathy, public outpatient clinic, absenteeism.

1 | INTRODUÇÃO

O absenteísmo em consultas médicas e na saúde em geral é alvo de razoável pesquisa no setor público, CAVALCANTI (2013); OLESKOVICZ, 2014), como em consultas médicas pré-natais DALLAGNESE et al, (2003)²³, em tratamento odontológico MELO, BRAGA, FORTE (2011); HAITER (2014), em cirurgias programadas PASCHOAL, GATTO (2006), entre outros.

A incidência de faltas às consultas na área da saúde, em um serviço gratuito e já deficitário como no Sistema Único de Saúde (SUS), traz problemas sérios e imediatos com prejuízo ao sistema de atendimento e a população em geral, seja pela redução das chances de novos pacientes acessarem às consultas públicas, BORGES (2013), ou pelos gastos financeiros impostos ao Estado, que paga também pelas consultas agendadas e não realizadas BENDER, MOLINA E MELLO (2010).

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, a taxa de absenteísmo em 2012 atingiu a média de 35% a 50% em quase todos os setores de atendimento à população, DIÁRIO GAÚCHO (2012). Em São Paulo/SP, em 2012 e 2013, houve, respectivamente, índices de 40% e 25% de absenteísmo na rede de saúde, PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS (2014). Em Londrina/PR em 2010, ocorreu 34,4% de ausência, BENDER, MOLINA E MELLO (2010). Estas informações indicam que o absenteísmo se estende pelo Brasil, como problema crônico na saúde coletiva

OLESKOVICZ et al (2014).

Esta pesquisa investigou os motivos do absenteísmo às consultas de osteopatia, incluída entre as Medicinas Tradicionais ou Complementares em Saúde (MT/CAM), no âmbito do respectivo ambulatório do Posto de Saúde da Vila dos Comerciários, em Porto Alegre/RS, conhecido como Postão da Cruzeiro (integrante do SUS).

2 | METODOLOGIA

Estudo prospectivo, exploratório, quali-quantitativo, de levantamento e análise de dados, a partir das respostas dadas pelos indivíduos pesquisados, mediante o consentimento esclarecido oral dos mesmos, utilizando-se questionário semiestruturado SAKS, ALLSOP (2011), a eles submetido por via telefônica, conforme VERAS et al (1988). O questionário tomou por base variáveis explicativas e foi estruturado em formato similar ao encontrado em SANTOS, (2008). A população foi analisada no período de abril de 2014 a abril 2015, em entrevistas semanais, realizadas ao final da semana da data da falta, a fim de evitar o esquecimento do real motivo do absenteísmo.

A amostra compreendeu todos os pacientes (independentemente do gênero e idade) faltantes a partir da 2ª consulta de osteopatia do ambulatório do SUS no Posto de Saúde da Vila dos Comerciários e detentores de telefone. A seleção de indivíduos faltantes após a 2ª consulta se justifica, pois, meta foi avaliar se a falta tinha relação com a osteopatia. Assim, a coleta e o processamento dos dados foram realizados em 4 etapas:

1ª Etapa- Identificação, dentro da semana, do número de consultas de osteopatia realizadas no posto, número de indivíduos que não compareceram à 1ª consulta, número de faltantes a partir da 2ª consulta e separação dos dados cadastrais obtidos da análise dos respectivos prontuários;

2ª Etapa- Contato telefônico com os faltantes a partir da 2ª consulta e aplicação do questionário semiestruturado; convencionou-se um número máximo de 3 ligações para cada faltante, em horários diversos, na semana seguinte à falta. Após a 3ª ligação sem sucesso em falar com o indivíduo este era descartado, a fim de evitar distância maior entre a data da falta e a realização da entrevista ^{18,31}.

3ª Etapa- Organização e tabulação dos dados, passados os 3 meses de coleta, utilizando Excel e análise estatística com programa específico (*Software Package for Statistical - SPSS versão 21.0*);

4ª Etapa- Análise crítica do material organizado, conclusões e escrita do presente artigo.

Esta pesquisa atendeu aos princípios éticos contidos na Resolução 466/2012 das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos/ Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada conforme o Parecer nº 655.043/CEP/ SMSPA (Porto Alegre/RS).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados levantados envolveram 484 consultas de osteopatia agendadas no período da pesquisa, sendo que 342 foram realizadas e 142 não ocorreram em vista da falta do paciente. Identificou-se 19 faltas à 1ª consulta e 123 faltas a partir da 2ª consulta. Estas 123 faltas foram produzidas por 116 pessoas e, destes, 85 foram alvo de entrevistas, pois 31 pacientes não foram localizados. Como 6 pessoas faltaram a mais de uma consulta, sendo entrevistados em mais de uma oportunidade, chegou-se a total de 92 entrevistas, conforme quadro a seguir.

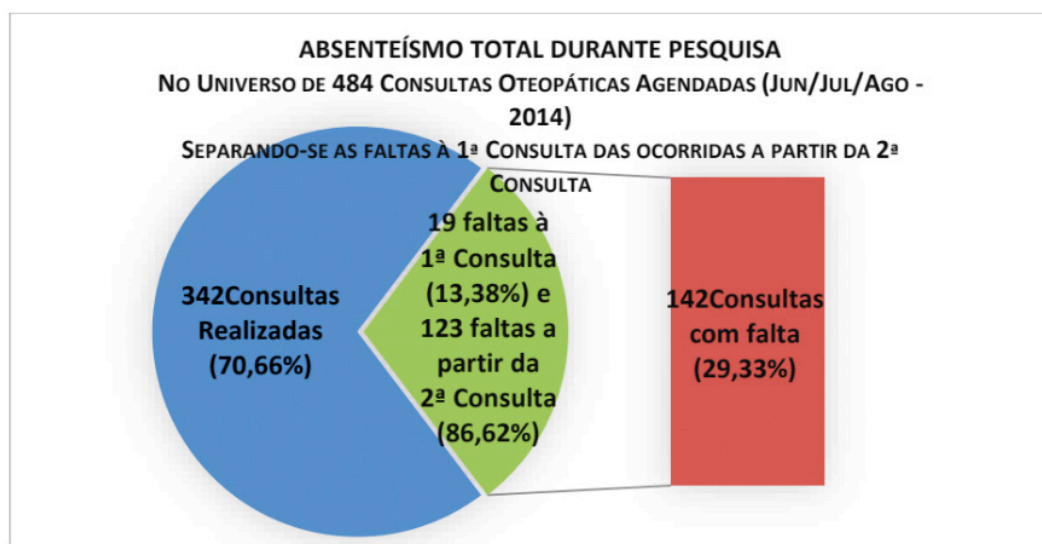


Gráfico 1: Absenteísmo total durante período da pesquisa

Os indivíduos foram divididos em 3 grupos para classificação quanto idade e gênero: grupo 1 (G1) idade entre 20 a 40 anos, com 13 pacientes (16%), grupo 2 (G2) de 41 a 59 anos, 47 pacientes (55%) e grupo 3 (G3) acima de 60 anos, 25 pacientes (29%). A idade média dos entrevistados foi de 55 anos. Quanto ao gênero, 14 pessoas (17%) do gênero masculino e 71 (83%) do gênero feminino. Além do expressivo analfabetismo, 40% da população pesquisada tinha o ensino fundamental (1º grau), e pouco mais de 8% tinha o ensino superior.

Em relação as causas dos imediatos motivos para o absenteísmo às consultas de osteopatia, apurou-se: em primeiro lugar, com 33,7%, outras patologias como gripes, pneumonias, doenças infectocontagiosas, como motivo para falta ao atendimento. Envolve doenças secundárias não relacionadas à patologia que levou o paciente a procurar consulta osteopática.

Em segundo e terceiro lugares, dois motivos com índice iguais de 10,9%. Um se refere ao fato de o paciente perder o papel fornecido pelo ambulatório, onde estava anotada a data/ horário da próxima consulta e telefone do posto. O outro motivo relacionado a responsabilidade do paciente como cuidador, ocorrendo a falta porque o indivíduo não conseguiu alguém para substituí-lo no dia da consulta.

Na quarta posição, com 9,8%, aparece o fato de o paciente esquecer a data da

consulta. Em quinto, 5,4% dos pacientes não compareceram devido existência de outras consultas/ exames de saúde, em outros setores do mesmo posto, agendadas para mesma data (às quais deram prioridade). Estes resultados revelam que o índice de absenteísmo encontrado (29,33%) é semelhante aos números já conhecidos e relativos a outros serviços de atendimento em saúde pública pelo Brasil e coincide com o índice fornecido pelo relatório interno do IBO (2012).

Observa-se predominância das faltas nas 2ª e 3ª consultas, com redução a partir da 4ª consulta, sugerindo que um maior conhecimento empírico acerca dos benefícios da osteopatia, devido maior número de atendimentos recebidos, pode reduzir número de faltas. Tema já discutido por BORGES (2013) e BENDER; MOLINA; MELO (2010), ressaltando a importância da conscientização dos cidadãos como forma de reduzir as faltas.

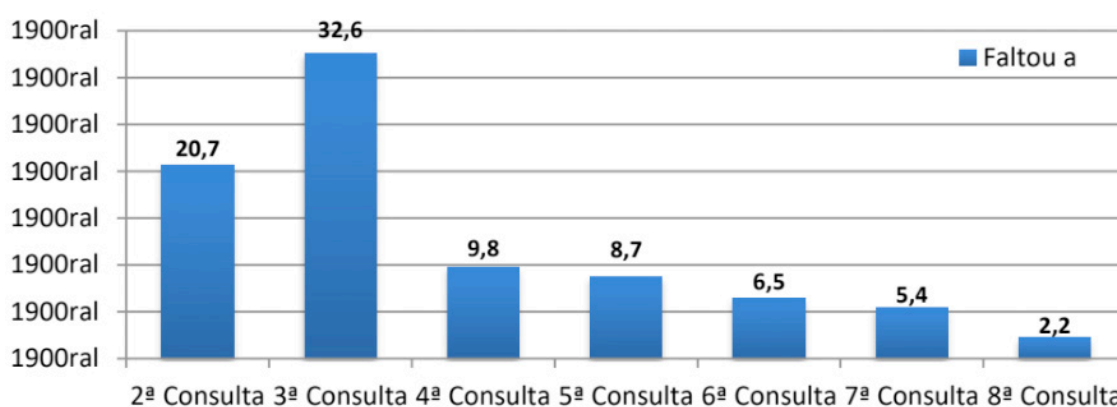


Gráfico 2: Número de faltas a partir da segunda consulta osteopática.

Em relação ao maior número de faltantes serem mulheres (83%), pode ser explicado pelo perfil da população de Porto Alegre, composta por 53,6% de mulheres, contra 46,4% de homens, último censo, contra, 51% de mulheres e 49% de homens no cenário nacional IBGE (2010)

Entende-se ser possível reduzir o absenteísmo em apenas dois dos motivos, os quais, juntos, são responsáveis por 20,7% do absenteísmo encontrado. Para facilitar a análise, criou-se um grupo para cada motivo: grupo A pessoas que perderam o papel com a anotação da data da próxima consulta; e, grupo B, esqueceram a data da próxima consulta, mesmo guardando o papel, segmento também identificado por HAITER (2014). No grupo A, 40% dos indivíduos são analfabetos. No grupo B 33,33% são analfabetos. Em conjunto estes números chegam a índice médio de 37,33% de analfabetismo. A cifra é expressiva, tanto em vista do total da população entrevistada que apresentou índice de 15% de analfabetos, em face dos índices municipal, estadual e nacional de analfabetismo: 2% da população de Porto Alegre, 4,5% no Rio Grande do Sul e 8,6% da população brasileira), entre pessoas com faixa etária acima de 15 anos de idade, IBGE (2010).

Sugerem-se introduzir práticas no setor do posto responsável pelos agendamentos,

indicadas também em outros estudos OLESKOVICZ et al (2014), DALLAGNESE et al (2003), CAVALCANTI et al (2013), como a criação de dois serviços telefônicos. O primeiro, contato telefônico para confirmação de consultas agendadas, 48 horas antes das mesmas, tempo suficiente para remarcar outra pessoa em caso de desistência. O segundo contato telefônico, após as faltas, averiguando os motivos do absenteísmo, para adequação dos processos do posto em face das respostas obtidas. Estas indicações vão ao encontro do fato de que 100% da população tinha algum número de telefone no qual poderia ser localizada.

4 | CONCLUSÕES

As principais conclusões desse estudo foram: 1- 70,7% do absenteísmo encontrado se explica por motivos alheios à consulta osteopática. 2- O índice de absenteísmo total encontrado (29,33%) é semelhante aos números já conhecidos e relativos a outros serviços de atendimento em saúde pública pelo Brasil. 3- 20,7% dos motivos das faltas se relacionaram ao esquecimento da data da consulta, para o que contribui o montante de analfabetismo (em 15,3%) e baixa instrução, onde 40% dos entrevistados não tinha mais que o ensino fundamental.

Sugere-se a organização de dois serviços de agendamento e confirmação de consultas via telefone a fim de minimizar o absenteísmo. Com igual importância como condição para o funcionamento dos serviços, existirá a necessidade de atualização dos cadastros dos pacientes atendidos com razoável periodicidade.

REFERÊNCIAS

BENDER, AS. MOLINA, LR. MELLO, ALSF. **Absenteísmo na Atenção Secundária e Suas Implicações na Atenção Básica**. Revista Espaço para a Saúde. V. 11, N. 2, Londrina, 2010.

BORGES, WS. **Absenteísmo às Consultas Odontológicas Agendadas Para os Pacientes da Estratégia de Saúde da Família do Bairro Alto no Centro de Especialidades Odontológicas no Município de Aquidauana/MS**. [acesso em 10 dez. 2013]. Disponível em: http://virtual.ufms.br/objetos/tcct1/tcc/tcc_pos_banca/WOLNEY%20SANDIM%20BORGES_661_68710.docx

BRASIL. PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS. **Até 40% faltam aos exames e consultas na rede pública** [acesso 18 Nov 2014]. Disponível em: <http://www.santos.sp.gov.br/noticia/29481/40-faltam-aos-exames-e-consultas-na-rede-p-blica>

CAVALCANTI RP, et al. **Absenteísmo de consultas especializadas no sistema de saúde público: relação entre causas e o processo de trabalho de equipes de saúde da família, João Pessoa-PB, Brasil**. Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva. V. 7. Nº 2. Brasília. Universidade de Brasília, 2

DALLAGNESE LE, et al. Absenteísmo ao Programa de Assistência Pré-Natal: motivos alegados por mães de crianças prematuras. Revista Boletim da Saúde. V. 17. Nº 1. Porto Alegre: SES/ESP, 2003.

DIÁRIO GAÚCHO. **Ausência nas consultas do SUS chegam a 50%**. Porto Alegre. 27 Jul 2012:

Seção Geral.

HAITER SJC. **Avaliação das Faltas às Consultas Odontológicas no Serviço de Saúde: Revisão de Literatura**. Especialização. Saúde Coletiva e da Família da Universidade Estadual de Campinas, Unicamp, SP, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE OSTEOPATIA (IBO). **Relatório Interno, 2012**. contato@ibo-osteopatia.com.br

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2010**. [acesso 18Out2014]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_rio_grande_do_sul.pdf.

MACHADO AT. **Absenteísmo às Consultas Odontológicas Programadas dos Escolares Adscritos à Equipe de Saúde da Família da Pedra Vermelha: Uma Aproximação Descritiva**. Especialização. Atenção Básica em saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

MELO ACBV, BRAGA CC, FORTE FDS. **Acessibilidade ao Serviço de Saúde Bucal na Atenção Básica: Desvelando o Absenteísmo em uma Unidade de Saúde da Família de João Pessoa-PB**. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. V. 15. N 3. João Pessoa, 2011.

OLESKOVICZ M, et al. **Técnica de overbooking no atendimento público ambulatorial em uma unidade de Sistema Único de Saúde**. Caderno de Saúde Pública. V. 30. Nº 5. Rio de Janeiro, 2014.

PASCHOAL MLH, GATTO MAF. **Taxa de suspensão de cirurgia em um hospital universitário e os motivos de absenteísmo do paciente à cirurgia programada**. Revista Latino-Americana de Enfermagem. V. 14. Nº 1. Ribeirão Preto, 2006.

SANTOS, JS. **Absenteísmo dos usuários em consultas e procedimentos especializados agendados no SUS: Um estudo em um município Baiano. Mestrado**. Universidade Federal da Bahia – UFBA – Instituto de saúde coletiva. Programa de Pós-Graduação em saúde coletiva. Vitória da Conquista, 2008. [acesso 10 dez. 2013]. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6759/1/Diss%20MP.%20Julia%20Sousa%202008.pdf>

SAKS M, ALLSOP J. **Pesquisa em Saúde-Métodos Qualitativos, Quantitativos e Mistos**. 1. ed. São Paulo: Roca, 2011, 358p.

VERAS RP, et al. **Pesquisando Populações Idosas - A Importância do Instrumento e o Treinamento de Equipe: Uma Contribuição Metodológica**. Revista de Saúde Pública, V.22. Nº 6. São Paulo, 1988.013.

O LUTO DAS MÃES E AVÓS DO BEBÊ PERFEITO EM TEMPOS DE MICROCEFALIA

Andréa Rose de Albuquerque Sarmento-Omena

Centro Universitário CESMAC
Mestrado Pesquisa em Saúde
Maceió, Alagoas

Luciano Bairros da Silva

Centro Universitário CESMAC
Mestrado Pesquisa em Saúde
Maceió, Alagoas

Renata Pires de Oliveira Costa

Centro Universitário CESMAC
Mestrado Pesquisa em Saúde
Maceió, Alagoas

Fernanda Calheiros Peixoto Tenório

Centro Universitário CESMAC
Mestrado Pesquisa em Saúde
Maceió, Alagoas

Karine da Silva Santos

Centro Universitário CESMAC
Mestrado Pesquisa em Saúde
Maceió, Alagoas

Camila Maria Beder Ribeiro Girish Panjwani

Centro Universitário CESMAC
Mestrado Pesquisa em Saúde
Maceió, Alagoas

RESUMO: Objetivo: Compreender o impacto do diagnóstico de Microcefalia na dinâmica familiar, na visão de mães e avós. **Material**

e método: Trata-se de pesquisa qualitativa, descritiva, com o uso da técnica da entrevista semiestruturada para a produção de narrativas de sete mães e duas avós de crianças com Microcefalia. **Resultados:** Os relatos, baseados nas experiências e repercussões emocionais vivenciadas por avós e mães de crianças diagnosticadas com Microcefalia durante a gestação, no nascimento ou após confirmação do exame de tomografia, falam sobre o sofrimento do recebimento do diagnóstico; trazem os sentimentos permeados de crenças religiosas, determinismos religiosos. **Conclusão.** Receber o diagnóstico de Microcefalia é o início do luto do bebê ideal; profissionais necessitam se sensibilizar quanto a necessidade de acolher e repassar informações sobre o diagnóstico; vários sentimentos afloram e a negação surge disfarçada para encobrir a dificuldade de adaptação no enfrentamento desse diagnóstico. **PALAVRAS-CHAVE:** Microcefalia, Luto, Comunicação

ABSTRACT: Aim: To understand the impact of the diagnosis of a child with Microcephaly in the family, through the eyes of mothers and grandmothers. Material and method: This was a qualitative, descriptive study. The semi-structured interview technique was used to listen to the reports of seven mothers and two grandparents of children with Microcephaly.

Results: Based on the reports of the experiences and emotional repercussions experienced by grandparents and mothers of children diagnosed with Microcephaly during pregnancy, at birth or after confirmation by means of CT scan; they talk about the suffering of receiving the diagnosis; they bring their feelings permeated with religious beliefs, believing in religious determinism. Conclusion: By means of methodology adopted it was concluded that receiving the diagnosis of Microcephaly is the beginning of the mourning of the ideal baby for mother and grandmother; professionals need to be made aware of the need to pass on information and receive information about the diagnosis; several feelings arise and the denial appears disguised to cover up the difficulty of adaptation in facing this diagnosis.

KEYWORDS: Microcephaly, Mourning, Communication

INTRODUÇÃO

A espera de uma criança na família gera muitas expectativas positivas em torno do novo ser que virá, porém, quando essa criança recebe um diagnóstico de deficiência, será necessário um período para que a família venha se reestruturar emocionalmente (PAMPLONA DE GOES CAVALCANTI et al., 2015).

O nascimento de um filho com necessidades específicas desencadeia alguns sentimentos nos pais como: desorientação, choque, perda de uma situação idealizada e ansiedade pelo futuro, principalmente pela desinformação quanto ao quadro clínico da criança. Sendo necessário que os pais tenham esclarecimentos e informações sobre a condição de saúde de seu filho, visando a superação desses sentimentos negativos que estão presentes e que podem dificultar as relações posteriores dos pais com a criança (FERNANDES; CUNHA, 2010; SILVA; RAMOS, 2012)

As relações entre mãe e filho, entendidas como relações maternas ou como a maternagem, estão presentes no cotidiano da prática assistencial junto a mulheres desde o pré-natal e na assistência à criança (TEIXEIRA REIS; DA SILVA SANTOS; MARIA MENESES DOS SANTOS, 2011). A maternidade, no imaginário coletivo, exige que a mulher se dedique de forma integral e exclusiva aos cuidados dos filhos, renunciando a outras aspirações. Essa renúncia pode gerar sentimentos conflitantes entre o que a sociedade e a cultura exigem dela, provocando sentimentos de insatisfação ou frustração (VISINTIN; AIELLO-VAISBERG, 2017).

Microcefalia é caracterizada pela medida do crânio realizada por meio de técnica e equipamentos padronizados, em que o Perímetro Cefálico (PC) apresente medida menor que menos dois (- 2) desvios-padrões abaixo da média específica para o sexo e idade gestacional (BRASIL, 2016). De modo geral, o sistema de assistência à saúde, tem um grande desafio para entender o efeito teratogênico do Zika e elaborar intervenção com o objetivo de melhorar o desenvolvimento cognitivo-comportamental dessas crianças, visando melhor cuidado das crianças e das suas famílias (BRUNONI et al., 2016).

Essa pesquisa objetivou conhecer o impacto do diagnóstico de Microcefalia na dinâmica familiar, na visão de mães e avós.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo se encontra de acordo com a resolução 466/12, com parecer aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa com CAAE: 61304316.8.0000.0039 e número do comprovante: 110586/2016, em 07/12/2016.

O estudo, de abordagem qualitativa, foi desenvolvido em uma capital do nordeste brasileiro e realizou entrevistas semiestruturadas para a produção dos dados em janeiro de 2017.

Os sujeitos da pesquisa foram sete mães e duas avós pertencentes a um grupo específico de crianças entre as idades de nove meses a um ano e dois meses, com diagnóstico de Microcefalia.

Com o propósito de proteger as identidades desses sujeitos, na exposição de suas falas, utilizou-se, em substituição aos seus nomes, nomes de árvores brasileiras.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Quando um filho nasce, a primeira coisa é saber se é “perfeito”. Caso contrário, há a morte do filho idealizado, e tal constatação gera profunda tristeza, medo do futuro, frustração e vergonha. É preciso vivenciar o processo de luto pelo filho que foi idealizado, para que seja possível estabelecer um vínculo de amor e cuidado com o filho que nasceu. Muitas vezes, pessoas que passam por essas experiências se fortalecem e dão um novo significado à vida (ALVES, 2012). A criança imaginária foi relatada como maravilhosa, onipotente, dotada de todas as qualidades, sem nenhuma deficiência (NEGRÃO et al., 2011).

Desta forma, os relatos trazidos nas entrevistas expõem medo, pânico, tristeza, choro, incerteza como os sentimentos mais relatados por mães e avós no momento que recebem o diagnóstico de Microcefalia de seu bebê.

“(...) então no primeiro ultrassom que ela fez a morfológica ela foi detectada e o médico disse que ela tinha na verdade microcefalia e hidrocefalia. (...) quando eu descobri que ela ia ter um bebê com microcefalia, eu desmorenei, né! Eu caí nos prantos (...) assim não é só o preconceito, a dificuldade.” (Aroeira)

“Só depois que ele nasceu foi que falaram, a parteira falou. Tive no hospital quando eu soube (...) eu fiquei um pouco triste, mas num instante eu me acostumei.” (Jaboticabeira)

“Descobri que meu bebê tinha microcefalia na hora do parto, a médica lá, a enfermeira na hora que eu tive ele, aí ela disse... ela perguntou se eu tive Zika eu disse que tive, perguntou se tinha feito ultrassom eu disse que fiz

e que a criança estava normal. Na hora que eu descobri que a criança tinha microcefalia foi um choque, ne! Porque eu esperava que viesse um menino normal, mas foi como Deus quer, aí eu tenho que ir, como é que se diz? Tinha que entender que é uma criança sem ser normal e tem que aceitar. ” (Cajazeira)

*“(...) quando ele nasceu, **todo mundo estava naquela expectativa de filho, bebê ...**, enfim, mas quando ele nasceu (...) não me disseram absolutamente nada eu comecei a fazer pergunta, eu queria ver a cabeça dele que eles tinham enrolado, eu sabia o que era, eu já tinha... **Como está muito no auge microcefalia, eu imaginei logo isso porque eles esconderam a cabeça dele, daí eu fiz muitas perguntas, aí me apagaram, deram alguma medicação que eu dormi (...) a pediatra do plantão veio me falar que era uma suposta microcefalia que ele ia fazer uma tomografia para confirmar o laudo e que eu não ficasse triste, enfim, mas aí eu já sabia, eu fiquei muito triste no início claro, óbvio é um choque, toda mãe espera que seu filho seja saudável, seja feliz, eu fiquei muito triste mas ao mesmo tempo o meu amor por ele foi o mesmo, eu não mudei meu amor por ele, eu não rejeitei ele de forma alguma, mas também, eu fiquei muito preocupada com o futuro dele (...).**”(Algaroba)*

*“O diagnóstico de microcefalia foi só depois da tomografia, mas descobri que tinha microcefalia aos **oito meses de gravidez**, eu fiz a ultrassom e deu a suspeita de microcefalia, depois do ultrassom, **eu senti pânico**. ” (Caramboleira)*

A conduta dos profissionais quanto aos momentos para acolhimento e orientação aos familiares ainda é deficiente (CAMPOS et al., 2017). Foi verificado neste trabalho a falta de apoio de profissionais na hora da comunicação e acolhimento para as mães, apenas em um relato foi presente o sentimento de acolhimento da mãe nas primeiras horas após o diagnóstico de sua filha com Microcefalia. Há a necessidade de capacitar e preparar psicologicamente os profissionais de saúde que convivem com comunicação de notícias difíceis no seu cotidiano.

*“Soube que ela tinha microcefalia após o parto, quem deu a notícia foi minha madrastra, na hora que eu soube foi assim uma frustração porque eu não esperava, mas era minha então(...); após a minha madrastra me dizer eu tive todo o acolhimento, foi muito bom, **psicólogos, enfermeiros** que tinham participado do parto, vinham, conversavam...” (Pitangueira)*

A negação é um dos primeiros sentimentos vivenciados pelos familiares após o diagnóstico, é uma defesa, uma recusa parcial sobre o diagnóstico da microcefalia. O impacto do diagnóstico mobiliza as famílias a criarem recursos de enfrentamento, e a fé e esperança em Deus influenciam no modo como as mesmas reagem e tentam se adaptar frente à nova situação. Mesmo quando a ciência não apresenta um bom prognóstico, a religiosidade traz a força para enfrentar e superar os problemas da deficiência (SANTOS DE ARAÚJO DANTAS et al., 2010).

*“(...), **mas graças a Deus ela nasceu com microcefalia mas dá para observar que é só questão da cabeça pequena, mas ela não tem todas as malformações, mas foi muito difícil**. ” (Aroeira)*

“O pai, é evangélico aí viu assim a menina e pensou que não tinha nada que

era conversa do médico até a irmã dele postou que era conversa do médico. Porque aqui as pessoas vão assim na primeira visão e pensam, o que a pessoa com deficiência? Uma pessoa numa cadeira de rodas, mas os profissionais de saúde descobrem logo” (Aroeira)

“Deus é mais na nossa vida, na vida dessa criança não fomos abalados. Pense num casal, é meu filho, glorifico o nome do Senhor na vida deles dois e na minha, mas não tocou tão forte como nas outras pessoas. Aí vem o povo, chegava e dizia assim tirava foto de uma criança com microcefalia e trazia e mostrava. Eu pedi para meu filho não dizer para ela agora, mas ele disse: - porque mãe? Eu creio num Deus vivo e ela vai superar, não ela vai ter que saber, aí já foi e contou para ela. Ela conta que sentiu na hora, mas depois foi passando e ela foi orando no Senhor e nossa filha vai ser curada, nasceu perfeito é tem uns “sintomazinhos” que todo tem.” (Pitombeira)

Familiares diante de um diagnóstico de Microcefalia têm dificuldade de compreender e elaborar o luto do bebê ideal, tentam esconder e postergar a comunicação para as mães das crianças, tentando minimizar a dor desse momento.

“A pessoa que tem uma pessoa especial na família é difícil, quando eu digo assim é difícil se você for dar tudo o que aquela pessoa precisa realmente, educação, atendimento médico, alimentação adequada na hora certa, ter pessoas para cuidar dela, então assim, foi muito difícil para mim, chorei muito, não falei para ela na hora porque não tive coragem. (...) ia ter uma bebê com problema e até porque na época a gente via muitas fotos dos bebês com microcefalia.” (Aroeira)

“Eles demoraram a me dizer e eu não podia falar por conta da cesariana e depois de algum tempo (...)” (Algaroba)

A temática maternagem é pouco estudada como auxílio na compreensão de processos relacionais entre mães e filhos, ou seja, a vivência da mulher no enfrentamento do ser-mãe diante de condição especial como nos cuidados de crianças com malformações⁴. O bebê é um ser que necessita de cuidados para sobreviver, porém uma criança deficiente requer muito além dos cuidados básicos, dependem de cuidados específicos que demandam de suas mães mais atenção. Essas demandas de cuidados geram nas mães e avós a certeza de que o tempo é unicamente direcionado para os cuidados da criança, sendo verbalizado privação no autocuidado. Neste estudo, as crianças além dos cuidados em seus domicílios, foram inseridas em tratamento nos Centros Especializados em Reabilitação, com equipe multiprofissional: fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional; alterando a rotina das famílias radicalmente.

“Ela faz também tratamento com oftalmologista, é tanta coisa para fazer que a gente se perde, está fazendo tratamento, ela usa óculos e tampão, a dificuldade dos óculos é porque ela não segura a cabeça, o pescoço é mole aí sempre os óculos cai para um lado e outro, tem que colocar e ficar na posição certa e o tampão, fica muito irritado o olho dela aí as vezes eu alterno um dia boto, no outro não, para não irritar tanto.” (Aroeira)

“Ele faz fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, vai para o pediatra,

neurologista.” (Jaqueira)

“Ele faz terapia ocupacional, fisioterapia, fonoaudiologia, hidroterapia. Quero muito botar ele no método Padovan que é um método novo que está dando muito resultado em bebês, ele também vai começar a estimulação visual porque tem problema visual e auditivo também, tudo por conta do Zika.” (Algaroba)

CONCLUSÃO

A mãe é a figura idealizada pela sociedade em seu contexto geral como perfeita, amorosa capaz de superar obstáculos para garantir o bem-estar do filho, no entanto quando esse filho nasce não de acordo com o idealizado para o seu bebê, com déficit físico, cognitivo ela pode inconscientemente recusar fazer a maternagem.

O estudo pôde demonstrar a importância de uma equipe multiprofissional com: psicóloga/o, enfermeira/o, médica/o, assistente social, para amparar essa mãe quando da constatação do nascimento de um filho com Microcefalia e ajudar no acolhimento à família diante do impacto da notícia .

A sociedade precisa estar ciente que as crianças com Microcefalia representam uma responsabilidade de todos, além das políticas públicas a sociedade civil tem o dever de acolher sem preconceitos a criança com microcefalia e a sua família.

REFERÊNCIAS

- ALVES, E. G. dos R. A morte do filho idealizado. **O Mundo da Saúde**, v. 36, n. 1, p. 90–97, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/morte_filho_idealizado.pdf>. Acesso em: 16 out. 2017.
- BRASIL, M. da S. **Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central (SNC)**. [s.l.: s.n.].
- BRUNONI, D.; BLASCOVI-ASSIS, S. M.; OSÓRIO, A. A. C.; SEABRA, A. G.; AMATO, C. A. de la H.; TEIXEIRA, M. C. T. V.; ROCHA, M. M. da; CARREIRO, L. R. R. Microcefalia e outras manifestações relacionadas ao vírus Zika: impacto nas crianças, nas famílias e nas equipes de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 10, p. 3297–3302, out. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001003297&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 14 nov. 2016.
- CAMPOS, A. C. A. de; SILVA, L. B. da; BERNARDES, J. de S.; SOARES, A. L. C.; FERREIRA, S. M. S. Desafios da comunicação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal para os profissionais e usuáriospr. **Saúde Debate**, v. 41, n. Especial, p. 165–174, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe2/0103-1104-sdeb-41-spe2-0165.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2017.
- FERNANDES, A. M.; CUNHA, V. Impacto da notícia da síndrome de Down para os pais: histórias de vida. v. 15, n. 2, p. 444–451, 2010. Disponível em: <<http://content.ebscohost.com/ContentServer>>.
- NEGRÃO, J.; DE BRISAC, W.; PERIN, S. H.; QUAYLE RESUMO, J. Representação da relação mãe-bebê através do procedimento desenho-estória em gestantes adolescentes e tardias. **Psicologia da Saúde**, v. 19, n. 1–2, p. 69–77, 2011. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/viewFile/3030/3060>>. Acesso em: 22 out. 2017.
- PAMPLONA DE GOES CAVALCANTI, L.; LÚCIA PORTELA DINIZ, R.; QUEIRÓS ARAUJO, B.; KAROLINE MONTEIRO SOARES, A.; PINTO FEITOSA, G.; REBECA MOREIRA MACHADO, J.;

CRISTINA SILVA SOUSA, T.; COELHO PIMENTEL, E. Artigo Original. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 28, n. 4, p. 538–546, 2015. Disponível em: <<http://content.ebscohost.com/ContentServer>>.

SANTOS DE ARAÚJO DANTAS, M.; COLLET, N.; MOURA DE MOURA, F.; MARIA, I.; TORQUATO, B. IMPACTO DO DIAGNÓSTICO DE PARALISIA CEREBRAL PARA A FAMÍLIA. **Abr-Jun**, v. 19, n. 2, p. 229–37, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/03.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2017.

SILVA, C. C. B. da; RAMOS, L. Z. Reações dos familiares frente à descoberta da deficiência dos filhos. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, v. 298, n. 1, p. 15–23, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4322/cto.2014.003>>. Acesso em: 22 abr. 2017.

TEIXEIRA REIS, A.; DA SILVA SANTOS, R.; MARIA MENESES DOS SANTOS, I. AVALIAÇÃO DA PRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA SOBRE MATERNAGEM À CRIANÇA PORTADORA DE MALFORMAÇÃO CONGÊNITA. R. **pesq.: cuid. fundam. online**, v. 3, n. 1, p. 1594–1, 2011. Disponível em: <<http://content.ebscohost.com/ContentServer>>.

VISINTIN, C. D. N.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Maternidade e sofrimento social. **Revista Psicologia**, v. 19, n. 2, p. 98–107, 2017. Disponível em: <<http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=125250239&S=R&D=foh&EbscoContent=dGJyMNHX8kSeqK84zdneyOLCmr0%2Be-qK5Sr6m4SbCWxWXS&ContentCustomer=dGJyMOzpr1C3rbBOuePfgeyx44Dt6fIA>>. Acesso em: 21 out. 2017.

O CONHECIMENTO SOBRE CÂNCER DO COLO DO ÚTERO DE MULHERES QUILOMBOLAS DA COMUNIDADE DE ITACURUÇÁ EM ABAETETUBA – PARÁ

Dennis Soares Leite
Kelma do Couto da Costa
Rodolfo Gomes do Nascimento
Keila de Nazaré Madureira Batista

RESUMO: **Introdução:** As comunidades quilombolas enfrentam inúmeras dificuldades no âmbito social, falta de políticas públicas e assistência à saúde. Diante desse cenário, inclui-se a dificuldade de acesso das mulheres de comunidades quilombolas às ações preventivas, como para o câncer do colo do útero. Este estudo objetivou avaliar o conhecimento de mulheres quilombolas acerca câncer do colo do útero. **Metodologia:** Trata-se de um estudo observacional descritivo de abordagem quantitativa e qualitativa através da aplicação de um questionário semiestruturado. A pesquisa foi realizada 100 mulheres da comunidade remanescente de quilombo de Itacuruçá em Abaetetuba-Pará entre abril e julho de 2017. **Resultados:** Identificou-se o perfil sociodemográfico, hábitos de vida e perfil sexual das participantes, assim como o conhecimento sobre o Câncer do Colo do Útero (CCU), as participantes demonstraram maior desconhecimento sobre sífilis (90%), uso do preservativo (53%) e idade para o exame preventivo (55%). **Discussão:** Encontraram-se poucos estudos sobre a temática na literatura,

segundo alguns relatos das participantes as políticas públicas de saúde para essa população ainda é precária, apesar de esforços do governo para mudar esse quadro. **Conclusão:** Os resultados reforçam a necessidade de mais estudos sobre educação em saúde, sobretudo, em populações tradicionais como as quilombolas, para prover informação adequada e reduzir as vulnerabilidades em saúde.

PALVRAS-CHAVE: neoplasias do colo do útero, fisioterapia, saúde pública, educação em saúde.

ABSTRACT: **Introduction:** Quilombola communities face numerous difficulties in the social sphere, lack of public policies and health care. In view of this scenario, the difficulty of access of women from quilombola communities to preventive actions, such as for cervical cancer, is included. This study aimed to evaluate the knowledge of quilombola women about cervical cancer. **Methodology:** This is an observational descriptive study of quantitative and qualitative approach through the application of a semi-structured questionnaire. The research was performed 100 women from the remaining community of quilombo of Itacuruçá in Abaetetuba-Pará between April and July 2017. **Results:** The sociodemographic profile, life habits and sexual profile of the participants were

identified, as well as the knowledge about the Cancer of the (CCU), the participants showed greater lack of knowledge about syphilis (90%), condom use (53%) and age for the preventive exam (55%). **Discussion:** There were few studies on the subject in the literature, according to some reports of participants public health policies for this population is still precarious, despite government efforts to change this. **Conclusion:** The results reinforce the need for more studies on health education, especially in traditional populations such as quilombolas, to provide adequate information and reduce health vulnerabilities.

KEYWORDS: uterine cervical neoplasms, physiotherapy, public health, health education.

1 | INTRODUÇÃO

As populações do campo e da floresta são categorizadas por populações que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados intimamente com a terra, como exemplo estão os quilombolas. A realidade rural brasileira é resultante do contexto histórico, econômico, político e cultural¹.

Comunidades quilombolas são grupos étnico-raciais segundo critérios de autoatribuição, possuem um contexto histórico próprio de resistência e relações territoriais específicas. No Brasil, as comunidades estão espalhadas em 24 estados, sendo que o Pará está entre os cinco estados com uma maior parte da população quilombola².

As comunidades quilombolas se encontram mais comumente em meio rural e afastada dos serviços de saúde, mantendo uma distância geográfica, cultural e dos modelos de estratégias de atenção. Diante desse cenário, inclui-se a dificuldade de acesso das mulheres de comunidades quilombolas às ações preventivas como para o Câncer do Colo do Útero (CCU)^{3,4}

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF) visa diminuir as iniquidades em saúde que refletem em altas taxas de morbidade e mortalidade nessa população, assim como busca um compromisso do governo em instituir o acesso à saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) através dos seus princípios norteadores³.

No âmbito da assistência proposta pelo SUS, o atendimento prioritário às necessidades dessa população representa o princípio da equidade. Ainda persistem muitas desigualdades no processo assistencial de saúde, incluindo-se diferenças entre as regiões urbanas e rurais⁵.

O CCU é um importante problema de saúde pública no mundo e ocupa a terceira posição entre as neoplasias mais comuns. No Brasil, é o terceiro tumor maligno mais incidente entre as mulheres e a quarta causa de morte de mulheres por câncer³. Na análise regional no Brasil, o CCU destaca-se como o primeiro mais incidente na Região

Norte, com 24 casos por 100 mil mulheres⁶.

O fisioterapeuta pode atuar em todos os níveis de atenção à saúde, sendo este primário, secundário e terciário, dentro da equipe interdisciplinar. Contudo, em função de aspectos de ordem política, econômica e organizacionais, sua ocupação é pouco transmitida na atenção primária^{7,8}.

Em busca realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) através do termo: câncer do colo do útero em mulheres quilombolas encontrou-se apenas três artigos sobre o assunto: “As relações de gênero e raça na saúde: um estudo do acesso aos serviços de contracepção e prevenção de câncer de colo uterino numa comunidade quilombola”, “Fatores associados a não realização de Papanicolau em mulheres quilombolas” e “Conhecimento de mulheres quilombolas sobre o câncer do colo uterino” nenhum realizado na região norte. Dada a relevância da temática e a escassez de estudos na literatura, o trabalho tem o objetivo de identificar o conhecimento sobre o CCU de mulheres quilombolas.

2 | MÉTODOS

Este estudo foi delineado como observacional descritivo de abordagem quantitativa e qualitativa. A amostra do estudo envolveu 100 mulheres quilombolas entre 18 a 65 anos, recrutadas por conveniência pelos pesquisadores, que aceitaram participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Sobre o contexto da pesquisa, foi realizada em três comunidades quilombolas do município de Abaetetuba, Pará (Alto Itacuruçá, Médio Itacuruçá e Baixo Itacuruçá). Vale ressaltar que o município de Abaetetuba, Pará, tem a maior taxa bruta de CCU por 100.000 mulheres da regional saúde Alça-Viária que envolve os seguintes municípios: Abaetetuba (8,44), Barcarena (4,78), Igarapé-Mirim (5,21), Moju (1,45) e Tailândia (0,0)⁹.

O acesso a essas comunidades é realizado pela rodovia PA 151 e pela via hidroviária, através de “rabetas” (pequenas embarcações motorizadas) (Figura 1). Portanto, destaca-se que essas comunidades são consideradas como quilombolas-ribeirinhas.



Figura 1: Acesso a comunidade do Alto Itacuruçá através da rabeta.

Fonte: Dados do autor (2017).

Entre as três comunidades, apenas a comunidade do Médio Itacuruçá possui Unidade Básica de Saúde (UBS), o qual não contava com a equipe mínima da Estratégia Saúde da Família (ESF), possuindo apenas uma enfermeira e um médico do Projeto Mais Médicos do Governo federal.

Os dados foram coletados entre os meses de abril e julho de 2017, nas moradias das participantes da pesquisa, localizadas nas margens dos rios, por meio da aplicação de um questionário semiestruturado, elaborado pelos próprios autores (Figura 2). Este instrumento continha perguntas, destinadas a obter os dados sociodemográficos, hábitos de vida e perfil sexual; assim como sobre o conhecimento, distribuído em cinco domínios: fatores de risco; prevenção; diagnóstico; sintomas; tratamento e cura). Além disso, ressalta-se que as entrevistas foram gravadas com o auxílio de um gravador portátil, a fim de se fornecer subsídios úteis para as discussões propostas nos estudos.



Figura 2: Aplicação do questionário na casa de uma participante.

Fonte: Dados do autor (2017).

Ao final de cada sessão de coleta de dados foi realizada a educação popular em saúde envolvendo orientações sobre CCU, fatores de risco, prevenção, detecção precoce, sintomas e tratamento, contemplando especialmente o que foi observado em relação às lacunas de conhecimento. Para isso foi utilizado um folheto como tecnologia educativa, elaborado pelos pesquisadores de forma ilustrada para melhor entendimento, considerando a baixa escolaridade da maioria das mulheres (Figura 3).



Figura 3: Educação popular em saúde depois da aplicação do questionário.

Fonte: Dados do autor (2017).

Em relação ao processamento e análise dos dados, inicialmente foram tabulados em planilhas do programa Microsoft Excel 2007, onde cada participante recebeu um código de modo a garantir seu anonimato. Para a análise dos dados foi utilizado o programa estatístico Epi Info versão 7.1, aplicou-se a estatística descritiva aos dados quantitativos através da distribuição da contagem de frequências simples e percentuais e seus respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%). Quanto aos dados qualitativos, os discursos foram transcritos de maneira integral para análise do seu conteúdo.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB) da Universidade Federal do Pará (UFPA) que foi encaminhado pela Plataforma Brasil (Número do parecer: 1.988.881 e CAAE: 64133816.1.0000.0017) e autorização da Secretaria Municipal de Saúde (SESMA) de Abaetetuba. A pesquisa foi realizada segundo os preceitos da Declaração de Helsinque e do Código de Nuremberg (Res. CNS 196/96), obedecendo às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos, conforme a resolução nº466/2012 CNS.

3 | RESULTADOS

Com relação aos dados sociodemográficos das participantes: Em sua maioria são solteiras (59%; IC95% 48,7-68,7), negras (56%; IC95% 45,7-65,9), possuem ensino fundamental incompleto (33%; IC95% 23,9-43,1), do lar (38%; IC95% 28,5-48,3), evangélicas (69%; IC95% 59-77,9) e vivem com uma renda familiar menor que um salário mínimo (65%; IC95% 54,8-74,3).

Sobre os hábitos de vida a maioria nunca fumou (91%; IC95% 83,6-95,8), não utilizam bebidas alcóolicas (92%; IC95% 84,8-96,5) e não realizam atividade física (94%; IC95% 87,4-97,8).

Os dados sexuais correspondem que sua maioria já teve a primeira relação sexual (90%; IC95% 82,4-95,1), possuem 1-2 filhos em média (37%; IC95% 27,6-47,2), não utilizavam contraceptivo oral (90%; IC95% 82,4-95,1), parceiros atuais 1 em média (82%; IC95% 73,1-89), parceiros totais estimados com uma média de 1-2 (57%; IC95% 46,7-66,9) e não sabiam se tinham Infecção Sexualmente Transmissível (99%; IC95% 94,6-100)

Ao analisar os dados sobre o conhecimento do CCU (Tabela 1), observou-se que 39% das participantes responderam que o HPV não é um fator de risco para o CCU, enquanto em relação à sífilis 90% erraram a pergunta, 38% das candidatas erraram afirmando que o fumo não é um fator de risco para o CCU e 71% responderam incorretamente a pergunta sobre o sedentarismo.

Com relação à pergunta de hereditariedade do CCU apenas 27% das entrevistadas erraram. O número de mulheres que erraram a pergunta sobre etilismo

como fator de risco corresponde a 50%. Sobre o início precoce da relação sexual 33% das entrevistadas erraram, enquanto sobre a utilização de método contraceptivo oral 35% das mulheres erraram.

Sobre ter vários parceiros sexuais 40% das mulheres erraram, enquanto a questão de ter vários filhos 66% responderam errado, a pergunta relacionada a prevenção, 53% erraram sobre o uso da camisinha afirmando que não previne para o CCU, das participantes 55% erraram afirmando que o exame Papanicolau (preventivo) deve ser realizado de quatro em quatro anos, com relação a idade para realizar o preventivo 14% das mulheres erraram afirmando que mulheres acima de 40 anos não precisam realizar o exame papanicolau.

A pergunta que afirma que o diagnóstico do CCU é através do exame papanicolau 12% erraram, sobre o sangramento vaginal ser um dos sintomas 43% erraram, sobre existir tratamento 23% erraram afirmando não existir, enquanto ter cura na fase inicial apenas 7% erraram.

Variáveis	Certo		Errado	
	n	%	n	%
Domínio 1 – Fatores de risco				
1- O HPV pode causar o câncer do colo do útero	61	61%	39	39%
2-A Sífilis pode causar o câncer do colo do útero	10	10%	90	90%
3-O fumo é um fator de risco para o câncer do colo do útero	62	62%	38	38%
4-O sedentarismo não é um fator de risco para o câncer do colo do útero	29	29%	71	71%
5-Quando um familiar próximo teve câncer do colo do útero, você possui maior chance de ter.	73	73%	27	27%
6-A bebida alcoólica não é um fator de risco para o câncer do colo do útero	50	50%	50	50%
7-O início precoce da relação sexual é um fator de risco para o câncer do colo do útero	67	67%	33	33%
8-O uso de contraceptivo oral é um fator de risco para o câncer do colo do útero	65	65%	35	35%
9-Ter vários parceiros sexuais não é um fator de risco para o câncer do colo do útero	60	60%	40	40%
10-Ter vários filhos não é um fator de risco para o câncer do colo do útero	66	66%	34	34%
Domínio 2 – Prevenção				
12-O exame papanicolau deve ser realizado de 4 em 4 anos	55	55%	45	45%
13-Mulheres acima de 40 anos não precisam realizar o exame papanicolau	86	86%	14	14%
Domínio 3 – Diagnóstico				
14-O exame Papanicolau (preventivo) ajuda a diagnosticar o câncer do colo do útero	88	88%	12	12%
Domínio 4 – Sintoma				
15-Um dos sintomas do câncer do colo do útero é o sangramento vaginal	57	57%	43	43%
Domínio 5 – Tratamento e cura				
16-Não existe tratamento para o câncer do colo do útero	77	77%	23	23%
17-Quando diagnosticado na fase inicial existem chances de cura	93	93%	7	7%

Tabela 1: Conhecimento das mulheres quilombolas acerca do câncer do colo do útero.

4 | DISCUSSÃO

Diante das perguntas, as respostas apontaram resultados evidenciando questões com a abordagem do conhecimento e a importância da educação em saúde em comunidades remanescentes de quilombos em relação ao CCU, muitas das entrevistadas transitaram entre o saber científico e o saber popular, resultando em algumas dúvidas e dificuldades para responder.

Apesar de algumas das mulheres quilombolas já terem ouvido falar da temática por meio da mídia televisiva, recurso tecnológico presente em quase todas as moradias, um conceito melhor construído em relação ao CCU ainda não foi possível, onde foi evidenciado na fala de uma das entrevistadas:

O HPV pode causar sim, porque é uma doença interna, não é? Aí pode afetar, acho que é mais por isso por ser uma doença interna, acho que é isso, eu vi um dia isso passar na televisão (Entrevistada 22).

Além da falta de profissionais, outra dificuldade refere-se à falta de integração dos médicos em relação à educação em saúde, cultura e saberes tradicionais locais⁵. Além disso, foi percebida certa dificuldade de conhecimento entre as mulheres quilombolas, sobretudo no que diz respeito aos fatores de riscos, prevenção e tratamento do CCU, como denotam alguns relatos das entrevistadas:

Não sei se o fumo causa o câncer, porque não sei se faz parte e prejudica esse lugar que já é mais baixo, sei lá (Entrevistada 18).

A bebida alcoólica é sim um fator de risco, eu já ouvi falar até mesmo aqui na comunidade, aqui na escola não vem ninguém falar sobre isso (Entrevistada 22).

Precoce é, é um caminho né? Um início, porque nesse período o organismo da moça tá novo, ainda muito fraquinho para receber, aí pode causar (Entrevistada 22).

Acho que ter vários filhos é risco também, porque o útero fica fraco (Entrevistada 30).

A gente não faz nada para movimentar o corpo, né? Eu acredito que é um meio da pessoa, sei lá prevenir mais, eu acredito na minha concepção (Entrevistada 55).

Segundo a Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS), as ações que buscam estudar os determinantes sociais do processo saúde doença são de suma importância para a melhoria da população em geral, diminuindo os agravos das doenças. Para o controle do CCU o acesso ao conhecimento sobre a doença e seus fatores de risco precisa ser premissa central, através de forma intersetorial, mas que

considerem o contexto da população¹⁰.

Percebeu-se que a religião de algumas entrevistadas influencia implicitamente na concepção de saúde e de vida, assim como, na sua forma de interação e concepção das atitudes atuais, como nota-se no relato à seguir:

*Muitos, como eu estou te falando, eu não vivi nessa época que hoje a juventude vive, né? Nós somos de religião, a gente segue um padrão de doutrina, né? A gente preserva o casamento, essas coisas e hoje muitas não ligam para isso. A juventude tem jovem que mantém uns quanto, vai aqui vai alí, eu acho que é **um risco** (Entrevistada 58).*

Durante a coleta de dados, fomos à um culto de uma igreja evangélica da comunidade do Baixo Itacuruçá e verificamos que a maioria das nossas participantes estavam no culto. Esse fator religião corrobora com um estudo realizado na comunidade que identificou a predominância da religião protestante na comunidade de Itacuruçá, entretanto as outras religiões buscam através de espaços e organizações, gerando uma construção social, cultural, histórica e plural¹¹.

O baixo nível de escolaridade entre as mulheres quilombolas é um importante fator de vulnerabilidade; os baixos níveis socioeconômicos têm sido associados ao desenvolvimento do CCU, e as populações mais vulneráveis sempre têm sido as que apresentam maiores barreiras para o acesso à detecção e ao tratamento precoce e para a integralidade dos serviços de saúde disponíveis para a população quilombola¹² (Figura 4).



Figura 4: Uma das fontes de renda da comunidade

Fonte: Autores (2017).

A falta de conhecimento das mulheres sobre os fatores de risco e as formas

de prevenções do CCU relaciona-se às informações prestadas por profissionais de saúde, como também à falta de acesso das mulheres a programas mais eficazes de educação em saúde¹³.

Eu nem sei o que a camisinha previne, eu não uso isso (Entrevistada 18).

Eu nunca fiz o preventivo (Entrevistada 18).

Esse exame, a gente tem que fazer é anual, ano a ano, porque é por ele que vamos saber se estamos bem por dentro nessa área feminina da gente, aí se a gente não fizer passa muito tempo, quatro anos eu acho que é muito tempo, a gente tem que se fazer. Eu faço anual, porque eu tive um problema de principio de derrame, aí agora eu estou cuidando da saúde, eu não era assim, eu não gostava de ir para médico entendeu? Devido os problemas eu não gostava assim, eu me sentia encaçada, mas agora que eu tive esse problema no inicio do ano uma crise de derrame, aí me pediram vários exames. Eu acho que esse exame preventivo não deve ser de quatro em quatro anos é muito tempo (Entrevistada 58).

Eu acho distante quatro em quatro anos, acho muito longe. Acho que deveria ser mais próximo, mais aproximado esses exames por conta da relação que muitas mulheres possuem muitos parceiros, né? Aí muitas das vezes, não sabe que tipo de doenças eles possuem né? (Entrevistada 22)

Às vezes, vem gente com vacina para o HPV para cá, mas eu não sei o que significa isso. Eu creio que isso pode causar o câncer sim, a sífilis também (Entrevistada 18).

De usar esses remédios, às vezes tem até gente que usa sem o médico mandar, acho que pode prejudicar sim (Entrevistada 18).

Diante desse cenário, inclui-se a dificuldade de acesso das mulheres de comunidades quilombolas às ações preventivas, como a prevenção para o CCU, visto que, de maneira geral, as mulheres negras, apesar de lhe ser garantido o direito à saúde, ainda são vulneráveis a diversas patologias⁵. O acesso geográfico para a realização do exame é uma dificuldade encontrada pelas participantes:

Eu pretendo fazer sim, ixiii! Mas precisa ir para Abaeté para fazer, aqui não tem! No nosso interior não tem! Acho que tinha que ter por aqui e aqui tem um posto (Entrevistada 47).

Eu faço em Abaeté, mas se tivesse aqui seria bem mais fácil, agora que veio da universidade, veio aqui no baixo Itacuruçá (Entrevistada 85).

As mulheres entrevistadas trouxeram em seus depoimentos o que, para elas, se referia às causas, sinais e sintomas do CCU. Como exemplo, citaram a não observância de cuidados tradicionais e o uso de contraceptivos orais, que foram identificados como possíveis causas do CCU, conforme relato da entrevistada:

Se ela não se tratar pode sim. Eu tive onze filhos, eu não sinto nadinha de dores assim que possa, apesar de eu não ser mais mestruada, mas não senti esse tipo de

*dores, porque tem mulher que queixa muito, né?
Eu não tenho isso, graças à Deus* (Entrevistada 22).

Olha a mamãe teve vários filhos e ela nunca teve isso, acho que falso né, para algumas eu acho que sim, para outras acho que não. A mamãe teve quinze (risos) e nunca teve isso e nenhuma da minha família (Entrevistada 47).

Acho que é verdadeiro, por causa que as meninas, estão começando muito cedo né? Elas têm muita chance de ter alguma coisa assim lá no futuro doença, sempre as meninas de hoje não querem se preservar, elas vivem numa (pausa) O pensamento delas não é no futuro, querem viver o momento agora né? Lá no futuro elas podem adquirir doenças, acho que é verdadeiro (Entrevistada 58).

A falta de perspectiva com relação ao futuro e ao crescimento pessoal, somados às difíceis condições de moradia e a falta de uma política de valorização do homem do campo, tem sido apontados frequentemente como causa do alto índice de alcoolismo e tabagismo entre as populações quilombolas. Enfermidades decorrentes destes hábitos nocivos à saúde e a exacerbação de outras condições estabelecidas, demonstram a necessidade de uma estratégia especial junto a estes grupos populacionais¹⁴. Outras causas, como a quebra de valores culturais referentes ao comportamento sexual de jovens da comunidade, também foram apontadas, conforme os relatos:

Essa novidade é agora, no meu tempo não existia isso e não tinha conhecimento, até porque eu nunca tive contato com isso de pílula. Minha primeira relação foi com vinte e um anos e já estava madura no pensamento, né? Mas eu acho que pode dá problema, eu acho (Entrevistada 58).

Ainda há muitos costumes e preocupações em relação à sexualidade nessas comunidades. No convívio familiar, as mulheres, principalmente as de baixa renda, não têm acesso às informações referentes à sexualidade e prevenção do CCU; e as campanhas de educação em saúde têm papel importante nessa questão. Diante desse quadro, estudos têm trazido temas referentes à prevenção e detecção precoce do CCU sob a ótica das usuárias do SUS, com o intuito de sensibilizar as mulheres em relação ao conhecimento e práticas frente a uma detecção inicial da doença¹⁵.

É de um em um ano, eu acho! Todo ano tem que fazer preventivo, porque preventivo é para saúde (Entrevistada 30).

Tem que fazer sim, depois dos quarenta, depois dos cinquenta, dos sessenta tudo tem que fazer (Entrevistada 30).

Eu nunca fiz, mas pretendo fazer! De quatro em quatro anos é muito tempo, acho que de dois em dois anos tem que fazer para vê como tá, se tem ou não tem (Entrevistada 47).

Eu acredito que sim, pois se uma pessoa toma medicamento da própria cabeça que alguém recomendou sem ter sido médico, eu acredito que sim (Entrevistada 55).

Na minha família, ainda não soube. Pode ter sim, tem muita chance, porque essas coisa às vezes é hereditário né? De um para o outro, vai passando de geração,

herança que o pessoal fala assim, acho que sim. Está indo certo isso? (Entrevistada 58).

Hoje a medicina está muito avançada, aí eu acho que existe um tratamento. Hoje, tem muito médico competente, que trabalham nessa área para isso, eu acho que tem tratamento (Entrevistada 58).

O acesso dessas populações ao SUS requer uma articulação de saberes e experiências de planejamento, implementação, monitoramento e avaliação permanente das ações intersetoriais, bem como das responsabilidades e informações compartilhadas, a fim de alcançar a atenção à saúde com qualidade e integralidade. Para melhorar o acesso, as ações devem considerar a diversidade desses grupos populacionais e seus processos de produção e reprodução social, respeitando o conjunto de suas crenças e seus valores, adequando-se aos modelos e princípios de desenvolvimento sustentável¹.

Sua viabilidade e efetividade dependem de maiores investimentos e do avanço dos processos de descentralização que vêm ocorrendo nos municípios brasileiros que abrigam as populações amparadas por esta política. Exige também um processo ágil de educação permanente dos trabalhadores de saúde e dessas populações, de modo a aumentar a compreensão de ambos sobre as especificidades da relação entre o processo dessas comunidades à saúde, com o objetivo de estratégias a reduzir os riscos e agravos à saúde dessas populações, por meio de ações de promoção e vigilância em saúde, fortalecer ações de vigilância em saúde, considerando as especificidades epidemiológicas, ambientais e sociais da região^{1,16}.

Além disso, vê-se como imprescindível a inserção das temáticas referentes à saúde no campo e na floresta, nos processos de educação permanente das equipes de saúde da família e dos profissionais de saúde e nos demais serviços de saúde do SUS, além do desenvolvimento de processos educativos com base na educação popular, na perspectiva de promover a integração de saberes e práticas de cuidado das populações do campo e da floresta^{1,16}.

5 | CONCLUSÃO

As evidências apresentadas neste estudo identificaram importantes lacunas de conhecimento acerca do CCU entre as mulheres quilombolas da comunidade pesquisada. Com isso, conclui-se que são necessários mais investimentos no âmbito da educação em saúde, assim como maior engajamento em pesquisa nas questões relacionadas ao saber popular, a interferência deste no estilo de vida da população no sentido de se garantir a redução das vulnerabilidades sociais em saúde para as populações quilombolas.

A questão de acesso às redes de atenção à saúde para comunidades quilombolas ainda precisa de mais avanços, assim como os investimentos na atenção primária de

saúde para essa população. Na comunidade existe apenas unidade para a demanda das pessoas, por muitas vezes, prejudicando o atendimento integral aos usuários. O CCU é uma questão de saúde pública e precisa de mais estudos, principalmente direcionados para quilombolas, através de políticas públicas para o acesso ao conhecimento sobre os fatores de risco e a importância da prevenção e detecção precoce.

REFERÊNCIA

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DAS POPULAÇÕES DO CAMPO E DA FLORESTA. Disponível em: <In: <http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso: 03/08/2017.

_____. GUIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA COMUNIDADES QUILOMBOLAS. PROGRAMA BRASIL QUILOMBOLA. Disponível: : <In: <http://www.seppir.gov.br>>. Acesso: 18/11/2017.

_____. MINISTÉRIO DE SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. *Câncer do colo do útero*. Disponível em: <In: <http://www2.inca.gov.br> >. Acesso: 16/07/2017.

VIEIRA, A. B. D. Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da bioética de intervenção. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, vol. 37, nº 99, out/dez. 2013.

GÓES, E. F.; NASCIMENTO, E. R. Mulheres Negras e Brancas e o acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, vol.37, nº99, 2013.

IANNI, A. M. Z *et al.* Determinantes do Acesso à Saúde: o caso das populações remanescentes de quilombos. *Boletim do Instituto de Saúde*. São Paulo, nº41, 2007.

BRASIL, A. C. O.; BRANDÃO, J. A. M.; SILVA, M. O. N.; GODIM, V. C. F. O papel do Fisioterapeuta no Programa Saúde da Família do Município de Sobral-Ceará. *RBPS*, 2005 18(1):3-6.

BISPO, J. P. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 15(Supl. 1):1627-1636, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DE SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. *Política Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero: Indicadores*. Disponível em: <In: <http://www2.inca.gov.br> >. Acesso: 02/11/2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DE SAÚDE. Disponível em: <In: <http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso: 03/11/2017.

CARDOSO, M. B. C.; HAGE, S. M. No remanso do contexto ribeirinho quilombola da Amazônia. *Revista Margens Interdisciplinar*, 2014 8 (10)

BEZERRA, V. M *et al.* Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. *Caderno de Saúde Pública*, 2013.

LEITE, M. F.; DI VITTA, F. C. F. Conhecimentos e prática das mulheres sobre câncer de colo do útero de uma unidade básica de saúde. *Journal of Human Growth and Development*, 2014 24(2):208-13

GEHLEN, I.; RAMOS, I. C. A. Estudo quanti-qualitativo da população quilombola do município de Porto Alegre-RS. *Relatório Final*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

SILVA, M. J. G.; LIMA, F. S. S.; HAMANN, E. M. Uso dos serviços públicos de saúde para DST/HIV/ aids por comunidades remanescentes de Quilombos no Brasil. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, vol.19, nº2, 2010.

GUSSO, G. *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*. 2ª edição. Porto Alegre: Artemed, 2012.

CARACTERÍSTICAS SUBJETIVAS DAS PUÉRPERAS USUÁRIAS DO BANCO DE LEITE HUMANO FRENTE À IMPOSSIBILIDADE DE AMAMENTAR

Tamyris da Silva Jardim

Universidade Federal de Campina Grande –
UFCG

Campina Grande – Paraíba

Ana Janaina Jeanine Martins de Lemos- Jordão

Universidade Federal de Campina Grande –
UFCG

Campina Grande – Paraíba

Gláucia Pereira Viana

Universidade Federal de Campina Grande –
UFCG

Campina Grande – Paraíba

Hugo Ricardo Torres da Silva

Universidade Federal de Campina Grande –
UFCG

Campina Grande – Paraíba

Nemório Rodrigues Alves

Universidade Federal de Campina Grande –
UFCG

Campina Grande – Paraíba

Carina Scanoni Maia

Universidade Federal de Pernambuco

Recife – Pernambuco

a gestante carrega consigo e, no momento em que torna-se impossível por algum motivo, a mulher, quase sempre passa por sentimentos negativos capazes de levar ao desdobramento de quadros depressivos. Esta pesquisa tem por objetivo analisar os sentimentos declarados por mães que são impossibilitadas de amamentar, relacionando com dados existentes na literatura a respeito do tema, propiciando a criação e aperfeiçoamento de suporte à saúde mental destas mulheres. Trata-se de estudo descritivo, exploratório com abordagem quali-quantitativa. Tem-se como amostra 90 questionários que atenderam aos critérios de elegibilidade. Diante da interdição à amamentação, os sentimentos relatados foram tristeza (55,5%); frustração (11,1%); ansiedade (6,7%); aborrecimento (5,6%); desolamento (3,3%); angústia (1,1%) e medo (1,1%). Apenas 15,5 % relataram não ser afetadas negativamente pela situação. 71,1% das participantes afirmaram se sentir culpadas pela condição. Cerca de 9% das entrevistadas alegaram indisposição para desempenhar atividades do dia a dia, o que é um grande indício de depressão pós parto. 100% das participantes negaram sentimento de rejeição em relação ao filho e declararam suporte familiar. 81% das entrevistadas não realizam acompanhamento psicológico, destas, 20% gostariam de realizá-lo. Este trabalho propicia subsídio para desenvolvimento, por órgãos

RESUMO: O período puerperal é uma etapa da vida da mulher que engloba incontáveis alterações psíquicas e biológicas, que podem resultar em maior fragilidade à saúde mental. Amamentar, geralmente é uma expectativa que

competentes, de cuidados e suporte sustentado à saúde psicológica das mulheres que, por alguma razão, não conseguem amamentar seus filhos.

PALAVRAS-CHAVE: Amamentação; Sentimentos; Impossibilidade.

ABSTRACT: The puerperal period is a stage in the life of the woman that encompasses countless psychic and biological changes, which can result in greater fragility to mental health. Breastfeeding is usually an expectation that the pregnant woman carries with her and, at the moment when it becomes impossible for some reason, the woman almost always experiences negative feelings capable of leading to the unfolding of depressive moods. The aim of this research is to analyze the feelings expressed by mothers who are unable to breastfeed, relating to existing data in the literature on the subject, promoting the creation and improvement of support for the mental health of these women. This is a descriptive, exploratory study with a qualitative-quantitative approach. Our sample is composed by 90 questionnaires that met the eligibility criteria. In the light of interruption to breastfeeding, the feelings reported were sadness (55.5%); frustration (11.1%); anxiety (6.7%); annoyance (5.6%); desolation (3.3%); anguish (1.1%) and fear (1.1%). Only 15.5% reported not being adversely affected by the situation. 71.1% of the participants said they feel guilty about the condition. About 9% of respondents reported being unwilling to perform day-to-day activities, which is a strong indication of postpartum depression. 100% of the participants denied feeling of rejection regarding the child and declared family support. 81% of the interviewees do not perform psychological follow-up, of these, 20% would like to do it. This work provides support for the development, by competent bodies, of care and sustained support to the psychological health of women who, for some reason, are unable to breastfeed their children.

KEYWORDS: Breastfeeding; Feelings; Impossibility.

1 | INTRODUÇÃO

O puerpério é conhecidamente um período delicado da vida da mulher, uma vez que é uma fase que abarca acentuadas modificações biológicas e psíquicas que podem levar ao prejuízo do equilíbrio emocional, elevando o risco de a mulher vir a ser afetada por distúrbios psiquiátricos (ABUCHAIM, et al. 2016). Desde a gestação, a mente da futura mãe é campo de incontáveis expectativas quanto ao filho, ao parto e à amamentação e, quando por alguma razão, uma dessas expectativas é frustrada, há sofrimento psíquico desta puérpera. No que se refere à amamentação, são muitos os fatores que impedem sua realização, sobretudo àqueles que se referem a saúde da mãe ou do bebê.

A amamentação é tida como o modo de nutrição mais adequado ao desenvolvimento saudável dos recém-nascidos. Além dos benefícios à saúde da criança, o ato de amamentar é, também, experiência ímpar, compartilhada apenas

pelo binômio mãe-filho. Através do amamentar há estreitamento do elo entre nutriz e lactente. A mulher que amamenta se sente na maioria das vezes confortada pelo seu poder de continuar gerando a vida do seu bebê mesmo após o parto por meio de um nutriente produzido pelo seu próprio organismo (ANTUNES, ANTUNES, CORVINO & MAIA, 2008). Atrelados ao sentimento de alento pelo fornecimento do leite materno ao filho, as mulheres que desejam amamentar carregam dentro de si a aspiração de proteção do filho e de ser “mãe-ideal”, aquela que, de acordo com a sociedade, é a mulher que esquece de si mesma para viver em função do seu bebê. (NEVES, MARIN, 2013).

Apesar de a amamentação ser ato natural, ela é condicionada por aspectos sociais, pessoais e biológicos da mulher e da criança. Ainda que a amamentação seja social e culturalmente aguardada, nem sempre ela é praticável (ALMEIDA & NOVAK, 2004). Em virtude da forte expectativa da mulher e da sociedade acerca amamentação, a puérpera que é impossibilitada de amamentar experimenta frequentemente sentimentos negativos, como tristeza, frustração e culpa.

Além do impedimento ao aleitamento materno por fatores supracitadas, uma condição de grande importância na não realização da amamentação é o nascimento pré-termo. Nessa situação, o recém-nascido comumente requer cuidados especiais em unidades de terapia intensiva (UTI) ou em unidades de cuidados intermediários (UCI), por conseguinte a amamentação imediata é torna-se difícil pela privação do contato espontâneo, que acaba por limitar a convivência do bebê com a mãe. Atrelados a estes fatores, ocorre ainda prejuízo do aleitamento materno pela angústia vivenciada pela mulher devido o estado de saúde do seu filho; pelo medo que a puérpera tem de manusear seu recém-nascido e piorar sua condição clínica; pela rotina do ambiente hospitalar. (AMANDO, et al. 2016). Normalmente, todos os neonatos com necessidade de cuidados terapêuticos mais delicados, são, em alguma etapa da internação receptores de Bancos de Leite Humanos, por toda a dificuldade de iniciar/continuar a amamentação nas ocasiões já referidas. Essas mulheres, apresentam risco significativamente alto de desenvolver depressão, pois, além da frustração da não realização da amamentação, há também toda angústia que a permanência hospitalar geralmente causa.

Em Campina Grande-PB, O Banco de Leite Humano Dr. Virgílio Brasileiro tem seu funcionamento regido pela RDC-ANVISA nº. DE 171, de 04 de setembro de 2006, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o funcionamento de Bancos de Leite Humano e objetiva estabelecer os requisitos para instalação e funcionamento de Banco de Leite Humano (BLH). O leite humano disponível no BLH é destinado prioritariamente a bebês internados em UTI's e UCI's e somente é despachado mediante prescrição médica. O BLH fica localizado no Instituto Saúde Elpidio de Almeida (ISEA), a maternidade dispõe de uma casa de apoio a mãe, onde ficam hospedadas as mulheres com filhos internados no hospital.

O objetivo deste trabalho foi identificar a presença e prevalência de sentimentos

negativos descritos pelas mães impossibilitadas de amamentar, que tornam-se receptoras do BLH do ISEA a fim de, diante dos resultados, estimular os profissionais de saúde a oferecer apoio psicológico às mães que não podem realizar a amamentação, assim como encorajá-las e contribuir para resolução de fatores que impedem temporariamente o ato de amamentar.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo, exploratório com abordagem quali-quantitativa, realizado na cidade de Campina Grande, estado da Paraíba, na Maternidade ISEA - Instituto de Saúde Elpídio de Almeida, localizada na Rua Vila Nova da Rainha, 47 – Centro. A população foi composta por mulheres que, por motivos temporários ou definitivos, não podem amamentar e precisam recorrer Banco de Leite Dr. Virgílio Brasileiro, localizado no ISEA. As participantes da pesquisa respondem a um questionário semi-estruturado, aplicado no período de dezembro de 2017 a junho de 2018.

Foram incluídas na nossa amostra mães de filhos nascidos na Paraíba que não conseguiram amamentar e são usuárias do banco de leite do ISEA, de qualquer faixa etária, que concordaram em participar do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou Termo de Assentimento para menores de 18 anos e TCLE para os responsáveis pelas menores. Ademais foram subtraídas do estudo as participantes que se negaram a assinar o termo TCLE e as que não concordaram com os procedimentos adotados após esclarecimento completo e pormenorizados sobre a natureza da pesquisa. Assim sendo, esta amostra foi constituída por 90 integrantes que atenderam aos critérios expostos acima. Os dados quali-quantitativos serão analisados e comparados através da análise temática de conteúdo. Sendo transformado em gráficos para facilitar a visualização e análise.

A pesquisa em questão foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Alcides Carneiro – HUAC e está de acordo com as normas e orientações da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Houve garantia do sigilo que assegura a privacidade e o anonimato dos sujeitos quanto aos dados coletados para o estudo. Não há conflitos de interesse.

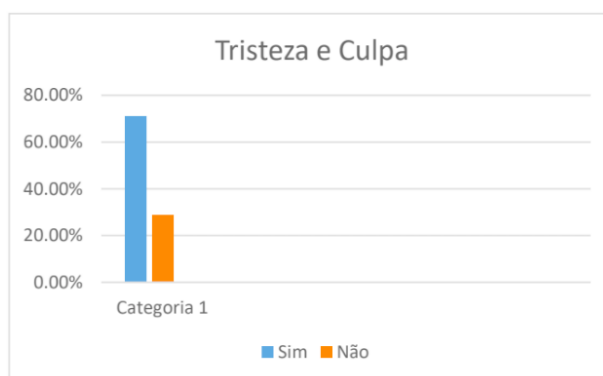
3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com a metodologia utilizada, foram aplicados 90 questionários, na casa de apoio à mulher, sala de espera do Banco de Leite, UTI/ UCI e na enfermaria de alto risco, todos localizados no ISEA. A pergunta disparadora consistiu no questionamento sobre como as mulher se sentiu diante da interdição à amamentação; esta, foi seguida

de avaliações quantitativas sobre realização ou não de acompanhamento psicológico e o desejo de realizar psicoterapia; foi abordada a questão do apoio familiar à realização da amamentação; disposição para realizar atividades diárias; por último, foi questionada a presença de tristeza e sentimento de culpa frente à impossibilidade da amamentação.

3.1 Sentimentos diante da impossibilidade à amamentação

Quando abordadas em relação ao que sentiram diante da interdição à realização da amamentação, as puérperas responderam esta questão com palavras como: tristeza (55,5%); frustração (11,1%); ansiedade (6,7%); aborrecimento (5,6%); desolamento (3,3%); angústia (1,1%) e medo (1,1%). Somente 15,5 % referiram não sofrer impactos negativos pela situação. Sobre a presença de tristeza e culpa, cerca de 3/4 das puérperas responderam que sim, pois desejavam ofertar o melhor ao seu filho e a amamentação seria o mais adequado para que elas se sentissem como “mãe-ideal”. Cerca de 9% das entrevistadas afirmaram não terem disposição para realizar atividades do dia a dia, o que é um significativo indicador de depressão pós parto. 100% das participantes negaram sentimento de rejeição em relação ao filho.

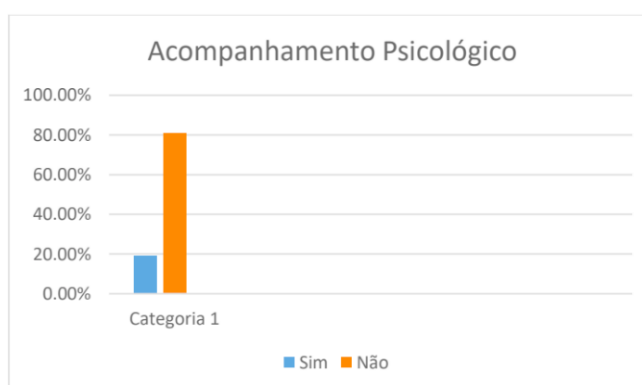


Dentre as inúmeras expectativas que a mulher cria desde quando descobre a gravidez, a amamentação é, seguramente, uma das maiores, visto que a mulher comumente conhece que amamentar é um modo efetivo de proteger a saúde do seu filho. No momento em que essa expectativa é rompida, traz consigo, geralmente sentimento de impotência, culpa e tristeza, o que pode ser um forte desencadeador de uma depressão pós parto (DPP). Paiva e Galvão (2004) declararam que puérperas impedidas de amamentar explicam esta situação como “experiência dolorosa e de padecimento”, pois, como a amamentação compõe o papel social e cultural construído para a mãe, as mulheres que não conseguem amamentar sentem-se como inaptas a concretizar este ofício. A puérpera que não realiza a amamentação está mais exposta ao desenvolvimento de depressão pós parto. Para ABUCHAIM, et al. (2016), a DPP, traz malefícios imediatos e prolongados à vida das mulheres e causa prejuízo na relação mãe-filho, podendo acarretar dano ao desenvolvimento emocional, cognitivo e social da criança.

AMANDO (2016) traz o relato de que, na maioria das ocasiões nas quais as

expectativas da gestação são frustradas, a mulher encontra-se psicologicamente despreparada, fato que concebe inúmeros sentimentos negativos que tornam ainda mais difícil o processo de amamentação; o mesmo apontou em sua pesquisa sentimentos como tristeza, insegurança, impotência/incapacidade e até mesmo a sensação de culpa produzida pela impossibilidade iminente de amamentar o filho. As informações obtidas na pesquisa do autor corroboram os dados colhidas neste estudo.

3.2 Acompanhamento psicológico e suporte familiar



Neste trabalho, 81% das entrevistadas não realizam acompanhamento psicológico, destas, 20% gostariam de realizar psicoterapia. Todas as entrevistadas que realizam acompanhamento (19%) afirmam que sentem-se muito melhor após as escutas, o que é fator benéfico para produção do leite. Elas relatam que a partir do momento em que recebem suporte dos profissionais de saúde e dos familiares, há redução significativa do estresse e da angústia que possam estar vivendo, conseqüentemente, a maioria destas consegue iniciar o aleitamento materno. Este fato corrobora com os achados da literatura. NEVES, MARIN (2013) declaram que o bem estar psíquico é imprescindível para a produção adequada de leite e sucesso da amamentação. AMANDO, et al (2016) testemunham que “O processo de amamentação durante o internamento exige muita dedicação materna, apoio familiar e, sobretudo, o olhar aguçado e atento dos profissionais de saúde.” BISPO (2010) traz a premissa de que todos os profissionais da área da saúde devem entender que a amamentação vai muito além de um processo biológico; ela é constituída por aspectos emocionais, psíquicos e subjetivos, estes aspectos devem ser levados em consideração e devem ser analisados cuidadosamente, visto que mulheres impossibilitadas de realizar amamentação podem ser acometidas por intenso sofrimento psicológico. Além disso, os profissionais que assimilam bem os fatores que compõem o aleitamento materno, podem auxiliar estas mães a dar um outro significado a esta interdição através de modos de assegurar o vínculo, o afeto, a atenção o olhar que há entre o binômio mãe-filho. Winnicott, (1968/2006) anuncia que existe diferentes modos de contato físico que podem fortalecer a relação mãe-filho, isto é, em teor psíquico, afagar e manusear o bebê, seria tão significativo quanto a própria amamentação.

Respaldados na psicanálise, Winnicott, (1968/2006); Levin, (2005); Queiroz,

(2005) enfatizam a importância de, sem diminuir a relevância da amamentação, compreender que nem toda mulher poderá amamentar, sobretudo quando há condições especiais de saúde da mulher ou da criança. Há que reforçar para esta puérpera o fato de que ela não deixará de ser uma mãe zelosa e nem haverá danos irreparáveis ao seu bebê porque não foi possível amamenta-lo.

4 | CONCLUSÕES

A presente pesquisa, realizada no Banco de Leite Humano Dr. Virgílio Brasileiro, localizado no Instituto Saúde Elpidio de Almeida (ISEA) em Campina Grande-PB, no período de dezembro de 2017 a junho de 2018 contou com uma amostra formada por 90 puérperas com bebês na condição de receptores de leite humano. Os dados colhidos através dos questionários deste trabalho, nos possibilita o conhecimento de como o impedimento à amamentação impacta o psíquico das mães e o potencial prejuízo que esta interdição pode trazer a vida da mulher e da criança. Espera-se que as informações obtidas neste estudo sejam capazes de auxiliar no despertar de órgãos competentes, profissionais de saúde, familiares e sociedade para desenvolvimento de cuidados e suporte sustentado da saúde mental das mulheres que, por alguma razão, não podem amamentar seus filhos, assim como como redução da cobrança da amamentação como sinal de que somente a mulher que amamenta desempenha o papel de mãe-perfeita, uma vez que, quando o ato de amamentar não é possível, esta mãe vai experimentar frustração e sensação de impotência em relação ao cuidado para com o seu bebê. Portanto, tomando as providências supracitadas, acredita-se que ocorrerá redução da incidência de sentimentos negativos e desenvolvimento de depressão pós parto. Esta pesquisa é fruto de um projeto vinculado ao Programa Institucional de Voluntários de Iniciação Científica (PIVIC) por meio do edital PROPEX 09/2017 PIBIC-PIVIC/CNPq- UFCG.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J.A.G.; NOVAK, F.R. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. *Jornal de Pediatria*, v. 80, n.5, p. 119-125, 2004

AMANDO, Alexandra Rodrigues et al. **Percepção de mães sobre o processo de amamentação de recém-nascidos prematuros na unidade neonatal**. *Revista Baiana de Enfermagem*, v. 30, n. 4, 2016.

ANTUNES, L.S. et al. **Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde**. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 103-109, fev. 2008. DOI: 10.1590/S1413-81232008000100015

BISPO, T.M.S; BISPO, M.R.G. **Os aspectos psicológicos da interdição à amamentação**, Disponível em: <www.psicologia.com.pt> Acesso em: 18 maio de 2018.

DE SÁ VIEIRA ABUCHAIM, Erika et al. **Depressão pós-parto e autoeficácia materna para amamentar: prevalência e associação.** Acta Paulista de Enfermagem, v. 29, n. 6, 2016.

PAIVA S. de S.; GALVÃO, M.T.G. **Sentimentos diante da não amamentação de gestantes e puérperas soropositivas para HIV.** Revista Texto e Contexto de Enfermagem, Florianópolis, v.13, n.3, p. 414-9, Jul-Set, 2004.

NEVES, C. V; MARIN, A. H. **A impossibilidade de amamentar em diferentes contextos.** Barbarói, n. 38, p. 198-214, 2013

WINNICOTT, D. (1967). **La familia y el desarrollo del individuo.** Buenos Aires: Paidós.

WINNICOTT, D. W. (1977). Alimentação do Bebê. Em **A criança e o seu mundo** (4ª ed., pp. 31-36). Rio de Janeiro: Zahar.(Originalmente publicado em 1945a)

WINNICOTT, D. W. (1977). O Desmame. Em **A criança e o seu mundo** (4ª ed., pp. 89-94). Rio de Janeiro: Zahar. (Originalmente publicado em 1945b)

WINNICOTT., D.W. (2006). A amamentação como forma de comunicação (J. L. Camargo, Trad.) **Em Os bebês e suas mães.** (pp. 19-27) São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1968)

DA INVISIBILIDADE À PRÁTICA INFAME: VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER À NÍVEL DE PARAÍBA E JOÃO PESSOA

Erival da Maria Ferreira Lopes

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba
João Pessoa – Paraíba

Davi Alves Moura

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba
João Pessoa – Paraíba

Rossana Trocolli

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba
João Pessoa – Paraíba

RESUMO: A violência contra a mulher ocorre em proporções alarmantes no Brasil e no Mundo. A violência sexual, a exemplo disso, é uma das formas de agressão que mais afeta a sociedade, pois, nesses casos, há frequentemente violência física, psicológica, social e patrimonial, além da sexual. Esse artigo tem por objetivo lançar um olhar sobre a origem e os conceitos de violência sexual contra a mulher. A análise e coleta de dados foram feitos por meio de pesquisa bibliográfica em livros e artigos científicos da base de dados da Scielo DataSUS e dados estatísticos do SINAN. Foram incluídos artigos nacionais e gratuitos. Segundo a ONU (Organização das Nações Unidas) 120 milhões de mulheres sofreram violência até os 20 anos. De acordo com o SINAN, no período de 2011 a 2017, o estupro foi o principal tipo de violência, contra a mulher, notificado. No Brasil, foi criada Lei Maria da Penha para

coibir essa violência. As DEAM's (Delegacias Especializadas do Atendimento à Mulher) também corroboram nesse combate à violência, com foco na violência sexual. Pôde-se inferir que há dois fatores principais que influenciam negativamente no combate à violência sexual, a falta de conhecimento do que é a violência e a participação da sociedade no exercício de sua cidadania e humanidade.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da Mulher, Sistemas de Informação em Saúde, Serviços de Saúde da Mulher.

INTRODUÇÃO

A cultura do estupro tem sua égide na sociedade patriarcal e no conceito de gênero. Do ponto de vista histórico brasileiro, a violência contra a mulher é ainda herdeira de uma cultura com raízes em uma sociedade escravocrata, construída a partir do modelo colonizador que aqui se instalou e, perpetuando-se na atualidade, é considerada um dos grandes desafios intrínsecos às sociedades modernas.

O pater famílias expressava o poder indiscutível de vida e morte do homem sobre todos os membros da família, da qual ele era a única pessoa plena de direitos, de acordo com a lei. A mulher tinha pouca expressão, era vista como um reflexo do homem, e tida como objeto

a serviço de seu amo e senhor. Também era vista como instrumento de procriação. Enfim, era a mulher a fêmea, sendo por muitas das vezes, comparada mais a um animal do que a um ser humano. Essa ideia perpetuou-se por muitos séculos (MARCONDES FILHO, 2001).

Atualmente, a violência contra a mulher tem sido denominada como violência de gênero, expressão que significa que não são as diferenças biológicas entre os homens e mulheres que determina o emprego da violência contra a mulher, significa que sob os papéis sociais impostos a homens e mulheres, reforçados por culturas patriarcais, se estabelecem as relações de violência entre os sexos. É uma das formas mais graves de discriminação em razão do gênero, manifesta-se de diferentes formas, tais como, o estupro, a violência sexual, a prostituição forçada, o assédio sexual nas ruas ou local de trabalho, e violência nas relações do casal, também conhecida como violência doméstica ou familiar. A prática de violência de gênero é uma forma de controlar e reprimir as iniciativas das mulheres (SAFFIOTI, 2015)

A luta feminina incessante por autonomia ganhou ênfase em 1980, quando eclode o movimento feminista no qual suas integrantes começaram a utilizar a palavra “gênero” num âmbito mais literal, referindo-se à organização social da relação entre homens e mulheres. As mulheres reivindicavam maior autonomia, liberdade, igualdade de direitos e luta pela anistia. Com destaque para o prestigiado “Segundo Sexo”, da filósofa francesa Simone de Beauvoir. A partir da última metade do século XIX, as mulheres iniciaram a edição de jornais que salientavam a importância dos direitos femininos no Brasil, ilustrando a posição de inferioridade ocupada na época e o descaso com relação aos direitos a elas conferidos. Por meio desses jornais, evidenciou-se a necessidade da emancipação política pelo direito de votarem e de serem votadas. De acordo com a análise de Maria Berenice Dias:

“O modelo familiar da época era hierarquizado pelo homem, sendo que desenvolvia um papel paternalista de mando e poder, exigindo uma postura de submissão da mulher e dos filhos. Esse modelo veio à sofrer modificações a partir da Revolução Industrial, quando as mulheres foram chamadas ao mercado de trabalho, descobrindo assim, a partir de então, o direito à liberdade, passando a almejar a igualdade e a questionar a discriminação de que sempre foram alvos. Com essas alterações, a mulher passou a participar, com o fruto de seu trabalho, da manutenção da família, o que lhe conferiu certa independência. Começou ela a cobrar uma participação do homem no ambiente doméstico, impondo a necessidade de assumir responsabilidade dentro de casa e partilhar cuidado com os filhos”. (DIAS, 2004, p. 22-24)

Por volta do final do século XIX esses direitos reivindicados foram sendo obtidos, mesmo que de forma lenta, através da inserção da mulher no mercado de trabalho.

Em meados de 1918, iniciou-se no Brasil o movimento sufragista, movimento este que reivindicava o direito ao voto feminino, liderado pela classe média brasileira e que acabou contribuindo para a aprovação do Código Eleitoral, em 1932, o que garantiu à mulher o direito de se eleger e poder votar. Em 1936, Bertha Lutz, uma das

mais importantes líderes sufragistas, colaborou para a criação do Estatuto da Mulher. Segundo Maria Amélia de Almeida:

“... a sociologia, a antropologia e outras ciências humanas lançaram mão da categoria gênero para demonstrar e sistematizar as desigualdades socioculturais existentes entre homens e mulheres, que repercutem na esfera da vida pública e privada de ambos os sexos, impondo a eles papéis sociais diferenciados que foram construídos historicamente, e criaram polos de dominação e submissão. Impõe-se o poder masculino em detrimento dos direitos das mulheres, subordinando-as às necessidades pessoais e políticas dos homens, tornando-as dependentes” (TELES, 2012, p.14)

Vale ressaltar que a desigualdade de gênero constitui uma das grandes dicotomias da sociedade que se perpetua ao longo da história da civilização e tem colocado as mulheres em um nível social de subordinação. Essa discrepância tem como uma de suas extremas formas de manifestação a violência contra as mulheres, sendo resultado de uma assimetria e hierarquização de poder que se traduz em relações de força e dominação. Desse modo, a violência baseada no gênero tornou-se um fenômeno social que influencia o modo de viver, adoecer e morrer das mulheres. A saúde reprodutiva e sexual das mulheres é claramente afetada pela violência de gênero. Um estudo realizado nos Estados Unidos verificou que as mulheres que eram agredidas pelo parceiro tinham três vezes mais probabilidades de apresentarem um problema ginecológico do que as outras mulheres que não haviam sofrido este tipo de abuso.(GUEDES,2009)

Joan Scott (1995) após uma minuciosa análise do termo gênero e de suas múltiplas possibilidades de interpretação definiu da seguinte forma:

“Minha definição de gênero tem duas partes e diversos subconjuntos que estão inter-relacionados, mas devem ser analiticamente diferenciados. O núcleo da definição repousa numa conexão integral entre duas proposições: o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos ,e o gênero é uma forma primeira de dar significado às relações de poder (SCOTT, 1995, p. 86).”

A amplitude do conceito de violência contra a mulher pressupõe qualquer prática que lhe cause prejuízos físicos, psicológicos, morais ou patrimoniais pelo simples fato de ela ser mulher ,ou seja, qualquer tentativa de minimizá-la, silenciá-la, subordiná-la ou invisibilizá-la em quaisquer esferas da sociedade.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a violência define-se como o “uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação” (DAHLBEG e KRUG, 2007, p. 1165).

Outro avanço alcançado pelas mulheres, em prol do reconhecimento de seus direitos foi a criação de uma lei específica.A Lei Maria da Penha também conhecida

como lei 11.340, entrou em vigor no dia 22 de Setembro de 2006. O nome da lei foi uma homenagem à biofarmacêutica cearense Maria da Penha Maia, que lutou veementemente durante 20 anos para condenação de seu ex-marido e agressor Marco Antônio Heredia. Na época, Heredia tentou matá-la por duas vezes. Em uma delas feriu-a com um disparo de arma de fogo, o qual a deixou paraplégica. Posteriormente, tentou eletrocutá-la e asfixiá-la. Com repercussão do caso, essa discussão chegou à Comissão Interamericana dos Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (OEA).

A lei apresenta que:

'Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher nos termos do Art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a violência contra a mulher e dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá ainda outras providências "(BRASIL, 2006).

METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com coleta de dados realizada a partir de fontes secundárias, por meio de levantamento bibliográfico. Acerca da violência contra a mulher.

Foi realizada uma busca de artigos científicos publicados nos na Biblioteca Virtual de Saúde, que contempla as bases de dados (LILACS, WHOLIS, MEDLINE), diretórios de revistas (Biomed Central, Pubmed Central e SciELO), portal (Pubmed) e plataforma (PsycNET), em um período de três meses, de fevereiro de 2018 a abril de 2018. Foram usados os descritores: Saúde da Mulher; Serviços de Saúde da Mulher; Sistemas de Informação em Saúde; incluindo somente os trabalhos escritos em português e inglês que respondiam aos descritores adotados, após foram selecionados aqueles que mencionavam fatores pertencentes aos critérios pré- estabelecidos na problemática.

Durante a análise dos trabalhos, observou-se as informações contidas nos textos, significância estatística e consistência dos resultados apresentados pelos autores. Diante disso, permitiu-se traçar quais os pontos mais frequentes perante os casos descritos nos estudos, conseqüentemente, criar paralelos entre as características levantadas. Os dados foram coletados através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), disponibilizados pelo DATASUS, no período de 2011 a 2017. A tabulação e análise dos dados foram computados através dos programas Tabwin e Microsoft Excel. Assim, estruturou-se uma tabela que visa sintetizar as informações desta pesquisa.

Ressalta-se que o presente estudo dispensou análise por Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos por se tratar de pesquisa documental de fonte

secundária.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os dados sobre estupro no mundo são alarmantes. Relatório da ONU (Organização das Nações Unidas) revela que em torno de “120 milhões de mulheres jovens em todo o mundo, o equivalente a uma em cada dez, foi vítima de estupro ou violação até os 20 anos” (AGÊNCIA BRASIL, 2012).

No ano de 2010, existiam no Brasil 442 serviços de saúde para atendimento de violência sexual e 60 serviços especializados para atendimento de procedimentos relacionados à violência sexual previstos em lei (BEDONE,2007).De acordo com dados do SINAN, estima-se a prevalência global de estupro de 2 a 5% e incidência de 12 milhões de vítimas a cada ano . A prevalência de estupro em mulheres, ao longo da vida, corresponde a aproximadamente 20%.Dados nacionais indicam uma média diária de 21,9 mulheres procurando atendimentos em serviços de saúde por violência sexual e 14,2 mulheres/dia são notificadas como vítimas de estupro (MASON,2013)

De acordo com o Superior Tribunal de Justiça, “o crime de estupro é hediondo, mesmo sem morte ou grave lesão da vítima”. Em 2013, unificaram-se as decisões em todo o país sobre a gravidade nesses atos, acarretando em penas mais severas aos agressores. Antes disso, a Lei 11.340 de 7 de agosto de 2006, conhecida como Lei Maria da Penha, já representava um avanço em relação aos crimes de violência doméstica e familiar contra a mulher.(JUSBRASIL, 2006).

Essa lei deu perceptibilidade às violências sofridas pelas mulheres e ratificou a necessidade de ações preventivas e de enfrentamento. No âmbito da saúde, a violência sexual contra mulher está entre os eixos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher com a expansão e qualificação da rede de atenção integral. A notificação de violências é um dos componentes da assistência realizada pelos profissionais de saúde, possibilitando dar visibilidade às violências e à assistência prestada às pessoas agredidas.(BRASIL,2004).

Com o intuito de fornecer uma resposta para os seguintes problemas: mortalidade materna, a gravidez indesejada, o aborto e doenças sexualmente transmissíveis (DST's), o Ministério da Saúde Brasileiro cria, em 1983, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o qual representa um marco para a saúde da mulher (RAMALHO et al. 2012).

Com o decorrer do tempo, as mulheres fizeram conquistas em vários âmbitos sociais relacionados à violência, como a criação das DEAM's.As Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres. Elas materializam o reconhecimento da violência contra mulheres como um crime e implicam a responsabilização do Estado no que se refere à implantação de políticas que permitam o combate a esse fenômeno. Ao longo dos anos 80-90, elas foram sendo instaladas em todas as grandes cidades brasileiras. O processo de implantação das DEAM's teve início com a mobilização

feminista dos anos 1970-80, a primeira Delegacia da Mulher foi criada na cidade de São Paulo em 1985; dois anos depois, começou a funcionar a de João Pessoa (ARRUDA DA SILVA et al. 2012).

Em relação ao movimento no contexto social brasileiro, é relevante enfatizar que, nesse período, crimes e decisões jurídicas envolvendo homens e mulheres de destaque na mídia deram maior visibilidade às ocorrências de violência conjugal contra a mulher. Quando levados a julgamento, os autores da violência eram costumeiramente defendidos com base no sofrimento causado pela rejeição da mulher amada e no princípio de “legítima defesa da honra” (BLAY et al. 2008).

De acordo com a Norma técnica de padronização das DEAM's, a DEAM deveria assumir uma posição de órgão preventivo-repressor, atendendo aos seguintes desafios: 1) Profissionalização (de todo o grupo gestor e operacional), 2) Prevenção (abarcando o sentido final de prevenir o delito, “seja por dissuasão, eficiência e eficácia do método investigativo, seja pelo papel proativo de interlocução”), 3) Educação e cidadania (“especialmente pela correta audição do público atendido”) e 4) Investigação (ação investigativa em que polícia civil, militar e outros órgãos e serviços responsáveis mantenham relações “de solidariedade ética e técnica”, favorecendo o ciclo de ações do sistema) (DE SOUZA, 2014)

A seguir, demonstramos duas tabelas do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), nas quais constam dados sobre os tipos de violência sexual contra as mulheres no estado da Paraíba (Tabela 1) e da sua capital, João Pessoa (Tabela 2).

Tabela 1

Número de notificação de violência segundo o tipo de violência sexual, sexo feminino. Paraíba, 2011 a 2017.

Tipo de violência sexual	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Assédio Sexual	29	46	38	18	46	38	43
Estupro	114	226	230	197	215	242	239
Exploração Sexual	3	12	14	3	4	4	10
Penetração Anal	21	37	37	26	0	0	0
Penetração Oral	21	47	56	35	0	0	0
Penetração Vaginal	83	205	209	165	0	0	0
Pornografia Infantil	4	2	3	2	0	1	3
Outras Violências	11	60	51	65	64	54	49

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan

Tabela 2

Número de notificação de violência segundo o tipo de violência sexual, sexo feminino. João Pessoa/PB, 2011 a 2017.

Tipo de violência sexual	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Assédio Sexual	12	24	21	10	21	16	10
Estupro	59	126	75	98	92	94	88
Exploração Sexual	0	3	1	1	2	1	0
Penetração Anal	15	16	6	11	0	0	0
Penetração Oral	13	23	12	19	0	0	0
Penetração Vaginal	41	83	47	54	0	0	0
Pornografia Infantil	2	1	1	0	0	1	1
Outras Violências	7	15	7	8	41	25	19

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan

Analisando os dados tabulados obtidos através do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), vemos que dos crimes contra a liberdade sexual da mulher, à nível do estado da Paraíba, temos o estupro e a penetração vaginal como crimes de maior importância.

Na Paraíba, durante os anos de 2011 a 2017, em relação aos estupros temos um total de 1463 casos com destaque para 2016 com o maior número de notificações, que foi de 242, e 2011 com o menor, o qual foi 114. Ao analisar os dados da capital do estado, João Pessoa, temos 632 vítimas de estupro (43,2%% do total do estado) com 2012 o ano mais violento.

Com isso, pode-se inferir que a violência contra a mulher na cidade de João Pessoa possui índices alarmantes, o que demanda ações de segurança e ações educativas com o objetivo de mitigar essa prática danosa à sociedade e, sobretudo, às mulheres de forma biopsicossocial.

CONCLUSÃO

Tendo em vista os fatos mencionados, é necessário a implementação de políticas públicas, campanhas e palestras em prol de desconstruir essa concepção machista, patriarcalista em relação às mulheres e de subordinação que se perpetua até os dias atuais. É impreterível estabelecer uma articulação entre os programas dos Ministérios da Justiça, da Educação, da Saúde, do Planejamento e demais ministérios e, também, maior atuação das DEAM's (Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres), instrumento de extrema deferência para efetivar os direitos das mulheres. Além disso, é preciso incorporar nos programas escolares o conceito de equidade de gênero. Tais medidas são cruciais para construção de uma sociedade com uma boa formação moral e ética.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASIL. Onu: uma em cada dez jovens foi vítima de estupro ou violação até os 20

anos. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/internacional/noticia/2014-09/onu-uma-em-cada-dez-jovens-foi-vitima-de-estupro-ou-violacao-ate-os-20>>. Acesso em: 10 mai. 2018.

BEDONE, Aloisio José; FAÚNDES, Anibal. **Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher**, Universidade Estadual de Campinas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 465-469, 2007.

BLAY, Eva Alterman. **Violência contra a mulher e políticas públicas. Estudos avançados**, v. 17, n. 49, p. 87-98, 2003.

BRASIL. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher. Brasília, 2006.

BRASIL. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Brasília: **Ministério da Saúde**; 2004.

DAHLBERG, Linda L.; KRUG, Etienne G. **Violência: um problema global de saúde pública. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 1163-1178, 2006.

DE ALMEIDA TELES, Maria Amélia; DE MELO, Mônica. **O que é violência contra a mulher.** Brasiliense, 2017.

DE SOUZA, Lídio; BECCHERI CORTEZ, Mirian. **A Delegacia da Mulher perante as normas e leis para o enfrentamento da violência contra a mulher: um estudo de caso. Revista de Administração Pública-RAP**, v. 48, n. 3, 2014. [online]. 2014, vol.48, n.3, pp.621-639. ISSN 0034-7612. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-76121141>.

DE SOUZA RAMALHO, Katiane et al. **Política de saúde da mulher à integralidade: efetividade ou possibilidade?. Caderno de Graduação-Ciências Humanas e Sociais-UNIT-ALAGOAS**, v. 1, n. 1, p. 11-22, 2012.

DIAS, Maria Berenice. **A Lei Maria da Penha na justiça: a efetividade da Lei 11,340/2006 de combate à violência doméstica e familiar contra a mulher.** Revista dos Tribunais, 2010.

DOS SANTOS ANDRADE, Tiago et al. **Violência sexual&58; estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil** Violencia sexual&58; estudiodescriptivo sobre lasvíctimas y laatenciónenunserviciouniversitario de referencia enel estado de São Paulo, Brasil Sexual violence&58; a descriptivestudyof rape victimsandcare in a universityreferral center in São Paulo State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 889-898, 2013.

GUEDES, Rebeca Nunes et al. **A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. Escola Anna Nery**, v. 13, n. 3, p. 625-631, 2009.

JUSBRASIL. Lei Maria da Penha - Lei 11340/06 | Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Disponível em:<<http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/95552/lei-maria-da-penha-lei-11340-06>>. Acesso em: 04 de maio de 2018

JUSBRASIL. **Stj: qualquer estupro é crime hediondo.** Disponível em: <<https://oab-rj.jusbrasil.com.br/noticias/100108638/stj-qualquer-estupro-e-crime-hediondo>>. Acesso em: 12 mai. 2018.

LIMA, Larissa Alves de Araújo et al. **Marcos e dispositivos legais no combate à violência contra a mulher no Brasil. Revista de Enfermagem Referência**, n. 11, p. 139-146, 2016.

MARCONDES FILHO, Ciro. **Violência fundadora e violência reativa na cultura brasileira. Sao Paulo em perspectiva**, v. 15, n. 2, p. 20-27, 2001.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Norma técnica de padronização das delegacias especializadas de atendimento às mulheres - 25 anos de conquistas - Deams**. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2010.

PRISCILA, . **A violência contra a mulher no âmbito familiar: estudo teórico sobre a questão de gênero** . *Enfermería global*, Cidade, v. 11, n. 2, p. 251-258, abr. 2012.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. **Gênero, patriarcado, violência**. In: **Gênero, patriarcado, violência**. 2004.

DISMENORREIA: UMA ANÁLISE DESCRITIVA DA LIMITAÇÃO IMPOSTA À SAÚDE DA MULHER

Karoline Kalinca Rabelo Santana

Faculdades Unidas do Norte de Minas
(FUNORTE-ICS)

Montes Claros- MG

Daniel Francisco Siqueira Andrade

Faculdades Unidas do Norte de Minas
(FUNORTE-ICS)

Montes Claros- MG

Kênia Rabelo Santana de Faria

Médica Supervisora Acadêmica do Programa Mais
Médicos do Brasil
Belo Horizonte- MG

RESUMO: Dismenorreia é, por definição, uma dor pélvica, cíclica, associada à menstruação. Trata-se de uma condição comum e, freqüentemente, incapacitante entre mulheres na menacme, sendo considerada uma das principais causas de abstinência ao trabalho. Essa patologia pode ser de origem primária, quando ocorre na ausência de causas orgânicas, ou secundária. Caracteriza-se por dor e cólicas abdominais por vezes associadas a náuseas, vômitos, diarreia, fadiga, cefaléia, e tonturas. Objetivo: Demonstrar a importância dessa doença, prejudicando o rendimento escolar e ou profissional. Métodos: Estudo de revisão quantitativa descritiva de busca bibliográfica realizada no período de julho de

2017, com produções científicas indexadas nas seguintes bases eletrônicas de dados: MEDLINE e SCIELO, publicados entre 2011 e 2016, que enfocam a dismenorreia como uma das principais limitações da vida diária. Resultados/Discussão: Observou-se que a prevalência da dismenorreia foi de 79,2% (IC 95%), sendo a dor intensa em 24,85% dos casos. As limitações apontadas incluíram: absenteísmo (23,6%), ansiedade/depressão (42,5%), concentração diminuída durante as aulas (24,8%), interferência nas atividades esportivas/ físicas (19,5%), interferência na realização de trabalhos de casa (11,5%). Conclusão: A dismenorreia é uma afecção de elevada prevalência, com impacto na qualidade de vida das mulheres, gerando prejuízos econômicos para a Saúde Pública. É importante enfatizar o diagnóstico e o manejo adequado da terapia. Os profissionais de saúde devem estar atentos para oferecer o tratamento adequado a fim de minimizar as limitações cotidianas.

PALAVRAS-CHAVE: Dismenorreia, saúde da mulher, redução da qualidade de vida, absenteísmo.

ABSTRACT: Dysmenorrhoea is, by definition, a pelvic pain, cyclic, associated with menstruation. It is a common and often disabling condition among women in menacme, being considered

one of the main causes of work abstinence. This pathology may be of primary origin, when it occurs in the absence of organic causes, or secondary. It is characterized by pain and abdominal cramps sometimes associated with nausea, vomiting, diarrhea, fatigue, fever, headache, and dizziness. Currently, it is investigated for involving clearly unexplained mechanisms. Objective: To demonstrate the importance of this disease, impairing school and / or professional achievement. Methods: This was a descriptive quantitative review of a bibliographic search conducted in July 2017, with scientific productions indexed in the following electronic databases: MEDLINE and SCIELO, published between 2011 and 2015, which focus on dysmenorrhea as one of the main limitations of life daily. Results / Discussion: It was observed that the prevalence of dysmenorrhea was 79,2% (95% CI), with intense pain in 24,85% of the cases. The reported limitations included anxiety / depression (42.5%), decreased concentration during class (24.8%), interference with sports / physical activities (19.5%), interference with homework (11.5%), absenteeism (23,6%). Conclusion: Dysmenorrhoea is a condition of high prevalence, with a higher incidence in young women, especially those with early menarche. It is important to sensitize health professionals to the need to promote research on this subject and to offer appropriate treatment to patients in order to minimize daily limitations

1 | INTRODUÇÃO

A dismenorrea é uma afecção que ocorre durante o período menstrual e com alta prevalência, por vezes, incapacitante, afetando diretamente a qualidade de vida da mulher moderna. A ocorrência é, em especial, nas mulheres mais jovens, na segunda década de vida^(1,4,5).

A palavra dismenorrea deriva do vocabulário grego e significa “menstruação difícil”⁽⁴⁾. Essa condição apresenta, além da dor pélvica em cólica, outras manifestações clínicas associadas como, por exemplo, náusea, vômito, diarreia, fadiga, cefaleia e tonturas^(1,2,4,5). Tal miscelânea sintomatológica impacta, com frequência, a vida de mulheres no menacme, traduzindo-se, principalmente, como absenteísmo escolar e laboral dentro de um período que oscila entre 24 a 72 horas ^(1,2,3). No que tange à etiologia, dependendo da ausência ou presença de causas orgânicas, a dismenorrea pode ser classificada como primária e secundária ^(1,3).

Assim, em virtude dos aspectos mencionados, o presente estudo tem como principal objetivo demonstrar a importância da dismenorrea, bem como seu impacto na qualidade de vida da mulher, prejudicando o rendimento escolar e/ou profissional.

2 | CLASSIFICAÇÃO DA DISMENORREIA

A dismenorrea primária prevalece na população feminina, em cerca de 50 a 70%

dos casos, sendo a principal causa idiopática com ausência de fatores orgânicos^(1,4,5,6). Já a secundária, relaciona-se a causas orgânicas - endometriose, leiomioma, distopias uterinas, estenose do canal do colo uterino - e causas congestivas - inflamações agudas e crônicas, frequentes nas anexites, pelviperitonites, tumores pélvicos - que dificultam a circulação de fluidos, tornando o processo de descamação do endométrio doloroso⁽¹⁾.

Dismenorreia primária	Dismenorreia secundária
Início dos sintomas alguns meses após a menarca.	Início a qualquer momento após a menarca, especialmente acima de 25 anos.
Dor associada com início do fluxo. Inicia-se pouco antes ou no 1º dia da menstruação e dura frequentemente de 8 a 72 horas.	Variável, podendo mudar início e intensidade da dor.
Náuseas, vômitos, cefaleia e outros sintomas podem ocorrer.	Sinusiorragia, dispareunia e menorragia podem ser referidos.
Exame físico e complementar normal.	Anormalidade pélvica evidenciada em exames.
História progressa sem relevância.	História progressa de exposição a doenças sexualmente transmissíveis, uso de DIU, uso de tampão, história familiar de endometrioses, história de sangramento uterino anormal, cirurgia prévia.
Boa resposta à terapia com AINEs e ACO.	Ausência ou mínima resposta à AINEs e ACO.

AINEs: Anti-inflamatório não esteroide; ACO: anticoncepcional oral; DIU: dispositivo intrauterino.

Tabela 1- Características da dismenorreia primária *versus* secundária

Fonte: (Aqua & Bendlin, 2015)¹

3 | METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão de literatura através da averiguação de artigos científicos, utilizando as bases de dados MEDLINE e SCIELO.

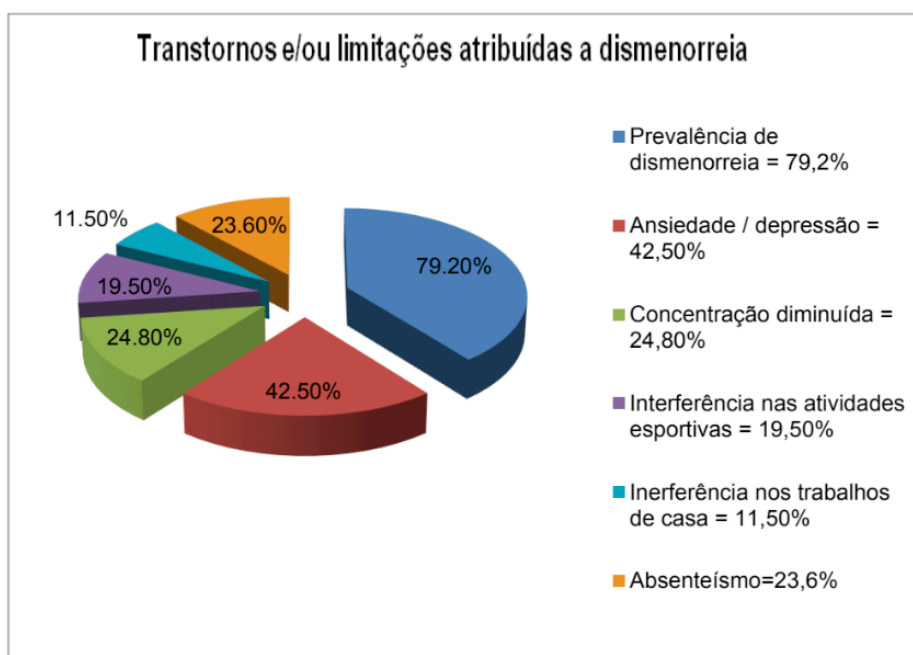
Como critérios de inclusão foram considerados artigos científicos originais, publicados durante o período compreendido entre 2011 e 2016, nos idiomas português, inglês e polonês, que abordassem: o absentismo escolar e/ou profissional, análise descritiva da limitação imposta às atividades laborativas das mulheres, ansiedade/depressão; concentração diminuída durante as aulas; interferência nas atividades esportivas/ físicas; e interferência na realização de trabalhos de casa.

Foram analisados dois estudos transversais que incluíam os descritores acima e foram aplicados em mais de 130 mulheres. Os outros quatro estudos são revisão e analisam a prevalência da dismenorreia no universo feminino.

4 | RESULTADOS

Observou-se que a média estimada de prevalência da dismenorreia foi de 79,2%

(IC 95%), sendo a dor intensa em 24,85% dos casos^(4,5). As limitações apontadas incluíram ansiedade/depressão (42,5%), concentração diminuída durante as aulas (24,8%), interferência nas atividades esportivas/ físicas (19,5%), interferência na realização de trabalhos de casa (11,5%) e absenteísmo escolar e/ou laboral (23,6%)^(4,5).



5 | DISCUSSÃO

A dismenorreia consiste em uma afecção endócrino ginecológica que afeta mais de 60% das mulheres na menacme com repercussão na qualidade de vida. Frente ao período da dismenorreia, a mulher se apresenta com uma condição incapacitante e tende a se ausentar das atividades laborais e ou escolares e procurar atendimento médico. Isso impacta prejuízo econômico e gera um problema de Saúde Pública.

Pesquisas encontraram alta prevalência de dismenorreia entre estudantes. Os resultados de uma pesquisa aplicada a 130 universitárias, no estado do Piauí, Brasil, revelaram prevalência de 95,4% dessa patologia entre as discentes⁽⁴⁾. Já outro estudo observacional e transversal realizado com 274 mulheres em um Centro de Saúde Regional, em Portugal, mostrou prevalência de dismenorreia de 62,8%⁽⁵⁾.

Estima-se que aproximadamente 140 milhões de horas de trabalho sejam perdidas anualmente em decorrência da dismenorreia⁽⁴⁾. Uma comparação entre dois estudos transversais^(4 e 5) revelou que cerca de 28,45% das mulheres perdem pelo menos um dia aula e/ou trabalho, a cada 6 meses, devido às fortes cólicas menstruais, acarretando um déficit de produtividade laboral ou mesmo uma concentração diminuída durante as aulas. As mulheres com dismenorreia apresentam maiores chances de desenvolver transtornos de ansiedade e de depressão em aproximadamente 42,5%⁽⁵⁾. Elas referem interferência nas atividades esportivas e/ou interferência na realização

de trabalhos de casa ^(1,4,5,6).

Portanto, pode-se inferir que o tratamento da dismenorrea é de suma importância visto que essa afecção não só gera dano em termo da saúde física e mental da mulher, mas impactos financeiros gerados pela queda de produtividade devido ao absenteísmo no trabalho e ou escolar. Em virtude disso, deve-se promover o tratamento adequado da dismenorrea com resolução da dor bem como o seu controle durante os períodos menstruais. Para tanto, deve-se sensibilizar os profissionais de saúde da necessidade do diagnóstico correto e da aplicação das diversas terapias disponíveis que vão desde ao uso de anti-inflamatórios não hormonais (AINE) até contraceptivos hormonais, individualizando cada caso. Acrescenta-se ainda que devido à complexidade do assunto, deve-se incentivar pesquisas na área para elucidar novas abordagens terapêuticas.

6 | CONCLUSÃO

A dismenorrea é uma afecção de elevada prevalência, com incidência maior em mulheres jovens, especialmente, naquelas com menarca precoce. É importante sensibilizar os profissionais de saúde para a necessidade de fomentar pesquisas dessa temática e de oferecer tratamento adequado às pacientes, a fim de minimizar os impactos na qualidade de vida das mulheres. Uma limitação do presente estudo foi não diferenciar o percentual de incapacitação no grupo de mulheres com dismenorrea primária em relação ao grupo com dismenorrea secundária.

REFERÊNCIAS

ACQUA, R.D.; BENDLIN, T. **Dismenorrea**. Rev Fem, [periódico online] vol. 43, nº 6, p.273-276, 2015. Disponível em URL: <http://www.scielo.com.br>. Acesso em 10 jul. 2017.

ARAÚJO, L.M.; SILVA, J.M.N.; BASTOS, W.T.; VENTURA, P.L. **Diminuição da dor em mulheres com dismenorrea primária, tratadas pelo método Pilates**. Rev Dor, vol. 13, nº2, p. 119-23, 2012.

MRUGACZ, G.; GRYGORUK, C.; SIECZYNSKI, P.; GRUSZA, M. **Etiopatogênese da dismenorrea**. Jor Med Per Desenvol, vol. 17, nº 8, p. 85-89, 2013. Disponível em URL: <http://progress.umb.edu.pl/sites/progress.umb.edu.pl/files/abstract-17-20-mrugacz.pdf>. Acesso em 11 jul. 2017.

NUNES, J. M. O.; RODRIGUES, J. A.; MOURA, M. S. F.; BATISTA, S. R. C.; COUTINHO, S. K. S. F.; et al. **Prevalência de dismenorrea em universitárias e sua relação com absenteísmo escolar, exercício físico e uso de medicamentos**. Revista Brasileira Promoção Saúde, Fortaleza, vol. 26, nº 3, p. 381-386, 2013. Disponível em: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2944/pdf>. Acesso em 30 ago. 2018.

RODRIGUES, A. C.; GALA, S.; NEVES, A.; PINTO, C.; MEIRELLES, C.; FRUTUOSO, C.; VÍTOR, M. E. **Dismenorrea em adolescentes e jovens adultas**. Acta Med Port, vol. 24, nº S2, p. 383-392, 2011.

SILVA, A. B.; PEREIRA, A. O.; SILVA, S. P.; LIMA, C. R. J.; LIMA, A. B. **Correlação entre as alterações posturais e a dismenorrea primária em mulheres jovens na faixa etária de 18 a 25 anos**. Rev Cient Unisalesiano, vol.3, nº 6, p. 254-263, 2012.

IMPACTO DO DIABETES NA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES ACOMPANHADAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: AVALIAÇÃO DO APOIO SOCIAL

Ana Carolina Ribeiro Tamboril

Universidade Regional do Cariri, Crato, Ceará.

Luciana Conceição Garcia de Aquino

Universidade Regional do Cariri, Crato, Ceará.

Natália Daiana Lopes de Sousa

Universidade Regional do Cariri, Crato, Ceará.

Natalia Pinheiro Fabrício

Universidade Estadual do Ceará-UECE,
Fortaleza, Ceará.

Ana Maria Parente Garcia Alencar

Universidade Regional do Cariri, Crato, Ceará.

RESUMO: O diabetes mellitus (DM) constitui um grave problema de saúde pública com elevados índices de morbimortalidade, altos custos financeiros e sociais decorrentes das complicações e tratamento. Os profissionais de saúde devem empregar como subsídio em sua prática clínica os instrumentos de avaliação da qualidade de vida (QV) no intuito de avaliar as implicações do DM na vida das pessoas para auxiliar o indivíduo a conviver e se adaptar à sua nova condição de vida. Objetivou-se, com este estudo, avaliar o impacto do diabetes na qualidade de vida de mulheres com diabetes mellitus na atenção primária tendo como foco o apoio social. Tratou-se de um estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, realizado numa unidade básica de saúde da família da atenção primária. A coleta

de dados foi realizada nos meses de abril a maio de 2016 utilizando-se um formulário para obtenção de dados sócio demográficos (sexo, idade, profissão, estado civil, escolaridade, renda familiar) e o questionário Brazilian Version of Problems Areas in Diabetes Scale (B-PAID) para avaliação da qualidade de vida relacionada ao diabetes. A respeito do impacto do diabetes no apoio social identificado através das questões 17 e 18 do instrumento B-paid, neste domínio verificou-se que 40,8% das mulheres investigadas referiram que sentir-se sozinho com o diabetes era um problema sério e 38,8% um problema quase sério. Tocante ao sentimento de sentir que os amigos e familiares não apoiam seus esforços em lidar com o seu diabetes, constatou-se que 65,3% não consideraram um problema, enquanto que 22,4% consideraram um sério problema não ter apoio familiar e/ou dos amigos. O apoio familiar é fundamental para as pessoas com diabetes, uma vez que a família é um importante elo para a adesão ao tratamento e no enfrentamento do indivíduo com relação à doença. Fazem-se necessários novos estudos que retratem a avaliação da qualidade de vida, que enfoque o indivíduo em todos os aspectos biopsicossociais.

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes Mellitus, Qualidade de Vida, Avaliação em Saúde.

ABSTRACT: Diabetes mellitus (DM) is a serious public health problem with high morbidity and mortality rates, high financial and social costs due to complications and treatment. Health professionals should use as a subsidy in their clinical practice the instruments of assessment of quality of life (QL) in order to assess the implications of DM in people's lives to help the individual to live and adapt to their new life . The objective of this study was to evaluate the impact of diabetes on the quality of life of women with diabetes mellitus in primary care, focusing on social support. This was a cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach carried out in a primary health care unit of the primary care family. Data collection was performed from April to May 2016 using a form to obtain socio-demographic data (gender, age, profession, marital status, schooling, family income) and the Brazilian Version of Problems Areas in Diabetes questionnaire Scale (B-PAID) for assessment of diabetes-related quality of life. Regarding the impact of diabetes on the social support identified through questions 17 and 18 of the B-paid instrument, it was found that 40.8% of the women surveyed reported that feeling alone with diabetes was a serious problem and 38, 8% an almost serious problem. Concerning the feeling that friends and family do not support their efforts to deal with their diabetes, it was found that 65.3% did not consider it a problem, while 22.4% considered it a serious problem to not have family support and / or friends. Family support is critical for people with diabetes, since the family is an important link for adherence to treatment and coping with the individual in relation to the disease. Further studies are needed that portray the assessment of the quality of life, which focuses the individual in all aspects biopsychosocial.

KEYWORDS: Diabetes Mellitus, Quality of Life, Health Assessment.

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) constitui um grave problema de saúde pública com elevados índices de morbimortalidade, altos custos financeiros e sociais decorrentes das complicações e tratamento. Segundo as estimativas nacionais do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL, em 2014, identificou-se que a frequência do diagnóstico médico prévio da doença foi de 6,5% entre os homens e de 7,2% entre as mulheres, constatando maior prevalência no sexo feminino e que este percentual é mais expressivo com o avançar da idade.

Nessa perspectiva, conseqüentemente as complicações do DM podem ser mais observadas nas mulheres que associadas às tendências sociais, culturais e econômicas vão impactar diretamente na qualidade de vida (QV). Tocante às implicações na QV, o DM além de acarretar danos físicos, pode influenciar negativamente nos aspectos emocionais e sociais, afetando nas relações de trabalho e papel familiar, no desempenho das atividades diárias, autoestima e até predispor a transtornos depressivos decorrentes das complicações crônicas, tornando-se o apoio social

fundamental nesse processo de enfrentamento e controle do diabetes.

Diante deste panorama, os profissionais de saúde devem empregar como subsídio em sua prática clínica os instrumentos de avaliação da qualidade de vida (QV) no intuito de avaliar as implicações do DM na vida das pessoas para auxiliar o indivíduo a conviver e se adaptar à sua nova condição de vida.

Objetivou-se, com este estudo, avaliar o impacto do diabetes na qualidade de vida de mulheres com diabetes mellitus na atenção primária tendo como foco o apoio social.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, cujo local de estudo foi uma unidade básica de saúde da família da atenção primária do município de Juazeiro do Norte, Ceará. Participaram do estudo, 49 mulheres com idade a partir de 18 anos, com diabetes mellitus tipo 2, cadastradas e acompanhadas por uma das equipes de saúde da família que atuavam na unidade. A equipe de saúde selecionada apresentava o maior número de pessoas com diabetes em sua área de abrangência.

A coleta de dados foi realizada nos meses de abril a maio de 2016, no domicílio das pacientes, utilizando-se um formulário para obtenção de dados sócio demográficos (sexo, idade, profissão, estado civil, escolaridade, renda familiar) e o questionário Brazilian Version of Problems Areas in Diabetes Scale (B-PAID), considerado pela literatura específico para avaliação da qualidade de vida relacionada ao diabetes.

Este instrumento foi validado no contexto brasileiro pela GROSS em 2004, desde então tem sido muito utilizado na prática clínica para mensuração do sofrimento que as pessoas com diabetes normalmente apresentam. O B-PAID é composto por 20 questões, que avaliam a percepção do indivíduo sobre os problemas enfrentados no dia a dia com a doença e apresenta quatro domínios: problemas relacionados à alimentação, problemas relacionados ao apoio social, problemas relacionados ao tratamento e problemas relacionados aos aspectos emocionais.

A resposta de cada questão é dividida em uma escala de 5 pontos, variando de: não é um problema = 0, pequeno problema = 1, problema moderado = 2, problema quase sério = 3, problema sério = 4. O somatório das pontuações dos 20 itens foi multiplicado por 1,25, obtendo-se a mensuração do impacto em uma escala de 0 (resultado satisfatório) a 100 (alto nível de sofrimento emocional), tendo como ponto de corte o escore 40, as pessoas que foram identificadas com escore maior que 40 apresentam sofrimento emocional. Contudo, neste estudo foram analisados os resultados referentes ao impacto do diabetes na dimensão apoio social dos participantes.

Ressalta-se que foi realizado um pré-teste anterior a coleta para identificar

dificuldades na aplicação dos instrumentos utilizados que pudessem impactar nos dados obtidos. No pré-teste, utilizou-se 10% da amostra do estudo, aplicando-se os instrumentos em uma população com características e contexto semelhantes, a qual foi constituída de pessoas acompanhadas pela outra equipe de saúde da família que funciona na mesma unidade de estudo. Os dados obtidos dessas pessoas selecionadas foram descartados e não foram somados aos dados do estudo conforme é preconizado pela literatura.

Em seguida, os dados foram formatados no programa Microsoft Excel 2013 for Windows e analisados por meio da estatística descritiva, através das medidas de tendência central (média, mediana, moda, máxima, mínima) e de dispersão (desvio padrão). Logo, os dados foram compilados e expostos em frequências absolutas e percentuais, sendo confrontados com os demais estudos desenvolvidos pela comunidade científica. A pesquisa respeitou os aspectos éticos e legais emanados pela Resolução 466/2012, foi cadastrada na Plataforma Brasil e submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa em Saúde, sendo aprovada sob parecer de número 1.489.422.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante dos dados analisados, constatou-se média de idade de 59,7 anos (dp.13,7; máx.88 anos; mín. 27 anos; moda 58 anos) e uma prevalência de mulheres na faixa etária de 50 a 59 anos (30,6%), com ensino fundamental incompleto (38,8%), casada (51%), que não exerciam nenhuma atividade remunerada, portanto categorizadas como do lar (79,6%), com renda familiar em torno de um a dois salários mínimos (100%). Este perfil sócio demográfico foi semelhante ao encontrado em estudo desenvolvido em Sergipe, em 2012, sobre avaliação da qualidade de vida de pessoas com diabetes utilizando-se o B-paid, o qual verificou prevalência de mulheres casadas (52,9%), com baixo nível educacional (72,9% nível fundamental; 10% não alfabetizada) e econômico, com situação profissional sem atividade remunerada (68,3%).

A respeito do impacto do diabetes no apoio social identificado através das questões 17 e 18 do instrumento B-paid, neste domínio verificou-se que 40,8% das mulheres investigadas referiram que sentir-se sozinho com o diabetes era um problema sério e 38,8% um problema quase sério. Estes dados divergem de um estudo desenvolvido em Cajazeiras – Paraíba sobre avaliação do impacto da diabetes mellitus na qualidade de vida de pessoas atendidas em Unidades Básicas de Saúde da Família, cujos dados identificaram que 57,4% da população afirma não se sentir sozinho com o diabetes.

Tocante ao sentimento de sentir que os amigos e familiares não apoiam seus esforços em lidar com o seu diabetes, constatou-se que 65,3% não consideraram um problema, enquanto que 22,4% consideraram um sério problema não ter apoio familiar e/ou dos amigos. Estes dados corroboram com estudo desenvolvido, em 2015, por um programa de atendimento farmacêutico no Centro de Saúde da Faculdade de

Guanambi, Bahia, que identificou que 75% dos investigados não consideraram um problema “sentir que seus amigos e familiares não apoiam seus esforços em lidar com o diabetes”.

Mediante os resultados apresentados, conclui-se que as participantes apresentam um perfil sócio demográfico favorável ao comprometimento da QV decorrente de problemas relacionados ao DM, uma vez que a idade avançada predispõe ao aparecimento de complicações que impliquem na QV, a baixa escolaridade interfere na compreensão do indivíduo a respeito dos cuidados necessários para manter o controle da doença e prevenir os agravos do DM. O baixo nível econômico é outro fator que interfere de maneira negativa, pois estas pessoas podem não dispor de recursos financeiros necessários para se adequar as restrições da dieta alimentar, tratamentos e despesas com acompanhamento médico, nutricional, endocrinológico, vascular necessários.

Entretanto, o fato de a maioria ser casada é um aspecto positivo para as pessoas com esta condição crônica, pois o cônjuge é considerado um apoio social importante que pode contribuir para melhorar a convivência das mulheres com a doença. Tocante à dimensão social abordada pelo questionário, mesmo as participantes referindo não ser um problema “sentir-se sozinho com o DM”, o controle desta condição crônica para prevenir complicações exige mudanças de hábitos de vida como alimentação, atividade física, até mesmo uma adaptação de rotina quanto ao uso de medicamentos, que podem ser amenizados e fortalecidos através do apoio de um amigo ou membro familiar, já que se tratam de mulheres com média de idade avançada e que podem apresentar algum comprometimento na capacidade funcional e cognitiva. Contudo, as mulheres investigadas reconheceram como um sério problema “sentir que amigos e familiares não apoiam seus esforços em lidar com o diabetes”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nessa perspectiva, ressalta-se que o apoio familiar é fundamental para as pessoas com diabetes, uma vez que a família é um importante elo para a adesão ao tratamento e no enfrentamento do indivíduo com relação à doença. Percebeu-se, ainda, que existem poucos estudos na literatura brasileira que aplicaram o B-paid na população com diabetes, tornando-se necessários novos estudos que retratem a avaliação da qualidade de vida, que enfoque o indivíduo em todos os aspectos biopsicossociais.

Salienta-se a importância da utilização de instrumentos para a avaliação da QV disponíveis na literatura e que se adéquem ao contexto brasileiro, pois permitem compreender os problemas relacionados ao diabetes que os indivíduos afetados convivem no seu cotidiano, fazendo-se necessário que os profissionais de saúde se apropriem desses instrumentos e os utilizem na atenção primária, pois ela é a porta de

entrada dos usuários com diabetes às redes de atenção à saúde, desta forma podem realizar o levantamento das necessidades dos indivíduos, identificar os problemas reais e potenciais, elaborar estratégias de ação para que sejam assistidos de maneira integral, equitativa e universal dentro dos demais níveis de atenção à saúde mantendo um feedback positivo a fim de proporcionar melhor QV para essas pessoas.

MULHERES AMAZÔNICAS COM CÂNCER DE COLO DE ÚTERO: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E FATORES DE RISCO

Rosana Pimentel Correia Moysés

Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Amazonas, Manaus- Brasil
Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Braga - Portugal

Gabriela de Souza Amaral

Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Amazonas, Manaus-Brasil

Juliana Viana Nascimento

Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Amazonas, Manaus-Brasil

B. Daiana Santos

Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Braga - Portugal

Maria da Graça Pereira

Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Braga - Portugal

RESUMO: No Brasil, o estado do Amazonas com suas peculiaridades geográficas e sociais possui alta incidência de Câncer de Colo de Útero (CCU). Este foi um estudo transversal, de abordagem quantitativa que pretendeu descrever as variáveis sociodemográficas e os fatores de risco para o CCU. Os questionários foram aplicados em 103 pacientes em tratamento para CCU na Fundação Centro de Controle de Oncologia do Amazonas. Os dados foram tratados com estatística descritiva e inferencial. Os resultados demonstraram

que 54,4% das mulheres eram do interior do estado, que se auto intitularam pardas (raça) e que idade com maior incidência da doença foi de 35 a 39 anos. Os fatores de risco mais relevantes foram a multiparidade (média de 4 gestações), a baixa adesão ao rastreio, pois 16,5 % das participantes afirmaram que a frequência de realização do exame preventivo antes do diagnóstico do CCU era de 6 a 20 anos, e que em média os resultados dos exames demoravam 2 meses. A maioria das participantes tinham baixa condição socioeconômica, 74% tinham renda mensal de até dois salários mínimos brasileiros e baixa escolaridade, 27,2 % eram analfabetas ou só possuíam ensino fundamental incompleto. O grau de instrução se associou com a multiparidade e o tabagismo. Os resultados permitem inferir que os programas de intervenção devem ser sensíveis ao nível de escolaridade e que as estratégias de saúde devem ter como principal enfoque o fortalecimento da adesão a prevenção secundária para o CCU e a qualificação dos serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da Mulher, Neoplasias de colo de útero, Fatores de Risco

ABSTRACT: In Brazil, the state of Amazonas, which has geographic and social peculiarities, has a high incidence of cervical cancer (CC). This was a cross-sectional, quantitative study

that aimed to describe sociodemographic variables and risk factors associated with CC. One-hundred and three patients being treated for CC at the Fundação Centro de Controle de Oncologia do Amazonas participated in the study. The data were analyzed using descriptive and inferential statistics. The results showed that 54,4% the women lived in rural areas of the state and considered themselves as being *pardas* (race). Also, the age with the highest incidence of the disease was 35 to 39 years. The most relevant risk factors were multiparity (mean of 4 pregnancies), and poor adherence to the screening. In fact, 16.5% of the participants stated that the frequency of preoperative screening before CC diagnosis was 6 to 20 years and that on average the results of the tests took 2 months. Most of the participants had low socioeconomic status, 74% had income up to two Brazilian minimum wages and low educational level, 27.2% were illiterate or only had an incomplete elementary education. The degree of education was associated with multiparity and smoking. The results allow us to infer that intervention programs should be sensitive to educational level and that health strategies should have as their main focus the strengthening of adherence to secondary prevention for CC and the qualification of health services.

KEYWORDS: Women's Health, Uterine Cervical Neoplasms, Risk Factors

1 | INTRODUÇÃO

As doenças e agravos não transmissíveis hoje são as principais responsáveis pelo adoecimento e óbito da população mundial. A continuidade da transição demográfica e epidemiológica global representa uma carga cada vez maior de câncer nas próximas décadas, principalmente em países de baixa e média renda. Segundo os dados do Instituto Nacional do Câncer do Brasil, as taxas de incidência do câncer ajustadas por idade, para o ano de 2018, em mulheres será de 191,78 por 100 mil habitantes. (INCA,2016)

O câncer de colo do útero (CCU) é hoje uma das principais causas de morte de mulheres em regiões mais pobres do mundo, principalmente nos países onde o acesso ao rastreamento e ao tratamento da doença não abrange toda a população. Na América Latina anualmente são identificados 72 mil casos novos de CCU, com alto impacto na morbimortalidade feminina (WHO,2016)

No Brasil é o terceiro tipo de câncer mais frequente nas mulheres, causando a morte de cerca de 6 mil mulheres por ano. A região norte é a que apresenta a maior incidência da doença e com uma tendência crescente do número de casos e de óbitos. (OPAS,2016; INCA 2016)

Este panorama de morbimortalidade da Região Norte pode ser explicado pela dificuldade de acesso das mulheres ao exame preventivo ginecológico, principalmente as moradoras dos municípios do interior, que na sua maioria tem a evolução das lesões precursoras diagnosticadas tardiamente, já em quadros de neoplasias malignas invasivas. (OPAS, 2016; TEIXEIRA *et al*, 2015)

O CCU quando diagnosticado precocemente tem grandes chances de cura e o Brasil têm como principais métodos de prevenção o exame preventivo e a vacinação contra o Papiloma Vírus Humano (HPV) de meninas de 9 a 13 anos e meninos de 12 e 13 anos, já que a estudos comprovam que as infecções persistentes por subtipos oncogênicos do HPV 16 e 18 estão associadas a cerca de 90% dos CCU. (OPAS, 2016; SCHIFFMAN, SARAIYA, 2017).

A literatura descreve que a renda, o acesso a saúde, a raça, o consumo de tabaco são importantes fatores para análise em regiões com alta incidência do CCU, e que as estratégias prevenção, rastreamento e tratamento das lesões precursoras do CCU devem ser pensadas considerando todas essas variáveis. (THULER, AGUIAR, BERGMANN, 2014; MOREIRA DOS SANTOS *et al.*, 2015)

O estado do Amazonas é o que apresenta a maior número de casos da doença e alta mortalidade, como registro de 199 mortes de mulheres por CCU no ano de 2017, segundo os dados do hospital de referência do estado, a Fundação Centro de Controle de Oncologia do Amazonas (FCECON). Este dado reforça a necessidade de uma ampla discussão sobre como melhorar o acesso e o cuidado a estas mulheres, tendo que se considerar vários aspectos, como as características sociodemográficas e os fatores de risco para doença. (FERNANDES, KIMURA, 2010; ZANDONAI *et al.*; 2010;FCECON, 2017).

Considerando a seriedade epidemiológica do CCU no estado do Amazonas, este estudo teve como objetivo identificar e analisar características sociodemográficas e os fatores de risco de mulheres amazônicas em tratamento para o CCU na FCECON, hospital de referência do estado. Os resultados deste estudo pretendem contribuir para o planejamento de estratégias de promoção da saúde e prevenção da doença que vão de encontro às necessidades destas mulheres.

2 | METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa, de caráter exploratório e descritivo, sobre o perfil sociodemográfico e os fatores de risco para o CCU, em mulheres em tratamento na FCECON, no município de Manaus-Amazonas. Este estudo faz parte do projeto de pesquisa intitulado: “*Qualidade de Vida em Mulheres Amazônicas em Tratamento de Câncer de Colo de Útero: Um Estudo com Doentes e seus Cuidadores*”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (CAEE 68816417.0.0000.5020)

A amostra foi não probabilística por conveniência, calculada com base na estimativa do número de casos novos de câncer de colo de útero atendidos na FCECON anualmente. A pesquisa foi realizada de agosto de 2017 a julho de 2018, com participação de 103 mulheres. Os critérios de inclusão foram : ser mulher em tratamento de quimioterapia e/ou radioterapia para o CCU na FCECON, maiores de

18 anos e em perfeitas condições mentais para responder aos questionários; que aceitaram participar voluntariamente, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídas mulheres indígenas ou cujo quadro de saúde fosse impeditivo para realização das etapas do projeto.

As mulheres responderam a um questionário sociodemográfico e de fatores de risco, criado para este estudo. Devido as características educacionais da população amazônica, o questionário foi respondido em entrevista em um consultório enquanto as mulheres aguardam as consultas. O processo de coleta dos dados cumpriu os requisitos éticos. Todos os participantes assinaram o TCLE antes de iniciarem o seu envolvimento no estudo, para as analfabetas foi lido o TCLE e ao concordarem em participar do estudo foi colhida a impressão digital.

As variáveis sociodemográficas deste estudo incluíram: idade, procedência (capital/interior), raça (IBGE), estado civil, grau de instrução, ocupação, renda familiar. As variáveis relacionadas com os fatores de risco para o CCU foram: Idade da 1^a. Relação Sexual (anos), Número de Parceiros Sexuais no último ano, Idade do Primeiro Exame preventivo para o CCU (anos), frequência de realização do exame preventivo(anos) antes do diagnóstico, tempo decorrido até receber o resultado(meses), Número de Gravidezes e Número de filhos.

A análise de dados foi processada através do programa IBM Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 24.0. A caracterização da amostra foi através de análises de estatística descritiva das variáveis em estudo (média, desvio-padrão, frequências e percentagens). A Correlação Bivariada foi utilizada para investigar a associação entre as variáveis sociodemográficas e os fatores de risco para o CCU.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise do perfil etário das participantes apresentada na figura 1, demonstrou que a maioria das mulheres entrevistadas tinham de 35 a 39 anos. O resultado da análise da média de idade de todas as participantes foi de 47 anos, com desvio padrão de $\pm 11,95$. A literatura confirma que mulheres na faixa etária de 35 a 39 anos são as que têm maior adesão ao exame preventivo, e que a maioria das mulheres em tratamento para o CCU têm entre 45 a 55 anos, reiterando os achados deste estudo. Sabe-se ainda que a maior incidência do carcinoma in situ ocorre dos 25 aos 40 anos e do carcinoma invasor entre 48 e 55 anos. (SOARES *et al.*, 2010; BORGES, *et al.*, 2012; ROCHA, BAHIA, ROCHA, 2016)

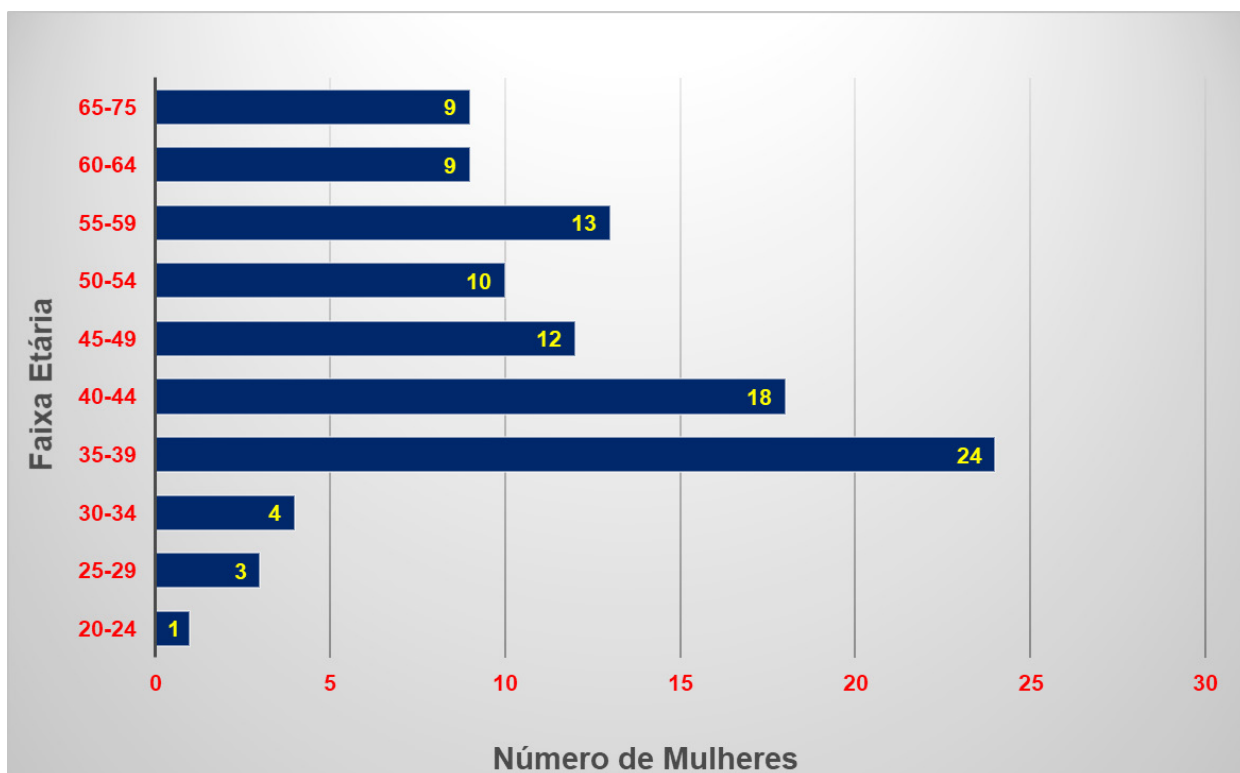


Figura 1: Distribuição das Mulheres em Tratamento para o Câncer de Colo de Útero segundo a Faixa Etária

Fonte: Dados de Pesquisa

O perfil sociodemográfico das pacientes, descrito na tabela 1, revela que mais de 50% das participantes destes estudo são moradoras de municípios do interior do estado do Amazonas. A literatura descreve que o rastreamento de lesões precursoras do câncer de colo de útero é um desafio na região amazônica, principalmente nos municípios do interior do estado e que as peculiaridades geográficas promovem um certo isolamento principalmente das mulheres de comunidades ribeirinhas, o que dificulta o acesso a prevenção secundária, podendo justificar os achados do nosso estudo.(DE ARAÚJO NOBRE; NETO, 2009; MARINHO, 2015).

Estudos como o McDonald, et al. (2017) realizado no Novo México, ao comparar os serviços de atenção primária a saúde da área rural e da área urbana também demonstraram que as mulheres habitantes das áreas rurais tiveram maior dificuldade de *acessibilidade geográfica* aos serviços de saúde quando comparadas com as moradoras da área urbana, considerando o tempo de percurso e a distância das suas casas ao serviço de saúde, para realização do exame preventivo.

No entanto, estudos como o de Torres, et al. (2018) que teve como objetivo testar uma estratégia de detecção de lesões precursoras do CCU em mulheres do interior do estado do Amazonas, buscam uma resposta mais efetiva para o diagnóstico precoce através da auto coleta do exame preventivo e do teste rápido para o HPV, sendo este um estudo promissor e que representa novas iniciativas para o fortalecimento do controle da doença no estado.

Em relação à raça, as mulheres que se auto intitularam pardas foram cerca de 78% da amostra. As mulheres casadas e/ou com união estável foram as mais frequentes neste estudo. Majoritariamente as mulheres são donas de casa e apresentam baixo nível socioeconômico, tendo uma renda de até 2 salários mínimos brasileiros. Este perfil sociodemográfico reitera os achados da literatura em estudos na região amazônica. (LUCENA, *et al*, 2011; FIGUEIREDO, *et al*, 2015).

Na tabela 1, é de ressaltar o fato de 27,2% afirmarem serem analfabetas ou só terem fundamental incompleto, o que caracteriza baixa escolaridade, todavia cerca de 36% afirmaram ter médio completo ou estarem cursando nível superior. Os resultados deste estudo confirmam os fatores de risco para o CCU que são a baixa escolaridade e o baixo nível socioeconômico.

O estudo de Fonseca, *et al.* (2010) realizado no estado de Roraima, também região norte do país, confirma este perfil epidemiológico encontrado no nosso estudo, de indicadores sociais, como o baixo grau de instrução e a condição socioeconômica desfavorável. Todo esse panorama social reitera a necessidade de intervenções em saúde voltadas para a realidade educacional e social da região amazônica. (FONSECA, *et al.*, 2010; LUCENA, *et al*, 2011;)

O estudo de Sthohl, *et al.* (2015) que teve como objetivo avaliar o conhecimento de mulheres afro-americanas sobre o papilomavírus humano (HPV), o CCU e a vacinação contra o HPV também demonstrou que o baixo nível de escolaridade e menor renda tiveram impacto no menor nível de conhecimento das mulheres e consequentemente na baixa adesão ao rastreio.

Procedência	Frequência %
Capital (Manaus)	45,6
Interior	54,4
Raça (IBGE)	Frequência %
Branca	8,7
Preta	3,9
Amarela	4,9
Parda	77,7
Indígena	4,9
Estado Civil	Frequência %
Solteira	18,4
Casada	35,0
Divorciada	3,9
Viúva	5,8
União estável	36,9
Grau de escolaridade	Frequência %
Analfabeto / Fundamental I incompleto	27,2
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	20,4

Fundamental completo/Médio incompleto	12,6
Médio completo/Superior incompleto	35,9
Analfabeto / Fundamental I incompleto	3,9
Ocupação	Frequência %
Do lar	35,0
Empregada	20,4
Desempregada	17,5
Aposentada	16,5
Estudante	10,7
Renda	Frequência %
Até 2 salários mínimos	73,8
De 2 a 4 salários mínimos	23,3
De 4 a 10 salários mínimos	1,9
De 10- 20 salários mínimos	1,0

Tabela 1: Caracterização Sociodemográfica das Mulheres

Fonte: Dados do Estudo

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade da 1ª. Relação Sexual (anos)	103	12	24	15,98	2,53
Número de Parceiros Sexuais no último ano	103	0	4	0,83	0,60
Idade do 1º. Exame preventivo para o Câncer de Colo de Útero(anos)	103	14	71	25,54	10,25
Antes do diagnóstico frequência de realização do exame preventivo (anos)	103	0 **	20	2,17	3,24
Quanto tempo para receber o resultado (meses)	103	0	4	2,09	1,14
Número de Gravidezes	103	0	13	4,83	2,91
Número de filhos	103	0	12	4,00	2,67

Tabela 2: Caracterização das Mulheres Segundo Fatores de Risco para o Câncer de Colo de Útero.

Fonte : Dados do estudo

** Nunca havia feito o exame antes do diagnóstico

A tabela 2, conforme descrito na literatura, apresenta alguns dos principais fatores de risco para o Câncer de colo de Útero: o início da atividade sexual, número de parceiros sexuais, número de gravidezes, adesão ao rastreo e acesso aos serviços de saúde. (INCA, 2016; WHO,2016).

A partir dos dados da tabela 2 percebe-se que as mulheres participantes deste estudo iniciaram a vida sexual precocemente com média de idade de 15 anos, e que o máximo de parceiros relatados no último ano foi de 4, sendo que isso foi relatado por somente uma participante. Por fim 68% das mulheres deste estudo afirmaram terem somente um parceiro sexual no último ano e que tiveram mais de 4 gravidezes. Estes resultados corroboram os achados da literatura e confirmam que a iniciação precoce da vida sexual e a multiparidade são fatores de risco para o CCU relevantes na realidade brasileira. (FONSECA *et al.*, 2010; TORRES EDUARDO, *et al.*, 2012).

Na figura 2 é apresentada a descrição da frequência de realização do exame preventivo, em anos, antes do diagnóstico de CCU, o que pode caracterizar o perfil de adesão ao rastreo pelas mulheres deste estudo. O resultado caracteriza que 16,5% das participantes realizavam o exame preventivo com uma frequência entre 6 e 20 anos, mesmo assim 49,5% afirmaram realizarem o exame uma vez por ano.

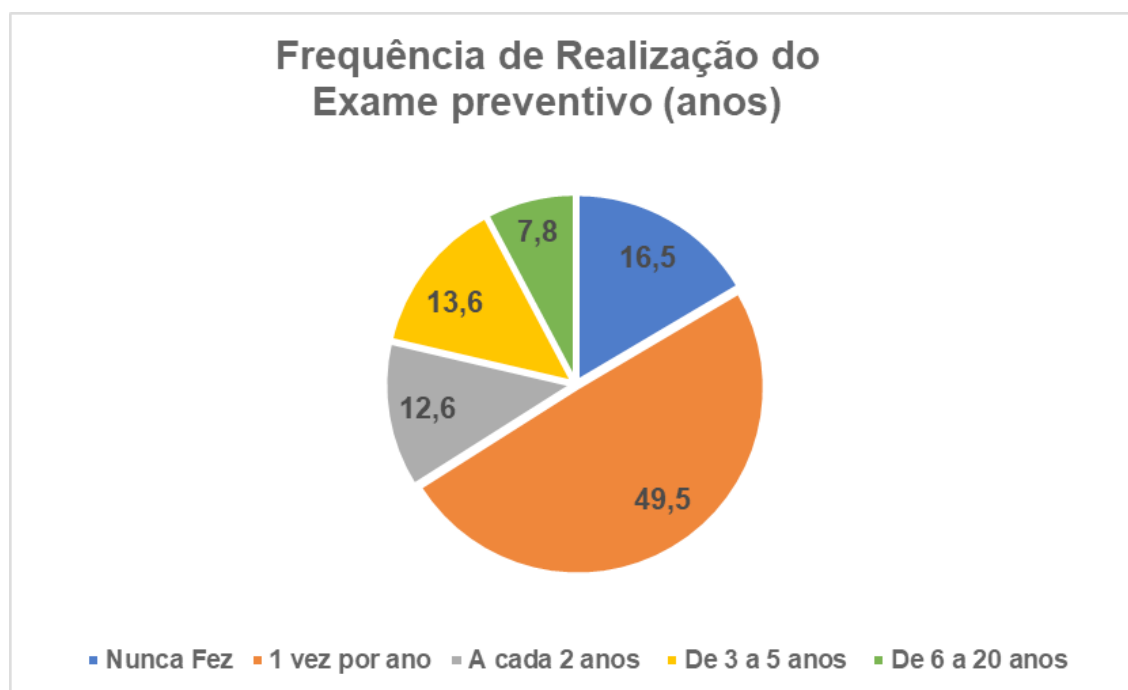


Figura 2.Frequência (anos) da realização do exame preventivo antes do diagnóstico de câncer de colo de útero

Fonte: Dados do estudo

Estudo de Navarro, et al. (2015) que avaliou a adesão ao rastreo no estado de Roraima, apresentou resultados semelhantes aos do nosso estudo, com uma média de 20% das mulheres relatando que não realizavam o exame preventivo com frequência, no entanto a maioria realizava o exame dentro preconizado pelo Ministério da Saúde. (BRASIL,2013)

A análise dos dados da tabela 2 e da figura 2 revelam que ainda existem desafios ao acesso aos serviços de saúde e na qualidade dos serviços prestados, pois apesar de cerca de 50% da amostra relatar realizar o exame uma vez por ano, a média de tempo para recebimento dos resultados do exame foi de mais de 2 meses, o que tem impacto no tratamento e prognóstico das mulheres com CCU, fato já evidenciado em outros estudos no Brasil. (BRASIL, 2013; NICIDA, 2015).

A literatura confirma que as coberturas do rastreio no Brasil não atingem toda a população preconizada pelo Ministério da Saúde e mesmo quando a mulher realiza o exame não ocorre o seguimento de forma adequada, respeitando as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde. (BRASIL, 2013; FONSECA *et al*, 2016)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.Procedência	1	-,081	,201*	-,158	,014	,270**	-,104	-,063	-,056	,096	-,049
2.Raça		1	-,158	-,014	,004	,243*	-,085	-,076	-,233*	-,010	-,061
3.Estado Civil			1	-,172	-,097	-,105	-,046	-,043	,029	-,013	-,034
4.Grau de instrução				1	,108	-,064	,109	,038	,115	-,342**	,202*
5.Renda					1	,021	,143	-,004	-,032	-,088	-,013
6.Ocupação						1	-,019	-,111	-,101	-,017	-,246*
7.Adesão ao Rastreio							1	-,129	,224*	-,107	,088
8.Primeira menstruação								1	-,047	-,036	-,013
9.Primeira Relação Sexual									1	-,144	-,084
10.Gravidéz										1	-,116
11.Fumante											1
M	,543	2,66	2,07	1,68	,524	1,57	1,46	,669	,128	1,63	,786
DP	,500	,965	1,62	1,31	,883	1,58	1,15	,472	,336	,775	,411

Tabela 03: Correlações entre os Dados Sociodemográficos e os Fatores de Risco

Fonte : Dados da Pesquisa

A análise dos dados sociodemográficos mais relevantes da tabela 3 demonstram que quanto menor o grau de instrução da mulher, maior número de gestações e que as mulheres pardas do interior são as que iniciam a vida sexual mais precocemente. Este dado confirma os achados de outros estudos na região norte do país que demonstram que apesar da queda da taxa de fecundidade na região, essas características são as mais presentes no histórico de mulheres com gravidez na adolescência e multiparidade. (BRASIL, DOS SANTOS, 2016; SANTIAGO, 2016)

O tabagismo também se associou com o grau de instrução, mulheres com menor grau de instrução fumam mais, essa associação também é encontrada em outros estudos que avaliam os determinantes sociais da saúde e o CCU. (WUNSCH FILHO, *et al*, 2008; ARETZ, 2009, DIAS, *et al*, 2017).

Em nosso estudo, a frequência de realização do exame preventivo se associou com a idade da primeira relação sexual, o que significa que mulheres que realizam os

exames com mais frequência são as que iniciaram a vida sexual mais tardiamente, ou seja, com mais idade. Estudos comprovam que houve uma diminuição da idade da primeira relação sexual, o que pode impactar no aumento da prevalência de infecções do HPV e das lesões epiteliais cervicais. Na região amazônica a precocidade da iniciação sexual é fato, e estudos demonstram que as mulheres desta região ao atingir a idade adulta apresentam uma prevalência importante de lesões do HPV do tipo I, II e III. Este panorama deixa claro que as políticas públicas para prevenção do CCU devem ser mais sensíveis e adequadas a esta realidade epidemiológica. (SILVA, *et al*, 2015; SANTOS, 2016; NOÉ, TRINDADE, DEXHEIMER, 2018)

4 | LIMITAÇÕES

O fato deste ser um estudo de *design* transversal, o instrumento de dados sociodemográficos e fatores de risco ser baseado no auto-relato das participantes e a dificuldade de acesso aos dados clínicos das pacientes, inviabilizou a análise mais minuciosa do perfil das participantes.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo ratificam a necessidade de programas de intervenção adequados para o nível de escolaridade das mulheres tendo em consideração os determinantes sociais de saúde. As estratégias de educação em saúde devem ter como principal enfoque o fortalecimento da adesão ao rastreamento do câncer de colo de útero. A qualificação dos serviços de saúde deve ser uma meta para a melhoria do diagnóstico precoce da doença, principalmente nos municípios do interior do estado. A vacinação contra HPV na infância é uma relevante medida preventiva.

REFERÊNCIAS

ARETZ, M. **A percepção sobre a doença em mulheres com câncer do colo do útero, mulheres com lesões precursoras e mulheres saudáveis.** 2012.63 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade do Vale do Rio dos Sinos; São Leopoldo, 2012.

BORGES, M.F.S.O. et al. **Prevalência do exame preventivo de câncer do colo do útero em Rio Branco, Acre, Brasil, e fatores associados à não-realização do exame.** Cadernos de Saúde Pública, v. 28, p. 1156-1166, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.** Cadernos de Atenção Básica, n. 13. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, M. C.; DOS SANTOS, C. A. **Ficamos, e agora? A gravidez na adolescência no Município de Manaus.** In XVIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Anais . Águas de Lindóia/ SP.2016.p.19.

DE ARAÚJO NOBRE, J. C. A; NETO, D. L. **Avaliação de indicadores de rastreamento do câncer do colo do útero no Amazonas, Norte do Brasil, de 2001 a 2005.** Revista Brasileira de Cancerologia, v. 55, n. 3, p. 213-220, 2009.

DIAS, Z. M. M. et al. **Fatores sociodemográficos associados ao consumo de tabaco em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família.** Revista de APS, v. 20, n. 3, 2017.

FCECON. **Relatório Anual de Gestão da FCECON.** Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas (Brasil). Manaus: 2017.

FERNANDES, W. C; KIMURA, M. **Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de colo uterino.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 18, n. 3, p. 360-367, 2010.

FERREIRA, M. L. S. **Epidemiologia e impacto econômico do câncer de colo de útero no Estado de Roraima: a perspectiva do SUS.** Rev Bras Ginecol Obstet, v. 32, n. 8, p. 386-92, 2010.

FIGUEIREDO, T. et al. **Análise do perfil de mulheres com lesões pré-cancerosas de colo do útero.** Saúde em Revista, v. 15, n. 41, p. 3-13, 2015.

FONSECA, M. R. C. C. et al. **Frequência e Fatores associados à adesão ao exame citopatológico periódico do colo uterino.** Revista Saúde-UNG-Ser, v. 10, n. 1-2, p. 36-46, 2016.

INCA. **Incidência de Câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2016. 124p. : il. col., mapas.

LUCENA, L. T. de et al. **Fatores que influenciam a realização do exame preventivo do câncer cérvico-uterino em Porto Velho, Estado de Rondônia, Brasil.** Revista Pan-Amazônica de Saúde, v. 2, n. 2, p. 45-50, 2011.

MARINO, J. M. **Análise da estratégia de rastreio do câncer do colo do útero por autocoleta e teste rápido para HPV em mulheres ribeirinhas do município de Coari/AM.** 2015. 153 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2015.

MCDONALD, Y. J. et al. **Health service accessibility and risk in cervical cancer prevention: comparing rural versus nonrural residence in New Mexico.** The Journal of Rural Health, v. 33, n. 4, p. 382-392, 2017

MOREIRA DOS SANTOS, J. et al. **Fatores sociodemográficos do câncer de colo de útero de mulheres tratadas com radioterapia no município de Florianópolis no período de 1999 e 2006.** Revista Inspirar Movimento & Saúde, v. 7, n. 2, 2015.

NAVARRO, C. et al. **Cobertura do rastreamento do câncer de colo de útero em região de alta incidência.** Revista de Saúde Pública, v. 49, p. 1-8, 2015.

NICIDA, L. R. A. **História da política de prevenção e controle do câncer no Amazonas, 1974 – 2011.** 2015. 147 f. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2015.

NOÉ, B. R; TRINDADE, F. R; DEXHEIMER, G. M. **Análise da periodicidade e da idade na realização do exame citopatológico cervicovaginal no Rio Grande do Sul.** Revista Saúde e Desenvolvimento, v. 12, n. 10, p. 104-120, 2018.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Controle integral do câncer do colo do útero.** Guia de práticas essenciais. Washington, DC.2016

ROCHA, S.M. M; BAHIA, M.O.; ROCHA, C.A. M. **Perfil dos exames citopatológicos do colo do**

útero realizados na Casa da Mulher, Estado do Pará, Brasil. Revista Pan-Amazônica de Saúde, v. 7, n. 3, p. 51-55, 2016

SANTIAGO, D.R. **Fecundidade na Região Norte: Uma análise socioeconômica do perfil reprodutivo das mulheres nortistas.** In XVIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Anais . Águas de Lindóia/SP.2016.p. 1-20,

SANTOS, A.D. **Caso de mulheres entre 15 a 25 anos infectadas por HPV no colo uterino, atendidas e diagnosticadas no Centro de Referência Saúde da Mulher em Porto Velho–RO, no período de janeiro a dezembro de 2015.** 2016 .17 f. Monografia (Bacharel em Enfermagem) - Faculdade São Lucas, Porto Velho, 2016.

SCHIFFMAN, M.; SARAIYA, M. **Control of HPV-associated cancers with HPV vaccination.** The Lancet Infectious Diseases, v. 17, n. 1, p. 6-8, 2017.

SILVA, A. S. N. et al. **Início da vida sexual em adolescentes escolares: um estudo transversal sobre comportamento sexual de risco em Abaetetuba, Estado do Pará, Brasil.** Revista Pan-Amazônica de Saúde, v. 6, n. 3, p. 27-34, 2015.

SOARES, M.C. et al. **Câncer de colo uterino: caracterização das mulheres em um município do sul do Brasil.** Escola Anna Nery, v. 14, n. 1, p. 90-96, 2010

STROHL, A.E. et al. **Barriers to prevention: knowledge of HPV, cervical cancer, and HPV vaccinations among African American women.** American journal of obstetrics and gynecology, v. 212, n. 1, p. 65. e1-65. e5, 2015.

TEIXEIRA, L., et al. **Câncer de mama, câncer de colo de útero: conhecimentos, políticas e práticas.** Rio de Janeiro: Outras Letras, 2015. 256 p.

THULER, L.C.S; AGUIAR, S. S. de; BERGMANN, A. **Determinants of late stage diagnosis of cervical cancer in Brazil.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 36, n. 6, p. 237-243, 2014.

TORRES, K.L. et al. **Self-sampling coupled to the detection of HPV 16 and 18 E6 protein: A promising option for detection of cervical malignancies in remote areas.** PloS one, v. 13, n. 7, p. e0201262, 2018.

TORRES EDUARDO, K.G. et al. **Conhecimento e mudanças de comportamento de mulheres junto a fatores de risco para câncer de colo uterino.** Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v. 13, n. 5, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Sexually transmitted infections (STIs).** Geneva: World Health Organization; 2016 [cited 2017 ago 12].

WÜNSCH FILHO, V., et al. **Perspectivas da investigação sobre determinantes sociais em câncer.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 18, p. 427-450, 2008

ZANDONAI, A.P. et al. **Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latino-americana.** Revista eletrônica de enfermagem, v. 12, n. 3, p. 554-61, 2010

OS EFEITOS DA INFERTILIDADE NA VIDA DA MULHER COM ENDOMETRIOSE

Rhayssa Soares Mota

Discentes do curso de medicina das Faculdades Integradas Pitágoras, Montes Claros, Minas Gerais

Yasmin de Amorim Vieira

Discentes do curso de medicina das Faculdades Integradas Pitágoras, Montes Claros, Minas Gerais

Laís Mendes Viana

Discentes do curso de medicina das Faculdades Integradas Pitágoras, Montes Claros, Minas Gerais

Laura Vitória Viana Caixeta

Discentes do curso de medicina das Faculdades Integradas Pitágoras, Montes Claros, Minas Gerais

Giovanna Rodrigues Pérez

Discentes do curso de medicina das Faculdades Integradas Pitágoras, Montes Claros, Minas Gerais

João Victor Nobre Leão

Discentes do curso de medicina das Faculdades Integradas Pitágoras, Montes Claros, Minas Gerais

RESUMO: A endometriose é uma doença ginecológica, estrogênio-dependente, caracterizada pela existência de endométrio em sítios extra-uterinos, como ovários, peritônio, bexiga e ureteres. Sua prevalência é maior em mulheres na menacme, sendo conhecida como

a doença da mulher moderna, manifesta-se principalmente com dispareunia, dismenorrea e infertilidade. A relação entre endometriose e infertilidade (incapacidade de um casal conseguir uma gravidez após doze meses de tentativas, com relações sexuais frequentes) é comprovada, embora não completamente explicada. A associação entre esses dois fatores é fonte de prejuízo para a mulher com endometriose, em várias esferas, devendo ser acompanhada por equipe multiprofissional capacitada. Entre as alternativas terapêuticas, existem tratamentos hormonais, baseados no hipoestrogenismo; tratamentos cirúrgicos, como a laparoscopia, baseada em remoção de implantes e aderências; mas algumas situações ainda permanecem sem consenso, devendo a conduta ser individualizada.

PALAVRAS-CHAVE: endometriose; infertilidade; tratamento;

1 | INTRODUÇÃO

A endometriose é uma doença ginecológica crônica, de etiologia desconhecida e caracterizada pela presença de endométrio em sítios extra-uterinos, como ovários, peritônio, ligamentos úterossacros, região retro cervical, septo reto-vaginal, intestino, bexiga e ureteres (SOUZA *et al*, 2016). É uma condição

estrogênio-dependente, apresenta alta prevalência em mulheres na menacme e comumente manifesta-se com dismenorreia, dispareunia, dor pélvica crônica, disúria e infertilidade. (MARQUINI; 2014)

Atualmente, a endometriose configura-se como a doença da mulher moderna, uma vez que esta, ao priorizar sua formação profissional em detrimento do papel materno, tem cada vez menos gestações. Como consequência, ocorre o aumento do número de ciclos menstruais durante a vida da mulher e, sendo a endometriose uma moléstia estrogênio-dependente, verifica-se a perda da contrarregulação exercida pela progesterona durante a gravidez e a amamentação, promovendo ativação dos focos de endometriose e a ocorrência das manifestações clínicas da doença, principalmente no período menstrual (BARBOSA, OLIVEIRA; 2015).

Embora não completamente esclarecida, a relação entre endometriose e infertilidade é comprovada. Acredita-se que um dos mecanismo fisiopatológicos envolvidos na gênese da infertilidade em mulheres com endometriose está relacionado a alterações na expressão e/ou transcrição de moléculas no endométrio eutópico, o que faz com ele não sofra as alterações necessárias à receptividade do embrião, dificultando assim o processo de nidação e contribuindo para o quadro de infertilidade feminina (BROI *et al*; 2017).

Além disso, nos casos mais avançados da doença ocorrem alterações anatômicas que dificultam o processo de fecundação e nidação, como formação de aderências, alterações nas trompas, ovulações imperfeitas, óvulos de má qualidade e dificuldade no transporte do óvulo pela tuba uterina (SOUZA *et al*, 2016).

Assim, além de sofrer com a dor pélvica crônica, que promove queda na qualidade de vida, disfunção sexual e absteísmo ao trabalho, a infertilidade na mulher com endometriose ocasiona distúrbios psicológicos que vão desde níveis elevados de ansiedade ao transtorno depressivo maior, causando prejuízo nas esferas individual, social e conjugal (MARQUINI; 2014; FARINATI *et al*; 2006). Logo, a mulher que manifesta infertilidade na endometriose necessita de um acompanhamento multiprofissional e individualizado para o tratamento da doença, afim de amenizar tanto os sintomas físicos decorrentes da doença, quanto os psicológicos, consequentes aos prejuízos que a endometriose traz.

Portanto, o presente estudo objetiva analisar o impacto da infertilidade em mulheres acometidas por endometriose, bem como identificar os principais tratamentos para a doença que visam aumentar a fertilidade nas pacientes portadoras da moléstia.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura sobre endometriose e os efeitos da infertilidade decorrente desta sobre a vida das mulheres acometidas pela patologia. Quanto ao problema de pesquisa, caracteriza-se como qualitativa, uma vez que para

realizá-la não se fez necessária a coleta de dados, bem como a utilização de métodos estatísticos ou probabilísticos de qualquer natureza. Em relação ao procedimento de coleta de dados, ela será definida como bibliográfica.

A revisão bibliográfica foi realizada no mês de setembro do ano de 2018, por busca em meios eletrônicos nas bases de dados LILACS, PUBMED e Scielo, através dos descritores: “Endometriose” e “Infertilidade”, de forma única ou combinada. Foram utilizadas 11 literaturas, que abrangeram os anos de a 1997 a 2017.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A endometriose é uma doença que afeta o bem estar físico e emocional das mulheres no mundo. Sua ampla variedade de formas de apresentação gera uma ampla diversidade de sintomas, que pode ir de assintomática até sintomas extremamente incapacitantes. As principais manifestações são: dismenorreia, dor pélvica crônica, dispareunia e infertilidade. Outras características podem aparecer de acordo com a localização do implante (BROI *et al*; 2017).

A infertilidade é a incapacidade de um casal conseguir uma gravidez após doze meses de tentativas, com relações sexuais frequentes (duas a três vezes por semana). Apesar da forte associação entre endometriose e infertilidade, os mecanismos envolvidos na sua etiopatogênese, principalmente nos casos de doença mínima e leve, ainda não foram precisamente elucidados (CROSERÁ *et al*; 2010).

A implantação é um processo altamente controlado que depende de um adequado desenvolvimento embrionário e da chegada do embrião a um endométrio receptivo. A alteração na expressão de diferentes genes importantes para a modulação da receptividade endometrial comprometeria a fertilidade natural em mulheres com a doença (BROI *et al*; 2017).

O endométrio humano sofre mudanças histológicas, moleculares e funcionais ao longo do ciclo menstrual, está receptivo apenas durante determinado período da fase secretora média, definido como janela de implantação, é influenciado por uma variedade de moléculas sinalizadoras, com importante papel no estabelecimento da receptividade (HU *et al*; 2014).

As pacientes inférteis com endometriose foram subdivididas entre os estágios iniciais (endometriose I/II) e avançados (endometriose III/IV), de modo que essa comparação identificou a existência de genes diferencialmente expressos quando comparadas com controles férteis e entre si, o que sugere que a doença tenha efeito distinto no endométrio eutópico dessas mulheres de acordo com seu estágio (BROI *et al*; 2017).

Ao comparar o grupo endometriose III/IV com o grupo controle fértil, cinco DEGs foram identificados (SCUBE1, CCL20, LGALS9 C, TRIM 29 e WNT11). Embora não pertençam a uma mesma via, esses genes parecem estar envolvidos na patogênese

da doença e podem ter importante papel na receptividade endometrial, uma vez que, na sua maioria, são relacionados a processos biológicos de proliferação celular, vascularização, resposta inflamatória e imunológica e destino celular, estão envolvidos em vias de sinalização de quimiocinas e citocinas (BROI *et al*; 2017).

O tratamento hormonal é a principal escolha para os casos leves, uma vez que, o tecido endometrial é receptivo e dependente do estrogênio, criando um ambiente hipoestrogênico que leva à interrupção do ciclo de estimulação, possibilitando, muitas vezes, a regressão dos implantes endometriais. No entanto, não existem provas de que apenas essa terapêutica para endometriose associada à infertilidade tenha valor e, muito menos, de que aumente a taxa de gravidez (CROSERÁ *et al*; 2010).

A cirurgia laparoscópica é considerada o padrão-ouro no tratamento de endometriose leve associada à infertilidade. Os objetivos principais da cirurgia em pacientes com endometriose são: remover completamente todos os implantes endometriais e aderências dos órgãos envolvidos e restabelecer a anatomia normal da pelve (CROSERÁ *et al*; 2010).

Quanto aos casos de endometriose moderada ou severa, não há consenso na literatura se a remoção cirúrgica melhora as taxas de gestação. No entanto, dados de estudos controlados concluíram que a terapia ultralonga com agonista do GnRH após cirurgia pode aumentar a taxa de gravidez em ciclos de reprodução assistida nas pacientes com endometriose avançada (CROSERÁ *et al*; 2010).

A realização de hiperestimulação controlada com citrato de clomifeno ou gonadotrofinas associada à inseminação intrauterina (IIU) melhora a fertilidade em pacientes com endometriose mínima e leve (DONNEZ; 2004). Todavia, essa conduta poderá ser adotada excluindo fator masculino, idade da paciente (>35 anos), falhas de tentativas prévias, ressaltando-se as taxas esperadas de fecundidade por ciclos (0,09 a 0,13) (CROSERÁ *et al*; 2010).

Portanto, a adoção dessa conduta deve ser individualizada e discutida com as pacientes, considerando-se outros fatores que podem determinar o sucesso dos procedimentos de reprodução assistida (CROSERÁ *et al*; 2010).

4 | CONCLUSÃO

Diante do exposto, observa-se a íntima relação entre a endometriose e a infertilidade. Uma vez que, a endometriose é considerada uma doença da mulher moderna, acometendo principalmente mulheres em idade fértil, a associação estabelecida entre as duas patologias se torna muito prejudicial, tanto do ponto de vista conjugal, como psicológico e social.

Dessa forma, essas pacientes devem ser abordadas por uma equipe multiprofissional, visando dar suporte em todas as esferas afetadas, e podendo assim, melhorar a qualidade de vida da mulher com endometriose e infertilidade.

Em relação ao tratamento, existem diversas alternativas, tanto hormonais como cirúrgicas, para abordagem dessas doenças. Assim sendo, a escolha do melhor método deve ser individualizada.

Por conseguinte, conclui-se que a relação entre infertilidade e endometriose é danosa para a paciente, mas existem tratamentos disponíveis que podem melhorar o prognóstico, devendo ser indicados de acordo com as características da paciente.

REFERÊNCIAS

A. C. DIAS VILA, L. VANDENBERGHE & N. ALMEIDA SILVEIRA. **A vivência de infertilidade e endometriose: pontos de atenção para profissionais de saúde.** Psicologia, saúde & doenças, 2010, 11 (2), 219-228.

Adamson GD. **Treatment of endometriosis-associated infertility.** Semin Reprod Endocrinol. 1997;15(3):263-71.

BARBOSA, Delzuite Alves de Sousa; OLIVEIRA, Me. Andréa Mara de. **Endometriose e seu impacto na fertilidade feminina.** SAÚDE & CIÊNCIA EM AÇÃO - Revista Acadêmica do Instituto de Ciências da Saúde. Julho-dezembro, 2015.

BROI, *et al.* **Perfil diferencial de transcritos em endométrio eutópico de mulheres inférteis com endometriose e controles durante a janela de implantação.** Reprodução e Climatério; 2017.

Crosera AMLV, Vieira CHF, Samama M, Martinhago CD, Ueno J. **Tratamento da endometriose associada à infertilidade - revisão da literatura.** FEMINA; Maio 2010; vol 38; nº 5.

Donnez J, Van Langendonck A. **Typical and subtle atypical presentations of endometriosis.** Curr Opin Obstet Gynecol. 2004;16(5):431-7.

FARINATI, Marcondes; RIGONI, Débora dos Santos; MARISA, Maisa Campio Müller. **Infertilidade: um novo campo da Psicologia da saúde.** Estudos de Psicologia, vol. 23, núm. 4, outubro-diciembre, 2006, pp. 433-439 Pontifícia Universidade Católica de Campinas Campinas, Brasil.

MARQUINI, Alessandra Bernadete Trovó de. **Endometriose: do diagnóstico ao tratamento.** Rev Enferm Atenção Saúde [Online]. jul/dez 2014; 3(2):97-105.

P. Diaz-Gimeno, M. Ruiz-Alonso, D. Blesa, C. Simon. **Transcriptomics of the human endometrium.** Int J Dev Biol, 58 (2014), pp. 127-137.

SOUZA, Gerema Keyle Teles de; COSTA, Jane Ruth Gadelha; OLIVEIRA, Lara Leite de; LIMA; Liene Ribeiro de. **Endometriose X Infertilidade: revisão de literatura.** Centro Universitário Católica de Quixadá, 2016

S. Hu, G. Yao, Y. Wang, H. Xu, X. Ji, Y. He, et al. **Transcriptomic changes during the pre-receptive to receptive transition in human endometrium** detected by RNA-Seq. J Clin Endocrinol Metab, 99 (2014), pp. E2744-E2753.

PERCEPÇÃO DO PAI ACERCA DA ESCOLHA DO TIPO DE PARTO EM UM HOSPITAL PÚBLICO EM FORTALEZA-CEARÁ

Francisco Antonio da Cruz Mendonça

Centro Universitário Estácio do Ceará,
Departamento de Enfermagem
Fortaleza – Ceará

Marilyn Kay Nations

Harvard Medical School, Department of Global
Health & Social Medicine
Fortaleza – Ceará

Andréa Stopiglia Guedes Braide

Centro Universitário Christus, Departamento
de Fisioterapia
Fortaleza – Ceará

Cristiani Nobre de Arruda

Instituto de Apoio ao Queimado, Departamento
de Terapia Ocupacional
Fortaleza – Ceará

Kátia Castelo Branco Machado Diógenes

Universidade de Fortaleza, Departamento de
Fisioterapia
Fortaleza – Ceará

José Manuel Peixoto Caldas

Universidade do Porto, Faculdade de Medicina.
Porto - Portugal

Luis Rafael Leite Sampaio

Universidade Regional do Cariri, Departamento de
Enfermagem
Crato – Ceará

RESUMO: Objetivou-se analisar a percepção dos pais acerca da escolha dos tipos de parto. Trata-se de estudo descritivo, com

abordagem qualitativa, realizado entre março e junho de 2015, em um hospital terciário público de Fortaleza-CE, Brasil. Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada e submetidos a análise de conteúdo. Os participantes da pesquisa foram 9 pais que tinham entre 19 e 30 anos. Os relatos paternos evidenciam a preferência dos pais pela via de parto natural pelo fato da recuperação ser mais rápida e esta escolha se detém as mulheres. Nota-se a importância de desenvolver estratégias para que os pais tenham oportunidade de participar com mais frequência do pré-natal e o fator trabalho se mostrou o principal motivo da não participação do pai. Conclui-se que a Enfermagem tem papel de desenvolver estratégias e envolver o pai desde a gestação até o pós-parto. Faz-se necessário que sociedade civil, profissionais, gestores e instituições de saúde para garantir este direito do pai.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Pai; Parto Humanizado.

ABSTRACT: This study aimed to analyze the perception of parents about the choice of mode of delivery. It is a descriptive study with a qualitative approach, conducted between March and June 2015 in a public tertiary hospital in Fortaleza, Brazil. Data were collected through semi-structured interviews and subjected to

content analysis. Survey participants were 9 parents who had between 19 and 30 years. The paternal reports show the preference of parents via natural childbirth because the recovery is faster and this choice is arrested women. Note the importance of developing strategies for parents to have the opportunity to participate more often than prenatal care and the labor factor proved the main reason for non-participation of the father. It was concluded that nursing has a role to develop strategies and involve the father from pregnancy to postpartum. It is necessary that civil society, professionals, managers and health institutions to ensure this right of the father.

KEYWORDS: Nursing; Father; Humanizing Delivery.

1 | INTRODUÇÃO

A decisão acerca da via de parto é influenciada por diversos fatores como os riscos, benefícios, possíveis complicações e repercussões futuras. Sendo assim, mães e pais devem receber informações precisas para que possam efetivar o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. O direito de livre escolha da via de parto deverá ser respeitado, especialmente, quando os pais forem devidamente orientados durante todo o processo de gestação e parto. É ético o médico atender à vontade da gestante de realizar o parto, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal (BRASIL, 20016).

O período da gestação causa misto de sentimentos nos pais: ansiedade tanto pela preparação para a chegada do recém-nascido, quanto pela espera. É no momento que os pais se preparam para receber esse novo ser, que se entregam a uma nova fase do ponto de vista psicológico e estrutural.(PICCININI et al., 2004).

Nesse sentido, faz-se importante o desenvolvimento de estudos sobre a participação do pai na escolha do tipo de parto, pois a medida que a gestação evolui, o pai vê e acompanha esse fenômeno. Sentimentos afloram durante esse período e o homem-pai tem preocupações diferenciadas do homem comum: responsabilidade pelos filhos, além de um sentimento de proteção e participação em suas vidas(ALEXANDRE; MARTINS, 2009). ,

As diferenças de sexo e de tarefas sempre estiveram presentes em sociedades patriarcais – nestas, as mulheres se responsabilizam pelo lar, enquanto os homens assumem a posição de provedor . Estudos mostram que o homem se sente excluído no processo de nascimento servindo apenas como apoio e conforto (JOHNSON, 2002; CHANDLER; FIELD, 1997).

Percebe-se que em muitos casais a escolha do parto vaginal é temido, principalmente, pelas mulheres. A lista de dúvidas que as cercam é extensa, quanto ao parto vaginal, vão desde motivos como a dor no momento do parto, o desencadeamento de incontinência urinária e/ou fecal, lacerações perineais, até como implicações no desempenho sexual (GAMA et al., 2009). Estudos de Faúndes e colaboradores (2004) evidenciaram que mulheres que já passaram pelos dois tipos de parto preferiram o

parto natural à cesárea, embora as que preferiram o parto cesáreo só haviam passado pela experiência do mesmo.

Por outro lado, o parto cesáreo é uma intervenção cirúrgica utilizada nas condições materno-fetais que não favorecem o parto vaginal. Esta escolha deve ser feita de forma criteriosa, pois a mesma é um procedimento invasivo e oferece riscos para a mãe e a criança. Sendo assim, o profissional médico deve estar de acordo com as escolhas dos pacientes relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos. É direito da gestante decidir pela realização de cesariana, preservada a autonomia, desde que tenha recebido todas as orientações de forma detalhada sobre o parto vaginal e cesariana, seus respectivos benefícios e riscos (BRASIL, 2016).

É de fundamental relevância a inclusão do pai no ciclo gravídico e puerperal, bem como na escolha do tipo de parto, sendo de suma importância que os profissionais de saúde tenham consciência dos benefícios, fazendo com que essa pessoa tão importante, seja cada dia mais incluída nos cuidados com a saúde da mulher. Principalmente, quando a mesma estiver gestante, no pré-natal, estendendo esses cuidados ao parto e puerpério, amparados sempre pelas orientações dos profissionais de saúde (VIEIRA et al., 2014; SPINDOLA; PROGIANTI; PENNA, 2012).

Em observância a uma política programática, a assistência em saúde materna deve ser realizada incluindo o pai em todas as fases da gestação e do parto. Medidas de “reculturação” social e de adaptação do homem às novas exigências de nosso tempo histórico podem despertar acerca da importância de sua presença, bem como de se preparar para oferecer o apoio necessário durante a parturição. Assim, ele divide com a parturiente os sentimentos comuns neste período, trazendo benefícios para a tríade pai-mãe-filho (SANTOS et al., 2012).

Diante desse contexto, verifica-se que a interação do pai no parto é de suma importância para a mãe, pois o pai é uma fonte de apoio, bem como propicia benefícios no momento do parto. Acreditamos que a participação do homem durante o parto proporciona segurança para a escolha do tipo de parto. Tendo em vista que a participação do pai é importante desde o pré-natal até o pós-parto, este trabalho é relevante na busca da compreensão dos pais acerca da escolha do tipo de parto.

Sendo assim, instigou a elaboração deste estudo, com o objetivo de analisar a percepção dos pais acerca da escolha do tipo de parto.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo descritivo e exploratório. Este estudo se adequa a uma investigação descritiva e qualitativa, na medida em que se observa, descreve e qualifica. Quanto à abordagem, optou-se pela qualitativa. Para Minayo (2013), a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, pois se preocupa com

a realidade que não pode ser quantificada e trabalha vários tipos de análise, como: condições, crenças, valores e atitudes, no qual corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis.

O local do estudo para realizar a pesquisa foi o Alojamento Conjunto do Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana, nos meses de maio a junho de 2015. Os participantes do estudo foram nove pais que estavam acompanhando suas esposas em trabalho de parto na recepção do hospital e alojamento conjunto. A escolha do local se deve ao fato de ser a primeira maternidade do Brasil, a adotar humanização do parto em um hospital público destacando a inclusão do homem com a intervenção “Parto Que Te Quero Perto” com a participação do pai no momento único do nascimento do seu filho.

Os critérios de inclusão foram os pais que estavam acompanhando suas esposas, e que concordaram em participar com a assinatura do termo de consentimento livre esclarecido. Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, o número de participantes foi estimado na dependência da saturação dos dados, ou melhor, à medida que foram surgindo unidades de significação e repetição do conteúdo, completou-se e encerrou-se a coleta de dados (MINAYO, 2013).

O instrumento escolhido para a coleta de dados foi à entrevista do tipo semi-estruturada contendo questões guias, tais como: sociodemográficas (idade, estado civil, número de filhos, escolaridade e profissão/ocupação); escolha do tipo de parto; participação na escolha do tipo de parto; dificuldades na escolha; acompanhamento da esposa no pré-natal; motivos e benefícios da escolha do tipo de parto.

A entrevista não é uma simples técnica de coleta de dados, mas ou como referem alguns teóricos, a construção de informações em uma relação, não raro, delicada dados entre o entrevistador e entrevistado, pelo qual se busca obter informações relacionadas aos valores e opiniões dos sujeitos, neste caso, acerca dos medos manifestados em mulheres operadas por câncer de mama (MINAYO, 2013).

Para a interpretação e análise dos dados as respostas foram codificadas e em seguida lidas, sucessivamente, para a observação e percepção das convergências contidas, sendo posteriormente analisadas e elencadas por categorias, de acordo com a similaridade de ideias contidas nos mesmos, a partir de uma análise de conteúdo segundo a técnica de Bardin (2009) e Rodrigues e Leopardi (1999), que visa obter por procedimentos sistemáticos, os objetivos da descrição dos conteúdos das mensagens que permitam a inclusão de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessa mensagem.

Após a análise emergiram as categorias: Percepção do pai acerca da escolha do tipo de parto; Dificuldades encontradas pelos pais na escolha do tipo de parto; Preferência paterna e benefícios pela via de parto; e Sentimentos relatados pelos pais: felicidade, ansiedade e medo.

A pesquisa obedeceu aos aspectos éticos da pesquisa que envolve os seres

humanos. Assim, os dados só foram coletados após a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza, sob número de Parecer 928.927, conforme as normas da Resolução N.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde em pesquisa envolvendo seres humanos.

Com a finalidade de preservar a identidade dos sujeitos, assegurando-lhes o anonimato. No decorrer do trabalho, foi adotada como referência uma denominação da letra (P) para os pais do estudo.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos pais entrevistados

O perfil da faixa etária dos nove entrevistados variou de 19 a 30 anos de idade, representando serem pais jovens. Quanto ao estado conjugal, seis deles viviam em união estável, dois solteiros e apenas um casado. Em relação à escolaridade, apenas um cursava o nível superior, quatro o ensino médio completo e três não concluíram o ensino fundamental. Destes, três recebem até dois salários mínimos e seis um salário mínimo. Com relação às ocupações dos entrevistados foram citadas: técnico de aparelhos eletrônicos, técnico em edificações, auxiliar de depósito, floricultor, auxiliar de padeiro, servente de pedreiro, zelador, pedreiro e promotor de vendas.

A configuração de um local “aconchegante”

No percurso ao hospital, os pais percorreram um caminho, na maioria das vezes, angustiador. Em que se vai gerando incertezas, dúvidas e medos. Ao chegar se deparam com um local aparentemente descuidado, ainda na área externa paredes com tintas desgastadas. Na sala de espera, observa-se vários casais, alguns sentados próximos e outros afastados com uma expressão facial de inquietação.

Um ambiente barulhento, advindo da rua, buzinas de carros e motos que se misturam com a preocupação estampada no rosto dos que ali esperam. Sujidades são aparentes nas paredes e pisos, uma televisão ligada com o intuito de tentar descontrair o público que está sentado em cadeiras desconfortáveis, principalmente das futuras mães que se encontram no ambiente. Os pais inquietos são evidenciados pelas pernas com movimentos rítmicos e pela mudança de postura. Outros usufruem desse momento para acariciar sua companheira, carinhos estes aplicados na face e na barriga, que incluem abraços, beijos, toques e olhares carinhosos, percebe-se o quanto de amor existem nesses gestos singulares.

Logo mais, adiante, em outro ambiente, no alojamento conjunto, pode-se visualizar demonstrações de carinho dos pais com seus bebês, um deles na fila aguardando o banho matinal, em que o pai estava a segurar o recém-nascido, oferecendo-lhe carinho

na face com dedo indicador, movimento este tão suave acompanhado de um olhar singelo, amoroso e emocionado. O som que sai do televisor se mistura com as vozes dos médicos sentados a mesa realizando as prescrições do dia. São verificados, ainda, o choro dos bebês, as mães que seguram seus recém-nascidos e conversam entre si, trocando palavras de como passou a noite e o barulho de macas sendo arrastadas nos corredores próximos. Essa mistura de sons, barulhos e vozes nos mostram a ecleticidade de um ambiente que teoricamente era pra ser aconchegante, harmonioso e mágico.

Percepção do pai acerca da escolha do tipo de parto

A percepção dos pais sobre a escolha do tipo de parto foi bem variável. Dos nove entrevistados, pode-se observar a diversidade de visões paternas sobre a multiplicidade de questões abordadas, afirmaram que a escolha deve ser feita pela mulher, outros não souberam responder e não deram a resposta. Outros pais relataram um momento de ansiedade intensa com o nascimento do filho e um composto de sentimentos com o momento vivido.

Diante das entrevistas, pode-se perceber que os pais acreditam que a escolha do tipo de parto se detém em sua maioria pela decisão das mulheres e que apoiaria a decisão como observa-se no relato de um pai a seguir: *“essa escolha eu acho que é mais dela, porque ela escolheu ter normal (P1).”*

Outros não chegaram a participar desta decisão, mostrando-se indiferente quando perguntados sobre o assunto. Pode-se perceber que a maioria dos pais não teve voz e nem foi empoderado para decisão da escolha de parto. Esta foi tomada, em geral, pelo médico. Portanto, as suas escolhas foram induzidas por sua companheira, conforme verifica-se nos relatos a seguir: *“o tipo de parto vai depender do bem estar da mulher. Para mim, se ela sentir melhor com o parto normal é melhor para ela (P9)”* e *“se ela escolher, para mim tanto faz, não tenho a menor ideia (P8).”*

Quando indagados em nossa pesquisa, se os mesmos haviam tido participação na escolha do tipo de parto de suas companheiras a maioria dos pais (77,7%) respondeu que não teve participação nessa escolha. Os motivos para a não participação variaram, o que mais se repetiu foi a decisão do médico pelo tipo de parto com 44,4% pelas condições fisiológicas da parturiente. Embora com esses resultados, os pais deixaram explícita a preferência pelo parto natural.

Em pesquisa realizada por Tedesco e colaboradores (2004) no município de Jundiaí (SP), no ano de 2003, com o objetivo de conhecer as expectativas de primigestas com relação à via de parto, bem como os motivos de sua escolha, procurando melhorar a qualidade do relacionamento médico-paciente, verificou-se que o período de gestação é considerado um período particular na vida dos pais, em que os sentimentos estão a flor da pele, as angústias e medos se confundem com a alegria de se tornarem pais. Parte desse momento é causado pelas preocupações e dúvidas relacionadas quanto

à hora do parto.

Apesar de ser um assunto que preocupa muito, em geral, eles não participam da escolha da via de parto. Os homens ficam sabendo apenas da decisão médica, afirma um pai de 19 anos, auxiliar de pedreiro: *“Não participei da escolha do tipo de parto. Foi a médica que decidiu. Mas, eu queria que fosse normal (P2)”*. Outro pai que não participou relatou o seguinte: *“não participei. Era para ser normal, mas o médico disse para ser cesárea porque meu filho não tinha nascido ainda e já estava passando do tempo (P7)”*.

Outra pesquisa realizada no município de Juazeiro na Bahia, entre março e junho de 2010, com o intuito de conhecer os fatores que influenciavam na decisão da via de parto de gestantes atendidas em uma Unidade de Saúde, verificou-se que deve levar em consideração a opinião do profissional de saúde e esta deve ser respeitada. Os pais podem escolher uma forma de parto que não seja adequada, pois o profissional conhece os riscos tanto para mãe quanto para o bebê e indicará a maneira que melhor seja indicada ao momento (SILVA; PRATES; CAMPELO, 2014).

Em nosso estudo, apenas um pai relatou que havia participado dessa decisão. Observou-se na fala o poder de barganha com a mulher: *“conquistei minha esposa a fazer o parto normal, abordando que com essa escolha teria melhor recuperação (P4)”*. Outro pai que não participou, mas fundamentou na experiência anterior de sua mãe e no que ela aconselhou: *“minha mãe já passou por isso. Já teve parto normal e cesárea, aí ela disse que era melhor normal por conta da recuperação. Então, ela sempre me falou que normal era melhor. Por que a cesárea a recuperação era mais longa, três meses. Então sempre apoiei a ser normal, pela recuperação e pelo bem dela (P1)”*.

Percebeu-se que muitos fatores podem contribuir na preferência da escolha da via de parto feita pelos pais, experiência de vida, conselhos de familiares, sentimentos de dor, medo, crenças, questões culturais, todos esses fatores, e outros fazem a diferença no que leva o casal a escolher a via de parto.

Estudos de Câmara, Medeiros e Barbosa (2000) apontam que as imagens montadas ao longo dos tempos sobre as vias de parto e suas influências sobre o corpo e a vida das mulheres, explicam os motivos que levam às escolhas para o parto normal ou cesárea. Alguns fatores exercem influência sobre esta escolha como o suporte familiar, condições financeiras, grau de instrução, acesso ao serviço de saúde e fatores culturais, estes interferem diretamente ou até mesmo definem a decisão ao parto normal ou cesárea.

Dificuldades encontradas pelos pais na escolha do tipo de parto

Quando indagados sobre o surgimento de alguma dificuldade no momento da escolha do tipo de parto, apenas um entrevistado verbalizou que houve dificuldade. Os demais relataram que não participaram da decisão. Um pai de 28 anos, pedreiro,

relatou: *“tive ansiedade por não ter muito conhecimento. Achei que logo quando ela sentisse dor, ela já iria ter, porém demorou muito (P4)”*.

As dificuldades da escolha da via de parto são influenciadas por diversos fatores como os riscos e benefícios, possíveis complicações e repercussões futuras. Desta forma, torna-se necessário que os pais recebam informações precisas no pré-natal para serem orientados, conforme preconiza a Política de Humanização do Parto (BRASIL, 2001).

Quanto ao acompanhamento dos pais às consultas de Pré-Natal, quatro dos nove entrevistados não participaram de nenhuma consulta, o fator relacionado a essa ausência justificou-se pelo horário de trabalho. Outros chegaram a participar de uma ou mais consultas, mas também não puderam estar presentes em todas pelo mesmo motivo. Um pai que não participou afirmou: *“Não participei, pois eu tinha que trabalhar. Nunca tive um dia livre para acompanhá-la (P4)”*. Outro pai acompanhou algumas consultas: *“Acompanhei nas consultas, mas só algumas porque nas outras eu estava trabalhando. Fiquei feliz em ouvir as batidas do coração e ver a imagem do bebê. Estou me sentindo feliz nesse momento (P3)”*.

O trabalho é um fator que atrapalha a participação dos pais estarem presentes nas consultas de pré-natal. Principalmente, quando coincide o horário de trabalho com as consultas. As empresas não aceitam que os homens falem ao trabalho para dar assistência à mulher e ao filho (SIQUEIRA, 2002; SILVEIRA, 2006). É relevante que o homem também tenha garantias trabalhistas que permita maior participação na gestação de sua companheira, pois observa-se que esse direito é exclusivo da mulher no contexto atual (OLIVEIRA et al., 2009).

Com os pais deste estudo não foi diferente, principalmente, quando se fala em conciliar os horários de trabalho com as consultas de pré-natal das parceiras. O pai a seguir relata melhor essa dificuldade vivenciada: *“acompanhei ela nas consultas, mas só algumas por que nas outras eu estava trabalhando. Mas, é bom acompanhar” (P3)*.

O homem envolvido com a gestação, em geral, faz-se presente às consultas de pré-natal, acompanha a realização dos exames de sua companheira, como também participa de cursos de preparação para o parto expondo a ele seus sentimentos e preocupações. Apesar do exposto, não significa que os homens que não estão presentes nas consultas não estejam se doando junto suas companheiras (CAVALCANTE, 2007).

Quase a metade (44,4%) dos pais entrevistados participou, ativamente, da gestação. Levando-se em consideração a importância do parto para o binômio mãe-filho. Esta é uma forma destes se inteirarem do que ocorre e preocupar-se com o bem estar da companheira e do bebê. A participação do pai durante o período gestacional dá a possibilidade de compreender esse processo, tomando conhecimento das necessidades da parturiente, dando apoio emocional a essa mulher e facilitando a escolha do tipo de parto.

Para Carvalho et al. (2009) a criação e execução de estratégias para atender o pai no pré-natal e puerpério tornam-se necessárias, para que possa minimizar a

inquietação que envolve o pai nesse período.

Um pré-natal adequado e apoiado pela equipe de saúde auxiliará e passará confiança para os pais, para que desta forma possam superar o medo quanto ao inesperado. Para Jardim (2009) com o nascimento do filho todos os mistos de sentimentos vivenciados pelos pais como o medo do desconhecido, do inesperado, a angústia e aflição do incontável serão superados nesse momento.

As expectativas do pai em relação à melhor escolha de parto da companheira são consequências de como as informações estão disponíveis ou são acessíveis a ele. Logo, a participação do pai nas consultas de pré-natal torna-se de suma importância. Pois nesse momento o pai e a mãe recebem as informações referentes ao parto e possíveis complicações no pré-natal. Desta forma, o pai obtém conhecimentos que podem contribuir na escolha da via de parto da parceira.

Preferência paterna e benefícios pela via de parto

Quanto aos motivos que levaram os pais a escolherem sobre a via de parto, 55,5% dos entrevistados declararam que escolheram a via de parto natural, devido à recuperação ser mais rápida -- embora essa preferência não tenha sido atendida. Conforme mencionaram os pais: “*saber que ela teria recuperação rápida, já que moramos sozinhos. Com o parto normal ela poderia continuar com as atividades diárias (P4)*”; “*por conta da recuperação mesmo, nós decidimos que era melhor o normal (P9)*”. Ficou claro em nossa pesquisa o favoritismo dos pais pelo parto natural, como pode-se observar nas falas acima citadas. A justificativa que mais se repetiu foi a hipótese de uma recuperação mais rápida favorecendo o retorno às atividades de rotina.

O parto natural tem inúmeros benefícios para mãe e bebê como melhor e rápida recuperação da mulher, menor risco de aquisição de infecção hospitalar e menor incidência de desconforto respiratório para o bebê. O parto normal proporciona a mãe recuperação pós-parto praticamente imediata, podendo a mesma voltar aos seus afazeres precocemente, sem a influência da anestesia e sem as dores da incisão cirúrgica (BRASIL, 2005).

Os entrevistados apontaram como principal benefício do parto escolhido à recuperação da parturiente; 55,5% afirmaram que o parto normal traz consigo uma reabilitação mais rápida e 44,4% não tinham conhecimento sobre os benefícios da via de parto escolhida ou realizada. Percebe-se, assim, baixo nível de informação biomédica dos entrevistados e pouco conhecimento dos benefícios de cada tipo de parto.

Estudos realizados por Oliveira e colaboradores, em São Paulo, no ano de 2002, verificou-se o predomínio de justificativas com base nas vantagens do parto normal para a mulher, pois a recuperação é mais rápida. Foi notório que alguns homens estão bem informados e têm o conceito de que o parto normal é fisiológico,

rápido e apresenta menor risco para mãe e bebê. Os homens avaliaram os riscos e benefícios do parto da companheira e estabeleceram suas escolhas. O desejo pelo parto normal foi motivado pela expectativa de recuperação rápida e pelo receio da mãe sofrer intercorrências na cesariana que poderiam prejudicar a saúde e sua rotina diária durante o pós-operatório.

O desejo pela cesárea é evidenciado pelo receio da companheira sofrer dores e de ter complicações com o recém-nascido, entre outros fatores. Dentre os determinantes socioculturais responsáveis pela preferência dos homens por cesárea está o medo da dor para a mãe durante o trabalho de parto e parto. Existe uma crença de que a cesárea eletiva, decidida com antecedência para dia e hora definidos, permitirá a mulher ter um parto sem qualquer dor (OLIVEIRA et al., 2002).

Sentimentos relatados pelos pais: felicidade, ansiedade e medo

Em pesquisa realizada por Maldonato e Canella (1988), no Rio de Janeiro, a paternidade para o homem é evidenciada por uma transformação psicológica que é conquistada mediante participação ativa no decorrer da gravidez da sua mulher. Essa participação assume diversos sentimentos sendo os principais: amor, companheirismo e espírito de responsabilidade.

Diante a essa abordagem, torna-se essencial que a mulher sinta o amor e o apoio do companheiro, muitas vezes expressos nos pequenos gestos e atenções. Sentindo a presença do pai e reforçando a união entre eles enquanto casal. São inúmeras as reações expostas pelos pais no momento do nascimento. Alguns ficaram temerosos com a responsabilidade de ter um filho e outros se comoveram profundamente ao ver o filho tão desejado. O pai de 19 anos, afirmou: *“foi um momento muito feliz, não dá nem pra explicar. Na hora que agente ver dá vontade até de chorar (P2)”*. O pai demonstrava no momento da entrevista carinho pela companheira e o bebê, assim como também mostrava-se muito atencioso e cuidadoso, reforçando os laços que existem de carinho, afeto e amor.

Em um trabalho realizado por Tarnowski, Próspero e Elsen (2005) sobre a participação paterna no processo de humanização do nascimento, aponta que nos dias atuais é exigido dos pais uma postura diferente daquela que eles aprenderam de seus antecessores e isso provoca sentimentos contraditórios. Culturalmente, para o homem não era permitido expressar seus sentimentos, e assim restava-lhe apenas, calar-se.

Em nosso estudo, percebeu-se que os pais não tiveram medo e nem vergonha de expressar os sentimentos sentidos naquele momento, como o zelador de 23 anos que acabara de tornar-se pai, *“deu vontade de chorar quando eu ouvi ele chorar. Não sei explicar que sentimento era esse, mas era bom” (P3)*.

Em estudo realizado por Ramires (1997), no estado de Espírito Santo, com o objetivo de expor sob a expectativa, sentimentos e vivências do pai durante o parto, o

homem tem se identificado cada vez mais com a mulher, com desejo de estar presente nos primeiros períodos de cuidados vitais, principalmente entre os pais jovens. O pai é um homem que procura se preparar emocionalmente para assumir a mulher e como também ter presença ativa na educação e criação dos filhos. Quanto mais cedo for o contato do pai com o filho recém-nascido, mais se tem o benefício de desenvolver laços paternos entre eles. Um dos desafios dos homens é conciliar o trabalho com a presença constante da paternidade.

Para Jardim (2009), o nascimento do filho é caracterizado pelos pais como um momento único e especial em suas vidas. Um momento em que há mudança na vida masculina, em que o homem de fato se concretiza com o nascimento do filho, em que ele se transforma em pai.

Nossos informantes nesse estudo informaram que a chegada do bebê provoca sentimentos que são difíceis de traduzir, momento de emoções e sentimentos marcados de alegria e felicidade. O nascimento do filho traz tranquilidade, concretiza a vitória materna e a superação dos medos vivenciados pelo casal. Embora, em outros estudos com uma amostra maior, podemos visualizar outras reações emocionais paternas, tais como: ansiedade, depressão paterna pós-parto, isolamento social, abandono da família, etc.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do presente estudo, percebe-se que a escolha do tipo de parto se detém as suas companheiras e pelas decisões médicas. Além disso, os riscos e benefícios, complicações e repercussões futuras são fatores que devem ser levados em conta nessa decisão.

Percebeu-se durante as entrevistas que os pais não são orientados durante a gravidez das companheiras em relação aos benefícios e riscos de cada via de parto, e até mesmo informações básicas que deveriam ser repassadas durante o pré-natal, pois estas poderiam facilitar o entendimento do casal, auxiliando-os e instruindo-os o que seria mais adequado para cada caso.

O conhecimento dos pais da biomedicina é insuficiente em relação à via de parto. Desta forma, nota-se a importância do pré-natal como fonte educativa. É fundamental reforçar e deixar claro as informações sobre o parto. Nota-se a necessidade de desenvolver estratégias que contemplem os pais da gestação até o pós-parto, políticas públicas que possibilitem a participação do pai, oferecendo-lhe o direito de estar presente nas consultas de pré-natal no horário de trabalho.

A preferência da via vaginal das companheiras deve-se ao fato de a recuperação ser mais rápida e o retorno das atividades diárias, enquanto que pela cesariana, foi o medo da dor associada às complicações no pós-operatório. Evidenciou-se que para o pai, o nascimento do filho é visto como experiência única e sentimentos como: medo,

ansiedade, angústia, alegria, felicidade e amor.

Diante do exposto, espera-se que desenvolvam estratégias que envolvam os pais da gestação ao pós-parto visando maior participação paterna e o poder de escolha consciente da melhor via de parto. Faz-se necessário que sociedade civil, profissionais, gestores e instituições de saúde garantam este direito ao pai.

Desta forma, pode-se gerar mudanças na assistência prestada ao pai durante a gestação, buscando envolvê-lo com o intuito de possibilitar ao pai o empoderamento, voz e maior participação no que se refere as tomadas de decisões, bem como garantia do direito de participação paterna na gestação, parto e pós-parto. Os pais devem ser protagonistas nesse processo devem ter engajamento radical nessa decisão em conjunto na escolha do tipo de parto.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, A. M. C.; MARTINS, M. A vivência do pai em relação ao trabalho de parto e parto. **Cogitare enferm**, v. 14, n. 2, p. 324-331, abr.-jun., 2009.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**, Lisboa, Portugal; 70, LDA, 2009.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. **Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto normal: mais segurança para a mãe e para o bebê**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. **LEI Nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Brasília, 2005. Garante as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em: 27 out. 2013.
- BRASIL. **RESOLUÇÃO No 2.144, de 17 de março de 2016**. Brasília, 2016. É ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal. Disponível em: <<http://sintse.tse.jus.br/documentos/2016/Jun/22/resolucao-no-2-144-de-17-de-marco-de-2016-e-etico>>. Acesso em: 01 ago. 2016.
- CAMARA, M. F. B; MEDEIROS, M; BARBOSA, M. A. Fatores socio-culturais que influenciam a alta incidência de cesáreas e os vazios da assistência de enfermagem. **Rev. eletr. enf.**, Goiânia, v. 2, n. 1, 2000.
- CARVALHO, J. B. L.; BRITO, R. S.; ARAUJO, A. C. P. F.; SOUZA, N. L. Sentimentos vivenciados pelo pai diante do nascimento do filho. **Rev. Rene**.v. 10, n. 3, p. 125-131, 2009.
- CAVALCANTE M. A. A. **A experiência do homem como acompanhante no cuidado pré-natal**. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
- CHANDLER S; FIELD, P. A. First-time fathers' experience labor and delivery. **Journal of Nurse-Midwifery**, v. 42, p. 17-24, 1997.
- FAÚNDES, A; PÁDUA, K. S; OSIS, M. J. D; CECATTI, J. G; SOUSA, M. H. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n.4, p. 488-94, 2004.
- GAMA, A. S; GIFFIN, K. M, ÂNGULO, T. A; BARBOSA, G.P; D'ORSI, E. Representações experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada.

Caderno de Saúde Pública, v. 25, n. 11, p. 2480-8, 2009.

JARDIM, D. M. B. **Pai-acompanhante e sua compreensão sobre o processo de nascimento do filho**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de enfermagem da UFMG, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

JONHSON, M. P. An exploration of men's experience and role at childbirth. **The Journal of Men's Studies**, v. 10 n. 2, p. 165-82, 2002.

MALDONADO M. T. P.; CANELLA P. **A relação médico-cliente em ginecologia e obstétrica**. 2. ed. São Paulo. Roca, 1988.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do Conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

OLIVEIRA, S. C.; FERREIRA, J. G.; SILVA, P. M. P.; FERREIRA, J. M.; SEABRA, R. A.; FERNANDO, V. C. N. participação do homem/pai no acompanhamento da assistência pré-natal. **Cogitare Enferm, UFPR**, v.14 n. 1, p.73-8, 2009.

OLIVEIRA, S. M. J. V.; RIESCO, M. L. G.; MIYA, C. F. R.; VIDOTTO, P. Tipo de parto: expectativas das mulheres. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 10, n. 5, p. 667-74, 2002.

PICCININI, C. A.; SILVA, M. R.; GONÇALVES, T. R.; LOPES, R. S.; TUDGE, J. O envolvimento paterno durante a gestação. **Psicol. Reflex. Crít.** v. 17, n.3, p. 303-14, 2004.

RAMIRES, V. R. **O exercício da paternidade hoje**. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos, 1997.

RODRIGUES, M. S. P.; LEOPARDI, M. T. **O método de análise de conteúdo: uma versão para enfermeiras**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999.

SANTOS, L. M.; CARNEIRO, C. S.; CARVALHO, E. S. S.; PAIVA, M. S. Percepção da equipe de saúde sobre a presença do acompanhamento no processo parturitivo. **Rev Rene**, v. 13, n. 5, p. 994-1003, 2012.

SILVEIRA F. J. F.; LAMOUNIER J. A. Fatores associados à duração do aleitamento materno em três municípios na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 1, p. 69-77, 2006.

SIQUEIRA, M. J. T.; MENDES, D.; FINKLER, I. Profissionais e usuárias(os) adolescentes de quatro programas públicos de atendimento pré-natal da região da grande Florianópolis: Onde está o pai? **Estud. Psicol.**, v. 7, n. 1, p. 65-72, 2002.

SILVA, S. P. C.; PRATES, R. C. G.; CAMPELO, B. Q. A. Parto Normal Ou Cesariana? Fatores Que Influenciam Na Escolha Da Gestante. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 4 n. 1, p. 1-9, 2014.

SPINDOLA, T.; PROGIANTI, J. M; PENNA, L. H. G. Opinião das gestantes sobre acompanhamento da enfermeira obstetra no pré-natal de um hospital universitário. **Rev. Ciência y Enfermeira XVIII**, Rio de Janeiro, n. 2, p. 65-73, 2012.

TEDESCO R. P.; FILHO, N. L. M.; MATHIAS, L.; BENEZ, A. L.; CASTRO, V. C. L.; BOURROUL; G. M; REIS, F. I. Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. **RBGO**. v. 26, n. 10, p. 791-798, 2004.

TARNOWSKI, K. S.; PRÓSPERO, E. N. S.; ELSEIN, I. A participação paterna no processo de humanização do nascimento: uma questão a ser repensada. **Texto Contexto Enferm.**, v. 14, n. Esp., p. 102-8, 2005.

VIEIRA, L. M.; BOSSARDI, C. N.; GOMES, L. B.; BOLZEL, S. D. A.; CREPALDI, M. A.; PICCININI, C. A. Paternidade no Brasil: revisão sistemática de artigos empíricos. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 66, n. 2, p. 36-52, 2014.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ÁGUA DE NASCENTES DO ARROIO ANDREAS, RS, BRASIL, ATRAVÉS DE MÉTODOS ECOTOXICOLÓGICOS E GENOTOXICOLÓGICOS UTILIZANDO DAPHNIA MAGNA (STRAUS, 1820) COMO ORGANISMO BIOINDICADOR

Daiane Cristina de Moura

Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC),
aluna do Programa de Pós Graduação em
Tecnologia Ambiental (PPGTA) - Mestrado
Santa Cruz do Sul, RS

Alexandre Rieger

UNISC, Professor do Departamento de Biologia e
Farmácia
Santa Cruz do Sul, RS

Eduardo Alcayaga Lobo

UNISC, Professor do Departamento de Biologia e
Farmácia da e do PPGTA
Santa Cruz do Sul, RS

RESUMO: A ecotoxicologia e a genotoxicidade são importantes ferramentas para o monitoramento da qualidade da água, pois são capazes de detectar potenciais substâncias prejudiciais a organismos vivos. Dentre os organismos-teste para avaliar xenobiontes em cursos de água, destaca-se o microcrustáceo *Daphnia magna*. Assim, esta pesquisa objetivou avaliar a qualidade da água de nascentes da Bacia do Arroio Andreas, RS, utilizando análises convencionais (físicas, químicas e microbiológicas) bem como ensaios de ecotoxicidade e de genotoxicidade com *D. magna*. 20 pontos foram avaliados em julho de 2016. Para a preparação dos ensaios, neonatos de *D. magna* foram submetidos ao teste de

exposição aguda conforme a NBR-12713. Em seguida, aplicou-se o teste de genotoxicidade, através da técnica do Ensaio Cometa (EC), calculando a Frequência de Dano (FD) e o Índice de Dano (ID). Análises convencionais de avaliação da qualidade da água foram também utilizadas. Os resultados de ecotoxicidade apontaram ausência de toxicidade, entretanto houve genotoxicidade em 30% das amostras (P11, P12, P16, P17, P18 e P19). Em relação às análises convencionais, com exceção do P17 considerado de qualidade regular, todos foram considerados de boa qualidade. Concluímos que é necessário complementar os testes de ecotoxicidade e das análises convencionais para avaliação da qualidade da água, com ensaios de genotoxicidade, particularmente o EC, que se tem mostrado uma importante ferramenta de avaliação ambiental, pois permite avaliar danos no DNA passíveis de reparo e que não alteram a vitalidade e viabilidade dos organismos-teste, detectando alterações mesmo em águas consideradas de boa qualidade.

PALAVRAS-CHAVE: *Daphnia magna*, Ecotoxicidade aguda, Ensaio Cometa, Genotoxicidade, Arroio Andreas, RS.

ABSTRACT: Ecotoxicology and genotoxicity are important tools for monitoring water quality as they are capable of detecting potential harmful substances in living organisms. Among the test-

organisms to evaluate xenobiotics in watercourses, we highlight the microcrustacean *Daphnia magna*. Thus, this research aimed at evaluating the water quality of springs in Andreas Stream Basin, RS, using conventional analyzes (physical, chemical and microbiological) as well as ecotoxicity and genotoxicity tests with *D. magna*. 20 points were evaluated in July 2016. For assays preparation, neonates of *D. magna* were submitted to acute exposure test according to NBR-12713. Then, the genotoxicity test was applied, using the Comet Assay technique (CA), calculating the Damage Frequency (FD) and the Damage Index (ID). Conventional analyzes for water quality evaluation were also used. The results of ecotoxicity indicated absence of toxicity; however genotoxicity occurred in 30% of samples (P11, P12, P16, P17, P18 and P19). Regarding the conventional analyzes, with the exception of P17 considered of regular quality, all were considered of good quality. We conclude that it is necessary to complement the ecotoxicity tests and the conventional analyzes for water quality evaluation, with genotoxicity tests, particularly the CA, which has been shown to be an important environmental assessment tool, since it allows assessing DNA damage that can be repaired and do not alter the vitality and viability of the test-organisms, detecting alterations even in waters considered of good quality.

KEYWORDS: *Daphnia magna*, Acute ecotoxicity, Comet assay, Genotoxicity, Arroio Andreas, RS.

1 | INTRODUÇÃO

Tendo em vista a importância da água para a preservação da vida de todos os seres vivos e da necessidade de programas de apoio à preservação deste recurso natural, surgem iniciativas como o Pagamento por Serviços Ambientais (PSA), cujo princípio norteador estabelece que quem exerce um manejo adequado do ecossistema traz benefícios a toda a sociedade, uma vez que a preservação dos recursos naturais é de interesse comum. Partindo deste princípio, o PSA tem como característica a transferência voluntária de recursos financeiros de beneficiários desta gestão e manejo adequados do meio ecossistêmico para aqueles que exercem este tipo de serviço (WUNDER, 2008).

Com base neste preceito, a Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), em parceria com a empresa Universal Leaf Tabacos e Fundación Altadis (organização sem fins lucrativos, pertencente ao Grupo Imperial Tobacco), e contando com o apoio de Município de Vera Cruz, Comitê da Bacia Hidrográfica do Rio Pardo (Comitê Pardo), Sindicato Interestadual da Indústria do Tabaco (SindiTabaco) Sinditabaco e Associação dos Fumicultores do Brasil (AFUBRA) desenvolveram, a partir de 2011, o projeto “Pagamento por Serviços Ambientais (PSA) na Bacia do arroio Andréas, RS, Brasil”, denominado “Projeto Protetor das Águas”, objetivando proteger as nascentes e áreas ripárias da referida sub-bacia, garantindo a preservação dos recursos hídricos mediante o pagamento aos agricultores de pequenas propriedades pelo fornecimento

de serviços ambientais de proteção das nascentes e áreas ripárias que se situam em suas propriedades. Neste contexto, para avaliar a eficiência da implementação do projeto “Protetor das Águas”, se faz necessária a avaliação da qualidade da água das nascentes da bacia do Arroio Andreas incluídas nele.

Para tal propósito, análises físicas, químicas e biológicas são utilizadas, ressaltando que as análises biológicas se destacam pela utilização de bioindicadores, o que possibilita a identificação da toxicidade acarretada pela exposição à amostra, ou seja, o estudo da capacidade da amostra em ocasionar problemas ao desenvolvimento e a sobrevivência de organismos vivos. Os testes de toxicidade mais populares são os ecotoxicológicos, que se baseiam na capacidade de sobrevivência do indivíduo, porém existem outros testes, como testes genotoxicológicos, que por sua vez quantificam e qualificam danos ao material genético do bioindicador. É válido lembrar que os testes de toxicidade não são esquematizados para avaliar a segurança das amostras, mas sim caracterizar a toxicidade que é capaz de produzir (KLAASSEN e WATKINS, 2012).

Dentre os bioindicadores aquáticos, destaca-se a utilização do microcrustáceo *Daphnia magna* (STRAUS, 1820), popularmente chamado de “pulga d’água”. *D. magna*, pode ser utilizada tanto nos ensaios ecotoxicológicos quanto nos ensaios genotoxicológicos. Dentre as ferramentas disponíveis na genética toxicológica, destaca-se o Ensaio Cometa (EC) que detecta alterações no material genético passíveis de reparo, e que não afetam a viabilidade nem a vitalidade do organismo teste, ou seja, capaz de detectar alterações antes mesmo que essas causem a mortalidade dos seres vivos em estudo.

Neste contexto, a presente pesquisa visou avaliar a qualidade da água de nascentes da Bacia do Arroio Andréas, RS, incluídas no “Protetor das Águas”, utilizando análises convencionais (físico, químico e microbiológico) bem como ensaios de ecotoxicidade e de genotoxicidade, tendo como organismo-teste o microcrustáceo *Daphnia magna*.

2 | MATERIAL E MÉTODOS

2.1 Área De Estudo/Amostragem

A bacia do Arroio Andréas está localizada no município de Vera Cruz, RS (Fig. 1), sendo um importante manancial para abastecimento de água da região. Apresenta uma área de drenagem de 80,2 km², e se classifica como “pequeno arroio de ordem 2-5”, seguindo a classificação descrita em Chapman (1992). Ao longo da bacia foram selecionados 20 pontos em áreas de preservação (nascentes), incluídas no “Protetor das Águas”, sendo que as coletas foram realizadas em junho de 2016.

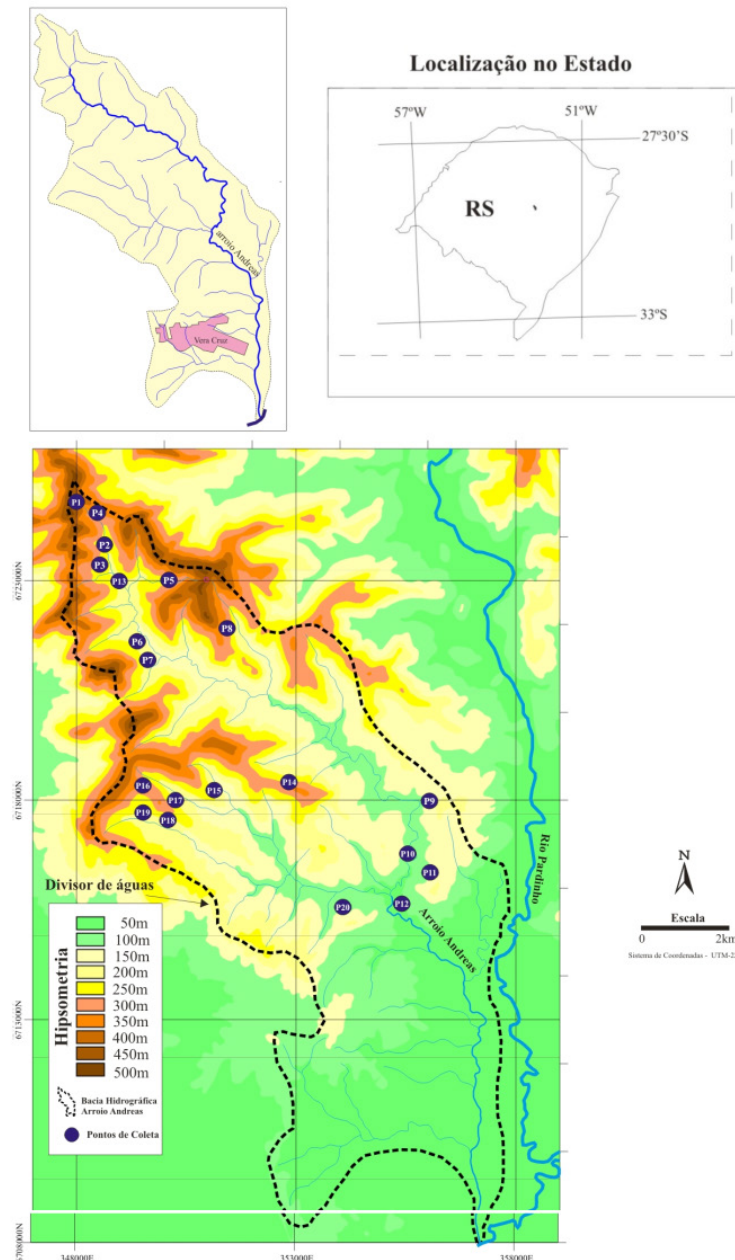


Figura 1 - Mapa da área de estudo mostrando a localização da bacia do Arroio Andréas, em relação ao Estado do Rio Grande do Sul, destacando os pontos de coleta selecionados.

2.2 *Daphnia Magna*

Para a realização dos ensaios, neonatos de *D. magna* (Fig. 2) foram cultivados de acordo com a norma técnica brasileira 12713 (ABNT, 2009) e empregados nos testes com idade entre 2 a 26 horas. Os indivíduos foram cultivados em água reconstituída com foto-período de 16 horas luz e 8 horas escura, a uma temperatura de aproximadamente $20^{\circ}\text{C} \pm 2^{\circ}\text{C}$; sendo alimentados diariamente com algas da espécie *Desmodesmus subspicatus*.

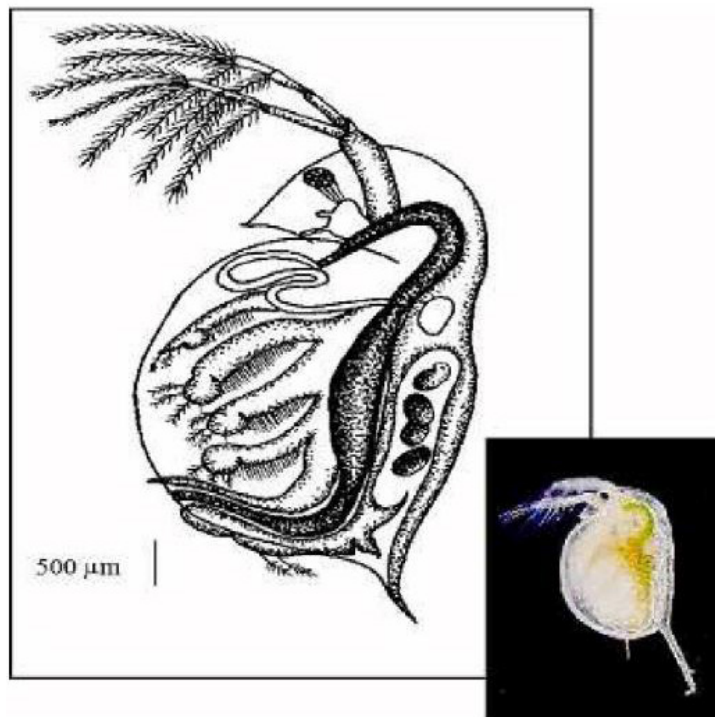


Figura 2 - Representação de *Daphnia magna*

2.3 Testes Ecotoxicológicos Com *D. Magna*

Os testes ecotoxicológicos com *D. magna* foram realizados em duplicata e consistiu na exposição de 10 indivíduos em 25 ml da amostra, por 48 horas, após este período foi realizado o levantamento de indivíduos sobreviventes. Conforme as taxas de sobrevivência as amostras foram enquadradas em seus respectivos graus de toxicidade, seguindo a norma 12713 (ABNT, 2009). A norma classifica uma amostra como não tóxica quando esta apresentar uma taxa de sobrevivência igual ou superior a 80%. Também, utilizou-se um Controle (C) composto por água reconstituída, seguindo os mesmos procedimentos realizados para as amostras.

2.4. Testes Genotóxicológicos Com *D. Magna*

Para a realização do teste genotóxicológico adotou-se o Ensaio Cometa (EC), que foi realizado após o teste de ecotoxicidade, sendo utilizados os mesmo neonatos de *D. magna* empregados no teste de exposição aguda. Após o término do teste de ecotoxicidade, os neonatos foram transferidos com o auxílio de pipetador automático e armazenados em solução contendo 850 µl de tampão fosfato salino (PBS com pH 7,4), 20mM de ácido etileno diamino tetra-acético (EDTA) e 50 µl de Dimetilsulfóxido (DMSO).

Posteriormente o material foi macerado e centrifugado por 10 minutos, a uma temperatura de 4°C e a velocidade de 2.100 rpm, sendo o sobrenadante removido e descartado. O EC foi desenvolvido com base no trabalho de Park e Choi (2007), com

alterações necessárias para a utilização de *D. magna*, conforme Zenkner (2012).

As lâminas do EC receberem a coloração a base de nitrato de prata, seguindo a metodologia descrita em Nadin, Vargas-Roig e Ciocca (2001). Após este processo, as lâminas foram então analisadas em microscopia óptica convencional (aumento de 400x), para cada lâmina se contabilizou 100 nucleóides, totalizando 500 nucleóides por amostra. Os nucleóides foram quantificados e classificados em 5 tipos de danos (0, 1, 2, 3 e 4), quanto maior o dano maior o dígito correspondente, sendo a classe 0 destinada para nucleóides livres de dano (Fig. 3).

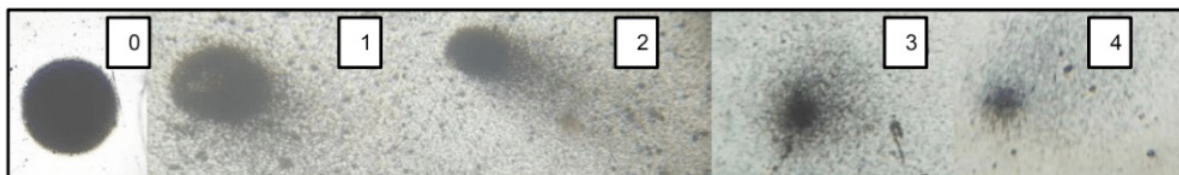


Figura 3 - Classes de Danos dos nucleóides. Em sequência nucleóides de dano 0, 1, 2, 3 e 4 (aumento de 400x).

Com a classificação dos nucleóides foi possível obter dois tipos de informações o Índice de Dano (ID) e a Frequência de Dano (FD), ambos comparados ao Controle (C) do teste. O ID corresponde ao total do resultado da multiplicação entre o dígito denominador de cada classe (0, 1, 2, 3 e 4) e o número de nucleóides de cada classe. Já a FD é calculada como a porcentagem de todos os nucleóides danificados (classe 1 até 4) em relação ao total de nucleóides contados. Visando a padronização dos resultados, os valores de FD e ID foram estandarizados em relação à respectiva média do grupo Controle. O valor padronizado foi obtido pela razão entre a FD (ou ID) de cada amostra pela respectiva FD (ou ID) da média do Controle.

No processamento da informação, empregou-se a estatística descritiva para a tabulação dos dados (CALLEGARI-JACQUES, 2006). As diferenças estatísticas foram estabelecidas utilizando a prova estatística não paramétrica de Mann-Whitney. Trabalhou-se com níveis de significância de 5% ($p < 0,05$). As análises foram processadas utilizando-se o programa estatístico GraphPadPrism6.01 (GraphPad, 2012).

2.5 Análises Físicas, Químicas E Microbiológicas

Para as análises físicas, químicas e microbiológicas convencionais de avaliação da qualidade da água, utilizaram-se as técnicas de coleta e determinação analíticas descritas em APHA (2005). Como parâmetros de avaliação ambiental foram considerados as variáveis: temperatura, pH, turbidez, oxigênio dissolvido, demanda bioquímica de oxigênio após cinco dias, nitrato, nitrito, nitrogênio amoniacal total, fosfato, sólidos totais dissolvidos e coliformes termotolerantes.

Com base nestas análises, a avaliação da qualidade da água foi feita utilizando o Índice de Qualidade da Água (IQA), originalmente desenvolvido pela *National Sanitation Foundation* (NFS) dos Estados Unidos, e adaptado aos sistemas lóticos

sul brasileiros por Moretto et al. (2012). Os cálculos do IQA forma feitos utilizando o programa IQAData, desenvolvido por Posselt et al. (2015). A tabela 1 apresenta as faixas de qualidade da água para interpretação do valor de IQA.

Faixas de IQA	Classificação da qualidade da água
0 – 25	Muito Ruim
26 – 50	Ruim
51 – 70	Regular
71 – 90	Bom
91 – 100	Excelente

Tabela 1. Faixas de qualidade de água para o IQA. Retirado de Posselt et al. (2015).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da aplicação dos testes ecotoxicológicos com exposição aguda de *D. magna* indicaram a ocorrência de mortalidade em 60% das amostras (Tab. 2). Contudo, a norma brasileira ABNT 12713 (2009) classifica as amostras “não tóxicas”, quando *D. magna* apresentar sobrevivência superior a 80% e, portanto, concui-se que nenhuma amostra enquadra-se na categoria “tóxica”.

Amostras	Sobrevivencia (%)	Amostras	Sobrevivencia (%)
P1	95	P11	100
P2	95	P12	100
P3	95	P13	100
P4	100	P14	85
P5	100	P15	95
P6	100	P16	100
P7	100	P17	90
P8	85	P18	90
P9	100	P19	90
P10	100	P20	90

Tabela 2 – Taxa de Sobrevivência em *D. magna* utilizando Ensaio Ecotoxicológico referente as amostras.

Já os resultados da aplicação dos testes genotoxicológicos com *D. magna* indicaram a ocorrência de genotoxicidade em 30% das amostras (Tab. 3). Os pontos, P11, P12, P16, P17 e P19 apresentaram genotoxicidade somente para ID, sendo que o ponto P12 apresentou um ID 2,3 vezes maior que o Controle. Neste sentido, cabe destacar que um aumento entre duas e três vezes da intensidade do dano pode ser classificado como um resultado biologicamente significativo, condição que evidência a presença de substâncias que apresentam efeito genotóxico (BRIGHT et al., 2011).

Com relação às análises convencionais, os resultados das análises físicas, químicas e microbiológicas indicaram que os pontos P11, P12, P16 e P19 foram classificados como tendo um IQA “bom”, que corresponde a águas das Classes de

Uso 1 e 2 da resolução 357/2005 do CONAMA (BRASIL, 2005), caracterizadas como águas de boa qualidade. Apenas o P17 foi classificado como tendo um IQA “regular”, que corresponde a águas da Classe de Uso 3 do CONAMA, considerados como pontos de coleta críticos (KLAMT *et al.*, 2018).

As diferenças entre os resultados dos testes de genotoxicidade e as análises convencionais poderiam ser explicadas considerando que a genotoxicidade observada nestes pontos de coleta não se associa às variáveis que foram determinantes para classificar as águas como tendo boa qualidade, conforme verificado pelas análises da demanda bioquímica de oxigênio, oxigênio dissolvido, fósforo, turbidez, nitrato e coliformes termotolerantes, uma vez que estas análises não constituem um fator genotóxico.

Além das diferenças entre os resultados apontados pelos testes de genotoxicidade e pelas análises convencionais, outra divergência entre as análises é evidente, aquelas entre os resultados de toxicidade apontados pelos testes de ecotoxicidade e pelos testes de genotoxicidade. A ecotoxicidade aguda não enquadrou nenhuma amostra como tóxica, diferindo dos resultados obtidos pelo Ensaio Cometa, que mostrou genotoxicidade em 30% das amostras.

Jun/16										
Amostras	FD					ID				
	Média		DP	Mediana	P	Média	DP	Mediana	P	
C	1	±	0,2175	1,116		1	±	0,2551	1,08	
P1	1,041	±	0,1969	1,033	0,5079	0,9877	±	0,1328	1,049	0,9841
P2	1	±	0,1443	0,9091	> 0,9999	0,9938	±	0,1298	0,9568	>0,9999
P3	1,066	±	0,1287	1,033	0,6905	1,154	±	0,1754	1,204	0,3333
P4	1,025	±	0,1383	1,033	0,9683	1,167	±	0,2712	1,08	0,4524
P5	1,008	±	0,1294	1,033	> 0,9999	1	±	0,1126	0,9877	>0,9999
P6	0,9256	±	0,1389	0,9504	0,4603	0,9815	±	0,1981	0,9568	0,6667
P7	0,9835	±	0,1473	0,9917	> 0,9999	1,037	±	0,1983	1,019	0,9365
P8	1,14	±	0,2455	1,24	0,1984	1,346	±	0,355	1,142	0,1587
P9	1,116	±	0,07731	1,116	0,6746	1,302	±	0,192	1,296	0,1429
P10	1,116	±	0,1054	1,116	0,5079	1,401	±	0,2357	1,265	0,0556
P11	1,24	±	0,1132	1,24	0,0635	1,29	±	0,09613	1,327	0,0397*
P12	1,479	±	0,4549	1,322	0,1111	2,284	±	1,186	2,253	0,0159*
P13	1,132	±	0,1507	1,074	0,5952	1	±	0,1754	1,049	0,8571
P14	1,14	±	0,1719	1,157	0,2857	1,253	±	0,266	1,327	0,119
P15	1,174	±	0,2275	1,157	0,4127	1,272	±	0,3814	1,235	0,2302
P16	1,339	±	0,4579	1,198	0,2143	2,025	±	0,9126	1,975	0,0238*
P17	1,231	±	0,1287	1,198	0,127	1,463	±	0,2031	1,574	0,0238*
P18	0,7438	±	0,1371	0,7025	0,0873	0,7099	±	0,18	0,6481	0,0317
P19	1,322	±	0,337	1,24	0,1111	2,043	±	1,014	1,759	0,0397*
P20	1,442	±	0,5958	1,218	0,0952	1,442	±	0,5958	1,218	0,2063

Tabela 3 - Resultados de FD (Frequência de Dano) e ID (Índice de Dano) em *D. magna* referente ao Controle (C) e as amostras em Junho de 2016.

Utilizou-se o teste de Mann-Whitney, comparando cada amostra contra o C (Controle) (*p<0,05).

Palma et al. (2016) destacam que o ensaio agudo ecotoxicológico depende da presença de substâncias em concentrações suficientemente elevadas ao ponto de comprometer a sobrevivência do organismo, o que não é sinônimo da ausência de tais substâncias, nem da ineficácia da sua ação. A partir desta mesma ideia, Klaassen e Watkins (2012) reforçam a necessidade da complementação de testes ecotoxicológicos com testes genotoxicológicos. Neste sentido, o Ensaio Cometa se estabelece como uma importante ferramenta de avaliação ambiental, pois segundo Pra et al. (2005) apresenta alta sensibilidade na detecção de lesões mesmo em organismos expostos a baixas concentrações de toxinas, fato que explica as diferenças nos graus de toxicidade observados pelo emprego de ensaios ecotoxicológicos e genotoxicológicos.

Ademais, o uso combinado de ferramentas de avaliação ambiental que tomam por base aspectos morfológicos e métodos genotóxicos proporciona uma compreensão mais completa da ação de contaminantes em organismos (PASCUCCI, 2011). A expectativa é que uma compreensão mais abrangente seja capaz de fornecer bases mais fortes para a avaliação dos riscos de toxicidade (SPIRO e STIGLIANI, 2009).

Neste contexto, é preciso interpretar com cuidado os testes de genotoxicidade. A genotoxicidade encontrada foi apenas para ID (Índice de Dano), ou seja, as amostras acarretaram danos ao material genético de *D. magna* em uma quantidade relativamente pequena, porém os danos gerados foram severos, destacando que este tipo de resposta caracteriza-se por eventos pontuais. Desta forma, pode-se inferir que há uma alta probabilidade de que a lixiviação de insumos agrícolas, agrotóxicos em particular, em lavouras próximas aos pontos de coleta amostrados tenha contribuído com os altos valores observados de genotoxicidade.

O município de Vera Cruz tem sua agricultura baseada no cultivo de tabaco, caracterizado pelo uso intensivo de agrotóxicos que, no intuito de combater pragas, controle de doenças e otimização da produção, são aplicados em larga escala no Brasil (GOULART e CALLISTO, 2003; TORRES, 2006). De fato, várias pesquisas revelaram que agrotóxicos em geral (herbicidas, fungicidas, inseticidas) podem induzir alterações cromossômicas, mutações e danos ao DNA ou às proteínas de sua estrutura em organismos vivos (GARAJ-VRHOVAC e ZELJEZIC, 2001). Como o EC detecta danos ao DNA passíveis de reparo, é válido destacar que caso estes danos vierem a serem reparados corretamente não trazem maiores consequências ao organismo, porém, caso isso não aconteça, as quebras dão chances para aberrações cromossômicas, que por sua vez podem acarretar na morte celular e levar a condições fisiopatológicas severas (FRENZILLI, NIGRO e LYONS, 2009).

Levando em consideração os aspectos apresentados e discutidos, fica evidente a necessidade de proteger as nascentes e áreas ripárias da Bacia do Arroio Andreas, RS, salientando que, segundo Delevati et al. (2018), o projeto “Protetor das Águas”, que tem como base o Pagamento por Serviços Ambientais (PSA), destaca-se pela sua eficiência, uma vez que premia produtores que exercem um manejo adequado do ecossistema, incentivando a participação de toda a comunidade local na proteção

destes recursos hídricos, e, desta forma, cuida do interesse comum de preservar estes mananciais imprescindíveis à manutenção da vida de todos os seres vivos.

4 | CONCLUSÕES

Os dados apontaram diferenças entre os resultados obtidos pelos testes de genotoxicidade e pelas análises físicas, químicas e microbiológicas convencionais. A genotoxicidade foi encontrada em 30% das amostras (pontos de coleta P11, P12, P16, P17 e P19), no entanto, pelas análises convencionais apenas um ponto (P17) foi classificado como tendo um IQA “regular”, que corresponde a águas da Classe de Uso 3 do CONAMA, considerado como ponto de coleta crítico. Ainda, contrariamente aos resultados revelados pelos testes de genotoxicidade, a ecotoxicidade não enquadrou nenhuma amostra como tóxica.

Portanto, levando em consideração os resultados obtidos nesta pesquisa, concluímos que a complementação dos testes de ecotoxicidade e das análises convencionais para a avaliação da qualidade da água, com ensaios de genotoxicidade, particularmente o Ensaio Cometa, torna-se uma importante ferramenta de avaliação ambiental, uma vez que permite avaliar danos no DNA passíveis de reparo e que não alteram a vitalidade e viabilidade do organismo-teste, detectando alterações mesmo em águas consideradas de boa qualidade.

REFERÊNCIAS

ABNT - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 12713: Ecotoxicologia aquática - Toxicidade aguda - Método de ensaio com *Daphnia* spp. (Cladóceras, Crustácea)**. 3. ed. São Paulo, 2009.

APHA. **American Public Health Association. Standard Methods for the Examination of water and Wastewater**. 21 ed. Washington. 2005.

BRASIL. **Resolução nº 357, de 17 de março de 2005. Classificação dos corpos de água e diretrizes ambientais para o seu enquadramento**. Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, DF, 18 mar. 2005.

BRIGHT, J.; AYLOTT, M.; BATE, S.; GEYS, H.; JARVIS, P.; SAUL, J. e VONK, R. **Recommendations on the statistical analysis of the Comet assay**. *Pharmaceutical Statistics*. 485-493. 2011.

CALLEGARI-JACQUES, S. D. 2006. **Bioestatística. Princípios e Aplicações**. Porto Alegre: Artmed. 255p.

CHAPMAN, D. **Water Quality Assessments: a guide to the use of biota, sediments and water in environmental monitoring**. UNESCO, UNEP, WHO. Londres: Chapman & Hall. 366 p. 1992.

DELEVATI, D. M.; JORGE AMARAL DE MORAES, J. A.; COSTA, A. B.; LOBO, E. A. **Histórico do programa de Pagamento por Serviços Ambientais (PSA) na Bacia Hidrográfica do Arroio Andrés, RS, Brasil**. Caderno de Pesquisa, Santa Cruz do Sul, v. 30: p. 29-40. 2018.

- FRENZILLI, G.; NIGRO, M.; LYONS, B. P. **The Comet assay for the evaluation of genotoxic impact in aquatic environments.** Mutation Research, v. 681, n.1, p. 80-92, jan./fev. 2009.
- GOULART, M. & CALLISTO, M. **Bioindicadores de qualidade de água como ferramenta em estudos de impacto ambiental.** Revista da FAPAM, 2(1): 153-164. 2003.
- GARAJ-VRHOVAC, V.; ZELJEZIC, D. **Cytogenetic monitoring of Croatian population occupationally exposed to a complex mixture of pesticides.** Toxicology, 165: 153-162. 2001.
- GraphPad, 2012. **Instat guide to choosing and interpreting statistical tests.** San Diego, Ca (<http://www.graphpad.com>).
- KLAASSEN, C D.; WATKINS. **Fundamentos em toxicologia de Casarett e Doull.** 2. ed. Porto Alegre: McGraw-Hill, 2012. xii, 460 p.
- KLAMT, R. A.; DELEVATI, D. M.; COSTA, A. B.; LOBO, E. A. **Evaluation of water resource preservation areas in the Hydrographical Basin of Andreas Stream, RS, Brazil, using environmental monitoring programs.** Revista Ambiente & Água (In press). 2018.
- MORETTO, D. L.; PANTA, E.; COSTA, A. B.; LOBO, E. A. **Calibration of Water Quality Index (WQI) based on Resolution nº 357/2005 of the Environment National Council (CONAMA) Brazil.** Acta Limnologica Brasiliensia, 24(1): 29-42. 2012.
- NADIN S. B.; VARGAS-ROIG L. M.; CIOCCA D. R. **A silver staining method for single-cell gel assay.** The Journal of Histochemistry & Cytochemistry, v. 49, n. 9, p. 1183-1186, 2001.
- PALMA, P.; LEDO, L. e ALVARENGA, P. **Ecotoxicological endpoints, are they useful tools to support ecological status assessment in strongly modified water bodies?** Science of the Total Environment, 541: 119-129. 2016.
- PARK, S. Y.; CHOI, J. **Cytotoxicity, genotoxicity and assay using human cell and environmental species for the screening of the risk from pollutant exposure.** Environmental International, v.33, p.817-822, 2007.
- PASCUCCI, S. **Soil Contamination.** ResearchGate. 2011
- POSSELT, E. L.; COSTA, A. B.; LOBO, E. A. **Software IQADData 2015.** Registro no INPI BR 512015000890-0. Programa de Mestrado em Sistemas e Processos Industriais (PPGSPI), Programa em Tecnologia Ambiental - Mestrado e Doutorado (PPGTA), UNISC. Disponível em: <<http://www.unisc.br/ppgspi>>. 2015>.
- PRA, D.; LAU, A. H.; KNAKIEVICZ, T.; CARNEIRO, F. R.; ERDTMANN, B. **Environmental genotoxicity assessment of an urban stream using freshwater planarians.** Mutation Research. Genetic Toxicology and Environmental Mutagenesis, 585(1-2): 79-85, 2005.
- SPIRO, T. G.; STIGLIANI, W. M. **Química ambiental.** 2. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2009.
- TORRES, J. P. M. **Aspectos Ambientais da Produção de Tabaco em Santa Cruz do Sul, Sinimbu e Gramado Xavier.** A produção de tabaco – impacto no ecossistema e na saúde humana na região de Santa Cruz do Sul/RS. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2006.
- WUNDER, S. (Coord.). **Pagamentos por Serviços Ambientais: perspectivas para a Amazônia Legal.** Brasília: MMA, 136 p. (Série Estudos, 10). 2008.
- ZENKNER, F. F.; ATHANASIO, C. G.; ELLWANGER, J. H.; PRÁ, D.; RIEGER, A.; LOBO, E. A. **Análise genotóxica de efluente de lavanderia hospitalar: Ensaio Cometa com *Daphnia magna* Straus, 1820.** Revista Jovens Pesquisadores, n. 1, 2012.

DIÁLOGO MULTIPROFISSIONAL SOBRE COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS DIFÍCEIS

Andréia Jordânia Alves Costa

Especialização Em Serviço Social na Educação e na Atenção Básica à Saúde, Instituto de Ensino Superior Franciscano (IESF)

Bruna Roberta Lima Baia de Figueiredo

Especialização Em Enfermagem do Trabalho, Escola Superior da Amazônia (ESAMAZ)

Introdução: Notícia difícil pode ser definida como informações que envolvam uma mudança drástica em um sentido negativo; provoca sensações desagradáveis em um dos agentes, aquele que emite ou aquele que recebe. Devido ao impacto que tais notícias podem desencadear na vida do usuário, e conseqüentemente de sua família, a função de transmitir notícias difíceis, segundo apontam estudos, tem sido uma responsabilidade complexa para profissionais de saúde. Porém, como profissionais de saúde, somos mensageiros de “más notícias”. daquelas notícias que também não gostaríamos de dar por nos lembrar dos nossos próprios desafios e finitude. Informar sobre esse tipo de notícia reflete também no emissor, o profissional não sai intacto dessa experiência; sentimentos de angústia, temor da morte acabam lhe influenciando. A dificuldade dos profissionais de saúde em comunicar esse tipo de notícias envolve o pouco desenvolvimento

dessa habilidade nos currículos dos cursos de graduação. Diante disso, se faz necessário maior incentivo à educação e treinamentos constantes aos profissionais de saúde sobre essa temática. A multiprofissionalidade pode melhorar o anúncio dessas notícias, uma vez que cada área de conhecimento apresenta fundamentos a serem agregados nesse processo.

Objetivos: Refletir, bem como construir, práticas de comunicação de notícias difíceis no Serviço de Diagnóstico e Cirurgia de Patologias Bucais do Hospital Universitário João de Barros Barreto/UFPA, considerando a humanização no atendimento ao usuário, com vistas à multiprofissionalidade

Descrição da Experiência: A partir da inserção da Residência de Atenção à Clínica Integrada no SDCPB e o aumento da comunicação de notícias difíceis neste serviço de saúde, iniciou-se a adequação e construção dos processos de trabalho no mesmo. Com isso, surgiu a necessidade de debater de maneira multidisciplinar o ato de comunicar notícias difíceis, para que este momento seja satisfatório para o usuário, sua família e para o profissional de saúde. O evento Roda de Conversa “Diálogo Multiprofissional Sobre Comunicação de Notícias Difíceis” foi realizado

no dia 19 de maio de 2017, no Auditório Prof^a Marialva Araújo, no prédio da Patologia Bucal, localizado no Complexo Hospitalar do Hospital Universitário João de Barros Barreto, em Belém, pelas residentes de Serviço Social inseridas no programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Clínica Integrada, vinculado a Universidade Federal do Pará (UFPA); tendo como público-alvo os residentes das demais áreas de concentração deste programa - Odontologia, Enfermagem e Biomedicina. Atingiu-se 90% (noventa por cento) de presença do público a que se destinava a atividade.

Resultados: Considerando as sugestões, os relatos expostos no momento da atividade, como também as comunicações realizadas posterior a ela, considera-se que objetivo da mesma foi alcançado. Constatou-se ainda que, a partir da observação realizada durante dois meses nas comunicações posteriores à atividade, as sugestões apresentadas na roda de conversa foram incorporadas pela equipe. O debate propiciado no momento da atividade desencadeou reflexões que demonstraram a necessidade de um protocolo específico para este serviço de saúde. Iniciou-se, então, a construção de um protocolo de comunicação de notícias difíceis para o Serviço de Diagnóstico e Cirurgia das Patologias Bucais (SDCPB/HUJBB) que vem sendo criado de maneira multidisciplinar.

Conclusão: Dentre os relatos expostos no debate pode ser observado que para a maioria dos profissionais “entregar o laudo e ser sincero sem desestimular do usuário/paciente” e “lidar com as emoções do usuário e seu/sua acompanhante” são os momentos mais difíceis e demandam mais preparo do profissional na hora de fazer a comunicação da notícia. O uso de termos técnicos foi apontado como entrave para a compreensão do usuário no momento da comunicação. É importante checar a compreensão do usuário, visando esclarecer as dúvidas, o que pode facilitar sua adesão ao tratamento; assim também, como considerar aspectos sociais e culturais do usuário. Aponta-se a necessidade de uma abordagem multiprofissional da temática na formação e atuação dos profissionais, no momento da transmissão, como também no protocolo de atendimento ao usuário diante dessa situação. Uma comunicação de qualidade entre paciente-família-equipe de saúde reflete diretamente na autonomia e confiança no profissional, reduz o nível de ansiedade e melhora a adesão ao tratamento, permitindo que o usuário e sua família convivam melhor com sua doença. Cabe ressaltar que a tarefa de comunicar notícias difíceis é, preferencialmente, do profissional que realizou o atendimento inicial e o diagnóstico, pois ajuda a criar referência e apoio por parte do usuário. Ao se estabelecer uma relação de transparência entre o usuário e a equipe de saúde responsável pelo cuidado potencializa o protagonismo deste no processo de tratamento. A transmissão de notícias difíceis é tarefa complexa e requer treino por envolver aspectos emocionais.

Considerações Finais: Durante o debate, iniciou-se a discussão de um protocolo de comunicação de notícias difíceis para o Serviço de Diagnóstico e Cirurgia das Patologias Bucais (SDCPB/HUJBB). A partir disso foram definidas as seguintes etapas a serem incluídas no protocolo: 1) Contactar o paciente com antecedência,

recomendar para que o usuário compareça para receber o diagnóstico junto com um familiar ou alguém que ele tenha confiança; 2) Checar o quanto o paciente sabe sobre o diagnóstico a ser entregue e lembre os atendimentos que já foram realizados; 3) O ambiente deve ser tranquilo e reservado, para que o diagnóstico a ser entregue não tenha interrupções; 4) Evitar o uso de muitos termos técnicos; 5) Acolher as emoções do paciente, fazer breves pausas durante a comunicação e deixá-lo fazer os questionamentos que ele possa ter; 6) Esclarecer as dúvidas sobre o tratamento e os procedimentos que ele será submetido, e o quanto isso será importante para a cura/ controle da doença; 7) Informar ao paciente onde ele pode encontrar a equipe caso tenha dúvidas posteriores.

- Souza RAP, Souza SR. Um cuidado complexo: comunicando as más notícias em oncologia. Rev Pesq: Cuid Fundam On-line [Internet]. 2012 [cited 2016 Feb 23]; 4(4): 2920-9. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1772> -BORGES, MoemadaSilva; FREITAS, Graciele; GURGEL, Widoberto. A comunicação da má notícia na visão dos profissionais de saúde. Tempus Actas de Saúde Coletiva, Brasília, v. 6, n. 3, p. 113-126, ago. 2012. ISSN 1982-8829. Disponível em: . Acesso em: 10 Abr. 2016.
- BRASIL. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Coordenação de Educação. Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde / Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Coordenação de Educação. – Rio de Janeiro: INCA, 2010.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- PEREIRA, Carolina Rabello. Comunicando más notícias: protocolo PACIENTE (Tese apresentada ao programa de pós-graduação em Anestesiologia - Doutorado da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2010.

DIMENSÃO LÚDICA NO CONTEXTO DA EDUCAÇÃO DE ESTUDANTES DE ENSINO FUNDAMENTAL SOBRE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Maria Cláudia Cavalcanti Silveira Bezerra

Universidade Católica de Pernambuco –
Graduanda do curso de Medicina
Recife - PE

Alessandra Coelho Costa

Universidade Católica de Pernambuco –
Graduanda do curso de Medicina
Recife - PE

Narriman Patú Hazime

Universidade Católica de Pernambuco –
Graduanda do curso de Medicina
Recife - PE

Rayssa Cristina Marinho de Oliveira Queiroz

Universidade Católica de Pernambuco –
Graduanda do curso de Medicina
Recife - PE

Moab Duarte Acioli

Universidade Católica de Pernambuco – Professor
do curso de Medicina
Recife - PE

RESUMO: No Brasil, nota-se que as transformações ocorridas devido à crescente urbanização e modernização acarretaram mudanças no estilo de vida e nos hábitos alimentares da população favorecendo doenças crônicas não transmissíveis. Os programas para educação nutricional devem ser ativos,

lúdicos e interativos, favorecendo mudança nas práticas alimentares por profissionais que tenham conhecimentos e habilidades para exercer tal atividade. Foram realizadas duas visitas, sendo a primeira para aplicação de um questionário, além de verificar IMC, peso e altura de 32 alunos de Ensino Fundamental, cuja média de idade estabelecida foi de $12.93 \pm 1,10$ anos e a segunda para promoção de saúde com base nas respostas obtidas para todos os alunos da classe, que representam 45 estudantes. Na segunda visita foi ministrada uma aula sobre hábitos alimentares, baseada pelo Ministério da Saúde. Foram estabelecidos 2 jogos de forma simultânea, Jogo da Memória Gigante e Jogo de Tabuleiro Gigante. Ao final da atividade lúdica, foram realizadas perguntas e respostas para verificação de aprendizagem a partir dos jogos prévios estabelecidos. A média dos pesos dos 32 alunos foi $58,05 \pm 17,11$ kg e da altura, $1,64 \pm 0,101$ m. Quanto ao IMC, eutrófico mostrou-se prevalente em ambos os sexos (62,50%). Apenas 18,75% dos alunos questionados apresentaram um nível considerado ótimo no que diz respeito aos hábitos saudáveis, comprovando a necessidade da estimulação de bons hábitos alimentares. Percebe-se que a adoção de um estilo de vida saudável deve ocorrer desde a infância e a adolescência para que haja internalização dos hábitos de forma progressiva e natural.

PALAVRAS-CHAVE: nutrição infantil, hábitos alimentares, obesidade.

INTRODUÇÃO

No Brasil, nota-se que as transformações ocorridas devido à crescente urbanização e, conseqüente modernização, acarretaram mudanças no estilo de vida e nos hábitos alimentares da população, favorecendo o desenvolvimento de doenças crônicas não-transmissíveis (SCHMITZ et al., 2008). Além disso, nota-se que a preferência alimentar está fortemente associada à educação no núcleo familiar, de acordo com os hábitos já estabelecidos pelos pais, bem como ao quão cedo a criança é exposta a tal alimento e sua aceitação (COOKE, 2007).

Os comportamentos alimentares infantis incluem maior quantidade de doces e menores quantidades de legumes, frutas e verduras, levando a certo aumento da existência de hábitos alimentares pouco saudáveis. Essa nutrição inadequada na infância pode interferir no crescimento do indivíduo, bem como acostumá-lo a uma alimentação inadequada durante adolescência e fase adulta, embora seja conhecido que a qualidade nutricional tende a diminuir com a idade (TAYLOR; EVERS; MCKENNA, 2005).

Tendo em vista que a alimentação é responsável por desempenhar um papel fundamental no ciclo de vida do indivíduo, destaca-se entre as fases da vida, a idade escolar. Nessa fase, a criança apresenta um metabolismo intenso, o qual pode ser prejudicado pela escolha de alimentos nem sempre saudáveis, que, aliados ao sedentarismo, promovem um crescimento no número de jovens obesos (DANELON; DANELON; SILVA, 2006). Nesse contexto, o sobrepeso e a obesidade têm se destacado no cenário não apenas brasileiro, mas também mundial. Por isso, a causa principal desse novo panorama mundial é a alimentação inadequada que atinge, principalmente, as crianças. Por essa razão, alternativas para o controle de tais doenças com base na reeducação alimentar têm sido postas em prática nos países desenvolvidos e em desenvolvimento (VINHOLES; ASSUNÇÃO; NEUTZLING, 2009).

A oferta de novas informações sobre alimentação e nutrição, assim como a orientação sobre os benefícios e os malefícios de determinados alimentos, possibilita uma construção do conhecimento individual, resultando em melhorias nos hábitos alimentares. Nesse ínterim, torna-se de extrema importância que sejam identificados os principais fatores que modulam o comportamento alimentar do indivíduo e de seu grupo social e, assim, adaptar teorias e materiais educativos que possibilitem uma intervenção nutricional. Ademais, o debate e a troca de experiências devem ser estimulados entre os responsáveis por essas intervenções e os integrantes do grupo-alvo, assegurando um diálogo crítico e, conseqüentemente, uma educação nutricional, promovendo a saúde. (TORAL et al., 2009)

Tendo em vista esse contexto, a escola torna-se o espaço principal para ações

de promoção à saúde - abrangendo educação para a saúde, ambientes saudáveis e serviços de saúde e alimentação - integração social e incentivo ao desenvolvimento humano saudável, uma vez que é um local de maior facilidade para tais intervenções, pelo poder de influência para com os alunos (BOURDEAUDHUIJ, 2011).

Vale ressaltar que essas ações, quando realizadas de forma lúdica e interativa, através de processos ativos realizados pelo educador, permitem que a criança busque por mudanças nos seus hábitos alimentares. Dessa forma, o educador torna-se um facilitador deste processo de educação alimentar, através das estratégias que por ele são adotadas no âmbito escolar. Tal fato também está intimamente ligado à reestruturação das cantinas, uma vez que os alimentos fornecidos mostram-se, normalmente, rico em gorduras, açúcares e sal, tornando-se preferência por parte dos jovens, dificultando a formação de hábitos alimentares saudáveis (SCHMITZ et al., 2008).

Preconiza-se a alteração dos hábitos nutricionais através da escola pelo fato das crianças passarem a maior parte do dia nesse local, fazendo lanches e refeições, hipercalóricos na maioria das vezes, podendo levar ou estacionar, dependendo da política alimentar da escola, a epidemia da obesidade infantil, a qual afeta principalmente as crianças de baixa renda (STORY; NANNEY; SCHWARTZ, 2009).

Uma das ações adotadas no Brasil para eliminação da obesidade, sobrepeso e doenças crônicas foi a elaboração dos *10 Passos para a Alimentação Saudável*, pelo Ministério da Saúde, buscando promover saúde ao fornecer conhecimento à população acerca dos hábitos de vida (VINHOLES; ASSUNÇÃO; NEUTZLING, 2009). Dessa forma, tendo em vista que a escola é o melhor local para aquisição de bons hábitos alimentares, os programas para educação nutricional devem ser ativos, lúdicos e interativos, favorecendo mudança nas práticas alimentares por profissionais que tenham conhecimentos e habilidades para exercer tal atividade (SCHMITZ et al., 2008).

O presente relato de experiência tem o objetivo de mostrar os hábitos de vida de adolescentes, bem como a interiorização do conhecimento sobre tais hábitos e a possibilidade de modificá-los por meio de processos lúdicos, dinâmicos e interativos.

MATERIAIS E MÉTODOS

Neste estudo, do tipo descritivo e quantitativo, foram realizadas duas visitas à Escola de Liceu Artes e Ofícios, vinculada à Secretaria de Educação do Estado de Pernambuco e que apresenta convênio com a Universidade Católica de Pernambuco. Houve autorização da coordenação pedagógica da instituição para que houvesse contato dos estudantes de Medicina com o grupo de pesquisa.

Na primeira visita, houve interação com 32 alunos de uma das turmas do 8º ano do Ensino Fundamental e cuja média de idade encontrava-se em $12.93 \pm 1,10$

anos. Houve uma aferição do Índice de Massa Corporal (IMC), peso e altura dos participantes com a utilização de balança digital *TechLine*. Posteriormente, houve a aplicação de um questionário existente no Ministério da Saúde (BRASIL, 2014) sobre hábitos alimentares, havendo uma classificação a partir da pontuação em um dessas categorias, a saber: Reflita seus hábitos alimentares (0 a 10 pontos); Sua alimentação está boa, mas ainda não é ideal (11 a 20 pontos); Parabéns, você mostrou que sabe cuidar de sua saúde fazendo escolhas inteligentes (21 a 30). Essas respectivas pontuações serviram de preparo para montar uma aula de promoção da saúde de forma lúdica na segunda visita. Na segunda visita, para promoção da saúde, houve interação com 45 estudantes do mesmo grupo. Foi ministrada uma aula sobre hábitos alimentares, a qual se baseou nos 10 Passos para a Alimentação Saudável, fornecido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014) consistindo em: 1. Faça pelo menos 3 refeições por dia e 2 lanches saudáveis por dia. Não pule refeições. 2. Inclua diariamente 6 porções do grupo de cereais, tubérculos e raízes. 3. Coma diariamente pelo menos 3 porções de verduras e legumes nas refeições principais e 3 porções ou mais de frutas de sobremesa e lanches. 4. Coma feijão e arroz pelo menos 5 dias na semana. 5. Consuma diariamente 3 porções de leite e derivados e 1 porção de carnes, aves, peixes ou ovos. Retirar a gordura das carnes. 6. Consuma, no máximo, 1 porção por dia de óleos, vegetais, azeite, manteiga ou margarina. 7. Evite refrigerantes e sucos industrializados, bolos e biscoitos que contêm recheio e cobertura, além de guloseimas e doces. 8. Diminua a quantidade de sal na alimentação e, de preferência, retire o saleiro da mesa. 9. Beba pelo menos 2 litros de água (6 a 8 copos) por dia. 10. Pratique pelo menos 30 minutos de atividade física diariamente e evite o uso de cigarro e de bebidas alcoólicas. Para melhor aproveitamento dos 45 alunos, a classe foi dividida em 4 grupos numerados de 1 a 4, contendo respectivamente 13, 10, 11 e 11 alunos sem distinção de sexo, idade ou IMC, haja vista que a separação ocorreu aleatoriamente. Foram realizados 2 jogos de forma simultânea, a saber: Jogo da Memória Gigante e Jogo de Tabuleiro Gigante, os quais contavam com cartas gigantes de papel ofício com cada passo para uma alimentação saudável, com "Largada" e "Chegada", sendo essa última o objetivo da partida, bem como estações, com base de tecido TNT, e que continham os 10 passos para a alimentação saudável em forma de perguntas, com alternativas a serem escolhidas pelo grupo; curiosidades e "estação do exercício". Nos dois jogos, os grupos escolheram um representante, sendo permitida a intervenção do grupo apenas durante o jogo de tabuleiro para a escolha da melhor resposta e,

Para melhor aproveitamento dos 45 alunos, a classe foi dividida em 4 grupos numerados de 1 a 4, contendo respectivamente 13, 10, 11 e 11 alunos sem distinção de sexo, idade ou IMC, sendo separados aleatoriamente. Foram estabelecidos 2 jogos de forma simultânea, Jogo da Memória Gigante e Jogo de Tabuleiro Gigante, os quais contavam com cartas gigantes de papel ofício com cada passo para uma alimentação saudável, com "Largada" e "Chegada", sendo essa última o objetivo da partida,

bem como estações, com base de tecido TNT, que continham os 10 passos para a alimentação saudável em forma de perguntas, com alternativas a serem escolhidas pelo grupo; curiosidades e "estação do exercício". Nos dois jogos, os grupos escolheram um representante, sendo permitida a intervenção do grupo apenas durante o jogo de tabuleiro para escolha da melhor resposta e, conseqüentemente, avanço de estações. Na "estação do exercício", ilustrada pelo *TwisterDance*, tocava-se uma música aleatória e os participantes escolhidos como representantes para essa etapa tinham que seguir as instruções ouvidas nas faixas musicais colocadas. O representante que obtivesse o maior número de acertos venceria essa etapa. A vitória foi decidida pela equipe que completou o Jogo de Tabuleiro Gigante mais rápido, contabilizando 5 pontos, juntamente com o acúmulo de pontos do Jogo da Memória Gigante, equivalente a 1 ponto, e da estação do exercício, também avaliada em 1 ponto.

Ao final da atividade lúdica, foi realizado um *quiz* de perguntas e respostas para verificação de aprendizagem a partir dos jogos prévios estabelecidos.

RESULTADOS

Durante a visita, foi mensurado o peso e a altura de cada aluno com uma balança digital e uma fita métrica. A média dos pesos dos 32 alunos foi $58,05 \pm 17,11$ kg, enquanto que a altura mostrou valor de $1,64 \pm 0,101$ m, como exposto na Tabela 1.

Análise	Média	Desvio padrão
Peso (kg)	58,05	$\pm 17,11$
Altura (m)	1,64	$\pm 0,101$

Tabela 1 - Média e desvio padrão dos valores de Peso e Altura.

Com as medidas dos pesos e alturas dos alunos, foi possível medir o IMC cujos resultados são divididos em quatro categorias: Baixo, Adequado ou Eutrófico, Sobrepeso e Obesidade. Pode-se, então, observar que a classificação Adequado ou Eutrófico mostrou-se prevalente nos sexos feminino e masculino, com vinte indivíduos no geral, enquanto que as classificações Baixo, Sobrepeso e Obesidade mostraram a menor parte da turma, constando um, cinco e seis adolescentes respectivamente. Quanto à divisão por sexo, notou-se adequação melhor do índice de IMC no sexo feminino do que no masculino, tendo em vista que houve maior porcentagem de meninas no nível Adequado ou Eutrófico, enquanto que pouco mais da metade dos meninos encontram-se na faixa de Obesidade e um dos adolescentes encontrou-se em Baixo IMC (Tabela 2).

Análise	Baixo	Adequado/ Eutrófico	Sobrepeso	Obesidade				
IMC geral	1	3,12%	20	62,50%	5	15,62%	6	18,75%
IMC feminino	0	0,00%	11	84,61%	1	7,69%	1	7,69%
IMC masculino	1	5,26%	9	47,36%	4	21,05%	5	26,31%

Tabela 2 - Quantidade de indivíduos registrados nas devidas categorias de Índice de Massa Corporal (IMC), coluna da esquerda relacionada com a quantidade de indivíduos, coluna da direita referente ao percentual de indivíduos na determinada classificação.

No aspecto quantitativo da pesquisa, verificou-se, a partir dos dados apresentados pelo cálculo de IMC dos alunos, prevalência na categoria "Peso Adequado" (62,50%), demonstrando uma relativa boa condição de saúde, o que se explica por diversos fatores, dos quais se pode destacar a prática de atividades físicas e o controle dos fatores de risco para doenças crônicas. Além disso, as porcentagens que representavam os alunos com "Sobrepeso" (15,62%) e com "Obesidade" (18,65%) foram significativas, alertando para a urgência da reeducação alimentar voltada para este grupo. Esse achado é compatível com a transição nutricional em curso no país, no qual a contribuição dos lipídios no valor energético total da dieta ultrapassa o percentual recomendado (VINHOLES; ASSUNÇÃO; NEUTZLING, 2009).

No Jogo de Tabuleiro Gigante apenas a Equipe 2 ganhou cinco pontos, visto que apenas a equipe que teve "Chegada" como destino final obteve a pontuação (Tabela 3.1, Figura 1, Figura 2 e Figura 3). No *TwisterDance*, uma estação do jogo de tabuleiro, na qual um indivíduo de cada equipe participa, a Equipe 4 obteve 1 ponto para o somatório (Tabela 3.2, Figura 4 e Figura 5). Quanto ao Jogo da Memória Gigante, a Equipe 2, ganhou mais 1 ponto, ficando a frente na gincana (Tabela 3.3, Figura 6, Figura 7 e Figura 8). O somatório final da pontuação obtida por todas as equipes estabeleceu a Equipe 2 como vencedora da gincana realizada com o 8º ano do Ensino Fundamental (Tabela 3.4).

Grupo	Pontuação
Equipe 1	0
Equipe 2	5
Equipe 3	0
Equipe 4	0

Tabela 3.1 – Pontuação referente ao Jogo de Tabuleiro Gigante

Grupo	Pontuação
Equipe 1	0
Equipe 2	0
Equipe 3	0
Equipe 4	1

Tabela 3.2 – Pontuação referente ao Twister Dance



Figura 1 - Jogo de Tabuleiro Gigante.

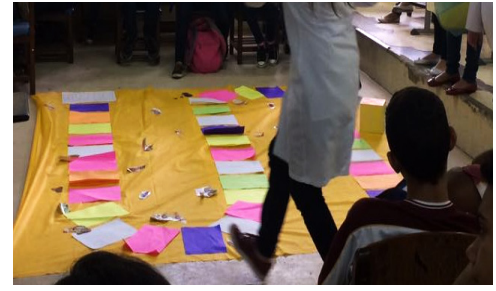


Figura 2 - Jogo de Tabuleiro Gigante.



Figura 3 - Jogo de Tabuleiro Gigante.



Figura 4 - Estação - *TwisterDance*".



Figura 5 – Estação - *TwisterDance*".

Grupo	Pontuação
Equipe 1	0
Equipe 2	1
Equipe 3	0
Equipe 4	0

Tabela 3.3 – Pontuação referente ao Jogo

Grupo	Pontuação
Equipe 1	0
Equipe 2	6
Equipe 3	0
Equipe 4	1

Tabela 3.4 – Pontuação final por equipe. da Memória Gigante.



Figura 6 - Jogo da Memória Gigante.



Figura 7 - Jogo da Memória Gigante.



Figura 8 - Jogo da Memória Gigante com as quatro equipes.

O questionário aplicado continha questões referentes aos hábitos alimentares e à prática de exercício físico com o objetivo de traçar um perfil de cada aluno e, dessa forma, incentivar a partir da gincana a alteração nutricional. A pontuação final contemplava 3 categorias: *Refleta seus hábitos alimentares* (0 a 10 pontos); *Sua alimentação está boa, mas ainda não é ideal* (11 a 20 pontos); *Parabéns, você mostrou que sabe cuidar de sua saúde fazendo escolhas inteligentes* (21 a 30). Nota-se que apenas 18,75% dos alunos questionados apresentaram um nível considerado ótimo no que diz respeito aos hábitos saudáveis, comprovando a necessidade da estimulação de bons hábitos alimentares (Tabela 4).

Grupo	0 a 10 pontos		11 a 20 pontos		21 a 30 pontos	
Geral	5	15,62%	21	65,62%	6	18,75%
Masculino	3	15,78%	11	57,89%	5	26,31%
Feminino	2	15,38%	10	79,62%	1	7,69%

Tabela 4 - Pontuação referente ao questionário de Hábitos Alimentares. Coluna da esquerda relacionada com a quantidade de indivíduos, coluna da direita referente à porcentagem de cada pontuação.

Essa avaliação, conseguida mediante interpretação da pontuação apurada no questionário, observou-se que a maior parte do grupo (65,62%) recebeu a orientação

Sua alimentação está boa, mas ainda não é ideal, evidenciando que o participante deveria refletir sobre seus hábitos alimentares, procurando entender os fatores que ainda estão em desacordo com os 10 passos de uma alimentação saudável.

A identificação dos principais fatores que influenciam o comportamento alimentar, bem como o do seu grupo social, foi relevante para a construção da dinâmica aplicada, cujo objetivo foi a intervenção nutricional nos hábitos alimentares de adolescentes da Escola Liceu de Artes e Ofícios, localizada em Recife-PE. A importância da escola na promoção à saúde baseia-se em seu papel de orientadora e promotora de ações, e inclui desde ambientes físicos a serviços de saúde e de alimentação saudáveis.

A dinâmica tornou evidente que há inúmeras barreiras que interferem na adoção de hábitos saudáveis pelos adolescentes, dentre os quais podem ser citados o desconhecimento dos 10 passos de uma alimentação saudável, o sabor e a praticidade de alimentos pouco saudáveis, a exemplo dos *fast-foods* e outros alimentos de baixa qualidade nutricional (inclusive no ambiente escolar). Outro aspecto relevante é a não exigência de habilidades culinárias para a preparação desses alimentos e economia de tempo, pois a maioria já é comercializada pronta para o consumo imediato. (BAUER; MONGE-ROJAS, 2009)

Tendo isso em vista, a situação apresentada pelos adolescentes neste estudo sinalizou para a necessidade de desenvolvimento de materiais educativos, a fim de incentivar uma atitude protagonista dos participantes de forma lúdica, conduzindo-os para uma intervenção nutricional. Durante a dinâmica do tabuleiro, foram citadas possibilidades de substituição de alimentos que tradicionalmente fazem parte de suas dietas, enfatizando os aspectos de saúde que são considerados relevantes nessa fase da vida, como as associações entre o consumo alimentar e o desempenho escolar, o sucesso nos esportes e a aparência física. (GAZZINELLI *et al.*, 2005).

A pontuação adquirida pelo grupo, por sua vez, foi baseada no pioneirismo em cruzar a linha de chegada, não estando diretamente relacionada com cada uma das questões apresentadas durante o Jogo de Tabuleiro, o que foi uma forma de estimular as equipes a se dedicarem a pensar sobre todas as questões apresentadas. Ademais, a "Estação do Exercício", na qual o representante do grupo teria que indicar outro integrante a realizar uma atividade física, foi criada para sinalizar a importância dessa prática para uma vida saudável.

A dinâmica executada propôs, portanto, educar acerca dos *10 Passos para a Alimentação Saudável*, fomentando a participação ativa dos estudantes, a fim de propiciar um aprendizado mais efetivo. Os resultados apresentados durante a atividade denotaram, de maneira geral, desconhecimento acerca de várias informações nutricionais importantes para a adoção de hábitos alimentares saudáveis, dado que contribuiu em um percentual de 34,37% de adolescentes acima do peso, sendo 100% do sexo masculino.

Vale ressaltar que o sobrepeso e a obesidade têm se destacado no cenário não apenas brasileiro, mas também mundial. Por essa razão, medidas para o controle

de tais doenças com base na reeducação alimentar são fundamentais para melhoria de qualidade de vida desses adolescentes. (VINHOLES; ASSUNÇÃO; NEUTZLING, 2009).

Destarte, orientações foram transmitidas ao passo que as questões surgiam, de forma a organizar as dúvidas e esclarecê-las de maneira simples, com uma linguagem adaptada ao grupo de adolescentes participantes. A fim de tornar o indivíduo agente transformador de hábitos não saudáveis, foi orientada a introdução do aumento do consumo de frutas, legumes e verduras e a restrição de alimentos e bebidas com alto teor de gordura, açúcar e sódio, elementos muito frequentes no contexto escolar. Esse modelo de educação nutricional, de acordo com Schmitz (2008), relaciona-se a uma abordagem sócio-construtivista e problematizadora, desvinculando-se do tradicional modelo da educação nutricional.

Levando-se em consideração todos os aspectos mencionados, percebe-se que a adoção de um estilo de vida saudável deve ocorrer desde a infância e a adolescência para que haja internalização dos hábitos de forma progressiva e natural. Para atingir tal objetivo, torna-se fundamental compreender as percepções dos jovens sobre uma alimentação saudável para o delineamento adequado de materiais educativos e intervenções nutricionais.

É válido salientar ainda que hábitos saudáveis de alimentação estão inseridos em estruturas culturais, econômicas e políticas, sendo necessária maior ênfase na promoção de políticas dirigidas aos determinantes de tais hábitos. Isso pode incluir ações que subsidiem a produção de alimentos saudáveis, controle sobre propagandas que incentivem o consumo de alimentos densamente energéticos e ações concretas que incentivem a prática de atividade física (VINHOLES; ASSUNÇÃO; NEUTZLING, 2009).

CONCLUSÃO

A partir dos tópicos discutidos no relato de experiência deste artigo, construídos de acordo com um estudo realizado em grupo, no qual não houve discordância de ideia entre os pesquisadores, vê-se a importância de atividades lúdicas, dinâmicas e interativas, sobretudo no âmbito escolar, na construção de uma educação alimentar e nutricional voltada para a promoção de práticas alimentares saudáveis. Nesse contexto, essa iniciativa caracteriza-se como uma válida estratégia de prevenção e promoção de saúde infanto-juvenil.

Dessa forma, vê-se que trabalhos lúdicos que visam à construção de uma educação alimentar e a consequente implementação de hábitos saudáveis são de grande importância no cenário brasileiro, contribuindo para que modos de vida mais saudáveis possam ser postos em prática de forma mais fácil e interessante. Portanto, vê-se a necessidade da continuação de pesquisas sobre os hábitos saudáveis

existentes nas escolas, preconizando, por sua vez, a melhoria destes, com o intuito de se construir uma educação alimentar eficaz.

REFERÊNCIAS

COOKE, L. The importance of exposure for healthy eating in childhood: a review. **Journal of Human Nutrition and Dietetics**, v. 20, n. 4, p. 294-301, 2007.

DANELON, M.A.S; DANELON, M.S; SILVA, MV da. Analysis of food services aimed at school. School Lunch Program and cafeterias. **Segurança Alimentar e Nutricional**, v. 13, n. 1, p. 85-94, 2006.

BOURDEAUDHUIJ, I. et al. School based interventions promoting both physical activity and healthy eating in Europe: a systematic review within the HOPE project. *Obesity Reviews*, v. 12, n. 3, p. 205-216, 2011.

GAZZINELLI, M. F. et al. Health education: knowledge, social representation, and illness. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 200-206, 2005.

SCHMITZ, B.A.S. et al. Promotion of healthy eating habits by schools: a methodological proposal for training courses for educators and school cafeteria owners. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. s312-s322, 2008.

STORY, M.; NANNEY, M. S.; SCHWARTZ, M. B. Schools and obesity prevention: creating school environments and policies to promote healthy eating and physical activity. **Milbank Quarterly**, v. 87, n. 1, p. 71-100, 2009.

TAYLOR, J. P.; EVERS, S.; MCKENNA, M. Determinants of healthy eating in children and youth. **Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Sante'e Publique**, p. S20-S26, 2005.

TORAL, N. et al. Healthy eating according to teenagers: perceptions, barriers, and expected characteristics of teaching materials. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 11, p. 2386-2394, 2009.

VINHOLES, D.B.; ASSUNÇÃO, M.C.F.; NEUTZLING, M.B. Frequency of healthy eating habits measured by the 10 Steps to Healthy Eating score proposed by the Ministry of Health: Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 4, p. 791-799, 2009.

OSTEOMIELETTE EM MANÚBRIO ESTERNAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Laryssa Cristiane Palheta Vulcão

Universidade do Estado do Pará
Belém-Pará

Carlos Victor Vinente de Sousa

Universidade do Estado do Pará
Belém-Pará

Emanuelle Silva Mendes

Universidade do Estado do Pará
Belém-Pará

Fernanda Santa Rosa de Nazaré

Universidade do Estado do Pará
Belém-Pará

Matheus Ataíde Carvalho

Universidade do Estado do Pará
Belém-Pará

Silvia Renata Pereira dos Santos

Universidade do Estado do Pará
Belém-Pará

Tatiana Menezes Noronha Panzetti

Docente da Universidade do Estado do Pará
Mestre em Enfermagem
Belém-Pará

As infecções ósseas são as mais difíceis de obtenção de cura, visto que o osso infectado é, principalmente, avascular e, por isso, não possui reposta imune natural do organismo. Além disso, a antibioticoterapia não penetra completamente no osso. Sendo assim, o objetivo desse estudo é descrever sistematização de enfermagem a um paciente com osteomielite e os danos imensuráveis à qualidade de vida quando seu tratamento é postergado. Trata-se de um estudo qualitativo ao qual se realizaram visitas a um Hospital Escola de Grande Porte e referência cirúrgica, conveniado a Universidade do Estado do Pará, a fim de observar a evolução e tratamento da infecção óssea em um paciente. Partindo disso, foi aplicado um método teórico-prático onde foi realizado todo o período pós-operatório do paciente, incluindo visitas ao leito, administração de medicamentos e afins. Os resultados apontam que a qualidade de vida do paciente após uma cirurgia tão invasiva fica completamente comprometida, além do processo de recuperação ser lento podendo ocasionar outras complicações. Por fim, é importante salientar que a meta é sempre a prevenção da osteomielite. Os cuidados pós-operatórios da ferida são de extrema importância para que haja a diminuição da incidência de infecções superficiais, assim como, o suporte assistencial multiprofissional para reabilitação do paciente no pós-operatório.

RESUMO: A osteomielite é uma infecção óssea que resulta em inflamação e necrose. Os pacientes que possuem maior risco de contraí-la são indivíduos desnutridos, portadores de doenças crônicas ou os que estão fazendo uso de imunossupressores e corticosteróides.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidado; Osteomielite; Manúbrio Esternal; Enfermagem Clínica.

ABSTRACT: Osteomyelitis is a bone infection that results in inflammation and necrosis. Patients who have a higher risk of contracting it are malnourished individuals with chronic diseases or those who are taking immunosuppressants and corticosteroids. Bone infections are the most difficult to obtain cure, since the infected bone is mainly avascular and therefore has no natural immune response from the body. In addition, antibiotic therapy does not completely penetrate the bone. Therefore, the objective of this study is to describe the systematization of nursing to a patient with osteomyelitis and immeasurable damage to quality of life when their treatment is postponed. This is a qualitative study to which visits were made to a Large School Hospital and surgical referral, agreed to the University of the State of Pará, in order to observe the evolution and treatment of bone infection in a patient. From this, a theoretical-practical method was applied where the entire postoperative period of the patient was carried out, including bed visits, medication administration and the like. The results indicate that the patient's quality of life after such an invasive surgery is completely compromised, and the recovery process is slow and may lead to other complications. Finally, it is important to emphasize that the goal is always the prevention of osteomyelitis. The postoperative care of the wound is of extreme importance in order to reduce the incidence of superficial infections, as well as the multi-professional care support for patient rehabilitation in the postoperative period.

KEYWORDS: Caution; Osteomyelitis; Sternal Manubrium; Clinical Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

A Osteomielite, segundo Souza (2015), é uma infecção do tecido ósseo, que resulta em inflamação podendo evoluir para necrose óssea. Ela pode possuir diferentes agentes causadores como agentes químicos, físicos, sendo o mais comum a infecção por *Staphylococcus aureus*, que é responsável por cerca de 50% das infecções ósseas, seguido por outros patógenos como estreptococos e bactérias gram-negativas. Para ocorrer à infecção, é necessária uma grande quantidade do agente infeccioso e que esse seja virulento, desse modo rompendo as defesas do organismo (BRUNNER, 2014).

Segundo Villa et al. (2013) a maioria dos pacientes acometidos por Osteomielite é do sexo masculino, com faixa etária que varia entre 30 a 59 anos e provenientes das cidades do interior. Os locais mais afetados pela infecção são o Fêmur ou Tíbia.

Na osteomielite, o maior risco de contrair a infecção esta relacionada com as pessoas idosas, desnutridas, assim também como obesas, com diabetes, artrite reumatóide e outras doenças crônicas. Além de indivíduos com sistema imunológico deprimido por uso prolongado de corticóides ou imunossupressores. (KERRY H. CHEEVER, 2014).

Segundo Tavares (2015), o primeiro relato de osteomielite foi feito por Hipócrates, que recomendava o desbridamento e o isolamento através de materiais estéreis das fraturas expostas, para prevenir o risco de infecções no tecido ósseo.

O diagnóstico precoce é fundamental para o sucesso terapêutico. Uma anamnese criteriosa, buscando toda a história clínica e um exame físico cuidadoso, continua sendo os meios diagnósticos mais rápidos até a confirmação da doença pelos exames laboratoriais. Os marcadores laboratoriais mais específicos de diagnóstico e de monitorização do tratamento são a PCR e a calcitonina (TAVARES, 2015).

Quanto à terapêutica, segundo Heitzmann (2018), a osteomielite, primeiramente, possuía apenas o tratamento cirúrgico. Com o passar dos anos descobriu-se novas formas de tratamento para a doença. Entre elas destacou-se o uso de antibiótico, que foi uma alternativa ao tratamento cirúrgico. O uso deste medicamento mostrou-se um sucesso no tratamento de diversas doenças bacterianas e, nos casos de infecções osteoarticulares reduziram-se os episódios em que a osteomielite evoluía para amputações do membro afetado ou morte.

Quanto ao tempo da infecção, esta pode ser descrita como aguda, onde ocorrem os episódios iniciais de osteomielite como edemas e secreção purulenta. Já fase crônica da doença é considerada uma reinserção dos episódios agudos com a presença de áreas isquêmicas, necrose e sequestro ósseo, instalada e presente há mais de um mês. Pode ser ocasionada por um processo infeccioso agudo tratado incorretamente, sítio pós-cirúrgico, infecção óssea por contiguidade a partir de infecção crônica de partes moles adjacentes (HEITZMANN, 2018).

Diante do exposto, o estudo foi realizado a fim de acompanhar o pós-operatório de um paciente com osteomielite esternal e verificar os principais desconfortos sofridos após uma cirurgia de alta complexidade. Além de verificar a evolução e o prognóstico deste paciente e as possíveis complicações advindas do tratamento.

2 | PERCUSSO METODOLÓGICO

O relato de experiência possibilita explorar aprendizados vivenciados por outrem, comparando com a própria realidade vivenciada. O que faz com que a experiência saia do papel de simples descrição, para propiciar novos debates e reflexões sobre a temática (CARVALHO et al, 2012).

Trata-se de um estudo que visa descrever as vivências de acadêmicos de enfermagem na sistematização da assistência de enfermagem (SAE) ao qual realizaram visitas a um Hospital de Grande Porte e referência cirúrgica conveniada a Universidade do Estado do Pará.

Ocorreu seu desenvolvimento durante as aulas práticas do componente curricular “Clínica Médico/Cirúrgico” no ano de 2017, ao qual prestaram um atendimento sistematizado ao paciente acometido com diagnóstico médico de osteomielite de

manúbrio esternal.

Assim, assistiu-se o quadro clínico geral do paciente, incluindo histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem e evolução do pré-operatório o qual foi coletada de prontuário. Quanto às evoluções de seu pós-operatório foram todas descritas e realizadas pelos autores deste estudo, bem como outros diagnósticos de enfermagem detectados após a cirurgia.

Os dados pós-operação foram catalogados desde o dia 27 de abril de 2017 até o dia 04 de maio do mesmo ano. Sendo que em alguns as evoluções não foram descritas no estudo, por se tratar de dados repetidos.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os achados históricos do paciente estão descritos a seguir, bem como as evoluções, diagnósticos e intervenções de enfermagem realizados e propostos pelos autores deste estudo.

3.1 Histórico de Enfermagem

Paciente, admitido no dia 11/04/2017, 47 anos. Proveniente de Igarapé Açu. Trabalhador rural, em união estável e possui duas filhas, católico. Refere que em agosto de 2016 começou a sentir dores torácicas e edema na região anterior do tórax, procurou assistência médica no município de Castanhal, ao qual recebeu o diagnóstico e iniciou o tratamento para Pneumonia, posteriormente, recebeu o diagnóstico de Osteomielite no Esterno, fez drenagem a 6 meses atrás. Foi encaminhado para o hospital do estudo para prosseguir com o tratamento; Antecedentes familiares: Mãe e irmão diabéticos, irmã e tia falecidas diagnosticadas com câncer; Antecedentes pessoais: diabético, ex-tabagista aproximadamente a 20 anos, etilista social. Nega alergia a medicações ou alimentos. Teve perda ponderal de apetite no início dos sintomas, alimentando-se regularmente e tem boa ingestão hídrica. Diurese e evacuação presentes e espontâneas. Refere dispneia ao esforço. Sono e repouso preservados. Memória preservada e sem queixas de dores, emocionalmente triste. Ao exame físico: Consciente, orientado no tempo e espaço. Tórax simétrico, com presença de edema na região esternal. Abdome flácido. Membros inferiores e superiores livres de edemas, com boa perfusão periférica e rede venosa satisfatória. Sem alterações na região externa da genitália. Eupneico, normocárdico, normotenso e afebril. Ausculta pulmonar com murmúrios vesiculares positivos (APMV+) e ausculta cardíaca normofonética em dois (2) tempos (ACNF2T).

3.2 Diagnóstico de Enfermagem Pré-Operatório

Problema de Saúde	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Resultados Esperados
Ansiedade	Ansiedade relacionada ao ambiente hospitalar desconhecido e as incertezas quanto ao resultado.	Proporcionar tranquilidade e conforto. Enfatizar que todas as pessoas se sentem ansiosas de tempos em tempos.	O indivíduo deverá relatar um aumento tanto no conforto psicológico como no fisiológico.

Tabela 1: Diagnóstico de Enfermagem Pré-Operatório.

Autor: Elaborado pelos autores.

3.3 Evolução do Pré-Operatório

Paciente em pré-operatório imediato de esternectomia, diagnóstico médico de Osteomielite esternal, em 14º dia de internação. Consciente e orientado no tempo e espaço. Eupneico, normocárdico, normotenso e afebril. Pele e mucosa normocoradas. Edema em região torácica anterior e dor a palpação esternal. APMV+ e ACNF2T. Diurese e evacuação presentes e espontâneas. Aceitando a dieta via oral (V.O). Sono e repouso preservados. Recebeu orientações quanto ao preparo pré-operatório. Sem queixas no momento da avaliação.

3.4 Evoluções do Pós-Operatório

No dia 27/04/17, o paciente encontrava-se em seu 1º dia de pós-operatório de esternectomia, consciente e orientado no tempo e espaço, contactuante. Eupneico, normotenso, normocardio e afebril. Pele hidratada e normocorada. Dreno de Portovac com débito sanguinolento e volume significativo, curativo na região esternal externamente limpo. Com acesso venoso periférico em membro superior esquerdo. Evacuação ausente e diurese por sonda vesical de demora com débito amarelado com bom volume. Sono e repouso preservados, aceita e tolera dieta via oral. Sem queixas no momento da avaliação.

Em 29/04/17, encontrava-se em 3º dia de pós-operatório de esternectomia, consciente e orientado no tempo e espaço, contactuante. Eupneico, normotenso, normocárdio e afebril. Pele hidratada e normocorada. Dreno de Portovac com débito sanguinolento e curativo na região esternal externamente limpo. Possui acesso venoso periférico em membro superior esquerdo. Evacuação ausente há três (3) dias e diurese por sonda vesical de demora com débito amarelado com bom volume. Sono e repouso preservados, aceita e tolera dieta via oral. Refere dor moderada na região torácica.

No dia 03/05/17, o paciente estava em seu 7º dia de pós-operatório de esternectomia, consciente e orientado no tempo e espaço, disfônico. Eupneico, normotenso, normocárdio e afebril. Pele e mucosas hipocoradas. Dreno de Portovac com débito sanguinolento e curativo na região esternal externamente limpo. Possui

acesso venoso periférico em membro superior direito. Diurese presente e espontânea e evacuação ausente há dois (2) dias. Sono e repouso prejudicados devido a dor em região de tórax, aceita e tolera dieta via oral. Refere algia intensa em clavícula esquerda que irradia para membro superior esquerdo.

Já no dia 04/05/17, o Paciente encontrava-se em seu 8º dia de pós-operatório de esternectomia, consciente e orientado no tempo e espaço, contactuante. Taquipneico, normotenso, taquicárdio e afebril. Pele e mucosas hipocoradas. Dreno de Portovac com pouco débito sanguinolento e curativo na região esternal externamente limpo. Possui acesso venoso periférico em membro superior direito. Diurese presente e espontânea e evacuação ausente há três (3) dias. Sono e repouso prejudicados devido a dor torácica. Oferece resistência a dieta devido à perda de apetite. Refere algia intensa em clavícula esquerda que irradia para membro superior esquerdo.

3.5 Diagnósticos Alterados e Intervenções

Problema de Saúde	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Resultados Esperados
Dor torácica	Dor aguda relacionado a traumatismo tissular e espasmos da musculatura reflexa, secundários a cirurgia, caracterizado por auto-relato da qualidade e intensidade da dor.	Avaliação e controle da dor através do uso de medicamentos analgésicos. Explicar as causas da dor à pessoa, se conhecida. Relatar por quanto tempo a dor irá durar, se conhecida. Apoio emocional. Aplicar terapias alternativas para o controle da dor	Controle do nível da dor. Controle da dor. Estado de conforto.
Constipação há mais de quatro (4) dias	Constipação relacionada à diminuição do peristaltismo, secundário a estresse e falta de exercícios, caracterizado por evacuação ocorrendo menos de três vezes por semana.	Incentivar ingestão hídrica. Orientar quanto importância de uma dieta equilibrada. Incentivar deambulação	Eliminação intestinal. Hidratação. Controle dos sintomas.
Sono prejudicado	Padrão de sono prejudicado relacionado à dificuldade em assumir a posição habitual, secundário a dor, caracterizado por dificuldade para adormecer ou permanecer dormindo.	Controle do ambiente para proporcionar relaxamento e sono adequado. Estimular a melhorar o hábito de sono. Organizar procedimentos de hospitalares para promover menor número de perturbação durante o período de sono.	Repouso, sono e bem estar pessoal.

Risco de infecção	Risco de infecção relacionado ao local de invasão do organismo, secundário à cirurgia.	Examinar a condição da incisão cirúrgica e cateteres a cada 15 minutos na 1ª hora e 30 minutos sucessivamente. Monitorar sinais e sintomas de infecção. Utilizar técnicas assépticas.	Prevenir infecção evitável.
Integridade da pele prejudicada	Integridade da pele prejudicada.	Avaliar condições da incisão cirúrgica. Avaliar condições do curativo. Monitorar temperatura da pele do paciente.	Proporcionar a recuperação adequada da pele.

Tabela 2: Diagnóstico de Enfermagem Pós-Operatório.

Autor: Elaborado pelos autores.

O quadro clínico do paciente foi considerado estável apesar do mesmo ter apresentado desconforto e dor mais intensa por volta de seu 6º e 7º dia de pós-operatório. Sua recuperação ocorreu conforme as normalidades do que se esperava de um pós-cirúrgico de alta complexidade e a equipe que o acompanhava atendeu suas necessidades assistenciais, o que resultou em uma evolução gradativa e satisfatória.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O paciente evoluiu dentro do esperado, apresentou um princípio de infecção nos últimos dias em que estávamos no hospital, todavia já deambulava com maior facilidade e referia que a dor torácica havia diminuído após a retirada do dreno de Portovac.

Este fato demonstrou a importância da Sistematização de Enfermagem, da Assistência, do controle rigoroso de medicamentos e horários e, como é importante a visita diária a fim de detectar qualquer anormalidade que o paciente possa apresentar. Através dessa experiência, notou-se o quanto é relevante o ato de explicar todos os procedimentos para o paciente e o acompanhante e, que é por meio desse diálogo que estes se sentem mais seguros, diminuindo o nível de ansiedade, contribuindo para um pós-operatório mais eficaz.

Assim, é necessário que haja investimentos em pesquisas e ensaios clínicos com base nos métodos terapêuticos utilizados atualmente para encontrar métodos mais eficazes no tratamento e cura da osteomielite, sempre visando à qualidade de vida do paciente após os procedimentos.

As aulas práticas na área hospitalar através do componente curricular e a construção deste relato de experiência proporcionaram o aperfeiçoamento do potencial acadêmico, bem como das habilidades técnicas de enfermagem, desenvolvendo a

destreza manual, a segurança, a ética, a capacidade de observação, conhecimento, maior afinidade com o manuseio de materiais e equipamentos hospitalares, memorização dos conteúdos estudados, do conhecimento adquirido durante o ensino em sala de aula, correlacionando assim, a teoria com a prática. E, desta forma, contribuindo para que futuros enfermeiros estejam com maior facilidade de lidar com os pacientes, acompanhantes e outros membros da equipe multiprofissional.

REFERÊNCIAS

BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica** / [editores] Suzanne C. Smeltzer [ET al.]; [revisão técnica: Isabel Cristina Fonseca da Cruz, Ivone Evangelista Cabral ; tradução: Antonio Francisco Dieb Paulo, José Eduardo Ferreira de Figueiredo, Patrícia Lydie Voeux]. – [Reimpr.]. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

CARVALHO, Isaiane da Silva; NETO, Alcides Viana de Lima; SEGUNDO, Francisco das Chagas Freitas; CARVALHO, Gysella Rose Prado de; NUNES, Vilani Medeiros de Araújo. **Monitoria em semiologia e semiotécnica para a enfermagem: um relato de experiência**. Rev Enferm UFSM, v. 2, n. 2, 2012.

CARPENITO-MOYET, Lynda Juall. **Manual de Diagnósticos de Enfermagem** / Lynda Juall Carpenito-Moyet ; tradução: Regina Machado Garcez ; revisão técnica: Maria Augusta M. Soares, Valéria Giordani Araújo, Miriam de Abreu Almeida. – 13. Ed. – Porto Alegre : Artemd, 2011.

HEITZAMANN, L. G. BATTISTI, R. RODRIGUES, A. F. LESTINGI, J. V. CAVAZZANA, C. QUEIROZ, R. D. **Osteomielite crônica pós-operatória nos ossos longos – O que sabemos e como conduzir esse problema? Postoperative chronic osteomyelitis in long bones – current knowledge and management of the problem**. Revista Brasileira de Ortopedia, 23 fev 2018.

NETO, Cláudio de Cerqueira Cotrim; EQUIPE GIPEA. Hospital Unimed Maceió. **Protocolo Médico de Osteomielite**. Disponível em: <http://www.hospitalunimed-maceio.com.br/wp-content/uploads/2012/09/Protocolo_O.pdf>. Acesso em: 10 maio 2017.

SOUZA, C. A. GONÇALVES, G. B. N. SANCHES, T. P. **DIAGNÓSTICO DA OSTEOMIELE CRÔNICA EM MEDICINA NUCLEAR**. IX Mostra de Trabalhos Acadêmicos III Jornada de Iniciação Científica. Santos, São Paulo. 26 de outubro de 2015.

TAVARES. A. P. G. **Osteomielite Artigo De Revisão**. Faculdade De Medicina Da Universidade De Coimbra. 2015.

VILLA P. E. A. NUNES T. R. GONÇALVES F. P. MARTINS J. S. LEMOS G. S. P. MORAES F. B. **Avaliação clínica de pacientes com osteomielite crônica após fratura exposta tratados no hospital de urgências de Goiânia**, Goiás. Revista Brasileira de Ortopedia, 2013 (1): 22-28.

EFICÁCIA DAS APLICAÇÕES TERAPÊUTICAS DE REIKI, SEGUNDO DADOS DA LITERATURA CIENTÍFICA NACIONAL E INTERNACIONAL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Ester Luiza Gonçalves

Universidade Federal de Uberlândia,
Departamento de Saúde Ambiental
Uberlândia - Minas Gerais

Boscolli Barbosa Pereira

Universidade Federal de Uberlândia,
Departamento de Saúde Ambiental
Uberlândia - Minas Gerais

RESUMO: A terapia Reiki baseia-se em uma prática de imposição de mãos em regiões específicas de concentração de energia, denominadas Chackras, e traz uma visão holística de saúde, considerando a existência dos parâmetros energéticos que envolvem a perspectiva de humanização. Nesse sentido, objetivou-se, através de uma revisão sistemática, identificar e avaliar estudos sobre as finalidades terapêuticas e eficácia da terapia. Para realização da revisão sistemática, foram incluídos somente artigos científicos publicados entre janeiro de 2007 e agosto de 2018, em língua portuguesa ou inglesa. A pesquisa derivou em 168 artigos científicos nacionais e internacionais elegíveis que, após a aplicabilidade de todos os critérios de exclusão, resultou em 10 artigos, o que permite concluir que, apesar da tendência de crescimento da técnica em diferentes âmbitos de saúde, este aumento não está amparado pela produção

científica acerca do tema. Além disso, pode-se perceber, ainda, que as produções já existentes apontam para uma melhoria considerável do quadro de dor dos sujeitos estudados que possuíam patologias distintas. Ressalta-se, também, que a quantidade de indivíduos avaliados por estudo é pequena na maioria dos trabalhos avaliados. Nesse aspecto, o uso da terapia foi avaliado de forma positiva quanto à eficácia no tratamento e alívio da dor. Porém, vale destacar a necessidade de melhoria da qualidade de produções científicas acerca do tema e a importância de que os sistemas de saúde registrem dados de atendimentos Reiki, a fim de servirem também como dados epidemiológicos para futuros estudos e intervenções que envolvam a temática.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Coletiva; Prevenção; SUS; Atenção Básica

ABSTRACT: Reiki therapy is based on a hands-on practice in specific regions of energy concentration, called Chackras, and brings a holistic view of health, considering the existence of energy parameters that involve the perspective of humanization. In this sense, a systematic review was carried out to identify and evaluate studies on the therapeutic purposes and efficacy of the therapy. To carry out the systematic review, only scientific articles published between January 2007 and August

2018, in Portuguese or English, were included. The research was based on 168 eligible national and international scientific articles that, after the applicability of all the exclusion criteria, resulted in 10 articles, which allows to conclude that, despite the growing trend of the technique in different health areas, this increase is supported by scientific production on the subject. In addition, it can be seen that the existing productions point to a considerable improvement in the pain picture of the studied subjects who had different pathologies. It is also emphasized that the number of individuals evaluated per study is small in most of the studies evaluated. In this regard, the use of therapy was positively assessed for efficacy in treatment and pain relief. However, it is worth highlighting the need to improve the quality of scientific productions about the theme and the importance of health systems to record data from Reiki care, in order to serve as epidemiological data for future studies and interventions that involve the theme.

KEYWORDS: Public Health; Prevention; SUS; Primary Healthcare

INTRODUÇÃO

As Práticas Integrativas e Complementares em saúde (PICs) são adotadas há muito pela humanidade em todo o mundo. A maioria destas terapias complementares é originária das culturas orientais, como a acupuntura chinesa, os tratamentos Ayurveda indianos e a terapia Reiki japonesa. Essas terapias têm em comum uma abordagem holística no tratamento dos indivíduos, que inter-relaciona o ambiente, a condição biológica e física do indivíduo, além de considerar o âmbito social no qual está inserido. No Brasil, diferentes terapias complementares são reconhecidas e praticadas, incluindo, por exemplo, musicoterapia, meditação e Reiki. Contudo, a maioria dessas práticas ainda carece de evidências científicas que confirmem e esclareçam sobre sua eficácia e funcionamento.

Em termos de saúde pública, a ampliação das práticas que priorizam a condição de saúde do indivíduo, ocasionaram mudanças significativas no cenário das políticas públicas de saúde, especialmente no sentido de requererem melhor formação dos profissionais que desempenham as ações integradas em saúde, visto que o exercício das Práticas Integrativas Complementares (PICs) é, por algumas vezes deficiente e desconectado das demais práticas de saúde.

Assim, se do ponto de vista da formação acadêmica são necessárias ações de trans e multidisciplinaridades nas práticas de ensino-aprendizagem, por outro lado, na perspectiva do paciente, faltam informações que esclareçam e orientem sobre as terapias que compõem as PICs, contribuindo para a superação de conceitos negativos e limitantes sobre a eficácia das práticas.

Tomando por referência o Reiki, que conforme Freitag (2015) é um método terapêutico natural, com perspectiva holística e foco no bem-estar do indivíduo, com ausência de restrições, é consenso entre os diversos praticantes e adeptos da terapia que essa é uma prática que possui um aspecto curativo, que se propõe a tratar um foco de desequilíbrio seja qual for sua especificidade, crônica ou aguda.

De acordo com Teixeira (2009), a prática se caracteriza por um caráter oriental, a qual carrega preceitos oriundos da cultura japonesa que prezam por princípios de espiritualidade, os quais devem permear os aspectos de respeito mútuo, a gentileza, a gratidão, persistência e o trabalho. Este último, compreendido não somente como venda de mão de obra com finalidade de geração de renda, mas sim como relações de solidariedade e integração do ser humano em sociedade, que transcende a ótica puramente material ou mecanicista do funcionamento do organismo humano.

Quanto aos mecanismos de funcionamento de Reiki, Teixeira (2009) e Bessa (2016) discorrem sobre existência de um sistema energético que permeia a vida do ser humano que é elucidado na sessão prática da terapia, com o uso da imposição de mãos do terapeuta em centros energéticos, denominados Chackras. Dessa forma, acredita-se que a terapia possibilita uma perfeita harmonia e equilíbrio das emoções, o que contribui expressivamente para reestabelecimento da saúde.

Assim, embora seja difícil avaliar cientificamente o método de ação do Reiki com nossa tecnologia atual, é possível determinar a eficácia do Reiki, inclusive com estudos científicos comprovando a sua eficácia aos diferentes tipos de patologias avaliadas. Nesse sentido, a possibilidade de verificar a eficácia da terapia Reiki se revela de grande interesse científico, uma vez que, a partir da Portaria nº 849, de 27 de Março de 2017 (BRASIL, 2017), a terapia Reiki passa a ser contemplada no âmbito da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPICs), o que reconhece a importância desse apoio terapêutico. Nesse sentido, o objetivo desta pesquisa foi realizar uma revisão sistemática para identificar e avaliar estudos sobre as finalidades terapêuticas e eficácia de Reiki.

METODOLOGIA

No presente trabalho, foi realizada uma revisão sistemática dos artigos publicados em periódicos publicados em bases científicas da literatura nacional e internacional, que abordaram, por meio de abordagem clínica, os efeitos de Reiki em diferentes finalidades terapêuticas.

Para realização da revisão sistemática, foram incluídos somente artigos originais publicados entre janeiro de 2007 e agosto de 2018, em língua portuguesa ou inglesa, resultantes de investigações realizadas no Brasil, ou em quaisquer outros países, e que apresentaram clareza quanto aos seguintes critérios de inclusão: (i) informações sobre a finalidade da terapia de Reiki; (ii) informação sobre o ano/período de realização da pesquisa; (iii) ser estudo clínico e ter identificação do tipo de abordagem metodológica e análise estatística utilizada na avaliação dos resultados; (iv) informações sobre os grupos de pessoas estudadas (crianças, adolescentes, adultos ou idosos) e número de participantes; (v) informação sobre o país onde o estudo foi realizado.

No processo de seleção dos artigos para a realização da revisão sistemática, não

houve restrição com relação ao sexo nem idade da população estudada. Entretanto, não foram considerados os artigos de revisão, revisão sistemática, metanálises, editoriais, nem estudos pré-clínicos.

O processo de levantamento dos artigos, segundo os critérios de inclusão estabelecidos foi realizado nos bancos de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE/PUBMED), Web of Science, ScienceDirect, Scopus, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e COCHRANE. A busca integrada nos campos título, resumo e assunto, disponíveis nos bancos de dados, foi realizada pela utilização do descritor “Reiki”.

Após leitura de títulos e resumos, todos os artigos selecionados, segundo os critérios estabelecidos, foram analisados na íntegra. A ferramenta PRISMA (preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses) foi utilizada para orientar a redação da revisão sistemática (MOHER et al. 2009).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo de busca e de seleção dos artigos que compõem a presente revisão está representado na Figura 1.

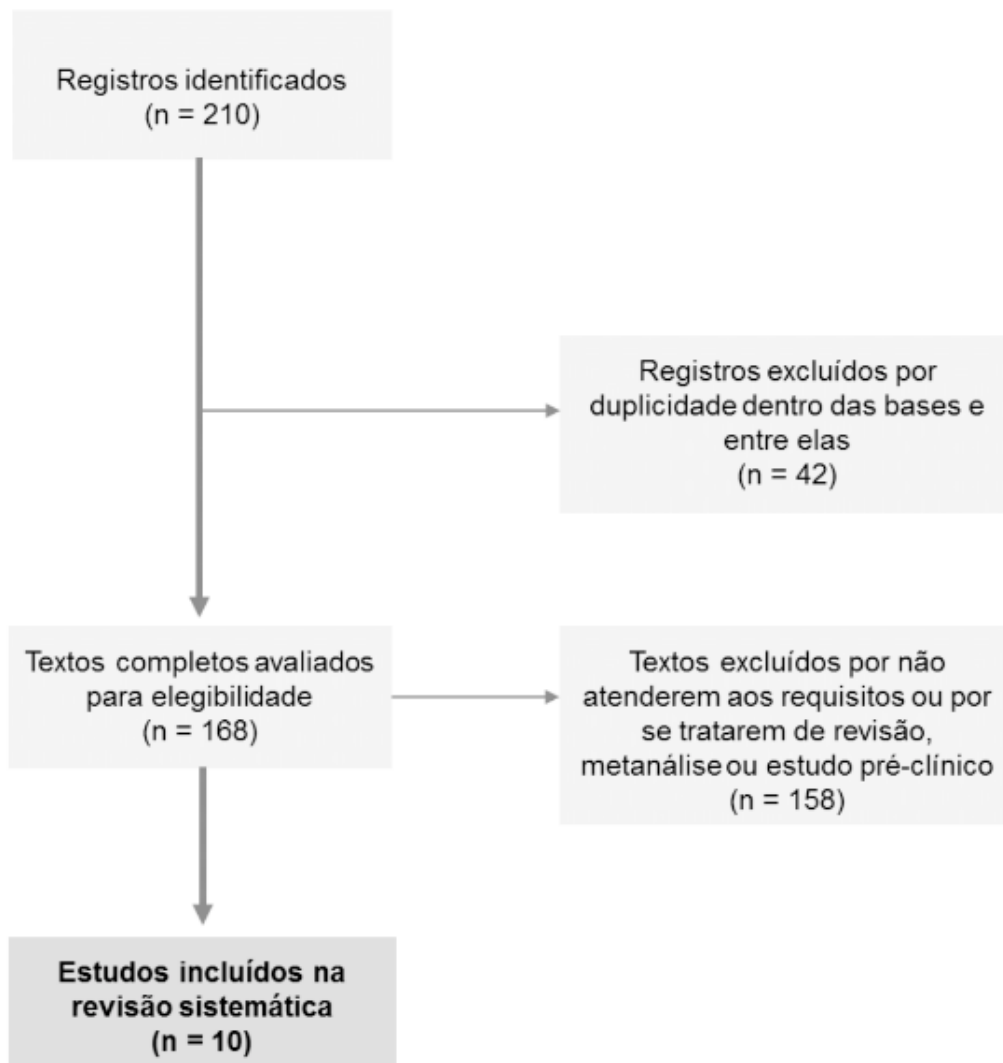


Figura 1. Diagrama da seleção de artigos para revisão sistemática

Fonte: Elaboração própria (Ester Luiza Gonçalves, 2018).

Após a exclusão dos artigos em duplicidade, ficaram elegíveis 168 estudos, dos quais 10, por atenderem aos critérios pré-definidos, foram incluídos na revisão sistemática. As informações sobre ano/período de realização do estudo; país de realização do estudo; grupo populacional estudado e número de participantes do estudo são apresentadas na Tabela 1.

ESTUDO	ANO	LOCAL	GRUPO ESTUDADO (N)
Assefi et al. (2008)	2007	EUA	Pacientes com fibromialgia (100)
Bourque; Sullivan; Winter (2012)	2012	EUA	Pacientes pós colonoscopia (300)
Catlin; Taylor-Ford (2011)	2011	EUA	Pacientes em quimioterapia (189)
Kundu et al. (2014)	2014	EUA	Crianças em tratamento odontológico (38)
Kurebayashi et al. (2016)	2015	Brasil	Voluntários com sintomas de estresse (122)
Midilli; Eser (2015)	2015	Turquia	Pacientes pós-cesariana (90)
Midilli; Gunduzoglu (2016)	2016	Turquia	Pacientes pós-cesariana (45)
Poland et al. (2013)	2012	EUA	Pacientes com HIV (54)
Rosada et al. (2015).	2015	Inglaterra	Pacientes psiquiátricos (45)
Salles, et al. (2014)	2014	Brasil	Pacientes hipertensos (66)

Tabela 1. Caracterização dos estudos quanto ao ano/período de realização do estudo; país de realização do estudo; grupo populacional estudado e número de participantes do estudo.

Fonte: Elaboração própria (Ester Luiza Gonçalves, 2018).

ESTUDO	INDICAÇÃO TERAPÊUTICA	EFICÁCIA DA TERAPIA
Assefi et al. (2008)	Controle da dor	Negada
Bourque; Sullivan; Winter (2012)	Controle da dor	Confirmada
Catlin; Taylor-Ford (2011)	Controle de ansiedade	Confirmada
Kundu et al. (2014)	Controle da dor	Confirmada
Kurebayashi et al. (2016)	Controle de estresse	Confirmada
Midilli; Eser (2015)	Controle da dor	Confirmada
Midilli; Gunduzoglu (2016)	Controle da dor	Confirmada
Poland et al. (2013)	Tratamento da depressão	Confirmada
Rosada et al. (2015).	Controle de estresse	Confirmada
Salles, et al. (2014)	Tratamento da hipertensão	Confirmada

Tabela 2. Caracterização dos estudos quanto à indicação terapêutica de Reiki abordada e avaliação da eficácia da terapia.

Fonte: Elaboração própria (Ester Luiza Gonçalves, 2018).

Ainda de acordo com os resultados apresentados na presente revisão sistemática, embora a utilização de Reiki seja crescente em todo o mundo devido ao reconhecimento tradicional dos benefícios da técnica em diferentes tratamentos de saúde, esta tendência de crescimento não está amparada por evidências científicas, sobretudo, apresentadas na forma de artigos científicos resultantes de ensaios clínicos realizados com o devido rigor metodológico.

Conforme mostra a Tabela 2, o tratamento da dor foi a principal aplicação terapêutica estudada em relação à eficácia do tratamento com Reiki, correspondendo a 50% dos estudos avaliados. Dentre os estudos avaliados, apenas o trabalho de

Assefi et al. (2008) não encontrou associação positiva entre a realização de Reiki e alívio da dor.

Dos 168 trabalhos encontrados nas principais bases de dados da literatura científica nacional e internacional, nossa análise revelou que, nos últimos dez anos, apenas 10 trabalhos apresentaram os aspectos esperados quanto à qualidade esperada na abordagem metodológica, sendo que metade desses estudos foi realizada nos Estados Unidos da América.

A quantidade de indivíduos avaliados por estudo também é pequena na maioria dos trabalhos avaliados. Somando-se todos os pacientes dos estudos avaliados nesta revisão é alcançado um total de 1049 indivíduos, que, certamente, é muito inferior ao número de pessoas tratadas com Reiki.

No Brasil, por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) reconhece oficialmente a importância das manifestações populares em saúde, contudo, somente em 2017, a partir da publicação da Portaria 849/2017 (BRASIL, 2017) o Reiki foi incluído às práticas da PNPIC, de modo que, até então, essa prática integrativa e complementar não possuía código próprio para registro, o que impede a obtenção de dados sobre os atendimentos de Reiki nas Unidades Básicas de Saúde em períodos anteriores. Contudo, vale ressaltar que não foram encontrados trabalhos brasileiros publicados após a inclusão oficial de Reiki na PNPIC.

Embora a presente revisão tenha evidenciado a eficácia de Reiki no tratamento da dor, para avaliar e reconhecer a importância e a eficácia dos efeitos terapêuticos de Reiki, são necessários ensaios com populações de estudo maiores; melhor qualidade metodológica na realização das pesquisas e, sobretudo, que os sistemas de informação em saúde, registrem os atendimentos, a fim de fornecer dados para realização de estudos epidemiológicos que sejam capazes de esclarecer a situação da utilização e sucesso dessa prática integrativa e complementar, especialmente, na Saúde Pública.

REFERÊNCIAS

ASSEFI N.; BOGART A.; GOLDBERG, J.; BUCHWALD, D. **Reiki for the treatment of fibromyalgia: a randomized controlled trial.** *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, v.14, n.9, p.1115-1122. 2008.

BESSA, J. H.N.; JOMAR, R. T.; SILVA, A. V.; PERES, E. M.; WOLTER, R. M.C. P.; OLIVEIRA, D. C. **Efeito do Reiki no bem-estar subjetivo: estudo experimental.** *Enfermería Global*, v. 48, p.415-421. 2016.

BOURQUE, A.L.; SULLIVAN, M.E.; WINTER, M.R. **Reiki as a pain management adjunct in screening colonoscopy.** *Gastroenterology Nursing*, v.35, n.5, p.308-312. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS - PNPIC-SUS: atitude de ampliação de acesso.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. PORTARIA No- 849, DE 27 DE MARÇO DE 2017. **Inclui a Arteterapia, Ayurveda,**

Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CATLIN, A.; TAYLOR-FORD, R.L. **Investigation of standard care versus sham Reiki placebo versus actual Reiki therapy to enhance comfort and well-being in a chemotherapy infusion center.** *Oncology Nurse Forum*, v.38, n.3, p.E212-20. 2011.

FREITAG, V.L. **O Reiki como forma terapêutica no cuidado à saúde: uma revisão narrativa da literatura.** *Enfermería Global*, v. 15, n. 38, p.346-356, abr. 2015.

KUNDU, A.; LIN, Y.; ORON, A.P.; DOORENBOS, A.Z. **Reiki therapy for postoperative oral pain in pediatric patients: pilot data from a double-blind, randomized clinical trial.** *Complementary Therapy and Clinical Practices*, v.20, n.1, p.21-25. 2014.

KUREBAYASHI, L.F.S.; TURRINI, R.N.T.; SOUZA, T.P.B.; TAKIGUCHI, R.S.; KUBA, G.; NAGUMO, M.T. **Massage and Reiki used to reduce stress and anxiety: Randomized Clinical Trial.** *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.24:e2834. 2016.

MIDILLI, T.S.; ESER, I. **Effects of Reiki on Post-cesarean Delivery Pain, Anxiety, and Hemodynamic Parameters: A Randomized, Controlled Clinical Trial.** *Pain Management Nursing*, v.16, n.3, p.388-399. 2015.

MOHER, D.; LIBERATI, A.; TETZLAFF, J.. THE PRISMA GROUP. **Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement.** *PLoS Medicine*, v.6, p.e1000097. 2009.

POLAND, R.E.; GERTSIK, L.; FAVREAU, J.T.; SMITH, S.I.; MIROCHA, J.M.; RAO, U.; DAAR, E.S. **Open-label, randomized, parallel-group controlled clinical trial of massage for treatment of depression in HIV-infected subjects.** *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, v.19, n.4, p.334-340. 2013.

ROSADA, R.M.; RUBIK, B.; MAINGUY, B.; PLUMMER, J.; MEHL-MADRONA, L. **Reiki Reduces Burnout Among Community Mental Health Clinicians.** *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, v.21, n.8, p.489-495. 2015.

SAGKAL MIDILLI, T.; CIRAY GUNDUZOGU, N. **Effects of Reiki on Pain and Vital Signs When Applied to the Incision Area of the Body After Cesarean Section Surgery: A Single-Blinded, Randomized, Double-Controlled Study.** *Holistic Nursing Practices*, v.,30, n.6, p.368-378. 2016.

SALLES, L. F. **Efeito do Reiki na hipertensão arterial.** *Acta paulista de enfermagem*, v.27, n. 5, p. 479-484. 2014.

TEIXEIRA, F.N.B. **Reiki: Religião ou prática terapêutica.** *Horizonte*, v. 7, n. 15, p.142-156, dez. 2009

SOBRE A ORGANIZADORA

Elisa Miranda Costa: Graduada em Odontologia pela Universidade Federal do Maranhão. Fez mestrado no curso de Pós-graduação em saúde coletiva, foi bolsista pela FAPEMA, na categoria BATI II. Foi bolsista de iniciação científica no Projeto "Anemia Ferropriva e cárie dentária em gestantes: uma coorte prospectiva, no período de 2012 a 2013 e no projeto "Níveis de hemoglobina e ferro sérico em gestantes em uma maternidade de São Luís, Maranhão, no período de 2013 a 2014. Desenvolveu atividades na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, participando inicialmente de treinamento e posteriormente de análises utilizando a técnica CHECKERBOARD, como parte do Projeto de Pesquisa Temático BRISA (proc. FAPESP nº 2008/53593-0). Atualmente, é doutoranda em saúde coletiva pela UFMA. (Texto informado pelo autor)

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-139-8

